



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
ACATLAN

CRISIS ECONOMICA Y POLITICA DE SALUD EN  
MEXICO:  
1982 - 1988



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN ECONOMIA  
P R E S E N T A:  
JULIO CESAR GOMEZ CALZADA

ASESOR: LIC. FRANCISCO SEVILLA GONZALEZ

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

NOVIEMBRE 1993



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## I N T R O D U C C I O N :

En México, la medicina oficial resulta ser un fiel reflejo de las contradicciones del capitalismo mexicano. Este hecho se debe a que los procesos históricos, sociales, económicos, políticos y culturales inciden directamente sobre la ciencia médica y definen su desarrollo. Por ello, es posible referirse a la medicina del capitalismo, de la industrialización; y por ello, es válido hablar de la organización de la medicina cuyos propósitos sirven al capital, - factor que influye de modo decisivo en el conocimiento y la práctica del médico, el cual para lograrlo se vale, entre otros recursos, de un aparato ideológico, de la organización del trabajo médico y del desarrollo científico "moderno". Todos los elementos que integran estos hechos se interrelacionan a modo de compartimientos que se complementan: instituciones educativas, centros laborales, entidades de producción del conocimiento; todos cumplen un propósito - que sirve a la motivación lógica de los postulados de la sociedad en que se insentan.

Las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, reservan sus -- principales actividades a reparar más el daño que a prevenirlo, más a atender los resultados del daño que a intentar la comprensión y el estudio de las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que los generan, en vez de emprender su análisis y resolución que llevaría a planteamientos y estructuración de programas más realistas de la medicina social, eminentemente, preventiva y democrática.

Esta tesis se ha dividido en tres capítulos.

El primero denominado Crisis Económica y Capitalismo en México (1954-1988), pretende en el apartado A introducir al lector al problema de la salud y su relación con la Ciencia Económica e inmediatamente después en el tema de la crisis económica, con el fin de hacer algunas precisiones pertinentes que permitan exponer, en una forma más profunda en el apartado B, nuestra concepción particular sobre la naturaleza y desarrollo de la crisis económica que estalla en el año de 1982.

El Capítulo II, contiene un análisis sobre la evolución y desarrollo de las políticas de salud ejercidas por los diferentes gobiernos desde 1940, década en que se fundan las instituciones de salud más importantes del país que aún hoy - día representan la principal infraestructura hospitalaria en México.

Antes se mencionan algunos antecedentes que dan lugar a la caracterización del desarrollo del capitalismo mexicano, su relación con la salud y las políticas en esta materia del Estado Mexicano desde 1940 hasta 1982.

El Tercero y último capítulo tiene como propósito exponer la política de salud del Lic. Miguel de la Madrid a través de las principales disposiciones que en materia de salud promovió y estableció en sus primeros años de gobierno.

En el apartado B de este tercer capítulo se examina la estructura jurídico-co-político-administrativa que permite la modernización del sector salud, a partir de su sectorización y descentralización.

En el apartado C, se realiza un balance de la política de salud del Lic. Miguel de la Madrid, al hacer un análisis de algunos indicadores de gasto, nivel de salud, repercusiones de la crisis en la salud, etc., tomando como principales referencias dos encuestas y diversos datos estadísticos obtenidos de la hemerografía y bibliografía consultada.

Finalmente se incluyen las conclusiones que pretenden resumir en una forma muy sintetizada el contenido de la presente investigación.

## I. CRISIS ECONOMICA Y CAPITALISMO EN MEXICO (1954-1988)

### A. Marco Introdutorio.

#### a) Economía y problema de la salud

A pesar de ser objeto de estudio de muchos investigadores de las ciencias sociales (Economistas, Politólogos, Administradores, Sociólogos, Antropólogos) y de las ciencias médico-biológicas (médicos, Psicólogos, Psiquiatras, Biólogos, Químicos, etc.), el problema de la salud, sigue siendo un tema relativamente nuevo en México, el cual para muchos economistas, es un problema que no tiene una determinación social y el que no tiene relación con los problemas sociales, económicos y políticos.

Sin embargo, el tema de la salud ha dejado de ser exclusivo de los especialistas en la materia, de organizaciones e instituciones oficiales (nacionales e internacionales), de los centros de atención y tratamiento, etc., que han encaminado su estudio, análisis y explicación hacia una perspectiva individualista donde el enfermo pierde su carácter de ser social y de clase, para convertirse en un tema, en el que el aspecto social no sólo es una dimensión -- que es necesaria agregar para la comprensión del problema de la salud, sino -- que es un elemento vital y explicativo.

Lejos de ser el proceso salud-enfermedad; la manifestación de un desequilibrio biológico, que se resuelve en la recuperación individual de la salud, - es resultado de un proceso del control y dominación del capital sobre la fuerza humana que consume, cuya solución, se inserta en el sentido y la capacidad de la clase trabajadora, de romper con el cerco de dominio y disciplina que se le impone a cada momento. No es por tanto un problema únicamente médico sino político (de clase) y de relaciones de producción.<sup>1</sup>

Es en el proceso de producción y en sus condiciones de reproducción social, en donde se puede encontrar una explicación más profunda del problema de la salud, el cual al tener un carácter social no se resuelve en las instituciones, organizaciones y con los técnicos de la salud, sino que son las pro-

---

1. Durango, Orlando y Luis Méndez. "El proceso Salud-Enfermedad y Autonomía Obrera". En *Teoría y Política. Revista Trimestral*, Año IV, No. 11, julio-diciembre, 1983, Juan Pablos Editor, p. 31.

pías clases las que deben aparecer como las gestoras fundamentales, en el tipo de salud que se quieran dar a sí mismas.

La crisis económica que se manifestó en 1982 en México, es una crisis, - cuyo origen y carácter no puede ser explicada por una política económica erróneamente elegida o una aplicación inadecuada de ésta; tampoco puede ser explicada por una interpretación de coyuntura de la economía (1958, 72, 76, 82, -- etc.)<sup>2</sup>

Aún cuando un análisis de largo plazo, histórico-estructural (a partir de un determinado patrón de acumulación-sustitución de importaciones, por ejemplo) es un análisis crítico y más profundo que los anteriores, sí se debe dejar asentado que toda crisis económica, todo modo de producción capitalista, sólo puede ser explicada por el mismo modo de producción y su proceso de desarrollo, y en cada formación económica-social por sus propias características y peculiaridades concretas de ésta.

Es decir, la crisis de la economía mexicana, sólo puede ser explicada como consecuencia del modo de producción capitalista y su propio proceso de desarrollo, con sus particularidades como formación económico-social, genera -- sus propias contradicciones económicas, políticas y sociales, muy precisas en la sociedad mexicana, con una interacción e influencia del capitalismo mundial, como un solo modo de producción mundial, pero el que al fin y al cabo funciona con sus propias características y peculiaridades.

" Estas contradicciones sólo pueden ser explicadas utilizando el método marxista, el que nos permite reconocer las leyes generales que rigen al capitalismo mexicano e irnos explicando todos y cada uno de -- los fenómenos que afloran en el establecimiento y desarrollo de la -- crisis. Tarea que no es fácil, más bien es un problema difícil y complejo, pero que aplicando correctamente el marxismo y dedicando tiempo y una ardua labor de investigación, se pueden ir alcanzando objetivos concretos en el entendimiento de este problema tan complicado."<sup>3</sup>

- 
2. Vela González, Joaquín Humberto. "Estudio Histórico Sobre las Crisis en México (1954-1983)", en *Teoría y Política. Revista Trimestral*, año IV, No. 11 julio-diciembre 1983, Juan Pablos Editor, p. 69.
  3. Fierro Barraza, Tomás y Otros. "La Crisis Económica en México" Tesis para obtener el Título de Licenciado en Economía. México. I.P.N., E.S.E., 1984 pp. 9 y 10.

Esta crisis económica es una crisis que afecta primordialmente a las fracciones de clase dominante y sus intelectuales orgánicos (Capitalistas empresariales, intelectuales, líderes obreros, etc.), que impulsaron y consolidaron un importante excedente económico, que pronto enfrentó dificultades para seguir absorbiendo los aumentos de plusproducto, consecuencia de una mayor productividad, en el que un sector industrial organizado en oligopolios y monopolios, ampliamente dominado por el capital extranjero, generó una distribución del excedente marcadamente desigual a favor del capital y sus aliados, en detrimento de una sociedad de infraconsumo, explotada, marginada económica y socialmente, sin acceso al consumo que realizaba la clase dominante.<sup>4</sup> Resulta - do esto, de un patrón de acumulación y por tanto, de reproducción de una sociedad en el que el dominio es detentado por el capital y en la que el Estado ha protagonizado un papel central, al convertirse en el principal promotor e impulsor de un desarrollo capitalista, que tiene a la industrialización como - - principal cometido y para lograrla, realizó las reformas en el marco jurídico y administrativo necesarias y las inversiones en infraestructura que requería un desarrollo industrial capitalista, gastos que fueron posibles en una primera fase, gracias a una importante entrada de divisas durante la Segunda Guerra Mundial.

Como consecuencia de la propia guerra y un impulso de industrialización de los países subdesarrollados, sobre todo a partir de los años treinta (desarrollo hacia adentro) una vez concluida esta gran guerra, las economías desarrolladas, a excepción de los Estados Unidos de América, al haber sido escenario de esta conflagración, necesitaron de la reconstrucción de sus economías, lo que fue posible gracias a las inversiones de capital que fueron realizadas en algunos países, como Alemania y Francia lo que obligó a las economías subdesarrolladas, más avanzadas, a iniciar o acentuar su proceso de industrialización, el cual fue atenuándose conforme la disposición de divisas fue disminuyendo, por lo que se acudió al endeudamiento externo y a la inversión extranjera como dos medios de seguir el proyecto de industrialización, el que coincide con una nueva división internacional de trabajo y a fines de los años cincuenta, con una acentuada tendencia a la caída de la tasa de ganancia en los países desarrollados, lo que propicia que éstos, trataran de colocar sus capita-

---

4. Ver a N. Garrido, Celso "El Nuevo Patrón de Acumulación y la Viabilidad del Crecimiento", en : El Cotidiano, Revista Bimestral, Año 6, No. 29, Mayo-Junio 1989, UAM-Azcapotzalco, pp. 8 - 15.

les en aquellos países que les aseguraban una alta rentabilidad, por su mano de obra barata, recursos naturales, política de fomento industrial y una estructura económica que favorecía la monopolización e imponía un marco jurídico-administrativo, favorable a la inversión extranjera, lo que fue generando una economía que beneficiaba a la clase capitalista nacional y transnacional y a las clases sociales asociadas a ésta, en la que el gobierno juega un papel de suministrador de protección social al capital, recibiendo apoyo importante de las agencias internacionales (a través, por ejemplo de la "alianza para el progreso"), situación que conduce a una etapa de contradicciones internas, que se manifiestan por tasas bajas de inversión productiva, lento crecimiento y dificultades crónicas con el sector externo, contrasentido que ya desde mediados de los años sesentas, en algunos sectores mostraban ciertos límites,<sup>5</sup> los que se agudizaron en los años setentas en buena medida, como efecto de la crisis económica del capitalismo mundial y un cada vez mayor predominio de las grandes empresas transnacionales.

Todo esto como sabemos, derivó en 1982 en la más grave crisis económica, padecida por México hasta ese entonces, después de más de veinte años de relativa estabilidad y aparente prosperidad económica.

Un crecimiento económico y cierto desarrollo social no puede negarse, - pero de la misma forma no se puede ignorar, que éste fue para una determinada población privilegiada, a cambio de una mayor proletarianización y pauperización de la sociedad.

El México de la crisis económica, también es un país con crisis de la clase dominante capitalista, que arrastra a la mayoría de la población y la

---

5. Como el grave rezago de la agricultura respecto a la industria, el desace- leramiento del crecimiento económico, "cuellos de botella" en diversos -- sectores, lo que provoca presiones sobre la política monetaria, fiscal y de finanzas públicas, la que a su vez incide sobre el sector externo (se importa más de lo que se exporta); la inestabilidad de los precios empieza a erosionarse, el fantasma de la inflación reaparece; el peso comienza a sobrevalorarse. Los gastos estatales se incrementan, lo que provoca una - grave crisis fiscal; el gasto estatal se financia en mayor medida con endeudamiento externo, etc.).

Ver a Cordera Campos, Rolando y Clemente Ruiz Durán, "Los Trabajadores en la Coyuntura (Su Situación en los Setenta)", en Demografía y Condiciones de Vida, Colección El Obrero Mexicano, No. 1, México, Siglo XXI, 1986, - pp. 56 - 59.

hace pagar el costo de ésta; pero fundamentalmente, es una crisis del capitalismo, de sus contradicciones, que se generaron durante su proceso de desarrollo, que requiere de una refuncionalización, de una reorganización, que le asegure al capital una "rentabilidad aceptable" y una mayor hegemonía sobre la clase trabajadora.<sup>6</sup>

b) Crisis económica

Es de todos conocido que en 1982, la crisis económica en México alcanzó su mayor impacto. El reconocimiento por parte de las autoridades gubernamentales, las cuales se habían negado a aceptarla, durante más de una década, nos permite percibir la gran dimensión que había alcanzado este problema.<sup>7</sup> Sin embargo, es importante señalar que esta crisis no es consecuencia precisamente de una administración gubernamental determinada, ni de un modelo de desarrollo aplicado en la economía mexicana, sino más bien se explica a partir del proceso de desarrollo del capitalismo mexicano y mundial.<sup>8</sup>

Esta crisis no tiene un carácter meramente coyuntural, ya que sus causas se deben buscar en la forma de producir, acumular y en las contradicciones - - que el capitalismo mexicano generó, contradicciones que se agudizaron y derivaron en una grave crisis económica, la cual, si bien estalla hasta 1982 con toda su fuerza, ya a mediados de los años sesentas, comienza a manifestar -

---

6. Rivera Ríos, Miguel Ángel. "Crisis y Reorganización del Capitalismo Mexicano: 1960 - 1985." México, Ed. Era, 1986, pp. 13-20 y 156-168.

7. Vela González, Joaquín Humberto, *op. cit.* p. 69

8. Guillén R. Arturo. "Interpretaciones Sobre la Crisis en México", en México Ante la Crisis.

González Casanova Pablo y Héctor Aguilar Camín, Coordinadores, México, Siglo XXI, 1987, pp. 153-182.

sus primeros síntomas, los que se agravan en los años setentas, ante los que el gobierno, sin reconocerla aún, se encuentra obligado a introducir una serie de reformas tanto en lo económico como en lo político, las que se tradujeron en lo económico en un mayor gasto público, endeudamiento externo y la promoción para que el inversionista extranjero invierta en México.

La reforma política y la reforma administrativa, son algunas medidas -- que se establecieron en el ámbito político. Sin embargo, es obvio que estas medidas fueron insuficientes y hasta estimuladoras de la crisis económica, -- puesto que su mayor gasto público fomentó una tendencia al déficit público y un mayor endeudamiento tanto interno como externo; la búsqueda de una mayor participación del capital extranjero, propició la tendencia oligopolizadora del capitalismo mexicano, consecuencia de un alto grado de monopolización, -- generada por la concentración y centralización del capital, conforme se consolidaba un capitalismo, que tenía como patrón de acumulación al sector industrial.

No obstante, que el capital privado se benefició en gran medida de la política de expansión económica y gasto del gobierno, ésta fue causa, para -- que el ambiente político entre el sector privado y el gobierno, apareciera -- como una etapa de pugna entre estos dos sectores. En realidad era una lucha de intereses, que algunos investigadores de la sociedad mexicana denominaron disputa por la nación, en la que a decir de éstos se disputaban el predominio de una tendencia nacionalizante o neoliberal, sin embargo, lo que en realidad estaba en disputa era un nuevo papel del Estado ante los hechos económicos, políticos y sociales y la del dominio del gran capital oligopólico y transnacionalizante.<sup>9</sup>

Cambios éstos, que requerían la participación de todos los sectores de la sociedad, que facilitarían la movilidad de una forma de operar del capitalismo. Sin embargo, es en la primera mitad de la década de los setentas, -- cuando los enfrentamientos entre la burguesía y la clase gobernante, alcanza su mayor grado de tensión. Por considerarse sobre todo la burguesía nacional, afectada en sus intereses, presiona de tal manera al gobierno, que éste no lo

---

9. Rolando Cordera y Carlos Tello. México: La Disputa por la Nación. México, Siglo XXI, 1981.

gra imponer acciones que contrarresten las limitantes a que se enfrentaba la economía mexicana.

La corporativización desplegada por el Estado hacia el sector social y la clase trabajadora, y los compromisos adquiridos entre el gobierno y éstos, también limitaba en buena medida, las acciones del gobierno, aún cuando tenía menos capacidad de resistencia que la burguesía, es así como la fracción gobernante, fue la que tuvo que diseñar, aplicar y responsabilizarse de la política económica, la cual intenta determinar la actividad y estructura económica, por lo que obviamente, no logra el cometido de superar la crisis, no obstante el panorama internacional de los años setentas, en el que se podía adquirir recursos financieros fácilmente en el exterior.

El gobierno y la iniciativa privada obtienen créditos, en los mercados internacionales, lo que acumulará un alto endeudamiento externo; el que es fundamental para una política de un gran gasto gubernamental, prácticamente en todos los rubros en los que intervienen el gobierno, pero la gran parte de ese presupuesto, se destina a las empresas estatales y paraestatales, entre las que se pueden mencionar Petróleos Mexicanos y la Comisión Federal de Electricidad, rubros primordiales para una economía que intenta estimular la inversión y desea financiar el gasto del sector público y privado que finalmente culmina en un alto déficit público.

Como parte de este proceso, destaca la política petrolera durante el segundo quinquenio de la década de los setentas. En este contexto, el endeudamiento externo, coincide con una política de petrolización de la economía, la que en buena medida propiciará un proceso de inflación acelerado, que a su vez se conjuga con descensos efectivos del precio del petróleo, con informalidades de la iniciativa privada, las cuales no fueron superadas pese a una política de dispendio del presupuesto público, de la cual la iniciativa privada se vió muy beneficiada.<sup>10</sup> Esto último se tradujo, en un "ambiente de desconfianza" lo que dió lugar a una importante fuga de capital, de la cual no fue ajena la facción gobernante y ante un alto déficit de los principales indicadores del sector externo: balanza comercial, balanza de pagos.

---

10. De la Peña, Sergio. *La Clase Obrera en la Historia de México. Trabajadores y Sociedad en el Siglo XX, México, Siglo XXI, 1984, No. 4. pp. - 177-178.*

etc., va dando lugar a una desvalorización del peso o tipo de cambio respecto al dólar y finalmente conduce a una primera devaluación del peso en febrero de 1982, la cual es la principal expresión de la crisis económica entre la población en general, lo que se acompaña de una quiebra financiera del gobierno, el cual el 1° de septiembre de 1982 nacionaliza la banca privada, "opción para mejorar los recursos financieros del país con más discrecionalidad, y asimismo, imponer restricciones al marco de cambio, a través de decretar una ley de control de cambios."<sup>11</sup>

Esta descripción a grandes rasgos, nos muestra la inobjetable existencia de la crisis económica, reconocida incluso por el mismo gobierno, el que se había resistido a aceptarla, ante lo cual nosotros sostenemos, que si bien éstos son aspectos que indican una grave crisis económica, también son indicadores de alto grado de contradicción al que se enfrenta el capitalismo mexicano y la clase dominante. En consecuencia, no sólo es una crisis económica, sino también política, que irremediamente conduce a una crisis social y política, por lo que estas contradicciones son expresión de una lucha entre fracciones de la clase dominante, de la cual la fracción gobernante forma parte y -- que por su contacto con la sociedad civil es la más expuesta y en la que se manifiesta en mayor grado el impacto de la crisis. Una vez expuestas estas consideraciones, se presentan a continuación los antecedentes y desarrollo de la crisis económica de 1982.

## B. Capitalismo y Crisis Económica en México.

### a) Antecedentes

Los primeros cincuenta años del presente siglo, significaron para el capitalismo mundial un complejo período de crisis, revoluciones, guerras, y un total desajuste de los parámetros en los que se había basado el desarrollo del capitalismo mundial tales como: La ruptura del liberalismo; un proceso de concentración y centralización de capitales; la consolidación de la fusión del capital industrial (o lo que Rudolf Hilferding denominó como capital financiero); el reparto del mundo entre los principales países capitalistas, que lo disputaban desde aproximadamente la segunda mitad del siglo -

---

11. EUM Presidencia de La República, Sexto Informe de Gobierno, Salud y Seguridad Social, México, 1° de septiembre de 1982.

XIX; una definición de una nueva división internacional del trabajo; el inicio y consolidación de una fuerte caída del vigoroso crecimiento de la producción y del comercio internacional; la aparición de un proceso inflacionario en ascenso; una gran desocupación; la lucha y pérdida de la hegemonía económica, política y militar de Inglaterra en favor de los Estados Unidos de América; la reconfiguración geopolítica del mundo en dos bloques de influencia, los Estados Unidos y la Unión Soviética; el quiebre del patrón oro, una progresiva intervención estatal, etc.

Todo este panorama de desarrollo del capitalismo mundial, es expresión de las propias contradicciones que va generando en su desenvolvimiento, las cuales repercuten en la organización y funcionamiento del capitalismo mundial, es decir, en su forma de operar y en la búsqueda para asegurar sus ganancias.

América Latina y México en particular, son ejemplos de la forma en que repercuten e influyen las contradicciones del capitalismo mundial, a lo que hay que agregar las propias, ya que no es acertado considerar, que todas -- las contrariedades de los países capitalistas dependientes, son únicamente consecuencia de su estado de subordinación, ya que también son parte de su misma lógica como países capitalistas dependientes, sin embargo, su desarrollo no es ajeno al desarrollo del capitalismo mundial.<sup>12</sup>

Así pues, la conquista no se reduce al saqueo para una economía de características feudales, como la española o portuguesa, en el caso de América Latina, sino indirectamente esas riquezas extraídas de los territorios conquistados, sirven también para promover el desarrollo capitalista, mediante, las relaciones comerciales, lo que a su vez va definiendo a las economías dependientes, pues el desarrollo minero se vincula a la vez a la explotación agrícola y desarrollo de las ciudades, y en el momento que se modifica la demanda en las metrópolis alteran también la economía de los países dependientes y así, el propietario de la tierra que producía para el comercio, producirá para su satisfacción directa y poco para éste. En conse

---

12. Cordera, Rolando y Orive B. Adolfo. "México: Industrialización Subordinada". en *Desarrollo y Crisis de la Economía Mexicana*. Selección de Rolando Cordera, México, F.C.E., 1981, *Lecturas No. 39*, pp. 154-160.

cuencia se puede afirmar que estas economías dependientes evolucionan a partir de la demanda de las metrópolis, lo que se reducirá a unas economías -- subdesarrolladas, atrasadas y con una estructura social arcaica. Abundando, las economías de rasgos feudales o de autosuficiencia en América Latina no fueron formadas como tales, sino como resultado de un anterior desarrollo -- comercial que decayó y abandonó zonas como las del nordeste brasileño, el alto Perú y el centro de México, por lo que es más el producto de la decadencia de una estructura, orientada hacia la transferencia del excedente en dirección a la metrópoli, que resultado de una evolución propia.<sup>13</sup>

El desarrollo del capitalismo en los países dependientes, no es resultado de las contradicciones y descomposición del feudalismo, como en Europa, sino de la aparición de nuevas posibilidades de obtener ganancias comerciales, a través del intercambio con la metrópoli.

Así pues, para los países dependientes la conquista no se reduce al saqueo por parte de las metrópolis (Inglaterra, España, Portugal, Holanda, -- etc.), sino también representa su integración al mercado mundial, ya que como colonias aportan metales preciosos, productos agrícolas, nuevos bienes -- para Europa con lo que contribuyen al aumento del flujo de mercancía y a la expansión de los medios de pago, al incrementar de forma importante la cantidad de metales preciosos --oro y plata-- lo que favoreció un desarrollo importante del capital comercial y financiero de los países metropolitanos y en consecuencia de la industrialización y el capitalismo de éstos.

Será un desarrollo del capitalismo el que articule aún más a los países dependientes, dentro del capitalismo mundial en el que Inglaterra mantiene la vanguardia hasta la primera mitad del siglo XX, alrededor de la -- cual los países dependientes entran a producir y exportar bienes primarios a cambio de manufacturas y de deudas,<sup>14</sup> lo que los sitúa dentro de una división internacional del trabajo, en la que a éstos les corresponde una subordinación hacia las metrópolis y fungir como enclaves de exportación, lo --

---

13. Salama, Pierre. El Proceso de Subdesarrollo. México, ERA, 1976, p. 15.

14. Marini, Ruy Mauro. La Dialéctica de la Dependencia. Ed. ERA, México, 1979, p. 17.

que es a la vez un medio para difundir las relaciones de producción capitalistas, pero también se convierten en un límite para la expansión de las relaciones capitalistas, puesto que su desarrollo depende del exterior, es decir, de los países centrales. Sólo será en momentos de crisis del comercio exterior y de guerras, en que las economías dependientes podrán llegar a una expansión industrial, porque la economía de exportación no llega nunca a conformar una economía capitalista autónoma. Por el contrario fué una economía subordinada a la producción y exportación de bienes primarios y "es tan sólo la crisis de la economía capitalista internacional, correspondiente al período que media entre la Primera y Segunda Guerra Mundial, obstaculiza la acumulación basada en la producción para el mercado externo, que el eje de la acumulación se desplaza hacia la industria, dando origen a la moderna economía industrial que prevalece en la región".<sup>15</sup>

Es en los años cuarentas e inicios de los cincuentas, cuando se difundió la idea de que el capitalismo dependiente podría lograr un desarrollo capitalista similar al de los países desarrollados,<sup>16</sup> sin embargo, el tiempo demostró que las similitudes eran sólo aparentes, pues presentaban profundas diferencias y encerraban contradicciones que reproducen un capitalismo desarrollado y a la vez un capitalismo dependiente, que genera una determinada forma de producir y reproducir y define las características propias de la formación económica, social y política de que se trate.

Aún cuando puede ser controvertido, para el caso de México, es en la segunda mitad del siglo XIX, que puede ubicarse el inicio del proceso de desarrollo del capitalismo mexicano actual, el que se consolida hasta la primera mitad del siglo XX. Este período puede dividirse en dos partes: La primera, que comprende el de acumulación originaria de capital, caracterizada por una economía de exportación y la de un incipiente desarrollo industrial, comercial y financiero de corte capitalista, que se conforma como tal hasta el siglo XX; y la segunda, la de una etapa de lucha intercla-

---

15. Marini, Ruy Mauro, *Ibidem*. p. 56

16. Sunkel, Osvaldo y Pedro Paz. El Subdesarrollo Latinoamericano y la Teoría del Desarrollo. Ed. Siglo XXI, México, 1979, pp. 17-22

Reyna, José Luis. "El Movimiento Obrero en el Ruizcortinismo: La Redefinición del Sistema Económico y la Consolidación Política". en *La Clase Obrera en la Historia de México*. Reyna, José Luis y Raúl Trejo Delarbre. No. 12 Siglo XXI, México, 1984, pp. 21 y 22.

sista y la definición de las fuerzas clasistas.<sup>17</sup>

El primero, se vincula con la multiplicación y extensión de las relaciones de explotación y acumulación capitalistas dentro de una formación económica y social en transición, en la que la pugna entre la clase terrateniente y burguesa, termina por generar las clases objetivas (burguesía-proletariado).

El segundo, es un período en el que la lucha entre terratenientes y -- burguesía termina a favor de una fracción burguesa nacionalista con ingredientes populares,<sup>18</sup> disputa que no concluye con este hecho, sino todavía -- pasa por una fase de pugnas entre fuerzas clasistas,<sup>19</sup> en la que sin embargo la burguesía representa la vanguardia y la clase triunfadora, porque como señala Sergio de la Peña:

"De hecho el régimen social anterior estaba destruido y las estructuras internas compatibles en lo esencial con las del capitalismo industrial ya estaban presentes o en proceso de adecuación en el -- nuevo régimen. Se habían terminado las tareas de la revolución burguesa, obviamente con la impronta de la historia nacional, y se iba cerrando la brecha entre la inserción como conjunto del país en las relaciones capitalistas mundiales, desde mucho tiempo atrás, y las relaciones sociales y de producción internas. El País se adentraba abiertamente, desde mediados de la década 1930-40, en el capitalismo industrial en el doble sentido de procurar la industrialización y de convertir a todos los procesos económicos y relaciones sociales en industriales. La relación capital-trabajo quedó firmemente -- establecida como dominante y ordenadora de la reproducción social -- mientras que las otras formas entraron en un proceso más acelerado de disolución. Pero eran aún los primeros pasos del capitalismo industrial".<sup>20</sup>

---

17. De la Peña, Sergio. Op. Cit. pp. 16 y 17.

18. Etapa conocida como Revolución Mexicana (1910-1920)

19. Reorganización del Estado Mexicano (1920-1940) industrialización del País.

20. De la Peña, Sergio. Op. Cit. p. 96.

La economía en la década de los treinta se caracterizaba por ser predominantemente agraria, de muy marcados residuos precapitalistas (economía esencialmente agrícola, productora de bienes de subsistencia y de desarrollo industrial incipiente). Sin embargo, es precisamente en esta década en que se desarrollan las condiciones más propicias para el desarrollo industrial, las que no son producto del azar, sino resultado, por un lado, de las contradicciones en la economía mundial (la crisis de 1929-1937 y la guerra de 1940-1945), y por otro lado, de la forma en que el capital "resolvió" sus contradicciones con la clase trabajadora. Como afirma Héctor Guillén:

"En efecto, la crisis de los años treinta provocó una ruptura de las economías de exportación con los países capitalistas avanzados. Algunas de ellas, entre las cuales se encuentra la economía mexicana, conocieron un inicio de industrialización calificada de industrialización sustitutiva de importaciones. Un cierto número de bienes antes importados de los países capitalistas avanzados no lo son más, gracias a la ruptura señalada. Entonces, se comienza a producirlos en los países dependientes para responder a la demanda interna que se manifestaba. Se asiste al desarrollo de un sector industrial nacional y de un capital nacional. Las economías de exportación se transforman en economías semi-industrializadas durante la gran crisis de los años treinta y la Segunda Guerra Mundial. Paralelamente aparece el esbozo de una burguesía nacional, sin que se constituya en ruptura violenta con los propietarios de la tierra y de la burguesía compradora, al mismo tiempo que se desarrolla un joven proletariado industrial."<sup>21</sup>

Proletariado que es subordinado a los intereses del capital y de la clase media gracias a la capacidad del Estado Mexicano para "resolver" los conflictos sociales en favor del capital, mediante el control sindical, la pauperización del trabajador y la represión generalizada, que implicó la derrota de la clase trabajadora y una eficaz gestión con respecto a los salarios, lo que facilitó una política de estabilidad de precios y crecimiento económico.<sup>22</sup>

- 
21. Guillén, Héctor, "Obstáculos al modelo de acumulación de capital en México" en Críticas de la Economía Política, No. 3, abril-junio de 1977, p. 85.
22. Guillén Romo, Héctor, "Orígenes de la Crisis en México (1940-1982)", ME xico, Editorial Era, 1989, pp. 98-99.

En el período 1940-1950, la economía mexicana se caracteriza por el inicio de una etapa de crecimiento sostenido, que se prolongaría hasta los años sesentas, el Producto Interno Bruto (PIB) crece a un promedio de un 7% anual, como consecuencia de un acelerado proceso de acumulación de capital en la industria manufacturera, en la infraestructura de comunicaciones y transportes, también los otros sectores de la economía como la minería, agricultura, ganadería y silvicultura, crecen como consecuencia de la industrialización; durante los años de conflicto bélico, se presenta un acelerado proceso inflacionario, que alcanza una tasa media anual del 22%, resultado en gran medida; del alto crecimiento de los precios de los bienes importados, lo que por un lado promueve y lleva a una industrialización de la economía mexicana, que abastecería de los bienes y servicios que requería ésta y la exportación de los bienes que para los países en pugna, se convertía en importación, por otra parte, proporciona el espacio que permite definir un estilo de desarrollo, en el que alcanzar los niveles de un capitalismo desarrollado nacionalista era el objetivo; esto parecía ser posible por un relativo éxito en los proyectos de industrialización y una muy baja participación de la inversión extranjera; los niveles de ocupación se modificaron como efecto de la industrialización acelerada; la población económicamente activa creció, siendo la manufactura y el sector servicios (comercio, transportes, banca, entidades financieras), los que más la ocupaban; en cambio, la población dedicada a actividades agrícolas se redujo. Una variable también importante, lo fue el incremento de la tasa de natalidad y una disminución de la tasa de mortalidad; si bien en un primer momento, en la industrialización predominó una industria de baja composición orgánica de capital y la disponibilidad de mano de obra abundante y barata, esto como consecuencia del predominio de tecnología de tipo tradicional y el uso de insumos y materias primas de origen nacional, existió después una tendencia, cuyo objetivo era lograr una industria de alta composición orgánica de capital y el uso de una tecnología más avanzada, lo que propiciaría el empleo de materias primas e insumos importados, pero las condiciones de la economía obstaculizaron la importación de bienes de consumo, maquinaria y equipo, lo que obligó a un aumento de la producción industrial mediante la intensificación del trabajo por la vía de una mayor explotación del trabajo ya incorporado, por la introducción de mejoras tecnológicas o un incremento importante en el empleo.<sup>23</sup>

---

23. Reyes Valencia, Marco Antonio, et. al., Análisis del Cambio Social en México, UNAM, México, 1986, p. 19 y 20

Estos hechos trajeron como consecuencia un rápido crecimiento de la producción industrial, una rápida capitalización y un cambio sustancial del comportamiento del sector externo, pues de ser tradicionalmente deficitario se convirtió en un sector externo superavitario (sobre todo, durante la etapa bélica) por las divisas obtenidas por las exportaciones y un drástico descenso de las importaciones. Por ejemplo, Padilla Aragón nos dice que los ingresos netos en efectivo del Gobierno Federal fueron en 1941 de 600.7 millones de pesos; en 1942 de 680 millones de pesos; y en 1947 de 1,844.9 millones de pesos; Vela González, señala que las exportaciones de 1939 a 1945 se duplicaron.<sup>24</sup>

Resultados que conjugados propiciaron la etapa del capitalismo mexicano que se conoce o identifica como de "sustitución de importaciones", así pues, la industrialización se convierte en el eje de una nueva dinámica de la producción capitalista en México, cuyo objetivo no es el abastecimiento del consumo interno sino la tasa de ganancia, de tal manera que generó su propia demanda a través de la reducción del valor de la fuerza de trabajo, ya que el salario lejos de aumentar su capacidad adquisitiva, la disminuyó tanto en el campo como en las ciudades.

A pesar de las condiciones favorables para las exportaciones de algunos productos mexicanos durante la Segunda Guerra Mundial, las exportaciones totales de mercancías no alcanzaron a cubrir los gastos de las importaciones de bienes: la balanza comercial en consecuencia, siempre tuvo un saldo negativo, excepto en el año de 1943; los niveles deficitarios llegaron a ser tan considerables, al grado que las reservas federales de divisas disminuyeron, lo que obligó a devaluar el peso en 1948 (De \$4.85 en 1947 a \$5.74 por dólar) 1949 (\$8.01) y 1954 (\$12.50).<sup>25</sup> Además de aplicar con mayor rigor la política proteccionista. En 1948 sabemos, por ejemplo, que el gobierno introdujo el uso de licencias de importación, lo que repercutió en un control selectivo del comercio exterior y alienta la sustitución de importaciones a fin de aprovechar las diferencias de precios en relación con el mercado mundial, ya

---

24. Ver a Padilla Aragón Enrique, *Ciclos Económicos y Políticas de Estabilización, Siglo XXI*, México, 1980, pp. 274-289.

Vela González, Joaquín Humberto, *Op. Cit.* p. 79.

25. *Id. Orígenes de la Crisis en México (1940-1982)*, Ed. Era., México, 1989, p. 31.

que proporcionaba una ganancia extraordinaria en favor del capital industrial.

Durante esta etapa el Estado jugó un papel estratégico para consolidar - la industrialización, al crear obras de comunicación, transporte e irrigación; al impulsar la ganadería, las actividades forestales, industriales y comerciales.

También estableció empresas y organismos estatales que propiciaron una - nueva estructura industrial e impulsaron la acumulación industrial privada, - entre los que destacan organismos como el Banco de México, Nacional Financiera, Banco Nacional de Crédito Ejidal, etc., y empresas como Petróleos Mexicanos, Altos Hornos de México, Ayotla Textil, Industria Petroquímica y otras -- más.

El financiamiento de estas inversiones del Estado fueron posibles con -- los impuestos pagados por los factores de la producción (el sector industrial fue gravado con impuestos bajos, a fin de promover su desarrollo), lo que por supuesto generó un desequilibrio en las finanzas del sector público, en el -- que predominó un gasto mayor en relación con los ingresos, lo que llevó a un déficit presupuestal muy importante, pues sólo en los años de 1946 y 1950, -- los ingresos fueron mayores a los egresos.<sup>26</sup>

En 1945 México firma el protocolo de adhesión al Fondo Monetario Internacional, a través del cual se negociaron las devaluaciones, la política monetaria y crediticia y en el que se estableció que este organismo fungiría como - aval para cualquier préstamo internacional. En resumen este período al finalizar se caracterizó por un gasto público deficitario, un gran endeudamiento externo y un desequilibrio externo. Situación que se enfrentó con una política de austeridad, lo que provocó recesión.<sup>27</sup>

---

26. Reyes Valencia, Marco Antonio, et. al., Op. Cit., p. 21

27. De la Peña, Sergio, Op. Cit., p. 130.

b) Período 1954-1976

Al iniciar la década de los cincuentas la economía mexicana había entrado a una etapa de recesión. Las condiciones favorables para lograr una economía de alto crecimiento y sostenido cambiaron. Lo que implicó otra dinámica para el capitalismo mexicano en lo interno como en sus relaciones con el capitalismo mundial.

Se iniciaba un período de transición que llevaría a otra modalidad de acumulación de capital conocida como de "Desarrollo Estabilizador". Este período de desarrollo estabilizador, abarca aproximadamente del año de 1954 a principios de los setentas, se caracteriza por un fuerte crecimiento, estabilidad de los precios; un desequilibrio exterior permanente; estabilidad del tipo de cambio; libertad cambiaria; financiamiento del déficit en cuenta corriente de la balanza de pagos con la inversión extranjera directa e indirecta (endeudamiento externo, principalmente); y una política fiscal orientada a aumentar el ahorro y la inversión.

Esta estrategia de desarrollo económico conocida como de "Desarrollo Estabilizador" fue promovida por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) y el Fondo Monetario Internacional (F.M.I.) e implementada por diversos países, uno de ellos México.

Esta posibilidad de desarrollo económico planteaba los siguientes objetivos: 1) Crecimiento acelerado; 2) Detener los precios inflacionarios; 3) Elevar el ahorro voluntario; 4) Incrementar la inversión; 5) Elevar la productividad; 6) Aumentar los salarios reales; 7) Mejorar la participación de los asalariados en la distribución del ingreso nacional y 8) Mantener el tipo de cambio en condiciones de convertibilidad.

En síntesis, el esquema lo que buscaba era conjugar la generación de un ahorro voluntario creciente y una adecuada asignación de los recursos de inversión a fin de reforzar los efectos estabilizadores de la expansión económica, para de esta manera evitar el proceso inflación-devaluación.<sup>28</sup>

---

28. Ortiz Mena, Antonio, Desarrollo Estabilizador (Una Década de Estrategia Económica de México), Banco de México, México, 1969, p. 46.

Sin embargo, es precisamente en esta época en que se generó un desigual crecimiento sectorial de la economía mexicana; consecuencia de la forma en -- que se asignaron las inversiones, tanto públicas como privadas.

La industria de transformación pasa a ser el sector más dinámico de la - industrialización en el período de 1955-1970, destacándose la producción de - bienes de consumo, intermedios, petróleo y electricidad. Durante los años se - sentas el sector de bienes de capital alcanza un desarrollo importante, sin - embargo su producción se limitaba a las ramas de la industria metal básica, - transportes, construcciones y algunas de fabricación de máquinas y aparatos e - léctricos ligeros, siendo casi nula la fabricación de maquinaria pesada y de tecnología de vanguardia.

Durante este período la estrategia de desarrollo del capitalismo mexicana -- no propició la formación de un sector industrial oligopólico y monopolístico co -- mo consecuencia de un proteccionismo indiscriminado de que fue objeto éste, - lo que se tradujo en una economía exageradamente protegida y en un mercado se -- guro por su gran demanda, una desigual distribución del ingreso y una alta -- rentabilidad, lo que redundó en empresas ineficientes que al enfrentar merca -- dos internos cautivos, pudieron vender sus productos a precios altos, superio -- res a los internacionales que al traducirse en altas ganancias, permitieron a -- este sector autofinanciar en buena medida sus programas de inversión.

La industrialización en buena medida fue posible gracias a la aportación de la agricultura, mediante las transferencias de valor de ésta a la indus -- tria, lo que llevó a un desarrollo agrícola muy lento, lo que se convierte en una de las limitantes y contradicciones de la industrialización del país des -- pués de los años setentas. Por ejemplo, la producción de alimentos básicos - para el consumo interno se estancó, cuya primera consecuencia fue un creci -- miento acelerado de las importaciones de alimentos, incremento que aunado a -- una disminución de las exportaciones derivó en una reducción en la cantidad - de divisas que se necesitaban para proseguir el desarrollo sostenido.

Un intento para contrarrestar la falta de divisas, lo fue la implementa -- ción de políticas que buscaban la afluencia de capitales extranjeros, la pene -- tración fue importante, caracterizándose por ubicarse en las ramas más dinámi

cas y hegemónicas de la economía.<sup>29</sup>

Este período también se caracteriza por un incremento de la población a una tasa de 3.6% anual, a pesar de la alta tasa de crecimiento económico (7% promedio), obviamente el sector industrial fue incapaz de absorber el aumento de la población económicamente activa urbana y la migración de la población de las zonas rurales a las de mayor atracción poblacional (México, Guadalajara y Monterrey) consecuencia del fuerte impulso económico, al ser los lugares donde se concentra la mayor parte de la industria nacional y toda la infraestructura y servicios que requería ésta para su desarrollo. Muy a pesar de que se logró el desarrollo de importantes zonas agrícolas como lo es la zona noroeste y noreste del país y que se introdujeron perfeccionamientos técnicos en el campo, la llamada "revolución verde", el campo no contribuyó a la generación de empleos, mano de obra que tenía como alternativa acudir a las ciudades concentradoras de muchos y muy graves problemas con ínfimos salarios o emigrar a los Estados Unidos con muy bajos sueldos y en condiciones de trabajo muy desfavorables en cuanto a seguridad social y empleo para la fuerza de trabajo mexicana, pero que al ganar en dólares dadas las diferencias de paridad cambiaria, le era atractivo acudir a ese mercado de trabajo. En consecuencia esta época se caracteriza por un alto desempleo, subempleo y la salida de "braceros".

Por tanto, esta etapa desarrollista necesitó para llevarse a cabo de una desigual distribución del ingreso y un proceso de concentración y centralización del capital tanto en la industria como en la agricultura y el sector servicios (banca, comercio y transportes). Obviamente de una mayor concentración del capital resulta, un ingreso polarizado, cada vez más concentrado.

Como ya se anotó, es el Estado quien en buena medida hace posible, la consolidación y práctica de este patrón de acumulación, mediante la creación de infraestructuras; servicios sociales (salud, educación, etc.); los estif-

---

29. *Id., Orígenes de la Crisis en México (1940-1982)*, ed. Era, México, p. 39. "Se puede decir que la estrategia del desarrollo estabilizador representa la implementación de un modelo liberal en el cual la política económica fue elaborada poniendo el acento sobre la necesidad de alentar la inversión privada (nacional o extranjera) y una participación mesurada del sector público en la economía, (es decir, disciplina presupuestal y del crédito para luchar contra la inflación)."

mulos a la inversión privada nacional y extranjera a través de medidas de protección y fiscales; también mediante políticas monetarias y laborales, siempre buscando un ambiente de estabilidad, cuando menos ésta es la imagen que se pretendió reflejar.

Un elemento clave dentro de esta estrategia de desarrollo y que en los últimos años agudizó el problema de la crisis, lo es el endeudamiento externo, el cual se utilizó con dos propósitos: Uno, asegurar una reserva de divisas que posibilitaría un equilibrio en la balanza de pagos, y el otro, financiar las inversiones de la iniciativa privada y sobre todo del gobierno, el que no financió sus inversiones únicamente con recursos internos sino también externos. Esta situación se deriva al renunciar el gobierno a cualquier reforma tributaria, que de haberse realizado hubiese incrementado los exiguos ingresos fiscales para financiar la inversión pública.

La política fiscal, se complementó con una política monetaria en la que mantener la paridad cambiaria era esencial y la disposición de recursos financieros de la sociedad civil, esto mediante la aplicación del encaje legal como medio de financiamiento del gobierno, sin embargo sus aportaciones eran limitadas y contraproducentes, pues con el tiempo generarían un desequilibrio en la balanza de pagos. Para fines de los años sesenta, la economía mexicana mostraba ya claras tendencias de agotamiento: Una grave crisis agrícola, el desequilibrio en la balanza de pagos, una alta concentración del ingreso, pérdida del dinamismo en la demanda con graves índices de estancamiento, eran algunos de los síntomas que se convirtieron en las limitantes del desarrollo estabilizador.

Este período no estuvo exento de un conjunto de luchas sociales, en la que el movimiento estudiantil de 1968 representó la culminación de una crisis política, que se caracterizó por el crecimiento de la corrupción, pérdida de hegemonía del partido en el poder y un gran control sobre la clase trabajadora. Entre las luchas políticas y sociales se destacan las siguientes: 1) La de los ferrocarrileros, petroleros, electricistas, telegrafistas, maestros, etc., de 1958-1959; 2) Los campesinos, médicos, intelectuales y estudiantil de 1964-1968; 3) Organizaciones populares relevantes como el Movimiento de Liberación Nacional (MLN), la Central Campesina Independiente (CCI) y el Frente Electoral del Pueblo; 4) Los movimientos guerrilleros de Rubén Jaramillo en el Estado de Morelos y los de Genaro Vázquez Rojas y Lucio Cabañas en el Estado de Guerrero.

Esta situación de crisis económica y política provocó cambios tanto políticos como económicos, pero que no representaron en lo económico, modificaciones profundas al esquema de desarrollo estabilizador, sino al contrario profundizaron y agudizaron los problemas en el ámbito económico que deriva en un primer gran indicio de la gravedad de la crisis económica latente: la crisis de 1976.

Estos cambios en lo económico y lo político coinciden con un relevo del gobierno del Lic. Gustavo Díaz Ordaz por el Lic. Luis Echeverría Álvarez el que propuso una estrategia económica y política, conocida como de "desarrollo compartido" y que para algunos autores sustituyó a la estrategia de desarrollo estabilizador, sin embargo, el primer programa sólo se limita a tratar de corregir las desviaciones del desarrollo estabilizador.

La propuesta económica del Lic. Luis Echeverría Álvarez consiste en: 1) Un crecimiento con distribución del ingreso; 2) Un reforzamiento de las finanzas públicas; 3) Una mayor participación del Estado mediante una ampliación del sector paraestatal; 4) Una reorganización del sector externo; 5) Una reducción de la deuda pública; 6) La modernización del sector agrícola; 7) La creación de nuevas fuentes de trabajo, en la que la participación del Estado es esencial; 8) Racionalización del desarrollo industrial.

Sin embargo, una evaluación de los años 1970 a 1976 no refleja la consolidación de una nueva estrategia de desarrollo, pues ésta no se tradujo en una modificación y mejoría de los problemas acumulados durante más de una década. A partir de 1971, las tasas de crecimiento se redujeron, por ejemplo, para los años de 1974, 1975 y 1976 el ritmo de crecimiento anual fue inferior al crecimiento demográfico de 3.5%. Para el año de 1976 el 40% de la P.E.A., que era de 17 millones de personas, se dedicaban a actividades agropecuarias y la industria extractiva y de transformación ocupaba un poco más de seis millones y medio; el subempleo y desempleo aumentó a tal grado que en 1976 el 50% de la P.E.A. estaba desempleada.<sup>30</sup>

---

30. Reyes Valencia, Marco Antonio, et. al., op. cit. p. 226

El campo era la actividad donde se padecía el mayor índice de desempleo.

Desde 1972 la economía mexicana comienza una etapa abierta de recesión, caracterizada por un proceso acelerado de inflación y especulación, en buena medida como consecuencia de la grave crisis del capitalismo mundial, en particular de los Estados Unidos, sin embargo esta situación de recesión, era también y de manera esencial manifestación de una crisis en el patrón de acumulación, en la forma de producir y reproducir del capitalismo mexicano, del proceso de acumulación del capital como un todo. Una de las reacciones ante este panorama fue la de la burguesía, que ante una tendencia a descender de la tasa de ganancia y la incapacidad de los capitalistas para realizar el valor íntegro de sus mercancías, presionó políticamente a fin de que se mantuvieran elevadas aquéllas, lo que aparentó la existencia de una grave crisis política entre el Gobierno y la Iniciativa Privada, lo que más bien era un desplazamiento forzado del Gobierno, ya que el capital ante una disminución de sus ganancias, trabajaba con una capacidad ociosa muy alta, lo que obligó al Estado a invertir en actividades económicas muy diversas y amplió su intervención en la economía.

Esto condujo a grandes gastos del gobierno y a un alto déficit fiscal y presupuestal, el que tiene como resultado la aplicación en 1976 de una política económica contraccionista, la que no obstante su carácter depresivo no repercutió en las ganancias del capital sino de la clase trabajadora, que cargó con las medidas de recuperación.

Esta situación acentuó la importación de maíz, cereales, oleaginosas, lo que contribuyó a la bancarrota de pequeños y medianos propietarios y ejidatarios, con la consecuente concentración y centralización de la tierra.

Como se señaló en el párrafo anterior, la inversión gubernamental se realizaba recurriendo al endeudamiento externo y no sobre la carga fiscal del capital, lo que presionó al déficit público, a consecuencia de la expansión gubernamental y un muy escaso ingreso fiscal.

Otro de los factores que influyó en el déficit del presupuesto fue la actividad del Estado como empleador de fuerza de trabajo desocupada, ya que se destinaron cuantiosos recursos al mantenimiento y expansión de la burocracia y empresas paraestatales, fideicomisos y múltiples comisiones, muchas de las

cuales no justificaron su funcionamiento.<sup>31</sup>

A partir de 1972 la inversión de la iniciativa privada dejó de ser el factor más dinámico de la economía, su participación en ésta fue cada vez menor, hasta que entre 1975-1976, se inició una muy importante fuga de capitales.

El capital extranjero pasa a ser el grupo del capital que domina la economía y se establece en los sectores más dinámicos de ésta.

La crisis influyó negativamente tanto sobre los niveles de vida y consumo de amplios sectores de la población como en el ámbito de la política. Los actos espontáneos y organizados fueron frecuentes, como los de acción armada. En parte, como respuesta a esta situación el gobierno ejecutó una represión en Santo Tomás el 10 de Junio de 1971, lo que lejos de aminorar la inconformidad la agudizó.

En sus relaciones con la burguesía el gobierno también tuvo problemas, - un sector del capital llegó a manifestar inconformidad y desagrado a la administración de Luis Echeverría. Los principales dirigentes de la COPARMEX, - CONCANACO Y CONCAMIN, rechazaron toda posibilidad de reforma fiscal en 1970, 1972 y 1974.

La rigidez de la estructura política en el país, generó que se organizaran grupos guerrilleros como la Asociación Cívica Nacional Revolucionaria -- (ACNR), el Partido de los Pobres (PDLP) encabezado por Lucio Cabañas; Movimiento de Acción Revolucionaria (MAR); Comandos Armados del Pueblo (CAP), - Federación de Estudiantes Revolucionarios (FER); Liga Comunista 23 de Septiembre (LC23S).

En el ámbito laboral, aproximadamente en 1972, se inicia una etapa de in surgencia sindical, independiente u organizada. Entre 1973 y 1974, se realiza

---

31. "En 1970, el número de empleos en el gobierno federal y en las entidades paraestatales sujetas a control presupuestal era de alrededor de 826 mil personas; en 1976, llegó a ser casi de un millón 315 mil personas".

Ver a Tello, Carlos, La Política Económica en México (1970-1976), Siglo - XXI, México, 1979, pp. 189-193.

ron más de dos mil huelgas, que estallaron ya fuera por aumentos salariales o lograr el desconocimiento de sus líderes corruptos.

Lo trascendente de este movimiento fue su lucha por un nuevo tipo de organización laboral, la democracia sindical y el derecho de huelga.

Las luchas y grupos independientes fueron toda una novedad, entre éstos se destacan, el Sindicato de Electricistas de la República Mexicana; Sindicato de Trabajadores Nucleares; los sindicatos universitarios (STUNAM, SITUAM, etc.); de Teléfonos de México; de la Volkswagen, Nissan, General Motors; -- -- Euzkadi, Rivetex; Spicer; Coordinadora Nacional de Trabajadores de la Educación, etc.

La situación económica y política mostraba un panorama de crisis económica y política, lo que propició una campaña de rumores (golpe de estado del Ejecutivo para perpetuarse en el poder, la nacionalización de los depósitos -- bancarios, esterilización compulsiva de las mujeres, etc.), que fomentó y aceleró una fuga masiva de capitales; entre enero y agosto de 1976 se piensa que la salida de capitales fue mayor a los 8 mil millones de dólares.

El 30 de agosto de 1976 se anuncia oficialmente la devaluación del peso. Esta medida no fue la causa que originó la crisis obviamente, ni tampoco la única, sin embargo con este hecho se aceptó implícitamente la inoperancia de la estrategia de desarrollo conocida como de "desarrollo compartido", pero ante todo que el patrón de acumulación estaba en crisis.

c) Período 1976-1982

Aún cuando la crisis económica y política resultaba obvia, se seguía negando su verdadera dimensión, pues sólo se implementaron y aplicaron las medidas contraccionistas impuestas por el Fondo Monetario Internacional, "anteponiendo los criterios de eficiencia y racionalidad capitalista a los de carácter redistributivo y populista, que habían incidido en la orientación del gas to y actuación del Estado durante el régimen de Luis Echeverría Álvarez."<sup>32</sup>

Prácticamente fueron únicamente dos años en los que se emplearon medidas contraccionistas (Del 1° de Enero de 1977 al 31 de Diciembre de 1978), ya que a partir de 1978, comenzó a relajarse su aplicación, porque se utilizó al petróleo como la "palanca del desarrollo",<sup>33</sup> con lo que se vió al petróleo como un medio para retardar la detonación de la crisis en toda su magnitud.

En realidad, los recursos financieros derivados de las ventas del petróleo, lograron atenuar la crisis, mas no la evitaron, es evidente que la petrolización profundizó los desequilibrios y desajustes de toda la economía.

En buena medida esto se debió también a las propias deformaciones del aparato productivo y la aplicación de una estrategia no conveniente para la situación económica de ese momento. Por un lado la petrolización y dolarización de la economía no se acompañó de una política económica que planteara un cambio estructural profundo.

En la política fiscal, no se llevó a cabo una reforma fiscal, la política monetaria no impuso un control de cambios y sobrevaluó el peso, el déficit público en lugar de reducirse las divisas por venta de petróleo se dedicaron, una gran cantidad al derroche consumista, lo que ocasionó que los recursos financieros provenientes del petróleo fueran insuficientes para atender la demanda de importaciones y la fuga de capitales, lo que propició la tendencia al endeudamiento con el exterior, permitiendo que crecieran desproporcionada-

---

32. Rivera Ríos, Miguel Angel y Gómez Sánchez, Pedro. "México: Acumulación de Capital y crisis en la década del setenta", en *Teoría y Política*, No. 2, octubre-diciembre de 1980, México, Juan Pablos Editor, 1983, p. 104.

33. *Secretaría de Programación y Presupuesto, Plan Global de Desarrollo 1980-1982*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1980, p. 26.

mente las importaciones.

La crisis en la producción de alimentos forzó a comprar granos y otros productos que anteriormente se exportaban y son esenciales dentro de la dieta como el maíz, frijol y trigo, por ejemplo.

En el caso de productos manufactureros que México producía se comenzó a revertir el proceso de sustitución de importaciones que por más de 25 años - había intentado nuestro país.

En la segunda mitad de los años setenta se vió cómo el auge petrolero - sirvió para retardar la explosión crítica de la economía mexicana. Los recursos financieros que el petróleo trajo, efectivamente sirvieron para contener durante algunos años la emergencia de la crisis pero también la petrolización agudizó los desequilibrios y desajustes que inevitablemente se expresaron posteriormente de manera más profunda.

Un crecimiento apoyado en la expansión de la producción de energéticos no se acompañó de una política que introdujera cambios en la estructura productiva. Al contrario no pudo evitar que los ingresos petroleros se destinaran al derroche y una política expansionista y resuelta a apoyar en todos los planos la acumulación del capital y no al trabajador porque mantiene una política de tope salarial y liberación de precios de bienes de consumo popular. Pronto ocasionó que éstos fueran insuficientes para atender la demanda de importaciones y la fuga de divisas, reforzando la tendencia al endeudamiento con el exterior y permitiendo que crecieran desproporcionadamente las importaciones.

La crisis en el agro mexicano hacía necesario comprar a otros países -- granos y otros productos agrícolas, que en el pasado incluso se exportaban. Más aún, las importaciones de productos manufacturados que en México se producían implicó que se revirtiera el proceso de sustitución de importaciones que por más de 25 años había intentado nuestro país.

En esta situación de extrema vulnerabilidad de nuestro aparato económico, modificaciones en el contexto económico internacional actuaron como impulso de la crisis económica mexicana de principios de los años ochenta.

Junto a estas modificaciones (caída del precio del petróleo, altas tasas de interés en los mercados financieros internacionales, etc.), actuaron también la crisis de las finanzas públicas, la crisis del sector externo (expresada en la fuga de divisas y la dolarización) y finalmente la política económica que permitió altas tasas de interés, mercado libre de cambios, liberalización de importaciones y desequilibrio fiscal.

En 1976 llegó a la presidencia de la República el Lic. José López Portillo, candidato del PRI, dentro de un clima político que se caracterizó por la quiebra de los partidos tradicionales de oposición: el PAN no presentó candidato a la presidencia de la República, el PPS y el PARM dieron apoyo al candidato del partido oficial. Por otra parte el P.C.M. consideró que el momento era oportuno para participar en la contienda electoral. De esta forma, la -- campaña político-electoral realizada por una coalición de izquierda constituyó una acción importante encomendada a dar cierta articulación y organización de las masas populares, casi como a superar las numerosas dificultades para -- que los trabajadores se expresaran políticamente.

La coalición encabezada por el PCM, el MOS y la Liga Socialista (L.S.) -- de orientación troskista nominó a Valentín Campa Salazar como candidato pa-- ra las elecciones presidenciales, presentando una alternativa política a la -- candidatura oficial de José López Portillo, sin embargo, esta coalición parti-- cipó sin registro y prácticamente sin garantías legales.

Ante el empuje de las nuevas y viejas organizaciones políticas, el Estado mexicano tuvo que contemplar la necesidad de otorgarles representación legal en el espectro del sistema de partidos. Después de un período de discu-- siones previas, el 27 de diciembre de 1977 se aprobó la Ley Federal de Organi-- zaciones Políticas y Procesos Electorales (LOPPE). Con esta Ley quedó deroga-- da la anterior de 1973 y se reformó considerablemente el sistema electoral -- del país.

Se creó un sistema mixto de representación mayoritaria y proporcional, -- integrado por trescientos diputados de mayoría y cien electos por representa-- ción proporcional de aquellos partidos de voto minoritario, se exigió a cada partido que aspirara a obtener su registro la presentación de 65 mil firmas. Se creó la modalidad del registro condicionado a la obtención de cuando menos el 1.5% de la votación total en la elección de la que se participe; se otorgó

asimismo, durante el período de campaña electoral, un tiempo limitado en radio y televisión y ayuda económica y material a cada uno de los partidos registrados.

d) Período 1982-1988

El Lic. Miguel de la Madrid asumió la Presidencia de la República el 1° de diciembre de 1982. Es conocido que toma el poder de un país que atravesaba por una grave crisis económica y se encontraba en lo político muy desgastado.<sup>34</sup>

El problema era complejo y la estrategia para tratar de solucionarlo -- tenía que ser complicada. Por un lado, habría que enfrentar el desastre económico y por otro lado el desprestigio político. Con este objeto el nuevo gobierno implementó el "Programa Inmediato de Reordenación Económica" (PIRE).

Dentro de los aspectos fundamentales que destacan en este Programa son: el control de la inflación; el déficit de la balanza de pagos, el gasto público y la deuda externa e interna, también señalaba que era prioritario proteger el empleo, la planta productiva y recuperar las bases de un desarrollo dinámico, sostenido, justo y eficiente, para iniciar el cambio estructural.<sup>35</sup>

Como puede observarse este Programa no tiene como principal propósito -- recuperar el empleo, el salario, el gasto público y los servicios, sino, primero controlar la situación para introducir los cambios estructurales que pudieran sentar las bases de una política de estabilización, que permitiera -- reiniciar el crecimiento y dentro de un modelo en el que la industria sigue siendo el eje de acumulación de la economía y hacia la cual se dirigen todos los recursos humanos, financieros y materiales en renuncia de un proyecto en el que la clase trabajadora fuese el centro de los beneficios de una recupera-

---

34. "Los rasgos fundamentales de esa crisis económica y social son: estancamiento productivo con hiperinflación, inestabilidad financiera con agudizaciones recurrentes, con entrelazamiento de una crisis política que corre ligeramente rezagada respecto a los problemas económicos y continuidad estratégica de la política económica sostenida a favor de una modernización promonopólica" Cita tomada de Álvarez, Alejandro y Mendoza, Gabriel, "México 1988: un capitalismo depredador en crisis" En Cuadernos Políticos, No. 53, México, Revista cuatrimestral, enero-abril, 1988, --- p. 34.

35. Ruiz Massieu, Mario "La Administración de la Crisis: Sus Instrumentos Jurídicos", en Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, Año XXXII, Nueva Época, abril-junio 1986, Núm. 124, p. 34.

ción, por el contrario el sexenio de Miguel de la Madrid se caracterizará por hacer cargar en la clase trabajadora todo el peso de la crisis económica.

Obviamente que esta estrategia económica es acompañada no sólo de problemas económicos sino también de legitimación política, como consecuencia de un "resquebrajamiento de la confianza ciudadana en las instituciones gubernamentales y en el sistema político, debido a la insatisfacción o incumplimiento de diversas expectativas sociopolíticas y del deterioro de los niveles de vida".<sup>36</sup> Como resultado de este hecho el Lic. Miguel de la Madrid también durante su toma de posesión da a conocer siete tesis básicas que se convierten en las directrices político-administrativas de su gobierno para tratar de recuperar consenso de la población en su sistema político-gubernamental, estas son: 1a.) Nacionalismo Revolucionario; 2a.) Sociedad Igualitaria; 3a.) Democratización Integral; 4a.) Renovación Moral; 5a.) Descentralización de la Vida Nacional; 6a.) Desarrollo, Empleo y Combate a la Inflación; 7a.) Planeación Democrática.<sup>37</sup>

La Primera Tesis pretende preservar y fortalecer la identidad nacional, consolidar la democracia y ratificar la rectoría económica y política del Estado.

La Segunda, tiene como fin reunir propósitos y acciones tendientes a eliminar la desigualdad social y satisfacer necesidades básicas de alimentación, vivienda, salud, educación, cultura, recreación y deporte.

La Tercera, sirve de base a las acciones gubernamentales encaminadas al fortalecimiento de la división de poderes, el Federalismo, el Municipio Libre

---

36. Miguel Angel Rivera Rlos nos dice que la caída de los niveles de vida provocada por la crisis y las acciones defensivas del capital y el Estado han sido más violentas para la baja burocracia de la administración pública, - el proletariado no calificado, el semiproletariado urbano y rural, y especialmente, para el campesinado vinculado a la producción minifundista ejidal, que se debatta en la miseria antes del estallido abierto de la crisis" [Rivera Rlos, Miguel Angel, "El Nuevo Capitalismo Mexicano", Editorial Era, México, 1992, p. 94.

37. Rutz Massieu, Mario, op. cit., p. 34

y el libre respeto a las libertades de expresión y de asociación política entre las que destacan las reformas y adiciones al artículo 115 Constitucional.

La Cuarta, encierra el compromiso y propósito del Ejecutivo Federal de eliminar irregularidades en la administración pública y los actos de corrupción que éstas generan, perfeccionando los sistemas de administración de recursos del Estado y fortaleciendo los sistemas de control y vigilancia de la actividad de los servidores públicos, para lo que se crea la Secretaría de la Contraloría General de la Federación; la actualización de las bases constitucionales de la responsabilidad de los funcionarios públicos; la Ley sobre la materia; las reformas y adiciones correlativas al Código Penal; entre otras.

La Quinta, se plantea la necesidad de lograr una mayor y efectiva participación de los estados y municipios en los problemas económicos y sociales - que se derivaron de la crisis, al mismo tiempo que responde a una necesidad - de fortalecer el pacto federal y responder a una exigencia social.

Descentralización que en realidad implica racionalizar los gastos del - gobierno federal, en la medida en que los municipios y estados carguen con erogaciones que únicamente realizaba la Federación, justifica el despido de -- una gran cantidad de burócratas, que son desempleados con la disculpa de es-- tar transfiriendo responsabilidades que debieron asumir los estados y municipios hace tiempo.

Supuestamente este apartado lo que busca es una mayor democracia política y que se resuelvan en sus propios lugares los problemas y necesidades, pero cómo puede ser posible esto, cuando la mayoría de los municipios y estados del país no producen e ingresan los recursos suficientes para sus problemas - más prioritarios, muchas veces aún cuando se trata de estados grandes como -- por ejemplo, el Estado de México, que ha tenido un crecimiento económico de - 4.2% anual entre 1988 y 1992 superior a la media nacional, concentrador de 15% del empleo industrial y de 8.7% de los establecimientos del sector y aporta - 10.5% del producto nacional bruto (PNB) . que lo convierte en la segunda entidad más importante, pero que concentra su dinamismo económico en solamente cuatro (Tlalnepantla, Naucalpan, Cuautitlán Izcalli y Ecatepec) de sus 121 municipios. Sin embargo, este Estado en su conjunto enfrenta graves rezagos sociales y altos niveles de pobreza, lo que se refleja en el P.I.B. per cápita; mientras el promedio estatal es de 2 mil 812 dólares anuales, en Cuautitlán - Izcalli es cuatro veces mayor: 12 mil 633 dólares anuales.

Otro dato adicional, en estos cuatro municipios y el Distrito Federal se concentra el 49% de la inversión extranjera del país.<sup>38</sup> Luego entonces, cómo con este panorama concentrador se puede pensar en descentralizar cuando hay tanta desigualdad en la disposición de recursos financieros.

No se trata de estar contra la descentralización, los múltiples problemas que se enfrenta la zona metropolitana de la Ciudad de México reclaman la necesidad de un desarrollo más equilibrado en el territorio nacional, pero éste debe ser a partir de programas reales y viables no como consecuencia de la urgencia financiera del gobierno federal, resultado de una 'quiebra financiera!'.

Enrique Rajchemberg diría que "...al parecer, la descentralización se refiere más a funciones que a toma de decisiones. Esta tendencia al 'ejecutivismo' en la toma de decisiones contradice las metas democratizadoras del proceso."<sup>39</sup>

La Sexta Tesis engloba la respuesta del régimen a la crisis, que se da primero con el Programa Inmediato de Reordenación Económica y posteriormente con el Plan Nacional de Desarrollo, en los que se expresan las políticas, estrategias e instrumentos dirigidos a obtener los cambios estructurales de la economía nacional y favorecer la elevación de los niveles de bienestar general.

Dentro de las acciones relevantes para lograr estos objetivos, se reformaron los artículos 25, 26, 27 y 28 constitucionales a fin de precisar las funciones de rectoría del Estado en materia económica; la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley Federal de Trabajo y la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, entre otras.

La séptima y última tesis comprende los principios básicos tendientes a una organización de un sistema de planeación democrática del desarrollo, en el que el Ejecutivo Federal coordina sus actividades de planeación con las entidades federativas, y promueve y garantiza la participación y contribución de los diversos sectores de la sociedad en la elaboración y ejecución del - -

---

38. Véase *La Jornada, México*, 22 de agosto de 1986, pp. 1 y 39.

39. Nexos, No. 93, *México, Revista Mensual*, septiembre de 1985, p. 30.

Plan Nacional de Desarrollo y los programas derivados de él. La planeación es regulada desde cuatro vertientes: la obligatoria, la coordinada, la inducida y la concertada con los sectores social y privado.

Asimismo, se norma la participación de las dependencias y entidades de la Administración Pública en tres niveles: Global, correspondientes a las Secretarías de Programación y Presupuesto, de Hacienda y Crédito Público y Contraloría General de la Federación, que tienen como funciones la integración, el control y la normatividad; el nivel sectorial que señala que a las dependencias de la Administración Pública les compete la elaboración de sus respectivos programas, los que obligatoriamente deberán ser congruentes con el Plan Nacional de Desarrollo, teniendo atribuciones de ejecución, coordinación y verificación en relación a los mismos y, en el caso de actividades que deban desarrollarse conjuntamente varias dependencias, se faculta al Ejecutivo para establecer comisiones intersecretariales; en el nivel institucional, a las entidades paraestatales corresponde elaborar sus respectivos programas cuando expresamente así lo determine el Ejecutivo, atendiendo a las previsiones del Programa sectorial correspondiente, y verificar periódicamente la relación que guarden sus actividades con los objetivos y prioridades de su programa institucional.

En lo que se refiere a la participación social de la planeación, ésta se ve institucionalizada al conferir el carácter de órganos de consulta permanente a las organizaciones representativas de obreros, campesinos y grupos populares; de las instituciones académicas, profesionales y de investigación; de los organismos empresariales y de otras agrupaciones sociales, a través de foros de consulta popular convocados para tal efecto, conforme lo ordena la Ley de Planeación de febrero de 1983.<sup>40</sup>

Ambas estrategias ( de reordenación y de cambio cualitativo), el gobierno del Lic. Miguel de la Madrid las presentó como las más adecuadas para lograr crecimiento sostenido en un rumbo nuevo para la sociedad mexicana. Así, cuando se da a conocer el Plan Nacional de Desarrollo (PND) en mayo de 1983 se señalaban las siguientes metas: Decrecimiento del producto entre 2 y 4 puntos; en 1984 recuperación de la actividad económica entre cero y 2.5 por ciento

---

40. Pichardo Pagaza, Ignacio, "Plan Nacional de Desarrollo", En Introducción a la Administración Pública de México, Libro 2, INAP, México, 1984, pp. - 39-49.

to y un crecimiento en 5 y 6 por ciento en el período 1985-1988.<sup>41</sup>

Sin embargo, la política económica gubernamental desde un principio privilegió el combate de los desequilibrios monetario-financieros: Sector exterior, finanzas públicas e inflación. Lo que se tradujo en una severa contracción de la actividad productiva a base de inducir a una baja de la demanda efectiva de la economía: inversión, gasto público, pero sobre todo, el consumo de los asalariados.

Respondiendo con esto a los compromisos adquiridos con el Fondo Monetario Internacional en la Carta de Intención del convenio México-F.M.I. y en el Memorándum Técnico de entendimiento de fecha 10 de noviembre de 1982.<sup>42</sup>

Dicha política restrictiva tuvo como saldo un Producto Interno Bruto - - (PIB) de -0.6 en 1982; -5.3 en 1983; 3.7 en 1984; 2.8 en 1985; -3.8 en 1986 1.5 en 1987; y 1.1 en 1988.

En lo que se refiere al salario (tomando como base a 1983 = 100) su comportamiento fue de 100 para 1982; 83.6 en 1983; 81.5 en 1984; 77.2 en 1985; -70.7 en 1986; 65.1 en 1987; y 51.9 en 1988.

La evolución de la inflación anual fue de 98.9 en 1982; 80.8 en 1983; --59.2 en 1984; 65.9 en 1985; 105.8 en 1986; 159.2 en 1987; 46.8 en 1988.

El de la inversión pública como porcentaje del PIB fue de -14.2 para - -1982; -32.5 para 1983; 0.6 para 1984; -4.4 para 1985; -16.8 para 1986; -1987 y 1988 no tienen dato.<sup>43</sup>

Como puede observarse esta política de ajuste ya no permitió un período de rápida expansión como sucedió en los años de 1978 - 1981 (tasa de crecimiento, en términos reales de 8.5 por ciento promedio anual), por lo que la -

---

41. *Presidencia de la República, Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, S.P.P., 1983, p. 161.*

42. *Ver Coyuntura, Núms. 11 y 12, UNAM, julio-diciembre, 1982, pp. 183-192.*

43. *Ver Cuadro I, Indicadores de la economía nacional 1981-1988, de Celso Garrido N., op. cit., p. 9.*

petróleo; las otras son: la baja de los precios de los productos del sector primario e industrias extractivas, las condiciones crediticias restrictivas y las alzas de las tasas de interés internacionales.

Como ejemplo de esta situación podemos señalar que: el precio del petróleo cae en 1986 de 16 a 11 dólares por barril, provocando una reducción de los ingresos fiscales equivalentes a 5 puntos porcentuales del P.I.B.

En lo que toca al peso del servicio de la deuda pasó de 25% en el gasto de 1981 al 53% en 1986. En 1987, tan sólo el pago de los intereses.<sup>45</sup>

Por lo que se refiere a los productos agrícolas, "...Las exportaciones agrícolas comenzaron a descender desde el primer trimestre de 1987: en ese lapso el volumen de café exportado fue 17% superior al del año anterior, pero el ingreso en divisas disminuyó 27%; la cantidad de jitomate vendido al exterior cayó en 4% y las divisas bajaron en casi 53%; se entregaron, por los mismos dólares, 26 mil toneladas más de hortalizas que en el primer trimestre de 1986. México, tradicional exportador de algodón, se vió en la necesidad de importarlo".<sup>46</sup>

Así, el 12 de febrero de 1986 el Lic. Miguel de la Madrid anuncia la aplicación de diez lineamientos en materia económica, entre los que sobresalen: La decisión del Estado de vender las empresas de su propiedad consideradas no estratégicas o prioritarias; el fomento a las exportaciones, aspecto en que las maquiladoras tienen un apoyo importante; lograr el acceso al Acuerdo General Sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT); impulso a la inversión extranjera, sobre todo de aquélla que invierta en áreas que contribuyan a la modernización tecnológica y al fortalecimiento de la capacidad exportadora; y elevar la eficiencia y productividad de las empresas.

Estos objetivos enfatizan la intención de seguir una estrategia en la que

---

45. Alvarez, Alejandro y Gabriel Mendoza, "México un Capitalismo Depredador en Crisis". En Cuadernos Políticos, No. 53, Revista Cuatrimestral, enero-abril de 1988, pp. 41 y 43.

46. López Monjardin, Adriana, "1982-88: Un Proyecto Anticampesino y Antinacional". En Cuadernos Políticos, No. 53, Revista Cuatrimestral, enero-abril de 1988, pp. 22-23.

se pretende abrir a la economía nacional para insertarla en el mercado mundial. Es decir, liberalizarla para modernizarla y hacerla más competitiva a nivel internacional.

No obstante, que no se renuncia a los propósitos anteriores, los secretarios de Hacienda y Crédito Público y de Programación y Presupuesto, en conferencia de prensa el 23 de junio de 1986, dan a conocer un nuevo programa denominado Programa de Aliento y Crecimiento (PAC) que pretende lograr un crecimiento moderado para 1987 y 1988 con control de la inflación mediante una política de gasto público no expansiva (eliminación de subsidios; venta, liquidación, fusión o transferencia de empresas paraestatales); la introducción de nuevos instrumentos de captación que retengan y aumenten el ahorro interno y posibiliten el retorno de capitales del exterior; reestructuración de la política fiscal; todo esto con el fin de estimular a la inversión privada.

En resumen el PAC se propone: la apertura y racionalización del comercio exterior, una nueva actitud de la actividad pública y la reconversión industrial tanto pública como privada, que permita elevar su productividad, con la mira de conformar un sector industrial que esté de acuerdo a las necesidades del mercado internacional y del país.<sup>47</sup> Cuando menos así lo plantea el discurso oficial. Un suceso importante que se relaciona con el PAC es que en el mes de octubre de 1985 en la Asamblea Anual Conjunta del F.M.I. y el Banco Mundial celebrada en Seúl, Corea del Sur, se da a conocer el Plan Baker, cuya importancia radica en ser una propuesta de política económica para los países deudores, avalada por los máximos organismos financieros mundiales como el mismo F.M.I., el Banco Mundial y el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América. Dicho programa ofrecía a los países deudores una estrategia que reconocía la necesidad de promover el crecimiento sostenido de las naciones deudoras, a fin de poder continuar las negociaciones caso por caso, de acuerdo con las particularidades de cada país y con la condición de que todos los países que desearan participar en este programa aplicaran políticas de ajuste de acuerdo a las que tra

---

47. Cf Gustavo, Petricioli y Carlos Salinas de G.. Conferencia de Prensa, Presidencia de la República, Dirección General de Comunicación Social, México, 23 de junio, 1986, p. 3.

dicionalmente exige el F.M.I. 48

La relación entre el Plan Baker y el PAC se confirma con los programas -- que contienen la Carta de Intención y el Memorándum técnico presentado por el gobierno de México ante el F.M.I. el 22 de julio de 1986.

Desde luego que estas medidas van a repercutir en la estructura económica, así en el sector paraestatal, se inicia un proceso que se le denominó de "re-- conversión industrial" en sectores de actividad tradicionales (siderurgia, azucarero y textil); la articulación de las cadenas productivas; el fomento del crecimiento estable de las ramas modernas como lo es el caso de la petroquímica y química; y, la creación de industrias de alta tecnología como las de electrónica, computación y biotecnología. 49

Por lo que se refiere a la participación de las empresas paraestatales -- también sufren una modificación importante: Las empresas ubicadas en actividades no prioritarias (cemento, refrescos embotellados, porcelana, aparatos electrodomésticos, bicicletas, textiles y automóviles) son desincorporadas y vendidas en gran número.

Aquellas que por su tamaño técnicamente eran ineficientes fueron reestructuradas a fin de "modernizarlas" y hacerlas más eficientes y competitivas.

El Estado también disminuye su participación en la economía, ya que de operar en 28 de las 49 ramas industriales del aparato productivo concentra su participación en sólo 13, con 151 entidades (de las cuales 52 pertenecen a la industria azucarera y 49 a las actividades minero-metalúrgicas y de siderurgia básica). 50

---

48. Olvera Amezcua, Sheida C., El Plan Baker y el Plan Blady: Propuestas Políticas a la Solución del Endeudamiento: El Caso de México, Tesis de Licenciatura, México, ENEP Acatlán-UNAM, 1992, pp. 43-46

49. Como un ejemplo de los cambios que sufrió la estructura económica de México a partir de 1986, véase el Trabajo de Palomares, Laura y Leonard Martens, "Automatización Programable y Nuevos Contenidos de Trabajo. Experiencia de la Industria Electrónica, Metalmeccánica y Petroquímica Secundaria en México". En Problemas del Desarrollo, Revista Trimestral, UNAM, Vol. XX, enero-marzo 1989, No. 76, pp. 111-132.

50. Cf. Excélsion, México, 11 de enero de 1987.

Por lo que corresponde al número de empresas paraestatales en 1970 eran 329, para 1982 alcanzaban 1155 y en 1988 disminuyeron a 799.

Ahora, el proceso de desincorporación se dió de la siguiente forma, según las estadísticas del Centro de Estudios Económicos del Sector Privado: Como ya se anotó en 1982 existían 1,155 empresas, de las cuales se autorizó la desincorporación de 790, habiendo concluido dicho proceso 590 para 1989. Para el 31 de marzo de ese año el número de empresas considerando las autorizadas eran 424 y tomando en cuenta sólo lo concluido eran 624. Como dato adicional, entre 1982 y 1988 sólo se crearon 59 empresas.<sup>51</sup>

En lo que toca al número de empleados públicos, en 1970 eran 640 mil; - para 1982, 1'155,000 y para 1988, 2'289,000, lo que muestra un crecimiento apenas de un 98.18% entre 1982 y 1988. Datos que obviamente no reflejan el -- gran número de despidos que realizó la industria paraestatal, la que para -- principios de 1986 prescindió de los servicios de un total de 130 mil perso-- nas.<sup>52</sup>

Con esto, el Estado no sólo se convierte en el rector de la reconver- -- sión industrial sino también de las relaciones entre las clases sociales e, -- incluso, entre éstas y el Estado. Por consiguiente, la "...reconversión in-- dustrial, tanto en el sector público como en el privado, no sólo involucra -- una modernización tecnológica, organizativa y financiera sino, sobre todo, -- significa nuevas formas capitalistas de movilidad del trabajo...De hecho, la reconversión industrial forma parte del proyecto de modernización (reordena-- miento) de la economía en su conjunto que impulsado por el capital internacio-- nal afecta también a sectores como el bancario, el educativo y el de sa- -- lud..."<sup>53</sup>

Otra de las características de la reconversión industrial era un fuerte impulso de las actividades productivas orientadas en forma importante al mercado mundial como el de la industria maquiladora que para 1986 fue el segundo

---

51. Cf. *Expansión, México, junio 7 de 1989. Consulte en particular los cuadros de las pp. 90 y 100.*

52. Cf. *El "Perfil" en La Jornada, México, 1º de octubre, 1986, p. 11.*

53. *Cuéllar Romero, Ricardo, op. cit. p. 111.*

rubro generador de divisas después del petróleo.

La operación de este tipo de industrias se vincula: a) al aprovechamiento de las "ventajas estáticas", esto es de la "abundancia" y "bajo costo" de la mano de obra local. Por ejemplo, de 1982 a 1986 la relación salarial entre México y Estados Unidos se disparó de 3 a 1, a 10 a 1; b) a consecuencias negativas en la fuerza de trabajo, tales como desprotección social, inseguridad en el trabajo, rotación de trabajadores y ausencia de un control riguroso en las condiciones de seguridad e higiene, una legislación laboral restrictiva, sujeción de los sindicatos y otras formas de organización de los trabajadores.<sup>54</sup>

En consecuencia, la profundización de la crisis tuvo un elevado costo social en materia de empleos y salarios. La mayoría de las empresas efectuaron despidos de personal, sobre todo en la rama de medios de producción, donde fue mucho mayor la caída de la demanda, sin soslayar actividades como la industria textil, donde el proceso de reconversión se enfrentó a un exceso de la capacidad productiva, lo que obligó a despedir un 15% de su personal. Otra industria que resultó muy afectada fue la de productos eléctricos y metálicos en donde se redujo el empleo en 32% y 28% entre 1985 y 1986.

El salario mínimo general en 1986 volvió a caer como lo muestra su evolución en los siguientes años:<sup>55</sup>

---

1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
108	103	100	97	91	91	76	66	64	62	56

---

Ahora bien en 1986 para hacer frente a la importante caída del precio del petróleo que venía a comprometer el programa económico del gobierno, se organizó una nueva operación de rescate para México.

"En efecto, en octubre de 1986 el gobierno de México llega después de ásperas negociaciones a un acuerdo con la banca acreedora para continuar rees

---

54. Culler Romero, Ricardo, *Ibidem*, p. 112.

55. Datos tomados del cuadro No. 2 del Id, *El Nuevo Capitalismo Mexicano*, Ed. Era, México, 1992, p. 105.

tructurando las reestructuraciones de la deuda externa y para obtener nuevos recursos crediticios para 1986 y 1987. Las cifras comprendidas en la negociación para aplazar el pago del principal sumaron aproximadamente 77 mil millones de dólares que correspondían a las tres cuartas partes del saldo de la -- deuda externa a finales de 1985. Los recursos crediticios obtenidos para -- 1986 y 1987 fueron de 12 300 millones de dólares. De estos, 1 700 millones -- fueron aportados por el F.M.I., 4 600 millones por el Banco Mundial y bancos gubernamentales de otros países y 6 mil millones por la banca comercial".<sup>56</sup> Esta renegociación elevó la deuda a poco más de 100 mil millones de dólares, con una reducción por pago de intereses alrededor de 6.1 millones de dólares, que si bien representó un alivio de un 23% respecto a 1985, el pago de interses todavía era importante al representar alrededor del 37% de los ingresos -- por exportación de mercancías.

Respecto a la política comercial en 1986 se firma el protocolo de adhesión al GATT y se inició la liberalización reduciendo aranceles y eliminando requisitos de permiso para importar maquinaria, equipo e insumos de produc- -- ción.

La política cambiaria consistió en deslizar el peso respecto al dólar -- de una forma paulatina, con un tipo de cambio subvaluado o "exportador", buscando favorecer la disponibilidad de saldos positivos en la balanza comercial para atender el servicio de la deuda.

Los requerimientos financieros del gobierno aumentaban, los que fueron cubiertos principalmente con créditos internos, basando su política de endeudamiento en una tasa de interés real positiva elevada, como un medio para evitar que los capitales salieran del país, y provocaran una fuga de capitales, sin embargo, a pesar de que esta política implicaba un mayor gasto para el gobierno, se pretendía lograr un superávit a partir de contraer el gasto co- -- rriente e inversión pública, transfiriendo a las grandes empresas nacionales y extranjeras el excedente, con lo que se pagaba a los acreedores de la deuda pública y así apoyar la vocación exportadora al arraigar los capitales en Mé- -- xico.

---

56. Guillén Romo, Héctor, *Op. Cit.*, p. 146.

Héctor Guillén señala al respecto que la situación llegó a tal extremo de aberración que para 1988 el sector privado había recibido más por concepto de intereses que lo que pagó por impuestos (Michael Husson calculó que en 1988 los impuestos directos e indirectos pagados por el sector privado representaron el 10.9% del PIB, mientras que los intereses de la deuda externa -- llegaron al 12% del PIB).<sup>57</sup> Sin embargo, el gobierno siguió intentando bajar las tasas de interés con el objetivo de aliviar el peso de la deuda interna que le restringía su actuación.

Resulta muy atrevido, pero se puede decir que entre el gobierno y el capital financiero existía una lucha no abierta, en la que el capital financiero expresaba su racionalidad capitalista al tratar de imponer condiciones a su favor como lo era la reprivatización de la banca y participar más en la estrategia económica.

El año de 1987 comenzó con buenos augurios, en primer lugar porque se contaba con recursos frescos como resultado de los programas de asistencia financiera, ajuste económico y reformas estructurales pactadas con el F.M.I., para el bienio de 1986-1987; en segundo lugar, los precios de petróleo presentaron una recuperación en una forma más importante que el de las expectativas esperadas (para mayo el precio spot del crudo Brent era de 18.6 dólares por barril); en tercer lugar, las exportaciones totales fueron creciendo durante el transcurso del año hasta llegar a los 20 656.2 millones de dólares, cuando en 1987 sólo fue de 16 027.2 millones de dólares,<sup>58</sup> y en cuarto lugar, las tasas de interés se ajustaron para progresivamente situarlas en su nivel real y por encima de la inflación.

En este contexto, si bien la economía no mostró un comportamiento muy diferente al de los años anteriores, es indudable que si hubo una mejoría basada principalmente en las industrias extractivas orientadas a la exportación (para 1986 se exportó 6 089.9 millones de dólares e importó 188.0 y para 1987 fue de 8 453.0 e importó 256) y la generación de electricidad creció de 2.9% en 1986 a 3.8% en 1987, en tanto que la industria manufacturera si bien

---

57. *Id. Orígenes de la Crisis en México: 1940-1982*, Ed. Era, México, 1989, - pp. 89 y 202.

58. Cf. Banco de México, *Indicadores Económicos del Sector Externo*.

creció de -5.7 en 1986 a 2.0 en 1987 su efecto se contrarrestó con una mayor importación, así tenemos que para 1986 se exportó 7 782.1 millones de dólares e importó 10 202.0 millones de dólares y para 1987 se exportó 10 660.0 e importó 10 771.0 presentando en consecuencia un déficit más pequeño en el último año, pero finalmente persistía.<sup>59</sup>

En el mes de abril de 1987 se pone en práctica un nuevo plan antiinflacionario, basado en la disminución del deslizamiento cambiario combinado con una apertura comercial más rápida. Sin embargo, una vez más este intento fracasó, ya que la realidad superó en mucho a las expectativas del gobierno y en el mes de noviembre se devaluó bruscamente el peso en un 25%.

En un principio parecía que dicho plan antiinflacionario tendría éxito, ya que la inflación fue cediendo, por lo que se decidió bajar la tasa de interés base para reducir la deuda interna del gobierno, pero si bien los resultados positivos para bajar la inflación fueron inmediatos, también su duración como ya se anotó fue breve.

Dentro de las limitaciones a que se enfrentaba este plan era el alto déficit fiscal del Estado, el que con una devaluación se vería seriamente afectado.

Otra limitación era el lento avance de la reconversión industrial, ya que el incremento de la productividad y el abatimiento de los costos, sólo se había dado en algunas actividades, estando la mayoría del aparato productivo muy rezagado, lo que incrementaba la inflación vía costos.

Otro de los rubros que también incidía sobre la inflación era la especulación financiera, sobre todo en la Bolsa de Valores, la que se enfrentó a un escandaloso requiebrajamiento financiero que empezó el 19 de octubre con el "crack" bursátil mundial, el que influyó en una forma determinante en México. Antes de que sucediera este hecho, la "fiebre" especulativa comenzó a sobrepasar las posibilidades de control y de regulación llegando al grado de forzar

---

59. Cf. Banco de México, *Indicadores Económicos, Balanza Comercial.*

a la Comisión Nacional de Valores y Seguros a ordenar la suspensión de las operaciones el día 4 de octubre, medida que lejos de coadyuvar a mejorar la situación la empeoró, ya que en buena medida, uno de los factores principales - que complicaron más la situación, era la falta de un acuerdo entre el gobierno y el oligopolio financiero para evitar el "crack" financiero y que afectara el conjunto de la economía. Se dice que cinco casas de Bolsa captaban el 59% de las operaciones en acciones, mientras que otros corredores como - - - NAFINSA y la banca nacionalizada, controlaban acciones en menor cantidad, pero tenían la suficiente importancia como para negociar una caída menos estrepitosa. Sin embargo, una vez más actúan con torpeza las autoridades del gobierno al vender sus acciones para "protegerse", lo que contribuye al "crack" de la Bolsa.

Ante el resquebrajamiento de la Bolsa, los capitales buscaron otras formas de valorización y resguardo, siendo el mercado de divisas el elegido, pero se encontraba también muy presionado por una gran demanda de divisas, para pagar sus adeudos con la banca internacional, lo que obligó a una devaluación muy drástica y elevada del peso, al respecto Héctor Guillén nos dice .."Las -- compras masivas de dólares - en unos cuantos días se realizaron operaciones - de compras de divisas por 1500 millones de dólares - amenazaron con afectar - seriamente el nivel de las reservas internacionales.

En estas condiciones, el 18 de noviembre el Banco de México, dejó de intervenir en el mercado cambiario, lo que provocó una devaluación del peso de cerca del 40%..."<sup>60</sup> Algo importante acerca de este suceso es que la devaluación del 19 de noviembre de 1987, difiere de las anteriores ejecutadas en México, ya que la devaluación se llevó a cabo cuando la divisa estaba subvaluada, existía superávit comercial y el nivel de reservas (si bien iban disminuyendo) era fuerte. Por lo que fue una acción defensiva del gobierno ante el embate de la especulación.<sup>61</sup>

Sin embargo, esta situación mostró que la autonomía de acción del Estado mexicano ante el capital se había perdido, así como la capacidad para regu

---

60. Id, El Sexenio del Crecimiento Cero: 1982-1988, Ed. Era, 1990, p. 107.

61. Id, El Nuevo Capitalismo Mexicano, Ed. Era, México, 1992, p. 122.

larlo e imponer sus medidas unilateralmente, a partir de entonces se vio obligado a negociar con el capital oligopólico-financiero.

Expresión de este nuevo trato lo es el Pacto de Solidaridad Económica, el que consistía en reunir a los sectores fundamentales de la sociedad mexicana (obreros, campesinos, gobierno y empresarios), los que a través de sus representantes se comprometieron a respetar los acuerdos que se determinaron, a fin de poder abatir los principales problemas económicos de México, y así los líderes obreros aceptaron moderar severamente sus salarios, los campesinos a que sus precios de garantía se conservaran en su precio real en 1987, con lo que se pretendía abatir la inflación, los empresarios accedieron a acelerar la apertura comercial (lo que implicaba reducir sus utilidades), hacerse más competitivos e incrementar la productividad, por último el gobierno se obligó a disminuir su gasto y a reducir el tamaño del sector público racionalizando sus estructuras administrativas, asimismo vender las empresas conocidas como no estratégicas o prioritarias.

El Pacto de Solidaridad Económica (PSE) se aplicó en dos etapas. En la primera, se pretendía corregir los desequilibrios existentes entre los distintos precios, buscando situarlos en su precio real (de "equilibrio"). En la segunda, una vez logrados los precios reales, al finalizar cada mes se revisarían los precios y tarifas del sector público, de los salarios y el tipo de cambio. El objetivo era que la tasa de inflación mensual para diciembre de 1988 fuera de 1 o 2 por ciento.

El período que comprendió la ejecución de esta concertación en su primera etapa fue del 15 de diciembre de 1987 al 28 de febrero de 1988. La segunda también fue aplicada por el gobierno del Lic. Carlos Salinas de Gortari.

No cabe duda, que muy a pesar de las objeciones que se pueden hacer a esta estrategia económica, como es el no haber eliminado el riesgo del desequilibrio externo y beneficiar al capital monopolístico transnacionalizante, la inflación fue descendiendo alrededor del 15% mensual en los meses de diciembre de 1987 y enero de 1988 a menos de 1% mensual entre agosto y octubre de ese mismo año. En el último mes del sexenio aumentó ligeramente a 1.3%.

Sin embargo, es importante señalar que la disminución en la inflación, se acompañó y se explica principalmente, por la depresión a la que fue sometido

da la demanda, al depauperar el salario. Esto se comprueba al examinar la relación entre el salario nominal y salario real: en diciembre de 1988 el salario nominal se incrementó 87.6% con respecto a 1987, pero en términos reales - presentó una caída del 12.7 por ciento.<sup>62</sup>

Otro aspecto interesante a señalar, es el que además de una declinación directa al salario, hay que considerar la repercusión de la aplicación de las medidas de austeridad (reestructuración al crédito interno y al gasto público) las que contribuyeron a acentuar la brusca baja de la demanda, en perjuicio de la población más pobre y carente de servicios e incluso del pequeño y mediano empresario. Esto hace evidente que los instrumentos de política fiscal y monetaria dejan de ser centrales y se recurre al deterioro del salario, haciendo -- cargar el peso de la crisis económica a las clases más pobres, en medio de un alto desempleo.

Por consiguiente, lo anterior nos permite deducir que aún cuando en la firma del Pacto se encontraban también los representantes de los trabajadores y los campesinos, éstos en realidad fueron considerados únicamente para llevar el peso de la crisis, como ya se dijo, los "obreros" debían limitar sus pretensiones de aumento salarial y los "campesinos" aceptaron que los precios de garantía se mantuvieran en los precios de 1987, con el conocimiento de que los cultivos más rentables son del agro-empresario y los campesinos en su mayoría producen los de consumo humano o para la producción industrial en condiciones menos favorables y obviamente menos remunerados. Mientras que los empresarios ante la caída del poder de compra, el recorte a subsidios, reducción del gasto público y la especulación comercial lograron elevar los precios y, por tanto, transferir los sacrificios a los asalariados y al conjunto de la población.

Por su lado, el gobierno trataba de cumplir al disminuir sus gastos, regalar las empresas al mejor postor económico y político, aumentando sus precios y tarifas y al desemplear personal ante su cometido de achicar sus estructuras, medidas que también repercutieron en la población de menos recursos.

---

62. Banco de México, *Informe Anual 1988*, pp. 135-136.

Ante la actitud de los empresarios de aumentar los precios o de los co mer ci an tes de especular con los productos para acrecentar los precios se pro pu so, sobre todo al gran capital, que había logrado avanzar en la reconver-- si ón industrial, la apertura comercial en aquellas áreas que pudieran compe-- ti ri r en el exterior.

Esto permitiría, por un lado poner tope en el aumento a los precios y, por el otro, promover la pro duct ivi dad que les permitiera competir ext er na men te. Para esto fue preciso acordar con las grandes empresas su disposición - para no incrementar los precios unilateralmente y que la competencia, con -- las importaciones, fijara los precios.

En un primer momento, la gran empresa aceptó que fuera la Secretaría - de Comercio la que fijara los precios, a partir de las recomendaciones de -- las Comisiones "Tripartitas" (realmente eran Comisiones Bipartitas, los ob re o re o s parecían sólo invitados).

El abatir la inflación era esencial para los propósitos del gobierno - de estabilizar la economía por las siguientes razones: a) Por el importante deterioro que sufrió el salario, lo que implicaba dos problemas: Por un lado, el económico, el basar la estrategia económica en una política de austeridad, sólo era posible aplicarla en un corto o mediano plazo, puesto que limitaba las posibilidades de aumentar la productividad, estabilizar y abrir al exterior a la economía. Por el otro, en lo político, fue evidente que el Lic. - Carlos Salinas de Gortari ganó las elecciones para Presidente de la Repúbli-- ca, dejando muchas dudas sobre su triunfo. b) Otro aspecto económico impor ta n te era que el aumento de los precios obligaba a elevar las tasas de inte-- r és incrementando a su vez la deuda interna, dejando en una posición muy rí-- gi da al gobierno, por el alto monto de deuda interna que tenía comprometida. c) A nivel mundial también se tomaba como una de las prioridades el abatir - la inflación, por lo que si México pretendía participar en el mercado mun-- d ial tenía que hacer descender la inflación para ponerla cuando menos a la - par de sus principales "socios" comerciales. No le era posible seguir expor tan do partiendo de la devaluación y altos precios internos que elevaban los cos tos de producción.

Hay que reconocer que la política antiinflacionaria ha tenido gran éxi to, ya que a partir de 1988 ha ido disminuyendo la tasa de inflación anual -

en tal magnitud que de ser en 1987 de 159.2%, pasó en 1988 a 46.8%<sup>63</sup> y en 1993 se espera que por primera vez desde 1972 sea de un solo dígito, de alrededor del 7%.<sup>64</sup>

Sin embargo, también es cierto que no es la única variable que afectaba a la economía mexicana y aún cuando se avanzó en otros aspectos como el déficit público, a pesar de que para 1988 todavía representaba un importante porcentaje del PIB (12.3%), para las pretensiones de la política de austeridad. Igualmente es evidente que el progreso en otras variables puede ser cuestionado como en el caso de la cuenta corriente de la Balanza de Pagos, ya que si se alcanza un superávit en los años de 1983, 1984 y 1987, en los años de 1983 y 1984 fue posible casi exclusivamente por una importante contracción del volumen de las importaciones; en 1985 se revierte la situación presentándose una reducción de las exportaciones (sobre todo el petróleo) y un aumento de las importaciones; en 1986 a pesar de un decremento en las importaciones, no se compensa la caída de las exportaciones. Para 1987, la subvaluación del peso es tan importante que aumenta las exportaciones y por ende se registra un considerable superávit, que en 1988 se convierte en déficit como efecto de la aplicación de la política antiinflacionaria, que elimina la posibilidad de depreciar el peso por sus consecuencias inflacionarias.

Por lo que hace al restablecimiento de la rentabilidad del capital a través de la recuperación de la eficiencia productiva, la administración del Lic. Miguel de la Madrid avanzó en el proceso de reestructuración a partir de la apertura comercial y la racionalización de la gestión estatal. Sin embargo, la reorientación en la estrategia económica afectó profundamente al sistema productivo lo que se tradujo en: aumento en los costos (por eliminación de subsidios), caída de la demanda, obligando a muchas empresas a racionalizar o modernizar sus sistemas productivos, mediante la aplicación de tecnologías de punta, que ayudaran a incrementar las exportaciones y que hubiera más oportunidad de competir en el mercado mundial. Acciones que como se comentó anteriormente, dependieron de la devaluación del peso y la depreciación del salario.

---

63. Celso Garrido N., *Op. Cit.*, p. 9

64. *Pacto para la Estabilidad, la Competitividad y el Empleo*, 3 de Octubre de 1993.

No obstante, el progreso en el restablecimiento de la rentabilidad a -- partir de la eficiencia productiva, no se logró eliminar al rentista o acreedor que se va a quedar con una parte cada vez mayor del gasto corriente del -- gobierno, dado su alto endeudamiento interno y las altas tasas de interés. -- Así como también el hecho de que la política que se siguió fue: primero re-- convertir o hacer más eficientes y rentables a sus empresas para después ven-- derlas al capital (ya fuese nacional o transnacional), a precios que aún cuan-- do eran superiores a su valor contable, dada la importancia estratégica o -- prioritaria de la mayoría de ellas fueron adquiridas en condiciones ventajoso-- sas para el capital.

Suceso grave si consideramos que los gastos de capital fueron muy bajos, ya que de ser de un 10.2% del PIB en 1982 pasaron a representar sólo el 4.4% en 1988.<sup>65</sup>

Muy a pesar de las concesiones que la administración del Lic. Miguel de la Madrid dió al capital no recuperó su confianza, lo cual se expresó en la -- continua fuga de capitales, así vemos que los porcentajes de los depósitos en el extranjero en relación con los depósitos en el interior del país, es el si siguiente: para 1980-1981 fue de 18.2; 1982 de 35.1; 1983 de 51.9; 1984 de 50.8; y en 1985 de 62.2.<sup>66</sup>

Sabemos que el gobierno del Lic. Miguel de la Madrid se vió permanente-- mente limitado por el pago del servicio de la deuda externa que absorbía una cantidad de recursos equivalentes a casi todo el ahorro neto generado anual-- mente. Por lo que intentó por diversos medios compensar esta "camisa de fuer za", algunos de ellos; como ya se dijo, son: hacer concesiones al capital me-- diante el pago de intereses y el permitirles operar un mercado paralelo de di nero y capitales en la Bolsa de Valores. Se esperaba que el auge bursátil -- proveyera de los recursos financieros que se requerían, pero fue contraprodu-- cente, ya que imperó la especulación, lo que llevó al mercado a una posición vulnerable, que derivó en el "crack" de 1987. Traduciéndose en un gran fraca

---

65. *Id*, El Sexenio de Crecimiento Cero; Ed. Era, México, pp.78-83.

66. Héctor Guillén Romo, *Ibidem*, p. 84, Cuadro IV.

so y mayor austeridad para la población más pobre y la asalariada. En cambio, el enriquecimiento logrado por la oligarquía capitalista, les permitió ampliar su poder económico y político, limitando la autonomía económica y política del gobierno.<sup>67</sup>

En resumen, el recuento realizado del régimen del Lic. Miguel de la Madrid muestra que no consiguió cumplir sus propósitos cuando inició su mandato, así lo demuestran los resultados para controlar la inflación, hacer favorable la Balanza de Pagos, disminuir el gasto público y renegociar para aliviar la carga de la deuda externa. Parece una contradicción, puesto que cada uno de los problemas mencionados, al finalizar el sexenio del Lic. Miguel de la Madrid muestran datos positivos, ya que es innegable la tendencia de la inflación a bajar; la Balanza de Pagos presentó un monto agregado de superávit - - (14 773 millones de dólares) superior a los déficits (los que apenas alcanzan los 4 574 millones de dólares) durante los 6 años de administración. Por consiguiente, se logró un excedente global en cuenta corriente de 10 199 millones de dólares; el gasto público también desciende; ante el éxito de la política antiinflacionaria bajó la deuda interna y la deuda externa se reestructuró en 1986 preámbulo de la cuarta reestructuración que se inicia en diciembre de 1989 bajo los auspicios del Plan Blady.<sup>68</sup>

No obstante lo anterior hay que seguir insistiendo en que fue logrado a costa del asalariado y la gente más pobre del país. Aquí cabe, entonces, cuestionarse si el Lic. Miguel de la Madrid fracasó o no, la respuesta la hemos dado antes y depende de la posición que la estemos respondiendo, del capital o del trabajador.

Lo evidente es que el Lic. Miguel de la Madrid no dejó la economía en el camino de la recuperación, pero que no fueron causas externas únicamente las que lo impidieron, sino de errores y limitaciones objetivas en la aplica-

---

67. Rivera Rlos, Miguel Angel, "Las Perspectivas de la Economía y la Reestructuración en el Nuevo Gobierno" En El Cotidiano, Revista Bimestral, Año 6, enero-febrero 1989, U.A.M. - Azcapotzalco, p. 35.

68. En el Plan Blady por primera vez los Estados Unidos de América reconocen la imposibilidad de los países del Tercer Mundo para seguir pagando, sin que se les den alternativas financieras que les permitan ir reduciendo su deuda, sin que esto implique no tener la oportunidad de seguir recibiendo préstamos nuevos. Además se acepta la posibilidad de que no se recupere en su totalidad lo prestado a dichos países. El Nacional, 11 de Marzo de 1989.

ción de la política reestructuradora como lo dice Miguel Angel Rivera Ríos - "cuando se produjeron los choques externos, uno a principios de 1986 (la caída del petróleo) y el otro en 1987 (el crack bursátil mundial), la economía se encontraba en una posición vulnerable, primero por el intento de reactivarla prematuramente y luego [...] por la inexistencia de una estrategia efectiva para controlar oportunamente la inflación y el déficit fiscal. El retraso en aislar y atacar consistentemente los principales focos de inestabilidad económica, una vez que se desencadenó la ofensiva reestructuradora a partir de 1983, es un problema a la vez económico y político. Expresaba la insuficiente hegemonía lograda en el interior de la burocracia por el núcleo eficientista - modernizador y, paralelamente, era el producto de la incapacidad para establecer un acuerdo con la fracción más poderosa de la burguesía mexicana para hacer avanzar la reestructuración"<sup>69</sup>

Es precisamente el Lic. Carlos Salinas de Gortari, Presidente de la República durante el período 1988-1994, quien encabezaba al grupo "modernizador-eficientista", que al imponerse a la burocracia que defendía la anterior estrategia de desarrollo basada en el proteccionismo y un sistema de intervención y regulación apoyado en el gasto deficitario y en el subsidio indiscriminado; pudo convertirse en uno de los artífices de la nueva estrategia económica que propugna por: a) el restablecimiento de la rentabilidad del capital, mediante la recuperación de la eficiencia productiva; b) la eliminación de las distorsiones en la asignación de los recursos productivos creadas por las interferencias estatales vía precios ficticios o alimentación artificial de la tasa de ganancia y c) insertar a la economía mexicana en el mercado mundial, a partir de ampliar las exportaciones industriales y hacerla más eficiente y competitiva con el exterior.

De ahí que se haya convertido en un continuador de lo heredado por el Lic. Miguel de la Madrid y aún las haya profundizado más.

---

69. Id, El Nuevo Capitalismo Mexicano, Ed. Era, México 1992, p. 100.

## II. LA POLITICA DE SALUD

### A. Antecedentes

La evolución del nivel de salud y la política de salud que se instrumenta en cada etapa o momento histórico depende, en gran medida, del progreso de las fuerzas productivas, es decir, de la forma en que se desenvuelve el modo de producción, lo que regularmente se acompaña de una tendencia hacia un incremento en el nivel de salud, mejoramiento que, sin embargo, no está ajeno a que sea desigual para las clases sociales, lo que a su vez propicia altas, bajas y estancamientos. Por ejemplo, la incidencia de la morbilidad ha sido mayor y de composición diferente para las clases trabajadoras que para las capitalistas, "la apropiación de una mayor cantidad y calidad de alimentos, - así como de mejores condiciones de trabajo y de vida por parte de la clase capitalista, se ha traducido en mayores niveles de vida y salud para éstos que para los trabajadores." <sup>70</sup>

Desigualdad que también se observa a nivel de los habitantes de los países desarrollados y los subdesarrollados. En estos últimos se nota no sólo un nivel de salud más bajo a causa del rezago económico y tecnológico, sino también un mayor desgaste de los trabajadores, sobre todo, cuando laboran en las empresas transnacionales donde la explotación relativa es mayor. Con la expansión del capitalismo, estas empresas han llevado a los países subdesarrollados los procesos de trabajo más peligrosos para la salud.

En resumen, la relación entre el desarrollo capitalista y el nivel de salud es altamente compleja y sujeta a las contradicciones de la acumulación y reproducción capitalistas en sus distintas fases.

Es importante señalar que, aún cuando es un hecho que el nivel de salud se ha elevado, esto no ha evitado la explotación y los riesgos físicos y psicológicos a los que se ha sometido a la clase trabajadora. Si bien es innegable que existen mejores niveles de vida y de salud entre la clase trabajadora esto se debe y es posible gracias a una de las mayores contradicciones del ca

---

70. Soria, Víctor M., Estructura y Comportamiento de la Industria Químico-Farmacéutica en México, UAM-Iztapalapa, México 1984, Cuadernos Universitarios, 6, p. 16.

pitalismo, que es la socialización, tanto de la producción como del consumo. Por lo cual, en el fondo, el modo de producción capitalista, cuya finalidad principal es la ganancia, ha dado lugar a un mayor desgaste de los trabajadores y a una desigualdad en los niveles de salud entre las clases sociales.

En este apartado lo que tratamos de caracterizar a grandes rasgos es el desarrollo del capitalismo mexicano, su relación con la salud y las políticas en esta materia del Estado Mexicano desde 1940 hasta 1982.

A principios de la época colonial se desarrollaron en México dos modos de producción antagónicos: el despótico-tributario y el feudal-colonial, del cual surge y se hereda la hacienda, la que tuvo una gran fuerza y persistencia sobreviviendo cerca de 300 años hasta poco después de la Revolución de 1910 que se encargó de destruirla.

Esta forma de producir y reproducirse, definió las condiciones de salud de la población y así vemos que para fines del siglo XIX, el 88% de la población vivía en áreas rurales y sujeta a condiciones de vida muy austeras, con alimentación insuficiente y condiciones sanitarias prácticamente inexistentes. La mortalidad en esa época era de alrededor de 35 muertos para cada mil habitantes, cuando en Inglaterra era apenas de la mitad.

Obviamente, las diferencias de clase se traducían en mejor alimentación, vivienda y mejores opciones en el acceso a la asistencia médica proporcionada por hospitales privados para nacionales acomodados y las colonias de extranjeros.

Durante la Revolución y después de ésta se reconocen las difíciles condiciones de salubridad del pueblo mexicano, las que se vieron muy deterioradas, siendo más afectada la masa campesina que tuvo que enfrentar la pérdida, en ocasiones de todo.

Con los gobiernos pos-revolucionarios, a partir de Alvaro Obregón, se trata no sólo de implementar medidas sanitarias como la vacunación sino también la educación higiénica. En 1922 se creó la Oficina de Educación Higiénica y se celebra la Primera Convención Sanitaria Nacional.

En el régimen del general Plutarco Elías Calles se funda, en 1925, la Eg

cuela de Salubridad e Higiene y se promulga el nuevo reglamento de Salubridad Pública. En el período de Abelardo L. Rodríguez se decreta un nuevo Código Sanitario en el que se trata de unificar y coordinar los servicios sanitarios a nivel nacional.

Durante el gobierno del General Lázaro Cárdenas se incrementó el presupuesto del gobierno federal en materia de salud, de un 3% en 1933 a 6.4% en 1940; aumentó la lucha contra las enfermedades transmisibles (oncocercosis, sífilis, paludismo, tuberculosis, lepra); se fundaron Servicios de Higiene Industrial, los Servicios Sanitarios Cooperativos; se creó la Secretaría de Asistencia en 1937, también la Oficina de Higiene Social y Medicina Ejidal en 1938, así como el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. Además, en 1938 se elaboró un Proyecto de Ley de Seguro Social, el cual fue guardado durante varios años por el Poder Legislativo como consecuencia de los conflictos que ocasionó la Expropiación Petrolera. Este es un ejemplo más de la claridad con que el Estado Mexicano veía la necesidad de facilitar la reproducción de la clase trabajadora que constituía un factor esencial en la industrialización del país y, por ende, del desarrollo capitalista.

Resulta difícil periodizar el desarrollo del modo de producción capitalista en el caso de México, pero la mayoría de los autores (como Rolando Cordera, Roger D. Hansen, Sergio de la Peña, entre otros) coinciden en señalar que, a partir de los años cuarenta y cincuenta comienzan a formarse los grandes monopolios, en gran medida gracias a la intervención estatal y las crecientes inversiones de capital tanto nacional como extranjero, los cuales consolidan su dominio en los años sesenta y principio de los setenta, sin embargo, no ha implicado la hegemonía del capital monopolista puesto que su dominio se ha visto limitado por un Estado que se ha caracterizado por su gran intervención para asegurar la reproducción del capital social y un fuerte predominio en el ámbito político, por medio de su mediación entre las clases y fracciones de clase con el objeto de administrar la reproducción del capital y la relación capital-trabajo. Esto último no ha sido fácil para el Estado, como consecuencia de las modificaciones que se han efectuado en la estructura social y las relaciones de clase, las cuales durante los años sesenta y mitad de los setenta se tradujeron en graves conflictos de tipo social y, obviamente, el uso de la represión (movimiento médico de 1964, movimiento estudiantil de 1968 y la lucha de guerrilla), lo que evidenció una creciente incapacidad del Estado para resolver los problemas económicos, políticos y sociales de las mayorías.

B. Política de Salud 1940-1982

Como ya se señaló, el proceso de acumulación del capital en México, introduce cambios radicales en la estructura económica ya que los sectores secundario y terciario van a ser los más dinámicos, en detrimento del sector primario, generando desproporciones pues, desde la segunda mitad de los años sesenta se observa una grave incapacidad del sector primario para seguir transfiriendo valor a los otros dos sectores, con lo que se atenta no sólo contra éste, sino también contra la reproducción sostenida de la economía y la sociedad, puesto que uno de los rubros más afectados es la producción de alimentos, lo que acompañado de una pérdida del poder adquisitivo y una mayor proletarización lleva al descontento social y una mayor miseria de la población, con graves índices de desnutrición, proceso en el cual el proletariado es el más afectado. Sin embargo, no son los únicos perjudicados, ya que la competencia entre el capital y el trabajo ha traído como consecuencia la dominación del primero sobre la clase trabajadora y ha promovido la contienda entre los capitales individuales, lo que ha llevado a la monopolización de la economía, el crecimiento de los grupos industriales privados y públicos nacionales y su competencia e interrelación con grupos extranjeros y, simultáneamente, el fortalecimiento del capital financiero.<sup>71</sup>

Es conocido que la industrialización en México fue posible, en buena parte, por el traslado sucesivo de medios de producción desvalorizados, sobre todo en Estados Unidos, (proceso tipo fordista), lo que trajo consigo la transformación del proceso de trabajo, principalmente en la industria. Este cambio, obviamente, va a impactar sobre el proceso salud-enfermedad; el incremento en la productividad permite un aumento, aunque menor, en los salarios reales, pero a la vez intensifica el trabajo, lo que provoca una incidencia mayor de los accidentes y enfermedades laborales, así como la contaminación del medio ambiente, tanto en los centros de trabajo como en las zonas donde se ubican las industrias y donde radican los trabajadores.<sup>72</sup>

---

71. Ver a De la Peña Sergio, *Op. Cit.*, pp. 172-179

72. Es un proceso propio del capitalismo generar la concentración, de ahí que se formen grandes ciudades, que se convierten en los centros de la vida económica, política, social y cultural de un país, con todas sus contradicciones, como sucede en la Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey.

Por lo que se refiere a los salarios, el Estado los regula conjuntamente con el capital y se ha visto precisado a organizar y hasta proporcionar otras prestaciones que se convierten en beneficios para los asalariados como lo es el acceso a la educación básica e, incluso, la superior; servicios médicos y otros como son la adquisición de viviendas, préstamos en dinero o especie, -- etc. Aunque cabe señalar que estos beneficios son para los obreros y campesinos organizados, los cuales con el alcance de estos logros, liberan parte de su salario, ingresos que usarán para el consumo de productos industriales.

Otra de las características del Estado Mexicano es la de fijar los precios de garantía lo que implica menos ingresos y más pobreza para el campo, - en contraste, un mayor aprovechamiento de los centros urbanos al recibir insumos, créditos e importaciones subsidiadas. . Esto último nos permite vislumbrar el papel que el Estado ha jugado entre el capital y el trabajo y cómo la labor de éste ha señalado la forma en que se ha desarrollado la lucha de la - clase trabajadora y, en consecuencia, el de sus "logros" por un mejor nivel - de vida.

Sin embargo, el Estado no sólo ha influido sobre los ingresos, nivel de vida y lucha de la clase trabajadora, sino también sobre los servicios que le ofrece, así vemos que, a partir de los años cuarenta se dá un mayor énfasis a la formación de especialistas y la creación de grandes hospitales con elevada inversión: Se funda el Hospital Infantil en 1943; el Instituto Nacional de - Cardiología en 1944 y, en 1946 el Instituto Nacional de la Nutrición; el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1942. Característica esencial de este - tipo de política sanitaria es el ejercicio de un tipo de medicina esencialmente curativa y no preventiva, de alto costo y de gran dependencia del exterior.

Otro ejemplo de esta clase de medicina es la política de la Secretaría - de Salubridad y Asistencia que desde su creación, en 1943, le dá una mayor importancia al establecimiento de hospitales de carácter selectivo y sobre una política sanitaria de orientación colectiva y preventiva como la realizada -- por el Gral. Cárdenas.

Con excepción de las campañas de vacunación contra el paludismo, la viruela y la fiebre amarilla, durante el gobierno del general Manuel Avila Camacho, se demuestra más interés por la medicina curativa, a partir de la concepción del Gran Hospital, de alto costo y cuya atención va dirigida, principal-

mente, a las grandes ciudades y clases sociales privilegiadas económica, -- social o políticamente (gran capital, gobierno y clase trabajadora organizada) desprotegiendo a los campesinos y grupos marginados.

No obstante, sin soslayar lo anterior, algunos indicadores de salud, entre 1940 y 1960, mejoraron: la tasa bruta de mortalidad descendió de 23 a 11 muertes por cada mil habitantes; la tasa estandarizada de mortalidad, por grupos de edad, bajó de 16.1 a 9.9 muertes por cada mil habitantes, entre 1950 y 1970.<sup>73</sup>

El progreso en estos indicadores podría explicarse por un mayor cuidado en los problemas de salud, un incremento en la cobertura de los servicios de salud y nuevas técnicas en este ámbito aplicadas en México, sin embargo, los factores sociales y económicos tienen un impacto más directo sobre el mejoramiento en el nivel de salud, por ejemplo, más disponibilidad de alimentos; el consumo anual aparente per cápita de maíz, entre 1940 y 1970 pasa de 83.388 - Kgs. a 190.130 Kgs.; el del frijol, de 4.856 Kgs. a 18.194 Kgs.; el de trigo a 5.599 Kgs. Aumentó, también, el consumo en avena, camote, cártamo, cebolla, chícharo, chile verde, jitomate y papa, entre otros productos agrícolas de consumo humano.<sup>74</sup> También la proporción de la población que comió pan de -- trigo, de acuerdo con los censos de 1940 a 1970, creció de 55 a 75% en ese período. En los censos de 1940 y 1950 no se preguntó sobre el consumo de carne, huevo, leche y pescado y en los de 1960 y 1970, por la modalidad de la pregunta, no se dispone de información sobre el consumo de estos alimentos tan importantes para la nutrición de un pueblo, sin embargo, se puede suponer que -- su consumo aumentó.<sup>75</sup>

No obstante, tenemos que considerar que una gran parte de la población es tã marginada de los requerimientos mínimos de alimentos. Así, en 1970, el -- 25% de la población no comía pan de trigo y un 55.93% no alcanzaba el consumo mínimo necesario de carne.<sup>76</sup>

---

73. S.P.P.- Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, Estadísticas Vitales de los Estados Unidos Mexicanos 1950, 1960, 1970.

74. Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos, "Consumos aparentes de productos agrícolas 1925-1980", en Econotécnica Agrícola, Vol. V., No. 9, Septiembre 1981.

75. COPLAMAR, Alimentación, pág. 34

76. Ibid, pág. 38.

Todo esto, en gran medida, es como consecuencia de las diferencias de ingreso, las que influyen sobre la calidad de la alimentación, el nivel de salud, el acceso a los servicios de salud, educación, cultura, y las posibilidades de ascender dentro de la escala social, este contexto se refleja, obligadamente, en la morbi-mortalidad de acuerdo a la clase social a la que se pertenece.

Los años de 1970 a 1982, en México se caracterizan por un período de crisis estructural, a causa del agotamiento del patrón de acumulación tradicional vigente en la posguerra, el que la CEPAL denominara de "desarrollo hacia adentro basado en la industrialización sustitutiva de importaciones"<sup>77</sup>

Esta crisis estructural es producto, en buena medida, de las contradicciones que generó este patrón de desarrollo porque el desenvolvimiento industrial se caracteriza por ser trunco, es decir, de escasa diversificación vertical, - con una raquítica producción interna de bienes de capital y una notoria modificación en el perfil de las exportaciones del país (al seguir dependiendo básicamente del sector primario) lo que va a configurar un cuadro nefasto para la economía mexicana, caracterizado por: una incapacidad crónica para importar y exportar; desproporción en el desarrollo sectorial (sobre todo, entre los sectores agropecuario e industrial); alto déficit fiscal; abrumador endeudamiento externo; inflación ascendente y una constante amenaza de devaluación del peso. Hechos que derivaron en las crisis coyunturales de 1976 y 1982, de resultados ya conocidos, las cuales se ven agudizadas por la situación de pugna política entre el gran capital y la burocracia política que, en un primer momento, termina con la nacionalización de la banca y la imposición del control de cambios; sin embargo, durante el gobierno del Lic. Miguel de la Madrid, comienzan a ser revertidas ciertas medidas que tomó el gobierno del Lic. José López Portillo - como la participación en las acciones de la banca y la nula aplicación de la Ley de Control de Cambios.

Es importante señalar que estas dos coyunturas (1976 y 1982) se encuadran dentro de la crisis capitalista mundial y que México, como país dependiente, - no ha podido superar sus principales problemas como son: mantener un sector externo superavitario y regresar a la senda del crecimiento, es decir, a una reproducción ampliada y sostenida sin que se vea influida o dependa del desarrollo del capitalismo internacional, pero que fundamentalmente no descargue el -

---

77. Valenzuela Feijóo, José, *Critica del modelo neoliberal*, Facultad de Economía, UNAM, México, 1991, pp. 95 y 96.

peso de las crisis en las clases asalariadas y pobres.

No cabe duda que en la búsqueda por superar la crisis económica se transforma el proceso de trabajo, el que, a su vez, modifica el proceso de salud--enfermedad. Aunque, en el corto plazo, indicadores como mortalidad y morbilidad no cambien significativamente, no obstante, a mediano y largo plazos sí se ven alterados. En nuestro país, las últimas crisis coyunturales han implicado una política de recuperación basada en la contención de los salarios, --disminución del gasto público y otras medidas restrictivas, que han tenido como resultado la declinación del salario real y la pauperización de los grupos más desprotegidos. Lo que se traduce en un aumento de la desnutrición y las enfermedades infecto-contagiosas, el nivel de 'stress', el desgaste prematuro, la violencia y aún, la autodestrucción.<sup>78</sup>

Como se ha descrito, en 1971, México comienza a padecer una crisis estructural de la cual, hasta 1993, no ha logrado librarse y se ha exacerbado la lucha entre el capital y el trabajo y entre el gran capital y la burocracia política. Pugnas que han contribuido a profundizar las crisis coyunturales de 1976, 1982, 1985 y 1987. Inmersa, en este contexto difícil, se encuentra la Política de Salud, la que también se ve afectada, obviamente, por esta situación, lo que se refleja en recortes o aumentos poco importantes, en términos reales,<sup>79</sup> al presupuesto en este rubro.

Así, se sabe que para aligerar los problemas originados por el rezago de anteriores administraciones, en relación al gasto para el desarrollo social, el Lic. Luis Echeverría aumentó el presupuesto en las diferentes partidas de bienestar social, sin embargo, el gasto en salud y seguridad social apenas pasó del 3.7% del PIB, en 1971, al 4.2% en 1976. Pero con la peculiaridad de que el sector privado de la medicina utilizaba en ese año casi el 40% de los recursos para atender 15% de la población, mientras que el sector público dis

---

78. *Lawrell, Asa Cristina, "La política de salud en los ochenta", en Cuadernos Políticos No. 23, enero-marzo 1980, pág. 93.*

79. *Una de las mayores críticas que han tenido las políticas de austeridad (neoliberales) es precisamente su énfasis en los recortes a rubros de bienestar social (educación, salud, alimentación, etc.)*

ponía del 60% para atender el 42%<sup>80</sup> y una tercera parte de la población no acedía a los servicios médicos. Además, dentro del sector público se observa otra gran disparidad en la asignación de los recursos: la S.S.A. disponía del 13% del total, en 1975, mientras que el I.M.S.S. ejercía el 72% y el I.S.S.S.T.E. el 15% en ese año.<sup>81</sup>

En 1973, la administración del Lic. Echeverría promueve la Primera Convención Nacional de Salud, de la que se deriva el Plan Nacional de Salud 1974-1976 y el de 1977-1983.

Los objetivos de este Plan consistían en: extender la cobertura sanitario-asistencial a toda la población; transformar el medio ambiente, favorablemente, a la salud; incorporar a la población por sí misma y a través de su organización en el desarrollo del programa de salud; promover y coordinar las acciones de las instituciones del sector salud; aumentar la esperanza de vida, así como crear las condiciones para mejorar la calidad de la misma. El P.N.S. se elaboró con tardanza y ante las crecientes dificultades económicas se complicó, cada vez más, su aplicación. Por primera vez, se trataba de implementar medidas de largo plazo a la caótica situación de salud que se vivía en el país.

Este Plan se basaba en un diagnóstico que trataba de reflejar la realidad del país en materia de salud, aunque de alguna manera disminuida y distorsionada por el velo ideológico que interponen los grandes centros médicos e instituciones especializadas como medida de los avances del nivel de salud en México.

Un balance más concreto indica que a mediados de los años setenta una tercera parte de los habitantes carecía de todo servicio de salud; existía un al-

---

80. Banco de México y Secretaría de Programación y Presupuesto, Sistema de Cuentas Nacionales de México 1971-1978, Tomo IV: "Cuentas de producción servicios", pp. 345-346.

Con estos datos es fácil percatarse de la diferencia clasista y las prioridades del capitalismo mexicano en lo que se refiere a los gastos en salud. El valor de los servicios médicos prestados por el sector privado ascendió a 21 097.1 millones de pesos y del sector público a 33 420.8 millones de pesos.

81. López Acuña, Daniel, La salud desigual en México, Ed. Siglo XXI, México, 1981, pág. 197.

to índice de desnutrición a nivel nacional, principalmente en el ámbito rural,<sup>82</sup> más de 60 000 comunidades de este tipo adolecían de servicios higiénicos básicos; las dos primeras causas de mortalidad general que causaban alrededor del 25% de las defunciones anuales, los problemas infecto-contagiosos, en gran parte son erradicables en otros contextos sociales; las grandes ciudades presentaban graves problemas de asentamientos humanos irregulares, con millones de personas viviendo en condiciones precarias de higiene, alternando con los patrones de contaminación y destrucción ecológica.<sup>83</sup>

Por otra parte, los servicios de salud que se ofrecen son eminentemente curativos y orientados a servicios personales a través de un aparato hospitalario costoso y ubicado generalmente en zonas urbanas. Por lo que toca al personal médico y paramédico también se encuentra en las ciudades, con pocos estímulos para trabajar en áreas rurales. Además, las instituciones de salud se hallan fraccionadas, autónomas en su funcionamiento y todavía no logran conformar un Sistema Nacional de Salud.<sup>84</sup>

En el período que comprende entre 1976 y 1978 se aplica una política económica restrictiva impuesta por el Fondo Monetario Internacional que tiene un gran impacto en la clase trabajadora y la pequeña y mediana empresas. De esta manera, desde que comienza la administración del Lic. José López Portillo, se enfrenta al dilema de incrementar la prestación de los servicios de salud en medio de la situación de crisis económica y la restricción del gasto público; --

---

82. COPLAMAR, Necesidades esenciales en México, Alimentación, Siglo XXI, México 1982, p. 65.

En el caso de las proteínas, para el medio rural el hombre promedio tiene consumos más bajos que el promedio nacional y su similar ciudadano no lo registra, el hombre urbano promedio no tiene déficit en ninguno de los 8 aminoácidos esenciales, mientras que el hombre rural promedio no alcanza la cobertura de 4 de ellas (triptofano, metionina, lisina y valina); tanto a nivel urbano como rural se presenta déficit de ingesta en retinol, niacina, riboflavina y ácido ascórbico.

83. Rodríguez Ajenjo, Carlos, "Política de salud; aproximaciones a un balance del sexenio 76-82" pp. 3-4.

Ponencia presentada en el Coloquio organizado por la U.A.M. y la U.A.G., Acapulco Guerrero, Marzo 25-27 de 1982.

84. Soberón Acevedo, Guillermo, et. al., Hacia un Sistema Nacional de Salud, México, S.S.A., 1983.

así, el gobierno del Lic. López Portillo sólo se limitará a reconsiderar algunos de los programas del Plan Nacional de Salud. Entre los programas con antecedentes en dicho plan sobresalen el de extensión de cobertura, los de planificación y unificación del Sector Salud, la política de priorizar las medidas -- preventivas sobre las curativas así como el programa de planificación familiar en el contexto de la atención materno-infantil.

De las acciones efectuadas durante el gobierno del Lic. José López Portillo destacan las siguientes:

En 1977 la Secretaría de Salubridad y Asistencia inició el Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud al Medio Rural y Urbano (PEC) - y el Programa Comunitario Rural (PCR). Estos dos programas no pudieron extender la cobertura a la población marginada; una de las principales limitaciones fue la falta de recursos en vista de la crisis financiera del sector público. Posteriormente, con la recuperación económica y la liberación del Acuerdo con el Fondo Monetario Internacional, en mayo de 1979 se firmó el Convenio IMSS-COPLAMAR,<sup>85</sup> para establecer y operar 2 000 unidades médicas rurales en zonas deprimidas del país. Este convenio contó con un presupuesto especial que indica una mayor disponibilidad de recursos del sector público pero, de cualquier forma, insuficientes para extender con efectividad la cobertura de los servicios de salud. En este contexto, el haberse escogido al I.M.S.S. y no a la -- S.S.A. obedece probablemente a la disponibilidad de recursos propios por parte de dicho Instituto. Si bien, hasta 1981 se habían establecido 3 024 unidades médicas rurales y 52 clínicas-hospitales de campo, la población realmente cubierta (alrededor de 5 millones) era aproximadamente una tercera parte de la que se pretendía cubrir. Además, la cobertura de segundo nivel (clínicas-hospitales de campo) era marcadamente insuficiente, así como la atención de par-- tos que cubre tan sólo el 13% de la población.

Otro aspecto que llama la atención de la política de salud es la selección de las zonas adonde se implementó con más intensidad el Programa IMSS- -- COPLAMAR (Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla y San Luis Potosí), que -

---

85. *Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Margina-- dos (COPLAMAR).*

busca privilegiar a los lugares más deprimidos, sin embargo, también se caracterizan por ser las regiones con más problemas en la tenencia de la tierra y con los más importantes movimientos sociales y políticos que demandan la satisfacción de las necesidades de ese tipo. Esto último hace suponer que no es casual el que fuera en estos Estados donde se aplicaran programas como los del IMSS-COPLAMAR y el del Sistema Alimentario Mexicano (SAM).<sup>86</sup>

En lo que se refiere al uso de los recursos materiales, humanos, administrativos y financieros: La necesidad de reducir gastos en el Sector Salud trajo consigo una serie de esfuerzos por parte del Estado a fin de lograr la consolidación de un Sistema Nacional de Salud, el cual podría ser posible mediante la planeación y unificación del Sector Salud. Con este propósito, los primeros pasos fueron dados al formarse el Grupo del Sector Salud y Seguridad Social (constituido por la S.S.A., el I.M.S.S., el I.S.S.S.T.E., el D.I.F. y la Secretaría de Trabajo y Previsión Social) cuyo objetivo fue la elaboración del Programa Quinquenal del Sector Salud 1978-1982. Este programa contiene orientaciones generales, pero no constituye una elaboración suficientemente desgastada y operativa. Dentro de esta tónica, el Programa de Acción del Sector Público 1978-1982, difundido en 1978, establece que el eje central de las políticas es la coordinación de programas y acciones de la S.S.A., el I.M.S.S., el I.S.S.S.T.E. y el D.I.F. Algunas de las medidas propuestas fueron temerarias como la de abatir la mortalidad infantil para 1982 a una tasa de 24 defunciones por cada mil nacidos vivos registrados, cuando en 1975 fue de 49; igualmente carecieron de racionalidad las metas que pretendieron erradicar en 1982 la tosferina, el tétanos, el sarampión, la difteria, la poliomielitis y la rabia.<sup>87</sup>

En noviembre de 1978 se creó el Gabinete del Sector Salud como instancia presidencial de coordinación y acuerdo de las políticas y programas de los servicios de salud pública. Este Gabinete se integró por los titulares de S.S.A., la S.P.P., el I.M.S.S., el I.S.S.S.T.E., el I.S.S.F.A.M. y el D.I.F. En marzo de 1979, el Ejecutivo Federal integró las siguientes Comisiones del Gabinete -

---

86. Einbenschutz, Catalina y Bravo, Alejandra, "Políticas de salud; aproximaciones a un balance del sexenio 76-82", pp. 8-9  
Ponencia presentada en el Coloquio Balance del Sexenio, organizado por la U.A.M., y la U.A.G., Acapulco, Guerrero, Marzo de 1982.

87. COPLAMAR, Salud, op. cit., pp. 122-123.

del Sector Salud: a) Estructuración y Formulación del Plan Nacional del Sector Salud, b) Sistema Nacional de Información en el Sector Salud, c) Subrogación Interinstitucional, y d) Inversiones y Gasto Corriente.<sup>88</sup>

En abril de 1979, la Secretaría de Programación y Presupuesto dió a conocer el Plan Global de Desarrollo 1980-1982 (PGD), que incluye entre sus cuatro objetivos nacionales, el de "proveer a la población empleo y mínimos de bienestar, atendiendo con prioridad las necesidades de alimentación, educación, salud y vivienda". El PGD indica que la política de salud y seguridad social se aboque a ampliar la cobertura a las zonas marginadas rurales y urbanas, a consolidar los avances logrados en la esperanza de vida y a preservar y mejorar la calidad del ambiente.<sup>89</sup>

Entre las medidas específicas que el régimen de López Portillo tomó para contribuir a la integración del Sistema de Salud se encuentran: la incorporación de grupos de trabajo del sector público al I.M.S.S. y al I.S.S.S.T.E. -- (como la Comisión Federal de Electricidad y Ferrocarriles Nacionales de México al primero, y de los trabajadores de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público al segundo); la coordinación institucional en medidas preventivas como vacunación, planificación familiar y atención de urgencias; la celebración de convenios interinstitucionales de transferencias de servicios del D.I.F. y Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal a la S.S.A.; así como los convenios de subrogación I.M.S.S.-I.S.S.S.T.E. que permiten usar los servicios de una institución en lugares donde no opera la otra. Además, en agosto de 1981, se nombró al Dr. Guillermo Soberón Acevedo como Coordinador General de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, instancia -- que tenía las funciones y atribuciones de operar como una unidad de asesoría y apoyo técnico del Ejecutivo Federal, a fin de realizar los estudios que proporcionaran las bases para integrar un Sistema Nacional de Salud.

Una vez que el Dr. Soberón fue nombrado Titular de la Secretaría de Salud y Asistencia en la administración del Lic. Miguel de la Madrid, continuó su cometido de integrar los Servicios de Salud.

---

88. COPLAMAR, *Ibid*, p. 123

89. COPLAMAR, *Ibid*, p. 124

Por último se hace un breve análisis de los indicadores de salud más relevantes en los anteriores años. La falta de publicaciones oportunas y la heterogeneidad en la metodología y estructuración de las estadísticas antes de 1990 dificultan la evaluación de las mismas.

#### Algunos indicadores de salud en México:

La esperanza de vida al nacer (EVN) progresó rápidamente entre 1940 y 1960, período en que aumentó de 42 a 60 años para las mujeres y de 40 a 57.5 años para los hombres. En la década de los sesenta la tasa de la EVN disminuye, recuperándose en la primera mitad de los setenta y volviendo a bajar en la segunda mitad. En nuestro país para 1986 tan sólo sobrevive el 77% de la población a los 45 años, mientras que en Cuba lo hace el 91%. Es notable que las probabilidades para un nacido vivo en México de llegar a los 5 años sean inferiores a las de un nacido vivo en Cuba a los 45 años.<sup>90</sup>

La tasa de mortalidad estandarizada bajó de 16.1 (por cada mil habitantes) en 1950 a 11.2 en 1960; el progreso fue menor de 1960 a 1970 de 11.2 a 9.9 bajando la tasa a 7.5 en 1974, pero subiendo a 9.0 en 1976. (Véase el cuadro 1.) Es importante observar la composición de la mortalidad por edades para conocer su comportamiento a través del tiempo. Así el porcentaje de mortalidad de menores de un año se incrementó de 26.9% en 1950 a 30.5% en 1976. Aunque con variaciones pero también se observa una tendencia al incremento en el porcentaje de mortalidad para el grupo de edad productiva (15 - 64 años) en ese período de tiempo. (Véase el cuadro No. 1.)

Para conocer los posibles porcentajes de mortalidad inevitable en México, COPLAMAR adoptó el criterio relativo al promedio de muertes estandarizadas de 14 países, la mayoría de ellos desarrollados, pero también se consideraron algunos en vías de desarrollo como Puerto Rico, Colombia, Chile y Costa Rica. -- Comparando la mortalidad en México (que es mayor) con dicho promedio estandarizado se obtuvo la mortalidad evitable para nuestro país. (Véase el cuadro No. 1.) El resultado fué que hacia 1974 serían inevitables el 57.4% de todas las

---

90. COPLAMAR, Ibid, pp. 95-97

muerres y, por lo tanto, evitable el 42.6%. El porcentaje de muertes evitables sube al 50.9% cuando se toma en cuenta a la población objetivo que no alcanza a cubrir las necesidades esenciales. En preescolares y escolares el porcentaje evitable también es más alto bajo esas condiciones. La mortalidad evitable es elevada para la mortalidad materna, la desnutrición, las enfermedades diarréicas, la tuberculosis y las infecciones respiratorias.

Cuadro I. Tasa de mortalidad e indicadores sobre mortalidad evitable y causas principales.

1.	Tasa mortalidad	1950	1960	1970	1974	1976
	Tasa mortalidad estandarizada <sup>1</sup> por 1,000 habitantes (todas edades)	16.1	11.2	9.9	7.5	9.0
	Porcentaje mort. menos 1 año <sup>2</sup>	26.9	29.8	30.9	28.1	30.5
	Porcentaje mort. 1-4 años <sup>2</sup>	24.9	18.7	15.7	8.8	9.5
	Porcentaje mort. 15-64 años <sup>2</sup>	26.1	27.3	26.7	32.3	28.9
2.	Mortalidad inevitable y evitable <sup>3</sup> 1974.					
	Mortalidad general. Todas edades				100.0%	
	Mortalidad inevitable (% del total)				57.4	
	Mortalidad evitable (% del total)				42.6	
	Mortalidad población objetivo <sup>4</sup>					
	Porcentaje de muertes evitables				50.9	
	Mortalidad preescolares. % muertes evitables				80.5	
	Mortalidad preescolares. Población objetivo. % muertes evitables				84.9	
	Mortalidad escolares. % muertes evitables				68.4	
	Mortalidad escolares. Población objetivo % muertes evitables				75.6	
3.	Muertes evitables por causas principales					
	Mortalidad materna				88 %	
	Tuberculosis				78	
	Bronquitis				72	
	Diabetes				61	
	Desnutrición				89	
	Mortalidad perinatal				34	
	Muertes violentas				42	
	Enfermedades diarréicas				90	
	Infecciones respiratorias agudas y neumonías				76	

1. Se utiliza como población standard la población de México de 1974.

2. Muertes tomadas de la población nacida viva registrada.

3. Se estimaron las muertes inevitables adoptando como criterio la tasa que resulta del promedio de muertes estandarizadas de 14 países (Inglaterra, Canadá, Puerto Rico, Colombia, Suecia, Polonia, Chile, Costa Rica, Dinamarca, Francia, Japón, Israel, Estados Unidos y Checoslovaquia). Las muertes evitables se obtienen como diferencia entre el total de muertes y las inevitables.

4. Se considera población objetiva aquella que no satisface el conjunto de - las necesidades esenciales. Se estimó con base en la información de la - "Encuesta de ingresos y gastos en los hogares", realizada por la SPP en - 1977, considerando como población-objetiva la equivalente a los 7 deciles inferiores, registrados en la encuesta. Se asumió que la distribución de la población por deciles en 1974 ha sido la misma que en 1977.

---

Fuente: COPLAMAR, Necesidades esenciales en México, Salud, Siglo XXI, México 1982, con base en cuadro 3.1 p. 63; gráfica 3.6, p. 68; y cuadro 3.3 p. 80.

En los pasados cuarenta y cinco años (1930-1975), para los que existe información de las quince causas principales de muerte, ocho de ellas continúan siendo una constante en la mortalidad del país. La influenza y las neumonías que estaban en segundo lugar en 1930 alcanzaron el primero en 1975; la diarrea y la enteritis que en 1930 ocupaban el primer sitio, en 1975 ocuparon el segundo,<sup>91</sup> los accidentes y muertes violentas cambiaron del quinto al tercer lugar entre esos años; las enfermedades del corazón alcanzaron el cuarto sitio en 1975, mientras que en 1930 tenían el doceavo. (Véase el cuadro No. 2.)

Cuando se hace la diferenciación de las causas de mortalidad por edades - se encuentran hechos interesantes. De esta manera, las muertes violentas pasan al primer lugar en 1975 para los grupos de 15 a 24 y de 25 a 44 años, ocupando el tercer lugar en el grupo de 45 a 64 años. Las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar en el grupo de 45 a 64 años y el segundo para los grupos de 15 a 24 y de 25 a 44 años. Entre los 15 y 64 años (edad productiva) además de los motivos arriba mencionados son comunes como causas de muerte importantes las infecciones respiratorias y la neumonía, así como la tuberculosis y la cirrosis hepática.<sup>92</sup> En un estudio reciente,<sup>93</sup> se observó que para el Distrito Federal en 1978, las enfermedades del corazón alcanzaron el primer lugar, le siguen consecutivamente: los tumores malignos; la diabetes; la influenza y las neumonías; la cirrosis hepática; los accidentes; ciertas causas de morbilidad y de la mortalidad perinatales; la enteritis y las enferme-

---

91. Las estadísticas vitales indican que la neumonía y la influenza, así como la diarrea y la enteritis causaban el 27% de las muertes en 1930, ascendiendo en 1940 al 36.3% y declinando hasta el 24.1% en 1975.

92. COPLAMAR, *Ibid*, pp. 95-97

93. Fernández de Hoyos, Roberto, "¿Cuáles son realmente las principales causas de defunción en México?". En Salud Pública de México, Vol. 25, No. 3, mayo-junio de 1983, p. 245.

dades diarréicas; las enfermedades cerebro-vasculares; y en décimo lugar la bronquitis, el enfisema y el asma. Cabe hacer notar que la jerarquización de estas causas de muerte se hizo tomando como referencia los certificados de defunción para el Distrito Federal.<sup>94</sup>

Cuadro 2. Quince principales causas de muerte.

1930	1940	1950	1960	1970	1975
Diarrea y enteritis	Diarrea y enteritis	Gastritis duodenitis, enteritis y colitis, excepto diarrea en el recién nacido.	Gastritis duodenitis, enteritis y colitis, excepto diarrea en el recién nacido.	Influenza y neumonía	Influenza y neumonía
Influenza y neumonías	Influenza y neumonías	Influenza y neumonías	Influenza y neumonías	Enteritis y otras enfermedades diarréicas.	Enteritis y otras enfermedades diarréicas.
Paludismo	Paludismo	Enfermedades de la primera infancia	Enfermedades de la primera infancia	Accidentes o muertes violentas	Accidentes o muertes violentas
Tosferina	Accidentes o muertes	Accidentes o muertes	Accidentes o muertes	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
Accidentes o muertes violentas	Deformaciones congénitas y enfermedades de la primera infancia.	Paludismo	Enfermedades del corazón.	Causas de morbilidad y mortalidad perinatales	Causas de morbilidad y mortalidad perinatales
Viruela	Sarampión	Enfermedades del corazón.	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos
Sarampión	Bronquitis	Tosferina	Bronquitis	Bronquitis	Enfermedades cerebro-vasculares.
Debilidad congénita. Vicios de conformación congénita.	Enfermedades del hígado y de las vías biliares.	Tuberculosis T.F.*	Tuberculosis T.F.*	Enfermedades cerebro-vasculares	Cirrosis hepática
Tuberculosis T.F.*	Tuberculosis T.F.*	Bronquitis	Cirrosis hepática	Sarampión	Diabetes Mellitus.

94. Esta observación tiene una gran importancia ya que las causas de muerte que se registran en los certificados de defunción no siempre son exactas.

1930	1940	1950	1960	1970	1975
Enf. del hígado y de las vías biliares.	Enfermedades del corazón.	Sarampión	Paludismo	Cirrosis hepática	Bronquitis
Bronquitis	Tosferina	Tumores malignos	Lesiones vasculares que afectan el sistema nervioso central.	Tuberculosis*	Tuberculosis*
Enfermedades del corazón.	Tifoidea y paratifoidea.	Cirrosis del hígado.	Sarampión	Avitaminosis	Avitaminosis
Tifoidea y paratifoidea.	Nefritis	Nefritis y nefrosis	Disentería T.F.	Diabetes Mellitus.	Infecciones respiratorias agudas.
Nefritis	Tumores malignos	Disentería T.F.	Tosferina	Anemias	Anemias
Hemorragia cerebral, embolia o trombosis	Hemorragia cerebral, embolia o trombosis	Tifoidea	Anemias	Anomalías congénitas	Anomalías congénitas

\* Todas formas.

Fuentes: *Estadísticas vitales, Varios años.*

El patrón de morbilidad indica que las enfermedades del aparato respiratorio, las infecciosas y parasitarias, así como las fracturas, traumatismos y lesiones ocupan los tres primeros lugares en la consulta externa del I.M.S.S. - - (Véase el cuadro No. 3.) Tan sólo estos tres tipos de enfermedades, accidentes y lesiones participan en 1976 con el 50.9% del total. Entre las enfermedades transmisibles registradas por el I.M.S.S. y la S.S.A., las respiratorias representan el 49.5% de los casos.

A pesar de que desaparecieron algunas epidemias que todavía a principios de siglo azotaban a México (fiebre amarilla urbana y tifo) y se ha logrado reducir otras (sarampión, tosferina, difteria), como también se han controlado varias enfermedades endémicas (paludismo, oncocercosis, brucelosis y mal del pinto), la morbilidad de las enfermedades transmisibles no exhibe una tendencia --

sostenida a la declinación, como señalan Jesús Kumate y G. Gutiérrez.<sup>95</sup>

Cuadro No. 3. Motivos de consulta externa registrados en las unidades médicas del Valle de México del IMSS, según grupos de causas. 1976.

	Total de consultas	Por ciento
Total	13,398,055	100.00
Enfermedades del aparato respiratorio	3,477,525	25.96
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1,976.120	14.75
Fracturas, traumatismos y lesiones	1,365.769	10.19
Enfermedades aparato digestivo	1,100,088	8.21
Enfermedades sistema nervioso y órganos de los sentidos.	842,246	6.29
Enfermedades aparato genito-urinario	662,714	4.95
Enfermedades piel y tejido celular subcutáneo	579,319	4.32
Enfermedades sistema óseo-muscular	482,717	3.60
Enfermedades glándulas endocrinas, nutrición	448,455	3.35
Enfermedades aparato circulatorio	375,810	2.80
Trastornos mentales	271,825	2.03
Sistemas y estados mal definidos	240,651	1.80
Enfermedades sangre y órganos hemato-poyéticos	114,153	0.85
Complicaciones embarazo, parto y puerperio	78,298	0.58
Tumores (neoplasmas)		
Anomalías congénitas	69,107	0.52
Ciertas causas morbilidad perinatal	6,956	0.05
Otras	1,235,291	9.22

Fuente: IMSS, *Boletín de estadística anual, 1976, México, 1978.*

La mortalidad y morbilidad laborales han ido en aumento de 1958 a 1978. - De acuerdo con la tasa de accidentes y daños laborales, en 1958 la tasa por cada mil asegurados del I.M.S.S. fue de 82.6, subiendo a 93.9 en 1978. En los años de crisis como 1971 y 1976, la tasa dió saltos apreciables en relación a los años precedentes. (Véase cuadro No. 4.) La mortalidad por accidentes y daños laborales también ha sufrido un aumento progresivo, de 0.19 por cada mil asegurados en 1970 a 0.29 en 1978. Para 1965, de 390 878 riesgos realizados, - 380 905 dejaron una incapacidad temporal, 8 714 una permanente y de ellos murieron 1 259 personas. Para 1977 esa cifra se había elevado a 451 145 riesgos (70 240 más que en 1975) con 439 480 incapacidades temporales, 10 379 permanen

95. Kumate, J. y Gutiérrez, G., "Manual de Infectología", Ediciones Médicas - del Hospital Infantil de México, 3a. ed., México, 1975.

tes y 1 286 defunciones. Dos años después, el total de riesgos era de - - - 549 868 de los cuales 535 670 terminaron con incapacidad temporal, 12 813 -- permanente y 1 385 en la muerte.<sup>96</sup>

Cuadro No. 4. Tendencia de las tasas de riesgo laborales registrados en el - IMSS. Por tipo, 1958 a 1978. (Tasas por 1,000 asegurados)

Años	Tasa de accidentes y daños laborales.	Tasa de mortalidad por accidentes y daños laborales.
1958	82.6	
1960	86.5	
1965	87.0	
1970	83.3	0.19
1971	92.5	0.27
1972	89.2	0.21
1973	81.2	0.33
1974	94.0	0.30
1975	90.8	0.29
1976	101.4	0.33
1977	99.1	0.28
1978	93.9	0.29

Fuente: SPP, *Manual de estadísticas básicas sociodemográficas. III Sector Salud y seguridad social, 1978*, pp. 298-303, IMSS. *Memoria estadística, 1975, 1979.*

A pesar del ascenso de los casos de incapacidad y de muerte en los años mencionados, el I.M.S.S. redujo el pago de indemnizaciones en un 259% en - - 1980 con respecto a 1979. Además de desaparecer la Jefatura de Medicina del Trabajo y abrió la de Higiene y Seguridad con el fin de controlar por vía ad ministrativa los riesgos laborales.

El alarmante incremento de dichos riesgos refleja las pobres condiciones en que se desarrolla el proceso de trabajo en México y la explotación a la que están sometidos los trabajadores.

La incidencia de accidentes es extremadamente alta en algunas industrias como las minas no metálicas donde se accidentaron el 78% de los obreros en el

96. Rodríguez Ajenjo, Carlos, *Op Cit.*, p. 15

lapso de un año; en las industrias de fundición y laminación un 26%; y en los ingenios azucareros el 24%.<sup>97</sup> Asimismo se puede constatar que existe una relación inversa entre el ingreso y el riesgo de accidente; 28.7% en los trabajadores con salario inferior al mínimo, mientras que los que reciben salarios superiores al mínimo en tres veces o más, el riesgo sólo alcanza el 1.5%.<sup>98</sup>

---

97. Syntex, *La Medicina del Trabajo en México*, México, 1979, p. 22, citado - por Laurell, Asa Cristina, en "La Política de Salud en los Ochenta", Cuadernos Políticos No. 23, enero-marzo 1980, p. 94.

98. Laurell Asa Cristina, *Ibid*, p. 94.

III. CRISIS ECONOMICA Y POLITICA DE SALUD: 1982 - 1988

- A) Política de Salud en México durante el gobierno del Lic. Miguel de la Madrid Hurtado: 1982 - 1988.

Uno de los temas a los que le dió una gran importancia el Lic. Miguel de la Madrid Hurtado durante su campaña política y ya como Presidente de la República fue el de la Salud.

La muestra de su interés por este aspecto lo encontramos cuando expresa su pensamiento político en muy diversos documentos como el de Cien Tesis Sobre México o los Grandes Retos de la Ciudad de México, en los que señala "En países con tan graves desigualdades como México, la Seguridad Social es un agente de equilibrios necesarios. Por medio de ella se preserva la salud y la vida de millones de compatriotas y, además, se introducen patrones de conducta que contribuyen a la modernización del país. Nuestro país debe aspirar a la implantación de la seguridad social universal."<sup>99</sup>

"La consecución de una sociedad más igualitaria exige que todos los mexicanos tengan acceso a los servicios de Salud y Seguridad Social. Reitero mi convicción de que debemos consagrar como garantía constitucional el derecho de la salud, con el fin de subrayar la necesidad de que sociedad y estado se organicen en tal forma que proporcionen a todos los mexicanos, como objetivo final, el servicio fundamental de la salud."<sup>100</sup>

Este segundo documento es muy importante para conocer como el Lic. Miguel de la Madrid concebía los problemas en materia de salud y una vez que fue investido como Presidente de la República puso en práctica lo planteado en este escrito: elevar a rango constitucional el derecho a la protección de la salud; combatir la contaminación ambiental; equilibrar las desigualdades en materia de cobertura y calidad sanitaria; combatir la duplicación de esfuerzos y evitar la falta de coordinación; mejorar los sistemas de informa-

---

99.- De la Madrid Hurtado, Miguel, Cien Tesis Sobre México, Ed. Grijalbo, México, 1982, p. 70.

100.- De la Madrid Hurtado, Miguel, Los Grandes Retos de la Ciudad de México, Ed. Grijalbo, México, 1982, p. 69.

ción del sector salud, así como planear, controlar y evaluar lo realizado por este sector a fin de hacerlo más óptimo y eficiente; ampliar los servicios de salud, sobre todo a los grupos marginados; atender servicios públicos (agua potable, alcantarillado, y basura, entre otros) relacionados con la salud que puedan ayudar a mejorarla; reorientar los servicios de salud a la medicina preventiva, considerando al deporte, la educación higiénica y a los medios de comunicación como instancias estratégicas que contribuyen a la salud; integrar un sistema nacional de salud, para dar un uso más productivo a los recursos y ampliar el acceso de los mexicanos a los servicios de salud; revisar la legislación sanitaria a fin de evitar corrupción y conductas ilícitas, además de contar con una legislación moderna y eficaz, que simplifique la maraña reglamentista y combata el burocratismo.

Con tal propósito el Lic. Miguel de la Madrid H. desde los primeros días de su gobierno promovió diversas iniciativas ante el Congreso de la Unión y expidió decretos y acuerdos tendientes a dar las bases normativas para establecer el Sistema Nacional de Salud.

De las iniciativas que se propusieron y aprobaron por el Poder Legislativo, destaca la elevación a rango constitucional del derecho a la protección de la salud. Asimismo, fue reformado el Código Sanitario y la Ley Orgánica de la Administración Pública, confiando a la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia la responsabilidad de coordinar el sector correspondiente y el Sistema Nacional de Salud. También se estableció la Subsecretaría de Planeación para cumplir con estas tareas de coordinación.<sup>101</sup>

Otra de las modificaciones relevantes en el Sector Salud fue la integración a éste del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, D.I.F., que se convirtió en el eje de los programas de asistencia social, de acuerdo con lo que ordena la Ley Orgánica del Gobierno Federal.<sup>102</sup>

Estas innovaciones jurídicas representan la base normativa necesaria, --

---

101. *Diario Oficial de la Federación del 30 de diciembre de 1982, se establece la creación de la Subsecretaría de Planeación.*

102. *Diario Oficial de la Federación del 21 de diciembre de 1982.*

las que se complementaron con otras, para cumplir con los propósitos del Lic. Miguel de la Madrid, de introducir los cambios que permitieran consolidar el Sistema Nacional de Salud, cuyo fin es fungir "como un mecanismo de coordinación funcional, que dentro del Sistema Nacional de Planeación Democrática, asegure la compatibilidad de los programas institucionales para así formar el programa nacional de salud y garantice la expansión complementaria de la capacidad instalada, del equipamiento y de la formación de recursos humanos."<sup>103</sup>

Otras de las primeras acciones de tipo jurídico que remitió el Lic. Miguel de la Madrid al Poder Legislativo fueron las reformas a los artículos 7, 12 y 13 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos; 252 de la Ley del Seguro Social; 104 de la Ley del I.S.S.S.T.E.;<sup>104</sup> 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (L.O.A.P.F.).<sup>105</sup>

Los artículos 7 y 12 del Código Sanitario fueron reformados para que la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.) fuera la responsable de que -- las dependencias y entidades federales se coordinen en materia de salubridad; el 13 del mismo Código faculta a la S.S.A. para suscribir instrumentos, dictar disposiciones administrativas y establecer mecanismos que contribuyan al uso más racional de los recursos y a la formación del Sistema Nacional de Salud; las reformas y adiciones al 252 de la Ley del Seguro Social y 104 de la Ley del I.S.S.S.T.E. establecen que, en su carácter de representante del Presidente de la República, el Secretario de la S.S.A., presida las sesiones del Consejo Técnico en el caso del Seguro Social y en el del I.S.S.S.T.E., la Junta Directiva; el artículo 39 de la LOAPF señala las funciones y atribuciones que le correspondían a la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Una medida más que refleja la importancia que el Presidente de la República le concedía al problema de la salud fue la instalación del Gabinete de Salud del Poder Ejecutivo Federal, el 5 de enero de 1983, en la Sala de Acuer

---

103. Secretaría de Salubridad y Asistencia, Las Reformas Jurídicas para el -- Sistema Nacional de Salud, S.S.A., México, 1983, p. 24.

104. *Diario Oficial de la Federación del 30 de diciembre de 1982.*

105. *Diario Oficial de la Federación del 29 de diciembre de 1982.*

dos de la S.S.A., el cual tiene una gran importancia ya que es un órgano colegiado que tiene como meta coadyuvar en la planeación del Sector Salud e indicar los lineamientos generales que podría seguir dicho Sector.

La inauguración el 12 de febrero de 1983, de los Foros de Consulta Popular para la Planeación Democrática de Salud que tenían como fin la participación de los diversos sectores de la sociedad en la formulación de los planes de gobierno del Sector Salud. Dichos foros tenían como antecedente los puntos de vista vertidos en la Consulta Popular para la Planeación Democrática, realizados durante su campaña como candidato a la Presidencia del País.

El 21 de abril de 1983 se instauran los grupos interinstitucionales del Sector Salud, que buscaban plasmar en programas de acción conjunta los objetivos de las diversas instituciones del sector.

La conmemoración del Día Mundial de la Salud el 7 de abril de 1983, fue otro evento en el que el Lic. Miguel de la Madrid H. estuvo presente y aprovechó la ocasión para exponer los objetivos a lograr durante su administración en materia de salud, así como los pasos que ya se habían dado para realizar esos fines. Asimismo canceló la estampilla postal que se emitió para recordar la elevación a rango constitucional el derecho a la protección de la salud como garantía social.<sup>106</sup>

Durante el transcurso de 1983 se dan a conocer otras disposiciones de gran importancia en materia de salud: el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 (el 31 de mayo de 1983 lo presentó el Lic. Miguel de la Madrid en Palacio Nacional); el Decreto que establece las bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salubridad de la S.S.A. (D.O. 30 de agosto de 1983); el Acuerdo del 22 de junio de 1983, que establece las normas de modernización administrativa para la organización de sus unidades y; el 13 de octubre de 1983, se promulga un nuevo Reglamento Interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que se convierte en un instrumento operativo para la descentralización y la sectorización de los servicios de salud; la elaboración de programas del sector salud y de simplificación administrativa.

---

106. Secretaría de Salubridad y Asistencia, Día Mundial de la Salud ("Salud, para todos en el año 2000. La cuenta hacia atrás ha comenzado" 7 de Abril de 1983), S.S.A., México, Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, No. 3, 1983, pp. 31 - 33.

En 1984 se da a conocer otra norma que complementa a las del año anterior. El 14 de noviembre de 1983 el Ejecutivo envía al Congreso de la Unión la iniciativa de Ley General de Salud que fue aprobada el 15 de diciembre del mismo año, publicada en el D.O. el 7 de febrero de 1984 y que entra en vigor el primero de julio de ese año.

Esta Ley es fundamental porque reglamenta el derecho a la protección de la salud en los términos del artículo 4º Constitucional y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Además para derogar al Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 26 de febrero de 1973, publicado en el D.O. de 13 de marzo de 1973.

Otro importante documento anunciado es el Programa Nacional de Salud -- 1984 - 1988, que fue presentado ante el Presidente De la Madrid el 7 de agosto de 1984, el cual es parte de un conjunto de programas que tienen el cometido de atender las necesidades básicas de la población, "el Programa precisa las directrices a seguir para lograr que en el mediano plazo el Sistema Nacional de Salud atienda en condiciones de equidad a toda la población del país."<sup>107</sup>

Una importante disposición que no se relaciona directamente con la salud, es la Ley de Planeación, sin embargo, su relevancia en materia de salud consiste en que institucionaliza la vertiente coordinada de la planeación, con la que se faculta al Ejecutivo Federal para celebrar convenios con los gobiernos de las entidades federativas a efecto de que éstos coadyuven al logro de los objetivos de la planeación nacional y a la programación conjunta con la Federación de las acciones a realizarse, considerándose en todo caso la participación que corresponda a los municipios.

Esta vertiente de coordinación fue reafirmada en el caso de la salud en la Ley General en la materia, al erigirse el Programa Nacional de Salud como instrumento permanente de referencia normativa para los programas estatales y municipales de salud y reglamentar la concurrencia entre la Federación y las

---

107. Secretaría de Programación y Presupuesto, Los Planes y Programas del -- Sexenio: resumen, S.P.P., México, Año No. 2, No. 21, Revista Mensual, diciembre 1984, pp. 40 - 42.

entidades federativas en materia de Salubridad General. De esta manera, la intención es realizar la descentralización de los servicios de salud, a través de dos vías: 1) la atribución a las entidades federativas de facultades que anteriormente eran federales y; 2) la celebración de convenios entre las entidades y la Federación a efecto de que aquéllas asuman la ejecución de las funciones de ésta.

Un instrumento normativo esencial para iniciar este propósito de descentralizar la vida nacional, lo fue la adición del artículo 115 constitucional, en virtud del cual se consolida la institución del Municipio libre como base de la división territorial de los estados y la organización política y administrativa del país. Esta medida le proporciona a los municipios la posibilidad de obtener sus propios recursos financieros para atender sus necesidades, sin perjuicio de las participaciones que les proporciona la Federación.

La intención era ir delegando facultades en los niveles estatal y municipal, asimismo distribuir racionalmente en el territorio nacional, un número cada vez mayor de dependencias de la administración federal destacándose, en este sentido, los impulsados en el área de la salud y de la educación.<sup>108</sup>

A partir de lo anterior, puede corroborarse que el Lic. Miguel de la Madrid H., desde los primeros días de su gobierno, se esforzó por cumplir con las promesas en materia de salud planteadas durante su campaña presidencial y en la toma de protesta como Presidente de la República, durante la cual hace referencia explícitamente al problema de la salud, en dos de sus siete tesis básicas. En la primera, la de Sociedad Igualitaria dice: "Elevaremos el derecho a la protección de la salud a rango constitucional, para dar base a un sólido e integrado sistema nacional de salud: daremos prioridad a la medicina preventiva, particularmente en las zonas rurales y urbanas marginadas."<sup>109</sup>

En la segunda, la de Descentralización de la Vida Nacional señala que - ésta... "se apoyará en el vigor e iniciativa de la provincia. Descentralizare

---

108. Ruiz Massieu, Mario, *Op. Cit.*, pp. 37 - 45

109. Miguel de la Madrid Hurtado, "Documentos para la Historia: Mensaje del Ciudadano Miguel de la Madrid Hurtado al protestar como Presidente de - Los Estados Unidos Mexicanos," En Línea, Revista bimestral, enero - febrero 1983, No. 10, p. 85.

mos los servicios de Salud Pública para acercarnos a sus beneficiarios.

Propondremos de inmediato a los gobiernos locales la celebración de acuerdos para que se hagan cargo de programas en otras áreas. Revisaremos el esquema de distribución de competencias para llegar a una mejor división de atribuciones entre las tres órdenes de gobierno."<sup>110</sup>

Aunado a lo anterior, debemos considerar todas las modificaciones y el grado de atención que le prestó a la temática de la salud. Sin embargo, esto puede parecer irrelevante y señalar que el gobierno sólo cumplía con sus obligaciones, pero cabe detenernos a señalar, lo que nos dice Daniel López Acuña, por un lado, "en México, en lo que va del siglo, la planificación sanitaria no ha recibido toda la atención y la importancia que hubiera requerido. La prestación pública de servicios de salud y su creciente organización institucional no se han desprendido de una concepción general de los problemas sanitario-asistenciales, surgida a partir de las reivindicaciones y reformas sociales de la revolución mexicana. Más bien han sido parte de lo que Héctor Aguilar Canón llama el gran laberinto jurídico, institucional y académico de la historia contemporánea de México; de la 'retórica revolucionaria' y la práctica social y política que de ella se deriva; del laberinto de la dominación, la gran cortina de humo que ha ocultado, justificado, impugnado, enrarecido - la percepción y la práctica del asunto fundamental: el desarrollo del capitalismo mexicano".<sup>111</sup>

Por otro lado menciona "después de la alharaca puramente verbal que caracterizó al Plan Nacional de Salud elaborado en el sexenio echeverrista, y a las Convenciones Nacionales de Salud que le precedieron, resulta muy contrastante el silencio casi contemplativo de los organismos y los funcionarios encargados de la salud en el sexenio actual (Lic. José López Portillo). Esto no es pura apariencia; todo induce a creer que corresponde a una actitud reticente a emprender cualquier transformación sanitaria y a una política de paz sepulcral e inmovilismo que trata de ocultar, en vano, la crisis, las desigualdades, la ineficiencia y las grandes carencias del aparato público que se

---

110. Miguel de la Madrid Hurtado, *Ibid*, p. 89

111. López Acuña, Daniel, La Salud Desigual en México, Siglo XXI, México, - 1984, p. 213.

encargade proporcionar servicios de salud."<sup>112</sup>

A partir de lo dicho por Daniel López Acuña podemos confirmar que el problema de la salud, ha sido un asunto, al que se ha relegado durante décadas y que sólo esporádicamente se le ha brindado atención principalmente por motivos políticos o económicos, es decir, por no perder espacios de operación y consenso, como la salud, que pueden ser más fáciles de ser atraídos, por -- grupos de oposición, críticos o progresistas. En realidad, lo que busca el -- gobierno y su partido (El Partido Revolucionario Institucional) es el no perder o recuperar a los grupos o sectores a los que no se les ha ofrecido opciones por demogógicas que sean, ni materiales de discusión; la salud de esta -- forma, puede ser un instrumento de legitimación, de hegemonía.

Forma de gobernar y detentar el poder que no necesariamente conduce a desarrollar una vía capitalista moderna, similar a la de los países de más al to nivel de vida.

Por tanto, las acciones del gobierno pueden ser muy riesgosas, si se -- quedan únicamente "en el plano ideológico y el paso a programas concretos y acciones específicas dentro de los organismos gubernamentales se congelan al máximo..."<sup>113</sup> Característica en política de salud de las últimas administra ciones en México. Sin embargo, este proceder tiene dos motivos: Uno, el que a la salud se le utiliza como un medio de consenso, dependiendo de las neces ides del gobierno mexicano, el cual se acerca más a las clases trabajadoras y más débiles económicamente, en cuanto las requiere y una vez que ya no las ne cesita, las margina. El segundo motivo, es que la política en rubros como la salud y la educación "es congruente con las políticas generales de restricción a las acciones de bienestar a las que algunos sectores conservadores tachan -- de gastos improductivos."<sup>114</sup>

De aquí que la actitud asumida por el Lic. Miguel de la Madrid H., resulte relevante al darle una gran importancia al problema de la salud.

---

112. *Ibid*, p. 223

113. *Ibid*, p. 223

114. *Ibid*, p. 223 - 224

B) Estructura jurídico-político-administrativa del Sector Salud en el régimen del Lic. Miguel de la Madrid H.

El gobierno del Lic. Miguel de la Madrid H., promovió distintas reformas legales que conformaron un nuevo marco normativo de las políticas de salud.

Como ya se mencionó en el apartado anterior, se remitió al Poder Legislativo la propuesta del derecho a la protección de la salud, que fue aprobada como garantía social y normativa programática para orientar las acciones en materia de salud.

La Ley de Planeación y las reformas a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y la nueva Ley General de Salud, cimentan el Sistema Nacional de Salud, sin el cual las intenciones de modernizar las instituciones y hacer efectivo el derecho a la protección de la salud quedarían colocadas en terrenos de la utopía social.

Un nuevo marco-jurídico-administrativo del Sector Salud conforma y da las pautas para asegurar una coordinación efectiva entre las instituciones que lo integran y tener la posibilidad de traducir las intenciones en un uso óptimo de los recursos destinados al ramo de la salud.

Tres son las estrategias que se planteó seguir el gobierno para consolidar el Sistema Nacional de Salud, las cuales son: la sectorización, la modernización administrativa y la descentralización, las que están estrechamente interrelacionadas.

La Administración Pública está contemplada en la Constitución, El artículo 90 señala que hay dos modalidades de la Administración Pública: la Centralizada y la conocida como Paraestatal. La Administración Pública Centralizada es la que surge primero, desde el Siglo XIX se fueron generando Ministerios, - ahora conocidos como Secretarías de Estado; y a partir de la Constitución de 1917 la vida administrativa lleva a la innovación del sector paraestatal. Fue adquiriendo tal importancia este sector que fue reconocido en la Constitución, en 1978. Así, la Constitución considera dos grandes elementos de organización, ligados por una técnica y por un instrumento que se llama Sectorización.

La Sectorización permite a la Administración Centralizada ejercer un control sobre la Administración Paraestatal, el llamado "Control de Tutela", -

las entidades que componen la Administración Pública Paraestatal se distribuyen en sectores que son encabezados por una Secretaría de Estado o Departamento Administrativo, en su caso, recae el control de tutela; las paraestatales son tuteladas y conducidas, controladas, planeadas, programadas y evaluadas -- por la Administración Centralizada: por las cabezas sectoriales y por las Secretarías Globalizadoras que entonces eran tres. Estas últimas ejercían el -- control de tutela a todo lo ancho de la Administración Pública y eran la Secretaría de Programación y Presupuesto, la de Hacienda y Crédito Público y la de la Contraloría General de la Federación. Las Secretarías Globalizadoras apoyan la labor de las cabezas de sector y les dan normas a éstas.

Por consiguiente, Sectorización debe ser entendida como agrupamiento de entidades bajo la coordinación de una Secretaría o un Departamento de Estado.

Debemos considerar una modalidad del término Sectorización, llamada -- Sectorización Programática, en la que cada sector debe coincidir con un programa (en el caso del sector salud El Programa Nacional de Salud), de hecho ese es el ideal. El Sector Salud se constituye a partir de diciembre de 1982, por dos bloques: Uno, conformado por entidades sectorizadas íntegramente como pueden ser los Institutos Nacionales de Salud y otro, en que el Sector Salud está vinculado por programas y funciones de salud del I.M.S.S. y del I.S.S.S.T.E. y de cualquier dependencia o entidad pública que tenga este tipo de programas y servicios.

Otra innovación del sexenio del Lic. Miguel de la Madrid es la subsectorización. El Sector Salud tiene dos subsectores: El formado por los Institutos nacionales de salud y el de los de asistencia social. El primero, es un -- subsector con especial acento en el impulso y coordinación de la investigación y formación de recursos humanos de alta calidad. El segundo subsector está encomendado al Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.) y se forma con las paraestatales que actúan en el campo de la asistencia social. Estos son los dos subsectores que hasta este momento están identificados en el Sector Salud, y que quedan encuadrados en el corto plazo.

Conviene señalar que se instauró en la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.) la Subsecretaría de Planeación como instancia de apoyo a la -- coordinación sectorial, además de las funciones que propiamente le corresponden en el terreno estricto del proceso de planeación.

También en torno a la Desconcentración y la Descentralización se introdujeron cambios.

Antes de señalar las modificaciones en estos aspectos en la S.S.A., que remos recordar que la desconcentración en la S.S.A. se inició desde los años - 30. En 1981, de manera experimental, se celebraron Convenios de Desconcentración con los estados de Sonora, Aguascalientes y Veracruz. En 1982 se celebraron esos convenios con todos los gobernadores. Sin embargo, por tratarse de un paso que se dió al final del sexenio anterior, no dió tiempo a consolidarlo y a que se trabajara realmente en un proceso de modernización y desconcentración.

La Secretaría, a través de la Subsecretaría de Asistencia, tomó medidas para que los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados cumplieran con la desconcentración y con el tiempo gradualmente se llegara a la descentralización.

Esta última, en su sentido estricto, consiste en un proceso conforme al cual la Administración Pública Federal transfiere a la Administración Pública Estatal facultades conservando aquélla un control denominado normativo, de Tutela.<sup>115</sup>

Proceso que inició la administración del Lic. Miguel de la Madrid en el Sector Salud con la promulgación del Decreto del Ejecutivo Federal del 30 de Agosto de 1983, que establece las Bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de la S.S.A.

Por último, por lo que respecta a la modernización administrativa se dice que es la envoltura de las otras dos técnicas y estrategias: Sectorizar es modernizar y descentralizar es modernizar.

La modernización tiene varios ámbitos. Se debe modernizar la organización, los procedimientos y los funcionamientos, a los recursos humanos, el manejo de los recursos financieros, materiales, tecnológicos; racionalizar y u--

---

115. Ruiz Massieu, José Francisco, "Descentralización, ¿para qué?", En Línea, Revista bimestral, No. 20, septiembre-octubre, México, 1984.

sar más instensamente la planeación e impulsar el control. Estos son los - - grandes espacios de la modernización.

El cambio de organización lleva a un nuevo modelo en el que existen unidades centrales normativas y unidades operativas, desconcentradas en el interior y en su caso descentralizadas en los Estados.

Para cumplir con estos objetivos de modernización se reestructuró la organización de la S.S.A., expresada en su Reglamento Interior (promulgado en el D.O. del 13 de octubre de 1983) y el Acuerdo del 22 de junio de 1983, que establece las normas de modernización administrativa para la organización de sus unidades.

En el ámbito de los procedimientos y del funcionamiento se creó la Comisión de Simplificación de Procedimientos que dictamina sobre las propuestas -- que en las diversas áreas de la Secretaría se elaboran.

Los procedimientos deben considerar el entorno regional, esto es deberán contemplar dos capítulos: El procedimiento en la esfera central y el procedimiento en la esfera operativa en los Estados.

La mejora de los procedimientos, suponían en el gobierno, que se traduciría en más atención a la ciudadanía y el manejo más eficiente de los recursos.

Por lo que se refiere a los recursos humanos se partía de la idea que - la calidad de los servicios de salud dependía, en última instancia, de la calidad de los recursos humanos, por lo que se tenían que llevar a cabo acciones - de adiestramiento, de capacitación y de cultura administrativa, sin embargo esto implicaba más gastos orientados no sólo a las áreas de apoyo, sino fundamentalmente en las áreas técnicas de prestación de servicios de salud, los cuales fueron muy limitados como se verá en el siguiente apartado.

Además hay que tener en cuenta que aún cuando funcionarios como el Lic. José Francisco Ruiz Massieu reconocieron que el esfuerzo por mejorar los recursos humanos del sector salud costaba mucho dinero y se tendría que llegar a la conclusión de que se debería requerir mayores recursos presupuestales para con

tar con un mejor personal en los servicios de salud,<sup>116</sup> no hubo aumentos de - presupuesto de forma importante como se verá posteriormente.

Lo anterior se relaciona con la forma de concebir, institucionalmente - lo relacionado con los gastos elevados, ya que se caracterizó precisamente por ser un gobierno que promovía la austeridad, ante la urgencia de hacer descen-- der su déficit público. El meollo de la cuestión era hacer más con menos, a - través de un control racional del manejo de los recursos y un mejor control - de gestión. Razón por la cual a nivel de la Federación se crea la Secretaría de la Contraloría General de la Federación y a nivel de la S.S.A. se establece la Contraloría Interna, instancias de control preventivo y correctivo así como de mejoramiento administrativo.

Sin embargo, lo que se necesitaba eran recursos financieros mayores, - esto nos permite explorar sobre la concepción de este gobierno y la forma tan limitada en la que se buscó solucionar las necesidades del pueblo.

Como puede observarse la Modernización, la Sectorización y la Descentra- lización son esencialmente ejercicios técnicos pero envueltos en un ambiente - político. Descentralizar, Modernizar y Sectorizar siempre tocan puntos de po- der: la unidad que no quiere traspasar facultades operativas genera un proble- ma político; la entidad paraestatal que no se quiere dejar coordinar genera un problema político; lo mismo, la unidad que no quiere planear para que no se - le pueda controlar.

La aplicación de estas estrategias son esencialmente técnicas pero nece- sariamente encierran un carácter y consecuencias políticas. De ahí la impor- tancia de saber cuando se le dá prioridad a lo político y cuando a lo técnico, puesto que esto encierra un problema también económico. Por ejemplo, en el ca- so de la descentralización, implica realmente trasladar funciones y gastos a - los Estados y Municipios descargando en gran medida al Gobierno Federal de es- tas responsabilidades, sin que esto signifique una pérdida de poder del Gobier- no Federal y mayor democratización en la toma de decisión en el interior del -

---

116. Ruiz Massieu, José Francisco, "Marco Jurídico-Político", En Documentos de Apoyo Didáctico para la Capacitación dentro del Programa de Modernización Administrativa, S.S.A., México, 1983, p. 22.

país. Acertadamente dice la Dra. Asa Cristina Laurell:

"Cuando se habla de descentralización sólo se trata de una parte del sistema de salud, la que se dirige a la población abierta, mientras que el sistema de seguridad social solamente se desconcentra. Aparte de que las políticas monetaristas del Banco Mundial y del F.M.I., la descentralización se incluyó en el programa del nuevo federalismo reaganiano, aunque no se pudo instrumentar por la reacción de los -- norteamericanos a esa propuesta que significaría una redistribución negativa. El Chile de Pinochet es uno de los países donde mejor se ha seguido descentralizando y de ahí se explicita que la descentralización dá una mayor flexibilidad al financiamiento, sobre todo en lo que se refiere a los servicios de salud. Un segundo problema es la intención de descentralizar la responsabilidad política en la prestación de servicios; en la experiencia chilena esa fue una de las grandes palancas para el desmantelamiento parcial del sistema nacional de salud. La descentralización suena muy atractiva en un país centralizado como México porque aparece ligada a la democratización. En este contexto es importante rescatar lo que dice el Plan Nacional de Salud sobre la participación comunitaria. Las propuestas de participación comunitaria en los documentos oficiales se orientan en buena parte hacia el traslado de ciertas responsabilidades a la comunidad, como el mantenimiento de las unidades, la participación en obras de infraestructura y la formación de grupos de educación y planificación familiar. Luego hay un enunciado bastante ambiguo, que propone una participación organizada para consolidar el carácter democrático en la gestión de los servicios. Uno se pregunta qué carácter democrático se va a consolidar si la gestión de los servicios es muy poco democrática respecto a los grupos involucrados: Los Trabajadores de la salud y la comunidad que recibe los servicios. No está considerada la forma en que podría darse este proceso de consolidación democrática. Esto lleva a otra vertiente del mismo problema, dado que no hay condiciones democráticas para formar esos núcleos y hay que preguntarse por el carácter de la democracia municipal y estatal, ya que hasta ahora ni los municipios ni los estados se han caracterizado por un juego democrático donde los distintos grupos organizados de la población hagan valer sus intereses, con excepción de los niveles donde efectivamente puede haber alguna negociación dentro del aparato. En estas condiciones es dudoso que un proceso de descentra-

lización por sí solo traslade poder y posibilidad de intervención de mocrática por un mero hecho administrativo. Algunas experiencias de mocratizadoras en los municipios han mostrado que son estrechos los márgenes de una intervención más contundente de las organizaciones - en los servicios, como se vió en el caso de Juchitán.<sup>117</sup>

Por consiguiente se tienen que considerar los pros y contras de la implementación de medidas que se presentan como parte únicamente de la estructura jurídico-político-administrativa del sector salud.

Además, de estas tres estrategias Sectorización, Descentralización y Modernización el Lic. José Francisco Ruiz Massieu menciona otras dos que son: La Coordinación Intersectorial, la que consiste en la búsqueda de mecanismos eficaces de colaboración intersectorial, a fin de conjuntar esfuerzos con otros sectores, ya que muchos problemas de salud no son mérito o culpa exclusivamente -- del sector salud y la cooperación mutua repercutiría directamente en la salud; la otra es, la Participación de la Comunidad, según la cual el individuo y la comunidad deben participar en el Sistema Nacional de Salud, mediante esquemas - de autocuidado y corresponsabilidad ciudadana.<sup>118</sup>

Para concluir con este apartado, no podemos dejar de subrayar que una de las instancias más importantes en el rubro de la salud, lo es el Consejo de Salubridad General, el que es un cuerpo colegiado dotado de amplias facultades para ejercer acciones normativas y ejecutivas en el campo de la salubridad y asistencia y de todas las instituciones encargadas de promover y mantener la salud de la población mexicana.

La existencia de dicho Consejo se fundamenta en la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que a la letra dice:

"El Congreso tiene Facultad:"

"Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e -

---

117. Nexos, No. 93, México, Revista mensual, septiembre de 1985, pp. 30-31.

118. Cronología de la Salud 1985, S.S.A., México, 1985, Mes Mayo.

inmigración y salubridad general de la República:

1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2a. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser sancionadas después por el Presidente de la República.

3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

4a. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias -- que envenenan al individuo y degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan;"

En estas cuatro bases que regulan las acciones en materia de salud, el papel del Consejo de Salubridad General es muy relevante, por lo que la modificación del Artículo 7° al Código Sanitario (promulgado el 13 de marzo de 1973) en el que ordena que el Secretario de Salubridad y Asistencia será el Presidente del mencionado Consejo es muy importante, porque se estima que el eje articular de las acciones para que el Estado pueda actuar en la protección sanitaria de la población, contra fenómenos de diverso orden, lo constituyen el sector -- coordinado por la S.S.A., con la participación relevante del Consejo de Salubridad General y otras dependencias de la Administración Pública Federal y de los Gobiernos Locales.<sup>119</sup>

---

119. S.S.A., *Secretaría de Salubridad y Asistencia. Esquema para el Estudio de su Evolución Jurídico-Administrativa*, S.S.A., México, 1983, pp. 27 - 28 y 72 - 75.

- C) Balance de la Política de Salud del Lic. Miguel de la Madrid Hurtado: 1982 - 1988.

Evaluar el trabajo realizado por una administración gubernamental no es tarea fácil y tampoco es muy justo y atinado cuando se estudia desde una concepción diferente. En nuestro caso, se parte de que las condiciones de salud deben analizarse como resultado de las características concretas del proceso de trabajo y de las consecuencias de éste para la reproducción social. Por consiguiente se tienen que contemplar los aspectos económicos, sociales, políticos y culturales de la sociedad mexicana, relevantes para el problema de la salud.

Es decir, de entrada implica una definición respecto a cómo entender el -- proceso salud-enfermedad en la sociedad. Puesto que la corriente dominante -- del modelo médico hegemónico<sup>120</sup> no tiene como objeto el proceso salud-enfermedad de la colectividad sino al individuo enfermo, no ofrece una solución teórica-metodológica al problema. Ante la falta de una reflexión sistemática sobre las formas socialmente determinadas de vida humana biológica, los planificadores de la salud sustituyen la predicción por un simple procedimiento estadístico. Suponen así que el futuro es la prolongación de las tendencias del pasado y que la proyección resuelve el problema metodológico.

Es evidente que este procedimiento deja sin resolver el problema de los -- cambios cualitativos, aún cuando estos se expresen en la cantidad.<sup>121</sup>

---

120. El modelo médico se constituye e instituye en los países capitalistas centrales, coetáneamente con el proceso de obtención de hegemonía por parte de la burguesía, y cuando la relación de clases fundamentales en dichas sociedades se establece a través de las relaciones burguesía/proletariado. Las características dominantes de dicho modelo son su biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad, participacionismo subordinado, etc., que determinan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son atribuidos a la persona, o a lo sumo al ambiente "natural", donde los procesos colectivos son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o los conjuntos sociales son considerados siempre como "pacientes".

Menéndez E.L., "Modelo médico, salud obrera y estrategias de acción del sector salud." En Nueva Antropología, Vol. VIII, Núm. 29, Revista, Abril, 1986, pp. 49 y 52.

121. Laurell, Asa Cristina, "La Política de Salud en los Ochenta," En Cuadernos Políticos, 23, 1980, p. 89.

De la forma en que se abordan los problemas de la salud en México por el modelo hegemónico, se observan dos características: la primera, en la que la formulación de su solución no considera las condiciones colectivas del proceso salud-enfermedad, ni sus determinantes económico-sociales, se orienta a la medicina curativa, al gran hospital, al individuo; y la segunda, donde a la salud sólo se le ha visto como un medio de legitimación, su peculiaridad es el ser un discurso, meramente demográfico, sin soluciones profundas, que responda a las necesidades reales de la mayoría de la población, pues a pesar de los avances de la ciencia para cambiar, las condiciones colectivas de salud, éstas son muy limitadas, ya que las principales causas de enfermedad y muerte son -- problemas que no presentan incógnitas a la medicina. La desnutrición, las infecciones intestinales, la pulmonía, el homicidio y los accidentes son todos padecimientos de etiología conocida. Aún cuando hubiera avances en el entendimiento de enfermedades como las cardiovasculares, el cáncer y el sida, en lo que es hoy la patología emergente, se sabe que la utilidad práctica de los nuevos conocimientos está dada por las limitaciones que impone la estructura socioeconómica y política a su aplicación.

Por consiguiente y tomando en cuenta lo anterior, en este apartado se hace un balance del sexenio del Lic. Miguel de la Madrid H., pero a la luz de una interpretación distinta a la oficial, en la que se cuestiona el modelo médico hegemónico y se parte de una realidad económica, política, social y cultural de la formación económico-social de México, de una determinada forma de producir y reproducir de ésta.

El período que se abarca es una época de crisis económica, política y social, hecho que obviamente también repercutirá en la problemática de la salud.

Una de las consecuencias de la crisis económica en el campo de la salud es el impulso a una serie de estudios, así tenemos que en la Gran Depresión de -- los años treinta y en los últimos años se han realizado trabajos que tratan sobre el efecto diferencial de la crisis en las condiciones de salud, lo que no se ha traducido necesariamente en la aplicación de estas propuestas de solución a los problemas de salud, que conviertan los rezagos en indicadores más satisfactorios.

Las investigaciones realizadas en los treinta se centran en el desempleo, entendido como el causante de cambios importantes en los patrones de consumo y formas de vida, sufriendo más problemas de salud las personas desempleadas y - sus familias, con la peculiaridad de estar expuestas a adquirir todo tipo de - enfermedades desde la desnutrición, cardiovasculares hasta las venéreas y mentales, en un período de tiempo muy corto.

También se realizaron estudios sobre desnutrición y se pudo constatar que los problemas más serios se dieron en familias empobrecidas por la crisis y -- que hubo más problemas en la población urbana que en la rural.

Entre los estudios más recientes se realizan investigaciones sobre el ciclo económico con su movimiento de auge y recesión, y demuestran, utilizando - los datos de Estados Unidos, Inglaterra y Suecia, que hay una correlación esta dística entre los niveles de desempleo, inflación, ingreso real y una serie de indicadores de salud como son la mortalidad general, enfermedades cardiovasculares, renales, cirrosis hepática, suicidio, homicidio y aumento de enfermedades psiquiátricas, por ejemplo M.H. Brenner calcula que el aumento de 1% en la tasa de desempleo durante seis años se asocia con un incremento en la muerte - de 36 887 personas,<sup>122</sup> lo que se explica por los problemas nutricionales, los altos niveles de stress psicosocial y el decremento en la utilización de los - servicios médicos que la recesión conlleva.

Estudios como los citados permiten discernir sobre varios hechos importantes para el estudio del proceso salud-enfermedad en relación con la crisis eco nómica.

En el caso de México el realizar este tipo de análisis se enfrenta a la li mitante de no contar con la información reciente, oportuna y el no tener acceso a ella para realizar estudios de caso, por las dificultades a que se enfren tan los que pretenden hacerlos, sobre todo si no son orientados con una visión oficial.

Tomando en cuenta las observaciones anteriores, la administración del Lic. Miguel de la Madrid H., como ya se mencionó anteriormente, a partir de diciembre de 1982 introdujo una serie de cambios en el área de la salud, entendidos

como una adecuación de estructura y funciones de la S.S.A. y el Sistema Nacional de Salud, a fin de promover el bienestar integral de individuo y la comunidad.

Sin embargo, estos buenos deseos se plantean durante un grave período de crisis económica, etapa en la que las condiciones socioeconómicas y de salud se deterioran en forma importante, a lo que se adiciona que "algunos planificadores suponen que el gasto en programas de salud debe darse una vez que hay suficiente crecimiento y desarrollo económico. Cuando el crecimiento se interrumpiera, en tiempos de crisis económica, se vuelve preciso, según este enfoque que afectar el gasto en programas de salud."<sup>123</sup> Visión que no comparte el Lic. Miguel de la Madrid, cuando menos en el discurso, ya que él y sus colaboradores sostienen que es precisamente en épocas de crisis cuando la situación socioeconómica se deteriora, se vuelve más imperiosa la atención de los elementos básicos de bienestar colectivo; salud, empleo, educación, vivienda, seguridad social; y hacer un esfuerzo explícito por mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, para compensar no sólo los efectos negativos de la crisis, sino además para impedir perturbaciones sociales y generar la infraestructura y las condiciones para superarla.

Cabe anotar que además señalaban que se debía considerar que por efecto de la crisis una parte de los derechohabientes de la seguridad social, al ser desempleados, y otros particulares habituados a recurrir a los servicios de la medicina privada ahora demandan los servicios públicos de la salud, generando una carga adicional a éstos, lo que puede aligerarse en buena medida, induciendo la aplicación de los recursos económicos a partidas estratégicas, que privilegien áreas como la medicina preventiva sobre la curativa y aquellas que son condicionantes y coadyuvan a la salud.

Muy a pesar de estos planteamientos del gobierno, los datos nos dicen otra cosa.

Al comparar el gasto en salud dentro del total del gasto público federal,

---

123. Soberón Acevedo, Guillermo, et. al., "Economía y Salud en México". *El Dña.* (Testimonios y Documentos), miércoles 26 de noviembre de 1986, p. 27.

se observa que registró una baja, ya que en 1978 fue de 10.1% y 1982 es de 6.4%; en 1983 vuelve ligeramente a bajar, pues su participación es de 6.3%. No obstante que para 1985 y 1986, se incrementa respectivamente a 8.2% y 8.6%, - estaba muy lejos de recuperar ese 10.1% de 1978. Además que se tiene que considerar la situación de elevada inflación y devaluación del peso, lo cual reducía aún más los recursos financieros en salud.

Así vemos que aún cuando a precios corrientes, el gasto en salud y seguridad social pasó de 15 mil 530 millones de pesos en 1970, a 162 mil 490 millones de pesos en 1980 y a 1.9 billones de pesos en 1986. A precios constantes disminuyó el gasto.

Si se toma el gasto en salud y aplica como factor de corrección el índice de inflación y se toma como año base a 1978 se tienen los siguientes resultados: 1) Que hubo una disminución del gasto en salud del 24% entre 1982 y 1985.

2) Que este comportamiento es desigual entre la seguridad social y los servicios de salud a población abierta: mientras que en la primera el descenso es de 26.8%, en la segunda es en un 16.3%. Cabe anotar que el descenso en la segunda, no se debe a que se le quisiera dar más prioridad, sino lo que sucede es que su presupuesto era tan pequeño que no se podía reducir más, afectando de manera importante a la primera.<sup>124</sup>

Otro aspecto que hay que resaltar es la estructura y evolución del presupuesto programático ejercido por las instituciones del Sector Salud entre 1980 y 1987.

Dicho presupuesto programático se ha caracterizado por su declinación en el rubro de gastos, ya que después de representar el 2.5% del P.I.B. en 1980, para 1987 sólo fue de 1.3%, lo que significó un decremento del 45.7%. La declinación del gasto en salud es aún mayor si se le relaciona con el gasto del sector público ejercido durante los mismos años, ya que disminuyó en 59.4%, al pasar de 6.2 en 1980 a 2.5% en 1987. En consecuencia, el gasto en salud ejercido por habitante sufrió una reducción del 51.4% durante el mismo período, presentando un promedio de \$299.34 en 1980 y en \$145.49 para 1987. Esto último, a precios constantes de 1970. (Cuadros 5 y 6)

Cuadro 5.

PARTICIPACION PORCENTUAL DEL GASTO PROGRAMATICO EJERCIDO POR EL SECTOR SALUD EN MEXICO, TANTO EN EL PIB COMO EN EL GASTO DEL SECTOR PUBLICO EN 1980 y 1987

MILLONES DE PESOS A PRECIOS CORRIENTES

Años	P.I.B.	Gto. ejercido del Sector Público Presup.	Gto. Programado ejercido Sector Salud	Gto. en salud PIB %	Gto. en salud Gto. Sector Público %
1980	4'276,490.4	1'711,745	105,519	2.47	6.16
1987	158'166,440.0*	84'686,000.*	2'117,686	1.34	2.50

\* Cifras estimadas con base en los datos proporcionados por la Presidencia de la República en criterios generales de política económica para 1987 y el -- proyecto de presupuesto de egresos de la federación para 1987. Además el -- valor del PIB se corrigió con los elementos proporcionados en un comunicado de prensa emitido por la Presidencia de la República, que apareció en la -- primera plana de los principales diarios del país, el lunes 11 de enero de 1988.

FUENTE: PIB y gasto del sector público 1980: EUM Presidencia de la República. *Cuarto Informe de Gobierno 1986. Estadístico, México, D.F., septiembre de 1986.*

Gasto ejercido en salud 1980 y 1987: EUM Presidencia de la República. *Cuarto y Quinto Informe de Gobierno 1986 y 1987. Salud y Seguridad Social. México, D.-F., septiembre de 1986 y 1987, respectivamente.*

Cuadro 6.

GASTO EN SALUD EJERCIDO POR HABITANTES EN MEXICO 1980 y 1987

(PESOS A PRECIOS CONSTANTES

BASE 1970 = 100

Años	Gto. Programado ejercido Sector Salud*	Población total del país	Gasto en salud percapita
1980	20'772,090,487	69'392,835	299.34
1987	11'896,095,570	81'766,583	145.49

\* Se deflactó con base en los índices de precios implícitos de la SPP y del Banco de México, S.A.

FUENTE: Gasto ejercido en sector salud: cuadro I

Población: CONAPO, INECI, CELADE, México, estimaciones y proyecciones de población, 1950-2000.

Estos resultados son consecuencia de múltiples factores relacionados con la crisis económica, cuya solución y control no depende del sector salud, sino de la reestructuración del capitalismo en México.

Se sabe que a partir de 1982 se aplica una estrategia económica de austeridad y liberalismo económico, la que tuvo como consecuencia recortes en el presupuesto de los diversos rubros sobre todo los sociales y un alto desempleo, lo que propició que los servicios de salud también sufrieran disminuciones en la disposición de recursos financieros y fueran expuestos a los efectos del libre juego de las fuerzas de mercado. Hecho que se tradujo en un auge importante de la medicina privada, para las clases de altos ingresos, que optaron por hospitales, como el Dalinde, Infantil Privado, Metropolitano, Mocel, Español, Londres, Angeles del Pedregal, The American British Cowdray Hospital, Sanatorio Mig, Santelena, Santa Teresa, entre otros, ante la restricción que representó el impacto de la crisis económica y la devaluación del peso para atenderse en hospitales del extranjero, principalmente norteamericanos.

Por otro lado, en el caso de las personas desempleadas que dejaron de recibir los servicios de seguridad social, se vieron obligadas a buscar servicios de asistencia social, o de la medicina privada.

Tan sólo en el Distrito Federal (D.F.), la demanda de atención médica era de cerca de 13 millones de personas, con la posibilidad de ser atendida únicamente el 50% de ellas. Por tanto, cerca de siete millones de personas no tuvieron acceso a los servicios de salud.

La situación de marginación fue tan crítica que el gobierno tuvo que autorizar un presupuesto adicional de 2,000 millones de pesos, para enfrentar la creciente demanda. Considerando a todo el país, se estimaba que existían cerca de 32 millones de mexicanos que no contaban con servicios de seguridad social, teniendo como opción única los servicios de la S.S.A. o del I.M.S.S.- COPLAMAR, que se caracterizan por proporcionar un servicio médico deficiente.

Si en la misma capital del país, muy a pesar de que el gobierno asignó un monto de 6,000 millones de pesos para el Hospital General de la S.S.A., en opinión de su personal médico, de enfermería y administrativo, era insuficiente, lo que se tradujo en una atención defectuosa por: pésimas condiciones de trabajo, falta de material, inexistencia de equipo de emergencia y medicamentos - -

(que en su mayoría se importaban) y escasez de médicos, enfermeras y técnicos.

Por lo que respecta a los nosocomios de urgencias en el D.F. la situación no era diferente, a tal grado, que el mismo Ramón Aguirre Velázquez, entonces Regente de la Ciudad, el viernes 26 de octubre de 1984, dijo que "las autoridades del D.D.F., no descansarán hasta erradicar la vergüenza que representa la falta de equipo, material de curación e instalaciones en los servicios médicos del Distrito Federal."

Además agregó que "el gobierno de la ciudad no puede permitir que se denigre la calidad de los servicios que proporciona."<sup>125</sup>

El ex-regente aludía así a la situación en que se encontraban los 24 hospitales que administraba el Departamento del Distrito Federal, que atienden principalmente a gente de escasos recursos y no derechohabientes de servicios de seguridad social.

Por consiguiente si esto sucedía en la capital del país, en el interior de la República seguramente los problemas eran mayores, si se considera que la - S.S.A., según el Catálogo de Bienes Inmuebles de esta dependencia, concebía como Centro de Salud un cuarto donde se encontraba una enfermera o pasante de medicina, sin muebles en la mayoría de los casos y sin material de curación.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, (E.N.S.), más de la mitad de la población (54.5%) refirió su estado de salud como bueno, y este porcentaje, según la encuesta, se puede incrementar hasta en un 70% - si se incluye a aquéllos que la consideran como "muy buena" y "excelente", (en un 11.9% y un 33% respectivamente). Sin embargo hay que considerar que el 50% de la población consultada sólo tiene un nivel de escolaridad de 3er. año de primaria, y el 35% superior al 6° año del mismo nivel.

Es pertinente señalar que la distribución de la población según sus niveles de escolaridad tienen una forma piramidal, cuya base, la más amplia, es de

---

125. Proceso, noviembre de 1984, p. 18.

aquéllos que no tienen estudios. Si esta variable se analiza según el sexo en el grupo poblacional de 20 años y más, es desfavorable para la mujer, la mayoría tiene primaria incompleta. Conforme el nivel es mayor, la presencia de la mujer es menor, la importancia de este dato, es que cuando se aplicó la encuesta quienes contestaron el cuestionario eran personas con un nivel de estudios muy bajo, así que sus resultados deben considerar esta circunstancia.

Sobre los factores condicionantes del estado de salud de una sociedad, -- quienes elaboraron la encuesta incluyeron el entorno físico en que viven sus integrantes, para detectar las diferencias entre los estados de salud de la población y su contexto geográfico.

La dotación de los servicios de infraestructura básica es otro factor que influye sobre la salud de la población, y está asociado a las condiciones geográficas y socioeconómicas en las que vive.

Esta encuesta muestra que cerca de la mitad de la población (48.6%), es -- atendida por los servicios a la población abierta que ofrece la S.S.A., los -- cuales son deficientes como ya se mencionó y es confirmado en la encuesta, esta población ha resentido el efecto de un aumento de la demanda y, simultáneamente, la disminución en la proporción que representa el gasto en salud en relación con el gasto del sector público. De la población con acceso a alguna institución de seguridad social, llama la atención aquella que atiende el IMSS (casi 30%), no sólo por su tamaño, sino también por sus características socioeconómicas diferentes al grupo sin seguridad social. Las personas atendidas -- por el IMSS tienen un empleo relativamente estable y su residencia es fundamentalmente urbana.

Otros dos aspectos de las características de la población destacan sus -- edades y su distribución en el territorio del país.

México presenta una estructura de población predominantemente de jóvenes. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud, 39% es menor de 15 años, esto -- es importante porque determina el perfil de las enfermedades que sufre la población y condiciona los servicios de salud de atención que demanden.

Uno más de los múltiples efectos que la crisis económica ha tenido en la población puede observarse en el estudio de su distribución según el tamaño de

sus hogares, número de dormitorios en cada vivienda y su número de ocupantes.

Poco más de la cuarta parte de las viviendas (25.7%) cuenta con un solo cuarto multiusos y apenas (12.7%) tiene entre uno y dos ocupantes. Estos datos expresan el alto grado de hacinamiento, el que se ha venido elevando recientemente en el país.

En consecuencia a mayor hacinamiento, menor oportunidad de usar ciertos bienes y servicios dentro de la vivienda y, consecuentemente, menor la calidad de vida de los integrantes de la familia.

No es casual que sean los niños (entre 0 y 14 años), los más vulnerables en el deterioro de las condiciones de vida. Esta situación se refleja en la persistencia de altas tasas de morbilidad y mortalidad, debidas a enfermedades infecciosas (diarréicas y respiratorias), siendo los niños precisamente - los que más las padecen representando el 61% y 51% cada una de estas enfermedades, respectivamente.

Una hipótesis que se puede establecer es que las enfermedades agudas son en gran medida controlables y hasta cierto punto prevenibles si se dispone de una protección del ambiente adecuada y de servicios básicos dentro de la vivienda, si la alimentación y el vestido son apropiados y si se tienen conocimientos elementales de higiene y salubridad.

Respecto a la protección de las inclemencias del clima y otros factores del ambiente, la E.N.S. indica que todavía persisten en nuestro país condiciones de alto riesgo y poco favorables para la salud de la población. En términos globales, 82% de las viviendas utiliza en la construcción de sus paredes materiales sólidos y duraderos y 55%, pisos de cemento u otro material firme.

En cuanto a los servicios básicos, sólo 59% cuenta con agua entubada en su interior, 27% no tiene sistema de drenaje alguno y casi 22% utiliza el suelo como medio de desecho de excretas.

Una de las deficiencias importantes de la E.N.S., es que no incluyó - como datos la dieta y la alimentación, pero si consideró enfermedades crónicas como la desnutrición y la anemia. Según la multicitada encuesta, ambos padecimientos presentan una incidencia, en conjunto, inferior al 5%. Esto es parti-

cularmente importante en las edades de crecimiento, dadas las repercusiones y consecuencias negativas, 40% de los que padecen desnutrición o anemia están precisamente entre 0 y 14 años.

Se ha insistido constantemente en que el problema de la salud es muy complejo, y así lo prueba la encuesta, ya que es oportuno señalar que los resultados de la misma varían conforme las características de cada etapa de la vida; la población enfrenta diferentes riesgos. Analizar este aspecto es motivo de toda una investigación, por lo que sólo se destaca.

Por otra parte, en lo que se refiere a los servicios de atención de la salud, la E.N.S. avanza en los criterios, concepciones y metodologías de investigación en este campo, así tenemos que para tratar de conocer la atención de los servicios de salud consideró la percepción de los usuarios; en este trabajo por razones de espacio sólo se hace referencia a la accesibilidad de los servicios de salud y su calidad, de acuerdo con los resultados de lo informado por los entrevistados.

Tomando en consideración cinco situaciones básicas de demanda de atención a la salud (enfermedades agudas, enfermedades crónicas e invalidez, accidentes y violencia, embarazo y parto), se advierte que en ninguna de ellas se requirió 100% de atención médica profesional.

Las enfermedades agudas presentan el mayor porcentaje de autoatención -- (42.3%) mientras que las crónicas y la invalidez tienen la frecuencia más alta de solicitud de servicios de medicina profesional (81%), seguido por los accidentes y violencia con un 75%; en los embarazos y partos, la proporción de demanda profesional es de poco más de la mitad de los casos en el primero (59%) y de dos terceras partes en el caso de los partos; en este último se incrementa el porcentaje de mujeres que recurren a la denominada medicina tradicional.

Resulta conveniente señalar las razones que argumenta la población para no solicitar los servicios de salud: 1a) Se creyó no necesario requerir atención profesional; 2a) No se acudió a los servicios por juzgarlos caros; 3a) Consideraron que los servicios de salud se encontraban lejos (en el caso de enfermedades agudas) y que no se tiene confianza en ellos, para accidentes, violencia, embarazos y partos.

Para esta clase de estudios es importante conocer de que tipo de población se solicita la información, ya que según sus experiencias de iatrogenia médica y que instituciones la ocasionaron van a opinar. A esto último hay que agregar si se trata de población derechohabiente o abierta.

En relación al costo de los servicios, la población que declaró haber de mandado más los servicios médicos, es la que era derechohabiente. Mientras que la población no asegurada solicitaba servicios para atender padecimientos agudos y crónicos, seguidos de partos, principalmente. La E.N.S., muestra - que sólo 5% de los informantes que requirieron algún servicio basó su elección en lo bajo de los costos del establecimiento donde fueron atendidos.

Por lo que a distancia concierne, la demanda también está vinculada con el tipo de institución a la que se tiene acceso. En el caso de la población abierta aumenta cuando ocupa más de una hora en el traslado al servicio de salud. Por el contrario, entre más tiempo se requiere para llegar a los ser vicios de salud, por ejemplo 12 horas, tenderán a no acudir, sin importar si es asegurado o no.

Dentro de las razones de falta de satisfacción por el servicio recibido - sobresalen la atención inadecuada, según el 41.5% de los entrevistados, seguida por la lentitud del servicio con un 21% y, en tercer lugar, que no sin tió alivio (13.3%). La población demandante en general encontró en la atención inadecuada su mayor queja. Llama, sin embargo, la atención que el no a liviarse sea la segunda queja en orden de importancia (28.4%) por parte de - la población que recurre al sector privado.

Dentro de los que consideraron no haberse aliviado, la población derecho habiente y el sector privado suman cerca del 40%.

Lo anterior permite cuestionar lo ya señalado, la importancia de ade- cuar los servicios de salud a las verdaderas necesidades de México, pues los datos antes descritos nos muestran un panorama nada satisfactorio para mante ner y menos mejorar los servicios de salud que se ofrecen a los mexicanos.

Sin embargo, no es fácil probar que la calidad de los servicios de salud, sobre todo los del sector público, se ha deteriorado por los recortes presu- puestales, el crecimiento acelerado de la población cubierta, o la falta de programas específicos dirigidos al personal que labora en esas instituciones.

La E.N.S., no dá respuesta a esta interrogante, directamente, pero los datos que proporciona nos permiten contar con algunos indicadores que muestran el impacto que ha tenido la crisis económica sobre la salud de los mexicanos. Esta clase de estudios tendrán que continuarse y profundizarse.

Se pueden realizar observaciones y críticas a la E.N.S., pero si consideramos que ésta es la primera encuesta que busca captar una visión integral del estado de salud en el país y además fue realizada por una instancia oficial, como es la Secretaría de Salud, entre noviembre de 1986 y mayo de 1987; a través de la Dirección General de Epidemiología, es digna de ser reconocida por su gran valor, puesto que se aleja de los estudios en que el proceso salud-enfermedad se atomiza para únicamente tratar algunos padecimientos o de una o más de sus fases aisladamente.

Esta encuesta tiene el mérito de obtener información objetiva (cuantificable) y subjetiva (cualitativa) tanto de personas sanas y enfermas o en estados intermedios. Asimismo, y dado que fue planteada para todo el país, logra reflejar la gran heterogeneidad del territorio nacional.

Lo dicho ya, finalmente es un primer esfuerzo, lo importante es que la mentalidad comienza a cambiar y se continúe por este rumbo.<sup>126</sup>

Otro estudio sobre los servicios de salud, tanto públicos como privados es el que realizó la empresa IMOP-GALLUP, basado en una muestra de 416 personas mayores de 18 años, con un margen de error de más-menos cinco, en la que 6 de cada 10 personas mencionaron que ellos o un miembro de su familia utilizaron algún servicio público, las instituciones a las que más acudieron fueron el IMSS y el ISSSTE, 35% el primero y 15% el segundo.

Por lo que se refiere al servicio privado, 5 de cada 10 se atendieron en éstos.

---

126. La información citada de la Encuesta Nacional de Salud fue tomada toda de Zubieta, Judith. "Una Visión Integral de la Situación de la Salud en México: La Encuesta Nacional de Salud". En *Información en Salud: La Salud en Cifras*, Jesús Kumate, et. al., México, Fondo de Cultura Económica, 1993, pp. 221 - 237.

Las opiniones respecto a los servicios de salud públicos como "muy buenos" fue de una proporción de 2 de cada 10, mientras que en la atención privada fue de 4 de cada 10.

Ocupando la atención privada el primer lugar en la calificación, el IMSS, el segundo y en tercero, el ISSSTE.

En lo que se refiere a otros aspectos también salieron con mayor puntuación los servicios de salud privados, por ejemplo en atención y trato el 85% de las personas consultadas las calificaron de "muy bueno" y a los públicos el 44%.

Por lo que se refiere a la administración y trámites el sector privado obtuvo el 78% y los públicos, 46%.

En trato, 92% los privados y los públicos 60%. En exactitud de diagnóstico los privados se vieron favorecidos en un 92% y los públicos un 67%.

Como puede observarse en aspectos médicos se reducen las opiniones negativas.

En atención del personal de enfermería 87% los privados contra 57% de los públicos.

En higiene, el sector privado fue favorecido con un 90% y los públicos 66%.

Instalaciones, 90% los privados y 69% los públicos.

Personal médico. 94% los privados y 74% los públicos.

Las diferencias en equipo médico fue de 88% los privados y 73% los públicos.

Como puede percibirse es en el trato humano donde más han estado fallando los servicios públicos, porque en el aspecto médico hay una tendencia a reducir se la percepción negativa de las personas.

Esto último tiene una gran importancia porque se ha ido comprobando que los pacientes entre más atención, más afecto perciban y se sientan más satisfechos con su médico viven más.

Estos estudios se han realizado sobre todo en Estados Unidos e incluso - las aseguradoras pagan a los médicos según la satisfacción de los pacientes, entre más contento esté el paciente con su médico mejor remunerado será éste.

De acuerdo con dicho estudio no son únicamente los factores médicos y -- técnicos los que más contribuyen a la salud. El elemento más importante que se relaciona tanqblemente con la confianza hacia los servicios médicos es la rapidez con que sean atendidos los pacientes.

En resumen, en esta evaluación los servicios de salud privados salieron mejor librados que los de seguridad social y de éstos el peor calificado fue el ISSSTE. En cuanto a los aspectos médico y técnico, hay diferencias pero - menores, por lo que se refiere a la atención y rapidez es donde tienen que po ner más cuidado los servicios públicos de salud.<sup>127</sup>

Esta última investigación fue realizada en el año de 1993, el cual no es parte del período de investigación de este trabajo, pero se le ha citado para evidenciar, por un lado, la percepción que tienen las personas acerca de los servicios médicos privados, porque el uso creciente de este tipo de servicios es un rasgo propio de las economías de mercado, las cuales tienden al desarro llo (en ocasiones hipertrófico) de la atención curativa, terapéutica y alta- mente especializada, la que a pesar de sus progresos tecnológicos no siempre es la solución a los problemas de salud. Por ejemplo, en el caso de los Esta dos Unidos, la obesidad que es una enfermedad causada por múltiples factores, difícil de erradicar, pero que a su vez provoca otras enfermedades como hiper tensión arterial, diabetes, alto nivel de colesterol, etc. Sin embargo, es - conocido que la obesidad tiene su base en patrones alimenticios v culturales inadecuados. Irónicamente son aquellas personas de mayores recursos económi- cos las que más sufren este padecimiento, aún cuando tienen oortunidad de -- disfrutar de una dieta óptima.

Es tan aguda esta enfermedad, que en ese país se ha creado toda una in-- dustria en la que sus demandantes gastan al año más de 30 mil millones de dó-

---

127. Esta investigación fue transmitida en el Noticiero Monitor de la Mañana cuyo conductor es el Lic. José Gutiérrez Vivó, el día 22 de junio de - - 1993.

lares en tratamientos y comidas para conservar o bajar el peso corporal.

Paradójicamente, en esa misma nación existen 25 millones de personas que son pobres y sobreviven de la caridad, por no tener lo más indispensable.<sup>128</sup> México corre el riesgo de seguir estos patrones, sobre todo por la posibilidad de integrarse aún más a usos y costumbres de Estados Unidos. Esto sería lamentable cuando en el país existen más de seis millones de niños con severos problemas de desnutrición. Cifra que representa casi una cuarta parte de los 23 millones de niños menores de un año.<sup>129</sup>

Por otro lado, el mencionado trabajo muestra que los servicios públicos de salud, muy a pesar de todo el discurso oficial del gobierno, para mejorarlos en calidad y calidez todavía dejan mucho que desear.

Empero hay que considerar que el gasto del sector público decreció y fue afectado negativamente por la crisis económica, "al no crecer a tasas satisfactorias el nivel del empleo y salarios, los ingresos reales [ de los institutos de seguridad social] se redujeron drásticamente, mientras la inflación incrementó los egresos".<sup>130</sup>

No obstante, por ejemplo, que el Instituto Mexicano del Seguro Social es el Programa sectorial que más presupuesto ejerce anualmente, ha manifestado problemas financieros de gran envergadura en los últimos años.

Esta situación generó un rezago de las pensiones, las que no fueron incrementadas conforme aumentaba la inflación, la caída en el empleo y salarios ocasionaron que las primas resultaran insuficientes, lo que ha motivado que los remanentes de los seguros de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y - muerte, así como guarderías, se hayan utilizado para financiar, principalmente, el ramo de enfermedades y maternidad.<sup>131</sup>

---

128. *La Jornada*, 24 de mayo de 1993, p. 6.

129. *Ibidem*, p. 6

130. *La Jornada*, 4 de julio de 1993, p. 14.

131. *Ibidem*, p. 14

Obviamente esta situación económica del IMSS se refleja en los servicios que presta, entre ellos los de salud.

Enseguida se compara la distribución del presupuesto ejercido por cada - instituto en cada uno de los programas de salud que desarrollaron en 1980 y - 1987 respectivamente:

Cuadro 7.

(Las cifras son en millones de pesos a precios corrientes.)

	1980	1987
S.S.A. y org. descentralizados	19,486	225,049
D.I.F.	3,701	48,237
I.S.S.S.T.E.	13,713	193,782
I.M.S.S.	66,517	915,440
I.M.S.S.-COPLAMAR	2,102	29,282
Sector Salud	105,519	1'411,790

Cuadro elaborado con base en el Quinto Informe de Gobierno 1987, Anexos Salud y Seguridad Social, México, D.F. Septiembre de 1987. <sup>132</sup>

Como puede observarse el estudio del proceso salud-enfermedad en los grupos humanos implica abordar muchas y variadas situaciones que aparentemente es tan alejadas del campo médico; los factores que inciden sobre la salud de las personas, antes de que un sujeto enferme y acuda en busca de atención médica, son múltiples y sus interrelaciones complejas.

Por esta razón, tratar el asunto del proceso salud-enfermedad debe considerar ámbitos como el político, social, económico e incluso cultural y sus vínculos con temas tan diversos como la contaminación ambiental, la concentración urbana, desigualdad económica, el problema del desarrollo y subdesarrollo, la democracia política, etc., además de particularizar en aspectos tan concretos como la medicina del trabajo, el impacto de la contaminación sobre la salud; - la educación y promoción para la salud; prevención; formación de recursos huma

132. Para conocer más sobre la evolución del presupuesto programático. Véase a Vázquez Córdoba, Sergio, et. al, "Notas sobre la Estructura y Evolución del Presupuesto Programático Ejercido por las Instituciones que conforman el Sector Salud. 1980 - 1987". En Salud Problema, 15, México, U.A.M. Xochimilco, otoño de 1988. pp. 37-46.

nos; atención médica y Control y Vigilancia.

No obstante que se deben considerar todos estos temas, en este trabajo se ha resaltado más la relación del problema de la salud con lo económico, político, social y cultural, ya que la mayoría de los estudios centran sus investigaciones en asuntos más propios de la Técnica médica o que se relacionan muy directamente con la medicina hegemónica, por ejemplo la medicina de especialidades sin detenerse en otras áreas, poco examinadas pero que contribuirían de manera importante sobre la salud, como trató de demostrarse en este trabajo.

El hecho de incluir aspectos políticos, económicos, sociales, geográficos, culturales, etc., nos puede ayudar a entender el problema de la salud en un -- contexto más amplio.

Se ha comprobado, por ejemplo, que una mejor atención o una difusión que permita una mayor educación para la salud pueden contribuir más a mejorar la salud que gastar en la creación de grandes hospitales, que requieren equipo y material médico, así como medicamentos que hacen depender más al país del extranjero y afectan la balanza comercial y de pagos, puesto que en la mayoría de los casos se importan. Además de seguir patrones que no parten de las necesidades reales de salud del país.

En el caso de México esta subordinación e influencia de formas ajenas a los requerimientos de salud es muy patente.

Es un hecho que la preocupación y la etapa de más desarrollo de los servicios de salud en México, durante los gobiernos del Gral. Lázaro Cárdenas y Manuel Avila Camacho se relacionan con la intervención directa de los intereses imperialistas de los Estados Unidos a través de la Fundación Rockefeller, principalmente, en materia de salud. Así, la mencionada fundación interviene en campañas sanitarias, escuelas de salubridad, saneamiento de puertos, unidades sanitarias coordinadas en los estados, etc, lo cual claramente obedecía a las necesidades neocolonialistas tal como lo señala E.R. Brown. "Dirigir grandes masas del globo bajo el mando del hombre blanco tiene una importancia enorme, pero a menos que tenga los medios para mejorar las condiciones de vida de los habitantes..."<sup>133</sup> expresado de esta forma es claro que la salud cumple con una

---

133. Brown, E.R., *La Salud Pública en el Imperialismo: Primeros programas Rockefeller en los Estados Unidos y fuera de Estados Unidos, Cuba, Mimeo, Instituto de desarrollo de Salud, 1978.*

función hegemónica en la sociedad. puesto que la ideología es tanto más útil - cuanto más se acerca a la realidad concreta.<sup>134</sup>

En el caso del Lic. Miguel de la Madrid dos son los motivos que le llevan a retomar la cuestión de la salud: El primero, es un enorme rezago en los ser vicios de esta área, que no hubieran podido hacer frente a los problemas de sa lud que traería consigo la crisis económica, había que tomar medidas; y el se- gundo, utilizar a la salud como un medio de consenso, es decir de hegemonía, el gobierno debía ofrecer un discurso en el que se retomaran valores como los de igualdad y justicia social. Evidentemente muy desgastados después del desas- tre económico y político al que se enfrentaba México en 1982.

Lo anterior nos permite señalar que el gobierno sí introduce cambios rele- vantes en el campo de salud, después de casi veintidós años de abandono, pero que esto no implica el haber consolidado un modelo médico que realmente satis- faga las necesidades de salud y que parta de las condiciones económicas, polí- ticas sociales y culturales propias de los mexicanos.

No obstante lo positivo de las medidas efectuadas durante el gobierno del Lic. Miguel de la Madrid, de acuerdo con un estudio del economista Fredick L. Golladay, que hace mención a las características que tienen los sistemas de sa- lud de los países en desarrollo, México presenta claramente esas dificultades, lo que pone en tela de juicio el verdadero nivel de salud alcanzado por este - país.

Los problemas que comparten estos países según Golladay son:

1) Los gastos del gobierno en salud son muy bajos.

De acuerdo con el Dr. Guillermo Soberón es conveniente que al sector sa- lud se le destine entre 6 y 8% del P.I.B.

En México, de acuerdo con el Dr. Jesús Kumate, se dedica el 10% del PIB, a la atención de todas las necesidades sociales, no desahogan por rubros, pero la cifra ya por sí misma es evidente, más cuando en Estados Unidos sólo a la aten-

---

134. Eibenschutz, Catalina, "Hegemonía y Salud en el Estado Mexicano" En Re- vista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, Año XXVII Nueva Época, No. 106, octubre-diciembre de 1981, p. 61.

ción a la salud le dedican el 13.<sup>135</sup>

2) Una parte importante de la población no tiene acceso fácil a los servicios de salud.

Ajustándose al Quinto Informe del Lic. Carlos Salinas de Gortari las -- instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) sólo cubren a 47 millones -- de derechohabientes, si lo relacionamos con el total de población que maneja el Censo de Población y Vivienda de alrededor de 80 millones de personas, 33 millones son población abierta que teóricamente acuden a los servicios que -- prestan S.S.A., D.I.F. o I.M.S.S.- COPLAMAR.

3) La mayor parte de los gastos va dirigido a medicina curativa, hospitales costosos y personal médico de formación elevada.

En México, ya lo hemos señalado, predomina la medicina curativa sobre la preventiva y la expansión de la medicina privada se ha caracterizado por ser una atención de gran hospital, personal altamente calificado pero costoso y -- sólo para las clases de altos recursos económicos.

4) Los programas de cuidados de salud existentes son con frecuencia ineficaces en su utilización de recursos financieros y humanos.

Precisamente las medidas de sectorización, descentralización y modernización administrativa buscaban optimizar y evitar la inadecuada aplicación de -- los servicios de salud lo cual el mismo gobierno reconoció <sup>136</sup> otro rasgo sobresaliente en la implementación de las políticas de salud en México y que -- nos permite volver a subrayar la dependencia del exterior y que no se parte -- de las necesidades propias del país, sino de lo que se propone en el extranjero o por organismos internacionales.

En 1978, México acepta la Declaración de Alma-Ata cuya principal propuestá es que las naciones firmantes se comprometen a hacer todo lo posible para que al finalizar el presente siglo todos los habitantes del mundo tengan acceso a servicios de salud, su lema fue "Salud para todos en el año 2000".

---

135. Gaceta UNAM, 5 de Agosto de 1993, pp. 3 y 4.

136. Golladay, Fredrick L, "Los cuidados de la salud en paises en desarrollo", En Finanzas y Desarrollo, Revista, Septiembre de 1980, p. 35.

Este documento influyó primordialmente para retomar el problema de la sa lud e introducir todos los cambios que planteó el gobierno del Lic. Miguel de la Madrid H., en 1982.

Algunas de estas modificaciones fueron las siguientes: coordinación inte rinstitucional; coordinación intersectorial; ampliación de la cobertura; fo mento a la salud en zonas indígenas; desarrollo social de jornaleros agrícola-- las migrantes; promoción y cuidado de la salud escolar; desarrollo rural inte grado para zonas marginadas; fortalecimiento de los sistemas locales de salud (Salud Municipal), entre otras.

Acciones que acompañan a las anteriores y que también fueron propuestas por organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, son el Programa de Vacunación Univer-- sal, que ha logrado vacunar hasta un 90% de los niños mexicanos (en 1988 y -- 95% en 1993) lo que ha permitido abatir el sarampión (80%), que en años de -- crisis aumentó inusitadamente (de 350 casos en 1980 a 19 460 en 1985), la poliomielitis que, según el Dr. Jesús Kumate, no ha presentado caso alguno desde 1990 (en 1988 hubo sólo 2 casos), la difteria también ya no ha registrado nin-- gún caso desde 1991 (en 1988 se presentaron sólo 2 casos), la tosferina dis-- minuyó en un 75% en 1988.

El compromiso para mejorar estos indicadores de salud fueron adquiridos por México en la Cumbre Mundial de Salud, en la que se propuso erradicar es-- tas enfermedades para el año 2000.

Cabe señalar, que el combate a esos padecimientos fue precisamente lo -- que permitió que se alcanzaran resultados positivos en ellos, y fueran presen-- tados como ejemplos de los progresos alcanzados en salud durante la adminis-- tración del Lic. Miguel de la Madrid, esto explica el porqué al informar so-- bre la situación de la salud en México se hace referencia a estas afecciones como muestra de los avances más relevantes durante su gobierno, dejando de la do otras enfermedades que han tenido incrementos importantes en los últimos -- años.

Así tenemos que el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) ha -- progresado de tal manera que se ha convertido en una de las principales cau-- sas de mortalidad entre la población masculina de 25 a 34 años de edad. En--

tre 1989 y 1990 se presentaron 902 nuevos casos, con una tasa en la incidencia de sida de 18 personas por cada 100 000 habitantes entre 1980 y 1989.

En el caso del cólera tan sólo en la semana del 29 de mayo al 4 de junio de 1993, el número de casos en todo el país ascendió a 255 mientras que en el mismo período para 1992, el total de enfermos reportados fue de 50.<sup>137</sup>

Por las características muy particulares de esta enfermedad puede afectar a todas las personas, independientemente a la clase económica a la que pertenezcan. Pero también es cierto que la población más expuesta es aquella que vive en lugares en donde no existen servicios de saneamiento y suministro de agua potable.

De acuerdo con el Dr. Hiroshi Nakajima, Director de la Organización Mundial de la Salud al presentar su Informe sobre el Avance del Cólera en el Mundo, destacó que la recesión económica ha impedido construir nuevas instalaciones sanitarias de importancia para luchar contra este mal, asimismo señaló -- que la existencia o inexistencia de éstas indica el grado de bienestar socioeconómico de un país. Esta enfermedad en América afectó prácticamente a todos los países independientemente de su grado de desarrollo (en 1991, en Estados Unidos causó 24 casos), excepto Uruguay y Cuba.

Solamente Perú sufrió 60 mil casos de los 131 mil que brotaron en el continente en 1992.<sup>138</sup>

Otra enfermedad que se desarrolló en los últimos años de manera importante es la anencefalia, problema de salud que afecta a niños, los que nacen con una malformación letal en la cual no existe bóveda craneana y la masa cerebral es escasa, carece de forma y sólo en algunas ocasiones está cubierta de piel.

Entre las primeras hipótesis que se elaboraron por los expertos, fue que

---

137. Véase *El Semanal de la Jornada*, No. 216, 1° de Agosto de 1993.

138. *La Jornada*, 23 de junio de 1993, p. 12.

el mencionado mal se relacionaba con el deterioro ambiental y ecológico o por malas condiciones nutricionales, entre otros.

Llama mucho la atención el hecho de que esta enfermedad se presentó principalmente en la zona fronteriza norte del país, donde se localiza la industria maquiladora y ha afectado sobre todo a madres que laboraban en este tipo de establecimientos.<sup>139</sup>

Estas son algunas de las enfermedades que se gestaron desde el régimen del Lic. Miguel de la Madrid y desarrollaron plenamente en la del Lic. Carlos Salinas de Gortari.

Por su impacto e importancia médica y social se registraron algunos datos relacionados con la evolución de estos padecimientos a fin de observar -- sus tendencias posteriores a 1988.

Por último queremos dejar asentado, como ya se mencionó, que no se han -- tratado muchos puntos que por si mismos son motivo de una investigación, por ejemplo, el impacto de las condiciones del trabajo en la salud; los riesgos -- de la concentración urbana, cuatro amargas experiencias de esto fueron las explusiones de gas butano en San Juan Ixhuatepec el 19 de noviembre de 1984 y -- las consecuencias del terremoto del 19 de septiembre de 1985 en la zona metropolitana de la Ciudad de México. También Guadalajara ha tenido dos estalli-- dos prominentes del subsuelo, uno el 19 de marzo de 1983 y otro en el año de 1993. Todos ellos con un saldo importante de muertos y heridos que pudieron evitarse. Otro problema es el peligro que entraña la contaminación ambiental, alrededor de la cual todavía existe la controversia de si causa daño a la salud.

Por razones de espacio y con el fin de no rebasar los objetivos de este trabajo, sólo hacemos referencia a estas preocupaciones que se relacionan con la salud.

---

139. Gaceta UNAM, 21 de enero de 1993, pp. 14 y 15.

Consideramos que una tesis dimensiona mucho su valor si se logra demostrar en una forma bien fundamentada lo que se pretende comprobar, pero lo eleva más al hacer propuestas a fin de solucionar los problemas que nos plantea la realidad. Sin embargo, en nuestro caso, sólo hacemos un primer acercamiento, hemos señalado que el problema de la salud es bastante complejo y determinado por múltiples factores, lo que dificulta la posibilidad de hacer propuestas que respondan a la verdadera realidad y se corre el riesgo de caer en propuestas que pueden estar muy bien fundamentadas, pero que no responden a los requerimientos de determinada sociedad, la mexicana en nuestro caso.

Por ejemplo, Giovanni Berlinguer cuando nos plantea la experiencia italiana, en el sentido de que en Italia se han desarrollado formas en las que la clase obrera tiene una gran participación en la elaboración y aplicación de la política de salud, sin embargo, también tiene que reconocer las grandes dificultades a que se enfrentan los trabajadores para socializar los servicios de salud en una sociedad capitalista como en ese caso, no obstante el gran peso que tiene la izquierda en ese país, por lo que termina sosteniendo que el capital no vela por la salud y duración de la vida del obrero sino se ve obligado a ello por la sociedad y que la lucha por la salud es la lucha por el socialismo ya que la finalidad del socialismo es el hombre y su crecimiento multidimensional.<sup>140</sup>

Otro trabajo que también nos muestra una realidad muy distinta a la mexicana es el de Jeannette Ulate y Benno de Keijzer, muy a pesar de todas las similitudes y elementos en común que puedan existir con Nicaragua, en la cual con el triunfo de la revolución sandinista, implementan una política de salud basada en la participación de la comunidad y por tanto en la atención primaria de la salud, esto permitió un crecimiento progresivo en la capacidad del pueblo para detectar y resolver sus problemas de salud y para controlar el funcionamiento de sus servicios de salud. No obstante no elimina al médico, sino al contrario lo ubica en funciones de nivel más especializado, no atendiendo diarreas o catarras sino problemas que los brigadistas<sup>141</sup> no pueden resolver.

---

140. Véase Berlinguer, Giovanni, *Salud, Ciencia y Sociedad*, U.A.M.-Xochimilco, México, 1981.

141. En Nicaragua durante el régimen de los sandinistas lograron la organización y capacitación del pueblo en el campo de la salud, a partir de las Jornadas Populares de Salud, en las que los brigadistas jugaron un papel central en la promoción de la participación popular.

Pero hay que señalar que también el triunfo de los sandinistas trajo con sigo un aumento de centenares de médicos y técnicos de la salud, lo que llevó a una contradicción y en los últimos años, con la derrota electoral de los -- sandinistas los avances logrados en la medicina comunitaria han sufrido un se rio retroceso, a cambio de una mayor presencia de la medicina liberal.<sup>142</sup>

Cuba también resulta ser un caso muy interesante, puesto que a partir de la Revolución Cubana de diciembre de 1959, se esfuerzan por mejorar sus niveles de salud y en un muy corto tiempo (en menos de veinte años) logran la cobertura total; la morbilidad se modificó y disminuyeron enfermedades del sub desarrollo como las diarreas y respiratorias; decrementaron en forma importan te la mortalidad y se elevó la esperanza de vida a los 70 años; han logrado -- erradicar enfermedades como la poliomiелitis, difteria, paludismo y tétanos -- en recién nacidos; la reducción de la incidencia de males como la tuberculo-- sis, fiebre tifoidea y tétanos. En resumen, los resultados en sus indicado-- res de salud son los mejores de América Latina y en muchos padecimientos han resuelto problemas que en varios países desarrollados no han logrado vencer pe se a sus mayores recursos.<sup>143</sup>

Por consiguiente, en este trabajo nuestras reflexiones representan nuestras propuestas, pues no queremos ser contradictorios, porque si pretendiéramos en una sola obra abarcar la solución a todos los problemas de la salud en México, seríamos igual de presuntuosos que aquéllos que no profundizan en sus propuestas y piensan que con medidas parciales se van a solucionar los proble mas de salud y no toman en cuenta a la clase trabajadora, al pueblo. Aquí -- incluimos a muchos que son marxólogos no marxistas.

No se puede esperar que sea el gobierno, o unos cuantos intelectuales -- sea cual fuere su tendencia -- en todas hay personas honestas y bien intencio-- nadas -- los que solucionen los problemas de salud en México, será un trabajo -- arduo y constante basado en el análisis profundo de la realidad el que nos -- brinde las respuestas a nuestros problemas y la solución a las necesidades

---

142. Ulate J. Jeannette y Benno de Keijzer, "Sistemas de Salud y Participación Popular: en los casos de Nicaragua y México", En Nueva Antropología, Vol. VII, No. 28, octubre de 1985, pp. 158 y 170.

143. Véase Llorens Figueroa, José y Ardujo Bernal, Leopoldo, La Lucha de la -- Salud en Cuba, México, Siglo XXI, 1985.

de los mexicanos, corresponde a todos nosotros.

Volvemos a reiterar: el proceso salud-enfermedad está determinado por factores biológicos, médicos, políticos, sociales y culturales.

Cada sociedad ha desarrollado su propia forma de curarse y México no se cura en su mayoría con la medicina oficial (conocida como científica), se alivia con la herbolaria que se remonta a los primeros pobladores de lo que actualmente es nuestro territorio.

La medicina española aún cuando no había desarrollado formas capitalistas, ya estaba afectada por este mal, los rasgos capitalistas que ya tenía, como es la propia medicina científica, también los reprodujo en la entonces Nueva España.

En términos de penetración ideológica la primera alternativa médica es la oficial. Pero en términos de cobertura, probablemente sea la herbolaria, sobre todo, si tomamos en cuenta que la medicina científica sólo cubre alrededor del 55% de la población y la herbolaria no sólo es utilizada por el 45% restante, sino también por ese 55% que alterna ambos tipos de medicina.<sup>144</sup>

Con esto no negamos el valor de la medicina científica, por el contrario, hay que aprovechar todas sus potencialidades y seguirla desarrollando, lo que no se puede aceptar, es que se le emplee como única alternativa, con el costo de marginar a un importante número de mexicanos, a los cuales no se les consulta acerca de sus verdaderas necesidades de salud y se les impongan modelos médicos, regularmente extranjeros, que se relacionan más con los intereses del capital, tanto extranjero como nacional, que con los del pueblo.

Como dice Sigerist la salud no puede ser manejada desde arriba (por el gobierno). El pueblo tiene que procurar por ella y aceptar su responsabi-

---

144. Mora, Fernando y Paul W. Hersch, Introducción a la Medicina Social y Salud Pública, México, Terranova y U.A.M. -Xochimilco, 1984, pp. 87 y 91.

dad, los médicos deben fungir únicamente como expertos que orienten al pueblo en su lucha contra la enfermedad.<sup>145</sup>

---

145. Sigerist H.E., *Hitos en la Historia de la Salud Pública, México, Siglo XXI, 1981, p. 88.*

## C O N C L U S I O N E S .

Es de todos conocido que en 1982, la crisis económica en México alcanzó su mayor impacto. El reconocimiento por parte de las autoridades gubernamentales, las cuales se habían negado a aceptarla, durante más de una década, -- nos permite percibir la gran dimensión que había alcanzado este problema. Sin embargo, es importante señalar que esta crisis no es consecuencia precisamente de una administración gubernamental determinada, ni de un modelo de desarrollo aplicado en la economía, sino más bien se explica a partir del proceso de desarrollo del capitalismo mexicano y mundial.

Esta crisis no tiene un carácter meramente coyuntural, ya que sus causas se deben buscar en la forma de producir, acumular y en las contradicciones que el capitalismo mexicano generó, las cuales se agudizaron y derivaron en una grave crisis económica, la que, si bien estalla hasta 1982 con toda su fuerza, ya a mediados de los años sesenta, comienza a manifestar sus primeros síntomas, los que se agravan en los años setenta, ante los cuales el gobierno se encuentra obligado a introducir una serie de reformas tanto en lo económico como en lo político, las que se tradujeron en lo económico en un mayor gasto público, endeudamiento externo y la promoción para que el inversionista extranjero invirtiera en México.

La reforma política y la reforma administrativa son algunas medidas que se establecieron en el ámbito político. Sin embargo, es obvio que estas medidas fueron insuficientes y hasta estimuladoras de la crisis económica puesto que su mayor gasto público fomentó una tendencia al déficit público y un mayor endeudamiento tanto interno como externo; la búsqueda de una mayor participación del capital extranjero propició la tendencia oligopolizadora del capitalismo mexicano, consecuencia de un alto grado de monopolización, generada por la concentración y centralización del capital conforme se consolidaba un capitalismo que tenía como patrón de acumulación al sector industrial y al gran capital como el sector más dinámico y dominante en lo económico.

No obstante, que el mayor beneficiario de este proceso de desarrollo capitalista, es el gran capital, va a mantener una pugna con el gobierno en los años setenta, en buena parte como efecto de la crisis económica y la búsqueda de un cada vez mayor dominio de las grandes empresas nacionales y transnacio-

nales.

Sin embargo, la situación que se presentaba requería de la participación de todos los sectores de la sociedad que facilitaran una refuncionalización -- del capitalismo mexicano. Pero, es en la primera mitad de los años setenta -- cuando los enfrentamientos entre el gran capital y la clase gobernante alcanza su mayor grado de tensión. La burguesía argumentaba que era afectada en sus - intereses, presiona de tal manera al gobierno que éste no logra imponer acciones que contrarresten las limitantes a que se enfrentaba la economía mexicana.

La corporativización desplegada por el Estado hacia el sector social y la clase trabajadora y los compromisos adquiridos entre el gobierno y éstos, también limitaban las acciones de éste, aún cuando se enfrentaba a una fuerza con menor capacidad de resistencia que la burguesía, es así como la fracción gobernante fue la única que estuvo en posibilidad de diseñar, aplicar y responsabilizarse de la política económica, la cual intenta determinar la actividad y estructura económica, lo que obviamente no logra, no obstante el panorama internacional de los años setenta, en el que podía adquirir recursos financieros - fácilmente en el exterior.

El gobierno y la iniciativa privada obtienen créditos en los mercados internacionales, lo que acumulará un alto endeudamiento externo, que es fundamental para una política de un gran gasto gubernamental, prácticamente en todos los rubros en los que interviene el gobierno mas la gran parte de ese presupuesto se destina a las empresas estatales y para-estatales que pretendían - - coadyuvar a estimular la inversión y financiamiento del sector privado y público pero finalmente culmina en un alto déficit público.

Como parte de este proceso destaca la política petrolera durante el segundo quinquenio de la década de los setenta. En este contexto, el endeudamiento externo coincide con una política de petrolización de la economía, la que en buena medida propiciará un proceso de inflación acelerado, que a su vez se conjuga con descensos efectivos del precio del petróleo, con inconformidades del sector privado, las cuales no fueron superadas pese a una política de despido del presupuesto público, de la cual la iniciativa privada se vió ampliamente beneficiada. Esto último se tradujo en un "ambiente de desconfianza" lo que dió lugar a una importante fuga de capitales, de la cual no fue ajena - la fracción gobernante y ante un alto déficit de los principales indicadores -

del sector externo: balanza de pagos, comercial, etc., va dando lugar a una desvalorización del peso o del tipo de cambio respecto al dólar y finalmente conduce a una devaluación del peso en febrero de 1982, la cual es la principal expresión de la crisis económica entre la población en general, lo que se acompaña de quiebra financiera del gobierno, el cual el 1º de septiembre del mismo año nacionaliza la banca privada y, asimismo trata de imponer restricciones al mercado de cambio a través de decretar una Ley de Control de Cambios.

Esta descripción, a grandes rasgos, nos muestra la inobjetable existencia de la crisis económica reconocida incluso por el mismo gobierno, que se había resistido a aceptarla. Crisis que nos expresa el alto grado de contradicción que había alcanzado el capitalismo mexicano y la clase dominante. En consecuencia no sólo es una crisis económica sino también política, por lo que estas contradicciones son signo también de una lucha entre fracciones de la clase dominante, de la cual la fracción gobernante forma parte y que por su contacto con la sociedad civil es la más expuesta y en la que se manifiesta en mayor grado el impacto de la crisis.

Inmerso en este panorama de crisis económica y política es que se vuelve a mencionar a la salud como una de las áreas prioritarias a atender, muy a pesar, de la reducción en los recursos financieros del gobierno mexicano.

Sin duda, si se sometió a una modernización jurídico-político-administrativa al sector salud, se realizó una reorganización en el sector y se aplicó una política de descentralización, sin embargo, esto no implicó mayores recursos financieros para el sector, por ejemplo, el gasto en salud dentro del total del gasto público federal, se observa que registró una baja, ya que en 1978 fue de 10.1% y 1982 es de 6.4%; en 1983 vuelve ligeramente a bajar pues su participación es de 6.3%. No obstante que para 1985 y 1986 se incrementa, respectivamente a 8.2% y 8.6%, estaba muy lejos de recuperar ese 10.1% de 1978. Además se tiene que considerar la situación de elevada inflación y devaluación del peso, lo cual reducía aún más los recursos financieros en salud.

Por lo que se refiere al presupuesto programático, también se caracterizó por su declinación en el rubro de gastos ya que después de representar el 2.5% del P.I.B. en 1980, para 1987 sólo fue de 1.3%.

Es conocido que el sexenio del Lic. Miguel de la Madrid H., se caracterizó en lo económico por aplicar una política de austeridad, de la que el rubro de la salud no quedó exento, y aunque se introducen cambios en el mismo, esto no se tradujo en un mayor presupuesto, por el contrario se redujo.

Por consiguiente, el gobierno lo que buscaba al retomar el problema de la salud, al que durante más de veinte años no le había dado importancia, era tomar medidas en esta materia, dados los enormes razagos en los servicios de salud, que no hubieran podido hacer frente a los problemas de salud que traería consigo la crisis económica y además utilizar a la salud como un medio de consenso, es decir de hegemonía, el gobierno debía ofrecer un discurso en el que se enfatizaran valores como los de igualdad y justicia social. Evidentemente muy desgastados después del desastre económico y político al que se enfrentaba México en 1982.

Lo anterior nos permite afirmar que el gobierno del Lic. Miguel de la Madrid H., introduce cambios relevantes en el campo de la salud, pero que esto no implicó el haber consolidado un modelo médico que realmente satisfaga las necesidades de salud y que parta de las condiciones económicas, políticas, sociales y culturales propias de los mexicanos.

No obstante lo positivo de las medidas efectuadas durante el mencionado sexenio, esto no evita que el Sistema Nacional de Salud de México siga teniendo las características de los países en desarrollo, puesto que comparte las mismas dificultades que presentan éstos, lo que pone en tela de juicio el verdadero nivel de salud alcanzado en nuestro país, respecto a la medicina oficial o hegemónica de los países desarrollados.

Sin embargo, lo que sostenemos es que no necesariamente tenemos que referenciarlos en esa medicina pues concebimos el problema de la salud como complejo y en el que influyen muy diversos factores que inciden sobre la salud de las personas, antes de que enfermen y acudan en busca de atención médica.

Entre los factores que influyen deben considerarse los biológicos, políticos, sociales, económicos y culturales y sus vínculos con otros problemas como la contaminación ambiental, el grado de desarrollo (que puede coadyuvar a un mejor nivel de salud pero no es determinante), la concentración urbana (que incrementa los riesgos), la democracia política, etc.

Por consiguiente, consideramos que debemos partir de la realidad de cada sociedad puesto que se ha visto que no siempre la forma más efectiva de curar es el gran hospital, sino medidas más sencillas de costos relativamente bajos y menos subordinados a los intereses de una medicina capitalista extranjera y así lo tratamos de demostrar a través del presente trabajo y así tenemos, por ejemplo, que en el caso de México en términos de penetración ideológica la -- primera alternativa médica es la oficial o científica pero si se considera la cobertura probablemente sea la herbolaria, sobre todo, si tomamos en cuenta - que la medicina oficial sólo cubre alrededor del 55% de la población y la herbolaria no es usada nada mas por el 45% restante, sino también por ese 55% -- que alterna ambos tipos de medicina.

Sin negar la medicina oficial, lo importante es partir de las necesida-- des reales de cada sociedad y de una amplia participación de la población, - - pues esta también tiene que procurar por su salud y adoptar su responsabili-- dad; los médicos deben sólo apoyar y orientar al pueblo en su lucha contra la enfermedad.

No cabe duda que es en el proceso de producción y en sus condiciones de reproducción social donde se puede encontrar una explicación más profunda del problema de la salud, el cual al tener un carácter social no se resuelve úni-- camente en las instituciones, organizaciones y con los técnicos de la salud, sino que son las propias clases las que deben aparecer como las gestoras fun-- damentales en el tipo de salud que se quieran dar a sí mismas.

De igual manera, en este trabajo se trató de demostrar que desde el año de 1982 en México se aplica una extrategia económica basada en la austeridad y el liberalismo económico, la que ha tenido diversas repercusiones entre - - ellas recortes en el presupuesto de los diversos rubros sociales, en particu-- lar en salud.

Asimismo dicha estrategia ha tenido como resultado un alto desempleo, - con sus múltiples consecuencias, la inmediata, la pérdida de los derechos de seguridad social.

También es indudable una gran depauperización en el nivel de vida de la mayoría de la población, por la pérdida del poder adquisitivo del salario y disminución o eliminación de derechos sociales ya ganados por la clase traba

jadora, como son estabilidad en el empleo, derecho a huelga y seguridad social.

En contraste, las clases de altos ingresos han visto aumentar sus ganancias, lo que ha permitido un auge importante de la medicina privada como lo muestra una red importante de hospitales como el Dalinde, Infantil Privado, - Metropolitano, etc.

Entrego a ustedes este trabajo, esperando que sea de utilidad para la sociedad, a la que como economista tengo la obligación de servir y reintegrar en parte el costo que representaron mis estudios en la Universidad más importante del país.

B I B L I O G R A F I A

A

- Aguilar Monteverde, Alonso, Dialéctica de la Economía Mexicana, Ed. Nuestro -  
Tiempo, S.A., 18a. Edición, México, 1980.
- \_\_\_\_\_, La Crisis del Capitalismo, Ed. Nuestro Tiempo, S.  
A., 3a. Edición, México, 1985.
- Aguilar M., Alonso, et. al., Naturaleza de la Actual Crisis, Ed. Nuestro Tiem  
po, S.A., México, 1986.
- Aguilera Gómez, Manuel, La Desnacionalización de la Economía Mexicana, Ed. --  
F.C.E., México, 1975.
- Alvarez, Alejandro, La Crisis Global del Capitalismo en México 1968/1985, Ed.  
Era, México, 1987.
- Amín, Samir, ¿Cómo funciona el Capitalismo? El Intercambio Desigual y la Ley -  
del Valor, Ed. Siglo XXI, Trad. Víctor Testa, 6a. Ed., México, -  
1984.
- Andjel, Eloísa, Keynes: Teoría de la Demanda y el Desequilibrio, UNAM, Méxi-  
co, 1987.
- Arroyo Ortiz, Juan Pablo (Coordinador), El Sector Agropecuario en el Futuro de  
la Economía Mexicana, UNAM, México, --  
1991.

B

- Banderas Casanova, Juan (Coordinador), Política, Economía y Derecho de la In-  
versión Extranjera, UNAM, México, 1984.
- Bernal Sahagún, Víctor M. (Coordinador), Empresas Transnacionales en México y  
América Latina, UNAM, México, 1986.
- Bernal Sahagún, Víctor M. y Olmedo Carranza, Bernardo, (Coordinadores), Inver-  
sión Extranjera Directa e Industrialización en Mé-  
xico, 1986.
- Bermañ, Daniel M., Muerte en el Trabajo, Luchas por la Salud y Seguridad Labo-  
rales en Estados Unidos y fuera de Estados Unidos, Ed. Siglo XXI, Trad. Graciela de -  
la Rosa, México, 1983.
- Brown, E.R., La Salud Pública en el Imperialismo, Primeros Programas Rockefe-  
ller en los Estados Unidos y fuera de Estados Unidos, Instituto  
de Desarrollo de Salud, Cuba, 1978. (Mimeo).

C

- Calderón R., Miguel Angel, El Impacto de la Crisis de 1929 en México, Ed. F.C.E., México, 1982.
- Carmona, Fernando (Coordinador), México, el Curso de una Larga Crisis, Ed. Nuestro Tiempo, S.A., México, 1987.
- Cataife, Daniel, et. al., Imperialismo y Crisis en América Latina, UNAM, México, 1985.
- \_\_\_\_\_, La Fase Actual del Capitalismo, Ed. Nuestro Tiempo, S.A., México, 1985.
- Colmenares, David, et. al., La Devaluación de 1982, Ed. Terra Nova, México, 1982.
- COPLAMAR, Necesidades Esenciales en México: Alimentación, Ed. Siglo XXI, México, 1982.
- \_\_\_\_\_, Necesidades Esenciales en México: Salud, Ed. Siglo XXI, México, 1982.
- Cordera, Rolando (Compilador), Desarrollo y Crisis de la Economía Mexicana, Ed. F.C.E., México, 1981.
- Cordera, Rolando y Carlos Tello, México: La Disputa por la Nación, Ed. Siglo XXI, México, 1981.
- Cuéllar Romero, Ricardo, La Crisis y la Política del Capital en México, - - UNAM, México, 1988.

D

- De la Madrid Hurtado, Miguel, Cien Tesis Sobre México, Ed. Grijalbo, México, 1982.
- \_\_\_\_\_, Los Grandes Retos de la Ciudad de México, Ed. Grijalbo, México, 1982.
- De la Peña, Sergio, El Antidesarrollo de América Latina, Ed. Siglo XXI, 8a. Ed., México, 1980.
- \_\_\_\_\_, La Clase Obrera en la Historia de México, Trabajadores y Sociedad en el Siglo XX, Ed. Siglo XXI, México, 1984.
- \_\_\_\_\_, La Formación del Capitalismo en México, Ed. Siglo XXI, 15a. ed., México, 1989.
- Dos Santos, Theotonio, et. al., América Latina en la Situación Actual, Ed. El Caballito, México, 1979.

F

Fierro Barraza, Tomás, et. al., La Crisis Económica en México, Tesis para obtener Título de Licenciado en Economía, México, I.P.N.- E.S.E., 1984.

G

Gamble, Andrew y Walton, Paul, El Capitalismo en Crisis. La Inflación y el Estado, Ed. Siglo XXI, Trad. Clementina Zamora, 4a. Edición, México, 1983.

Gómez Olivar, Antonio, Política Monetaria y Fiscal de México, la Experiencia desde la Posguerra: 1946 - 1976, Ed. F.C.E., México, - 1981.

González Casanova, Pablo y Héctor, Aguilar Camín, (Coordinadores), México Ante la Crisis, Ed. Siglo XXI, México, 1987.

Guillén Romo, Héctor, Orígenes de la Crisis en México (1940-1982), Ed. Era, - México, 1989.

\_\_\_\_\_ , El Sexenio del Crecimiento Cero: 1982-1988, Ed. Era, Mé- xico, 1990.

H

Hansen, Roger D., La Política del Desarrollo Mexicano, Ed. Siglo XXI, Trad. - Clementina Zamora, 8a. ed., México, 1978.

Henry David, Jacques, La Política Monetaria, Ed. F.C.E., Trad. Eduardo L. Suá rez, México, 1978.

Hernández Sánchez Barba, Mario, Formas Políticas en Iberoamérica (1945-1975), Ed. Planeta, México, 1975.

Hersch, Paul W., y Fernando Mora, Introducción a la Medicina Social y Salud - Pública, U.A.M.-Xochimilco, México, 1984.

Huerta, Rogelio (Coordinador), Economía Petrolizada, U.N.A.M., México, 1981.

I

Illich, Iván, Némesis Médica. La Expropiación de la Salud, Ed. Joaquín Mortiz, Trad. Juan Tovar, México, 1984.

K

Kumate, Jesús, et. al., Información en Salud: La Salud en Cifras, Ed. F.C.E., México, 1993.

Kumate, Jesús y G. Gutiérrez, Manual de Infectología, Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 3a. ed. México, 1975.

L

Lechuga Montenegro, Jesús (Coordinador), El Dilema de la Economía Mexicana, Ed. de Cultura Popular, México, 1987.

Lisitsin, Yu, La U.R.S.S.: La Sanidad y la Seguridad Social, Ed. Progreso, -- Trad. Joaquín Rodríguez, México, 1979.

López Acuña, Daniel, La Salud Desigual en México, Ed. Siglo XXI, México, 1984.

López Arellano, Oliva (Responsable), La Relación Salud-Trabajo. El caso de los trabajadores de la Sociedad Cooperativa "Pascual", U.A.M.-Xochimilco, México, 1989.

López Díaz, Pedro, Capital, Estado y Crisis, U.N.A.M., México, 1988.

López Díaz, Pedro (Coordinador), Economía Política y Crisis, U.N.A.M., México 1989.

López G., Julio, La Economía del Capitalismo Contemporáneo, Teoría de la Demanda Efectiva, U.N.A.M., México, 1987.

LL

Lloráns Figueroa, José y Araújo Bernal, Leopoldo, (Coordinadores), La Lucha por la Salud en Cuba, Ed. Siglo XXI, México, 1985.

M

Mandel, Ernest, Tratado de Economía Marxista, Tomos I y II, Ed. Era, Trad. -- Francisco Díez del Corral, 6a. ed., México, 1976.

Marini, Ruy Mauro, La Dialéctica de la Dependencia, Ed. Era, México, 1979.

Martínez Hernández, Ifigenia, Algunos Efectos de la Crisis en la Distribución del Ingreso en México, U.N.A.M., México, 1989.

Mendes Goncalves, Ricardo Bruno, Medicina e Historia, Raíces Sociales del Trabajo Médico, Ed. Siglo XXI, Trad. Martí Soler, México, 1984.

Moreno Cueto, Enrique, et. al., Sociología Histórica de las Instituciones de Salud en México, I.M.S.S., México, 1982.

N

Navarro, Vicente, Lucha de Clases, Estado y Medicina, Ed. Nueva Imagen, Trad. Lucía Reyes, México, 1984.

O

Olvera Amezcua, Sheida C., El Plan Baker y el Plan Blady: Propuestas Políticas a la Solución del Endeudamiento. El caso de México. Tesis de Licenciatura, México, E.N.E.P. - Acatlán, U.N.A.M., 1992.

Ortiz Mena, Antonio, Desarrollo Estabilizador (Una Década de Estrategia Económica de México), Banco de México, México, 1969

Ortiz Wadgymar, Arturo, Manual de Comercio Exterior de México, Ed. Nuestro -- Tiempo, S.A., México, 1988.

Osorio, Marconi, México y el Mundo Marginado, Ed. F.C.E., México, 1975.

P

Padilla Aragón, Enrique, Ciclos Económicos y Políticas de Estabilización, Ed. Siglo XXI, México, 1980.

\_\_\_\_\_, México: Hacia el Crecimiento con Distribución del Ingreso, Ed. Siglo XXI, México, 1981.

\_\_\_\_\_, Pobreza para Muchos. Riqueza para Pocos, Ed. El Día. México, 1982.

Pichardo Pagaza, Ignacio, Introducción a la Administración Pública en México, Tomo II, I.N.A.P., México, 1984.

R

Reyes Valencia, Marco Antonio, et. al., Análisis del Cambio Social en México, U.N.A.M., México, 1986.

Rivera Ríos, Miguel Angel, Crisis y Reorganización del Capitalismo Mexicano 1960-1985, México, Ed. Era, 1986.

\_\_\_\_\_, El Nuevo Capitalismo Mexicano, Ed. Era, México, 1992.

Rosen, George, De la Policía Médica a la Medicina Social, Ed. Siglo XXI, Trad. Humberto Sotomayor Salas, México, 1985.

Ruiz Durán, Clemente, et. al., Demografía y Condiciones de Vida, Coloc. El - Obrero Mexicano, No. 1, Ed. Siglo XXI, México.

S

Salama, Pierre, El Proceso de Subdesarrollo, Ed. Era, México, 1976.

Sepúlveda, Bernardo (Coordinador), La Evolución de la Medicina en México durante las últimas cuatro décadas. Ciclo de Mesas Redondas, El Colegio Nacional, - México, 1984.

Sigerist, H.E., Hitos en la historia de la salud pública, Siglo XXI, México, 1981.

Soberón Acevedo, Guillermo, et. al., Hacia un Sistema Nacional de Salud, S. S.A., México, 1983.

Soria, Víctor M., Estructura y Comportamiento de la Industria Farmacéutica - en México, U.A.M.-Iztapalapa, México, 1984.

Sunkel, Osvaldo y Pedro Paz, El Subdesarrollo Latinoamericano y la Teoría del Desarrollo, Ed. Siglo XXI, México, 1979.

T

Tello, Carlos, La Política Económica en México (1970-1976); Ed. Siglo XXI, México, 1979.

Trejo Delarbre, Raúl y José Luis Reyna, La Clase Obrera en la Historia de México, No. 12, Ed. Siglo XXI, México, 1984.

V

Valenzuela Feijóo, José, El Capitalismo Mexicano en los Ochenta, Ed. Era, México, 1986.

\_\_\_\_\_, Crítica del Modelo Neoliberal, Facultad de Economía, U.N.A.M., México, 1991.

Vidal, Gregorio, et.al., La Crisis Financiera, Ed. Nuestro Tiempo, S.A., México, 1986.

Villarreal, René, La Contrarrevolución Monetarista: Teoría, Política Económica e Ideología del Neoliberalismo, Ed. Océano, S.A., México, - 1983.

## H E M E R O G R A F I A

### DIARIOS:

"El Día", México, Varios Números

"Excélsior", México, Varios Números.

"El Nacional", México, Varios Números.

"La Jornada", México, Varios Números.

Diario Oficial de la Federación, México, Varios Números.

### ESTADISTICAS:

Boletín de Estadística Anual 1976, I.M.S.S., México, 1978.

Estadísticas Vitales de los Estados Unidos Mexicanos 1950, 1960, 1970, Secretaría de Programación y Presupuesto - Secretaría de Salubridad y Asistencia, México.

Indicadores Económicos, Balanza Comercial, Banco de México, México, 1988.

Indicadores Económicos del Sector Externo, Banco de Mexico, México, 1988.

Informe Anual 1988, Banco de México, México.

Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas, III Sector Salud y Seguridad Social, Secretaría de Programación y Presupuesto, México, 1978.

Memoria Estadística 1975 del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, - 1979.

Sistema de Cuentas Nacionales de México 1971-1978, Tomo IV: "Cuentas de Producción de Servicios", Banco de México y Secretaría de Programación y Presupuesto, México.

### FOLLETOS:

Conferencia de Prensa de Gustavo Pretriccioni y Carlos Salinas de Gortari., - Presidencia de la República, Dirección General de Comunicación Social, 23 de Junio 1986, México.

Cronología de la Salud 1985, Mes Mayo, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1985.

Día Mundial de la Salud ("Salud para Todos en el Año 2000. La cuenta hacia atrás ha comenzado". 7 de Abril de 1983), Secretaría de Salubridad y Asistencia. Cuadernos de la S.S.A., No. 3, México, 1983.

Documentos de Apoyo Didáctico para la Capacitación dentro del Programa de Modernización Administrativa, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1983.

Las Reformas Jurídicas para el Sistema Nacional de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1983.

Pacto para la Estabilidad, la Competitividad y el Empleo, 3 de Octubre de 1993.

Plan Global de Desarrollo 1980 - 1982, Secretaría de Programación y Presupuesto, Talleres Gráficos de la Nación, México, 1980.

Plan Nacional de Desarrollo, 1983 - 1988, Presidencia de la República, Secretaría de Programación y Presupuesto, México, 1983.

Salud, Ciencia y Sociedad, de Berlinguer, Giovanni, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1982.

Sexto Informe de Gobierno, Salud y Seguridad Social, 1o. de Septiembre de 1982, México.

REVISTAS:

El Cotidiano, (bimestral), Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, México, Nos. 27 y 29.

Coyuntura, Universidad Nacional Autónoma de México, México, Nos. 11 y 12

Críticas de la Economía Política, Ed. El Caballito, México, No. 3.

Cuadernos Políticos, Ed. Era, México, Nos. 23 y 53

Econotécnica Agrícola, Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos, México, No. 9.

Expansión, México, Varios números.

Finanzas y Desarrollo, Fondo Monetario Internacional, Septiembre de 1980.

Gaceta de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, Varios números

Línea, (bimestral), Partido Revolucionario Institucional, México, Nos. 10 y 20.

Nexos, (mensual), Centro de Investigaciones Cultural y Científica, A.C., México, Varios números.

Nueva Antropología, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Universidad Autónoma Metropolitana- Iztapalapa, México. Nos. 28 y 29.

Planeación Democrática, (mensual), Secretaría de Programación y Presupuesto, México, No. 21.

Problemas del Desarrollo (trimestral), Universidad Nacional Autónoma de México, México, No. 76.

Proceso, Comunicación e Información S.A. de C.V. (CISA), México, Varios números.

Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, México, Nos. 106 y 124.

Salud-Problema, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, Nos. 12 y 15.

Salud Pública de México, Escuela de Salud Pública de México, No. 3.

Teoría y Política, (trimestral), Juan Pablos Editor, México, Nos. 2 y 11.

**OTRAS FUENTES DE INFORMACION:**

Ponencias presentadas en el Coloquio "Balance del Sexenio", organizado por la Universidad Autónoma Metropolitana y la Universidad Autónoma de Guerrero, en Acapulco, Gro., Marzo de 1982.

Noticiero "Monitor de la Mañana", conducido por el Lic. José Gutiérrez Vivó, en X.E.R.E.D., el día 22 de Junio de 1993.

# I N D I C E:

	pág.
Dedicatoria.....	3
Agradecimientos.....	4
Introducción.....	5
I. Crisis Económica y Capitalismo en México (1954 - 1988).....	7
A. Marco Introdutorio .....	7
a) Economía y Problema de la Salud.....	7
b) Crisis Económica.....	11
B. Capitalismo y Crisis Económica en México.....	14
a) Antecedentes.....	14
b) Período 1954 - 1976.....	23
c) Período 1976 - 1982.....	31
d) Período 1982 - 1988.....	35
II. La Política de Salud. ....	58
A. Antecedentes.....	58
B. Política de Salud 1940 - 1982 .....	61
III Crisis Económica y Política de Salud: 1982 -1988	79
A. Política de Salud en México durante el gobier no del Lic. Miguel de la Madrid Hurtado: 1982 -1988.....	79
B. Estructura Jurídico-Político-Administrativa - del Sector Salud en el régimen del Lic. Mi- guel de la Madrid H.....	87
C. Balance de la Política de Salud del Lic. Mi- guel de la Madrid Hurtado: 1982-1988.....	95
Conclusiones.....	122
Bibliografía.....	128
Hemerografía.....	134