

T
38

 XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

IDEOLOGIA Y SALUD

LA COORDINACION DEL SECTOR SALUD EN MEXICO.

TÉSIS QUE PRESENTA:
FRANCISCO JAVIER MERCADO
MARTÍNEZ, PARA OBTENER -
EL GRADO DE MAESTRO EN -
MEDICINA SOCIAL EN LA --
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA ME-
TROPOLITANA-UNIDAD XOCHI
MILCO.

ASESORA:

DRA. CLARA FASSLER

MÉXICO, D.F. MARZO DE 1984.

33176

A la Universidad de Guadalajara por haberme apoyado en la Realización de la Maestría.

A los Maestros de la Facultad de Medicina que con su participación directa e indirecta posibilitaron el logro de una de las metas. En especial a los Maestros: Dres. Abel Hernández, Rodolfo Morán, Ignacio Villaseñor, Alfredo Hidalgo-Jorge Campos y Javier García de Alba.

En la Realización de la presente Tesis de particular relevancia ha sido la colaboración recibida de: Clara Fasler, Gustavo Monterrubio, Abel Mercado, Elías Martínez, Eduardo-Hernández y José Luis López.

A Flora Coss por el sostén constante y decidido.

I N D I C E

AGRADECIMIENTOS.

- 1.- INTRODUCCION.

- 2.- LA PROPUESTA ESTATAL, ALGUNOS HECHOS Y ALGUNAS INTERROGANTES.
 - A.- EL LARGO RECORRIDO LLEGA A SU FÍN.
 - B.- LOS HECHOS.
 - C.- LA DISCUSIÓN POSTERIOR.
 - D.- LA DISCUSIÓN PREVIA.
 - E.- DE LAS RAZONES EXPUESTAS POR EL ESTADO A LA SITUACIÓN REAL.
 - F.- DE LOS SERVICIOS MÉDICOS A LAS PRESTACIONES, UNA - POLÉMICA DIFERENTE.
 - G.- LO NO EXPLICITADO. ALGUNAS IDEAS PREVIAS.

- 3.- DEL SECTOR SALUD A LA PRÁCTICA MÉDICA, UNA DISCUSIÓN - BÁSICA PARA FORMULAR EL PROYECTO.
 - A.- SECTOR SALUD. UNA DEFINICIÓN RESTRINGIDA.
 - B.- LA PRÁCTICA MÉDICA.
 - C.- LA PRÁCTICA MÉDICA HEGEMÓNICA ESTATAL (PMHE).
 - D.- EL ESTADO. UN ELEMENTO FUNDAMENTAL.
 - E.- BREVES NOTAS SOBRE EL PROCESO IDEOLÓGICO.

- 4.- UNA PROPUESTA A NIVEL INTERNACIONAL.
 - A.- COORDINACIÓN Y DEPENDENCIA.
 - B.- PUNTA DEL ESTE. UNA FUENTE DE SALUD, OPTIMISMO, -- ANTICOMUNISMO Y PLANEACIÓN.
 - C.- LA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS. PARTE DE UN PROYECTO DE SALUD Y SOCIAL.

- D.- SISTEMA, SERVICIO, SEGURO. TRES OPCIONES DIFERENTES.
- E.- ALGUNOS AVANCES PARCIALES, OTROS GLOBALES.
- 5.- LA COORDINACIÓN EN MÉXICO, UN CAMBIO RADICAL EN LA -- HISTORIA.
 - A.- HACIA LA BÚSQUEDA DE UN PROYECTO DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL ÁMBITO NACIONAL.
 - B.- LA FRAGMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS, FINALES DEL SIGLO XIX-1961.
 - C.- EL OCASO DE UN MODELO.
- 6.- TRES PLANES DIFERENTES EN 20 AÑOS. UNA IDEA BÁSICA -- EN DOS DECADAS.
 - A.- COORDINACIÓN Y PRESIDENCIALISMO.
 - B.- LA COMISIÓN.
 - C.- EL PLAN.
 - D.- DEL GABINETE A LA COORDINACIÓN.
 - E.- ¿HACÍA UNA COORDINACIÓN FUNCIONAL Y PROGRAMÁTICA?.
- 7.- LOS FUNDAMENTOS DE LA TEORÍA A LOS CONCEPTOS.
 - A.- LA JUSTIFICACIÓN.
 - B.- UNA PROGRAMACIÓN SUBJETIVA.
 - C.- HACÍA UNA VISIÓN MÁS ESTRUCTURAL.
 - C.1.- LA VISIÓN DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES.
 - C.2.- EL SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA.
 - C.3.- LA VISIÓN EPIDEMIOLÓGICA.
 - C.4.- EL ESTADO.
 - C.5.- LA SOCIEDAD.
- 8.- SOBRE LOS FINES.
 - A.- CONSIDERACIONES INICIALES.
 - B.- FINES PARTICULARES, PROPOSITOS GLOBALES.
 - C.- ALGUNAS IDEAS FINALES.

INTRODUCCION.

" Mientras persista un ordenamiento social que margine a las mayorías de sus derechos a la educación, la vivienda, el vestido, la recreación y el trabajo, los esfuerzos que se hagan en el -- campo de la salud, educación y -- en cualquier otro serán intrascendentes."

Comité de Expertos OMS-OPS.

1966.

Entre los graves y diversos problemas relacionados -- con la salud y existentes en el México actual se ha seleccionado para su estudio y análisis la unificación del Sector -- Salud. Específicamente nuestro objeto de estudio será la política emanada del Estado tendiente a coordinar las Instituciones Médicas del País.

Estudiar este hecho implica, empero, acercarse a un -- fenómeno aún no consumado por lo que se presentan serias desventajas para aprehender el objeto del trabajo en sus diversas manifestaciones.

De entrada pensamos que es necesario reflexionar sobre si existe una verdadera justificación para adentrarse en él: Por sus implicaciones, complejidad, por ser tan poco estudiado; más aún, por existir diversas concepciones sobre el mismo, así como intereses. Trataremos de explicitar algunas de las causas que concurrieron a motivarnos en su abordaje:

1.- Una primera consideración, a nuestro modo de ver, parte de que cualquiera sea la posición que se tenga sobre -- el tema, la coordinación es hoy día, una de las políticas de salud prioritarias que el Estado trata de implementar por lo que sus resultados se notarán en el modelo de atención médica dominante dentro de algunos años.

2.- Ello ha originado un conjunto de expectativas y preocupaciones de los diversos sectores sobre las medidas que se tratan de llevar a cabo para resolver la situación de salud tan deteriorada en algunos grupos de la población. Por esto, a pesar de conocer los objetivos explicitados -- por los organismos estatales encargados de implementarla, -- es preciso ahondar y cuestionar las características como se intenta implementarla, sus premisas, sus implicaciones, etc.

3.- Relacionado con el punto anterior, se obliga a trazar, asimismo, líneas de análisis y discusión que traten de exponer los problemas de fondo que existen basándose en un marco de referencia que intente superar el utilizado. A este respecto es significativo reconocer que a pesar de la importancia de tal medida prácticamente no existen estudios sobre el tema y los pocos existentes parten de una concepción oficialista.

4.- Finalmente, es necesario mencionar que como la unificación de los servicios de salud es una medida intrínseca a los países socialistas, la posición comúnmente adoptada tanto por los partidos así como por las organizaciones liberales y de "izquierda" ha sido pronunciarse por su implantación. La confusión y desconocimiento que existe en nuestro medio sobre el particular muestra la necesidad de estudiarla con mayor profundidad buscando ante todo la posibilidad de buscar alternativas englobadas en un proyecto que resuelva las necesidades reales de la población.

Ahora bien, como la unificación aún no se ha consumado, actualmente existen varias proposiciones sobre como llevarse a cabo. Revisar todas ellas rebasa ampliamente -- los límites del presente trabajo; por eso, consideramos -- válido centrarnos en la perspectiva manejada por el Estado Mexicano al ser la que tiene mayores posibilidades de implementarse.

A este respecto es importante señalar que las medidas dadas en este sentido no solo se enfrentan a problemas técnicos, sino también administrativos, legales, económicos, etc., y que la misma conllevará numerosos efectos, tanto para el área de la salud como para el resto de la sociedad.

Asimismo es de destacar como se le ha enmarcado como parte de una serie de "reformas sociales" como son la administrativa, sanitaria, política, económica, etc., que afectan el conjunto de la sociedad mexicana.

Otro aspecto que de entrada ha llamado la atención es que como política más amplia rebasa ampliamente el espacio de México. Como es bien reconocido existe a partir de la década de los 60's una campaña por parte de algunos organismos internacionales para que se implemente en todo el continente.

La posición que hemos adoptado de entrada parte de considerar el sector salud como una instancia de la práctica médica, esto es, tratamos de entender su estructura, organización y racionalidad en razón de su contexto social - en el cual está inmerso; lo consideramos dentro de la sociedad mexicana que se encuentra en una etapa de crisis y por ende de reformulación de sus relaciones sociales. Y, donde el Estado tiene que participar cada vez más y con mayor intensidad para reproducir el sistema global.

Dentro de esta visión hemos considerado que la coordinación surge como un producto de la reorganización social hasta cierto punto como parte esencial de un proyecto hegemónico.

Ahora bien, dar una respuesta global a las causas de su surgimiento, así como al porque de sus características, debería contemplar entre otras líneas de trabajo, la evolución histórica del sector, las causas de su continua fragmentación, visualizar su crecimiento en función de sus ---

relaciones con el desarrollo económico, político, institucional, técnico-científico etc., de la sociedad mexicana, -mostrar la propuesta específica, etc. Dada la magnitud que implica lo anterior hemos decidido centrarnos en sus implicaciones ideológicas. Ello obedece, además de lo dicho anteriormente a que el trabajo forma parte de una investigación más amplia que tiene como objetivo contestar algunos puntos del párrafo previo; más que por razones fuera de la voluntad de los investigadores, se vió en la necesidad de fragmentarse.

La determinación de centrarnos en los ideológico -- requiere su propia justificación al reconocer que la conformación de un sistema nacional de salud conlleva distintas implicaciones: Económicas, administrativas, técnicas, - legales, etc. Mencionaremos a este respecto tres hechos: - 1).- Existe material suficiente para analizar lo ideológico, lo cual no sucede con los otros componentes; 2).- Prácticamente no existen estudios en el área de la salud sobre este tema, y; 3).- Al existir un intento por presentar esta medida como una técnica o instrumento neutral tanto por los organismos estatales, nacionales así como internacionales se dejan de lado u ocultan problemas que pueden ser de trascendencia.

En este sentido, al centrarnos en los aspectos ideológicos de la propuesta se considera que es una forma para entender todo un proyecto hegemónico en el cual el sector-salud se convierte en un elemento para consolidarlo ya que a través de la ideología se busca el consenso para una política global.

Sobre el método y las técnicas utilizadas: Dado que el trabajo fué realizado a través de la revisión documental ~~este~~ se llevó a cabo por medio de la revisión, análisis y-síntesis del discurso del Estado utilizando para tal fin - fuentes secundarias (informes presidenciales, discursos de los secretarios y directores de organismos del sector, ---

artículos publicados en las revistas oficiales, los planes y programas institucionales, etc.).

Por otra parte, con el propósito de observar lo que sucedía en el terreno de los hechos se hizo uso de la información estadística oficial sin discutir su validéz.

Sobre la presentación del trabajo. Se le ha dividido en cuatro partes: La primera corresponde a la introducción.

La segunda sección sirve para introducirnos a la -- propuesta estatal y sus objetivos explícitos. A partir de ella se formulan algunas interrogantes con el objeto de -- aclarar el problema, buscando al mismo tiempo otros elementos para la discusión. En la tercera se discuten los con--ceptos fundamentales para el análisis posterior y se aclara lo que sería un marco teórico para sustentar el trabajo y, por último; en el cuarto capítulo se trata de mostrar -- las manifestaciones ideológicas concretas de la coordina--ción. El primer apartado busca los antecedentes en el contexto internacional; el segundo trata de investigar su desarrollo en la formación social mexicana; el tercero presenta sus contenidos específicos; el apartado cuarto va a la búsqueda de sus bases gnoseológicas, y; el quinto termina señalando algunos de sus fines.

2.- LA PROPUESTA ESTATAL, ALGUNOS HECHOS Y ALGUNAS INTERROGANTES.

A.- EL LARGO RECORRIDO LLEGA A SU FÍN.

Las discusiones y reuniones destinadas a evaluar las condiciones de salud-enfermedad de la población y la situación de la atención médica, realizadas en México a fines de la década de los 50's, y sobre todo a partir de la década siguiente, dejaron entrever la necesidad de mejorar tanto la salud de la población como el funcionamiento de las instituciones médicas. Múltiples propuestas se presentaron en este período desde diversos puntos de vista; entre ellas sobresalieron bajo la perspectiva oficial la medicina comunitaria, la planificación, la medicina familiar y en conjunto con ellas la coordinación del sector salud.

Las acciones realizadas por el Estado Mexicano, a finales del período López Portillista y sobre todo en el actual, se han centrado en la creación de un Sistema Nacional de Salud el cual se pretende convertirlo en el eje de sus programas exponiendo que existen las condiciones y factibilidad para implementarse dentro del contexto socio-político en que se encuentra el país.

B.- LOS HECHOS.

El 25 de Agosto de 1981 el presidente López Portillo anunció en la ciudad de México la creación de la Coordinación de los Servicios de Salud Pública (CSSP) con la finalidad de estudiar las distintas opciones existentes y proponer las bases para establecer el Sistema Nacional de Salud (?).

En torno a la propuesta se agruparon los representantes de las instituciones participantes del organismo. Además del presidente se encontraban el Secretario de Programación y Presupuesto, el Director del IMSS, el Secretario de la SSA, del ISSSTE, del DIF y el Dr. Guillermo Soberón nombrado coordinador

del mismo.

Los objetivos expuestos para conformarlo fueron tres: -- resolver los problemas de salud de la población, especialmente la menos protegida; racionalizar y distribuir los servicios de salud e iniciar una nueva etapa en la planificación de los recursos.

Los argumentos, ubicados en el ámbito nacional, eran a juicio de los coordinadores el producto de una situación histórica caracterizada por la carencia y desigualdad en la utilización de los recursos, así como de problemas administrativos, -- intereses creados y derechos adquiridos.

C.- LA DISCUSIÓN POSTERIOR.

En los días siguientes a la declaración se produjeron -- reacciones de diversa índole, desde quienes veían en ella un -- pronunciamiento político hasta quienes la interpretaron como -- una medida de reorganización económica.

En la sección editorial de un periódico se retomaron los argumentos y se hizo incapié en la existencia de intereses políticos los cuales utilizaban al sector salud " como trampolín de sus propios manejos y ambiciones de poder ". Además se reconocía las ventajas de llevar adelante la acción de " crear un sistema de salud auténticamente integrado, capaz de arribar con sus métodos, sus equipos, sus profesionales médicos y su presupuesto a todos los rincones del país y de asistir como es exigible a todos los mexicanos que lo necesiten " (3).

Más adelante continuaron las reacciones, el 10 de Septiembre se publicó " Coordinación no fusión. La nueva ubicación administrativa... responde... al deseo de las clases sociales más necesitadas, sobre todo las subempleadas y aún todos aquellos mexicanos que carecen de un empleo, tengan garantizado el acceso a un servicio médico digno y eficiente. No se trata pues, como algunos medios de difusión lo han divulgado tendenciosamente, de la fusión del sector salud en un solo organismo, medida conveniente desde todo punto de vista, pero por ahora prácticamente irrealizable, y no de una coordinación ". (4).

Además de las implicaciones históricas y político-administrativas se desprende de lo anterior que existen diversas opciones sobre como hacerlo: sistema, servicio o seguro nacional de salud. Es obvio que cada proyecto tiene sus características propias, y el Estado Mexicano se define y propone un sistema, o sea, la coordinación de la atención médica. En la discusión importa diferenciar cada opción, porque ello implica -- una concepción de cómo se entiende la salud, la medicina, los individuos y la sociedad.

D.- LA DISCUSIÓN PREVIA.

A fines de 1979 y los primeros meses de 1980 surgieron numerosas declaraciones sobre la unificación. Prácticamente todos los directivos de las instituciones de salud así como algunos grupos relacionados con la atención médica manifestaron su apoyo. Pocos, casi ninguno, se manifestaron en contra. Sin embargo, hubo pronunciamientos, no discusión. La decisión se dejaba al Presidente. El director del Instituto Mexicano del Seguro Social lo reafirmaba " solo a él le corresponde la decisión política " (5).

La decisión política se dejaba al presidente. La CSSP -- habría de encargarse de los problemas técnicos, sobre el cómo hacerlo, al igual que lo hizo el Gabinete del Sector Salud formando en 1977, el Grupo de Trabajo en el Plan Nacional de Salud o la Coordinadora existente en la década de los 60's.

Las declaraciones emitidas en este período muestran una serie de contradicciones: el Secretario de Salubridad y Asistencia sostenía que los pasos ya estaban dados, como en la planificación familiar, y que para 1980 se continuaría coordinando los Servicios de Medicina Preventiva y Mejoramiento del Ambiente (20-X-79); 15 días más tarde el Secretario General de STUSA manifestó que " las bases para unificar a las instituciones del sector salud ya existían ". El 12 de Diciembre se presentó al presidente un programa para iniciar la fusión de las-

instituciones del sector a partir del primero de enero el cual preveía realizarla por etapas y donde se irían estableciendo - coordinaciones nacionales en cada una de las áreas de medicina social (?), además de la paulatina nacionalización de las industrias del ramo. El mismo mes un diputado de la coalición de izquierda afirmó que la fusión se dificultaba porque las instituciones; SSA, ISSSTE, IMSS., trabajaban en planes para los -- siguientes años; otro diputado sostenía que era factible la - nacionalización de la industria químico-farmacéutica. Un último documento sostenía que la coordinación paulatina terminaría con una fusión real hasta el año 2,000.

Así, la información vertida sobre la coordinación entró en el juego de la confusión; se sostenía la posición personal- como algo verdadero, se ocultaban algunos hechos, se deformaba, se engrandecía, se contradecía.

La discusión terminó aparentemente cuando el Secretario General de la CTM declaró que su organización se oponía a tal- medida ya que con ella los obreros perderían algunas de sus -- prestaciones.

Esta declaración de alguna forma mostraba que la medida estatal entró en oposición real o aparente con el proyecto de- los trabajadores organizados, tal como se había declarado años atrás con la integración de los electricistas y los ferrocarril- leros al IMSS.

Esto significa, a nuestro modo de ver, que la coordina- ción, por las manifestaciones observadas, se contraponía a las expectativas de los trabajadores o de los representantes de -- los mismos y aún a las de otros grupos. Habrá que adentrarse, - por lo tanto, en su significado, el qué, el cómo y hasta dónde soluciona los problemas de los distintos grupos y, para quién- tiene un significado.

La coordinación del Sector Salud va mostrando algunos de su aspectos, mostrando lo que se veía y no se decía, hechando- a tierra concepciones obsoletas y sin embargo vigentes en el -

discurso oficial. Como parte de la medicina, muestra que ésta no solo es una técnica que apoya al arte de curar y de aliviar el dolor; no es neutral, no tiene un fin solamente: luchar contra la muerte y la enfermedad; sus implicaciones en la sociedad parecen rebasar este ámbito. De lo anterior sintetizamos: la medicina cura pero no acude a todos los rincones del país, es selectiva, esta fincada en los intereses personales o de grupo, está ligada al desarrollo económico, político, etc.

E.- DE LAS RAZONES EXPUESTAS POR EL ESTADO A LA SITUACIÓN REAL.

En el presente apartado se confrontan las razones aducidas por los organismos estatales con algunos problemas sanitarios del país con el fin de esclarecer con mayor determinación algunos hechos.

Es necesario tener en cuenta que el modelo epidemiológico utilizado para medir las condiciones de salud y enfermedad de la población parte de un conjunto de indicadores que dan cuenta fundamentalmente del daño, como es la morbi-mortalidad así como de sus factores predisponentes organizados en una red de muticausalidad, no tomando en cuenta otros aspectos, quizá de mayor importancia, como son los perfiles diferenciales de salud de los grupos y algunas de sus causas como son el proceso de trabajo y el consumo.

En este sentido no se discutirá la validéz de los indicadores ni se hará referencia a otros hechos de importancia -- como es el subregistro; solamente se retomarán los datos para problematizar la situación.

E.1.- LAS CONDICIONES DE SALUD-ENFERMEDAD DE LA POBLACION.

El aspecto a revisar en este punto consiste en discutir hasta qué punto la reorganización de la atención médica puede mejorar las condiciones de salud de la población. Según los --

siguientes datos el perfil patológico de algunos grupos es -- preocupante y se plantea la duda de que la atención médica pueda resolver esta situación per se.

La esperanza de vida al nacer de los mexicanos en 1978- era de 65 años. Los datos existentes para otros países de América muestran para el mismo año que 15 países tenían índices superiores al de México y que en cuatro de ellos la esperanza de vida era superior a los 70 años (6).

Se considera que la mortalidad tiene importancia desde dos puntos de vista: cualitativa y cuantitativamente. Pues bien para el año de 1974 la tasa de mortalidad general en México -- era de 7.4 por 1,000 habitantes, mientras que en el mismo período 22 países de América presentaban una tasa de mortalidad inferior. Puerto Rico, Canadá, Estados Unidos y Cuba presentaban una mortalidad ajustada por edad 40% menor a la de México. (7).

Las causas de muerte de la población en 1975 muestran -- otro aspecto de la problemática. (Cuadro Núm. 1).

Un gran porcentaje de la mortalidad se debió a enfermedades infectocontagiosas, (neumonías, gastroenteritis, tuberculosis, meningitis, etc.), así como a la patología perinatal. A esta patología considerada tradicionalmente del subdesarrollo o de "países atrasados" se le contraponen el ascenso constante de la patología denominada del desarrollo la cual cada día es de mayor importancia en el perfil como son los accidentes -- de trabajo, las violencias, la diabétes, los infartos, los accidentes vascular-cerebrales, etc., (Cuadro Núm. 2).

En el área nutricional algunos datos dan cuenta de la -- magnitud del daño. Un 8% de los recién nacidos del total son -- de bajo peso, mientras que para el sector rural este porcentaje asciende al 40%. Asimismo, solamente el 22% de los niños -- menores de cuatro años del campo tienen el peso y la estatura normal, mientras que la cifra para los de la ciudad es del 40% (8).

CUADRO Núm. 2

" EVOLUCION DE ALGUNAS CAUSAS DE MORTALIDAD"
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

1922-1975

C A U S A S	1922	1930	1940	1950	1960	1970	1975
1.- ACCIDENTES	29.8	32.2	51.3	46.5	40.2	52.5	45.1
2.- CIRROSIS HEPATICA CON MENCION DE ALCOHOLISMO	1.2	10.4	6.1	25.2	5.8	7.8	20.3
3.- ENFERMEADES DEL CORAZON	33.4	39.5	54.0	71.0	67.0	66.7	75.9
4.- TUMORES MALIGNOS	14.2	14.5	32.0	28.8	34.7	37.5	36.0
5.- HIPERTENSION ARTERIAL CON MENCION DE ENFERMEADES - DEL CORAZON.	-	-	-	0.1	3.5	3.8	1.7
6.- DIABETES MELLITUS	2.5	2.7	4.1	4.8	7.7	15.2	17.3

FUENTE: Dirección General de Estadística
Tasa por 100,000 Habitantes.

Tomado y Modificado de: González Carvajal, E.: Los Daños a la Salud en
México.

Higiene. Vol. 30 Núm. 2, pp. 104. Marzo-Abril 1980.

La mortalidad infantil se considera como uno de los indicadores más significativos para medir la magnitud del daño. -- Pues bien, esta tasa era de 48.9 por mil nacidos vivos para el año de 1975 cifra que, aún cuando había descendido en los últimos años, su porcentaje respecto a la mortalidad general no había variado desde 1950 (9).

Los datos mencionados pueden dar la impresión de que el daño se distribuye equitativamente entre toda la población, la realidad muestra que no sucede así; distintos estudios realizados concluyen que existen diferencias importantes a nivel regional y más significativamente por clase o por grupo de trabajadores de acuerdo a sus respectivos procesos de trabajo (10).

En síntesis, ante este cuadro tan complejo que hemos referido surge una pregunta elemental: si se ha demostrado que la atención médica aislada no resuelve la mayoría de estas entidades patológicas, dado que sus causas se encuentran a otro nivel, ¿la simple reorganización de las instituciones en cuanto a la atención médica podrán elevar y nivelar las condiciones de salud de la población?.

E.2.- ALGUNOS DATOS SOBRE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

En este rubro es donde se vislumbra las mayores dificultades para llevar adelante la coordinación dada la desigualdad en la estructura y funcionamiento de las Instituciones Médicas.

Diversos estudios reiteradamente han señalado como la política sanitaria no ha resuelto el problema de Salud de algunos grupos sociales especialmente los más alejados de los centros urbanos, de menor peso político y de menor productividad. Por ejemplo, en los trabajos del Plan Nacional de Salud se reconocía oficialmente que el 20% de la población no tenía acceso a los servicios médicos más elementales (11).

Ahora bien, se cuenta con innumerables instituciones para prestar la atención médica a la población, cada una con sus

propias políticas y sus propios recursos: Instituto Mexicano - del Seguro Social. Instituto de Seguridad y Servicio Social -- para los Trabajadores del Estado, Instituto de Seguridad para las Fuerzas Armadas y la Marina, Servicio Médicos de PEMEX, -- Servicios Médicos de Hacienda, Hospitales Particulares, Hospitales de Beneficiencia, Cruces Roja y Verde etc. Las Instituciones se dividen, a la vez, en tres rubros: Asistenciales, de Seguridad Social y Particulares.

La distribución de los recursos asistenciales es una de las áreas donde se observa la mayor desigualdad. Acerquémonos a su presupuesto y distribución.

Para el año de 1970 se contó con una inversión total -- para el Sector Salud de 18,023 millones de pesos la cuál dividida entre la población total existente en ese momento significaría una inversión de \$ 373.70 pesos para cada mexicano. (*).

CUADRO Núm. 3

" POBLACION Y RECURSOS PARA EL SECTOR SALUD, MEXICO 1970"

R U B R O	C A N T I D A D	
- POBLACION TOTAL		48'225,238
- PRESUPUESTO SECTOR SALUD		18''000'000,000
- PRESUPUESTO PER CAPITA		373.70
- RECURSOS HUMANOS:		
MEDICOS:		34,326
ODONTOLOGOS:		1,890
ENFERMERAS:		23,601
- MEDICOS POR HABITANTES	1 por	1,405
- ODONTOLOGOS POR HABITANTES	1 por	25,515
- ENFERMERAS POR HABITANTES	1 por	2,043

FUENTE: S.P.P. Anuarios. 1970.

* Aunque cuando se maneja información de 1970, la situación para 1980 no se había modificado sensiblemente en términos reales, más aún, ha disminuído el porcentaje del PNB dedicado a salud.

Aún cuando esta cantidad resulta insuficiencia respecto a parámetros de inversión mínimo manejado por algunos organismos internacionales y sumamente inferior al de otros países, - su distribución interna presenta características alarmantes.

El cuadro siguiente (Número 4) muestra el porcentaje de la población adscrita a las distintas instituciones de salud, - el porcentaje del presupuesto de cada una de ellas y finalmente su inversión per capita. Resalta dentro del conjunto de datos como las Instituciones de Seguridad Social con un 19.5% de la población global absorben cerca de 90% del presupuesto total. Caso contrario se manifiesta con las instituciones de asistencia (SSA, Servicios Médicos del DIF y DDF), a quienes teóricamente les correspondería atender el 65% de la población siendo que contaban para su ejercicio solamente con un 10% de los recursos financieros del sector. Mientras que la medicina privada posee una gran inversión y su participación es significativa no se cuenta con la información suficiente para acercarse - con mayor profundida a ella.

La desigualdad en la distribución de los Recursos por - Instituciones es altamente significativa: mientras que el - -- ISSSTE invertía anualmente 3,065 pesos por cada uno de los de-rechohabientes, la SSA disponía de 56 pesos per capita.

Otro rubro donde se observa la desigualdad en la distri-bución de los recursos materiales y humanos son: en las camas-hospitalarias, hospitales, incubadoras, médicos, enfermeras, - dentistas, etc.

F.- DE LOS SERVICIOS MÉDICOS A LAS PRESTACIONES. UNA POLEMICA-DIFERENTE.

Cuando el máximo dirigente del movimiento obrero organi-zado declaró que los obreros no apoyarían la iniciativa para - unificar el sector salud argumentó que de llevarse a cabo dicha iniciativa un gran número de obreros perderían un conjunto de -

CUADRO Núm. 4

" RELACION ENTRE LOS PORCENTAJES DE LA POBLACION, EL PRESUPUESTO GLOBAL Y PER CAPITA, SECTOR SALUD, MEXICO. 1970"

INSTITUCION	PORCENTAJE POBLACION	PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO.	PRESUPUESTO PER CAPITA
INST. DE SEGUR. SOCIAL	24.22	87.9	1,307.4
I.M.S.S.	19.5	54.2	987.3
I.S.S.S.T.E.	2.6	22.9	3,065.7
P.E.M.E.X.	0.6		
F.F.C.C.	0.5	12.6	2,016.2
I.S.F.A.M.*	1.0		
INST. DE ASISTENCIA S.S.A.	65.3	10.3	56.1
D.I.F. (antes IMAN)		9.1	
D.D.F.		1.1	
MEDICINA PRIVADA	5.7	?	?
T O T A L :	100.0%	100.0%	373.7

FUENTE: SPP

* Anteriormente dividido en Servicios Médicos de las - Fuerzas Armadas y la Marina.

prestaciones obtenidas através de sus luchas sindicales. - Declaraciones similares fueron vertidas por los electricistas y los ferrocarrileros en su intento por no ingresar al IMSS.

Esta posición coincide de alguna manera con los pronunciamientos de otros grupos y partidos especialmente de "izquierda" quienes sostienen que un proyecto de tal tipo - debe ir más allá de la coordinación de esfuerzos y que con la medida se debería incidir en procesos ligados a la salud de los trabajadores o de la población en general, como es el caso de la industria químico farmacéutica la cuál debería nacionalizarse, se debería ampliar y mejorar la prestaciones sociales a otros grupos, consolidar el derecho a -- la vivienda, el seguro de desempleo, etc.

Ahora bién, volviendo a las prestaciones sociales - proporcionadas por las instituciones a los diferentes grupos vayamos al cuadro Número 5.

En este rubro sigue prevaleciendo la desigualdad -- selectiva que se había manifestado en los anteriores. Mientras que los trabajadores petroleros contaban con servicios médicos, maternidad, farmacia, hoteles, becas, seguro de cesantía, de edad avanzada, etc., al igual que los trabajadores al Servicio del Estado y los Ferrocarrileros que en su total forman un grupo muy reducido, más del 50% de la población que acude a las instituciones asistenciales - dispone solamente de los servicios médicos de consulta y - maternidad y más recientemente puede obtener los medicamentos más baratos.

Ahora bién, si la conformación de un sistema nacional de salud solo conlleva la coordinación de la atención médica ¿ qué significado tiene para el 50% de la población que no tiene derecho a las prestaciones sociales?. Por otra parte, es necesario reconocer que estas prestaciones sociales se ligan no solo a la salud de los individuos sino-

"Prestaciones de Salud y Seguridad Social, otorgadas por las Instituciones de Salud en México" 1975.

PRESTACIONES:	I N S T I T U C I O N E S:										
	SSA	DDF	MED.PRIV.	S.MARINA	FECC	SDM	IMSS	PFMEX	ISSSTE		
Asistencia Médica	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Farmacia				X	X	X	X	X	X		
Enf. Prof.				X	X	X	X	X	X		
Maternidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Cesantía				X				X			
Edad Avanzada				X	X	X	X	X	X		
Muerte				X	X	X	X	X	X		
Guarderías				X	X	X	X	X	X		
Pfestamos				X	X	X	X	X	X		
Biblioteca				X		X		X			
Decas				X		X		X			
Aparatos Ortopédicos								X			
Jubilaciones				X	X	X	X	X	X		
Accidentes de Trabajo				X	X	X	X	X	X		
Tiendas					X	X	X	X	X		
U. Habitacional					X	X*	X*	X	X		
Viudez				X	X	X	X	X	X		
Orfandas				X	X	X	X	X	X		
Hoteles									X		
C. Vacacionales					X	X	X				
Funeraria				X	X	X	X		X		
Despensa				X*	X*	X*	X*	X*	X*		

FUENTE: Mercado, F.J.: Revisión de Contratos Colectivos de Trabajo. 1976.

* Al personal de más alto rango.

al de su familia y a la del grupo a que pertenecen ya que se entrelazan a una historia de constantes luchas de los trabajadores a lo largo de este siglo para obtenerlas.

Una historia, aunada al poder político y económico, que han desempeñado estos grupos en la sociedad mexicana y les ha permitido obtener guarderías, becas, seguro de edad avanzada y que también es una historia que ha y sigue negando esas prestaciones a más del 50% de la población. Es la historia de la salud que se ha entrelazado con la historia política y económica de México.

G.- LO NO EXPLICITADO. ALGUNAS IDEAS PREVIAS,

Es indiscutible que el proyecto estatal de coordinación de la atención médica responde de algún modo a los perfiles de salud-enfermedad de la población y a "la salud enfermedad de la sociedad" en lo económico, político e ideológico, y de acuerdo a los datos referidos de manera importante.

Derivado de los hechos y consideraciones anteriormente descritos surgen algunas interrogantes a las cuáles habría de dar respuesta. Ahora, o, después.

- 1.- Dadas las características de desigualdad en los servicios y prestaciones ¿ qué se pretende realmente coordinar y qué fragmentar ?.
- 2.- ¿Cuál es exactamente el proyecto estatal de coordinación del sector salud ?.
- 3.- Dada la similitud de discursos y programas, ¿cuál ha sido la participación y hasta qué punto de los organismos internacionales ?.
- 4.- ¿ A qué obedece realmente este proyecto de coordinación ?.
- 5.- ¿ Por qué el Estado no promueve la coordinación-unificación del modelo de atención privado o de la IQF ? . o, en su defecto, ¿ porque no promueve el servicio o seguro nacional de salud ?.

6.- ¿ Qué de lo afirmado por el Estado se liga a la realidad sanitaria y qué otras necesidades ?.

Contestar estas preguntas rebasa ampliamente los límites del presente trabajo, sin embargo, un segundo abordaje podría acercarse y aclarar algunas interrogantes. Por ejemplo, profundizar en el planteamiento estatal y mostrar como responden a las necesidades de salud de la población - y como se articula a las otras instancias, quizá en forma más consistente lo cual podría constatarse al vincular la evolución de la medicina al capitalismo en México.

En la introducción al libro de Clases Sociales y Enfermedad, Cristina Laurell afirma que el texto se escribió en vísperas de la reforma sanitaria italiana (se refiere al servicio nacional de salud en 1976). Más adelante dice "el argumento central (del libro) es que la ampliación de la cobertura de la medicina institucional y su mejoramiento técnico no resuelven la problemática de salud colectiva de la sociedad ... las diferencias que se observan entre las distintas clases sociales en cuanto a su manera de enfermar y morir tiene, en última instancia, poco que ver con los servicios médicos y mucha relación con la organización de la sociedad y con el papel que cada clase desempeña en ella" (12). Nótese como hasta cierto punto existe una similitud entre el proceso iniciado en Italia y el objeto del presente trabajo, porque ambas parten de una circunstancia casi idéntica: La propuesta para reorganizar los servicios de salud (con sus grandes diferencias particulares obviamente).

Timio - en otra parte del mismo libro - muestra que en los perfiles epidemiológicos, en las condiciones de salud y enfermedad de los distintos grupos italianos, existe una organización social determinante. Y propone analizarlos desde esa perspectiva. (13).

Otros autores al reflexionar e investigar el tema manejan una tesis similar. Piersanti afirma " tampoco bastará con abrir nuevos cauces el hecho de elaborar un nuevo plan de racionalización de tales estructuras (médico institucionales)... a pesar de preveer la unificación de las diversas mutualidades en una o tres grandes instituciones, (ésta) -- mantiene la separación entre la prevención y la diagnóstico-terapia, entre las estructuras mutualistas y las hospitalarias... se trata de un servicio médico sanitario nacional -- por el que hace años están luchando los sindicatos democráticos " (14).

En el mismo libro y en el texto ampliamente conocido de Laura Conti, la autora expresa una idea diferente "precisamente por el hecho de garantizar la salud de todos los ciudadanos el servicio sanitario nacional en cierto modo -- combate el carácter competitivo de la medicina " (15).

Coincidimos ampliamente con los textos mencionados, sin embargo, las afirmaciones son muy generales y no sirven para explicar el caso concreto de México como tampoco se preocupan por analizar el por qué de tales medidas. Por ello un trabajo a realizar debe precisar las bases para hacer el diagnóstico y entender el caso concreto de la propuesta estatal de la coordinación del sector en la formación económica social mexicana.

Es evidente, por lo que hasta aquí se ha venido mostrando, que la propuesta no puede ser entendida ni explicada a partir del planteamiento formulado tanto por el Estado Mexicano como por los organismos internacionales. A saber, -- como una instancia técnica y como una herramienta aséptica -- de una política de salud; la visualización presentada renglones atrás, deja entrever cómo forma parte fundamental de un proyecto de reorganización de la sociedad.

Sin embargo resalta el grado de generalización contemplado y, aún cuando superficialmente se ha mostrado un conjunto de fenómenos, su explicación con seguridad, rebasa lo-

médico, por lo cual es necesario reconocer la existencia de una totalidad bastante compleja y que de alguna manera tiene que ver con la coordinación. En otras palabras, se visualiza cómo existen lazos entre la coordinación (sector salud) y el proceso económico, el funcionamiento del Estado, el funcionamiento del imperialismo, la crisis económica, los procesos ideológicos, etc., y todos como parte de una realidad.

Ante este panorama, los diagnósticos y perspectivas formuladas por los organismos internacionales, así como el mismo Estado Mexicano, parecen incapaces de explicarla en función de sus propias teorías; en tanto conciben lo médico como un sector o sistema de salud sus propuestas se formularán en función del mismo planteamiento. Dificilmente conciben, por ejemplo, la relación entre la coordinación y las relaciones de poder, la relación de la propuesta como una instancia de consenso. Es evidente entonces que habrá que buscar otros elementos y partir de una posición metodológica diferente; solo esto posibilitará acercarse con otra perspectiva a esta realidad.

3.- DEL SECTOR SALUD A LA PRACTICA MEDICA, UNA DISCUSION BASICA PARA FORMULAR EL PROYECTO.

A.- SECTOR SALUD. UNA DEFINICIÓN RESTRINGIDA.

El propósito de estudiar el significado ideológico de la coordinación del sector salud no es tarea sencilla por diversas razones. Se podrían mencionar por referir dos cosas, las dificultades para definir lo ideológico y las pocas investigaciones existentes en el área de la salud sobre este rubro.

La posición de los organismos oficiales, aún cuando ha ido evolucionando, es clara al respecto al considerar el saber y el quehacer médico como una técnica o instrumento científico y neutral para resolver los problemas de salud de la población tomando en cuenta, en ocasiones, otras áreas: la económica, educativa, cultural y en menor medida la política. Lo ideológico o no existe o es un problema -- aparte. Veamos con algún detenimiento la formulación que se hace al respecto.

Los organismos estatales de salud se refieren al sector como la base de la coordinación, esto es, como el objeto sobre el cual se construirá el Sistema Nacional de -- Salud. Al mismo tiempo reconocen que el mismo, algunas veces denominado sistema, tiene una relación funcional con -- los otros sectores de la sociedad. El diagnóstico formulado por el Estado Mexicano y mencionado en el capítulo anterior dá cuenta cabalmente de este hecho.

Esta idea se materializa en uno de los organismos --- encargados de promover la coordinación al formular "(El -- Sector Salud), es un sistema incluido en sistemas sociales globales con los cuales mantendrá relaciones de orden y -- equilibrio... compuesto de recursos humanos, capacidad instalada y un proceso administrativo, (que) constituiría un

modelo cibernético y ecológico con el objetivo de generar prestaciones de salud a la colectividad " (16).

Esta forma de concebir el tema de ninguna manera es casual ya que está fundamentada en una concepción más amplia no sólo de la medicina sino de toda la sociedad y que responde a un "marco científico" y también político-social el cual tiene implicaciones teóricas y prácticas.

Sin entrar en una discusión pormenorizada al respecto, que será objeto en un siguiente capítulo o, en una polémica-repetitiva sobre las implicaciones de esta visión, bástenos lo que tantas veces se ha dicho: a pesar de la utilidad que la misma ha tenido para estudiar y organizar las acciones médicas, el modelo implica ver la realidad en forma estática, fraccionadora, adaptativa y funcional y fenoménica.

Es, en este sentido, por lo que tratamos de ubicar el fenómeno en una perspectiva diferente, o sea como fenómeno asociado a una realidad histórico-social. De allí que surge la necesidad de utilizar otra teoría y por lo tanto otras categorías que den cuenta más ampliamente de él.

Dentro de esta línea de trabajo se han llevado a cabo algunos intentos que, en mayor o menor grado, han posibilitado dar cuenta de la realidad sanitaria bajo otra perspectiva. Un ejemplo de cómo se establecen los vínculos de las prácticas médicas dominantes con el desarrollo económico de América Latina se encuentra en los trabajos de García (17).

Otros estudios dentro de esta tendencia considerados ya como innovadores, se refieren a los llevados a cabo por Polack y Sigerist quienes enfatizan, con su propia visión, la relación de la atención médica con la estructura económica (18).

Y, aunque son pocos los autores que se han detenido en el papel ideológico de la medicina se encuentran algunas ideas en los siguientes trabajos. Menendez plantea como un objetivo de su ensayo "Relación terapéutica y relación ideológica" desarrollar y enunciar las causas que han conducido-

a las ciencias de la curación a impregnarse concientemente de la ideología (19). Asimismo en un trabajo malogrado sobre la coordinación se encuentra el de Koiffman que al tratar de desarrollarlo aporta algunas ideas al respecto (20).

B.- LA PRÁCTICA MÉDICA.

Un termino que de entrada dá cuenta de características más generales y posibilita avanzar en lo anterior se refiere al de práctica médica. "Un concepto -considera Samaja- de gran riqueza y fecundida... donde se desarrollan, luchan e historizan diversos tipos de procesos decisorios- en la dirección de los colectivos humanos para resolver -- los problemas de salud" (21).

Esto significa que, a diferencia de la connotación-fenomenológica proveniente del de Sector Salud, la de la práctica médica posibilita entender la o las respuesta(s)-social(es) que intente(an) resolver los problemas de Salud Enfermedad dentro de un determinado contexto social(22). Ya que a diferencia de los conceptos tradicionales es considerada como parte dinámica de la sociedad cuya racionalidad permite entender el de la propia sociedad, en otras -- palabras, entender su reproducción.

Ahora bién, si estamos insistiendo que si a partir de la forma tradicional de abordar el Sector Salud no posibilita entender las múltiples determinaciones y contradicciones, y que, la derivada de la práctica médica si lo hace. ¿Cómo explicar su connotación ideológica?. Es necesario referir brevemente este aspecto.

C.- LA PRÁCTICA MÉDICA HEGEMÓNICA ESTATAL (PMHE).

Existen en nuestra sociedad diversas estructuras, o respuestas sociales, tendientes a encarar los procesos patológicos de la población, entre ellos sobresalen las organizaciones o instituciones dependientes del Estado, la ---

medicina privada o liberal, la homeopatía, la acupuntura y las prácticas consideradas como tradicionales; cada modelo con sus bases, estructura y racionalidad cumple funciones específicas tanto para los grupos que acuden a ellos como para la sociedad en su conjunto.

Más que preguntar en este espacio la científicidad o no científicidad, o las ventajas y desventajas de cada una de ellas lo que interesa aquí es buscar la relación existente entre ellas. En este sentido estamos de acuerdo con Menendez quién considera que más que ser independientes -- poseen una interrelación. Y para ser más precisos se dá -- una interrelación de dependencia (23). Es, en este caso, -- una subordinación de las medicinas alternativas (homeopatía, naturalista, tradicional) a la denominada científica -- al caracterizarse ésta por ser la referencia ideológica necesaria y legítima.

Aquí nos interesa hacer referencia a la práctica médica hegemónica estatal, sin tener en cuenta la privada, ya que además de tener los mayores recursos, al ser la instancia donde se propone efectuar la coordinación es el ámbito donde el Estado participa directa e indirectamente a través de su dirección, organización, normatización, legislación y financiamiento. Esta práctica al ser el modelo hegemónico es donde se proponen las políticas de salud dominantes y la que se encarga de aprobar, descalificar o negar otro tipo de actividades médicas subordinadas. En este contexto, -- la racionalidad de esta medicina se basa en los criterios -- estatales; esto es, no solo en los perfiles patológicos de la población sino también en aspectos técnicos, o, políticos o, económicos o, en aquellos tendientes a la búsqueda de consenso ideológico de la población.

Al ubicar este proceso en el contexto de nuestra sociedad se posibilita entender porqué esta práctica requiere

o tiende a resolver algunas enfermedades, en tanto sean enfermedades de algunos sectores que juegan un papel importante, haciendo de lado la problemática de salud de los grupos más dañados.

Es necesario hacer en este momento un breve señalamiento sobre la relación que guarda la práctica médica con el fenómeno salud enfermedad ya que frecuentemente se insiste en una relación de causa-efecto.

Si consideramos el fenómeno salud-enfermedad como una manifestación del proceso social que se materializa a través de indicadores específicos como es la mortalidad, morbilidad, crecimiento, desarrollo, etc., dadas las consideraciones previas sobre la práctica médica, puede suceder en un momento determinado, como ha sucedido con algunas organizaciones sociales, que no exista relación entre ambos procesos. En otras palabras estamos pensando que, si bien se maneja que el sector salud responde básicamente a los perfiles patológicos de la población, en tanto responde a necesidades estatales, o económicas, o ideológicas, lo cual se ha ocultado, y dado que el perfil patológico responde a otros procesos sociales, con frecuencia no existe concordancia entre la una y el otro. Uno de los comentarios vertidos en este sentido lo formula la ONU al declarar "it's of interest to note that infant mortality is more closely related to the average calorie intake (-81) and to schooling (-64) in a country than to the available physicians (-43)" (24).

Es en este punto donde quisieramos insistir ya que, como se mostró en el capítulo anterior, se maneja que la coordinación de la práctica médica hegemónica estatal tiene como objetivo resolver los problemas de salud de la población, especialmente la más desprotegida.

Antes de seguir con la coordinación detengámonos en la ideología y en el Estado.

D.- EL ESTADO. UN ELEMENTO FUNDAMENTAL.

En el curso del trabajo se ha señalado como la propuesta de coordinación se ha manejado como una cuestión-estatal y como el Estado se ha presentado como responsable de su implementación pero ¿ qué significa ser una -- cuestión estatal?, ¿ porqué la ha gestado el Estado?, y en todo caso ¿ qué es el Estado ?.

El surgimiento del Estado se dá donde existen excedentes por apropiarse. En las comunidades primitivas con un bajo desarrollo de las fuerzas productivas y donde -- los intereses particulares eran los de la colectividad -- no existe; en cambio en tanto se fue evolucionando con: -- el desarrollo social del trabajo, la aparición de las -- clases, el desarrollo de la fuerzas productivas, la apropiación privada de la riqueza, etc., y se dá el divorcio -- entre los productores directos y los propietarios de los medios de producción aparece como forma o expresión, dicho en mejores palabras, como síntesis de la relación- de fuerzas, determinado en el campo de la producción.

Estas consideraciones nos posibilitan descartar la concepción tradicional del mismo, la cual está ampliamente difundida en amplios sectores de la población --entre ellos los organismos de salud-- que le entiende como el -- representante y guardián de los intereses de toda la población.

En el contexto del presente trabajo, dejando de lado la polémica existente sobre el particular, lo entendemos como "todo complejo de actividades teóricas y prácticas con las cuales la clase dirigente no sólo justifica y mantiene su dominio sino logra obtener el consenso activo de los gobernados" (25).

Esta definición nos posibilita considerarlo, en un sentido gramsciano, como instancia hegemónica, dicho más ampliamente como organismo encargado de implementar y desarrollar la dirección y el dominio del conjunto de la sociedad. La dirección es entendida como la capacidad para coordinar y dirigir los proyectos e intereses generales de los grupos tanto aliados como subordinados. Esto significa, por su parte, que el acceso y estancia en el poder de una clase no puede ser realizada por ella aisladamente sino que -- requiere establecer alianzas y de alguna manera incluir los intereses de las clases dominadas.

A diferencia de los trabajos de la ortodoxia marxista que habían dado preeminencia a la segunda función, lo -- hegemónico viene a ser considerado aquí, también, como la -- puesta en funcionamiento de mecanismos que posibilitan el -- consenso de los grupos, su convencimiento.

En este sentido para lograr el consenso y por lo tanto la hegemonía, respondiendo ante todo a los intereses de las clases dominantes, se recurre a un conjunto de instituciones -educativas, salud, familiar-, ideologías prácticas, agentes, etc., con el fin de sostener el poder y por ende -- ejercitarlo con lo cual se asegura su funcionamiento y posibilita avanzar al conjunto de la sociedad. Es, una hegemonía política y cultural que se ejerce a través de los Aparatos Hegemónicos del Estado.

Los aparatos hegemónicos del Estado aparecen aquí en un sentido más amplio y no solo como aparatos de coersión, en el sentido althousseriano, que tienen la función de asegurar la reproducción de las relaciones sociales.

Así, lo que llama Buci Glucksman, la problemática de la ampliación del Estado llega al concepto bastante conocido "Estado= sociedad política + sociedad civil, es decir, - hegemonía acorazada de coersión. Ello significa, en síntesis, que su funcionamiento se da a través de la coersión y mediante la ideología" (25).

De esta forma la ampliación del Estado no se limita a la superestructura, sino que también posibilita entender su inserción en la de relación de fuerzas existentes en la sociedad, aún en la infraestructura.

Así la hegemonía no solo descansa en la política y - en la ideología sino también en la producción (en lo económico). "La hegemonía nace en la fábrica". Al no separar la producción de la organización de la sociedad la hegemonía de la fábrica se acompaña de un sistema de valores -- ideas, (coersiones ideológicas) fuera del trabajo que concierne al conjunto de la vida social: el tiempo libre, la atención médica, la familia, etc.

En síntesis, tal como dice Buci Glucksman, los aparatos de hegemonía autoriza un análisis diferencial de las - relaciones clase Estado a partir de las mediaciones clase/ sociedad y Estado/sociedad, puntos de apoyo para estudiar las relaciones entre la infraestructura y la supraestructura.

Aún cuando las consideraciones previas son válidas - para todos los Estados capitalistas es necesario hacer -- una acotación sobre el Estado Mexicano, ya que, en tanto su contenido de clase lo hace ser un Estado burgués y, - al igual que los Estados Latinoamericanos por pertenecer-

a países atrasados y dependientes, adoptan especificidades y formas propias, en tanto su organización específica y las relaciones se establecen con el capitalismo metropolitano.

Su Complejidad... no está dada solo por la heterogeneidad estructural interna, con una centralización importantísima en el ejecutivo, una intervención creciente en el ámbito económico, sino en particular por la subordinación que guarda respecto al sistema imperialista mundial; en fin que se trata de un Estado capitalista de un país periférico de la época del capitalismo monopolista.

Desde esta perspectiva se enfrenta no solo a las -- relaciones de la sociedad mexicana y sus crisis sino que también a las políticas, problemas y crisis de la economía mundial.

E) BREVES NOTAS SOBRE EL PROCESO IDEOLÓGICO.

Para finalizar este apartado habremos de referirnos al proceso ideológico teniendo como punto de partida - que el mismo no puede ser entendido si no se le ubica íntimamente relacionado a la hegemonía*

En el punto anterior señalábamos que la hegemonía -

-----/

Es de hacer notar que la mayor parte de las ideas elaboradas al respecto se derivan del documento: -- Mouffe, Ch.: Ideología y Hegemonía en Gramsci. Mimeo. así, como del texto de Buci Glucksman referido en la bibliografía.

en sentido amplio, la entendemos cuando un grupo o clase social tiene la dirección sobre el resto de los grupos en una sociedad. Parafraseando a Mouffe estaríamos pensando que una clase hegemónica se convierte en tal cuando ha -- podido articular a sus intereses los de otros grupos sociales de tal forma que ha logrado la fusión del total de objetivos económicos, intelectuales, políticos y morales -- a través de la ideología (26).

Pero ¿ cómo se articulan los intereses de los grupos a través de la ideología?, ¿ cómo se difunde la ideología? y ¿qué entendemos por ideología ?.

Es necesario hacer un breve paréntesis con el fin de precisar algunas ideas básicas al respecto.

Prácticamente todos los autores que han reflexionado sobre el proceso ideológico están de acuerdo en las -- dificultades para delimitar el término, Schaff reconoce -- la existencia de por lo menos 32 definiciones y refiere -- que éstas tienen por lo menos un sentido genético, estructural o funcional.

Son de todos conocidas por ejemplo, las concepciones que lo entienden como falsa conciencia, como sistemas de ideas, la visión economicista que la interpreta como -- reflejo mecánico de la estructura o, aquella que la concibe como determinada por la posición de los sujetos en las relaciones de producción, o sea, las clases sociales.

Volviendo a nuestra posición original y en tanto -- fenómeno íntimamente ligado a la hegemonía le consideramos aquella visión del mundo que presenta por lo menos las tres características siguientes: posee una base material, tiene un contenido objetivo y operativo y cumple un papel esencial en todas las formaciones sociales.

Estas ideas las desarrolla con mayor amplitud Vargas al formular las consideraciones básicas entre los -- distintos autores:

- a).- Que no se puede hablar de una ideología en -- general sino relacionada con un sistema social dado.
- b).- Que en cada sociedad se encuentra una combinación de ideologías, donde ninguna es pura.
- c).- Que se manifiestan en forma teórica así como - práctica.
- d).- Que existen diversos tipos de ideologías filosóficas, jurídicas, políticas, etc.(27).

Si estamos de acuerdo en las formulaciones anteriores solo nos faltaría precisar como se articulan los intereses de los grupos a través de la ideología y como se difunde ésta.

En tanto una clase es hegemónica significa que ha -- logrado articular los intereses de otras clases. Esto nos lleva a considerar cual es la función de la ideología; pues bien, la hegemonía de una clase se dá cuando ha logrado -- consolidar un "discurso ideológico coherente y unificado,- resultado de la articulación a su sistema de valores de -- aquellos otros elementos ideológicos existentes en una coyuntura histórica determinada de la sociedad en cuestión". (26). En otros términos, esta definición significa que más que haber una imposición por una parte y pérdida de elementos ideológicos por otra, aparece una nueva forma de ideología, donde existen elementos dominantes de una clase pero donde también se retoman los intereses de las clases dominadas.

Los aparatos hegemónicos son en esta acepción los -- encargados de elaborar y difundir las ideologías orgánicas las cuales se ejercen al conjunto de la sociedad. Es esta- estructura el mecanismo que logra a nivel super estructural no solo la producción sino también la difusión de las ideo- logías orgánicas. De allí la importancia de la escuela, las instituciones de salud, los medios de comunicación etc.; en síntesis de la sociedad política y específicamente del Es- tado. (28)

4.- UNA PROPUESTA A NIVEL INTERNACIONAL.

A).- COORDINACIÓN Y DEPENDENCIA.

El desarrollo de la Sociedad Mexicana, al igual que el del resto de América Latina, no puede ser entendido completamente sin tener en cuenta su interrelación, o mejor dicho, su dependencia con los países capitalistas centrales, esto es, con el capitalismo mundial. La dependencia - compromete no solo el aspecto económico sino también los procesos político-sociales.

Si bien es cierto que las relaciones de dependencia se fueron gestando desde el momento en que los países Latino Americanos adquirieron su independencia política, es a partir de las últimas décadas del siglo pasado cuando, a la par de la exportación de capitales, múltiples proyectos del área se generaron y siguieron las directrices formuladas -- por las metrópolis, más aún, en casos extremos, las decisiones que afectaban la producción y el consumo se tomaron en función de la dinámica e intereses de las economías desarrolladas (24).

Este proceso condujo lentamente al denominado "desarrollo de autonomía-dependencia" caracterizado por la imposibilidad de conformar naciones autónomas dentro del sistema global capitalista.

Las políticas de salud implantadas a lo largo del -- siglo (formación de recursos humanos, atención médica y modelos teórico-operativos) son algunos ejemplos de la dependencia en esta área. Bástenos, por citar algunos ejemplos, - mencionar específicamente los modelos de educación médica - posteriores al Informe Flexner, las tendencias hacia la especialización del personal de salud, la creación de centros

médico-hospitalarios, las teorías sobre la salud y enfermedad y, más recientemente, la implementación de la medicina general, comunitaria y familiar.

La política tendiente a coordinar las instituciones del sector salud no ha permanecido ajena a este proceso, -- más aún, se podría considerar de entrada como parte de un vasto proyecto, social, médico y hegemónico, cuyas raíces se encuentran íntimamente ligadas a los centros y mecanismos de poder central.

Las páginas siguientes nos servirán para señalar algunos elementos a fin de sustentar las ideas previas considerando que, aún cuando haya existido cierta autonomía relativa de los países Latino Americanos para implementarla -- de acuerdo a las características locales.* sus contenidos esenciales, generados a lo largo de una década, se originaron en los centros metropolitanos y se fueron difundiendo -- progresivamente en toda el área.

Estudiaremos el período comprendido entre 1960 y 1980 ya que aquí fue donde se dieron las bases para su surgimiento y consolidación posterior.

B).- PUNTA DEL ESTE. UNA FUENTE DE SALUD, OPTIMISMO, ANTICOMUNISMO Y PLANEACIÓN.

América Latina se enfrentó en los últimos años de la década de los 50"s. e inicios de los 60"s., a una crisis -- cuya génesis se encontraba en esencia, ligada a las contradicciones del capitalismo mundial. Dicha crisis obligó a -- su vez, a la búsqueda de nuevas relaciones sociales tanto -- al interior de los países como con el resto de los mismos.

Entre las dificultades enfrentadas se encuentra el -- agotamiento del modelo de sustitución de importaciones que -- había tenido un ritmo de crecimiento sostenido desde los ---

* Aspecto sobre el cual haremos referencia en el apartado No. 5 para el caso de México.

inicios de los 40's, mas acentuado y duradero en varios países, lo que hacía creer que algunos estaban en condiciones de lograr un crecimiento autosustentado; la sensibilización de la lucha de clases en prácticamente todos los países del área al emerger numerosos sindicatos independientes tanto en el campo como en la ciudad, al multiplicarse las organizaciones populares y estudiantiles que cuestionaban profundamente el papel del Estado y del orden social, -asimismo al incrementarse la lucha armada en varios de los países mismos.

Dentro de este contexto la Revolución Cubana ofreció, por primera vez en el área, un desafío y una alternativa -- diferente de desarrollo de la región. Ofrecía -afirma Cueva- una ruptura dialéctica con este tipo de procesos (capitalista) (30).

El impacto de la Revolución Cubana en el ámbito ideológico latinoamericano fue trascendental. Posibilitó visualizar no solo un rompimiento con las estructuras económicas sino en todos los espacios de la sociedad: el político, administrativo, cultural y, aún el de la salud.

El capital norteamericano, por su parte, se enfrentaba a sus propios problemas. Requería en ese momento de nuevas áreas de inversión y ante todo de mayor dinamismo.

Una posibilidad para resolver sus problemas la ofrecía los vastos mercados latinoamericanos, más que, por la -- situación por la que atravezaban requerían de su transformación. Entre otras cosas necesitaban mejorar la mano de obra, ofrecer más seguridad a las inversiones extranjeras, agilizar las trabas legales y administrativas existentes, etc.

De acuerdo a los ideólogos en ese momento se requería implementar un gran proyecto que posibilitara la "modernización" de éstas "sociedades atrazadas" y contrarrestar los -- efectos de la Revolución.

La reunión de Punta del Este, Uruguay, en 1961 marcó la pauta y el derrotero de uno de los proyectos globales más ambiciosos de "integración" y "desarrollo" de la región. La Alianza para el Progreso (ALPRO) fue el organismo encargado de organizar el desarrollo capitalista de los países Latinoamericanos.

Entre los organismos participantes de la ALPRO sobresalían: la Agencia Interamericana de Desarrollo, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, la Organización de Estados Americanos y, para el área de la salud, la Organización Panamericana de la Salud. Detrás de todos ellos se encontraban los Estados Unidos de Norteamérica como promotores, gestores y agentes del financiamiento*.

El plan de integración continental proponía un conjunto de objetivos tan ambiciosos "que a los pocos años ya había defraudado a los más ingenuos"(31). Entre sus metas formuladas se planteaba: acelerar el desarrollo económico-social a fin de conseguir un aumento sustancial y sostenido del ingreso por habitante, ejecutar programas de vivienda en el campo y la ciudad, acabar con el analfabetismo, desarrollar programas de salubridad e higiene con miras a prevenir las enfermedades, luchar contra las epidemias y defender el potencial humano, acelerar la integración de América Latina con el objeto de vigorizar el desarrollo económico social, etc. (32).

El proyecto desarrollista contemplaba un mejoramiento de las condiciones de vida de la población del área, pero, bajo una visión muy particular. En efecto, todo el discurso se le enmarcaba en torno al respeto al espíritu libre, al patrimonio de la civilización americana, a la dignidad del hombre y, a la libertad política (33).

* Habría que recordar solamente el ofrecimiento inicial de los E.U.A. de aportar \$20,000 millones de dolares, aunque al final la cifra total nunca llegó. (Molina. pp.- 41).

Llevar adelante la Alianza para el Progreso, esto es, lograr el desarrollo de los países atrazados presentaba múltiples dificultades y significaba una tarea de difícil solución en el sentido de que por vez primera se tenía como proyecto explícito implementar numerosas políticas en toda una área heterogénea caracterizada por tener sociedades en distinto grado de evolución y con distintas formas de organización social y estatal.*

A nuestro modo de ver y volviendo al tema que nos interesa se utilizaron tres mecanismos con el fin de lograr los objetivos: a) se reforzó y legitimó una concepción sobre la participación estatal al considerársele como el único gestor y encargado de orientar el proceso de cambio. Con esto se daba a entender que, aún cuando el Estado había venido participando en mayor o menor grado en los distintos países, a partir de ese momento los organismos centrales -- consideraban su participación indispensable además de referirlo como el interlocutor adecuado en cada país y el responsable de los cambios. Basta citar una referencia para dar cuenta de la forma como se abordaba y legitimaba esta situación "...los niveles de bienestar por alcanzar (deben decidirse) a través de quienes gobiernan (la sociedad) con el poder suficiente para que sea aceptada" (34). b) Se reconoció la salud como un aspecto del desarrollo económico social. El sistema de salud dentro de este esquema propuesto vino a ser parte de un sistema global del cual estaba íntimamente relacionado. De esta forma la planeación de la salud se contemplaba respecto a la totalidad del sector y dentro del contexto de la planificación económico social. c) El tercer mecanismo hacía incapie en que la planeación debía ser vista como una herramienta para lograr la eficiencia en el uso de los recursos disponibles, y, los cambios estructurales del sector (35).

* Por ejemplo en el período comprendido se dieron diversas formas de Estado en los países del área y aún en un mismo país.

Y ante las resistencias que surgían en todo el continente para su utilización se le presentó como el requisito ineludible para la obtención de financiamiento.

La importancia dada a la misma se desprende de la declaración de un alto funcionamiento que en ese momento afirmaba "this desition was taken at a time when were -- still conflicting ideas about the political implications of planning, since it was not allways understood that it was a method, a tool that enable a society to assessing to each function on its proper importance within the needs, according to the prevailing scale of values... planning - is therefore an instrument for benefiting men and society" (36).

C).- LA COORDINACIÓN DEL SECTOR SALUD. PARTE DE UN PROYECTO DE SALUD Y SOCIO-ECONÓMICO.

La distintas reuniones internacionales celebradas en todo el continente en esos años fueron la instancia donde se retomaron y empezaron a operacionalizar los principios de Punta del Este. En_tre los eventos donde participaron -- integrantes de los Estados, se discutieron los problemas -- detectados y se propusieron los mecanismos de trabajo se -- encuentran: la I Reunión de Ministros de la Salud (1963), la Segunda Reunión de Ministros de la Salud (1967), la II Reunión de Jefes de Estado Americanos (1967), las reuniones anuales del Consejo Interamericano Económico y Social, las Reuniones de la OPS, etc. Todas estas reuniones se convirtieron en los foros, orgánicamente afines entre sí, donde al discutirse los problemas del área se proponían las fórmulas y mecanismos para llevar adelante "el espíritu de la Alianza"; el denominado desarrollo económico-social.

Así, se fueron implementando diversas medidas, o como se hacía referencia constantemente instrumentos, con el-

objeto de resolver más eficazmente los problemas y guiar el desarrollo. De esta forma fueron apareciendo la planificación (formulada oficialmente desde 1961), la organización y administración, la regionalización y la coordinación. Y, en tanto se trataba de un proyecto global de la sociedad se hablaba de formular planes económicos, regionalización administrativa, coordinación educativa, etc.

Si bien es cierto estas medidas tuvieron diversos -- impactos en los países del área, aquí haremos referencia -- solamente a la coordinación del sector salud ya que retomar los otros aspectos rebasa los objetivos formulados en el -- trabajo actual.

Durante la década de los 60's la planificación de la salud fue considerada como la principal medida para lograrla reorganización del sector. Todavía en 1967 a raíz de la II Reunión de Ministros de la salud se reafirmaba "(la planificación) se ... acepta hoy como uno de los instrumentos fundamentales para cumplir con los objetivos de la Carta de Punta del Este en el plano continental y, los que cada gobierno determine en el ámbito nacional" (37).

Sin embargo, poco a poco se fueron detectando algunos problemas para su aplicación. El hecho de haber enfatizado los primeros cinco años en los aspectos técnicos y metodológicos (elementos formales) y al considerar que con la -- formulación de métodos y técnicas serían superados los problemas de la salud pública no se tomó en cuenta los problemas administrativos ni los políticos-sociales. Este trabajo si bien condujo al mejoramiento del registro de datos, procesamiento de información y adiestramiento de personal que aún logró desarrollar planes técnicamente bien formulados, desde el punto de vista social y político fue imposible -- implementarlo. (38).

A fines de la década surgieron dos consideraciones importantes para reorientar el proyecto:* se vió la necesidad de considerar como un aspecto primordial lo político y, se llegó a la conclusión de que se requería de un enfoque sistémico capaz de dar cuenta de la estructura y funcionamiento del "sistema de salud" así como de otros sistemas -- que se creían lo condicionaban -- educación, vivienda, agricultura, trabajo, etc.-; la opinión generalizada en estos años era de que como la planificación por sí sola había sido incapaz de lograr un avance del sector era necesario desarrollar una política que respondiera, de acuerdo a sus -- autores a los problemas enfrentados por el mismo sector, -- esto es evitara duplicidad de esfuerzos, mejorara el nivel de las prestaciones, evitara gastos innecesarios, y estimulara la participación activa del nivel local. En el trasfondo se insistía en su integración al desarrollo económico -- social.

La II Reunión de Ministros de la Salud fue el -- foro donde se avaló la propuesta de incorporar oficialmente la coordinación. Se afirmaba al respecto, valga la gran-cita: "la coordinación de los recursos de salud es esencial y aceptamos que no tendría sentido seguir tratando sobre -- planificación de la salud mientras no se llegue a una articulación entre las instituciones del sector público para -- coordinar los recursos". Renglones más adelante se continuaba " las diversificaciones en salud... hacen indispensable y urgente la adopción de sistemas nacionales de coordinación efectiva de los servicios preventivos y curativos de los -- Ministerios de Salud y de éstos... con los de las Instituciones de Seguridad Social, universidades y otros organismos públicos y privados" (39).

* La opinión de algunos organismos sobre el fin de la planificación era que solo quedó en planteamientos declaratorios o en la adición de un capítulo de salud a los planes globales de desarrollo.

D).- SISTEMA, SERVICIO, SEGURO. TRES OPCIONES DIFERENTES.

El periodo comprendido entre 1966 y 1969 fue fundamental para sustentar las bases de la coordinación. Este comprendió desde la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana donde se dió la discusión sobre los "medios para promover y hacer efectiva la coordinación entre los servicios y programas de los Ministerios de Salud, las instituciones de Seguridad Social y otras que desarrollan actividades relacionadas con la salud" hasta la reunión celebrada en 1969 bajo el patrocinio de la OPS-OEA la cual giró sobre la Coordinación de los Servicios de Atención Médica, de los Ministerios de Salud, de las Instituciones de Seguridad Social y de las Universidades.

Una de las preocupaciones básicas de este período fue la de definir con claridad el término así como delimitar con precisión sus características.

La publicación científica No. 234 de la Organización Panamericana de la Salud denominada Sistemas de Salud se preparó de acuerdo a sus promotores con el fin de difundirla y cooperar con los Gobiernos en la toma de decisiones sobre el sistema destinado a satisfacer las necesidades de Salud de cada país. (40).

Este texto considerado clásico en cuanto a como coordinar la atención médica presenta por una parte la definición de los aspectos conceptuales y metodológicos y, por otra, ofrece una guía para cumplir y aplicar los principios señalados.

Entre los planteamientos básicos de dicho texto se encuentra su concepción del sistema de salud al entenderlo como parte del sistema de desarrollo y que "constituye un flujo cibernético", además de reconocer que ante la existencia de numerosos sistemas de salud en cada país recomienda la creación de un Sistema Nacional de Salud donde participen todas las instituciones sin perder su autonomía, pero -

aceptando uniformar sus procesos administrativos, su nomenclatura, sus métodos estadísticos y las condiciones de trabajo del personal. (41).

Dada la importancia que tiene para nuestro estudio-especificar con amplitud esta concepción la reproducimos íntegramente: "(El Sistema Nacional de Salud)... contempla la planificación coordinada de servicios a nivel central institucional, la coordinación administrativa y la consolidación presupuestaria a nivel regional y la prestación de servicios integrados de salud a nivel local. Su financiamiento debe ser multilateral y debe existir además en el orden técnico-una autoridad normativa central que coordine los planes de salud, imparta las normas y fiscalice su ejecución a nivel regional y local.

El Sistema Nacional de Salud aspira a una mejor utilización de los recursos disponibles, elevando la productividad y evitando duplicaciones. Para ello es indispensable que exista una clara definición de propósito por parte de las autoridades ejecutivas centrales para hacer participar en el sistema todos los recursos humanos y materiales disponibles y aceptar la planificación coordinada de las acciones de salud. Todo esto se puede lograr sin dañar la autoridad administrativa y la autonomía financiera de manera que cada institución pueda cumplir con sus obligaciones legales"(42).

Esta forma de organizar el sector era entendida como una etapa inicial para construir un Servicio Nacional de Salud al considerarse como modelo ideal de organización, pero que, ante las dificultades que implicaba la materialización de este último el sistema podría ser más racional ante la multiplicidad de instituciones contradictorias y competitivas existentes en todos los países. En efecto, dada la experiencia de otros países, especialmente el Servicio Nacional de Salud británico, se visualizaba que en una segunda -

etapa se podría conformar un servicio o un seguro nacional de salud.

Por Servicio Nacional de Salud se entendía la "institución dependiente directamente del Ministerio de Salud, encargada de formular, organizar y ejecutar una política de salud para toda la comunidad" (43). Como se habrá observado lo que distingue al servicio respecto al sistema es la integración total de las actividades preventivas y curativas de la medicina y la unificación de la autoridad legal, administrativa y financiera.

El Seguro Nacional de Salud, por su parte, era entendido como un mecanismo financiero que, através de cotizaciones de toda la población, distribuía equitativamente la carga financiera lo cual significaba el mantenimiento de un -- servicio o de un sistema nacional de salud (44).

Como se puede ver, más que puedan existir diferencias o similitudes técnicas en la consolidación de cualquiera de estos proyectos, cada uno de ellos tiene una racionalidad - diferente y ante todo posee un significado específico para cada sociedad, para cada grupo, y, aún para cada Estado.

E).- ALGUNOS AVANCES PARCIALES, OTROS GLOBALES.

Ahora bien, después de 20 años de haberse formulado los objetivos generales y haberse hecho intentos en todos - los países del área por incorporarlos ¿que ha pasado con la coordinación? ¿cuales objetivos generales formulados se cumplieron? y ¿cuales fracasaron? Haremos referencia en un primer momento a la coordinación refiriendo en el último apartado los aspectos más generales.

Molina, quien participó a lo largo de cuatro décadas en la Organización Panamericana de la Salud, resume en pocas palabras su impresión sobre el particular. Textualmente dice "Todos estos países (latinoamericanos) dedicaron un esfuerzo considerable a sus mejores talentos disponibles en -

el proceso de formular planes nacionales de salud. Ningún plan se implementó realmente y muy pocos, quizá ninguno, -fué aprobado seriamente por su gobierno por razones políticas, sociales y técnicas lo cual es la gran lección de este período..."(45).

Los mismos organismos oficiales daban cuenta de su insatisfacción a principios de la década de los 70"s; un ejemplo es el informe final de la III Reunión de Ministros de la Salud donde se reconocía que los logros alcanzados -en la planificación, administración, información en salud, coordinación, etc., habían sido menores a las expectativas (46). Esta situación obedecía -a juicio de los ministros- a que en toda la región no se había conformado el sistema nacional de salud a causa de problemas políticos, técnicos y administrativos. De los políticos se refería a las fallas en la definición e interpretación de las políticas y de los administrativos se hacía incapié en los errores dados en las fases de dirección, coordinación, evaluación y control.

Sin embargo, esta perspectiva del proceso difería completamente de la tenida en la década anterior. En 1962 se afirmaba que "la tendencia moderna" era a coordinar. En los años subsiguientes los informes anuales del Director de la OPS dan cuenta de las recomendaciones constantes que se hacían a los gobiernos para cooperar con las agencias nacionales e internacionales en los programas de planificación (47). Era un momento de gran optimismo y actividad en el adiestramiento de personal, formación de institutos dedicados completamente a la planificación, formulación de medidas para el adiestramiento de personal, de reuniones periódicas, etc.

Se afirmaba en 1964 que casi todos los países de América Latina tenían estudiantes cursando cursos de planificación y que se daban asesorías a los gobiernos a ---

corto plazo; El año siguiente parecía de mayor optimismo -- cuando se dió consulta a 9 países Latinoamericanos en la -- formación de planes nacionales de salud; en 1966 el número -- se amplió a 11 y ya en 1967 se declaraba como 6 países ha-- bían formulado planes nacionales. (48).

Después de la reunión del Grupo de Estudios sobre -- Coordinación (1969) se difundieron con mayor optimismo los -- programas de coordinación. A los 3 años Bolivia, Brasil, -- Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras México, Nicaragua, Uruguay y Venezuela intentaban perfeccio -- nar la definición de su política sectorial de salud. (49). -- Al año siguiente se refería que 5 países contaban con pla-- nes nacionales de salud, entre ellos México.

Después de este avance espectacular y ante los diag -- nósticos pesimistas realizados al final del decenio, se ob -- serva mayor cautela al hacer los programas para la década -- siguiente. Y, más que formular nuevos planteamientos o polí -- ticas se sugiere perfeccionar los procesos para definir y -- ejecutar las políticas y estrategias.

En esta época, no obstante el reconocimiento de los -- problemas políticos, se sigue insistiendo en el perfeccio -- namiento de las técnicas, y en la importancia de las mismas. En 1972 se reafirmaba "en la Carta de Punta del Este los -- gobiernos signatarios acordaron que la planificación es el -- instrumento para establecer prioridades de una manera obje -- tiva aumentando el rendimiento de los recursos disponibles y que las inversiones se hagan de acuerdo a los objetivos -- mediables. Tanto en la Asamblea Mundial de la Salud, como -- en la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Direc -- tivo de la OPS, dicho instrumento ha quedado incorporado a -- la política de ejecución" (50).

En síntesis el proyecto tendiente a implantar Sistè -- mas Nacionales de Salud en todo el continente, aunque no -- logró su objetivo, como tampoco se lograría en el resto de --

los programas (*), significó durante algunos años para los dirigentes de los organismos internacionales y de los mismos países latinoamericanos una de las alternativas más -- coherentes y sistematizadas para reorganizar la atención médica.

*.- Ver para tal efecto la sección No. 8 de este trabajo.

5.- LA COORDINACIÓN EN MÉXICO. UN CAMBIO RADICAL EN LA -- HISTORIA.

A).- Hacia la búsqueda de un proyecto de atención médica -
en el ámbito nacional.

Si bien un antecedente de la coordinación, no solo en México sino en toda latinoamérica, se encuentra en las políticas derivadas de la Alianza para el Progreso, el estudio del proceso verificado en nuestro país quedaría incompleto si no se tomasen en cuenta los precedentes, características y organización de la atención médica y su función en la sociedad mexicana.

A este respecto interesa contestar, entre otras, las siguientes preguntas que sobre el particular se podrían formular: si la tendencia a lo largo del siglo se había centrado en la fragmentación de los servicios médicos ¿porqué a partir de los 60's. se toma el camino opuesto?, de la misma forma, si se habían realizado estudios e iniciativas para lograr la coordinación entre los 60's y 70's. ¿porqué no se materializaron?, ó, finalmente: ¿porqué el proceso llevado a cabo entre 1981-83 ha logrado vencer obstáculos que para las administraciones anteriores fue imposible resolver?

En el presente apartado pretendemos demostrar como la coordinación no solo significó una necesidad para los organismos internacionales sino que en un momento histórico-social determinado representó una solución concreta e inostergable para enfrentar los cada vez más crecientes problemas de salud y de la sociedad. Pretendemos enfatizar que, - en tanto se fueron agravando las crisis y por ende, los problemas de salud, asistenciales, políticos, económicos, etc, la coordinación representó una alternativa cada vez más viable para reorganizar la estructura desigual e ineficiente de la atención médica.

En otras palabras, de entrada pensamos que si en un primer momento significó un eco de las presiones externas a

sidad ineludible para el Estado y la sociedad a tal grado - que las dificultades consideradas insalvables en un primer instante tuvieron que ser resueltas al final del periodo estudiado .

En este apartado intentamos mostrar como el proceso histórico de la atención médica -la coordinación misma- tiene un contenido y un significado el cual puede ser explicado - en su realidad epidemiológica, médica y económico-social.

B) La fragmentación de los servicios médicos. Finales del - siglo XIX-1961.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX la práctica médica hegemónica sustentada en la beneficencia adquiere una tendencia diferente: la salubridad. Los principios - caritativos y de ayuda al prójimo fueron siendo sustituidos progresivamente por una visión cada vez más técnico-científica, administrativa y social.

El saneamiento no solo cambió el objeto de su trabajo, sino que también seleccionó sus centros de acción. Dirigió sus programas a los núcleos de población productores de materias primas: petroleros, mineros, agricultores, etc. de tal forma que los ejes de sus campañas se enfocaron primordialmente en los centros de producción, las vías de comunicación y los puertos de exportación. Las minas, los campos agrícolas, y las ciudades portuarias se convirtieron en los objetos por excelencia de su quehacer cotidiano.

La Sociedad Mexicana dirigida por la burguesía agrícola y minera de finales de siglo, grupo social dominante - en este lapso, se sustenta en el estado porfirista, lo cual posibilita la incorporación de la misma al capitalismo mundial.

El Estado porfirista funciona más por medio de la -- coersión que por el consenso; fácilmente reprime el incipiente movimiento obrero, justifica y promueve la invasión de -- las tierras comunales, así como la explotación intensiva de -- la mano de obra de las haciendas y de las minas. Por otra -- parte, se atraen los grandes capitales ingleses, alemanes y

norteamericanos los que se invierten en áreas claves de la economía: empresas mineras, ferroviarias, agrícolas de exportación, etc.

En tanto se va consolidando el Estado, participa cada vez más activamente en la Sociedad, así como en la atención médica y específicamente en la salubridad. En esta última acrecienta su ingerencia a través de la legislación, creación y administración de nuevos programas. Crea el consejo Superior de Salubridad, formula el primer, segundo y tercer Código Sanitario, se encarga de los Hospitales de beneficencia y crea otros nuevos: Hospital General, Huipulco, Juárez, etc. La centralización y control de las actividades de salubridad las logra al incorporarse el consejo superior directamente al Estado, (1883) al dársele al consejo carácter nacional y anexándolo a la Secretaría de Gobernación.

Y aún cuando la participación estatal no tiene carácter legal se va conformando un bagaje teórico-conceptual en torno a la salubridad con la incorporación y desarrollo de las teorías celulares: microbiología, fisiopatología, inmunología, anatomía patológica, etc., con la realización de eventos de carácter a nivel internacional como es el Congreso Interamericano de Salubridad y con la creación de los Institutos Bacteriológico, Antirrábico y de Patología Nacional. Estas acciones fueron consolidando no solo un proyecto médico "científico" de la enfermedad sino también en términos amplios una concepción positivista y global de la sociedad.

A este respecto es interesante observar como el consejo Superior dirige campañas contra la fiebre amarilla, Paludismo, Tifoidea, Tifo, Viruela, que afectaban directamente el comercio internacional. En cambio aunque se presentaron extensos brotes epidémicos en algunos estados de la República se les envió solamente breves instrucciones sobre diagnóstico, tratamiento o vacunas. Aún cuando algunos estados contaron con enfermedades endemoepidémicas de alta mortalidad (Bustamante, pp.39).

Dentro de este panorama solo algunos grupos reciben atención médica específica. La medicina liberal atiende a un reducido grupo de la población urbana que tiene capacidad económica para pagarla; las fuerzas armadas y los carteos, con funciones de importancia en la consolidación del régimen, son los grupos a quienes beneficia la atención médica y reciben prestaciones de seguridad social.

Los servicios médicos adquieren nuevas formas y un significado diferente en el periodo post-revolucionario.

El periodo postrevolucionario favorece el surgimiento de nuevos servicios médicos y los ya existentes adoptan nuevas formas y ante todo adquieren una acepción diferente.

La crisis del modelo acaecida en las primeras dos décadas del siglo posibilita la destrucción del estado porfiriano. La lucha armada surge como resultado de la desintegración del paradigma político entre las clases dominantes, la rebelión de las masas campesinas y la aparición del movimiento obrero. Todo ello posibilita el cambio de régimen político surgiendo como nuevo grupo dominante la burguesía industrial y urbana aliada a los obreros y los campesinos.

El nuevo estado mexicano a juicio de Leal aparece con tres características básicas: democracia representativa, dictadura presidencial y corporativismo: a través de su forma liberal reconoce la existencia de clases antagónicas, la igualdad ciudadana y el respeto a la propiedad privada.

A través de la Constitución Política del '17 se legisla la participación del Estado en la sociedad y especialmente en la salud. En efecto se le adjudica el derecho de velar por la salud de toda la población por lo cual comienza a utilizar una estrategia básica: la institucionalización. Estos planteamientos posibilitarían retomar las demandas de las diversas fracciones y presentarlas como una preocupación del mismo Estado. El Departamento de Salubridad Pública -

al que le corresponde la policía sanitaria de los puertos, costas y fronteras, las medidas contra las epidemias y la prevención de las enfermedades contagiosas, así como la preparación de vacunas y sueros preventivos y curativos, etc., pasa formalmente a la Secretaría de Gobernación, proclama el derecho a la salud física y mental de los individuos y se crea la Policía médica sanitaria cuyas funciones consistían en coordinar las campañas sanitarias las que frecuentemente tenían un carácter represivo.

Tal como sostiene Koiffman, el Departamento de Salubridad Pública reorganizaría los servicios sanitarios y respondería de forma incisiva a las necesidades planteadas en el campo de la salud. El carácter centralizador de este organismo se da como puede inferirse de la siguiente cita de -- Urbina: "Los Estados se encuentran privados de las principales facultades de soberanía en materia de salubridad, constituyéndose por la Carta Política de 1917 la Dictadura Federal Sanitaria."

En el año de 1922 se determina que el servicio de Higiene escolar de las escuelas oficiales pase a depender directamente de la Secretaría de Educación Pública.

Es a partir de este momento cuando a través de diversos mecanismos inicia la gran influencia de los modelos médicos norteamericanos sobre la medicina en México, los que se incorporan progresivamente y aparecerán como hegemónicas entre los 40's y 50's. Entre los mecanismos utilizados se encuentran, la formación de médicos mexicanos en las escuelas N.A, la participación de organismos privados de ese mismo país como es el caso de la Rockefeller en programas de atención médica, las concepciones sobre la salud y enfermedad, el desarrollo tecnológico, la especialización, así como en la inversión en la producción de la Industria Química Farmacéutica.

La década de los 30's representa para la sociedad mexicana un momento de importancia al posibilitarse la estabilidad política y social y con ello, el crecimiento de la industria y la consolidación estatal. Esto aunado a la crisis del capitalismo mundial se tradujo en una mayor participación estatal, una injerencia mayor de la pequeña y mediana industria, aún cuando otros sectores sufrieron sus efectos, lo que les significó bajas salariales y franco desempleo.

El sexenio cardenista representa la culminación y estabilidad del proyecto institucional revolucionario en tanto el Estado se erige como unificador de las diferencias de los distintos grupos políticos. El apoyo que le brindan los campesinos y los obreros permite la conformación de la Unidad Nacional aún cuando los mayores privilegios lo obtienen la iniciativa privada, ofreciendo como contraparte, la Reforma Agraria -- la Prestación de Servicios Sanitarios Programas de viviendas, de electrificación, etc., a varios sectores de la población.

Teniendo como transfondo esta situación la actividad estatal cobra importancia en la prestación organización y legislación de los servicios de salud de donde surgen diversos tipos: ofrece seguridad social a tres grupos de trabajadores vitales para desarrollo económico del país y con gran capacidad de movilización: los petroleros, los ferrocarrileros y los electricistas (1937-1938); se organiza asimismo la atención al resto de la población en torno a la Secretaría de Asistencia Pública en términos de que cubrirá "los servicios que demandan los individuos socialmente débiles (y que tienda) a su desarrollo integral".

Dentro del planteamiento global de trabajo y ante las dificultades existentes entre la federación y los estados se contempló como una política del plan sexenal (1934-1940) incorporar la coordinación, unificación y cooperación de los servicios sanitarios como una estrategia.

Dada la importancia que tiene este hecho en la historia de la coordinación y como frecuentemente se hace incapié como uno de sus antecedentes fundamentales es necesario detenernos brevemente en él.

En efecto, dadas las dificultades mencionadas entre ambos niveles se plantea en el Código Sanitario de 1934 que "la unificación, coordinación y cooperación de los servicios sanitarios son de interés público".

Esta tésis producto de las acciones realizadas en los años previos a partir del Convenio con el Mpio., de Chilpancingo, Gro., posibilitó la realización de convenios asistenciales entre la federación y los gobiernos estatales y municipales en esos años. Entraron en funcionamiento los organismos de coordinación y organización sanitaria en la Unidad Sanitaria del Mantle. Morelos, Sonora, Puebla, etc. Asimismo surgieron los servicios rurales cooperativos cuyos presupuestos fueron cubiertos entre la federación y los municipios y las comunidades rurales.

En este sentido, la participación de los servicios sanitarios coordinados surge, como sostiene Koiffman, en un panorama político caracterizado por los primeros pasos en la consolidación del Estado. Su formación responde tanto a la presencia legitimizadora de un poder federal emergente en el plano nacional, como a la necesidad de fortalecer ese mismo poder central a través de alianzas políticas a nivel nacional.

El proceso creciente de acumulación que se origina como el eje fundamental del desarrollo de la sociedad mexicana desde la década de los 40's repercute no solo en el capital sino en las características que adopta el conjunto de la sociedad, esto es, el Estado, la conformación del proletariado, los servicios médicos, etc.

El desarrollo de la economía a partir de este momento se centra en el dominio del capital monopolista, en la existencia de monopolio industriales, financieros, agrícolas, y comerciales intimamente ligados a empresas extranjeras, particularmente norteamericanas.

Es a lo largo de estos años cuando el Estado se convierte en un elemento primordial en la sociedad a través del control directo de determinadas ramas productivas, sus relaciones tanto con el capital nacional como extranjero, por el papel que desempeña para enfrentar y resolver los problemas entre los diversos grupos así como por implementar ciertas acciones para lograr el consenso de la población a partir de la consolidación del partido mayoritario.

El esquema utilizado en este período tuvo como características primordiales la dominación oligopolica de la producción por medio de un proceso de acumulación del capital - altamente dependiente del exterior y el uso de un esquema - encaminado a la subordinación de las organizaciones de masa al aparato burocrático estatal.

Desde los inicios de los 40's y finales de los 50's - se dá paralelamente el surgimiento y consolidación de otras instituciones de asistencia médica y seguridad social. La aparición de este fenómeno puede ser entendido en tanto el país se incorporó de lleno en la industrialización y en la denominada sustitución de importaciones.

La 2a., Guerra Mundial y sus efectos en los países - beligerantes permitieron el crecimiento sostenido de la economía mexicana a lo largo de estas dos décadas en este período el capital se convirtió en el beneficiario casi absoluto, se instauró un régimen salarial abiertamente a su favor así como se dió la contrarreforma agraria. Su resultado se observó, entre otras cosas, en la concentración cada vez mayor del ingreso, la aparición de menos oscilaciones económicas y la participación abierta del Estado en la consolidación capitalista.

Las diferencias en la atención médica se acentúan -- con la creación de la seguridad social en 1943. El IMSS se dirige a los obreros, en un primer momento, teniendo como -- objetivo la reparación de los daños de esta fuerza de trabajo y sus familiares en los principales centros industriales

del país: México, Guadalajara, Monterrey, Puebla y Orizaba y como medida para garantizar el nivel de utilidades de los capitalistas mediante la conformación de un sistema de seguridad social que garantizara determinado grado de explotación de la clase obrera a partir de la existencia de cierto nivel de salud.

En cuanto a otros sectores de la población, el Estado se encargó directamente de su atención creando la Secretaría de Salubridad y Asistencia y numerosos institutos y organismos. La Secretaría de Salubridad y Asistencia, producto de la fusión del Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia, delimitó su campo de acción a la población en general y en especial a la más menesterosa. Sin embargo, en la primera década de su funcionamiento se dirige primordialmente, repitiendo a Kioffman, a la población campesina de los estados de Guanajuato, Hidalgo, Jalisco y parte de Michoacán, o sea, la zona que en ese momento representaba el granero de México. Los Institutos de Nutrición, Cardiología, Rehabilitación, etc., se sumaron a la SSA. para atender a la población en general contando para tal función con recursos del gobierno federal y con un acervo teórico tecnológico específico de la medicina de alta especialidad.

El crecimiento, demandas, y expansión de la tecnocracia a expensas de la ampliación del mismo Estado dió origen al ISSSTE (1959) derivado de la antiguamente denominada Dirección General de Pensiones. Las prestaciones otorgadas a los trabajadores al servicio del Estado rebasaron ampliamente las ofrecidas a los obreros por el IMSS.

Finalmente, se creó el Instituto de Protección a la Infancia en 1964 como organismo público y descentralizado con el propósito de atender los problemas de las madres y de los niños en general, tal como lo habían realizado sus antecesores: La Asociación Nacional de Protección a la Infancia (1929) y el Instituto Nacional de Bienestar Infantil (1955).

C).- El Ocaso de un Modelo.

México, como muchos otros países de Latinoamérica, presentó en la década de los 60's el agotamiento del modelo que durante casi tres decenios habían desarrollado, razón por lo cual decide a partir de estos años abandonarlo total o parcialmente.

Los resultados de dicho crecimiento, sin embargo, mostraban una gran deformación, al ser cada vez más visible su incapacidad para resolver las necesidades no solo de la industria de la sociedad mexicana. De hecho la orientación de un nuevo modelo requería de estrategias que no solamente buscara una reorganización a corto y a largo plazo en todas las estructuras sociales, sino que también contemplara las consecuencias del paradigma utilizado.

Entre los principales problemas del ámbito económico se encontraban:

A).- Un alto desempleo derivado del control del mercado nacional por las grandes empresas trasnacionales las cuales operaban con tecnologías altamente desarrollada y que utilizaban métodos de producción ahorradores de fuerzas de trabajo. Según Gerardo Bueno hacia 1970 un 25% de la P.E.A., se encontraba desempleada y había una tendencia creciente hacia su agudización.

B).- La concentración del ingreso nacional en todos sus ámbitos, mientras que en 1940 el 40% de la población recibía el 13% del ingreso, la cifra disminuyó a menos del 10% en 1970. En cuanto a la distribución geográfica el ingreso se concentraba en 5 estados de la república, mientras que para 25 estados disminuyó su participación en el ingreso nacional.

C).- Por lo que respecta a los factores de la producción el capital fué el que se llevó la mayor parte, aunque cabe señalar el "mejoramiento" de la participación de los trabajadores -

organizados los cuales conformaban una mínima parte del total.

El área industrial, donde supuestamente la aplicación - del modelo fue más exitosa, presentaba algunas cuestiones negativas:

A).- Una deformación de la estructura productiva al orientarse a satisfacer las necesidades de las clases con ingresos - más elevados, descuidando la producción para el consumo de la - mayoría de la población.

B).- El excesivo proteccionismo económico para las indus- trias trasnacionales se tradujo en un debilitamiento estructu- - ral; de esta forma los productores no se preocuparon por elevar los niveles de producción ni su calidad.

C).- Se descuidó la investigación tecnológica y su cone- xión con otros factores como el empleo, la distribución del in- greso y la dependencia externa.

D).- En cuanto al sector agrícola se apoyó a los encla- - ves de alta productividad proporcionando alimentos y fuerza de trabajo barata; ello conllevó la desaparición de campesinos que como tales pasaron a engrosar las filas de subempleados y desem- pleados.

E).- Respecto al endeudamiento externo, en tanto formaba parte esencial del modelo, agudizó enormemente la dependencia.

F).- Finalmente, en cuanto al costo social, si ni siquie- - ra se había posibilitado el crecimiento económico, era bastante evidente su incapacidad para lograr el desarrollo social.

La atención médica, que de alguna manera dependía y se -- relacionaba con los puntos anteriores, mostraba sus propias pe- - culiaridades:

A).- Los servicios de seguridad social brindaban apoyo -- a los obreros de las grandes industrias y en casos aislados a -- los campesinos a través del IMSS, el ISSSTE, los servicios médi- - cos de PEMEX, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Ferroca- rriles y electricistas.

B).- Cada uno de estas instituciones contaba con sus propios programas, prestaciones y normas.

C).- La Secretaría de Salubridad y Asistencia, el DIF., - el DDF., así como otros organismos municipales y estatales con--taban con sus propios mecanismos y recursos para brindar atención médica, y en algunos casos se limitaban a las urgencias como en - los referente a la Cruz Roja.

La atención médica liberal, por su parte, se centraba en la población que tenía recursos para pagarla existiendo a su interior profundas desigualdades en cuanto a recursos y calidad.

E).- Finalmente, la concepción médica dominante se centraba en realzar la atención curativa, biológica e individual en -- donde la visión de las especialidades representaban la máxima -- instancia del saber y el quehacer médico.

6.- TRES PLANES DIFERENTES EN 20 AÑOS. UNA IDEA BASICA EN DOS DECADAS.

A) COORDINACIÓN Y PRESIDENCIALISMO.

Si quisieramos señalar un año clave en la historia reciente de la coordinación en nuestro país indudablemente tendríamos que referirnos a 1965. En efecto, tal como se mostró en el apartado anterior si la tendencia seguida a lo largo de los primeros 60 años del siglo, fué proporcionar una atención médica selectiva a los múltiples grupos que conformaban la sociedad mexicana, en este año se dá un giro radical en la orientación de la atención médica al considerar cómo la estructura y organización de ésta era incapaz de resolver los problemas de salud del conjunto de la población.

La idea central, a partir de ese momento, considera la planificación-coordinación como una de las políticas capaces de resolver los problemas de atención médica, de superar la improvisación y alcanzar la eficiencia de los servicios.

La planificación-coordinación se convierte en una de las estrategias más constantes e importantes de los programas estatales en el área de la salud en estas dos décadas. Los regimenes presidenciales de esta etapa, (Díaz Ordaz, Echeverría, López Portillo), sin embargo, no tiene una continuidad sistemática y armónica ya que cada uno adopta sus propios planes, programas, clasificaciones y definiciones. Esto de ninguna manera significa que hubiera habido cambios fundamentales en sus objetivos, justificaciones y finalidades; cambiaban los aspectos secundarios, lo subjetivo, los discursos; permanecía el fondo, los contenidos esenciales del proyecto. La estructura de poder basada en el ejecutivo, incorporaba a la coordinación en sus respectivos planes de desarrollo y desde su propio punto de vista, más, la coordinación como proceso se ubicaba en las necesidades propias de

la formación social mexicana.

A lo largo del presente apartado iremos mostrando -- las formas como se fue presentando cada planteamiento así -- como las similitudes y diferencias entre ellos.

B) LA COMISIÓN.

El 2 de marzo de 1965, después de cuatro meses de -- haber tomado el poder y dos años de haberse celebrado la -- Primera Reunión de Ministros de Salud de todo el Continen-- te, el entonces presidente Díaz Ordáz creó la Comisión Mix-- ta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asisten-- cia y Seguridad Social con el propósito de estudiar las -- necesidades nacionales en materia de salud y con la posi-- bilidad de presentar propuestas de coordinación y subroga-- ción de los servicios.

Los argumentos expresados en ese momento para for-- mularla consideraban desde aspectos muy generales hasta -- razonamientos específicos; algunos referían al funcionamien-- to estatal, otros daban cuenta de los problemas de la aten-- ción médica.

Entre los fundamentos concernientes al quehacer es-- tatal se señalaba que la misma obedecía al propósito presi-- dencial de proporcionar al pueblo de México los mejores -- beneficios en salud; esto mismo, pero con otras palabras, -- manifestaba el interés de los gobernantes de servir más -- eficientemente al pueblo.

Los argumentos relacionados con el estado de la aten-- ción médica hacían incapié en el derroche existente al uti-- lizar los servicios hospitalarios; se refería el bajo ni-- vel de eficiencia en todas las Instituciones al contar ca-- da una de ellas con sus propios programas de salud. Una -- última inquietud señalaba la profunda preocupación que al -- respecto tenían los sanitaristas mexicanos (?).

En el fondo de estos argumentos se intuía la motivación principal: los bajos niveles de salud de la población. El estudio del Dr. Martínez, publicado en ese momento y que de alguna forma se consideró como fundamento para justificar los trabajos de la Comisión, mostraba la situación de salud y atención médica de la siguiente manera: -- " A pesar de los progresos en salud publica las principales enfermedades del país son las infecciones y los accidentes con un aumento visible de las enfermedades degenerativas". "Hay una gran concentración de médicos, especialmente en el Distrito Federal". "El número de hospitales y camas en México aportan uno de los más bajos en América Latina". "Además de la seguridad social se tuvo la necesidad de crear otras Instituciones de seguridad social para diversos grupos por razones político-sociales"... "Los sistemas de seguridad social no proporcionan atención médica a todos los que tienen derecho a ella". "Como la Secretaría de Salubridad y Asistencia se encarga de 22 millones de personas, buena parte del tiempo lo dedica a la atención curativa".

La Comisión, una vez formada por tres integrantes - de la SSA., 3 del IMSS y 3 del ISSSTE., se dedicó al estudio de los problemas de salud y a la búsqueda de soluciones para reorganizar las instituciones del sector. Más, a pesar de la importancia que podrían tener sus conclusiones, desde un inicio el decreto que la formó le impuso una restricción: todas las sugerencias y propuestas que formulara quedarían como recomendaciones.

Dos son las premisas que guían el desarrollo teórico-operativo de la Comisión: por una parte considera la coordinación como no sometimiento y, por otra, como liberarse de la improvisación.

Los documentos que se generan van dando la visión global que se tiene del tema: La coordinación es una función básica de la administración que consiste en relacionar elementos, armonizarlos congruentemente, darles unidad de acción, orientarlos en un mismo sentido con el propósito de alcanzar los objetivos fijados con la mayor eficacia y el menor esfuerzo y gasto.

El Subsecretario de Salubridad y Asistencia señala en 1966 como no es posible coordinar tareas si no se establecen los medios formales y expeditos de los cuales señala tres: doctrina común, comunicación e información.

Plantea que la información debe ser entendida en términos de información interinstitucional, constante, ágil e inteligente. La doctrina la entiende en sus dos partes: del objetivo y del procedimiento. En este contexto el adiestramiento de los trabajadores resultaba insuficiente si no se consideraba el adoctrinamiento al personal: de los ministerios de salud, de las escuelas de medicina, de las escuelas de enfermería y de otras escuelas universitarias. En aras de lograr este fin se proponía llevar a cabo programas de formación de todos niveles, de educación continua multiinstitucional para niveles profesionales específicos y para niveles combinados. Solo la realización de todas estas actividades permitirían el desarrollo de la personalidad profesional, el espíritu de equipo, la identificación al grupo, la solidaridad con su función universal, etc.

En suma, para lograr una coordinación racional se requería de una doctrina común, información común, objetivos comunes e intereses comunes.

Otros de los conceptos básicos referido en todos los planteamientos señalaba el respeto jurídico e institucional de los organismos participantes. Textualmente se afirma que alcanzarla significa adquirir una nueva dimensión para sustentar la propia individualidad. Se piensa que la coordina-

ción implica trabajar en tareas bien definidas y en funciones claramente determinadas; quienes la logran son los hombres con personalidad propia y los grupos sociales bien integrados. De esta forma se evita su contraparte: el sometimiento de las diversas instituciones a una misma jefatura - "la cual podría provocar estructuras monolíticas que impidan o eviten la diversificación y el libre desenvolvimiento de las entidades incorporadas".

Hay un pensamiento congruente en todo el discurso, - no puede improvisarse pero tampoco ser el resultado de ordenamientos jurídicos; para que tenga éxito, además de la doctrina común, requiere más que nada del respeto a la identidad, la integridad y la libertad creadora de las instituciones que participan.

La Comisión Mixta se da cuenta y confirma la suposición previamente hecha de que había dificultades para el cambio; entre los obstáculos mencionados se refiere a los sólidos intereses existentes, las resistencias al cambio que se les denomina "naturales" y la persistencia de la autoridad formal.

Los resultados del trabajo emprendido, expresados en el editorial de una revista, los ubica como uno de los hechos de mayor importancia de cuantos habían tenido en los últimos años; sin embargo en la realidad poco a poco fueron mostrando sus alcances reales: se establecieron subcomisiones - y se celebraron reuniones con los jefes de los Servicios -- Coordinados de los Estados.

Una de las primeras tareas consistió en organizar -- 12 subcomisiones relacionadas con aspectos considerados relevantes de la atención médica: medicina preventiva, asistencia médica, administración médica, rehabilitación, investigación en salud, educación técnica y profesional, higiene del ambiente, programas específicos de laboratorio, de bienestar social, de recursos materiales, de estadística y ---

productividad.

Los objetivos de cada una de las subcomisiones consistía en establecer mecanismos específicos de coordinación en sus áreas así como formular las normas generales de trabajo. Por ejemplo, la subcomisión de medicina preventiva -- se encargaba de diseñar, estudiar, proponer las políticas, objetivos, organización, recursos, técnicas, etc., más apropiadas para la elaboración y aplicación de los programas -- preventivos con el fin de unificar los criterios de las instituciones y obtener el máximo rendimiento.

Otra de las acciones realizadas fue la celebración de reuniones con los jefes de los servicios coordinados, de las tres instituciones en cada una de las entidades federativas del país. Este contacto tuvo como finalidad intercambiar información para determinar las necesidades de cada institución, los recursos que cada una de ellas podía poner a disposición de las otras, los aspectos en donde se podría establecer la coordinación de inmediato y definir los procedimientos que permitirían llevarla a la práctica.

Entre los logros referidos se informa que Tabasco, Campeche, Yucatán, la frontera norte, Jalisco y Monterrey habían logrado avances en forma conjunta.

El programa médico preventivo, ámbito donde se obtienen los mayores avances, posibilita al poco tiempo realizar campañas coordinadas entre las distintas instituciones en tuberculosis, venereas, fiebre reumática, estudios radiofotográfico, investigaciones epidemiológicas, control de enfermedades trasmisibles, prevención de accidentes en el hogar, estudios y entrenamientos citotecnológicos, etc.

Son pequeños avances que, como se afirma en ese momento, "son pasos que hasta la fecha se han dado y están cimentando los sistemas efectivos de coordinación y consecuentemente permitirán lograr que la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el IMSS., y el ISSSTE., eleven el bienes-

tar de la población que atienden'

Alvarez Gutiérrez, en un trabajo presentado en las segundas jornadas de la Asociación de egresados de la Escuela de Salud Pública (1967) señala haberse avanzado no solo en la coordinación entre las instituciones de salud sino también en el establecimiento de convenios con otras dependencias oficiales como la SDN., SRH., SAG., SIC y --- otros organismos descentralizados como es la CONASUPO.

Para el año de 1969 los organismos oficiales declaran las ventajas, logros, y avances realizados en materia de construcciones, de información estadística, de protección radiológica, de educación profesional, de control y -- disponibilidad de medicamentos, de conservación de equipos médicos y científicos y, sobre todo, de planeación y ejecución de programas de medicina preventiva.

Dentro de todo este optimismo solo al finalizar el sexenio se dá cuenta brevemente de sus limitaciones. El -- ser tan breve el comentario del Dr. De Witt nos permite su reproducción total "se ha comprobado que muchas de las recomendaciones emanadas por la Comisión... no se han cumplido, o se han cumplido parcialmente por falta de comunicación expedita, comprensión plena de la trascendencia y motivación adecuada en las áreas correspondientes, de niveles inferiores".

C) EL PLAN.

Jorge Jiménez Cantú, Secretario de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de 1970 a 1974 se encarga de plantear el cambio de enfoque sobre el problema al dar cuenta brevemente de la forma en como se abordará esta cuestión en el siguiente sexenio. En la primera y segunda reunión de Salud Pública formula algunos de los conceptos que registrarán

en los años subsiguientes. Ya para la segunda reunión de--
clara"... nos encontramos unidos en esta asamblea para ini-
ciar una nueva etapa de trabajo, nutridos por las ideas de
la doctrina que en materia de salud caracterizan y habrán-
de caracterizar el regimen...". Más adelante en su discurs-
so explicita cuales serán algunas premisas: "el individuo,
la familia, los pueblos y los ciudadanos son los objetivos
de estudio y trabajo; la unidad orgánica la constituyen --
por una parte el Estado que promueve, investiga, programa-
y coordina las capacidades de hacer y por otra, el pueblo
mismo como realizador y ejecutor de los programas de sa---
lud". Los objetivos plasmados en la llamada Unidad Orgáni-
ca, al igual que muchos otros del sexenio, son demasiado -
ambiciosos al emprender la cruzada nacional de la salud la
cual sus organizadores consideran "con dimensión y alcance
histórico que se nutre de mística de servicio y de pasión-
creadora". Esta perspectiva, indudablemente de difícil rea-
lización se intenta resolver con una posición nacionalista
através de la labor coordinada de los pueblos con el resto
de las secretarías del aparato estatal.

En el discurso del 23 de Octubre, día del médico, -
el presidente se encarga de iniciar el gran proyecto invi-
tando a todos los sectores de la medicina a que preparen -
la Convención Médica Nacional a celebrarse el año siguien-
te. En el informe presidencial de ese año, Echeverría ex--
plicita con mayor claridad su posición al sustentar que las
instituciones de salud daban coordinar con mayor eficacia-
sus acciones en todos los niveles institucionales así como
estructurar un sistema nacional de servicios médico-asis--
tenciales.

La convención Nacional de Salud celebrada en Julio-
de 1973 tuvo como finalidad, en respuesta al llamado presi-
dencial, elaborar un nuevo Plan Nacional de Salud. Desde -
el punto de vista de los organizadores el plan nacional de
salud debía ser parte integral del desarrollo económico y-

social así como comprender el nivel local, estatal y nacional. El contenido de la guía para formular los planes expresa la forma que a juicio de los coordinadores deberían plantearse: información general y el plan propiamente dicho.

El plan de salud comprende 17 temas considerados prioritarios: educación para la salud, nutrición, salud materno-infantil, planificación familiar, mejoramiento del ambiente-saneamiento del medio, salud mental, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, accidentes, atención médica ambulatoria, hospitalaria y rehabilitación, asistencia y seguridad social, servicio social de los estudiantes y profesionales del área de la salud, participación de la sociedad en acciones de salud y servicios social voluntario, administración de la salud pública, legislación sanitaria, salud ocupacional, e higiene del deporte y recreación.

La Memoria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia sintetiza la forma como se abordó la tarea al referirse "la formulación del plan nacional de salud se inició al término de la Convención y fué resultado de tres puntos: de un mejor conocimiento de los problemas y prioridades de la salud, de los propósitos de progreso que animan al pueblo y gobierno y, de la necesidad de replantear la política de salud a largo y mediano plazo de acuerdo a las características y requerimientos nacionales y al imperativo de una acción interinstitucional conjunta, vigorosa y predominante".

Los objetivos del plan de ninguna manera son modestos ya que pretenden extender la cobertura de los servicios sanitarios a la totalidad de la población, transformar las condiciones adversas del medio en circunstancias propicias para la salud, incorporar a la población por sí misma y a través de su organización social en el desarrollo de programas de salud, promover y coordinar las acciones de las instituciones del sector salud para lograr el máximo aprovechamiento -

de los recursos y el aumento de la productividad de los -- servicios y, finalmente, aumentar la esperanza de vida y - crear las condiciones para mejorar la calidad de la misma.

En base a los objetivos se crean 20 programas y 52 subprogramas además de los 32 planes de salud de las enti-- dades federativas fundamentándose en la legislación vigente en ese momento y contemplando llevarlo a cabo en dos etapas: de 1974-76 y de 1977 a 1983.

La idea básica del plan en cuanto a la coordinación-- daba cuenta de que la integración inmediata debería ser de los servicios médico-asistenciales y no de la seguridad social, ni de éstas con la SSA., ya que esta unión era imposi-- ble realizarla en tanto había que transformar las estruc-- turas legales e incorporar al texto de la Constitución el - derecho a la salud.

El optimismo de Echeverría es bastante evidente cuan-- do en su 4o. Informe sostiene "como consecuencia de la pri-- mera Convención Nacional de Salud se elaboró un plan nacio-- nal de salud concebido para los próximos diez años. Enmarca-- todas las actividades que se desarrollan en este sector, se-- ñala las necesidades, preferencias y la mejor manera de a-- plicar los recursos humanos, financieros y técnicos de que-- disponemos".

Dos años más tarde, al informar el mismo presidente-- de los resultados, dá cuenta de que el plan ha conducido a objetivos más acordes con las ingentes necesidades de jus-- ticia. Un dato le sirve para ilustrar los triunfos de esta labor al mencionar que la mortalidad infantil decreció en - esos seis años del 9.9 x 1000 a 7 x 1000.

Dado el centenario número de programas, subprogramas y planes a nivel estatal, es de reconocer el vasto trabajo-- efectuado para formularlos, más, cuando cada uno de ellos -

definía sus propios objetivos, programas y estrategias.

El programa nacional de asistencia médica, señala -- las estrategias como se desarrollará: la SSA., contemplará -- la vigilancia de la promulgación de una ley que permita la participación de todas las instituciones; a través de la comunicación interinstitucional, organizando y coordinando -- las estructuras administrativas que aseguren el funcionamiento y coordinación de los niveles operacionales, creando por ley comisiones regionales de asistencia médica de integración interinstitucional, etc.

Finalmente, acorde con los lineamientos de la época, se decide que la atención médica debe organizarse en 5 niveles: promoción, protección específica, diagnóstico temprano, diagnóstico y tratamiento y rehabilitación.

D) DEL GABINETE A LA COORDINACIÓN.

El régimen portillista hereda de sus antecesores dos problemas de difícil solución en el área de la salud: un -- gran % de la población sigue careciendo de recursos médico-asistenciales, y, había que continuar con el plan nacional de Salud ya que abarcaba hasta 1983, esto es, todo su mandato. Después de algunos meses de silencio la primer medida -- adoptada respecto al porcentaje de la población sin servicios consistió en la formulación del programa de extensión de cobertura dirigido al medio rural, así como el programa a las áreas marginadas en el medio rural los cuales posibilitaron justificar al Estado las críticas que el respecto -- se le hacían. con ello se tendría de alguna manera a resolver el gran rezago en materia asistencial.

En cuanto al plan nacional de salud se consideró imposible continuarlo aduciendo deficiencias en su elaboración -- y financiamiento. Específicamente se refería el no -- haber considerado los recursos necesarios para su ejecución.

No obstante la exclusión del programa anterior, el Programa de Acción del Sector Público (1976-1982) establece el eje central de las políticas : la coordinación de programas y acciones de las instituciones: SSA., IMSS., - ISSSTE., DIF.

La vaguedad e imprecisión de las políticas en este período se reconocen aún en los mismos discursos oficiales. En el libro: la Salud Pública en México 1959-82 editado -- por la SSA., se afirma: los documentos del inicio de la -- administración tuvieron un análisis muy limitado del problema de la salud.

Dentro del mismo programa se crea en 1977 la Subsecretaría de Planeación con el propósito de unificar y facilitar el sistema de planeación, organización, evaluación y estadísticas de la SSA. Los objetivos de este organo fué crear un sistema de salud y de administración de los recursos en la SSA teniendo en cuenta que debería esta acorde con el marco de desarrollo nacional. Se conforma asimismo, el grupo Interinstitucional de Programación y Presupuesto - en Salud el cual era considerado pieza vital del Plan quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social.

Como producto de lo anterior se integró la programación como herramienta vital de la salud pública y la seguridad social y se dividió el sector salud en los renglones de salud y seguridad social; el primero tenía como titular a la SSA y el segundo a la Secretaría de Trabajo y Previsión Social.

El Plan de Gobierno en Salud, Nutrición y Seguridad Social establece las principales políticas para extender la atención a la salud dando prioridad a los subprogramas que contemplaban la incorporación de la población rural y marginal urbana y la coordinación de las Instituciones.

Es hasta Noviembre de 1978 cuando se crea el Gabinete del Sector Salud por acuerdo del ejecutivo federal con-

Los propósitos de coordinar las actividades de la administración pública federal en materia de prestación de servicios de salud. Esta instancia es presidida por el mismo -- presidente, los secretarios de la SSA., SPP., el jefe del Distrito Federal, entre otros, y tiene como objetivos explícitos lograr la mayor congruencia e eficiencia en la -- prestación de los servicios y la determinación de su estructura y organización para cubrir a toda la población.

Una de sus primeras recomendaciones consiste en sugerir la instalación de una coordinación que estructure y organice el plan nacional de salud y presente ante el mismo Gabinete un estudio sobre las políticas y estrategias implementadas previamente en el sector y ante todo proponga formas para su materialización.

De esta forma se crearon 4 comisiones dentro del -- Gabinete que tenían la finalidad de elaborar planes de Trabajo, fijar la fecha de terminación de cada etapa y formular los acuerdos necesarios para llevar a la práctica las decisiones tomadas las cuales deberían ser llevadas a los titulares de las dependencias.

De esta forma el 25 de Agosto de 1981 fué constituida la Coordinación de los Servicios de Salud (CSS) -- asignada a la presidencia con el encargo de determinar los elementos técnicos, administrativos y financieros que permitieran conformar las bases del sistema nacional de salud.

La CSS se enfrentó de entrada a lo que poco antes -- Martínez Manatou consideró uno de los problemas fundamentales derivado de la organización formal de las instituciones; esto es, las instituciones de asistencia social no pertenecían legalmente al sector coordinado por la SSA, como tampoco la seguridad social.

A pesar de los impedimentos encontrados resalta como en estos años se avanza en el proceso de la coordinación --

de la atención integral del niño en las instituciones del - Distrito Federal, en el plan nacional de planificación fami- liar y el plan nacional de vacunación.

Tres consideraciones básicas rigen el funcionamiento de la CSS: la preocupación del gobierno de la república pa- ra prestar y ampliar los servicios de salud a toda la pobla- ción en forma eficiente, el denominado imperativo de justi- cia social para lograr mínimos de bienestar eb toda la so- ciedad y, el decidido impulso del ejecutivo federal para la- integración.

El Dr. Soberón, nombrado coordinador señala que en - los últimos 50 años los índices de mortalidad y expectativa de vida han alcanzado los de otros países desarrollados, -- pero también señala que las enfermedades infectocontagiosas continúan como efecto de la desnutrición. El sistema asisten- cial -reconoce- ha utilizado un modelo centrado en el tercer nivel y comenta la no adecuación de los servicios de salud - entre el personal técnico y el profesional. Finalmente reco- noce como los recursos son cada vez más ineficientes y que - esto ocasiona que la oferta condicione su uso y la insatis- facción de la población.

Desde los primeros momentos todo parece indicar que- el regimen loperportillitsta nunca consideró lograr la coor- dinación en su periodo, y aunque explicita imperativo no -- postergar su integración señala los intereses creados, los- problemas administrativos y los derechos adquiridos de los- trabajadores los cuales lo obstaculizan. Si bién en algún - momento entre el segundo y tercer año de su mandato lo con- sideró factible, en el quinto reconoce que el trabajo que - se hiciera en ese sentido se dejara como soluciones las -- cuales se transmitirían a manera de sugerencias a la adminis- tración siguiente.

Con el objeto de caracterizar la organización de los servicios de salud en ese momento, la coordinación retomó un esquema propuesto por la Sría. de Programación y Presupuesto en donde se establecen las actividades institucionales para la atención de la salud. De esta forma se consideró la existencia de tres áreas: la administrativa, la programática, y la público-social. El ámbito administrativo -- constituía propiamente el sector salud y en él se ubicaban las acciones del gobierno federal a través de la SSA., los centros hospitalarios y los institutos de carácter descentralizado. El programático, basado en criterios programáticos presupuestales, era considerado, o más bien, estaba conformado por las instituciones de seguridad social: IMSS, ISSSTE y por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Finalmente el público y social agrupaba los anteriores además de otros organismos e instituciones que prestaban servicios de salud: el DDF., COPLAMAR, PETROLEOS MEXICANOS, Sría. de Hacienda y Crédito Público y la Sría. de Educación Pública.

Es de hacerse notar cómo dentro de este planteamiento se consideró que el Instituto de Seguridad Social y las Fuerzas Armadas Mexicanas no se incluía dentro de la integración de los servicios.

En un segundo momento la coordinación conformó tres coordinaciones auxiliares (técnica, jurídica y económica-administrativa) y tres cuerpos colegiados: el consultivo y dos comités asesores en donde se contemplaba la participación de la Secretaría de Programación y Presupuesto para establecer criterios normativos en programación, presupuestación, información y evaluación y, otro donde se integraban representantes de la Coordinación General de Estudios Administrativos para apoyar el análisis de las estructuras y procedimientos de los servicios de salud.

El marco de referencia que sustenta las acciones de la CSS se le ubicaba en el Plan Nacional, en el Sistema -- Nacional de Planeación Económica y Administrativa y específicamente en el Plan Global de Desarrollo.

Atención Médica, asistencia social, salubridad y seguridad social fueron las cuatro funciones identificadas y consideradas básicas en el funcionamiento de las instituciones de salud. Dentro de la atención médica se consideró que en la actualidad las principales instituciones tenían - en la práctica diversos grados de avance y extensión y una organización de servicios en los tres niveles: primario, -- secundario y terciario además de un proceso de regionalización. Este esquema de atención, para población abierta y -- derechohabientes, presentaba -se señaló- grandes diferencias entre los servicios primarios basicamente.

Las causas de esta diferenciación se ubicaban en la diversidad de recursos existentes y el número de personal - profesional, médico y paramédico. En el ámbito de la atención secundaria y terciaria -se pensaba- los esquemas eran bastantes parecidos. Por su parte se hacia incapié en que - la asistencia social, tradicionalmente ocupaba de los desválidos, solo había representado una fracción discreta de las actividades y de los gastos en el área y que cada organismo tenía sus propios programas de asistencia. En cuanto a la - salubridad, se señaló que sus funciones seguían siendo las tradicionales: control y erradicación de enfermedades transmisibles, vigilancia e investigación epidemiológica, control de medicamentos, cosméticos, estupefacientes, etc.

Dentro de estas cuatro funciones realizadas por las instituciones de salud se enfatizó que la estrategia inicial para lograr la coordinación deberían contemplar a los servicios de atención médica sin considerar en ese momento la --- salubridad, la asistencia social, ni la seguridad - - - - -

social ya que éstas se ubicaban en otro tipo de relaciones.

Las modalidades propuestas de integración en terminos generales consistían en una integración orgánico-estructural y/o en una programática funcional. La integración orgánica o estructural se entendió cómo el funcionamiento de los servicios públicos de salud y sus recursos correspondientes en una autoridad y bajo una sola entidad.

La integración funcional o programática era vista entanto no requería modificaciones estructurales de las dependencias y consistía en establecer normas comunes y un compromiso institucional para cumplir los objetivos de los programas. La misma permitiría planear la prestación de servicios para la implantación de la atención médica regionalizada y por niveles de atención, racionalizando además el gasto corriente y de inversión por medio del establecimiento de sistemas homogéneos de gestión. El tránsito del ámbito público y social al programático mediante la integración orgánica de los servicios a los organismos que por su naturaleza deberían abarcarlos -era considerado- como la estrategia de la coordinación. En este sentido se formula pasar algunos establecimientos de atención primaria del DIF., y los servicios de higiene escolar de la SEP. a la SSA. y los proporcionados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público al ISSSTE.

La creación de los Comités Especiales para el Estudio de la Integración de los Servicios de Salud en los Estados de la República se dió en la ciudad de Guadalajara en el mes de Febrero de 1982 y amplió el marco de referencia de las propuestas específicas.

El Dr. Soberón insiste en esta reunión en que el sistema nacional de salud hace viable o hará, la doctrina de que la salud es una necesidad y un derecho del hombre cuya garantía es un compromiso que solo el Estado puede aceptar -

y cumplir con éxito. Insiste en que las acciones encaminadas al mejoramiento y ampliación de los servicios de salud también son significativos para el fortalecimiento del federalismo. Y se inscriben en la estructura del sistema nacional de planeación y en los términos del Plan Global de la salud.

Además de los planteamientos anteriores, la CSS consideró la necesidad de planear integralmente los servicios de salud con la participación activa de la comunidad, unificando las políticas a los objetivos nacionales, regímenes estatales y municipales, y de elaborar un plan de desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud en esos mismos niveles. En este sentido, en la reunión de Guadalajara, se comprometió a una coordinación e interacción directa con los comités para la planeación y desarrollo de los estados con el propósito de articular en un todo coherente los trabajos que en materia de salud se realizaran en el país.

El marco de la Quinta Reunión de la República sirvió para formalizar los acuerdos de coordinación con los Estados de México, Oaxaca, Aguascalientes, BCS, Guanajuato, Guerrero-Morelia, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco y Michoacán.

La tarea asignada a cada uno de los grupos era analizar las opciones, dirigir sus esfuerzos en especial a la atención médica sin descuidar lo relativo a la organización y a la ubicación de las funciones y actividades de la asistencia y salud pública y sin abordar la seguridad social.

E) ¿ HACIA UNA COORDINACION FUNCIONAL Y PROGRAMATICA ?.

El decreto del Derecho a la protección de la salud, el Decreto por el que se reforman los artículos 7,12, y 13 del Código Sanitario, 252 de la ley del Seguro Social y 104 del ISSSTE; el decreto por el que se reforma la Ley Orgánica. ---

de la Administración Pública Federal, el Decreto por el que se acuerda que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia se integre al Sector Salud, el Decreto - por el cual el mismo SNDIF se sujeta a nuevas disposiciones y el Decreto por el cual se crea la Subsecretaría de Planeación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia son las reformas jurídicas que el mandatario entrante promueve con el objeto de establecer el Sistema Nacional de Salud.

Los pasos tendientes a la consolidación del Sistema no solo se limitaron a los puntos anteriores, se reforzaron con la instalación del Gabinete de Salud, la formalización de los Grupos interinstitucionales y la adecuación de todos ellos en el Programa Sectorial de Salud.

Entre los motivos expuestos por el Presidente ante la Cámara de Diputados se menciona la necesidad de dar un uso más productivo a los recursos, ampliar el acceso de los servicios a todos los mexicanos y fortalecer el papel del Estado como promotor y rector del bienestar popular.

En términos generales el planteamiento global insistía - en los argumentos manejados a lo largo de dos décadas: enmarcándolo en el Sistema Nacional de Planeación y -en palabras del Dr. Soberón- ampliar la cobertura de los servicios a toda la población, elevar y uniformar la calidad de los servicios y...superar ancestrales problemas sanitarios que...aquejan a nuestros compatriotas.

La coordinación funcional y programática pretende ser el modelo de atención médica a incorporar, con la rectoría del Estado y sin que el mismo menoscabe las instituciones en su patrimonio, estructura administrativa y sus obligaciones con los derecho-habientes.

Las ideas centrales que guían el proyecto son las siguientes: a) se concibe la normatividad de la sectorización en un doble aspecto] coordinación de la actividad administrativa y preservación de la autonomía paraestatal. En este sentido le corresponde a la SSA la responsabilidad de establecer las políticas de asistencia social, servicios médicos y salubridad

general. b) La programación sectorial entendida en tanto el SNS es la instancia sectorial del sistema nacional de planeación el cual se regirá por los resultados del conjunto de -- las dependencias y entidades de salud. c) La acción coordinada de las instituciones en programas interinstitucionales la cual se prevee y permitirá lograr mecanismos efectivos de -- coordinación y, d) la descentralización que permitirá la --- transferencia del primer y segundo nivel de atención médica a las autoridades estatales y municipales.

Con los mecanismos de interacción sectorial se pretende una descentralización gradual de las acciones a las entidades federativas y la integración de un programa sectorial. Esta integración se realizó por medio de los acuerdos que se establezcan entre la SSA y las instituciones del sector, la SPP y la Contraloría Federal de la Federación a fin de conformar los planes y programas de las entidades y dictar los lineamientos para la formulación del Programa Sectorial de Salud en base al Sistema Nacional de Salud. Los mecanismos de interacción sectorial propuestos por la SSA y las otras instituciones a través de los grupos interinstitucionales -- para ser sometidos al Consejo de Salubridad General y, con la opinión de este formularse el Programa Sectorial .

7.- LOS FUNDAMENTOS, DE LA TEORÍA A LOS CONCEPTOS.

A).- La Justificación.

Mucho se ha avanzado. Los cambios operados en las sociedades latinoamericanas (mexicana) han transformado profundamente su fisionomía, pero ¿ se ha dado un cambio sustancial en el fondo?. Más que contestar esta pregunta quisiéramos referirnos a la coordinación de la atención médica. Resulta evidente como en 20 años se han logrado avances en su concepción, fundamentación y materialización, en tre otras cosas.

Se han integrado numerosas instituciones, se han puesto a funcionar proyectos interinstitucionales, se ha logrado el consenso para iniciar diversas actividades en conjunto y, ante todo cada vez hay un mayor número de organismos y profesionales que abogan por su materialización. Los Servicios Médicos de los Ferrocarriles Nacionales y los de -- la Comisión Federal de Electricidad pasaron al IMSS, el -- DIF integró al IMAN y al INPI, se conformó el Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas Mexicanas, se cuenta con un Plan Nacional de Planificación Familiar y Vacunación y se lograron reformas a la Constitución, al Código Sanitario y a las leyes de las Instituciones de Seguridad. Sin embargo volvemos a formularnos la misma pregunta ¿ Ha habido cambios de fondo en la concepción de la atención médica? aparentemente sí.

No resulta una tarea ardua reconocer en las páginas previas como se siguen fundamentando los mismos argumentos y justificando los mismos fines. Solo que rearticulados. Resulta evidente, también, como los problemas de salud no son exactamente los mismos, como las instituciones no tienen el mismo funcionamiento y las mismas significaciones,-

como los contenidos primarios de las propuestas no son idénticas y, como la sociedad mexicana ha ido evolucionando. -- Por ejemplo, a inicios de los 60's la crisis se veía con mayor optimismo, la magnitud de la crisis actual parecen no ofrecer muchas opciones: preocupa el endeudamiento, la subordinación a los intereses extranjeros, la desigualdad en el ingreso, la posibilidad de levantamientos populares, en fin. Pero la misma enseña que hay que buscar nuevos derroteros, señala que se debe romper con programas, actitudes, -- posturas y definiciones tradicionales y, que la sociedad mexicana requiere de nuevos esquemas operativos, pero también teórico-conceptuales, políticos, ideo-culturales, socioeconómicos. Más, ¿ hasta que punto se tiene capacidad para hacerlo?; con lo dicho hasta este momento ¿ es factible formular un proyecto diferente?.

El tema que iniciamos parte de las propuestas de coordinación, más no se queda en ellas, trata de señalar sus -- sustentos, pretende descubrir con mayor claridad lo que --- "está detrás" de ellas y de construir el modelo global. En este aspecto el diagnóstico no es halagador, más aún, creemos que se ha avanzado poco, quizá demasiado poco.

A nuestro parecer el único cambio alcanzado a este respecto se formula en los inicios de la década pasada cuando la visión dominante se transformó una concepción humanista a una más sistemática y estructural. Esto es cuando la concepción "tradicional" fue sustituida por una basada en los planteamientos de los planificadores lo que le hizo altamente sistematizada, coherente y racional -en términos de sustentadores- ; en una visión "moderna" de la sociedad. -- Cuando sus teorías se apoyo se sustentaron sucesivamente en el desarrollismo, las teorías keynesianas, la teoría general de sistemas, las teorías ecológicas, el estructuralismo, el conductismo, etc.

Resulta necesario señalar a este respecto como aún -- cuando haya existido una tendencia dominante en la visión-global, se dieron a su interior algunas posiciones que aparentemente se contraponían y parecían no ajustarse linealmente al esquema.

B).- Una Programación Subjetiva.

Con el objeto de ir directamente al asunto diremos que las principales elementos de la concepción existente en los 60's sobre la coordinación de la atención médica en México - tuvieron un carácter eminentemente humanista, o dicho en términos más específicos, fueron el reflejo fiel de la teoría - neokantiana.

Con el único objeto de sustentar lo anterior mencionaremos algunos de los aspectos básicos de esta corriente. En acuerdo con García se considera la medicina la disciplina -- científica con un cúmulo de saberes y prácticas con la única finalidad de curar al paciente enfermo. Su evolución se explica por la participación de individuos que, con su genialidad o claridad de pensamiento, han aportado nuevos conocimientos - y posibilitado su transformación al ubicarse en un clima intelectual o histórico teniendo como transfondo un conjunto -- de valores universales existentes en ese momento como son la-humanización, tecnificación, coordinación, etc.

Las ideas y valores sustentados en este período dan cuenta de lo anterior al señalarse entre otras cosas lo siguiente:

La coordinación obedece al propósito de personas físicas: ya sea el presidente o el interés de los gobernantes por mejorar la salud de la población. La forma como se concibe da cuenta de la importancia dada a los individuos o gremios y a los - valores universales que la sustentan: alcanzan la coordinación los hombres con personalidad propia, los grupos sociales bien integrados; su reorganización se materializará cuando exista -

un adocctrina iento y comunicación efectiva entre las insti-
tuciones los individuos, y logren una doctrina común y ob-
jetivos comunes. A la larga estas tareas permitirán la crea-
ción de una personalidad profesional, la identificación al
grupo médico y la solidaridad con ... su función universal.

Esta forma de abordar el problema no solo queda en el
ámbito teórico, también tiene su contraparte en la práctica:
de entrada se decide que cualquier recomendación de la pro-
pia Comisión quedará solo como propuesta; asimismo las reu-
niones llevadas a cabo con los jefes de los Servicios Coordi-
nados de los Estados tienen como una de sus finalidades -
primarias intercambiar información y fortalecer la comunica-
ción eficiente.

La justificación aducida al finalizar el sexenio repro-
duce íntegramente esta idea al señalarse que la razón por -
la cual no se materializó fue debido a la falta de comunica-
ción expedida, falta de comprensión plena de su trascenden-
cia y falta de motivación de los individuos... de niveles -
inferiores.

El fenómeno más importante que queda por observar es --
que dentro de este pensamiento lo fenómenos biológicos (la -
medicina) se contraponen a los sociales. De allí que en nin-
gún momento se haya cuestionado alguno de ellos: la sociedad,
las clases, el Estado; ó se haya referido al momento en que-
se estaban dando los cambios (la problemática de la sociedad
mexicana); su visión subjetiva e ahistórica le imposibilita-
ba lograrlo.

En cierto sentido podríamos decir que este modelo tuvo
una posición de rechazo a a la concepción de los organismos-
internacionales ya que aún cuando retomó los fines: la coor-
dinación, se opuso a todos sus valores; con mucha razón se -
insistía que para que tuviera éxito no podía ser resultado -
ni de los ordenamientos jurídicos.

C).- Hacia una visión más estructural.

Las medidas propuestas en los regímenes posteriores -- representan un rompimiento respecto a esta visión "tradicional" al incorporarse alrededor de la coordinación, de la -- atención médica y aún de la sociedad un conjunto de criterios técnicos, científicos, sociales, etc.

Con el fin de abordarlos con mayor claridad y lograr -- un mejor nivel de exposición nos centraremos sucesivamente -- en los siguientes puntos: la concepción de los organismos -- internacionales, de los servicios de salud, del perfil epidemiológico, del Estado y de la sociedad. Y aún cuando algunos aspectos se presentan en dos o más áreas solo los --- abordaremos en una de ellas para no caer en situaciones repetitivas.

C.1).- La visión de los organismos internacionales.

Una de las teorías utilizadas frecuentemente para explicar las malas condiciones de salud de los países "atrazados" se manejó por diversos organismos internacionales relacionados con el quehacer del sector salud al ser los encargados de formular políticas de salud que de alguna manera -- debían ser implementadas por los países involucrados.

Su idea central considera que los problemas de salud -- de estos países se deben, ante todo, a su carencia de recursos y a la mala utilización que se hacía de ellos. En base -- a este argumento proponían alcanzar mínimos de parámetros -- "medibles" como son el número de médicos por determinado -- número de habitantes, de enfermeras, odontólogos, de hospitales, camas, etc.

El Banco Mundial es uno de los organismos con participación creciente en el sector dado el apoyo financiero que -- ofrece a numerosos países.

La clasificación utilizada por el Banco para mostrar la situación de salud toma en cuenta aspectos mensurables. Por ejemplo el ordenamiento que hace del cuadro Núm. 6 -- muestra que las razones de la deficiencia en los niveles de salud de varios países está determinado por el monto de las inversiones del Estado en la atención Médica.

Cuadro Núm. 6
Gasto invertido en salud en diversos países. 1976

PAIS	% del gasto en salud respecto al Gasto Fed.	% del gasto en salud respecto al P.N.B.	Gasto Público en salud Per cápita.
Honduras	14.7	2.8	10
Bolivia	8.0	1.0	6
Perú	5.8	1.4	10
Cuba	-	2.2	19
México	4.2	0.7	9
Panamá	8.1	1.6	19
Venezuela	4.9	2.7	64
URSS	-	2.7	90
Italia	16.8	5.7	170
RDA	-	2.6	421
Arabia Saudita	-	2.1	117

Fuente: World Bank. Modificado.

De la misma forma el citado Banco ordena los indicadores de salud a partir de los niveles de ingreso. En el cuadro Núm. 7 se señalan algunos indicadores de acuerdo al ingreso Per Cápita.

Cuadro Núm. 7

Indicadores del Estado de Salud en varios países de acuerdo al Ingreso Per Cápita. 1978.

Páís	Ingreso Per cápita.	Tasa de Na talidad.*	Tasa de mortali dad'*	Esperanza de vida.
Honduras	410	47	12	57
Bolivia	630	44	15	52
Perú	840	39	12	52
Cuba	910	19	6	72
México	1120	38	8	65
Panamá	1220	31	6	60
Venezuela	2660	36	7	66
URSS	3020	18	9	70
Italia	3440	13	10	73

Fuente: World Bank. (*) Tasa por 1000 Habitantes Modificado.

Intimamente ligada a la posición anterior se encuentra la recomendación de estas instituciones para alcanzar una cantidad de recursos mínimos tanto materiales como humanos con el fin de resolver problemas de salud. (Ver cuadro Núm. 8).

Cuadro. Núm. 8

Recomendaciones de la OMS - OPS sobre la cantidad de Recursos Humanos.

R U B R O	C A N T I D A D
Enfermeras	4.5 x 10,000 hábitantes.
Médicos	8.0 x 10,000 habitantes.
Odontólogos	3.5 x 10,000 habitantes.

Fuentes :OPS. Plan Decenal de Salud para las Américas.1973

Si bien estas proposiciones tienen una racionalidad técnica también se sustenta en un planteamiento de base el cual deber ser explicitado. Se considera como el crecimiento de los recursos automáticamente beneficiará la población en igualdad de condiciones y por lo tanto mejorará sus niveles de salud, o sea, que en -

cuanto cada país logre alcanzar determinado promedio estará en condiciones de obtener niveles satisfactorios.

Es un hecho que con estos planteamientos se logra tener una idea mínima sobre la situación de salud y los recursos existentes. Más, existe de inmediato una serie de dificultades al interior de su formulación, a saber: 1.- en ningún momento se consideran las condiciones más generales en que se ubican estos recursos; esto es, las desigualdades sociales, la existencia de determinadas clases sociales, la distribución irracional de los recursos, etc. Esto significa, en los términos que Berlinguer emplea "que se ignoran las prioridades en sentido histórico y no en sentido ético, de la economía política sobre la sanidad, significa considerar la ciencia médica en sí, su transformación con sus éxitos parciales y no la transformación global, ...y que estas acciones se limitan a promover acciones como el control o no de los nacimientos, la cura del enfermo, el registro de muertes, la construcción de hospitales, formando grandes contingentes de médicos y olvidando las causas comunes tanto de las carencias sanitarias como del subdesarrollo".

Así, este modelo ha sido retomado por los países "atrazados" para hacer sus diagnósticos, elaborar sus planes, dirigir las inversiones, su distribución, etc. sin considerar las condiciones al interior de las instituciones y al interior de cada formación social.

C.2).- El Sistema de Atención Médica.

El análisis sistemático ocupa un lugar preponderante en el estudio de los problemas de salud y la reorganización de la atención médica sobre todo a partir de los primeros años del decenio pasado. Ante la proliferación de instituciones, su crecimiento, los problemas de coordinación y control, la duplicación de funciones, la elevación de costos, el desperdicio de recursos, etc. tanto programadores como tecnócratas

tas, participantes del Plan Nacional de Salud como de la Coordinación del Sector Salud han concebido la reorganización de los servicios de salud (personas, organización, equipos, conceptos) en base al modelo de sistemas. De allí que se hayan formulado los sistemas de salud, de atención médica, de servicios de salud, de información, de hospitales, de planeación, de donación voluntaria de sangre, etc.

La coordinación de los servicios de salud, como ordenación metódica en el uso de todos los recursos humanos y materiales disponibles tanto por las instituciones públicas como privadas, de atención médica como asistenciales, ha sido considerada la estrategia por excelencia para lograr el sistema nacional de salud. La racionalidad de éste, al ubicarse en un contexto más amplio, logrará abatir las "iniquidades regionales", el centralismo, el manejo dispendioso de los recursos, que han caracterizado la atención médica en el país.

Estas ideas se complementan al considerar como el sistema de salud, o de atención médica * (o su versión actual: sistemas de servicios de salud) posee un flujo cibernético en donde los insumos se conducen en forma armónica con la toma de decisiones, la selección de prioridades y el diseño de programas a fin de dar mejores prestaciones de salud a la población. A mayor redundancia se afirma que quien recibe los beneficios de todo el sistema es la población al mejorar su estandar de vida a base de elevar su cultura y alcanzar el más alto estado posible de salud.

Ya en 1969 el grupo de estudio sobre la coordinación expresaba las particularidades del sistema "... contempla la planificación coordinada de servicios a nivel central - institucional, la coordinación administrativa y la consolidación presupuestaria a nivel regional y la prestación de servicios integrados de salud a nivel local."

* En el presente trabajo utilizamos los terminos en forma intercambiables.

La utilización del modelo sistémico ocupa un papel importante en la sociedad actual no sólo en la reorganización de la medicina sino en otras áreas como es la cibernética, la administración, las teorías de la información, la computarización por mencionar las más señaladas.

El mismo se refiere a cualquier análisis formal cuya finalidad es sugerir el curso de acción de un fenómeno examinando los objetivos en forma sistemática, el costo, la eficacia los riesgos de las políticas y estrategias.

De allí que al analizar las instituciones de salud tenga como objetivo estudiar sus elementos y sus propuestas de superación lo cual "permitirá comprender su situación y alcanzar el máximo de eficacia y racionalidad". Y en tanto sus principios metodológicos son universales -tal como sostiene Shigan- a todo su análisis se le confiere un carácter "técnico científico".

Dado que el análisis sistemático es un esfuerzo de --aprehensión totalizadora del conjunto de fenómenos biológicos y sociales es evidente la aceptación que ha tenido por parte de tecnócratas y científicos, más, cuando trata de --integrar los diferentes campos científicos por medio de una metodología unificada de conceptualización.

Sin embargo, frente a las aparentes ventajas que ofrece este modelo general y unificado es necesario hacer algunas consideraciones sobre su bases y funciones.

Se trata, -aclara Chauvenet-, de un modelo meramente analógico y de un simple vocabulario que permite abordar --sin mayor transición de la máquina al organismo, de la vida biológica a la vida social. Y en tanto considera similares los fenómenos biológicos y los sociales es incapaz de explicar sus conflictos, el control social y sus contradicciones.

Y en tanto se considera las relaciones entre los sistemas como de nutua dependencia ello explica porqué el sistema de salud se le incluye en el sistema global concibiendo sus relaciones de orden y equilibrio las cuales se logran

a través de mecanismos de adaptación y ajuste.

La incorporación del análisis sistémico en suma, ha permitido a la medicina extender el monopolio de su ejercicio en defensa de la supervivencia del cuerpo humano y la naturaleza y en tanto representante del cuerpo ha producido los indicadores sociales que definen sus límites - (y del sistema económico) al mismo tiempo que su legitimidad (Chauvenet pp. 63) .

Eficacia, racionalización, accesibilidad y redistribución.

Casi todos los diagnósticos formulados por las instituciones sobre el funcionamiento de la atención médica - (60-80) llegaron a las mismas conclusiones en cuanto a los problemas que enfrentaban los servicios de salud.

Todos ellos hacían incapié en que el esquema asistencial predominaba una atención médica de tipo curativo, centralizadora, de costos elevados, basada en el 2o. y 3er. nivel, un gran porcentaje de la población carecía de los servicios médicos básicos especialmente quienes habitaban en poblaciones (90,000 ó 100,000) con menos de 2,500 habitantes, cada institución contaba con sus propios recursos, políticas y programas, había una mala utilización de los recursos ya sea por sub-utilización o mala aplicación, etc.

Desde una perspectiva más amplia se daba cuenta, en términos ampliamente conocidos, de la crisis del sector que se manifestaba en la eficacia, costos, accesibilidad y distribución.

De esta manera, todas las propuestas de coordinación de los servicios de salud (sistema nacional de salud) manejadas en este periodo tuvieron como objetivos centrales la resolución de todos y cada uno de los problemas mencionados utilizando para tal fin las estrategias de extensión de cobertura, coordinación, regionalización, sectorización, programación, etc.

La racionalización dá cuenta, ante todo, del crecimiento de los costos y la limitación de los recursos y significa la adecuación entre las necesidades y los recursos existentes. La misma adquiere particular relevancia en países como el nuestro dada la carencia permanente de financiamiento en todos los gastos sociales y el crecimiento sostenido de las necesidades.

Esto ha conducido al establecimiento de una serie de criterios para normar la toma de decisiones, analizar el costo beneficio, aumentar la productividad, establecer políticas acordes con las inversiones, realizar auditorías, etc. cuyas mé^{tas} principales son la eliminación de duplicación en los servicios y actividades, aumentar la productividad, adoptar tecnologías de bajo costo, establecer procesos de planeación interinstitucional, cuidar racionalmente el equipo, etc. (Testa).

A este planteamiento técnico poco se le podría añadir, más, al incorporar algunas observaciones sobre su ámbito teórico u operativo en condiciones concretas, surgen los siguientes problemas:

Si tomamos al pie de la letra la información del Banco Mundial que señala como en México se le dedica el 0.7% del P.N.B. a la salud ello significa que la racionalización es insignificante respecto al monto de la riqueza global. Y, suponiendo que efectivamente la coordinación de los servicios de salud logren efectivamente la racionalización de los recursos, hay que tener en cuenta -como atinadamente piensa Testa- que el incremento en los costos de la atención médica se ha dado fundamentalmente en 4 áreas: formación de médicos especialistas y superespecialistas, administración de los servicios ante todo por un desarrollo y sofisticación de la maquinaria burocrática, costo de los medicamentos y equipos de diagnóstico y tratamiento cada vez más avanzados.

Desde este punto de vista el establecimiento de programas de atención médica resulta insignificante ante las gananc

cias de la industria químico-farmacéutica transnacionales - o proveedoras de equipos altamente especializados. En este sentido no nos estamos refiriendo a la SSA o al SNDIF cuyo monto es insignificante sino en lo que representan las inversiones de la medicina privada y en ocasiones las mismas instituciones de seguridad social en estos rubros.

A este respecto se podría formular ¿qué significa racionalizarle 1,000 ó 2,000 pesos a un mexicano para prevenir, atender y rehabilitar sus daños a la salud o fomentar su salud?.

Desde la Reunión de los Ministros de Salud de todo el Continente en Santiago de Chile en 1971 se reconoció -- que los servicios médicos no extendían su cobertura a toda la población. En el ámbito nacional éste hecho, repetido -- tanto en el Plan Nacional de Salud como en la CSS, se ha -- tratado de resolver definitivamente al adoptar el gobierno mexicano el principio de Alma Ata de "Salud para todos en el año 2,000".

La incapacidad del Estado para lograr una cobertura total de la población, de entrada, ha significado un cuestionamiento para el mismo Estado al reconocerse que los -- beneficios de la Revolución no han llegado a toda la población; en esta dirección se inscribe la afirmación del Dr. Soberón al señalar "se pretende superar las injusticias... en la desigual acceso de los mexicanos a la salud".

En otro plano es preciso tener en cuenta, recordando a diversos autores, como el problema de la accesibilidad no se limita al ámbito geográfico sino también a la incapacidad para cubrir los costos de la misma atención y a las barreras psicológicas existentes entre el prestador de servicios y el enfermo.

Olvidándonos del último punto, como parece ser también la posición oficial, y si hicieramos un señalamiento sobre la población a proteger habríamos de preguntarnos --

cual es la modalidad que adoptará la protección.

Es de todos conocido como la extensión de cobertura se ha organizado por medio de paramédicos, promotores adiestrados o, aún médicos recién egresados. Sin cuestionar la validez de formar paramédicos, auxiliares o el uso de médicos recién egresados de entrada resulta contradictoria la existencia de miles de médicos desempleados, con todas sus carencias y deformaciones, y una gran población sin servicios. Más, cuando se afirma oficialmente que no hay ninguna solución para los médicos o enfermeras desempleadas.

Una crisis de eficacia tiene que ver con la incapacidad de determinado modelo para lograr sus objetivos. En el área de la salud se ha insistido en que las enfermedades infecciosas siguen prevaleciendo, aumentan las crónicas degenerativas y la desnutrición.

El primer señalamiento en este punto es que tanto el modelo curativo como el preventivista han mostrado su agotamiento. En tanto consideren los problemas de salud en términos individuales o ecológicos (ambiente, industrialización, saneamiento, excretas, etc.) que indudablemente son factores que influyen en la salud y se tenga la incapacidad para analizar y atacar los aspectos causales histórico-sociales, estos esquemas seguirán promoviendo las prácticas de todo tipo: alimentación, diabetes, saneamiento, etc. ó, haciendo propaganda por los medios masivos de comunicación para que individualmente se deje de fumar, se resuelvan los problemas de drogadicción, se vacune a los hijos, etc.

Otro rubro donde se podrían señalar mecanismos para resolver los problemas de eficacia se dá a través de la investigación permanente tanto de los perfiles de salud o patológicos de la población, sus causas y la adecuación de la atención médica. En tanto se siga considerando científicamente

ca la investigación positivista o neopositivista: biomédica, y aún sociomédica, y ante las dificultades que la misma tiene por la incapacidad de formar y sostener a los recursos, es previsible continuar con el pragmatismo y eficientismo que ha caracterizado el funcionamiento de las instituciones, y con cambios de programas a nivel sexenal.

Una de las constantes básicas en todos los planteamientos institucionales o personales en el período estudiado es considerar que el sistema de atención médica posibilitará la distribución de la riqueza social.

Este razonamiento de entrada reconoce la distribución inadecuada de la riqueza y que parte de ésta podría ser extensiva a toda la población.

Es legítimo preguntarse a este respecto si solo la cobertura de la atención médica, en caso de que suceda, posibilitará lograr el objetivo expuesto.

Como ya se mencionó anteriormente, México tiene uno de los porcentajes dedicados a salud más bajos del mundo. Esto significa que le corresponden 373.70 pesos de 1970 a cada mexicano. Dado el estancamiento en las inversiones sociales, aquella cantidad que se obtendría de la racionalización se tendría que utilizar para el 20% de la población que actualmente no cuenta con servicios médicos. Ante estas cifras tan puntuales ¿redistribuir 373.70 pesos (de 1970) significa redistribuir la riqueza social? Evidentemente que no.

C.3).- La visión epidemiológica.

La visión adoptada por los organismos de salud en el país sobre la enfermedad, su distribución y sus causas ha sido optimista y parcial.

Frecuen-emente se han consignado avances importan--tes en la salud de la población en las últimas décadas:- se ha disminuido la mortalidad y ha aumentado la esperan_za de vida de la población de donde se concluye que las --condiciones de salud de los mexicanos se asemejan a la de los países desarrollados.

Se mencionan, como contraparte, algunas áreas donde los logros se han estancado: persisten las infecciones, se dá un ascenso en las enfermedades crónico-degenerativas y la desnutrición. La mortalidad infantil con sus tasas elevadas es otra de las preocupaciones sobresalientes. -

Teniendo como premisa que la salud constituye el estado de equilibrio entre el individuo y la colectividad en su ambiente físico y social, el propósito de un sistema --nacional de salud es crear sistemas más eficientes para me_jorar la salud de todos los mexicanos (Soberón). A ésta --afirmación se le ha agregado que "solo alcanzaremos un nivel satisfactorio de salud cuando se logre una adecuada --distribución de los beneficios del desarrollo".

Esta afirmación parece promisoria, más, en el futuro. En la actualidad ¿cómo se ubica el problema epidemiológico?.

De alguna forma todas las definiciones formuladas se desprenden de la definición sobre el particular expuesta en la Reunión de los Ministros de la Salud anteriormente referida: "Los problemas de salud los entendemos como el conjun_ to de factores que condicionan las enfermedades y su destri_bución en cada sociedad. Estos factores son de orden bioló_gico, económico, histórico y cultural".

El PNS es congruente con este postulado: ubica las --causas de las enfermedades prioritarias en los hábitos higie_nicos familiares inadecuados, en los factores ambientales,- entre los que el hacinamiento y la contaminación fecal so--bresalen. La CSS es un poco más amplia al respecto. Los faç_tores de importancia los encuentran en los agentes patógenos y numerosas circunstancias del medio, en especial las rela--cionadas con el empleo, el suministro del agua potable, la-

eliminación de excretas, el hacinamiento, la vivienda, y - la carencia de servicios médicos.

Todos estos factores, se concluye, son los responsables de la escasa capacidad de los escolares, del rendimiento limitado de la fuerza de trabajo y del sentimiento de -- pesimismo ante la vida.

La discusión del concepto de salud, la distribución - de las enfermedades y las causas de las mismas adquiere particular relevancia ya que no solo dá cuenta de la perspectiva adoptada sobre el problema sino también del sentido que se le dán a las acciones.

Una definición de salud/no salud en términos de equili**br**io o bienestar implica, como se ha señalado reiteradamente, por numerosos autores, adoptar una definición demasiado general, incapaz de definir positiva u operacionalmente las ac**ci**ones dado su carácter teleológico que en todo caso se limita a la lucha para eliminar los agentes externos asociados - con la enfermedad.

El modelo ecológico, tanto en su versión de Leavell y Clark como de Mac Mahon, ha posibilitado acercarse a un conjunto de factores del ambiente los cuales indudablemente son importantes en el conocimiento de la aparición de la enfermedad, más que, presenta una incapacidad para conocer y menos-de transformar aquellos que se relacionan con la génesis del fenómeno salud-enfermedad.

C.4).- El Estado.

Gestión protección y rectoría. Estos tres conceptos-resumen la visión que se tiene del Estado y su papel en la atención médica y en la sociedad. En los programas de gobierno y en los informes presidenciales, en las propuestas de planeación y las de coordinación se presenta como el organismo ubicado encima de los intereses de los grupos (específicamente de la comunidad) lo cual le permite formular programas, planes y políticas para reformar la sociedad: algunas afirmaciones dan cuenta de lo anterior en la reorganización de la atención médica: "La salud ha sido objeto siempre de las mayores preocupaciones del Estado", "El papel rector del Estado como garantía y promotor del bienestar popular", "El Estado es el único que puede proporcionar bienestar popular", "El gobierno de la República ha decidido asegurar los mínimos de bienestar, salud y educación".

El énfasis que se procura dar a todo el discurso es - que siendo el Estado un organismo neutral, es el único que puede lograr las transformaciones: cambios dentro de una visión planificadora y metódica, ordenada.

Habiendo decidido la forma como se tomarán las decisiones y el sentido de los cambios se le asigna a la población algunas tareas, generalmente relacionadas con el cumplimiento de los objetivos formulados previamente: "(La participación del Estado) se reforzará con los esfuerzos que los propios ciudadanos hagan para preservar su salud", "Se requiere la participación directa del pueblo por la vía de las instituciones" "Las medidas que sobre el particular se vayan dictando, cada uno de nosotros debe ser su atento vigilante" y "la organización de la comunidad (es necesaria) para promover su participación sistemática en programas de higiene, salubridad y mejoramiento del ambiente".

En el trasfondo de este discurso se encuentra la visión neoliberalista del Estado que tiene como criterio ---

fundamental una concepción de la libertad y donde el poder político debe limitarse a la regulación de las relaciones individuales con una intervención en el desarrollo económico el comercio y la administración y planificación global.

De esta forma se concibe como la unión de los diversos sectores sociales (como protector y vigilante) con el compromiso, entre el Estado y el pueblo, de llevar adelante reformas sociales con un sentido nacionalista.

C.5).- La Sociedad.

Uno de los objetivos prioritarios y señalados explícitamente en todos los planes globales y particulares en el área de la salud y la atención médica en el período estudiado manifiestan la necesidad impertergible de considerar la salud como parte del contexto social; el plan nacional de salud se inscribe dentro del plan nacional de desarrollo, el sistema nacional de salud dentro del sistema nacional de planeación. La salud como parte del desarrollo y el desarrollo de la salud.

Puesto que se trata de la integración de la salud al sistema global es necesario explicitar algunas ideas referidas sobre éste último.

La planeación pretende modernizar y reformar la sociedad. Los cambios los refieren a una sociedad no desarrollada, esto es, atrasada, subdesarrollada o en vías de desarrollo.

El mecanismo para lograr el desarrollo consiste en iniciar cambios profundos y reformas estructurales donde el Estado participe como orientador y planificador. Uno de los cambios a los que mayor referencia se ha hecho, ya sea en las corrientes dualista, desarrollista, estructuralista y aún neokeynesiana insiste en el crecimiento de los polos de desarrollo teniendo como base la industrialización, el -

financiamiento externo y el comercio internacional. El objetivo consiste en lograr el crecimiento (ingreso, inversión, ocupación, etc). para en un segundo momento redistribuir la riqueza generada.

Es evidente la carencia de una explicación histórica de esta teoría y el énfasis dado a los aspectos económicos- la que deja de lado las condiciones de políticas y sociales tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

8.- SOBRE LOS FINES.

A).- Consideraciones iniciales.

Antes de señalar puntualmente algunos de los fines más sobresalientes de la propuesta de coordinación de los servicios médicos es necesario hacer tres consideraciones.

Si bien se han mostrado las implicaciones de las características, génesis, y bases de la propuesta de coordinación estatal, ello no significa que exista una negación de todos los elementos que la conforman, esto es, si la forma como se ha visualizado la transformación de la atención médica en México puede ser objeto de críticas objetivas y demasiado serias, ésto no significa reconocer sus aspectos positivos como es el derecho a la salud que tienen todos los individuos.

Siguiendo con esta idea resalta la existencia en la propuesta de diversos proyectos "progresistas" entre los que sobresalen la participación de los municipios, el fortalecimiento del primer nivel de atención y la cobertura a toda la población.

Pero también merece destacarse el manejo ideológico que se le ha dado al utilizarse para ocultar las desigualdades no solo de la atención médica sino de la apropiación de la riqueza social y de las contradicciones sociales.

B).- Fines particulares. Propósitos globales.

Frente a la visión tradicional que señala el carácter técnico instrumental de las políticas de salud basada en criterios idealistas, positivistas y neopositivistas en todas sus versiones, y teniendo en cuenta lo formulado a lo largo del presente trabajo consideramos que entre las implicaciones más notorias de la coordinación de los servicios de salud a lo largo de 2 décadas se encuentran:

Postulado Núm. 1

El proyecto para coordinar los servicios de salud representa el modelo más estructural y sistemático que se ha desarrollado en México en el presente siglo para organizar la atención médica.

Postulado Núm. 2

La coordinación de los servicios de salud constituye una de las instancias ideológicas del Estado.

Postulado Núm. 3

La coordinación de los servicios de salud, en tanto instancia ideológica, significa uno de los ámbitos hegemónicos del Estado.

Postulado Núm. 4

La propuesta de coordinación de los servicios de atención médica, en tanto instancia hegemónica, responde a los intereses de la clase dominante en México, así como retoma algunas demandas de las clases subordinadas.

Postulado Núm. 5

La coordinación de los servicios de salud se inserta orgánicamente dentro del proyecto económico dominante.

Postulado Núm. 6

La coordinación de los servicios médicos materializa los postulados esenciales que sobre el particular han dictado los organismos internacionales.

C).- ALGUNAS IDEAS FINALES.

Estamos convencidos de que una reorganización de los servicios de salud capaz de resolver las necesidades y demandas de la población solo puede ser producto de una propuesta alternativa que supere el trabajo individual o el de un grupo denominado de expertos.

Aún cuando no es el propósito del presente documento señalar pautas en esa dirección y si se tuviera necesidad de formular algunas ideas al respecto tendríamos que repetir las consideraciones manifestadas en diversos foros.

Deberíamos partir considerando como la salud y la atención médica son respuestas que una sociedad ofrece y determina al el conjunto de la población.

Esto significa en términos concretos que cualquier política de salud tiene un conjunto de postulados técnico-científicos los cuales se organizan en base a una perspectiva -- ideológica la cual se desprende de un contexto político y social determinado.

Entre las ideas que guiarían una propuesta alternativa para reorganizar la atención de la salud se podrían mencionar:

1.- Ser el producto de la participación activa y gestora de toda la población.

2.- Incorporar la cuestión de la salud y su atención a la discusión global de la sociedad en todos los niveles.

3.- Considerar el sistema nacional de salud como una etapa transitoria para lograr el seguro nacional de salud.

4.- Abrir la discusión ideológica y cultural con el -- objeto de crear una nueva cultura en salud.

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

- 1.- Limoeiro, M.: La ideología dominante. Brasil-America - Latina, S. XXI. México. 1975.
- 2.- López Portillo, J.: Coordinación de los Servicios de - Salud Pública- Salud Pública de México, Epoca V, Vol.- XXIII No. 5 Sept-Oct. 1981.
- 3.- Periódico: Uno más Uno.: Editorial, 26 de Agosto de -- 1981. México.
- 4.- Revista: Por Esto.: No. 11 pp. 27 Septiembre 10, Méxi- co. 1981.
- 5.- Farell, A.: Declaraciones en: Periódico:Uno más Uno. 8 Febrero 1979, México, D.F.
- 6.- World Bank.: Health Sector Policy Paper. Washington -- 1980.
- 7.- López Acuña H.: La salud desigual en México. Ed. S. -- XXI, México. 1980.
- 8.- López Acuña H.: Ibidem.
- 9.- CONACYT.: Lineamientos de política y programas de mate- rial alimenticia, Citado por López, H.: Idem.
- 10.- Algunos trabajos referentes al tema son: Celis y Nava, Patología de la pobreza. Revista Médica Hospital Ge- - neral., Vol. 33 1970; Asimismo Briseño, A., Mercado F. J., Salazar., H.: Perfil Patológico de los obreros pe- troleros. UAMX. Mimeo. 1979.
- 11.- S.S.A.: Plan Nacional de Salud. México, 1973.
- 12.- Laurell, C.: en : Timio.: Clases Sociales y enfermedad. Introducción. Ed. Nueva Imagen, México. 1979.
- 13.- Timio.: Clases Sociales y Enfermedad. Ed. Nueva Imagen. México. 1979.
- 14.- Piersanti, F.: La dialéctica entre la investigación -- científica y la práctica de la Medicina, en: Varios: - Medicina y Sociedad. Ed. Fontanella. Barcelona. 1974.
- 15.- Conti, Laura.: Estructura Social y Medicina. Ibidem.

- 16.- PAHO.: Administration of Medical Care services. Sc. Pub. 129 Washington, 1968.
- 17.- García, J. C.: La articulación de la medicina con la estructura social. Mimeo.
- 18.- Polack, J. C.: La Medicina del Capital. Ed, Fundamentos. Madrid. 1971; y, Sigerist, H.: Civilization and Disease. University Press. Chicago. 1970.
- 19.- Menendez. E.: Relación terapéutica y relación ideológica. Mimeo.
- 20.- Kiffman, R. J.: Instituciones de salud en México. Su coordinación. Tesis de Graduación. UAM-X. México. 1978
- 21.- Samaja, J.: El concepto de Práctica Médica en la educación médica superior. Mimeo.
- 22.- Laurell, C.: Salud enfermedad y estructura social. Salud Problema. No. 3 UAM-X. México. 1978.
- 23.- Menéndez. E.: El modelo médico hegemónico y los modelos de auto-atención a la salud. Mimeo.
- 24.- O.N.U. Citado en Molina, J.,: Third World Experiences in health planning. Int. J. Health Services. 9(1). --- 1979. pp.- 140.
- 25.- Bucí . Glucksmann, C. Eiramci y el Estado. S. XXI Méx. 1979
- 26.- Mouffe, Ch.: Ideología y Hegemonía en Gramsci. Mimeo.
- 27.- Varñas.
- 28.- Limoeiro, M.: Idem.
- 29.- Cardoso, F., Falétto, E.: Dependencia y desarrollo en America Latina. S. XXI. México. 1979; Cueva. A.: El -- desarrollo. pp.- y,. De la Peña, S.: La formación del capitalismo en México. S. XXI. México. 1978.
- 30.- Cueva, A.: El desarrollo del capitalismo en América -- Latina, S. XXI. México, 1978.
- 31.- Molina, J.: Third World experiences in health planning. Int. Vealth, 9, (1) 1979. pp.- 140.
- 32.- OEA.: Carta de la punta del Este. O.E.A. Punta del Este. 1961.

- 33.- Ibidem.
 - 34.- HR/CPP/D/23. Mimeo.
 - 35.- Ibidem
 - 36.- Horwitz. A.: Health and progress in the Americas. -- OPS. Doc. Of- No. 63. Washington. 1963.
 - 37.- OPS.: II Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Buenos Aires. 1968.
 - 38.- HR. Idem.
 - 39.- OPS.: II Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Buenos Aires. 1968.
 - 40.- Horwitz, A.: Prefacio en :OPS.: Sistemas de Salud. -- Pub. Cient. No. 234. Washington. 1972. pp.- V.
 - 41.- OPS: Sistemas de Salud. Pub. Cient. No. 234. Washington 1972. pp.- 6
 - 42.- Ibidem.: pp.- 6-7
 - 43.- Ibidem. pp.- 8
 - 44.- Ibidem. pp.- 8
 - 45.- Molina, J.: Idem.
 - 46.- OPS. III Reunión de Ministros de la Salud. Washington 1973.
 - 47.- OPS.: Informe Anual del Director. 1962, 1963, 1964, -- 1965, 1966, 1968. Washington.
 - 48.- OPS. Informe Anual del Director., 1968, 1979, 1970, -- 1971, 1972 y 1973.
 - 49.- OPS.: III Reunión de Ministros de la Salud. Washington
- A P A R T A D O 5
- 50.- Eibenschutz, C.: Hegemonía y Salud en el Estado Mexicano, 1910-1940. UAM.Xochimilco. México. 1978. s.e.

- 51.- Jorge Koifman, R.: Instituciones de salud en México, Su coordinación. UAM. Xochimilco, México, 1978. s.e.
- 52.- SSA.: La Salud Pública en México. 1959-1982. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México. 1982.
- 53.- COPLAMAR.: Necesidades esenciales en México. Salud.- Situación actual y perspectivas. Vol. 4 COPLAMAR-S - XXI. México. 1982. y, Crerenna, P.: Evolución y Funciones de la Salud Pública en México en: Varios. :-- Medicina y Sociedad. Círculo de Estudios Ismael Cosío Villegas., A.C., (1). México. 1978.
- 54.- González. C.P., Florescano, E., et al.: México, Hoy-Siglo XXI. Ed. México. 1979. Asimismo: López Acuña - D.: La Salud Desigual en México. Idem.
- 55.- Rajchenberg, E.: Estado en la reproducción de la fuerza de trabajo. (Marco teórico y los casos de la Seguridad Social y de la Salud en México. UNAM. México. - 1980. s.e.
- 56.- Correa, M. E., Estado **México** y Salud. Análisis del-Gasto Social en Salud de Lázaro Cárdenas a López Portillo. UNAM. México. 1979.
- 57.- Carmona, F.: Reflexiones sobre el desarrollo económico de México 1929-1970, en Gaceta de la UNAM. Epoca - IV. Vol. 3 Suplemento No. 3 UNAM. Marzo 1979. México.
- 58.- De la Peña, S.: La Formación del Capitalismo en México. S. XXI., Ed. México. 1978.
- 59.- Cordera, R.: Desarrollo y Crisis de la Economía Mexicana Ensayos de una interpretación histórica. Fondo de Cultura Económica. Lecturas. No. 39 México. 1983.

A P A R T A D O . 6

- 60.- Decreto que crea una Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social., S.P.M.: 7(4) 603, 1965.
- 61.- Martínez P.D. Coordinación entre la Salud Pública y la Seguridad Social., S.P.M., 8(6) 837, 1966.
- 62.- López F.D., La Coordinación piedra Angular de los Programas de Salud Pública., S.P.M., 8(2), 173, 1966.
- 63.- Calero E.C., Lee K.A., Puntos Generales de Coordinación., S.P.M., 10(3) 379, 1968.
- 64.- Álvarez G.R., Campos. S.A. Vilchis V.J., Resultados de la Coordinación., S.P.M. 10(3) 383, 1968.
- 65.- Alvañez A.R. La Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencial y Seguridad Social S.P.M., 11 (6) 727, 1969.
- 66.- Coordinación entre los Servicios de Atención Médica -- de los Ministerios de Salud y de las Instituciones de Seguridad Social. Of. San. Pan. 62 (1) 9, 1967.
- 67.- Martínez P. D. Coordinación entre la Salud Pública u - la Seguridad Social., O.S.P., 62 (1) 33, 1967.
- 68.- Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud -- Pública, Asistencia y Seguridad Social. S.P.M. 14 (1)-115, 1972.
- 69.- Morones, P.I.; La Medicina Preventiva y la Seguridad-- Social; Higiene., No. Extraordinario 13, 1969.
- 70.- Alvañez Gutieérrez R.D.; Coordinación de Programas Me-- dico Preventivos; Higiene E.-F., Vol. XXI(1) 58-1970.
- 71.- Moreno Valle R.; Propósitos de la Integración de los - Programas de Salud. Higiene. Jul-Agost. Vol. XVII,(4) 1965.
- 72.- La Coordinación de las Actividades de los Organismos - que realizan Programas en el Campo de la Salud.; Higie ne, May-Jul. Vol. XVIII,(3)66, 1967.
- 73.- Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pú blica, Asistencia y Seguridad Social. Higiene;Vol.XIX, (2). Marz-Abrl. 50-1969.

- 74.- Jimenéz C.J.; Palabras Pronunciadas por el Dr. Jorge Jimenéz Cantu, Secretario de Salubridad y Asistencia Higiene, Vol. 22 (2) Marz-Abril.227,1971.
- 75.- S.S.A., La Salud Pública en México; 1959-1982.S.S.A., México. 1982.
- 76.- López A.D.: Idem.
- 77.- De Wit G.A.; El futuro de los Servicios de Salud en-México., Libros de México.; México. 1975.
- 78.- S.S.A., Programa Nacional de Seguridad Social.,(17) - Plan Nacional de Salud. S.S.A., México. 1974.
- 79.- S.S.A., Programa Nacional de Seguridad Social; (14) - Plan Nacional de Salud S.S.A., México. 1974.
- 80.- S.S.A., Memoria., Tomo I., Primera Convención Nacional de Salud., Secretaría Salubridad Asistencia; México. - 1974.
- 81.- S.S.A., Plan Nacional de Salud en Memorias de la principales Actividades Realizadas.; 1971-1976. S.S.A., -- México. 1976.
- 82.- Laguna G.J.; Sistemas de Salud en México; Bol. S.S.A., 13 Nov. 1979.
- 83.- Coordinación de los Servicios de Salud., Boletín. In--formativo (1,2,3 y 4) S.S.A., México. 1982.
- 84.- S.S.A., Sistemas de Servicios de Salud., S.S.A., Méxi--co. 1981.
- 85.- López N. M.C., Integración del Subsector Salud en lo - Refèrente a Asistencia Médica Asistencial Social y Sa--lubridad General., S.S.A., México. 1982.
- 86.- Coordinación de los Servicios de Salud.; Instalación - de la Coordinación de los Servicios de Salud. Cuader--nos de la Coord. de los S. de S., (1). México. 1981.
- 87.- Coordinación de los Servicios de Salud., Presentación--del Programa de Acción de la Coordinación de los Ser--vicios de Salud en la Reunión de Trabajo del Gabinete--del Sector Salud., Cuadernos de la Coord. de los S. de S. (2) México. 1981.

- 88.- Coordinación de los Servicios de Salud. Creación de los Subcomites Especiales para el Estudio de la Integración de los Servicios de Salud en los Estados de la República.; Cuadernos de la Coord. de los S. de S. (3) México. 1982.
- 89.- Coordinación de los Servicios de Salud. Tendencias -- de la Investigación en Salud de México. Cuadernos de la Coord. de los S. de S. (5) México. 1982.
- 90.- S.S.A., La Reforma Juridica para el Sistema Nacional de Salud.; Cuadernos de la S.S.A., (1) México. 1983.
- 91.- S.S.A., Instalación del Gabinete de Salud del Poder Ejecutivo Federal. Cuadernos de la S.S.A., (2). México. 1983.
- 92.- S.S.A., Foro de Consulta Popular para la Planeación Democrática de Salud., Cuadernos de la S.S.A., (4) -- México. 1983.
- 93.- S.S.A., Mecanismos de Integración Sectorial. Cuadernos de la S.S.A., (5) México. 1983.
- 94.- Martínez M.E.; Politicos del Sector Salud.; Higiene - Vol. 29 (1) pp.- 30-35 Enero-Feb. 1979.
- 95.- S.S.A., El derecho a la Salud Garantia Constitucional Boletín. S.S.A., Año 1 (4) Junio 1983.
- 96.- Valero J.; El Sistema Nacional de Salud. Entrevista con el Dr. Guillermo Soberon. Información Científica y Tecnológica.- CONACYT. Vol. 5 (79). Abril. 1983.
- 97.- S.S.A., Esquema para el Estudio de la Evolución Jurídica Administrativa de la S.S.A., Cuadernos de Estudio Divulgación Legislativa de la S.S.A., México 1983.
- 98.- Los elementos de las propuestas referidas en este apartado son los mismos que los del anterior (60-97).
- 99.- García, I.C. Ideología y filosofía.
- 100.- World Banki Health Sector Policy Paper. World Bank.- Washington. 1980.
- 101.- OPS.; Plan Decenal de Salud para las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Doc. of No. 118 - Washington. 1973.
- 102.- OPS.; Las condiciones de salud en las Américas. OPS.; Pub. Cient. 287 Washington 1974.

- 103.- Berlinguer, G.; Medicina y Política. Ed. Circul de -
Estudios. Cuernavaca. 1977.
- 104.- Testa, M.; Crisis aparentes en el sector salud. U. --
Central de Venezuela-CENDES.(Mimeo).
- 105.- Fassler, C.; Hacia un enfoque erítico de la investi--
gación en servicios de salud. UAM-X. México. 1978. Mi
meo.
- 106.- Testa, M.: Planteo de la planificación de salud en --
América Latina. UAM-X. México. Mimeo.
- 107.- Serimshaw, N.: Myths and realities in international -
health planning. AJPH. Vol. 64. No. 8 1974.p.p. 794.
- 108.- Vasco, A.: Enfermedad y Sociedad. Ed. Hombre Nuevo.--
Medellin 1979 Especialmente la 1a. parte.
- 109.- Cordeiro, H.: Analisis de la práctica médica actual -
en América Latina, Alternativas y tendencias, X Confe
rencia de Facultades y Escuelas de América Latina. --
Santo Domingo. 1977.
- 110.- Achard, P. y otros: Discurso biológico y orden social
Ed. Nueva Imagen. México. 1980.
- 111.- Galván, J.: La teoría de los Sistemas aplicado a la -
administración de Salud. OPS. Publ. Cient. 271. Was--
hington. 1973. pp. 48-67
- 112.- Shigan. E.: Systems Analysis in Health Care. en : Mo-
deling Health Care Systems. IIASA Workshop. Laxenburg
1077.
- 113.- Cordera, A.: Bobenrieth, M.: Administración de Sistemas
de Salud Tomo 1.: México. 1983.
- 114.- Solari, A.; Franco, R., Jutkowitz. J.: Teoría, Acción
Social y Desarrollo en América Latina. S. XXI. Méx. --
1976.
- 115.- Sunkel, O.; Paz. P.: El Subdesarrollo latinoamericano-
y la teoría del desarrollo. S. XXI, México. 1976.
- 116.- Mattos, C.: Planes versus planificación en la experien
cia latinoamericana. Rev. de la CEPAL. Agosto. 1979. -
Santiago. pp.- 79-93
- 117.- Fernández. J.: Estado y Neoliberalismo. No. 74 Vol. - -
Febrero. 1984.
- 118.- Berlinguer. G.: Salud, Ciencia y Sociedad. VAM-X. Mé--
xico. 1982.
119. Luz, M.: Estrategia de Hecce... ..