

UAM-I

/ CSH

/ Lic. ADMINISTRACION

/ 1979

U. A. M. ~~UNIVERSIDAD~~ BIBLIOTECA

SEMINARIO DE INVESTIGACION.

/  
EL PROBLEMA DE LA SALUD EN MEXICO Y LA CONTRIBUCION DE LA INDUSTRIA  
FARMACEUTICA.

/  
Javier De La Torre P.  
Alonso Licón Aguirre.  
U.A.M.I.

EL PROBLEMA DE LA SALUD EN MEXICO Y LA CONTRIBUCION DE LA INDUSTRIA  
FARMACEUTICA

INDICE GENERAL

	pag.
PRESENTACION . . . . .	
INTRODUCCION. . . . .	1
FACTORES SOCIO-ECONOMICOS	
Síntesis Histórica de la Morbilidad en México	
Período Prehispánico. . . . .	5
Período Hispánico . . . . .	11
Disposiciones Administrativas sobre Asistencia y Salubridad (1913-1960). . . . .	18
Causas Sociales de la Enfermedad	
Nutrición. . . . .	28
Educación. . . . .	30
Vivienda. . . . .	31
Aspectos Económicos. . . . .	32
Cuadros Estadísticos. . . . .	33
MAGNITUD DE LA MORBILIDAD EN MEXICO	
Morbilidad. . . . .	42
Mortalidad. . . . .	44
La Mortalidad en General. . . . .	45
La Muerte en la Infancia. . . . .	46
Cuadros Estadísticos. . . . .	49
CONTRIBUCION DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA EN LA SOLUCION DE LA MORBILIDAD	
La Diferenciación de Productos y su Costo Social. . . . .	67
Cuadros Estadísticos. . . . .	72
ACCION DEL ESTADO PARA MEJORAR LA SALUD PUBLICA	
Las Instituciones de Seguridad Social . . . . .	77
Síntesis Histórica de la Seguridad Social en México . . . . .	78
I.M.S.S. . . . .	83
I.S.S.S.T.E. . . . .	96
Secretaría de Salubridad y Asistencia. . . . .	97
Cuadros Estadísticos. . . . .	99
EL PRESUPUESTO PARA SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. . . . .	120
PLAN NACIONAL DE SALUD . . . . .	124

POLITICAS HACIA LA INDUSTRIA FARMACEUTICA . . . . .	128
CONCLUSIONES. . . . .	134
BIBLIOGRAFIA. . . . .	139
NOTAS. . . . .	142

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

La Organización Mundial de la Salud, que tuvo su origen en la -- Conferencia de las Naciones Unidas celebrada en San Francisco en 1945, define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o invalidez". El goce pleno de la salud es uno de los derechos fundamentales de todos los hombres sin distinción de raza, religión, ideas políticas, condiciones económicas o sociales. La salud de todos los pueblos es fundamental para alcanzar la paz y la seguridad. Para -- llegar a ello, se necesita la más amplia colaboración de los individuos y de los estados.

Al estado le corresponde la adecuada organización de los servicios sanitarios y de asistencia; el médico debe participar activamente en la aplicación de las técnicas de medicina preventiva, y toda la comunidad está obligada a enterarse de lo que debe hacer para evitar la enfermedad y a aceptar las medidas que se le indiquen.

Sobre estas tres piedras fundamentales está levantado el edificio sanitario encargado de defender la salud de las colectividades. Si bien ya desde los tiempos bíblicos algunos pueblos estaban familiarizados con obras sanitarias, puede decirse que no fue sino hasta después de los grandes descubrimientos de Luis Pasteur cuando comenzó a estructurarse la higiene y la medicina preventiva. Unos países más que otros, según su grado de civilización, sus condiciones climáticas y geográficas, su potencialidad económica, etc., fueron poniendo en práctica las medidas sanitarias destinadas a defender -

la salud pública, mediante tres órdenes de mecanismos, concurrentes todos al mismo fin: (1) la fundación de organismos técnicos encargados de la investigación y estudio de los problemas sanitarios; (2) legislación destinada a hacer compulsivas las medidas higiénicas y a mejorar las condiciones ambientales de las poblaciones, y (3) educación y cultura de las masas humanas.

Resultado de lo actuado en casi un siglo en este terreno es la desaparición en gran parte del mundo de las plagas que en otros siglos diezmaron las poblaciones, y la sorprendente elevación del promedio de duración de la vida humana. Pero la salud pública no es asunto que concierna sólo a cada estado dentro de los límites geográficos de su territorio. La civilización actual, con los adelantos técnicos que permiten la migración rápida de los individuos de una a otra parte del globo, ha facilitado la difusión de enfermedades infecciosas, que constituyen un peligro aun para los países con mejores condiciones sanitarias, y ha obligado al establecimiento de una sanidad internacional regida por acuerdos y tratados internacionales y dirigida por organizaciones también de ese carácter.

El presente trabajo trata de analizar el problema de la salud específicamente en nuestro país, México; tomando como base diversos factores que intervienen positiva o negativamente en dicho problema. Trataremos de abordar problemas tales como los de nutrición (alimentación), vivienda, educación, etc., y los trataremos de relacionar cada uno de ellos para ver o determinar la medida en que intervienen en la cuestión de la salud en México.

El primer punto que analizaremos del presente trabajo es el referente a la Historia de la Morbilidad en México donde expondremos --

una breve síntesis de los principales acontecimientos que se sucedieron durante el período prehispánico. En dicha época, observaremos dos tipos de medicina que se daban; en primer lugar la medicina ejercida por el brujo o hechicero, y la segunda representada por el individuo estudioso que curaba gracias a sus conocimientos e investigaciones en la materia. Veremos además, la importancia que se daba a los elementos naturales como son productos animales y vegetales para la curación de un sinnúmero de enfermedades, cosa que en algunos casos se sigue haciendo en la actualidad.

Como segundo punto pasaremos a mencionar los principales acontecimientos del período hispánico; así como las principales disposiciones administrativas sobre asistencia y salubridad que se dieron posteriormente en México.

Analizaremos también las causas sociales de la enfermedad comenzando por la manera en que interviene la nutrición en el crecimiento y desarrollo de la sociedad mexicana, así como las implicaciones que tiene ésta en el problema de la salud en México. Otros elementos o factores que también intervienen como causa social en el problema de la salud son la vivienda, la cual está condicionada por el ingreso que percibe la familia, la educación, que consideramos que influye determinantemente en el problema de la salud en México, ya que hasta ahora, el estado ha realizado un esfuerzo considerable -- con el fin de concientizar al pueblo sobre medidas preventivas para evitar enfermedades que pueden traer consecuencias graves e incluso fatales.

También analizaremos la magnitud de la morbilidad en México, que mostró ciertas dificultades, ya que en nuestro país las cifras que se ofrecen o de que se disponen son meras aproximaciones, pero sin embargo dicho problema se va a relacionar muy estrechamente con las

causas sociales de la salud en México.

El siguiente punto a analizar es el referente a la diferenciación de productos y su costo social, donde veremos y analizaremos en forma somera la importancia de la industria químico-farmacéutica, así como el costo que tienen para la sociedad mexicana los medicamentos; éste costo, como veremos, está influenciado por la -- gran diferenciación de marcas y presentaciones acarreado con --- ello, grandes desembolsos en publicidad, aumentando áltamente el precio de los productos.

Para finalizar, veremos las instituciones de seguridad social, así como el plan nacional de salud y el presupuesto para Salubridad y Asistencia, como indicadores de la política que ha venido desempeñando el estado para tratar de resolver el problema de la salud en México.

SINTESIS HISTORICA DE LA MORBIMORTALIDAD EN MEXICO.



## SINTESIS HISTORICA DE LA MORBILIDAD EN MEXICO:

### Período Prehispánico:

Es difícil encontrar claros antecedentes de las culturas en México, el origen de los diversos pueblos que lo habitaron, el curso de su historia y los nexos que aquellos tuvieron con otros del continente, o más allá de los mares. De cualquier manera, los estudios realizados nos llevan a la conclusión de que en remotas épocas existieron en México diversas culturas, pero al parecer, con un nexo común, y sobre ellas las influencias de grupos humanos que hicieron su llegada por uno u otro litoral, como debe concluirse al observar la tipología de nuestra población, descendiente de la precortesiana, y los múltiples testimonios del pasado, que abarcan desde el idolillo que reproduce el rostro barbado o el negroide, hasta los símbolos religiosos que, como la cruz de Palenque, se confunden con otros, de países y culturas remotas.

Se ha tomado el idioma como punto de partida debido al número de culturas precortesianas y a la complejidad que presentan las mismas para llevar a cabo un estudio ordenado y completo de cada una de ellas, de entre las funciones mentales de los diversos pueblos que habitaron México lo que ha dado lugar a varias clasificaciones.

México precortesiano estaba habitado por más de 80 grupos etnográficos distintos, aislados entre sí y con culturas inferiores a la Azteca y a la Maya; necesario es señalar que a pesar de las diferencias de la lengua, lugares de residencia y formas de manifestarse la vida social, esa población tuvo como denominador general una religión esencialmente panteísta.

De esos ideales y de esa filosofía, se concluye que la medicina mostraba un carácter mágico y sobrenatural; en ella, como en todos los aspectos de la vida, jugaban un importante papel los viejos valores ancestrales.

les; el Mana, capacidad de los seres y de las cosas de hacer el bien o el mal; el Toteísmo, valor tribal de compleja simbología de fuerzas terrenas y extraterrenas de las que se deriva la idea del sagrado e intangible tabú, y como hecho no menos importante, la existencia del poder carismático, que hace del hombre un ser dotado de poderes sobrenaturales, lo que propicia la santidad del sacerdocio, la veneración que inspira el jefe o el anciano, y la respetuosidad no exenta de admiración y temor que rodea la figura del guerrero.

La capacidad imaginativa de los pueblos precortesianos, hace que al referirnos a la enfermedad y a la epidemiología de México precolombino nos encontremos con documentos realizados en forma un tanto alegórica.

Al referirnos a la medicina prehispánica, los hombres de México, al igual que sus congéneres del continente y del resto del mundo, se enfrentan al medio, luchan contra sus inclemencias, pugnan por superar los obstáculos, evolucionan y se organizan primeramente en forma rudimentaria y después en forma más perfecta, y así como consecuencia de un largo proceso de adaptación, nacen los focos de la cultura.

En este largo lapso de la evolución de la humanidad, surge una figura de suma importancia que es la del hechicero, mago o sacerdote, que por diversas razones es capaz de hacer cosas que los demás no pueden hacer.

Ese hechicero, se convierte en el elemento principal de la tribu y es el primero en administrar hierbas curativas, detener una hemorragia por compresión o coser una herida con elementos tan rudimentarios como una aguja de espina de pescado.

En todos estos actos, la fuerza mágica va de la mano con la medicina pues sin la primera no hay virtud en las curaciones o en las intervenciones.

De esta manera la medicina primitiva se convierte en una mezcla de la realidad con la fantasía, de la certeza con la imaginación y ello --

explica las formas tan especiales de la acción terapéutica; en el tratamiento de las enfermedades o lesiones, se emplean productos animales y vegetales por su valor mágico principalmente y el rito y la fórmula --- misteriosa son el modus operandi; durante muchos siglos la religión, la milagrería y la ciencia constituyen un todo insoluble.

En resumen, tanto México prehispánico como el resto del mundo en --- tiempos prehistóricos, lucharon contra el medio adverso, y la forma más - lógica de lograr esto era mediante la formación de agrupaciones triba-- les, organismos ofensivos, defensivos, etc.

Podemos afirmar categóricamente que la medicina mexicana prehispa-- nica es teúrgica y eminentemente sacerdotal, con raíces muy hondas, que - se adentran en la prehistoria, y con un cúmulo de verdades empíricas -- que enriquecen en forma inimaginable el acervo de cultura de los diver-- sos pueblos. (1)

Los habitantes del México antiguo, en términos generales, entendían - a las enfermedades como resultado de un fenómeno dual; el primero depen-- diente o con relación con el propio individuo, y el segundo relacionado con las influencias metafísicas y físicas del medio circundante. Así --- mismo, consideraban que lo sobrenatural tenía dominio sobre lo natural - y conforme a estas ideas la enfermedad podía obedecer a cuatro diferen-- tes causas:

1) Se refería al hecho natural que no difería de los demás observa-- bles en la naturaleza, los mismos dioses habían padecido enfermedades - como cualquier mortal. Es decir que en este sentido la enfermedad era -- vista como algo natural, y que cualquiera podía padecerlas.

2) Se refería a la violación del tabú; entendiendo por tabú como una prohibición categórica, es la parte del espíritu, es la ley que nos mues-- tra lo que está prohibido y lo que no lo está, es decir lo que se puede hacer y lo que no se debe hacer; el tabú representaba para las culturas-

prehispánicas la inevitable acción punitiva de los dioses, multiplicidad de fuentes de castigo entre las que ocupaban un lugar preponderante las enfermedades. Si el individuo obraba mal, lastimaba al orden moral o a el material, y consecuentemente la divinidad se ofendía y como justo castigo imponía la enfermedad al violador; representando esto un sinónimo de dolor y de sufrimiento.

3) Admitía la existencia de espíritus malignos y la capacidad del ser humano de realizar maleficios a sus congéneres. La principal causa de las enfermedades se fundaba en un fenómeno universalmente aceptado; la hechicería.

El hechizo, como causa de enfermedad, se explica como el propósito o poder de hacer daño, la enemistad o el odio entre las personas implicaba el principio de una acción mágica, que no podía tener efecto si el hechizador carecía de los conocimientos necesarios para proyectar su capacidad agresiva hacia el contrario, ni tampoco cuando el amenazado se defendía interponiendo entre él y la fuerza agresora un objeto dotado de poder defensivo; el amuleto.

Otro aspecto médico y social de la hechicería estaba representado por el fenómeno psiquiátrico conocido con el nombre de locura inducida, que es común de todo el género humano y que consistía en la influencia de un mago, hechicero o jefe que obliga a un grupo a tomar determinadas actitudes o comportamientos.

4) Se refería a la vida, no ya del hombre, sino de todos los seres; ésta se encuentra predeterminada por una serie de circunstancias como son: día de nacimiento e influencia de los astros; falta de los padres; inobservancia escrupulosa de los rituales, y otras más.

Influido el hombre durante siglos por las fuerzas de la naturaleza y castigado frecuentemente por ellas, es lógico inferir que ligara su pobre destino a los elementos primarios de la tierra como a las estre-

llas;tales elementos y dichos cuerpos celestes,tenfan influencia en los individuos conforme al día de nacimiento;como ya mencionamos anteriormente,y consecuentemente la enfermedad,la muerte,salud y vida guardaban una relación muy estrecha con las influencias adversas o benéficas de tales elementos.(2)

En el México antiguo nos encontramos con dos tipos principales de médicos:uno,que investido de poderes sobrenaturales,sanaba a sus pacientes con ayuda de los mismos,recibía nombres diversos como hechicero, brujo o curandero.El otro estaba representado por el individuo estudioso, que curaba gracias a sus muchos y variados conocimientos teniendo de esta manera un éxito profesional.La diferencia principal entre ambos,consistía en que representaban grados de cultura distintos,en este caso los del sabio o estudioso eran superiores a los del hechicero;y aunque uno y otro obedecen fielmente los preceptos de una medicina teúrgica,por lo menos en el fondo,el sabio es el exponente de las culturas superiores.

En aquel México,formado por naciones guerreras,la asistencia a los heridos en combate se encontraba vinculada con la organización de los ejércitos.

"Los hospitales o enfermerías se llamaban cocoxealli,los hospitales para huérfanos ichnopilcalli,y los hospitales para los leprosos,netlatiloyan.De cualquier manera el concepto de hospital en el sentido que hoy se toma no era tan necesario en la organización azteca como lo fué más tarde."

(3)

Podemos concluir,que dichos establecimientos,de los cuales se posee escasa información,se ejerció la medicina de acuerdo a la interpretación que se daba a la enfermedad;estas prácticas de la medicina,podemos catalogarlas dentro de un pensamiento racional.

Común entre los mexicanos era el uso de la sangría;los médicos la aplicaban con gran destreza utilizando lancetas de itztli; además se utilizaban gran variedad de yerbas para todo tipo de enfermedades, de

cuyos sumos o extractos componían sus remedios logrando admirables resultados. (4)

La colonización de América, a través del estrecho de Behring, en forma de grupos pequeños que no podían sostener la endemia de muchas enfermedades hizo que, a la llegada de los españoles la población no tuviera ninguna experiencia en enfermedades como el sarampión, la viruela y probablemente la parodiditis; en cambio, ciertos datos permitieron ver que la fiebre amarilla era autóctona y que había treponematosis adaptadas al mal del pinto.

La conquista de México por los españoles tuvo como consecuencias fundamentales en la salud y condiciones de vida de los mexicanos, la introducción de nuevas enfermedades para las cuales no existían defensas.

Se produjeron epidemias de gran severidad clínica y la consiguiente mortalidad elevada como es la epidemia en 1521 de viruela, introducida por un esclavo negro de la expedición de Pánfilo de Narvaés, que costó la vida a muchos miles de indígenas entre ellos a Cuitláhuac.

La profunda conturbación epidemiológica acaecida en México con la llegada de los españoles fue resultado de la introducción de una población virgen de nuevos agentes infecciosos, fenómeno observado en otras partes del mundo.

En resumen, "el impacto de la conquista sobre la población autóctona fue tremendo. Al margen de la ruptura cultural impuesta por los españoles, la población fue diezmada al punto que comunidades enteras desaparecieron." (5)

A continuación se enumeran los principales acontecimientos del período hispánico.

PERIODO HISPANICO

Después de la Conquista consumada en 1521, poca gente se mostro interesada en estudiar cuestiones de enfermedad o de mortalidad; en realidad la principal tarea que se encomendaron los propios españoles - fué la de colonizar tierras para obtener las riquezas que las mismas les proporcionaban.

No fué sino hasta el año de 1577, más de medio siglo después, cuando por decreto de Felipe II, se practico el primer censo sanitario en el Nuevo Mundo. Entre las cuestiones que Felipe II solicitó como datos a obtener en dicho censo, se encontraban datos relativos al aumento o disminución de la población india y las causas del cambio.

En realidad, las únicas personas que se interesaron por los problemas de la salud en México, fueron los sacerdotes o frailes religiosos, que viendo la manera en que eran tratados los indios y la forma en que vivían tan inhumanamente, se fijaron la misión de proteger a la raza india y dentro de esta protección entraba también la de curar a los indios. Sin embargo, pese a los esfuerzos que realizaron los religiosos en esta materia, los resultados eran aún muy limitados debido a que en esa época los adelantos científicos en materia de medicamentos se encontraban apenas en sus primeros pasos. Por lo tanto, podemos decir que la época Virreynal se caracterizó por épocas de grandes epidemias de enfermedades tales como la viruela, la fiebre amarilla, el tifo, la peste, influenza, etc.

Así transcurrieron los años de tal manera que para 1900, la situación medica del país no se ajustaba aún a las necesidades y demandas de la población, sin embargo ya se había logrado algo en algunos aspectos de la asistencia y la salubridad.

La ciudad de México contaba en ese entonces con una población es timada en 368,777 habitantes; el número de padecimientos y la alta incidencia de casos y de funciones eran muy altos. Merecían espe-- cial atención el tifo y las enfermedades de origen hídricos. Además de ello, hay que agragar que influyó en la salud de la población el que "humildes viviendas, de mínimas condiciones higienicas servían de albergue a la mayoría de la población, mal alimentada, sin variedad nutrilógica ni encuantía calórica adecuada al requerimiento diario; - por lo que lógico era suponer tanta incidencia y tanta diseminación de enfermedades y pestes."(6)

A continuación se enumeran los datos con fechas respectivas en el apéndice A.



Primer Censo Sanitario.

El primer censo sanitario en el Nuevo Mundo fue ordenado por Decreto de Felipe II, en 1577, solicitando entre otras cosas, datos relativos al aumento o disminución de la población india y las causas del cambio.

1577: Una peste brotó entre los naturales, que para curarla no bastaron los médicos que había y aunque estos se hubieran multiplicado no hubieran sido de provecho, siéndoles incógnita la causa y sus remedios, el número de muertos pasó de los dos millones.

1578: En ese año eximió el virrey a los naturales del tributo, providencia que se llevaba a cabo siempre que entre los indios picaba alguna epidemia.

1579: Se fundó el Hospital de San Martín, en San Juan de Ulúa.

1580: En la real y Pontificia Universidad de México fue creada la Cátedra de Medicina, siendo el primer maestro el Dr Juan de la Fuente.

1586: Fue fundado el Hospital de la Purísima Concepción de Querétaro.

1588: Epidemia de tifo en el valle de Toluca.

1590: Fundación del Hospital de Monserrat.

1591: Juan de Cárdenas publica: Primera parte de los problemas y secretos maravillosos de las indias.

1592: El padre Agustino Fray Agustín Farfán, uno de los primeros médicos de los diplomados en México escribió, el tratado breve de cirugía y del conocimiento de algunas enfermedades.

1594: Fué erigido el Hospital de San Roque.

1595-96: En Oxaca una enfermedad se presentó la cual hacia iguales estragos entre los españoles y los indios.

1599-1618: Fiebre amarilla en Yucatán.

1627: Epidemia de influenza en Yucatán, corresponde dicha enfermedad a la primera en el nuevo mundo.

1648: Fiebre amarilla urbana, la primera que ocurría en territorio mexicano.

1662: Fiebre amarilla en Mérida.

1675: Fundación del hospital de Betlemitas.

1694: Fiebre de tifo, atribuida a la escasez de víveres ocasionada por la pérdida de cosechas de varios años consecutivos.

1699: Fiebre amarilla en Yucatán.

1710: "los dos años siguientes fueron memorables para la colonia por la escasez de víveres, que eran el mal común de los colonos, y por una peste de viruela que, cebándose con furia en los indios, causó en ellos grandes males"

1713: "Pronto siguió a este mal que afectó las clases infelices de la colonia, el hielo anticipado que destruyó las sementeras de maíz, casi alimento exclusivo de los pobres.

1718: Ordenanzas del servicio de abasto de agua.

1728: "Para que no faltara alguna desgracia, una peste de sarampión prendió entre los habitantes, prolongándose sus estragos hasta muy entrado el año siguiente"

1730: Fiebre amarilla en Yucatán.

1736: Las calamidades de los años anteriores prosiguieron aún en la Nueva España, extendiéndose por sus territorios uno de esos contagios asoladores que tantas veces había dejado caer en la colonia la providencia como para acabar con la raza vencida.

1750: Por el hambre "La migración fue tal que pueblos enteros se trasladaron a grandes distancias y el trabajo de minas cesó así por falta de trabajadores como de alimentos para las bestias empleadas en el laborío.

1763: Nuevamente la viruela "causando siempre estragos entre los indios que no conocían la enfermedad, en diez meses que duró, murieron unas 10,000 personas.

1772-1773: El eminente Bartolache fundó la primera revista médica de las Américas, el Mercurio Volante.

1774: Fundación de la casa hospital para mendigos.

1779: La peste de viruela que a la sazón se difundía en México y que bien pronto derramándose por toda la colonia, causó infimos estragos en la población.

Hacia 1800 Von Humbolt estimó la población de la Nueva España en 4.8 millones de habitantes, con poco más de la mitad de indígenas, - 70,000 europeos y dos millones de criollos y mestizos. " (7)

La investigación científica es un legado que se transmite de -- generación a generación, la cual requiere de una atmósfera propi- -- cia de trabajo, de estímulos provenientes de otros investigadores -- y sobre todo de actitudes que se generan ya en los primeros años -- de la educación. Por ello no es de extrañar que, sin tradición, -- sin un ambiente favorable, con una formación profesional tendiente a favorecer la investigación en cualquier ramo, y con poco interés por encontrar algo diferente a lo enseñado en los libros y a los -- maestros, los resultados hayan sido la casi completa ausencia de -- trabajos de investigación clínica o científica en nuestro país has- -- ta principios de los cuarentas.

En realidad lo que sucedió fué que en los años anteriores a --- 1930, nuestro país sufrió una serie de problemas políticos, socia- -- les y económicos que lo único que reflejaban era una grán inestabi- -- lidad en todos los ámbitos. Era lógico suponer que la gente en lo- -- que menos se interesaba en ese entonces era en investigar cuestio- -- nes clínicas, dado a que uno mismo no sabía siquiera si el día de- -- mañana estaría uno vivo. Es por eso que nos encargaremos de enume- -- rar las principales disposiciones administrativas que en materia -- de salud dictó el gobierno mexicano.

En realidad los primeros movimientos en pro de la salud pública se generan por los años de 1925 al 28 en los que se precizan aspec- -- tos tales como la tendencia para uniformar la legislación sanita- -- ria, la creación de delegaciones sanitarias federales, la creación con caracter permanente de brigadas móviles de salubridad, la am- -- pliación de los servicios existentes con el fin de que México se -- baste a sí mismo, etc.

A partir de entonces se han sucedido las disposiciones administrativas una tras otra; las más importantes serían por ejemplo: en 29 surge el decreto por el cual se crea el servicio de higiene infantil, en 34 se crea una campaña permanente contra la tuberculosis, en 40 se establece el comité nacional de lucha contra la tuberculosis, en 42 se crea el Hospital Infantil de la Ciudad de México, en 43 se promulga la Ley del Seguro Social que garantiza para todos -- los trabajadores asalariados los servicios de atención médica, internamiento, medicamentos y prestaciones de muy diversa índole, en 44 se crea el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, en 50 se crean los institutos de Cancerología y Urología, en 53 se declara de interés nacional la campaña permanente contra la poliomeilitis, se crea también la Junta Nacional para el mejoramiento de la alimentación, en 54 se decreta que corresponde a la S.S.A. fijar y orientar en todos sus aspectos los programas de construcción y planeación de las unidades hospitalarias, etc.

En resumen, las principales disposiciones administrativas tanto en materia de asistencia pública como de salubridad se dictaron a partir de los cuarentas, como podemos observar por fin se cristaliza un movimiento definitivo en pro de la salud pública llevado a cabo por el estado, que muestra a través de estos años su interés en evitar enfermedades, así como prevenirlas por medio de campañas sanitarias y por la creación de instituciones como el I.M.S.S., el I.S.S.T.E. y otros centros de salud y beneficencia.

Para más detalles observar el apéndice B.

1913:Acuerdo de la Secretaría de Gobernación del 20 de Enero que -  
 modifica el reglamento de Expendios de Bebidas Embriagantes al menudeo.

1917:4 de diciembre del mismo año, no se recibirá en esta capital -  
 cantidad alguna de pescado o demás mariscos sin que éstos sean trans -  
 portados en cajas refrigeradas de dobles paredes, dichas cajas deberán  
 ser transportadas en carros refrigeradores proporcionados por las em -  
 presas ferrocarrileras.

1919:En este año no hay ninguna disposición.

1920:Aviso del 8 de Enero sobre reparto higiénico de la leche.

Ejercicio profesional de médicos y afines, aviso del 28 de mayo  
 por el cual todos los médicos y personas que ejersan algunas de las -  
 ramas de la medicina, informen a aquel organismo en donde tienen sus --  
 consultorios.

1923:Acuerdo del 26 de Junio, por el que se concede un tanto por --  
 ciento del valor total de las subsistencias decomizadas por el tráfico  
 ilegal de narcóticos.

Acuerdo del 17 de Julio del Departamento de Salubridad Pública  
 invitando a las autoridades de la república para la selebración de la -  
 Semana de Salubridad.

1925-26-27-28:Estos años constituyen un período perfectamente defi -  
 nido en el cual se precizan estos aspectos de nuestra salubridad.

1-Tendencia y esfuerzos para uniformar la legislación sanitaria ---  
 derogando disposiciones que hacían innoperante los servicios del Depar -  
 tamento de Salubridad Pública.

2-Creación de las delegaciones sanitarias federales constituidas --

por grupos técnicos y auxiliares, verdaderas vanguardias del Departamento, nexos efectivos entre éste y las poblaciones y autoridades.

3- Creación con carácter permanente, de brigadas móviles de salubridad.

4- Ampliación de los servicios existentes, desde los laboratorios-centrales, hasta los de epidemiología para que México se baste a sí mismo, tanto en el Distrito Federal como en los Territorios de la República.

1928- Decreto de la Secretaría de Gobernación por el cual se conceden las mismas facultades extraordinarias para legislar en materia estadística.

1929: Decreto del 18 de enero, que modifica el reglamento del 11 de diciembre sobre introducción, transporte y venta de leche.

Decreto del 17 de mayo, por el que se crea el servicio de higiene infantil.

1934: Decreto del 24 de febrero, por el que se establece con carácter permanente la campaña contra la tuberculosis.

Reglamento del 20 de junio para aprovechar las drogas y energías decomizadas.

1940: Decreto del 9 de marzo por el que se crea la escuela de enfermos mentales.

Decreto del 28 de marzo que establece el comité nacional de lucha contra la tuberculosis.

1941: Acuerdo del 18 de junio por el que se crea una comisión técnica encargada de elaborar un proyecto ley sobre Seguros Sociales.

Acuerdo del 7 de agosto, por el que se concede un subsidio para el sostenimiento del Hospital del Niño de Mérida, Yucatán.

1942: Reglamento de los servicios médicos-sociales del Sindicato de Trabajadores de la Industria Azucarera del 7 de febrero.

Acuerdo del 31 de marzo, por el que se declara de interés público la profilaxis del bocio endémico.

Acuerdo del 11 de agosto, que fija los precios máximos a las medicinas.

Ley del 23 de junio, por la que se crea el Hospital Infantil de la Ciudad de México.

Decreto del 31 de agosto, por el que se ordenan los deberes médicos entre ellos la obligación de impartir cursos de primeros auxilios.

Decreto del 29 de octubre, sobre el funcionamiento del Hospital de Socorro, de Nogales Sonora.

1943: Ley del 2 de enero, sobre instituciones de asistencia privada.

Acuerdo del 2 de febrero, por el que, como medida contra la lucha al paludismo, se prohíbe el cultivo de arroz en los lugares próximos a la ciudad de Iguala Guerrero.

Ley de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública del 15 de enero de 1943.

1944: Acuerdo del 6 de octubre, por el que se declara de utilidad pública la construcción de edificios y hospitales que necesite el I.M.S.S.

Acuerdo del 15 de febrero, por el que se declara de utilidad pública la construcción de edificios que se han de destinar a las oficinas generales, laboratorios, y farmacia central del Seguro Social.

Ley del 30 de diciembre, por el que se crea el Hospital de Enfermedades de la nutrición.



Reglamento del 28 de enero, de la asistencia privada.

Reglamento interior del Consejo de Salubridad General de la República del 31 de enero.

Reglamento de clasificación de empresas en relación con accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del 7 de marzo.

1945: Acuerdo del 4 de enero, por el que se encomienda a la Secretaría de Salubridad y Asistencia el estudio y la construcción del Hospital de Concentración Ejidal de la Comarca Lagunera.

Reglamento del 12 de febrero, de la asamblea general del I.M.S.S.

Reglamento interior del Hospital General de Taxicomfas, del 15 de mayo.

Acuerdo del 14 de septiembre, autorizándose se constituya la fundación Dolores Garibay.

1946: Decreto del 25 de marzo, por el que se crean los servicios del Seguro Social en los municipios de Zapopan, Tlaquepaque y el Salto Jalisco.

Decreto del 21 de noviembre, por el que se autoriza la creación del Patronato del Hospital Civil María Candejas, en Tacámbaro, Mich.

Decreto del 30 de noviembre por el que se autoriza la creación del Patronato del Manicomio de Mujeres.

Decreto del 5 de noviembre, por el que se autoriza la creación del Patronato del Instituto Nacional de Oftalmología.

1947: Decreto del 22 de enero, por el que se dispone que todos los organismos descentralizados que funcionan bajo el control de este, deberán hacer entrega a la S.S.A de los ingresos que por prestación de sus servicios tienen cuotas de compensación.

Acuerdo del 7 de mayo, por el que se reconoce que la S.S.A tiene per-

sonalidad jurídica para administrar los bienes que constituyen el patrimonio de la Beneficiencia Pública.

Decreto del 15 de octubre, por el que se crea el Patronato de la Maternidad "Soledad Orozco de Avila Camacho"

Decreto del 31 de diciembre, por el que se crea la Escuela Nacional de Maestras de Jardines de Niños.

1948: Decreto del 8 de marzo, que reforma y adiciona varios artículos de la ley de instituciones de asistencia privada en el Distrito y Territorios Federales.

Reglamento de condiciones de trabajo del 2 de julio.

Ley de creación del Instituto Nacional Indigenista del 4 de diciembre.

1949: Reglamento del 2 de febrero, de la Casa Hogar "Soledad Gutiérrez".

Acuerdo para que se lleve a cabo el Congreso Mexicano del Derecho del Trabajo y Previsión Social del 19 al 23 de julio de 1949.

1950: Decretos, del 27 de marzo y 13-21 de abril, por los que se declara de utilidad pública la construcción de la cárcel para mujeres en terrenos ubicados en la delegación Ixtapalapa.

Decreto del 21 de noviembre, para la información del patronato de la fundación permanente de Asistencia Privada "Dr José María Alvarez".

Ley del 30 de diciembre, por la que se crean los Institutos de Cancerología y Urología.

1951: Decreto, del 2 de abril, por el que se crea el Instituto Nacional de Endocrinología.

Decreto del 15 de junio, por el que se crea el Patronato de la "Clínica Ortopedia Primavera" y el reglamento, anteriormente citado de los Hospitales, Maternidades y Centros Maternos-Infantiles del Distrito y Territorios Federales del 17 de noviembre.

1952:Acuerdo del 21 de octubre,por el que se dispone se pague la cantidad de 474,500 como subsidio de la Clínica Primavera de Ortopedia.

Decreto,del 28 de octubre por el que se crea el Consejo Técnico --- Administrativo del Hospital General.

1953:Decreto,del 5 de noviembre por el que se crea la Junta Nacional para el mejoramiento de la alimentación.

Decreto del 23 de diciembre por el que se crea,el Hospital Regional de Veracruz.

Decreto del 27 de abril,por el que se declara de interés nacional - la campaña permanente contra la poliometitis.

Decreto del 5 de noviembre por el que se crea la Junta Nacional para el mejoramiento de la alimentación.

1954:Declaratoria del 16 de febrero,del Consejo de Salubridad General por el que se considera a la Hepatitis infecciosa por virus entre las enfermedades transmitibles que enumera el artículo 99 del Código Sanitario.

Decreto del 9 de marzo,sobre Unidades Hospitalarias por el que se -- dispone que corresponde a la S.S.A fijar y orientar en todos sus aspectos los programas de construcción,planeación y organización de dichos centros.

Decreto del 10 de agosto,en el que se dictan las normas relacionadas con el problema de la casa habitación de los trabajadores al servicio del Estado.

1955:Decreto del 21 de enero,por el que se establece el patronato de - los Servicios Médicos para el personal de la Secretaría de Educación Pública.

Reglamento de vinos y aguardientes de uva.

Decreto del 17 de diciembre,que se declara de interés público y de --- beneficio social la Campaña de Erradicación del Paludismo.

1956:Acuerdo por el que se dispone que los certificados de defunción y muerte fetal que deben presentarse y surtir efectos ante las autoridades judiciales y administrativas de la república,deberán ajustarse al modelo aprobado por las autoridades sanitarias,dicho acuerdo del 2 de marzo.

Patronato de los servicios asistenciales del I.P.N. acuerdo del 26 de marzo.

Acuerdo del 10 de agosto,derogando la creación de dicho patronato.

1957:Disposición del 29 de octubre,que prohíbe el empleo en terapéuticos de la substancia 2-4 Dinitro-Fenol.

1958:Reglamento del 15 de febrero,de aditivos para alimentos.

1959:Decreto del 17 de julio,por el que se crea el Comité Nacional de lucha contra la tuberculosis,organismo de cooperación y acción social.

Aviso del 31 de agosto,por el cual se informa a los dueños de farmacias y boticas la reimplementación del servicio nocturno de las mismas a partir del 15 de septiembre de 1959.

Reglamento de Escuelas Oficiales de Sanidad Militar,del 31 de julio.

1960:Decreto del 6 de enero,por el que se implantan las prestaciones de carácter obligatorio,por muerte a los trabajadores agrícolas migratorios.

Decreto del 12 de abril,por el que se declara que la utilidad pública debe destinarse a la construcción de un mercado,un Hospital Infantil y un campo deportivo en la zona oriental de la ciudad de México.

Reglamento del Seguro Social obligatorio para los trabajadores del campo del 18 de agosto.

Reglamento de clasificación de empresas y grado de riesgo para el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. (8)

CAUSAS SOCIALES DE LA ENFERMEDAD:

---

## INTRODUCCION

Existe una visión errónea de la solución de los problemas de la salud a nivel social dado que la mayor parte de los esfuerzos y recursos tanto físicos, humanos o financieros están orientados a la atención médica individual; para ello, el acento está puesto en la medicina curativa. Sin embargo, en un nivel más amplio, existen causas sociales que determinan en cierto grado la enfermedad o la incidencia de la misma. El enfoque actual para la solución de los problemas de salud se han orientado de una forma predominante hacia la medicina curativa que soluciona problemas a nivel individual, prestando poca o nula atención a las causas sociales que tienen en los países en desarrollo enorme importancia como causa de enfermedad. En México, la solución de los problemas de salud del país se ha dirigido principalmente a proporcionar atención individual para lo cual se han creado hospitales, clínicas, etc. y se ha dado una mínima atención a medidas preventivas y programas de medicina social, lo que sería mucho más importante.

La relación que existe entre la organización social y el desarrollo de la enfermedad está más que comprobado. Estudios realizados en sociedades desarrolladas como en países dependientes, han mostrado claramente que la diferencia de clases produce una diferencia en los niveles de mortalidad, mayores cuanto menor es la capacidad económica de la clase social de que se trate.

En México se han practicado este tipo de estudios y se llegó a la conclusión de que también los factores socioculturales y económicos son parcialmente responsables de la mortalidad poniéndose de relieve

la diferencia de patologfa que existe entre las diversas clases sociales mexicanas. A diferencia de las clases de nivel socioeconómico alto, las clases marginadas presentan una patologfa expresada por -- una corta esperanza de vida, gran incidencia de las enfermedades infecciosas y parasitarias, desnutrición, alcoholismo, y las enfermedades que se asocian a estos estados..

A contunuación analizaremos los factores de nutrición, vivienda, educación y aspectos económicos y la manera en que influyen en la sa lud de la población.



## NUTRICION:

La nutrición es uno de los campos que han sido más sistemáticamente explorados por los científicos mexicanos. Además la nutrición ha sido uno de los fenómenos ligados a la salud donde más se ha buscado la relación con los procesos sociales.

Los alimentos resultan obviamente los bienes más necesarios de todos los que se producen por medio del trabajo humano, y es por ello que la satisfacción de su demanda se convierte en un marco, una situación material limitante que revela su gran magnitud y explica a la vez la dificultad de lograr una solución efectiva a los problemas -- que plantea, la alimentación condiciona y moldea la cultura de los -- pueblos, cuya subsistencia depende directamente del grado de satisfacción de la necesidad. Por ejemplo:

Si un país no ha logrado un nivel adecuado de desarrollo es prácticamente imposible que llegue a satisfacer las necesidades de alimentación de su población. Así vemos que:

Un peso compra 3.6 veces menos alimentos que hace 10 años, existe una dieta insuficiente entre la mayor parte de la población del país y los alimentos que son consumidos por la población son de bajo valor nutritivo; pese a las importaciones crecientes de alimentos ha habido un descenso en el consumo de calorías y gramos de proteína por persona y por día.

Las estadísticas nos muestran que en 1975, el 30% de la población el sector más pobre disponía del 10% de los productos agrícolas, mientras que el sector más acomodado, no mayor del 15% de la población -- consumía directamente o indirectamente, el 50% de dicha producción, por otra parte aunque había suficiente leche para darle medio litro diario a cada menor de 15 años, 4 millones de niños menores de 5 años jamás habían probado la leche.

La consecuencia que se deriva de lo anterior es que existe una ---- elevada prevalencia de la desnutrición que, a su vez, aumenta la susceptibilidad a las enfermedades infecciosas. Es importante señalar que la -- desnutrición interviene como causa en cuanto menos el 75% de las enfermedades y muertes de los niños mexicanos.

Además de la elevada mortalidad infantil que provoca, la desnutrición expresa también sus consecuencias inmediatas en el deterioro del creci -- miento y del desarrollo, tanto físico como mental de los individuos.

Algunos indicadores sencillos nos muestran que, mientras en los países desarrollados solo el 3% de los recién nacidos son de bajo peso, en Méxi -- co el promedio es del 8% (se estima que en las zonas rurales el promedio es del 17% y que en algunas localidades 40% de los niños presentan bajo -- peso al nacer). La gran mayoría de estos casos obedece a que la desnutri -- ción comienza desde la gestación en el útero de la madre que también fue desnutrida. (9)

Para el conocimiento de la situación nutricional se recurre a diversos parámetros, entre los cuales es importante mencionar la mortalidad infan -- til y preescolar, la disponibilidad de los alimentos y las investigaciones epidemiológicas, dietéticas y socioeconómicas.

Si bien no se encuentra una información definitiva sobre la situación -- nutricional en México, por cuanto no se dispone de estos indicadores en -- una forma completa, se admite que generalmente el 40% de la población no -- alcanza a cubrir las necesidades calóricas; otro 39% tiene un consumo --- deficiente de proteínas y otros nutrimentos específicos, y el resto de la población aproximadamente un 21%, dispone de una dieta sin restricciones.

Los niveles de desnutrición severa afectan a unos diez millones de -- personas, que son fundamentalmente niños, mientras que otra cantidad similar presenta padecimientos específicos entre ellos las anemias, como consecuen -- cia de la falta de vitaminas, minerales y otros nutrimentos.

-La desnutrición comienza en la gestión, ya que la mujer embarazada sufre las restricciones dietéticas, que repercuten directamente en el estado del producto.

-Las estadísticas de mortalidad infantil en los países subdesarrollados no suelen presentar a la desnutrición entre sus principales causas de muerte, esto suele atribuirse no sólo a las deficiencias del diagnóstico de las defunciones, sino a que la desnutrición se ha convertido en una compañera habitual y tan cercana que se acepta como normal, de tal forma que sólo presta atención a los episodios ligados en una forma inmediata a la muerte dejando de lado la causa que se considera como fundamental.

-Entre las deficiencias observadas en los niños mal nutridos se puede observar un retardo sensible en el uso del lenguaje, el vocabulario reducido disminuye en el niño la capacidad de creación de los símbolos y reduce sus aptitudes de abstracción.

-Otra consecuencia de la desnutrición, se presenta en el deterioro del crecimiento y el desarrollo de los individuos. (10)

#### EDUCACION:

El conocimiento de la estructura educativa que comprende variables como el analfabetismo y la escolaridad, nos permite definir las características educacionales de la población.

La educación es uno de los mecanismos más eficaces para modificar las actitudes de la población y lograr que se genere y se acepte el

proceso de cambio, una de las deficiencias sociales que más frecuentemente aparece asociada con aquellas enfermedades que constituyen - causas importantes de morbimortalidad en México es el analfabetismo,<sup>(11)</sup> ya que una persona que no sabe leer tiene un nulo acceso a la educación y si no tiene acceso a la educación, no podrá entender lo que es una campaña de higiene preventiva y consecuentemente, las posibilidades de incidencia patológica son mucho más elevadas que las de una persona con educación.

#### VIVIENDA:

En el censo de 1970, que registró un total de 8,286,369 viviendas el 52% pertenece a lo que se denomina núcleo rural, el 37.5% al urbano; las concentraciones de vivienda sólo son comparables entre sí en igualdad de condiciones, sin embargo, en las diferentes regiones los problemas habitacionales no son los mismos, sino que se diferencian unos de otros.

Existen diferentes características de la vivienda como lo pueden ser: el drenaje, el tipo de construcción, el tipo de piso, etc.

En relación a estas condiciones, la diferencia que existe entre el medio urbano y el medio rural es más patético, 71% de los habitantes del estrato rural, habitan viviendas con piso de tierra de las cuales el 85.5% carece de drenaje mientras que sólo 9.7% y 24.4% respectivamente de las personas que se encuentran ubicadas en el sector urbano padecen de estas carencias.

La falta de drenaje y de piso contribuyen a la transmisión de enfermedades infecciosas y parasitarias, que son una de las causas más importantes de mortalidad en México.

## ASPECTOS ECONOMICOS

Por lo que respecta a este punto el 26.8% de la población censada en 1970 integra el mercado de trabajo (12,995,057 Habitantes) --- 39.9% labora en la agricultura, 22.96% en la industria y el 31.8 en los servicios; el resto de la población económicamente activa corresponde a sectores insuficientemente especificados. (13)

Por otro lado, la economía, en términos agregados, ha demostrado un dinamismo mayor en cada momento, permitiendo elevar el producto nacional por habitante. En efecto, el Producto Nacional Bruto ha crecido (aunque no en forma sostenida) a un nivel del 6.2% anual (promedio de las dos últimas décadas) y el producto por habitante a 2.8% - representando esta última cifra una de las tasas logradas más rápidamente que se ha registrado en los países en desarrollo. (14)

Consideramos que es necesario que se mejoren tanto las condiciones de vida como las de higiene de la población, ya que sólo de esta manera se puede erradicar el problema de la salud desde su raíz. Si nos vamos a conformar con mantener una campaña únicamente curativa y no preventiva, los brotes de enfermedades nunca desaparecerán y consecuentemente la lucha contra las enfermedades nunca terminará.

Nuestro país debe de planificar cuidadosamente la inversión financiera en campañas de salud con el objeto de obtener el máximo provecho de las mismas, y de una manera más objetiva y conciente, ya que debemos de tomar en cuenta que estamos en vías de convertirnos en el país más poblado del mundo y hay que tratar desde el principio lograr que todos tengamos un modo de vida mejor.

CUADROS ESTADISTICOS CAUSAS SOCIALES DE LA ENFERMEDAD.

CARACTERÍSTICAS DE ALIMENTACION ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1970

CARNE		HUEVOS		LECHE	
DE 1 A 7 DIAS	NINGUN DIA	DE 1 A 7 DIAS	NINGUN DIA	DE 1 A 7 DIAS	NINGUN DIA
38,287,532	9,937,706	37,052,728	11,172,510	29,877,054	18,348,184
PESCADO		PAN DE TRIGO			
14,396,815	33,828,423	36,933,715	11,291,523		

FUENTE: Dirección General de Estadística.  
 Secretaría de Programación y Presupuesto.

## POBLACION ALFABETIZADA Y ANALFABETA (1900-1970)

AÑOS	MAYORES DE 6 AÑOS.	ALFABETIZADOS	ANALFABETOS
1900	11 260 920	2 536 139	8 724 781
1910	12 527 201	3 271 676	9 255 525
1921	12 460 880	3 564 767	8 896 113
1930	13 542 305	4 786 419	8 755 886
1940	16 220 316	7 263 504	8 956 812
1950	21 038 742	11 766 258	9 272 484
1960	28 245 802	17 884 397	10 361 405
1970	38 372 438	27 513 751	10 868 687

FUENTE: González Cosío "Clases y estratos sociales en México" Ed F.C.E México 1961 .p59.



ALFABETISMO DE LA POBLACION DE 10 AÑOS O MAS 1960-1970 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

1960			1970		
TOTAL	ALFABETA	ANALFABETA	TOTAL	ALFABETA	ANALFABETA
23,828,978	15,848,653	7,980,685	32,334,732	24,657,659	7,677,073

FUENTE: Dirección General de Estadística.  
Secretaría de Programación y Presupuesto.

GRADO DE INSTRUCCION MAS ALTO TERMINADO Y APROBADO POR LA POBLACION DE 6 AÑOS Y MAS POR GRUPOS DE EDAD 1970

CONCEPTO	TOTAL	DE 6-14 AÑOS	DE 15-29 AÑOS	DE 30 6 MAS
POBLACION DE 6 AÑOS Y MAS.	38,370,438	12,431,880	12,347,150	13,591,408
SIN INSTRUCCION ALGUNA.	13,364,134	5,167,644	2,739,876	5,456,614
CON ALGUN CURSO DE ADIESTRAMIENTO.	3,083	190	1,419	1,474
PRIMARIA.	21,393,508	6,953,844	7,393,429	6,046,235
SECUNDARIA O PREVOCACIONAL.	1,886,466	306,952	1,170,722	408,792
PREPARATORIA O VOCACIONAL.	511,061	-----	370,636	140,425
PROFESIONAL MEDIO CON SEC.	493,826	-----	305,331	188,495
PROFESIONAL MEDIO CON PREPA.	42,489	-----	22,775	19,714
PROFESIONAL SUPERIOR.	565,601	-----	289,509	276,092
POSTGRADO.	2,094	-----	1,081	1,013

FUENTE: Secretaría de Programación y Presupuesto.

NUMERO DE VIVIENDAS SEGUN TIPO DE TENENCIA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1960-1970.

1960			1970		
TOTAL	VIVIENDAS OCUPADAS POR PROPIETARIO	INQUILINO	TOTAL	VIVIENDAS OCUPADAS POR PROPIETARIO	INQUILINO.
6,409,096	3,468,481	2,940,615	8,286,374	5,471,412	2,814,957

FUENTE: Dirección General de Estadística.  
Secretaría de Programación y Presupuesto.

NUMERO DE VIVIENDAS SEGUN EL NUMERO DE CUARTOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1970.

VIVIENDAS CON						
TOTAL	1 cuarto	2 cuartos	3 cuartos	4 cuartos	5 cuartos	6 cuartos
	3,326,520	2,395,916	1,144,121	657,559	312,665	174,896

FUENTE: Dirección General de Estadística.  
Secretaría de Programación y Presupuesto.

NUMERO DE VIVIENDAS SEGUN EL MATERIAL PREDOMINANTE DE LOS MUROS E.U.M 1970

TOTAL	ADOBE	LADRILLO	MADERA	EMBARRO	OTROS
8,286,369	2,494,950	3,658,146	1,317,165	416,442	399,666

FUENTE: Dirección General de Estadística.  
 Secretaría de Programación y Presupuesto.

NUMERO DE VIVIENDAS SEGUN MATERIAL PREDOMINANTE EN TECHOS Y PISOS E.U.M 1970

	TOTAL	CONCRETO	PALMA	TEJA	MADERA	OTROS	PISOS	
							TIERRA	OTROS
VIVIENDAS	8,286,369	2,833,296	1,280,736	1,769,134	896,615	1,506,588	3,403,066	4,813,303
OCUPANTES	48,225,238	16,456,524	7,247,121	10,468,029	5162,317	8,891,247	19,759,687	28,465,551

FUENTE: Dirección General de Estadística.  
 Secretaría de Programación y Presupuesto.

NUMERO DE VIVIENDAS Y OCUPANTES SEGUN DISPONIBILIDAD DE DRENAJE Y CUARTO DE BAÑO 1970

CUARTO DE BAÑO CON AGUA CORRIENTE

NO TIENEN

TIENEN

OCUPANTES

VIVIENDAS

OCUPANTES

VIVIENDAS

33,030,106

5,649,317

15,305,132

2,637,052

FUENTE: Dirección General de Estadística.  
 Secretaría de Programación y Presupuesto.

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA DE 12 AÑOS Y MAS POR RAMA DE ACTIVIDAD 1970 E.U. M

AGRICULTURA GANADERIA CAZA Y PESCA	PETROLEO	EXTRACTIVA	TRANSFOR MACION.	CONSTRUCCION	ENERGIA ELECTRICA	COMERCIO	TRANSPORTES
5,103,519	85,106	95,069	2,369,074	571,006	53,285	1,196,878	368,873
SERVICIOS	GOBIERNO	INSUFICIENTEMENTE ESPECIFICADOS					
2,158,175	406,607	747,525					

FUENTE: Dirección General de Estadística.  
Secretaría de Programación y Presupuesto.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA EN DIFERENTES REGIONES.

	MUY RURAL	RURAL	URBANA	URBANA	MUY URBANA
% DE LA REGION	22.78	26.33	9.35	12.18	29.36
AGRICULTURA	77.24	59.55	29.51	18.08	3.96
INDUSTRIA	8.24	15.50	27.28	29.31	37.03
SERVICIOS	9.18	18.55	36.59	45.96	53.76
NO DEFINIDOS	5.3	6.61	6.62	6.65	5.25

FUENTE: Kumete Jesús y otros, La Salud de los Mexicanos y la Medicina en México  
Ed. El Colegio de México, México, 1, DF, pp 99-100.

MAGNITUD DE LA MORBILIDAD EN MEXICO.

---

## INTRODUCCION

La gran mayoría de los problemas de morbilidad y mortalidad son de tal naturaleza que la solución de los mismos no es solamente médica o, por lo menos, médica tradicional; el problema de morbilidad no está al alcance de vacunas que evitan enfermedades por el momento actual, sino que el problema debe quedar dentro de un marco mucho más amplio que el desarrollo socioeconómico, la educación higiénica, la higiene y mejores condiciones de vida.

Consideramos que el punto de la educación higiénica que debe ser planteado, ya que por más adelantos que nos brinde la ciencia médica, los adelantos si la gente no tiene la educación higiénica apropiada; y esta debe de ser impartida desde la edad temprana, pues sólo de esta forma la gente hace conciencia de los hábitos higiénicos que debe de adoptar para lograr una vida sana.

A continuación analizaremos la magnitud de la morbilidad en México tomando en cuenta las principales causas de enfermedades que influyen de una manera definitiva en el ciclo de duración de la vida de el grosor de la población en México.



## MAGNITUD DE LA MORBILIDAD EN MEXICO

El análisis de las causas de mortalidad y morbilidad que prevalece en México, indican en primer lugar una seria dificultad para su estudio por las deficiencias existentes en materia de información sobre las mismas. Esta falta de información confiable, hace sumamente difícil una planificación adecuada en materia de salud.

México tiene muchos problemas, todavía, que pudieran ser ayudados en forma eficiente por la medicina preventiva de la que nuestro país no ha hecho hasta ahora un uso verdaderamente adecuado; muchas enfermedades que pueden curarse vuelven a presentarse al volver a su hábitat. Por ejemplo, un sinnúmero de individuos ha sido curado por medios terapéuticos, de la parasitosis intestinal, pero el problema ha estribado posteriormente en que esas personas una vez desparasitados retornan a las mismas condiciones de vida y reanudan los mismos hábitos higiénicos anteriores. No tiene sentido una medicina curativa a nivel de problemas tan importantes, en donde la atención y el enfoque que se ha dado ha sido puramente médico-curativo con olvido de las posibilidades de la medicina preventiva a las realidades de la vida diaria. La derivación de la mayor cantidad de recursos al sector salud, no parece muy razonable o muy rentable si al mismo tiempo no se elevan y no progresa la educación del pueblo y las condiciones de las viviendas.

Las acciones médicas alcanzan una meseta más allá de la cual, a pesar de que inviertan cantidades muy grandes en los recursos o en la tecnología médica, el rendimiento en el menor número de días de enfermedades o menor mortalidad es algo que no es rentable en un país con recursos limitados como es el nuestro.

En países como México surgen enfermedades difíciles de combatir - por su situación geográfica, que para otras sociedades avanzadas esto no representa ningún reto. El poder desarrollar soluciones para esos problemas y padecimientos que directamente nos afectan debe de ser una meta que se realice pronto.

Algunas soluciones para los problemas arriba mencionados, así como los padecimientos; que han sido desarrollados en otros países subdesarrollados, no son aplicables directamente a la situación que impera en México, tal es el caso de la tifoidea, paludismo y el mal del pinto.

(15)

En todas partes del mundo, la apreciación de la morbilidad es muy imprecisa y las cifras ofrecidas son muy gruesas aproximaciones que en muchas ocasiones adolecen de grandes subestimaciones; ello se debe a que no hay un sistema de registro que pueda informar de las veces que un individuo considera que su estado de salud se ha trastornado y que incluso el concepto de salud no es el mismo para todas las personas.

La definición de la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), dice que "el estado completo de bienestar físico, psíquico o mental no es susceptible de ser medido, y en muchas ocasiones, es difícil determinar los límites dentro de los cuales puede haber variaciones que no sean considerables como patológicas."

Por otra parte, la falta de servicios asistenciales o de posibilidades de acceso a los mismos, provoca la desatención de un número importante de casos. Ante esta dificultad, las autoridades de salud, las instituciones de seguridad social y las epidemiológicas, manejan

ciertos indicadores que dan idea acerca de la magnitud de los problemas a evaluar. Algunos de esos indicadores son los siguientes:

1) Información servicios de consulta externa; ya se trate de -- hospitales, centros de salud o dispensarios, la consulta externa recibe demanda de atención médica en un nivel no muy alejado del primario, el sistema mejor organizado es el I.M.S.S.

2) Información de servicios hospitalarios:

Los ingresos a una institución hospitalaria corresponden a un cuadro de gravedad que no es similar a la patológica que se atiende en consulta externa, por ello, la naturaleza de los padecimientos y el número de estos enfermos no son representativos de la población. Por otra parte, la posibilidad de acceso a los hospitales varía notablemente entre los distintos grupos de la población, y su interacción está sujeta a distintas condiciones y modalidades.

#### MORTALIDAD

Algunas de las condiciones asociadas con el elevado número de --- muertes en México son las siguientes: Servicios sanitarios insufi--- cientes, educación higiénica inadecuada, desnutrición importante y - alto nivel de violencia.

Por otro lado, la información sobre la mortalidad debe ser confiable y debe comprender la totalidad de las muertes que se pretenden estudiar y debe de reflejar con exactitud las causas de defunción. - El análisis de los distintos indicadores empleados para describir la mortalidad y sus causas en México, revela, sin lugar a dudas, que no existe información confiable.

## LA MORTALIDAD GENERAL

Por lo que se refiere a la mortalidad general, las tasas brutas no difieren de las de los países avanzados. La última cifra de las que disponemos es la correspondiente a 1974 en la que 7.4 defunciones hay por cada cien mil habitantes. Pero si corregimos las tasas de mortalidad de otros países de América como Cuba, E.U.A. y Canadá, ajustándolas a la estructura de la población de México; país con una proporción mayor de jóvenes, obtenemos cifras que revelan una mortalidad de casi la mitad de las que tiene nuestro país. En 1974 hubo en México un total de 433,104 muertes registradas, pero el 41% fué en menores de quince años, es decir que la mortalidad general tiene un altísimo componente de defunciones en edades tempranas. De las 433,104 muertes ocurridas en 1974, 121,606 fueron en menores de un año, 37,973 en niños de 1 a 4 años y 17,773 en escolarés de 5 a 14 años.

El otro punto relevante de la mortalidad general es su composición cualitativa. Al desglosar la mortalidad según las principales causas de muerte, encontramos que aún existen numerosas defunciones por enfermedades parasitarias como infecciosas, más de la cuarta parte de las muertes ocurridas en 1974 fueron enfermedades infecciosas y parasitarias, las dos primeras causas de muerte fueron neumonías e influenza, con 63,842; la Tiberculósis quedó incluida entre las diez primeras causas de muerte en el país.

(17)

## LA MUERTE EN LA INFANCIA

La mortalidad infantil es quizás uno de los indicadores más significativos, a pesar de ser un renglón en el que el subregistro es muy elevado en México, se registra más del 90% de las defunciones, cifra establecida como mínimo por los acuerdos internacionales para considerar completas las estadísticas de mortalidad, pero el porcentaje restante de muertes no registradas no está distribuido uniformemente entre las distintas edades. Se considera que el mayor número de omisiones ocurre en los menores de un año, lo que hace que la tasa de mortalidad infantil esté subestimada.

Si atendiéramos únicamente a las cifras de mortalidad infantil en los últimos 50 años, pensaríamos que ha habido un progreso notable en la salud de los menores de un año, ya que de una tasa de 177.6 en 1930 ha descendido a 48.9 en 1975. Sin embargo hay varios indicadores que nos muestran que este descenso tan abrupto no es real. Al analizar el porcentaje del total de las defunciones que ocupan las muertes en los menores de un año, encontramos que en 1950 fué de 27%, en 1960 de 29%, en 1967 de 29% y en 1974 fué de 28% lo que no corresponde con el descenso de la mortalidad infantil de que refleja la tasa.

Además, un descenso de la naturaleza del que se reporta en México hubiera implicado un cambio en la composición de la mortalidad infantil con un incremento en porcentaje de muertes neonatales, fenómeno que no ocurre en la proporción esperada a lo largo de las últimas 5 décadas.

La mortalidad en el grupo de los preescolares (1 a 4 años) mues--

tra también tasas elevadas, la general fué de 4.8 por mil en 1974, y en 1972 alcanzó una tasa diez veces mayor que la de Cuba, E.U.A. y Canadá.

En 1974 hubo un total de 115,824 muertes en menores de cinco años, debidas a enfermedades como neumonía, diarreas, tosferina, tuberculosis y otras.

(18)

## CONCLUSIONES

Como venos en México existen una gran variedad de enfermedades que provocan la muerte y que son las que presentan los más altos índices de mortalidad en nuestro país. Estas enfermedades son por ejemplo: la influenza, las diarreas, los accidentes, los homicidios, etc. Esto se aprecia en los cuadros estadísticos que se presentan a continuación.

Las principales condiciones asociadas con el alto número de muertes son principalmente: no existen servicios sanitarios suficientes, la educación higiénica es inadecuada y existe un alto grado de desnutrición y violencia.

Uno de los más altos índices de mortalidad en México es el que se refiere a la muerte en la infancia, ya que la mayoría de los niños, no son llevados al médico o al centro de salud, sino hasta que los síntomas de gravedad son irreversibles y esto se debe a la ignorancia de los padres, acarreando con ello que las posibilidades de curar al niño sean mínimas, viniendo consecuentemente la muerte.

Otro problema que consideramos digno de mencionar es el de que en las zonas rurales (pueblos, rancherías, etc.) muchas veces no existen los medicamentos necesarios para la buena atención de los indivi

duos. A más de que los médicos que se encuentran en dichas localidades son practicantes y carecen de la experiencia necesaria para poder salvar una vida, además de no contar con la instrumentación necesaria adecuada.

Otro problema que consideramos importante es la dificultad que se presenta en los distintos grupos sociales de tener fácil acceso a -- los servicios médicos, ya que estos se concentran principalmente en las ciudades.

CUADROS ESTADÍSTICOS MORBILIDAD Y MORTALIDAD:



## TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN LA REPUBLICA MEXICANA 1960-1975.

AÑO	TASA
1960	74.2
1961	70.2
1962	70.0
1963	68.5
1964	64.4
1965	60.7
1966	62.9
1967	63.1
1968	64.2
1969	66.7
1970	68.5
1971	63.3
1972	60.9
1973	51.4
1974	46.6
1975	48.9

FUENTE: Dirección General de Estadística  
Secretaría de Programación y Presupuesto.

50

MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS, SIFILIS, TIFOIDEA, Y PARATIFOIDEA TASAS POR 1000 HABITANTES.

1922-1958

AÑOS	TUBERCULOSIS	SIFILIS	TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA.
1922	11 349	1 438	4 792
1923	11 136	2 174	5 297
1924	10 281	2 288	5 288
1925	11 353	2 372	4 809
1926	10 452	1 776	4 253
1927	10 407	1 416	2 849
1928	10 730	1 475	3 392
1929	11 028	1 602	3 620
1930	11 396	1 867	4 617
1931	15 335	2 146	7 080
1932	11 472	2 162	7 408
1933	10 984	2 195	5 336
1934	9 562	2 229	4 444
1935	10 054	2 266	4 666
1936	10 196	2 384	4 858
1937	10 646	2 691	5 616
1938	10 909	2 903	5 506
1939	10 712	2 904	5 707
1940	11 199	3 771	6 262
1941	11 183	3 184	8 729
1942	11 336	3 211	5 831
1943	12 400	3 480	5 196
1944	12 698	3 358	5 094
1945	12 444	3 236	5 553
1946	12 210	2 950	5 526
1947	12 025	2 864	4 569
1948	11 723	2 518	4 354
1949	11 006	2 219	4 369
1950	10 588	1 897	4 439
1951	11 201	1 624	5 080
1952	10 119	1 516	4 665
1953	8 608	1 381	4 644
1954	8 052	1 176	4 078
1955	7 808	1 119	4 119
1956	8 434	1 089	4 494
1957	9 494	951	4 794
1958	9 399	805	4 316

FUENTE: Clasificación Estadística Internacional

## MORTALIDAD POR TETANOS, POLIOMIELITIS Y VIRUELA TASAS POR 100 000 HABITANTES.

1922-1958

AÑOS.	TETANOS.	POLIOMIELITIS.	VIRUELA.
1922	1 594		11 966
1923	1 732		13 076
1924	1 745		12 964
1925	1 652		11 008
1926	1 531	15	5 477
1927	1 561	22	6 639
1928	1 770	17	8 694
1929	2 465	20	11 304
1930	2 349	38	17 405
1931	2 810	30	15 003
1932	2 861	39	8 456
1933	2 506		6 094
1934	2 058		9 430
1935	1 918		5 205
1936	1 835	52	4 651
1937	1 854	33	3 538
1938	1 803	26	3 343
1939	2 269	52	2 205
1940	2 351	91	1 431
1941	2 337	34	2 529
1942	2 185	43	4 115
1943	2 231	61	4 011
1944	2 106	73	2 350
1945	2 169	68	L 054
1946	2 195	111	561
1947	2 245	56	549
1948	2 223	169	1 101
1949	2 287	168	461
1950	2 127	134	153
1951	1 925	371	54
1952	1 966	240	31
1953	1 890	302	
1954	2 00L	175	
1955	1 955	342	
1956	1 995	206	
1957	2 037	414	
1958	2 085	185	

FUENTE: Clasificación Estadística Internacional.

1922-1958

AÑOS.	LEPRA	RABIA	DIABETES.
1922	130	31	368
1923	132	48	415
1924	158	38	353
1925	157	77	444
1926	141	86	506
1927	148	62	358
1928	153	38	
1929	166	41	444
1930	153	34	475
1931	221	43	552
1932	195	43	521
1933	164	44	552
1934	179	36	
1935	227	37	669
1936	231	34	660
1937	206	24	654
1938	183	25	753
1939	201	31	819
1940	195	23	807
1941	195	35	691
1942	143	41	797
1943	180	46	752
1944	191	45	811
1945	152	49	783
1946	176	66	890
1947	114	48	977
1948	141	64	1107
1949	125	46	1228
1950	117	43	1167
1951	136	49	1184
1952	75	60	1335
1953	98	45	1302
1954	80	60	1571
1955	74	54	1844
1956	80	72	2098
1957	63	47	2175
1958	59	55	

FUENTE: Clasificación Estadística Internacional.

1922-1958

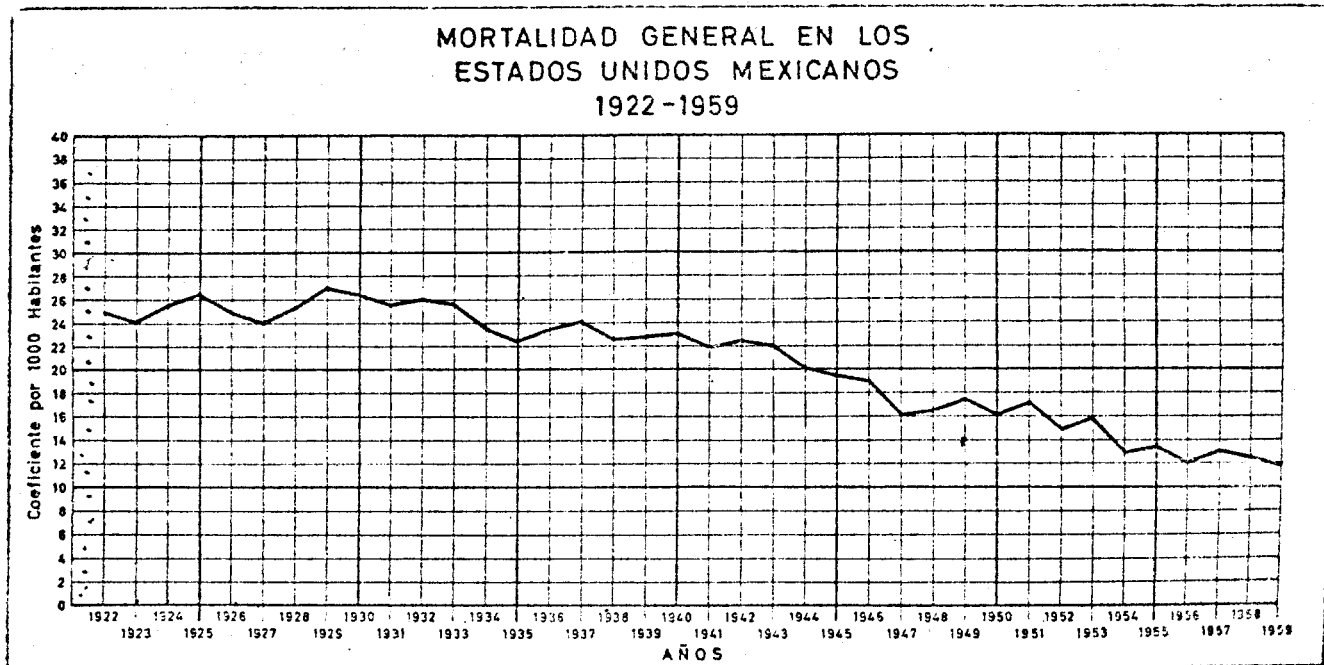
AÑOS.	PALUDISMO.	ENFERMEDADES DEL CORAZON.
1922	25 035	4 677
1923	20 839	4 794
1924	21 495	4 875
1925	21 876	4 326
1926	21 641	4 730
1927	20 161	5 536
1928	18 779	5 879
1929	17 272	6 257
1930	27 243	6 559
1931	36 243	7 233
1932	32 378	8 258
1933	29 733	7 632
1934	24 491	7 889
1935	22 785	8 298
1936	24 990	9 079
1937	26 733	9 482
1938	24 491	9 522
1939	22 785	10 437
1940	24 990	10 666
1941	26 773	11 381
1942	25 428	12 278
1943	25 088	13 290
1944	23 917	13 298
1945	26 232	13 271
1946	26 607	13 364
1947	25 233	14 435
1948	26 492	15 320
1949	29 461	16 498
1950	25 124	18 506
1951	26 019	20 383
1952	24 579	21 171
1953	24 971	22 162
1954	22 996	21 639
1955	24 681	23 820
1956	23 189	22 162
1957	24 596	23 820
1958	19 437	20 967

FUENTE: Clasificación Estadística Internacional.

MORTALIDAD POR ACCIDENTES, MUERTES VIOLENTAS, Y HOMICIDIOS, TASA POR 100 000 HABITANTES.

AÑOS	ACCIDENTES	MUERTES VIOLENTAS	HOMICIDIOS
1922	5 492	9 126	3 898
1923	5 574	9 345	4 000
1924	6 756	10 629	4 314
1925	6 387	9 746	3 646
1926	11 397	13 225	2 267
1927	8 572	15 125	7 006
1928		15 514	7 106
1929		17 372	7 935
1930	9 977	17 989	8 155
1931	9 975	18 526	8 551
1932	8 260	18 243	9 983
1933	10 325	18 229	7 904
1934	11 458	18 690	7 232
1935	11 667	19 765	8 098
1936	11 824	22 127	11 237
1937	8 706	19 645	11 266
1938	11 947	23 405	11 458
1939	12 153	23 598	11 445
1940	10 138	23 313	13 175
1941	12 115	22 549	10 431
1942	13 421	22 280	9 459
1943	12 646	22 026	9 809
1944	10 947	20 386	9 896
1945	10 988	21 327	10 815
1946	12 039	23 209	11 592
1947	12 296	23 967	12 124
1948	12 397	24 427	12 488
1949	13 694	24 311	12 400
1950	13 068	24 190	12 403
1951	13 388	24 621	11 889
1952	13 723	25 460	11 901
1953		24 503	10 805
1954		24 903	10 954
1955		25 074	10 782
1956	14 679	25 172	10 543
1957	14 824	25 270	10 446
1958	15 322	24 663	10 230

FUENTE: Clasificación Estadística Internacional.



FUENTE: Alvarez Amezquita José y otros, Historia de la -  
Salubridad y Asistencia en México, S.S.A, México, DF, 1960, Tomo I.

CONCEPTO	1960	1961	1962	1963	1964	1965
Esperanza de vida al nacer	57.4	58.9	59.0	59.6	60.6	63.5
Tasa de mortalidad infantil (defunciones - por 1000 nacim.	74.2	70.0	69.9	68.5	66.3	60.7
Principales causas de mortalidad general.	402.545	403.046	402.046	412.834	408.275	404.163
Neumonía.	49.329	48.430	50.954	53.897	49.246	48.971
Emteritis	60.098	54.857	54.411	45.919	43.854	40.620
Enfermedades de la primera infancia.	51.510	51.141	50.932	49.812	50.141	53.090
Senilidad.	48.943	49.685	59.912	29.279	28.501	75.221
Accidentes y - violencia.	26.312	25.980	26,796	26.585	28.452	29.541
Enfermedades - del aparato respiratorio.	6.820	6.748	7.082	7.022	8.225	8.946
Tumores malignos.	12.516	12.864	13428	14.138	14.933	15441
Enfermedades del corazón.	23.651	23.920	22.702	15.632	15.583	14.407
Bronquitis.	10.562	10.230	11.197	11.936	11.236	10.803
Enfermedades del hígado.	10.720	10.816	10.930	8.325	8.144	12.032
Sarampión.	6.096	5.951	5.876	7.387	7.908	7.896
Tuberculosis de todas clases.	9.525	9.403	9.799	9.648	9.535	9.723
Gripe.	7.395	4.555	4.812	7.822	4.214	4.707
Tosferina.	4.741	5.452	4.738	5.299	6.627	3.596
Enfermedades del sistema nervioso.	10.365	10.907	11.490	12.795	13.711	13.208
Disentería de - todas clases.	4.876	4.329	4.171	4.052	3.980	3.404
Embarazo, parto.	3.102	3.187	3.145	3.045	3.260	3.109
Salmonelosis.	2.627	2.341	2.242	3.009	2.941	1,582
Tétanos.	2.617	2.635	2.477	2.440	2.361	-----
Paludismo.	7.064	2.432	933	27	27	41
Otras.	43.676	57.183	44.019	94.879	95.399	47.825



CONCEPTO	1966	1967	1968	1969
Esperanza de vida al nacer(años)	62.1	62.8	61.1	62.0
Tasa de mortalidad infantil(defunciones por 1000 nacimientos)	62.9	63.1	64.2	66.7
Principales causas de mortalidad general.	424.141	420.298	452.910	458.886
Neumonía.	55.593	51.881	71.113	65.423
Enteritis y colitis.	40.515	40.647	42.976	63.430
Enfermedades de la primera infancia.	52.638	54.213	55.738	54.973
Senilidad.	31.431	30.053	43.127	41.625
Accidentes y violencia.	29.029	30.082	31.392	33.321
Enfermedades del aparato circulatorio.	6025	6.313	7.028	7.435
Tumores malignos.	15.729	15.724	15.937	17.133
Enfermedades del corazón.	15.451	15.161	16.878	31.128
Bronquitis.	11.942	11.604	8.324	7.990
Enfermedades del hígado.	9.149	9.715	9.535	10.335
Sarampión.	8.054	6.225	10.011	6.995
Tuberculosis de todas clases.	9.798	9.439	9.190	9.116
Gripe.	5.289	4.059	7.739	6.447
Tosferina.	3.411	5.178	5.266	3.865
Enfermedades del sistema nervioso.	14.413	14.762	11.594	11.203
Disentería de todas clases.	3.880	3.784	1.970	2.740
Embarazo, parto.	2.967	2.992	3.182	3.204
Salmonelosis.	2.528	2.548	2.178	2.915
Tétanos.	2.213	2.073	1.976	1.819
Paludismo.	52	36	29	35
Otras.	104.034	103.809	98.627	77.754

FUENTE: Secretaría de Programación y Presupuesto. Dirección General de Estadística.

## PRINCIPALES ENFERMEDADES DEFUNCIONES 1969-1973

	1969	1970	1971	1972	1973
I-Enfermedades infecciosas y parasitarias.	458,886	485,656	458,323	476,206	458,915
II-Enfermedades de las glándulas endocrinas de la nutrición y del metabolismo	15,213	16,187	14,781	15,386	14,690
III-Tumores.	18,192	19,349	20,106	20,806	20,994
IV-Enfermedades de la sangre.	5,541	5,295	5,496	5,450	5,604
V-Trastornos mentales.	2,139	2,395	2,307	2,373	2,529
VI-Enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos.	4,409	4,682	5,055	5,071	4,925
VII-Enfermedades del aparato circulatorio.	48,477	51,093	50,531	58,414	63,634
VIII-Enfermedades del aparato respiratorio.	91,919	105,762	90,602	90,186	89,070
IX-Enfermedades del aparato digestivo.	27,249	27,147	27,157	27,652	27,770
X-Enfermedades del aparato genitourinario.	6,883	7,442	7,706	7,753	8,099
XI-Complicaciones del parto y del embarazo.	3,204	3,050	3,266	3,065	3,048
XII-Enfermedades de la Piel.	229	262	314	434	481
XIII-Ciertas causas de la morbilidad y de mortalidad-parinatales.	24,340	25,222	24,758	25,147	23,898
XIV-Accidentes, envenenamientos y violencias.	33,321	34,784	34,694	36,765	40,504

FUENTE: Dirección General de Estadística.  
Secretaría de Programación y Presupuesto.

DEFUNCIONES Y TASAS DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES 1972-1974.

Enfermedades de las glandulas endocrinas, de la nutrición y del metabolismo.							Enfermedades de la sangre de los órganos hematopogéticos.		Trastornos mentales	
AÑO	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA.				
1972	15,386	2.8	5,450	1.0	2,373	0.4				
1973	14,690	2.6	5,640	1.0	2,529	0.5				
1974	14,722	2.5	5,409	0.9	2,679	0.5				

Enfermedades del sistema nervioso.		Enfermedades del aparato circulatorio.		Enfermedades aparato respiratorio.		
AÑO.	DEFUNCIONES.	TASA.	DEFUNCIONES.	TASA	DEFUNCIONES.	TASA.
1972	5,071	0.9	58,474	10.8	90,186	16.6
1973	4,935	0.9	63,634	11.3	89,070	15.9
1974	4,928	0.8	62.669	10.8	75,638	13.0

FUENTE: Secretaria de Programación y Presupuesto, Dirección General de Estadística, pp 101-L04.

Enfermedades del aparato digestivo.		Enfermedades del aparato genitourinario.		Complicaciones del parto, embarazo y del puerperio.		
AÑO	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES.	TASA.	DEFUNCIONES.	TASA.
1972	27,652	5.1	7,753	1.4	3,065	0.6
1973	27,770	4.9	8,099	1.4	3,048	0.5
1974	27,138	4.7	7,943	1.4	2,882	0.5
Enfermedades de la piel.		Enfermedades del sistema osteomuscular.		Anomalías congénitas.		
AÑO	DEFUNCIONES.	TASA.	DEFUNCIONES.	TASA.	DEFUNCIONES.	TASA.
1972	434	0.1	1,294	0.2	4,115	0.8
1973	481	0.1	1,264	0.2	3,899	0.7
1974	470	0.1	1,251	0.2	4,068	0.7
Ciertas causas de la morbilidad y de la mortalidad paranatales.		síntomas y estados morbosos mal definidos.		accidentes, envenenamientos y violencias.		
AÑO	DEFUNCIONES	TASA.	DEFUNCIONES.	TASA.	DEFUNCIONES.	TASA.
1972	25,147	4.6	59,119	10.9	36,765	6.8
1973	23,898	4.3	56,918	10.1	40,504	7.8
1974	22,026	3.8	50,594	8.7	49,138	8.4

ASPECTOS DEMOGRAFICOS 1963-1973

---

	NACIMIENTOS.	DEFUNCIONES.
1963	1,756,624	412,834
1964	1,849,408	408,275
1965	1,888,171	404,163
1966	1,954,340	424,141
1967	1,981,363	420,298
1968	2,039,145	452,910
1969	2,081,902	458,886
1970	2,132,630	485,656
1971	2,231,630	458,323
1972	2,346,002	476,206
1973	2,572,287	458,915

---

FUENTE: Secretaría de Programación y Presupuesto.  
Subdirección Genral de Estadística.

## PECTOS DEMOGRAFICOS Y TASAS 1964-1974 (tasas por 1000 habitantes)

---

AÑO	NATALIDAD	MORTALIDAD
1964	44.6	9.8
1965	44.1	9.4
1966	44.1	9.6
1967	43.2	9.2
1968	42.6	9.6
1969	42.1	9.4
1970	42.5	9.6
1971	43.2	8.7
1972	45.8	8.8
1973	44.9	8.2
1974	44.7	7.5

---

FUENTE: Op Cit. p 65

ASPECTOS DEMOGRAFICOS 1964-1974

AÑO	POBLACION AL 30 DE JUNIO DE CADA AÑO.	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES
1964	41,474,776	1,849,408	408,275
1965	42,859,422	1,888,422	404,163
1966	44,322,979	1,954,340	424,141
1967	45,836,565	1,981,363	420,298
1968	47,401,893	2,058,251	452,910
1969	49,620,734	2,088,902	458,886
1970	50,694,671	2,132,630	485,656
1971	52,451,948	2,231,399	458,323
1972	54,273,296	2,346,002	476,206
1973	56,161,054	2,572,287	458,915
1974	58,157,709	2,607,452	433,104

FUENTE: Secretaría de Programación y Presupuesto.  
Dirección General de Estadística p-65

---

CAUSA DE DEFUNCIONES.	# DE DEFUNCIONES	TASA
Neumonías, influenza y otras infecciosas.	63,700	109.6
Enteritis y otras enfermedades diarreticas.	50,842	87.5
Accidentes, envenenamientos y violencias.	49,026	84.4
Enfermedades del corazón.	42,449	73.0
Causas de morbilidad y de la mortalidad perinatales.	22,026	37.9
Tumores malignos.	20,912	36.0
Enfermedades cerebrovasculares.	13,635	23.5
Cirrosis hepática.	11,244	19.3
Tuberculosis todas formas.	8,614	14.8
Diabetes mellitus.	8,417	14.5
Todas las demás.	142,239	244.7
Todas las causas.	433,104	7.5

---

FUENTE: Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos 1974 S.S.A.



NUMERO Y PORCENTAJE DE DEFUNCIONES POR GRUPO DE EDAD EN MEXICO 1974


GRUPO DE EDAD	DEFUNCIONES	% DEL TOTAL
Menor de 1 año.	121,606	28.1
1-4 años.	37,983	8.8
5-14 años.	17,733	4.1
15-24 años.	22,640	5.2
25-44 años.	51,279	11.8
45-64 años.	65,817	15.2
65-74 años.	49,556	11.4
74 y mas.	66,490	15.4
TOTAL	433,104	100.

FUENTE: Estadísticas de los Estados Unidos Mexicanos 1974.

INDICADORES DE LA SITUACION SANITARIA DE AMERICA LATINA:

PAIS:	HABITANTES. (MILLONES)	PIB.	ESPERANZA DE VIDA AL NACER	CAMAS. HOSPITALA RIAS. (MILES)	CANTIDAD DE MEDICOS	HABITANTES POR MEDICO	MORTALIDAD INFANTIL.
ARGENTINA	25.0	27.60	68.2	150.0	49,950	500	56.8
BOLIVIA	5.5	1.19	46.0	10.0	2,140	2,570	154.8
BRAZIL	104.2	50.75	59.0	367.5	47,250	2,210	95.0
COLOMBIA	22.9	9.05	51.0	49.5	10,320	2,220	67.9
COSTA RICA	1.9	1.21	69.4	7.4	1,320	1,440	54.4
CHILE	10.5	8.20	63.3	-----	5,570	1,880	65.2
ECUADOR	6.5	2.13	58.1	-----	2,080	3,120	81.9
EL SALVADOR	4.0	1.18	58.5	6.4	1,010	3,960	59.4
GUATEMALA	5.4	2.32	51.8	8.0	1,210	4,450	80.8
HAITI	4.5	0.44	50.0	2.6	410	10,980	133.8
HONDURAS	2.7	0.81	54.6	4.5	780	3,260	117.6
JAMAICA	2.0	1.56	70.2	-----	760	2,670	26.2
MEXICO	56.0	39.97	62.0	65.0	34,000	1,650	61.5
NICARAGUA	2.1	0.94	52.4	5.0	1,390	1,510	47.6
PANAMA	1.6	1.29	66.5	5.7	1,070	1,500	32.1
PARAGUAY	2.5	0.71	61.9	3.9	1,070	2,340	64.2
PERU	14.2	7.42	62.0	35.0	8,020	1,770	65.1
REPUBLICA DOMINICANA	4.6	2.05	60.4	12.0	2,210	2,080	48.7
URUGUAY	3.0	2.42	68.8	15.5	3,170	950	40.2
VENEZUELA	11.7	13.24	66.4	32.9	11,220	1,040	50.2

FUENTE: Organización Mundial de la Salud y Banco Interamericano de Desarrollo.



CONTRIBUCION DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA EN LA SOLUCION DE LA MORBILIDAD.

---

## LA DIFERENCIACION DE PRODUCTOS Y SU COSTO SOCIAL.

En el año de 1974 el consumo de medicamentos per cápita del mexicano fué de \$117.-, y este valor se obtuvo dividiendo el valor de la producción de la industria químico-farmacéutica (algo más de 7,000 millones de pesos) más la importación de productos terminados y materia prima (más de 300 millones) menos la exportación (600 millones) entre un total de 57,200,00 habitantes del país al 30 de junio de -- ese mismo año.

En 1975 se informó que más del 95% de los medicamentos consumidos en México fueron producidos localmente; sin embargo, es preciso reconocer que en muchos de los casos esa producción consistió en realizar maniobras sencillas de mezcla, dosificación y envase. Las drogas básicas son importadas salvo escasas excepciones y se da con frecuencia la situación de exportarse materias primas para su producción y de comprarse nuevamente las drogas ya elaboradas.

Entre 1,900 y 2,400 millones de pesos es el consumo de la clase económica que puede pagar los medicamentos prescritos en consultas privadas, es decir que entre un 7% y un 10% tiene acceso económico a toda clase de medicamentos. Si la estimación es aceptable, el consumo per capita al año de esa población, sería casi de unos 400 pesos, es decir, una cifra que no se encuentra muy alejada de la correspondiente al promedio de la población de los Estados Unidos.

Por otro lado se tienen registradas cerca de 80,000 productos y aunque muchos de ellos ya no se encuentran o ya no se prescriben, se calcula que hay cerca de 20,000 actualmente en circulación y que son motivo de prescripción.

En términos generales, los precios de los medicamentos en México son más elevados que en otros países del mundo; situación que se agrava por las actividades promocionales de las compañías farmacéuticas que logran, con eficiencia la prescripción de medicinas caras en relación con otras menos costosas y por el interés de los farmacéuticos en vender medicamentos más costosos cuando el público en busca de automedicación lo requiere.

En la lucha por ingresar al mercado de los medicamentos, los consorcios farmacéuticos han generado una plétora de medicamentos similares que no justifican su presencia ni por sus efectos, ni por el precio, ni por su menor toxicidad o mayor facilidad de manejo metabólico. En la mayoría de los casos las ventajas que se enumeran son triviales en relación con el producto original.

Muchas veces se trata de productos que, aunque químicamente son diferentes, tienen el mismo grupo genérico y sus efectos farmacológicos son muy similares unos de otros, más no idénticos.

Es importante señalar que más del 90% de los medicamentos que se encuentran registrados pueden adquirirse libremente en cualquier farmacia; tal situación parece justificarse en un país como lo es el nuestro que con una población tan grande que carece de recursos económicos para sufragar los gastos de consulta médica y otra no menos grande que carece de médicos.

En México se dispone y se prescribe una gran serie de medicamentos los cuales son poco congruentes con la realidad de la nación; las exportaciones de estos productos, si bien producen divisas, éstas son transferidas a las casas matrices, ya que su fabricación está en manos de empresas multinacionales. En el caso de México, la in

industria químico-farmacéutica ha alcanzado un considerable nivel de desarrollo en la producción de materias primas y de productos terminados aún cuando es muy dependiente de la tecnología y de las inversiones extranjeras.

(19)

Ahora bien, es importante definir lo que es la diferenciación de productos y las condiciones de entrada de un medicamento nuevo al mercado.

El grado de diferenciación del producto mide el extremo hasta el que los compradores diferencian, distinguen o demuestran específica preferencia entre los productos en competencia de los distintos vendedores establecidos en la industria. Por ejemplo, en la industria químico-farmacéutica podemos ver esto claramente; primeramente porque muchos compradores compran un producto por las evidentes diferencias en calidad o diseño entre los productos competidores; una segunda razón, es la ignorancia de los compradores con respecto a las características y cualidades esenciales de los artículos que compran; finalmente, las preferencias de los compradores por determinados productos se ven fomentadas por las persuasivas actividades de promoción de ventas de los vendedores médicos y especialmente por la propaganda.--(podemos ver que todo este tipo de esfuerzos por vender más repercute en una inversión financiera que la subsidie, la cuál es --aportada, sin darse cuenta, por el consumidor)--.

La base de la diferenciación del producto tenderá a influir o reflejarse en los tipos de la competencia ajena a los precios más importantes en la industria. Cuando la diferenciación de los productos se basa principalmente en las marcas y en la propaganda, la competen

cia, a través de la promoción de ventas, será intensa y las dimensiones de los costos de ventas serán proporcionalmente elevados.

¿Qué fin persiguen las empresas con la diferenciación de los productos? En primer lugar, el fin es el de establecer una barrera a la entrada contra la nueva competencia, y en segundo lugar, que la diferenciación de productos dentro de una industria dá oportunidad de -- producir diseños y cualidades del producto en cuestión significati-- vas con respecto a los méritos de los productos alternativos. Ahora -- bién, las barreras a la entrada de una industria, se refieren en este caso a la industria químico-farmacéutica, y a las ventajas que -- tiene esta industria sobre los vendedores potenciales que intenten -- entrar en el mercado. Por tanto, es una medida de elevación de barre -- ras contra la nueva competencia dentro de la industria "valla" que -- protege a los vendedores establecidos y que obliga a que los recién -- llegados dentro de esta, deben superar antes de entrar a la competen -- cia.

(20)

#### CONCLUSION

Podemos afirmar sin temor que no hay campo de actividad humana -- tan promovido como el farmacéutico. La inversión en propaganda, se -- gún estudios recientes, alcanza cifras del orden de 30% del volúmen -- de ventas, lo cual no se ha visto siquiera en el negocio de los es -- pectáculos y tal vez sólo comparables a las del sector de bebidas al -- cohólicas. Esta promoción, lo único que hace es encarecer más los -- productos y al final de la cadena, el que sale pagando todo es el -- consumidor.

La política de las campañas farmacéuticas de aumentar constante -- mente sus ventas las obliga a crear un circuito que consiste en la --

introducción de gran número de medicamentos "nuevos" para competir con los similares de otras firmas en el mercado y en una promoción agresiva destinada a convencer a los médicos de que prescriban un determinado fármaco. Es decir que incluso tratan de convencer a los doctores con el fin de que prescriban su producto aún cuando la efectividad de este está sujeta a comprobación, es decir que sus resultados son de una dudosa eficacia.

En nuestro país no contamos actualmente con la tecnología que ha hecho posible el desarrollo de la industria químico-farmacéutica. -- Los medicamentos actuales no derivan fundamentalmente de productos naturales, sino de productos químicos los cuales requieren un proceso de transformación complicado y costoso, el cual requiere un desarrollo tecnológico que nuestro país aún no iguala. Esto nos lleva al hecho de que si pensamos en una nacionalización de la industria químico-farmacéutica, esta se debe de realizar de una manera paulatina; es decir a largo plazo, llevando a cabo una planeación cuidadosa que beneficie de una manera definitiva a México.



**CUADROS ESTADISTICOS DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA:**

---

MEXICO: DISTRIBUCION DE LAS EMPRESAS FARMACEUTICAS SEGUN PERSONAL OCUPADO:

TAMAÑO DE LA PLANTA.	CANTIDAD	%	PERSONAL OCUPADO TOTAL	REMUNERACION AL PERSONAL.	PRODUCCION BRUTA TOTAL	VALOR AGREGADO.
PERSONAL NO REMUNERADO. --						
1-5	25	5.7	41	-----	1745	754
6-15	88	19.9	282	4,423	63696	22,418
16-25	96	21.7	956	20,627	122017	52,797
26-50	42	9.5	853	18,638	160380	61,484
51-75	47	10.6	1,644	41,871	297033	119,683
76-100	33	7.4	2,022	60,346	283,569	128,943
101-175	21	4.7	1,848	63,170	248,588	116,473
176-250	33	7.4	4,318	157,424	736,161	333,826
251-350	17	3.8	3,595	130,402	668,656	274,072
351-500	19	4.3	5,469	276,621	1,185,286	575,041
501 o m-ás	11	2.5	4,326	222371	1,143,552	482,857
	11	2.5	6,411	291,377	1,451,959	734,964
TOTALES:	443	100,0	32,036	1,287,270	6,362,642	2,903,312

FUENTE: LX-Censo Industrial, SIC, 1971.

LOCALIZACION GEOGRAFICA DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA:

ENTIDADES	ESTABLECIMIENTOS		PERSONAL OCUPADO		PRODUCCION BRUTA	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	MILES DE PESOS	%
DISTRITO FEDERAL Y ESTADO DE MEXICO.	359	81.0	28,976	90.4	5,934,772	93.3
JALISCO.	28	6.3	1,469	4.6	145.482	2.3
RESTO DEL PAIS.	56	12.7	1,591	5.0	282.388	4.4
TOTALES:	443	100.0	32,036	100.0	6,362,642	100.0

FUENTE: Censo Industrial, SIC, 1971.

## INDUSTRIA QUIMICA

## COMERCIO EXTERIOR.

CONCEPTO.	PRODUCCION.	VENTA INTERNA.	EXPORTACION.	IMPORTACION DE INSUMOS.	SALDO.
HORMONAS.	330	20	310	20	290
ANTIBIOTICOS.	390	330	60	190	-130
ANTIFECCIOSOS.	170	158	12	85	-73
VITAMINAS.	40	39	1	18	-17
ALCALOIDES.	29	29	---	22	-22
VARIOS.	220	170	50	110	-60
TOTALES.	1,179	746	433	445	-12

FUENTE: ANIQ, MEXICO 1976.

EL MERCADO DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA MEXICANA (MILLONES DE PESOS)

	TASA DE CRECIMIENTO (%)					
	1960	1965	1969	1960-1969	1960-1965	1965-69
VENTAS TOTALES.	1809.0	2895.4	4334.3	10.5	9.9	11.3
A FARMACIAS.	1426.7	2037.2	3034.3	8.7	7.4	10.5
PARTICIPACION RELATIVA (%)	78.8	70.4	68.4	-----	-----	-----
A ORGANISMOS OFICIALES	292.2	679.1	1100 .0	15.9	18.4	12.8
PARTICIPACION RELATIVA (%)	162.2	23.5	25.8	-----	-----	-----
DIRECTA A HOSPITALES PRIVADOS	90.1	179.1	300.0	14.3	14.7	13.8
DISPENSARIOS, EXPORTACIONES ETC.						
PARTICIPACION RELATIVA (%)	5.0	6.1	6.8	---	-----	-----

FUENTE: International Corporation Marketing Research and Consultation, citada en - Examen de la Situación Económica de México, Banco Nacional de México, S.A., México XLVI, 539 octubre 1970, p.25.

78-

PRECIOS PAGADOS POR MEXICO POR EL CONCEPTO DE IMPORTACION DE MEDICINAS

---

PRODUCTO.	PRECIO INTERNACIONAL (PESOS/Kg)	PRECIO DE IMPORTACION (PAGADO POR MEXICO)
TETRACICLINA.	309	764
CLORANFENICOL.	169	338
CLORANFENICOL(SUCCINATO)	400	850
PREDNISOLONA.	7,750	33,600
CLORODIAZEPOXIDO.	250	2,815
DIAZEPAN.	302	8,350
PANTOTENATO DE CALCIO.	41	135
PROGESTEROMNA.	1,500	7,450

---

FUENTE:

LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL:

---

## INTRODUCCION:

Desde hace tiempo se ha pretendido una definición precisa del vocablo seguridad social. Se han vertido diversos conceptos y se ha recurrido a una escala de nociones e ideas, para concretar una definición de validez universal.

Es decir: "La seguridad social tiene por finalidad garantizar - el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el - bienestar individual y colectivo"

Los fines de la seguridad social favorecen una convivencia que permite al hombre condiciones de igualdad bajo la generalidad de la norma, para liberarle de la "inseguridad" de la miseria, de la ignorancia y - demás limitaciones que lo oprimen y por ende, propician que sea libre y responsable, para alcanzar una plenitud digna.

El consenso de la población coincide en que, únicamente, es factible por el Estado, la institución de la seguridad social, de índole perdurable y con la solvencia que garantice las prestaciones y beneficios actuales y las diferidas a largo plazo.



## SINTESIS HISTORICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO (1906-1977)

## PRINCIPIO:

1.- El Seguro Social es postulado de los partidos políticos que es tructuraron la Revolución Mexicana:

- A) Partido Liberal Mexicano
- B) Partido Democrático
- C) Partidos Anti-releccionista y Constitucional Progresista
- D) Revolución Constitucionalista
- E) Casa del Obrero Mundial
- F) Soberana Concención Nacional Revolucionaria

2.- Como pioneros del Seguro Social figuran entre otros: Ricardo - Flores Magón, Benito Juárez Masa, Francisco I. Madero, Don Venustiano Carranza y el General Alvaro Obregón.

3.- Durante esta época de la historia de México, el derecho del -- trabajo, la asistencia, la previsión general y los seguros sociales, - surgieron casi simultaneamente, confundiéndose o interfiriéndose en - su esfera de acción o a veces haciéndose equivalentes pero unidos en- cuanto al objetivo de mejoramiento y progreso de la población mexica- na.

4.- Durante este período se madura una conciencia colectiva, inflex<sup>u</sup> ible y tendiente a nacionalizar la ciencia y mexicanizar el pensamien<sup>u</sup> to, se intenta estudiar al mexicano en relación con su propia natura- leza, su medio geográfico y su ambiente social.

## CONSTITUCION DE 1917.

1-La idea del Seguro Social se constitucionaliza y forma parte del Derecho del Trabajo, otorgándose facultades a los Gobiernos de los Estados para legislar e inculcar y difundir la previsión popular.

2-Es la Constitución Mexicana de 5 de Febrero de 1917, la primera en América que se ocupa de los Seguros Sociales.

3-El concepto de previsión popular es tan general que, no delimita los campos entre el Seguro Social y el Seguro Privado.

4-El transcurso del tiempo y la experiencia adquirida, han venido a mejorar y superar esas concepciones originales, que tienen a pesar de todo, el indiscutible mérito de haber constitucionalizado y generado con posterioridad una majestuosa institución, que ahora se conoce más como el I.M.S.S.

(22)

## ALVARO OBREGON Y SU OBRA:

1-Se empieza a precisar y delimitar los riesgos que se ocupan los Seguros Sociales: Accidentes y Enfermedades Profesionales; Invalidez, - Cesación Involuntaria del Trabajo, Jubilaciones por Vejez, y Seguros de vida.

2-Mediante una legislación clara, precisa y expedita, se pretende encomendar al Seguro Social la función importantísima de administrar las prestaciones económicas en especie y en servicio de los trabajadores - sustrayéndolos de las continuas fricciones obrero-patronales.

3-El Seguro Social es factor de equilibrio entre el capital y el trabajo y auxiliar valioso en el engrandecimiento y prosperidad de la nación.

4-Se concede a la reserva económica del Seguro Social la función principal de crear riqueza pública e impulsar la construcción de --- habitaciones para los trabajadores.

5-Se piensa con gran acierto en una reforma Constitucional donde se federalice la legislación del trabajo y de los Seguros Sociales - para conceder iguales derechos a todos los mexicanos. (23)

## DIEZ AÑOS DE ACTIVIDAD PRO SEGURO SOCIAL:

1-El decreto del 27 de enero de 1932, otorgó facultades al Ejecutivo Federal para promulgar la Ley del Seguro Social, pero los acontecimientos políticos que se sucedieron en la vida de la República por la intervención del Maximato, que precipitó la renuncia del señor presidente Pascual Ortiz Rubio, impidieron hacer uso de la facultad dada por el Congreso de la Unión.

2-El Segundo Plan Sexenal de Gobierno 1940-1946, se adquirió el compromiso de establecer el Seguro Social durante el año de 1941.

3-Desde su nacimiento las ideas del Seguro Social Mexicano surgen de la indiosincracia del pueblo, se modelan y perfilan poco a poco hasta adquirir su estructura que lo identifica en la actualidad.

(24)

## AVILA CAMACHO IMPLANTA EL SEGURO SOCIAL:

1-El señor presidente de la República, general de división, Manuel Avila Camacho, estableció la Secretaría del Trabajo y Previsión Social designando al señor Lic. Ignacio Garcia Téllez su primer titular para resolver los problemas obrero-patronales y avocarse a elaborar la Ley del Seguro Social.

2-El 2 de junio se dictó un Acuerdo Presidencial y el 1 de julio del mismo año de 1941 se estableció la Comisión Técnica Redactora de la Ley del Seguro Social.

3-El proyecto Ley del Seguro Social de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, mereció la aprobación y el aliento de la Organización Internacional del Trabajo.

4-el 22 y 29 de diciembre de 1942 la Cámara de Diputados y de Senadores respectivamente, aprobaron la ley del Seguro Social, que fué publicada por el Ejecutivo Federal en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 1943.

(25)

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL:

### 1-Ambito geográfico:

Por Decreto Presidencial, expedido el 10 de abril de 1943 y publicado en el "Diario Oficial" de la Federación el 15 de mayo del mismo año, a partir del 10 de julio de 1943 quedó incorporado al régimen del Seguro Social el Distrito Federal, formado por esa época de la Ciudad de México y doce delegaciones. El 6 de enero de 1944 se iniciaron los servicios en estas trece unidades político-administrativas.

El ámbito geográfico se amplió en 1945 a los estados de Nuevo León y Puebla; en 1946, a Jalisco; en 1947, a Tlaxcala y Veracruz; en 1948, a México y en 1951, a Oaxaca y Tamaulipas. Al finalizar 1952, se encontraron incorporados al Seguro Social 36 municipios; 12 delegaciones y la Ciudad de México, distribuidos en nueve entidades federativas. Estas incorporaciones representaron un incremento absoluto de 36 y uno relativo de 276.92%, con referencia a 1943.

Desde que el IMSS inició sus actividades hasta julio de 1954, solamente se incorporó población urbana. Su campo de aplicación se amplió al medio rural a partir del Decreto Presidencial expedido el 19 de agosto de 1954, lo que aceleró un tanto la extensión del ámbito geográfico; al 31 de diciembre de 1962, final del segundo decenio de vida de la institución, estaban incorporadas 343 circunscripciones diseminadas en las 32 entidades federativas.

En el lapso de 1953 a 1962, el ámbito geográfico muestra un incremento absoluto de 294 municipios y delegaciones, respecto a los incorporados en 1952, lo que equivale un incremento del 600%.

El 27 de junio de 1963, el Ejecutivo Federal expidió un Decreto, en el que ordenaba la incorporación de los productores de caña y sus trabajadores, así como a los trabajadores de la industria azucarera y similares, que dio lugar a que el ámbito geográfico se extendiera considerablemente, al incorporarse 152 municipios en ese año. Por Decreto publicado el 25 de febrero de 1972, se incorporó la zona henequenera del Estado de Yucatán, ampliándose, así, el territorio cubierto por la institución.

Al 31 de diciembre de 1972, se encontraban incorporados 686 municipios y delegaciones, que significaron un aumento de 343 unidades de implementación con respecto al año de 1962 y un incremento relativo correspondiente de 100%. De 1973 a 1977, se incorporaron 114 unidades, lo que supone un incremento de 16.62% con relación a diciembre de 1972 y eleva a un total de 800 municipios incorporados, a finales de dicho año.

(tabla 1)

De los 800 municipios incorporados en 1977, operan 570 con servicios en el ámbito urbano para los sujetos de aseguramiento a que se refieren las fracciones de I y II del artículo 12; 135 municipios en el campo general, o sea, para los sujetos de aseguramiento señalados en la fracción III del artículo 12; 224 municipios en el campo cañero y 199 para grupos específicos, con esquema modificado de prestaciones.

En el lapso comprendido de 1973 a 1977, las entidades federativas que presentan un mayor incremento porcentual en cuanto a la incorporación de municipios son: Oaxaca con 270,74 Nayarit con 120% y Tlaxcala con 100%.

## II-Población asegurada y Población amparada:

El 12 de julio de 1943, se inició la primera inscripción general de patrones y trabajadores del régimen ordinario del ámbito urbano en el Distrito Federal. Al 31 de diciembre del año siguiente había ya 136,741 asegurados, con 218,786 familiares, que hacían un total de 335,527 derechohabientes. Como puede observarse en la tabla II, al finalizar el primer decenio de actividades del Instituto, diciembre de 1952, la población amparada ascendía a 1,154,487 derechohabientes: de los cuales 434,557 asegurados, 706,201 familiares y 13,729 pensionados registrados estos últimos a partir de 1949.

En los períodos correspondientes a 1952-62, 1962-72, 1972-77, se registraron incrementos absolutos en la población derechohabiente del IMSS de 3,622,335; 6,815,150 y 5,785,661 respectivamente, que, como se consigna en la tabla II, traducidos en incrementos porcentuales corresponden a 313.76% para el decenio 1952-62, 142.67% para el de 1962-72 y para el período 1972-77 49.91%.

Con respecto a este último período, cabe señalar un incremento de la población amparada, comparado con el decenio anterior, de 82.98% cuya diferencia de 33.07% con referencia a la del incremento relativo de la población derechohabiente a 1977, se explica por la protección que el IMSS otorga a 3,833,876 personas por medio del Programa de Solidaridad Social.

Los incrementos correspondientes al número de familiares, guardan la siguientes proporciones con los habidos en la incorporación de los jefes de familia:



En 1952-62 a un incremento total de asegurados de 266.88% corresponde un incremento en el renglón de familiares de 337.74%; en 1962-72 las cifras respectivas son 124.62% y 148,96%, y para el período 1972-77 el incremento de asegurados es de 27.15% y el de sus familiares de 38.32

El incremento del número de pensionados y familiares de 564.32 en 1962 con respecto a 1952, se explica por la naturaleza diferida de la prestación que da lugar a esa categoría de protección.

#### A) Estructura de la población, según ámbito de aplicación:

A partir de 1960, el régimen ordinario, que operaba ya en el ámbito urbano desde 1944, se amplía con las calidades de "continuación voluntaria" y "eventuales y temporales", incluidos en éstos últimos los trabajadores de la construcción. El régimen del Seguro Social en el campo se inició en 1954 con los asalariados y continuó con los ejidatarios y pequeños propietarios en 1955, y los estacionales en 1960. Como se consigna en la tabla III, a finales de 1962 estaban incorporados al Seguro Social 1,422,182 asegurados permanentes, de los cuales 4,509 correspondían a continuación voluntaria y 39,526 al ámbito del campo, con esquema integral de prestaciones. De 172,133 asegurados eventuales, 96,598 eran del ámbito urbano y 75,535 estacionales de campo.

En el decenio de 1952-62 el incremento relativo de asegurados es el más alto que registra el Seguro Social en esta línea: 227.27%. En el siguiente decenio, 1963-72, se registran hechos que cabe consignar tanto por su importancia cuantitativa como por su carácter de indicadores de la tendencia institucional a ampliar su campo de acción: los productores de caña de azúcar y sus trabajadores quedan incorporados al Seguro Social, en el ámbito del campo con un esquema integral de prestaciones, a partir de 1963. A fines del decenio de 1963-72, el número de productores de

Caña inscritos en el Seguro Social es de 118,883, cifra que con relación al número de asegurados permanentes en el ámbito del campo (247,527), representa en este decenio, el 48% del total de asegurados del campo. En la comparación de productores de caña inscritos a diciembre de 1977 con relación a los incorporados en 1972, se observa un decremento de 11,83% y, así, también es menor, 31.66, el porcentaje que representan estos productores con referencia al total de asegurados permanentes de campo a 1977.

Como puede observarse, los asegurados eventuales suman a 1977, 685 - 413, de los cuales 484,143 están registrados en el ámbito urbano y el resto, 201,270, en el campo.

#### B) Asegurados permanentes por modalidad de aseguramiento:

Las distintas reformas hechas a la ley, los decretos y reglamentos - publicados desde la aparición de la Ley original a la fecha, sintetizan la inquietud que ha caracterizado siempre el Seguro Social por extender su campo de acción y lograr, al mismo tiempo, que su protección sea, más completa y efectiva.

Los incrementos habidos en el número total de asegurados permanentes en los períodos 1952-62 y 1962-72, de 227.27% y de 11.84% respectivamente - corresponden a la etapa de extensión y consolidación del Seguro Social en el área a que primordialmente estaba dirigido.

Como se consigna en la tabla IV, del total de asegurados permanentes - a 1972, 3,012,750 (100%), el 91.87% corresponde al ámbito urbano y el 8.23% al del campo.

Para 1976, los porcentajes de las distintas modalidades de aseguramiento con respecto a la población total de asegurados permanentes (3,756,164)

Se plantean de la siguiente manera: 85.48% para esquema integral de prestaciones en el ámbito urbano, 1.03% continuación voluntaria, 3.81% - reversión de cuotas por subrogación y 1.30% esquema con modalidades de aseguramiento. Al campo corresponde el 8.37% de la población total de asegurados permanentes; 2.05% campo no cañero, 2.66% campo cañero y 3.66% - esquema con modalidades.

### C) Población IMSS. Población total y económicamente activa:

En lo que atañe a la demografía, los incrementos relativos de la - población total del país son de 36.48% para el período de 1952-62; de 42.98% para el decenio 1962-72; de 23.19% para los años comprendidos - de 1972-77 y de 140.38% para el período 1952-77.

Los incrementos relativos de la población total derechohabiente - y amparada por el instituto para los períodos apuntados son de 313.76% 142.67% para los dos primeros y para el de 1972-77 de 49.91% en cuanto a la población derecho-habiente, y de 82.98%, si se toma en cuenta a - los 3;833,876 de sujetos amparados por el Programa de Solidaridad So - cial cifras que, en el mismo orden - población derechohabiente, población que recibe exclusivamente las prestaciones netas del Programa de Solira - didad Social arrojan porcentajes de incremento relativo de 1952 a 1977 de 1,405,23% y de 1,737,31% respectivamente.

Como se podrá observar en la Tabla V, a pesar del incremento de la población amparada, el porcentaje que ésta representa con referencia a - la población total del país alcanza cuotas bajas, aunque ascendentes:

1944-52, 4.2%; 1952-62, 12.8%; 1962-72, 21.7%; 1972-77, 32.2%. Si la población económicamente activa del país se incrementa de 1952 a - 1962 en un 34.11%, de 1962 a 1972 en un 18.28%, de 1972 a 1977 en un -

28.56% y en el lapso comprendido entre 1952 a 1977 en un 103.94% la población asegurada lo hace en 266.88%, 27.15% y 947.82% para las mismas fechas, y se da un fenómeno parecido entre los porcentajes que representa el número total de asegurados con relación a la población económicamente activa, que el apuntado para la población amparada y la población total del país; los porcentajes, mostrados en la tabla V, muestran incrementos bajos, pero ascendentes, así, el número total de asegurados permanentes y eventuales representa el 4.8% de la población económicamente activa, porcentaje que se eleva a 13.1% en 1962, a un 24.9% en el decenio de 1963-72 y al 24.7% en 1977.

La tabla VI muestra una clasificación de patrones y cotizantes por rama de actividad económica, en los años 1974-77, en la que se advierten fluctuaciones leves con cierta proclividad a la baja, y que tiene su explicación en la recesión económica de los últimos años; devaluación, cierre de fuentes de trabajo, desempleo etc.

#### D) Cotizantes por grupo de salario:

Como último dato sobre la población del IMSS, la tabla VII recoge el número de cotizantes por grupo de salario en cuatro fechas distintas: la de 1962 se incluye por su significado con respecto a los períodos que sirven de base a esta presentación estadística; en 1971 aparecen por primera vez cotizantes en los grupos R, S; T y U creados por las reformas a la ley 1970, para los salarios de más de \$100.00 hasta \$ 280.00; 1974 es la fecha clave con relación al grupo que establece la nueva Ley del Seguro Social de 1973; el grupo W, al que se marca como límite superior el equivalente a diez veces el salario mínimo general que rija en el Distrito Federal.

En 1962 el salario diario mínimo de cotización es de \$ 30.05, representado por el grupo L.

### III Estadísticas Administrativas:

#### A) Ingresos y Egresos:

Como puede apreciarse en la tabla VIII, el Seguro Social tuvo en 1952 un total de ingresos por cuotas obrero patronales y contribución estatal de \$ 238,120,000.00, correspondientes a una población asegurada de 434,557 sujetos, lo que da un promedio de ingresos por asegurado de \$651.51. La población derechohabiente en ese año fue de 1,154,487 y los egresos de \$260,479,000.00, cantidad que supone un gasto promedio por derechohabiente de \$225.62.

Para la siguiente decenio, 1962, la población asegurada asciende a un total de 1,594,315, es decir, la población asegurada se incrementa con respecto a la de 1952 en un 266.88%, mientras que el ingreso por cuota y contribución estatal es a 1962 de \$ 2,492,643.000.00, que representa un incremento con respecto al ingreso de 1952 de 780.41% y un ingreso promedio por asegurado de \$1,563.46, que a su vez, supone un incremento de 139.98% con respecto a los \$651.51 de 1952. La población derechohabiente se incrementa de 1952 a 1962 en un 313.76%, los egresos a ese año son de \$1,960,192,000- y suponen un incremento con respecto a 1952 de 652.53% y un gasto promedio por derechohabiente de \$410.35 o sea, se incrementa este último en un 81.88% con referencia a los \$225.62 de 1952.

Por lo que se refiere a los datos de ingresos y egresos, el decenio 1963-72 es en el que se da el máximo crecimiento. Los ingresos en 1972 muestran un incremento relativo con los habidos en 1962, de 380.24% que en cantidad absoluta representa una diferencia de \$9,767,115,000, de los cuales \$9,121,270.000 corresponden a la diferencia de cuotas y aportación estatal entre 1962 y 1972 y \$645,845,000 a la diferencia que, en los mismos años, se da entre los ingresos por inversiones y otros.

En 1977 el total de ingresos, por cuotas obreros patronales y aportación estatal es de \$42,802,567,000 que, con referencia a los \$11,613 - 912,846.51 por año 1972, suponen un incremento absoluto de \$31,188,654-154.00 y relativo de 268.55%. En estas fechas, la población asegurada se incrementó en un 27.15%, lo que representa en número absolutos un total de 972,733 nuevos asegurados, que añadidos a los 3,581,084 que había en 1972 dan un total de 4,553,817 y un ingreso promedio por asegurado de \$9,400.00 que, con referencia al promedio de 1972, \$3,243.13, registra un incremento relativo de 189,85%.

En la tabla IX se muestran los ingresos y egresos correspondientes a 1973-78, con cifras para este último año tomadas del presupuesto de operación original del Departamento de Sistemas Presupuestales, y se complementa la tabla con los incrementos relativos para dichos años.

El resultado de ingresos y egresos fue de \$3,502,558,000.00 en 1977, cifra que con respecto a 1976 significa un incremento de 27.53%. El incremento porcentual más alto de esto se registró en 1974: 85.45%, en cambio en 1973 hubo un decreto con respecto al ejercicio anterior del 10.85%

#### B) Recursos humanos:

El Instituto Mexicano del Seguro Social inició sus labores el 16 de enero de 1943, con 23 empleados de todas las jerarquías. A finales de dicho año contaba ya con 193 empleados, 11 en los servicios médicos y 182 en los administrativos.

Como se podrá observar en la tabla X, en 1952 el Seguro Social tenía 11,356 empleados, de los cuales el 48.78% estaba clasificado como personal dedicado a atender en forma directa los servicios médicos. Para 1962, el número de empleados en esta área es ya de 24,225.

El porcentaje que alcanza el personal de los servicios médicos con relación al número total de empleados de la institución en 1962, 71.07% se mantiene con muy ligeras variantes, 76.91% y 74.67% en 1972 y 1977.

### C) Recursos Materiales:

El 6 de enero de 1944 se iniciaron los servicios específicos en la circunscripción del Distrito Federal, y con ello, la obligación inmediata de proporcionar las prestaciones de carácter médico, quirúrgico y farmacéutico a la población derechohabiente.

Para 1944 el IMSS contaba con cuatro sanatorios, diez clínicas y 20 consultorios. Para 1952 el instituto contaba con 44 clínicas, 214 puestos médicos de fábrica, 24 puestos médicos periféricos, 17 laboratorios clínicos, 24 gabinetes radiológicos y 50 farmacias.

A grandes rasgos, las características básicas del sistema hospitalario del Seguro Social están representadas por la zonificación y regionalización de los servicios médicos, la jerarquización de sus unidades en cuanto a niveles de atención y número de derechohabientes adscritos.

### IV Servicios Médicos:

Como puede observarse en la tabla XIII, de las 41.008,091 consultas que otorgó el Seguro Social en el período 1944-52, 35,824,378 fueron ambulatorias y 5,183,713 a domicilio, a 1962 el total de consultas asciende a 124,575,533 lo que supone un incremento con referencia al período anterior de 203.78% - los índices de crecimiento de la consulta en los períodos 1952-62 y 1962-72 de 203.78% y 158.40% respectivamente, resultan inferiores, en ambos casos, a-

Los de la población amparada que para dichas fechas fueron de 313.76% y 142.67%.

Durante 1944-52 se registraron 284,588 ingresos hospitalarios, cifra que ascendió a 1,515,494 durante el período 1952-62, y que supone un incremento relativo entre los dos decenios de 432.52%.

A) Promedio de prestaciones otorgadas por derechohabiente:

En la tabla XIV nos muestra que al 31 de diciembre de 1944 el Seguro Social había proporcionado 1,120,650 consultas, realizado 79,386 estudios de laboratorio, y 44,121 estudios radiológicos, ingresaron 4,228 pacientes a hospitalización, se atendieron 1,099 partos y se practicaron 5,069 intervenciones quirúrgicas con una relación a una población total de derechohabientes en 1944 de 355,527 sujetos por lo que se puede establecer un promedio por derechohabiente: un promedio anual de consultas de 3.15, un promedio de 0.22 para estudios de laboratorio, de 0.12 para estudios radiológicos y de 0.01 y de 0.003 y 0.01 para ingresos, partos e intervenciones quirúrgicas, respectivamente.

En el área médica trabajamos a 1944 un total de 808 empleados, cifra que da un promedio de 440 derechohabientes por trabajador en esta área.

En 1952 el total de la población derechohabiente asciende ya a un total de 1,154,487 personas, lo que permite establecer un promedio anual de consultas por derechohabiente de 6.41 superior en este caso, al de 1944 que fue de 3.15.

Para 1977 hay un número mayor de derechohabientes por empleado en el área médica comparado con los años anteriores, en 1977 el promedio es de 1,024,11 derechohabientes por médico.



## V) Prestaciones en dinero:

### A) Subsidios:

El subsidio es una prestación de gran contenido social: protege al trabajador y a sus familiares contra el desamparo económico que puede producirse cuando el primero deja de laborar y no devenga ningún salario, a causa de alguna enfermedad, accidente, o en el caso de la trabajadora asegurada, por maternidad.

### B) Pensiones:

La ley del Seguro Social establece el otorgamiento de pensiones a los trabajadores y a sus familiares, en los casos previstos en los seguros de riesgos de trabajo, invalidez, vejez, cesantía, y muerte.

### Prestaciones Médicas:

-Preservan, restablecen o rehabilitan a través de la medicina moderna:  
comprenden:

- enfermedades no profesionales.
- enfermedades profesionales.
- maternidad.
- accidentes de trabajo.

### Prestaciones sociales:

Promueven el bienestar del grupo social, la adaptación de los individuos a su medio y la máxima armonía de la comunidad incluyen:

- centros para el bienestar familiar.
- centros juveniles y talleres de capacitación.
- unidades habitación.

- Guarderías Infantiles
- Bolsas de Trabajo
- Centros Vacacionales

Aparte de dichas prestaciones el instituto pretende:

- a) Proteger al hombre frente a todos los riesgos tradicionales.
- b) Constituir un medio más eficaz para disminuir los altos índices de mortalidad, morbilidad y mendicidad.
- c) Reducir el desajuste económico derivado de los siniestros a los cuales está expuesto el trabajador, es decir: vejez, enfermedad, -- muerte, etc.
- d) Determinar un ordenamiento justo de la convivencia humana, al impulso de la solidaridad.
- f) Crear nuevas necesidades entre los sectores mayoritarios con el objeto de permitir un mejor desarrollo social y económico de la comunidad.

(26)

ISSSTE:

En 1959 se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ( ISSSTE) que agrupaba en 1974 a casi 3 millones de derechohabientes; la ley prescribe la prestación de servicios médicos completos, y sistemas de seguridad social, seguros de muerte, invalidez y de jubilación.

El ISSSTE opera un sistema de clínicas y hospitales en toda la República; dispone de recursos económicos por derecho-habiente mayores que los del IMSS y se ocupa de la atención de los problemas médicos de la población asegurada y de un programa de enseñanza al nivel de pre y posgrado.

(27)

## SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA:

La asistencia médica en México, al igual que en casi todos los países del mundo, no fue reconocida como actividad independiente, importante y de interés comunitario hasta el presente siglo.

En el año de 1943 se erige la actual Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública a la cual le corresponde todo lo concerniente a:

-La atención y mejoramiento de la alimentación de la colectividad en coordinación con las secretarías de Educación Pública y de Agricultura y Ganadería.

-La promoción física y mental de la población, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública.

-La conservación y mejoramiento y la restauración del medio ambiente.

-La creación, ampliación o modificación de las poblaciones.

-El control sanitario de los medios de comunicación.

-La prevención y rehabilitación en materia de invalidez cuando ésta presente un problema de salud pública.

-El ejercicio de las profesiones para la salud y sus especialidades.

-La formación, capacitación y adiestramiento del personal para la salud así como su actualización.

-La investigación biomédica y el control de la investigación clínica.

-El control sanitario de alimentos, bebidas, medicamentos y productos químicos con efectos sobre la salud.

-El control sanitario de la migración.

- La dirección técnica de los Servicios Sanitarios Coordinados de los Estados.
- La Legislación Sanitaria extraordinaria en caso de epidemias.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia opera una red hospitalaria, dispensarios, centros de salud, consultorios; mantiene las campañas nacionales contra enfermedades transmitibles y no transmitibles, preside las instituciones médicas descentralizadas, elabora productos biológicos de interés comunitario, interviene en todos los casos de desastres naturales, mantiene escuelas para formar personal de salud y coordina la actividad del servicio social de los pasantes de medicina.

(28)

CUADROS ESTADISTICOS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL.

---

AMBITO GEOGRAFICO DEL SEGURO SOCIAL, MUNICIPIOS DEL PAIS Y CON SERVICIOS 1944-1978

PERIODOS	MUNICIPIOS		INCREMENTO		TANTO POR % EN RELACION AL TOTAL DEL PAIS.
	TOTAL	CON SERVICIOS	ABSOLUTO	RELATIVO	
1943	-----	13	-----	-----	-----
1944-52	2,348	49	36	276.92	1.53
1953-62	2,382	343	294	600.00	14.39
1963-72	2,388	686	343	100.00	28.72
1973-77	2,393	800	114	16.62	33.43
1978	2,393	826	26	3.3	34.51

FUENTE: Departamento de Estadística del IMSS.

"El Seguro Social en Cifras.

ESTRUCTURA DE LA POBLACION EN NUMEROS ABSOLUTOS E INCREMENTOS PORCENTUALES 1944 -1977

CONCEPTO	PERIODOS				INCREMENTOS %		
	1944-1952	1953-1962	1963-1972	1973-1977	1952-1962	1962-72	1972-77
población total amparada.	-----	-----	-----	21,211,509	-----	-----	82,98
población derechohabiente.	1,154,487	4,776,822	11,591,972	17,377,633	313.76	142.67	49.91
total de asegurados	434,557	1,594,315	3,581,084	4,553,817	266.88	124.62	27.15
asegurados permanentes	434,557	1,422,182	3,012,750	3,968,404	227.27	111.84	28.40
asegurados eventuales	-----	172,133	568334	684,413	-----	230,17	20.60
familiares de asegurados	706,201	3,091,303	7,695,993	10,644,580	337.74	148.96	38.32
pensionados y familiares	13,729	91,204	314,895	559,922	564.32	245.26	77.81
seguridad social.		-----	-----	3,833,876	-----	-----	-----



CONCEPTO	1944-52	1953-62	1963-72	1973-77
población derechohabiente	1,154,487	4,776,822	11,591,972	17,377,633
total asegurados.	434,557	1,594,315	3,581,084	4,553,817
asegurados permanentes.	434,557	1,422,182	3,012,750	3,868,404
asegurados eventuales.	-----	172,133	568,334	685,413
asegurados permanentes.				
ambito urbano.	434,557	1,382,656	2,765,223	3,537,414
esquema integral.	434,557	1,378,147	2,742,060	3,286,080
revisión de cuotas.	-----	-----	-----	148,113
esquema con modalidades.	-----	-----	-----	57,529
continuación voluntaria.	-----	4,509	23,163	45,692
Campo:				
esquema integral.	-----	39,526	247,527	330,990
campo no cañero.	-----	39,526	185,564	197,214
esquema con modalidades	-----	-----	66,731	92,435
Asegurados eventuales.				
eventuales y temporales.	-----	96,597	372,888	484,143
estacionales de campo.	-----	75,535	195,446	201,270
Pensionados y familiares.	13,729	91,204	314,895	559,922
pensionados	-----	-----	244,442	379,517
familiares.	-----	-----	70,543	180,405
Familiares.	706,201	3,091,303	7695,993	12263,894
urbano.	706,201	2,921,883	6682,993	9662,189
campo.	-----	93,885	766,870	982,391
-eventuales urbanos.	-----	-----	-----	1,364,637
estacionales urbanos.	-----	75,535	246,130	254,677
Solidariohabientes.	-----	-----	-----	3,833,876

FUENTE: Anuarios y Memorias Estadísticas 1972-1977

Departamento de Estadística del IMSS.

1972-1977.

MODALIDAD	1972	1976	1977	INCREMENTOS RELATIVOS	
				1976-77	1972-77
asegurados permanentes.	3,012,750	3,756,164	3,868,404	2.99	28.40
ambito urbana no.	2,765,223	3,441,499	3,537,414	2.79	27.93
con esquema integral de prestaciones	2,731,670	3,211,067	3,283,807	2.27	20.21
continuaciónx voluntaria:	23,163	38,765	45,692	17.87	97.26
reversión de cuotas.	-----	143,144	148,113	3.47	-----
esquema con modalidades.	10,390	48,523	59,802	23.24	475.57
trabajadores domesticos.	-----	1,050	921	-12.29	-----
patrobes per sonas físicas con trabajadores a su servicio.	-----	784	667	-14.92	-----
esquema integral.	185,564	177,099	197,214	11.36	6.28
sociedad de crédito ejidal.	35,494	35,608	50,044	40.54	40.99
asalariados de campo.	27,366	25,610	25,049	-2.19	-8.47
productores de caña de azúcar.	118,833	100,040	104,779	4.74	-11.83
esquemas con modalidades.	61,963	137,566	133,776	-2.76	115.90

POBLACION ASEGURADA Y DERECHOHABIENTE CON RESPECTO A LA POBLACION TOTAL DEL PAIS Y LA ECONOMICAMENTE ACTIVA. 1944-1977.

POBLACION IMSS						
PERIODOS	POBLACION TOTAL del PAIS	AMPARADA	DERECHO HABIENTE	SOLIDARIO HABIENTE		
1944-52	27,400,376	1,154,487	1,154,487	-----		
1953-62	37,395,687	4,776,822	4,776,822	-----		
1963-72	53,468,182	11,591,972c	11,591,972	-----		
1973-77	65,865,573	21,211,509	17,377,633	3,833,876		
PORCIENTO DE			POBLACION		PORCIENTO DE ASEGURADOS RESPECTO A P.E.A.	
POBLACION AMPARADA RESPECTO A TOTAL.	D.D RESPECTO A TOTAL.	S.H RESPECTO A TOTAL.	ECONOMICAMENTE ACTIVA	ASEGURADA		
1944-52	4.2	4.2	9,054,585	434,557	4.8	
1953-62	12.8	-----	12,143,388	1,594,315	13.1	
1963-72	21.7	-----	14,363,501	3,581,084	24.9	
1973-77	26.38	5.82	18,465,969	4,533,817	24.7	

FUENTE: Jefatura de Servicios de Sistematización.

PATRONES Y COTIZANTES POR RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA 1974-1977

RAMA	1974		1975		1976		1977	
	PATRONES	COTIZANTES	PATRONES	COTIZANTES	PATRONES	COTIZANTES	PATRONES	COTIZANTES
TOTAL	256,098	3,291,747	249,053	3,517,385	256,740	3,708,326	260 013	3,624,308
agricul tura, gana deria.	17,295	93,967	17,572	182,881	17,667	202,253	17,086	176,920
industrias extractivas.	456	15,993	566	22,529	606	23,962	621	25,141
industrias de transfor mación.	75,507	1,633,162	72,304	1,676,771	74,577	1,727,377	73,146	1,724,635
construcción	6,430	72,960	6,187	77,314	6,394	78,081	6,154	77,699
servicios electricidad agua.	222	32,712	195	36,809	203	38,973	190	38,949
comercio.	72,219	734,086	69,951	777,248	70,540	561,174	72,260	575,838
transporte	18,515	227,234	17,755	243,067	18,297	256,585	19,269	266,546
comunicaciones								
servicios.	65,297	478,661	64,456	500,626	66,391	819,775	69,203	710,807
insuficiente clasificado.	157	2,972	67	154	65	146	2,076	27,763

FUENTE: Jefatura de Servicios de Sistematización.

COTIZANTES POR GRUPO DE SALARIOS EN NUMEROS ABSOLUTOS SOBRE EL TOTAL  
1962-1971-1974-1977.

GRUPO	1962	1971	1974	1977
TOTAL	1,378,147	2,540,718	3,070,208	3,868,404
E	2,089	-----	-----	-----
F	5,559	-----	-----	-----
G	30,579	-----	-----	-----
H	111,408	-----	-----	-----
I	336,166	12,430	-----	-----
J	210,507	46,228	-----	-----
K	262,156	326,016	-----	-----
L	161,681	820,859	48,980	11,799
M	82,006	383,315	166,081	28,341
N	70,014	386,439	1241,492	246,770
O	17,277	112,279	293,150	182,815
P	88,705	159,988	442,393	578,332
R	-----	94,012	342,978	1,057,014
S	-----	71,085	206,836	651,505
T	-----	40,647	118,179	413,452
U	-----	87,420	80,422	244,83L
W	-----	-----	127,335	431,232
SALARIO DIARIO MEDIO \$	30.05	60.21	102.22	164.89
GRUPO	L	N	R	S

FUENTE: Memoria Estadística del IMSS, 1977.

ESTADO CONSOLIDADO DE INGRESOS Y EGRESOS 1952-62-72-77 (miles de pesos)

CONCEPTO	1952	1962	1972	1977
Ingresos.	298,672	2,568,632	12,335,747	44,402,789
Cuotas.				
Cuotas obrero patronales y contribución estatal.	283,120	2,492,643	11,613,913	42,802,567
Productos de inversiones y otros.	15,552	75,989	721,834	1,600,222
Egresos.	260,479	1,960,192	10,744,161	40,900,231
Prestaciones en especie.	178,269	1,228,212	6,712,635	26,153,279
Prestaciones en dinero,	20,584	284,886	1,725,909	7,535,223
Gastos de administración.	61,626	447,094	1,566,183	5,479,811
Incobrabilidad, depreciaciones e intereses actuariales.	-----	-----	739,434	1,731,918
Resultado del ejercicio.	38,193	608,440	1,591,586	3,502,558

FUENTE: Anuarios Estadísticos del IMSS 1975-1977.

## ESTADO CONSOLIDADO DE INGRESOS Y EGRESOS 1973-1978 (miles de pesos)

CONCEPTO	1973	1974	1975	1976	1977	1978 presupuesto de operación.
ingresos	14,295,038	20,176,424	25,608,551	33,906,026	44,402,788	50,146,544
Cuotas.						
Cuotas obrero patronales y contribución estatal.	13,458,425	19,286,054	24,717,810	32,495,927	42,802,567	47,678,340
Productos de inversiones y otros.	836,613	890,370	962,741	1,257,466	1,600,221	2,240,533
Solaridad social.	-----	-----	-----	152,633	-----	227,671
Egresos.	12,876,153	17,545,043	22,986,207	31,159,632	40,936,774	48,666,952
Prestaciones en especie.	8,147,068	11,233,363	14,574,622	19,945,428	24,998,218	30,139,736
Prestaciones en dinero.	2,223,663	2,921,619	4,289,625	5,463,740	7,535,223	9,444,552
Gastos de admon.	1,714,579	2,455,652	3,071,227	4,418,451	5,479,811	5,977,383
Depreciaciones.	790,843	934,409	1,050,663	1,332,011	2,923,522	3,105,281
Ajustes al resultado del ejercicio anterior.	-----	-----	-----		36,542	-----
Resultado del ejercicio	1,418,885	2,631,381	2,694,344		2,746,394	1,502,558
						1,479,592

RECURSOS HUMANOS POR AREA DE SERVICIO 1944-1977

SERVICIOS	1944-52	1953-62	1963-72	1973-77
Total.	11,356	34,088	84,080	126,640
Médicos.	5,539	24,225	64,718	94,568
Conservación mantenimiento.	-----	-----	1,136	3,323
Administrativos	5,817	9,863	16,282	14,473
Otros.	-----	-----	1,944	14,276

FUENTE: Anuarios Estadísticos IMSS; jefatura de Servicios de Personal.



RECURSOS MATERIALES, UNIDADES MEDICAS DE SEGURIDAD Y SOLIRADIDAD SOCIAL EN SERVICIO 1944-1977

TIPO DE UNIDAD	1944-52	1953-62	1963-72	1973-77
Seguridad social.	310	792	992	1,112
Hospitales de especialidades.	---	---	22	26
Hospitales generales.	21	114	---	---
Hospitales de concentración de campo.	---	---	1	1
Maternidades.	7	---	---	---
Clínicas hospitalares T-1	---	---	60	77
" " " T-2	---	---	40	51
" " " T-3	---	---	200	196
(Clínicas hospital)	---	88	---	---
Clínicas hospitalares de campo.	---	---	10	25
Clínicas de especialidades.	---	---	---	1
Clínicas "A" (Clínicas)	44	293	33	35
Clínicas "B"	---	---	209	247
Clínicas de campo. (puestos médicos periféricos.)	24	---	30	74
Unidades móviles.	---	---	10	17
Puestos de fábrica.	214	222	203	193
Puestos de enfermería,	---	75	79	104
Centros comunitarios de salud mental.	---	---	---	2
Unidades médicas contratadas.	---	---	93	63
Soliradida social.	---	---	---	342
Unidades médicas rurales.	---	---	---	314
<b>TOTAL.</b>	<b>310</b>	<b>792</b>	<b>992</b>	<b>1426</b>

FUENTE: Jefatura de Servicios del Valle de México y Delegaciones.  
Anuarios Estadísticos del IMSS.

## RECURSOS MATERIALES, INSTALACIONES EN UNIDADES MEDICAS PROPIAS 1968-71-74-77

CONCEPTO	1968	1971	1974	1977
consultorios	4,615	5,004	6,205	7,374
camas en servicio	14,687	18,218	22,806	27,869
camas.	2,988	3,996	5,006	5,614
incubadoras.	756	926	1,344	1,527
quirófanos.	311	375	422	525
salas de explosión	290	316	432	485
laboratorios clínicos.	204	192	236	267
gabinetes radiológicos.	210	235	284	368
lavanderías.	165	161	183	204
ambulancias.	415	432	536	577

FUENTE: Jefatura de Servicios Médicos del Valle de México.

Memorias Estadísticas 1977.

SERVICIOS MEDICOS PROPORCIONADOS DURANTE LOS PERIODOS 1944-52-53-62-63-72-73-77

CONCEPTO	PERIODOS		PERIODOS	
	1944-52	1953-62	1963-72	1973-77
Consulta externa Consultas.	41,008,091	124,575,533	321,900,000	235,568,128
Servicios auxilia- res de diagnóstico. Laboratorio, estudios realizados.	4,519,620	20,192,585	109,353,003	114,110,233
Radiodiagnóstico	1,566,602	3,856,579	12,885,172	12,303,122
Banco de sangre. transferida en ml.	-----	103,964,105	504,793,258	381,294,247
Hospitalización. Ingresos.	284,588	1,515,494	6,805,731	6,034,595
Días-paciente. v	2,744,292	12,432,404	40,930,072	31,746,429
Partos.	131,582	657,666	2,691,319	2,241,566
Intervenciones quirúrgicas.	145,391	557,915	2,297,946	2,263,144

FUENTE: Jefatura de Servicios Médicos del Valle de México y Delegaciones.

TABLA XIV

SERVICIOS MEDICOS PROPORCIONADOS EN NUMEROS ABSOLUTOS. (L) 1944-1952-1962-1972-1977  
 POR DERECHOHABIENTE.

CONCEPTO	1944	1952	1962	1972	1977
Población amparada	355,527	1,154,487	4,776,822	11,591,972	21,211,509
Consulta externa. -Consultas.	1,120,650	7,409,711	19,810,300	43,667,806	51,602,403
Laboratorio estu- dios realizados.	79,386	962,906	3,616,240	17,828,468	26,425,046
radiodiagnóstico.	44,121	321,200	618,430	1,912,234	3,027,034
Sangre transferida ml.	-----	-----	31,456,865	68,987,758	80,704,800
Hospitalización. Ingresos.	4,228	51,611	309,899	1,033,859	1,348,904
Atas-paciente.	48,229	520,604	2,269,328	5,513,829	6,818,289
Partos.	1,099	28,227	128,075	406,103	461,520
Intervenciones. quirúrgicas.	5,069	32,795	107,632	332,646	582,065

FUENTE: El Seguro Social en cifras (1963-1972)

Memoria Estadística 1975.

Anuario Estadístico de servicios médicos, 1977.

## SERVICIOS MEDICOS PROPORCIONADOS EN LAS UNIDADES DE SOLIRADIDAD SOCIAL 1974-1977

CONCEPTO	1974	1975	1976	1977
Consultas.	140,470	739,513	1,616,959	2,069,531
Recetas expedidas.	120,761	743,695	1,481,706	1,742,681
Laboratorio clínico	-----	-----	-----	-----
Estudios realizados.	14,668	48,435	125,111	199,527
Partos.	1,681	3,940	11,236	16,869
Intervenciones quirúrgicas.	966	3,131	6,757	11,152

FUENTE: Jefatura de Servicios Médicos de los Estados, Campo y Soliradidad Social.

SEGURO DE GUARDERIAS, NUMERO DE GUARDERIAS Y DE HIJOS DE ASEGURADAS Y ASEGURADOS VIUDOS  
1974-1978.

AÑOS	# DE GUARDERIAS	INCREMENTO TOTAL.	NIÑOS INSCRITOS	INCREMENTO TOTAL.	ABSOLUTO RELATIVO	TOTAL VALLE DELEGA DE MEX. CIONES.	ABSOLUTO RELATIVO
1974	25	20	5	-----	72.00	8,902	6,362
1975	43	32	11	-----	18.60	12,451	3,549
1976	51	36	15	-----	7.84	11,332	1,119
1977	55	39	16	-----	3.64	12096	764
1978	57	39	18	-----		4,045	6.74

FUENTE: Jefatura de nuevos programas.

PRESTACIONES SOCIALES, UNIDADES GUARDERIAS, UNIDADES HABITACIONALES, VELATORIOS  
CENTRO VACACIONAL 1956-1977

CONCEPTO	1956-1965	1966-1975	1976	1977
Centros de seguridad social para el bienestar familiar.	87	112	115	113
Centros de adiestramiento	24	28	33	8
Centros de adiestramiento para la industria hotelera	---	10	11	8
Centros de capacitación teórico-práctica para ejidatarios.	-----	13	15	0
Guarderías	65	6	6	6
Niños inscritos en guarderías.	2,017	2,506	2,462	1,877
Unidades habitacionales.	13	12	12	12
En viviendas.	5,772 v	8,913	8,912	8,912
Velatorios	1	1	1	1
Centro vacacional Taxtepec.	---	1	1	1
Visitantes a Taxtepec.	-----	1,609,014	1,994,362	1,865,150

FUENTE: Departamento de Prestaciones en Dinero y Delegaciones.

## POBLACION BERECHOHABIENTE 1977-1978 (cifras en miles)

116-

Población derechohabiente	Diciembre 1977	Diciembre 1978
Total de derechohabientes.	17 377	19 200
Total de asegurados.	4 553	5 013
Familiares asegurados.	12 264	13 563
Pensionados y familiares.	560	624
Asegurados permanentes.	3 868	4 236
Urbano.	3 537	3 871
Campo.	331	365
Familiares de asegurados permanentes	10 645	11 869
Urbano.	9 662	10 579
Campo.	983	1 110
Asegurados eventuales y temporales.	685	777
De la industria de la construcción.	333	400
Estacionales de campo.	201	201
Familiares de eventuales urbanos y de estacionales de campo.	1 619	1 874

FUENTE: Departamento de Estadística.



## PENSIONADOS Y FAMILIARES AL 31 DE DICIEMBRE DE 1978 (Miles)

CONCEPTOS	DICIEMBRE 1977	DICIEMBRE 1978	VARIACIONES	
			ABSOLUTA	RELATIVA
TOTAL	560	624	64	11.43
PENSIONADOS	365	418	53	14.52
FAMILIARES.	195	206	11	5.64

## ASEGURADOS EVENTUALES Y TEMPORALES URBANOS A DICIEMBRE DE 1978.

CONCEPTOS.	DICIEMBRE 1977	DICIEMBRE 1978	VARIACIONES.	
			ABSOLUTA	RELATIVA
Total de asegurados eventuales y tempora les urbanos.	484	576	92	19.01
Industria de la cons trucción.	333	400	67	20.12
Eventuales y tempora les ordinarios.	151	176	24	16.56

FUENTE: Departamento de Estadística-Jefatura de Planeación Institucional.

POBLACION DERECHOHABIENTE EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN  
EL PAIS 1970-1976.

## DERECHOHABIENTES.

INSTITUCIONES	TOTAL	ASEGURADOS O TRABAJADORES.	FAMILIARES.
1970	12,195,991	3,852,155	8,343,836
- I.M.S.S.	9,895,629	3,160,985	6,734,644
- I.S.S.S.T.E.	1,347,470	472,520	874,950
- Petroleos Méx.	327,184	81,187	245,997
- Ferro.Nac.de Méx.	278,169	46,954	231,215
- Sec.De la Def. Nac.	268,811	73,483	195,328
- Sec.de Marina.	78,728	17,026	61,702
1971	13,485,777	4,062,788	9,422,989
1-	10,676,747	3,300,873	7,375,874
2-	1,584,792	514,736	1,070,056
3-	521,471	86,887	424,584
4-	317,501	65,582	251,649
5-	268,904	73,661	195,243
6-	116,362	20,779	95,583
1972	14,715,150	4,685,845	10,029,305
1-	11,603,579	3,825,522	7,778,057
2-	1,873,747	599,057	1,274,690
3-	510,513	92,820	417,693
4-	339,498	69,244	270,254
5-	283,821	78,423	205,398
6-	103,992	20,779	82,213
1973	16,148,448	5,252,253	10,896,195
1-	12,660,702	3,900,811	8,759,891
2-	2,088,824	669,495	1,419,329
3-	497,678	497,678	-----
4-	375,145	76,515	298,630
5-	402,349	83,027	319,322
6-	123,750	24,727	99,023
1974	19,222,282	5,728,356	13,492,926
1-	14,778,046	4,159,897	10,618,149
2-	2,905,486	856,116	2,049,370
3-	520,000	520,000	-----
4-	399,648	76,636	323,012
5-	461,056	92,066	368,990
6-	157,046	23,631	133,405

INSTITUCIONES.	TOTAL	ASEGURADOS O TRABAJADORES.	FAMILIARES.
1975	20,763,857	6,496,858	14,266,999
1-	15,815,646	4,720,557	11,095,089
2-	3,448,568	1,068,533	2,380,035
3-	520,000	520,000	-----
4-	415,669	79,403	336,267
5-	410,715	82,379	328,336
6-	153,259	25,987	127,272
1976	22,239,065	5,836,044	16,403,021
1-	16,631,542	4,361,188	12,270,354
2-	3,918,514	1,144,199	2,774,315
3-	546,870	98,414	448,462
4-	500,157	93,327	406,830
5-	504,083	118,022	386,061
6-	137,893	20,894	116,999

EL PRESUPUESTO PARA SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

---

	1965	1966	1967	1968	1969	1970
LEGISLATIVO.	84,269	92,694	93,520	92,979	96,917	99,641
PRESIDENCIA.	139,358	166,543	175,458	224,639	279,830	374,159
SECRETARIA DE LA PRESIDENCIA.	-----	-----	-----	-----	-----	-----
JUDICIAL.	61,494	65,003	67,256	78,881	95,908	97,981
GOBERNACION.	80,402	102,644	118,196	113,276	123,374	152,050
RELACIONES EXTERIORES.	175,051	208,477	218,562	241,457	260,398	293,168
HACIENDA Y CREDITO PUBLICO.	734,912	854,825	959,770	1,827,069	2,210,674	2,417,478
DEFENSA*NACIONAL.	1,102,993	1,180,768	1,230,399	1,413,598	1,672,341	1,622,648
AGRICULTURA Y GANADERIA.	291,340	332,007	340,243	410,814	453,411	582,650
COMUNICACIONES Y TRANSPORTES.	908,551	967,249	1,128,699	1,467,712	1,367,210	1,641,222
INDUSTRIA Y COMERCIO.	118,392	141,448	129,972	144,174	151,339	218,691
EDUCACION PUBLICA.	4,074,699	4,697,204	5,260,521	5,819,284	7,073,356	7,817,129
SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.	1,006,766	1,245,629	1,255,938	1,362,398	1,419,741	1,648,942
MARINA.	403,530	493,647	497,997	563,120	722,425	724,448
TRABAJO Y PREVISION SOCIAL.	52,290	56,179	59,358	60,574	65,199	65,404
REFORMA AGRARIA.	120,163	126,084	125,458	151,205	136,533	135,392
RECURSOS HIDRAULICOS.	1,211,255	1,143,029	1,662,493	1,726,927	1,912,124	2,028,806
PROCURADURIA DE LA REPUBLICA.	30,561	36,986	44,482	52,686	61,548	71,170
PATRIMONIO NACIONAL.	309,367	307,602	320,984	301,614	306,800	373,296
INDUSTRIA MILITAR.	59,334	64,505	67,672	92,896	162,119	96,147
OBRAS PUBLICAS.	1,116,923	1,494,669	1,760,534	1,820,398	2,243,702	2,060,942
TURISMO.	79,914	85,473	83,845	91,351	90,485	91,128
INVERSIONES.	5,559,737	4,007,435	4,900,549	4,655,527	6,011,017	6,654,310
EROGACIONES ADICIONALES.	9,077,897	7,338,352	8,536,256	9,502,811	12,746,642	12,186,524
DEUDA PUBLICA.	9,871,404	6,977,516	11,814,778	8,908,905	10,153,046	11,225,237

	1971	1972	1973	1974	1975	1976
LEGISLATIVO.	108,018	128,341	158,955	198,335	205,476	516,227
PRESIDENCIAL.	310,667	177,447	299,733	119,486	160,409	455,016
SECRETARIA DE LA PRESID.	-----	-----	-----	323,035	590,404	710,899
JUDICIAL.	114,301	127,412	139,204	171,016	217,807	203,476
GOBERNACION.	139,007	226,131	287,668	432,301	584,194	980,401
RELACIONES EXTERIORES.	312,141	366,902	456,544	495,248	588,253	776,430
HACIENDA Y CREDITO PUBLICO.	2,942,620	4,072,080	2,509,460	3,257,103	5,000,447	5,266,233
DEFENSA NACIONAL.	1,722,466	2,107,998	2,552,821	3,375,516	4,493,581	5,679,880
AGRICULTURA Y GANADERIA.	625,594	1,061,023	1,533,676	1,911,393	3,075,280	4,159,148
COMUNICACIONES Y TRANSPORTES.	1,784,906	2,043,706	2,186,254	2,678,275	4,006,975	5,559,264
INDUSTRIA Y COMERCIO.	187,795	316,571	436,004	571,119	763,742	1,089,629
EDUCACION PUBLICA.	9,445,346	11,760,363	15,139,707	20,794,677	31,115,401	42,496,035
SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.	1,700,747	2,543,328	3,163,887	3,891,775	5,088,271	6,236,662
MARINA.	815,878	1,109,832	1,393,574	1,863,429	2,281,659	2,730,884
TRABAJO Y PREVISION SOCIAL.	83,690	101,527	153,427	227,525	390,233	523,340
REFORMA AGRARIA.	157,765	335,999	645,377	938,609	960,081	1,198,499
RECURSOS HIDRAULICOS.	2,279,577	3,641,815	5,361,009	6,524,747	9,523,942	12,629,873
PROCURADURIA DE LA REPUBLICA.	66,735	83,766	124,758	147,065	179,127	298,645
PATRIMONIO NACIONAL.	379,147	706,076	1,161,520	1,080,951	1,292,063	2,098,819
INDUSTRIA MILITAR.	73,781	87,784	120,742	152,060	185,155	246,907
OBRAS PUBLICAS.	2,206,504	3,874,259	5,739,968	5,905,085	6,642,973	8,466,242
TURISMO.	92,933	115,556	145,495	172,059	224,168	275,374
INVERSIONES.	5,916,859	11,212,577	11,100,314	13,456,325	27,884,834	30,584,113
EROGACIONES ADICIONALES.	12,257,211	17,766,584	31,679,502	46,267,272	67,587,991	103,044,083
DEUDA PUBLICA.	12,091,040	13,300,894	15,810,770	20,895,806	27,448,639	38,902,232

FUENTE: Dirección General de Estadística.  
Secretaría de Programación y Presupuesto.

## PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACION 1979:

(MILLONES DE -- PESOS)

SECTOR	GASTO CORRIENTE DE OPERACION Y OTROS.	PROGRAMA DE INVERSIONES.	TOTAL.
INDUSTRIAL	177,604	122,508	300,112
<u>SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.</u>	113,549	7,125	120,674
EDUCACION, CULTURA TECNOLOGIA Y CIENCIA .	94,463	6,502	100,965
AGROPECUARIO Y FORESTAL.	24,254	48,091	72,345
COMUNICACION Y TRANSPORTE.	39,054	26,393	65,447
ADMINISTRACION Y DEFENSA.	59,912	3,708	63,620
COMERCIO.	49,964	1,750	51,714
PESCA.	10,635	3,925	14,560
ASENTAMIENTOS HUMANOS.	2,241	6,379	8,620
TURISMO.	1,896	726	2,622
LABORAL.	1,265	220	1,485
SUMA	574,837	227,327	802,164

QUIEN LO ADMINISTRA:

(Millones de pesos)

GOBIERNO FEDERAL:

PRESUPUESTO 1979

14 985

PARTICIPACION EN TOTAL

2.6

Salubridad  
Asistencia.

ORGANISMOS Y EMPRESAS:

	PRESUPUESTO 1978	PARTICIPACION EN EL TOTAL.
<u>SALUD:</u>		
Instituto Mexicano del Seguro Social.	60.856	11.0
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	32.061	5.8

---

FUENTE: Secretaria de Programación y Presupuesto.



PLAN NACIONAL DE SALUD :

---

Plan Nacional de Salud:

Fue adoptado para establecer la política que seguirá México en materia de salud en los próximos 7 años, y enuncia un objetivo general "...promover el desarrollo y mejoramiento de la calidad de la investigación en las áreas prioritarias de interés general, con el propósito de obtener conocimientos que permitan resolver los principales problemas de salud que aquejan a la población.

Prevé duplicar para 1982 el número de investigadores médicos existentes y un investigador por cada 20 médicos.

El Plan Nacional de Salud tiene en cuenta prioridades para el impulso de la investigación que define como los problemas más urgentes en México:

1-Enfermedades infecciosas y parasitarias; en particular aquellas que no se espera que vayan a contar con una contribución de los países desarrollados.

2-desnutrición.

3-diabetes y cirrosis.

4-patología asociada con la contaminación ambiental.

5-problemas de conducta.

6-estudios relacionados con la reproducción humana.

Las acciones recomiendan la formación de grupos interdisciplinarios la puesta en marcha de sistemas de vigilancia epidemiológica, de centros de referencia y de información y acciones que disminuyan la dependencia tecnológica en el campo de la investigación.

CONTENIDO DEL PLAN NACIONAL DE SALUD:

- PROGRAMA 1- Servicio Social Voluntario en el Desarrollo de la Comunidad.
- PROGRAMA 2- Higiene, Saneamiento y Mejoramiento del Ambiente.
- Subprograma 2.1-Control de la Contaminación.
- Subprograma 2.2-Saneamiento del Medio.
- Subprograma 2.3-Saneamiento de Alimentos.
- PROGRAMA 3- Educación para la Salud.
- PROGRAMA 4- Nutrición.
- PROGRAMA 5- Salud Materno infantil y Planificación Familiar.
- Subprograma 5.1-Salud Materna.
- Subprograma 5.2-Salud Infantil.
- Subprograma 5.3-Planificación Familiar.
- PROGRAMA 6- Salud Bucal.
- PROGRAMA 7- Salud Mental.
- Subprograma 7.1-Psiquiatría Comunitaria.
- Subprograma 7.2-Farmacodependencia.
- PROGRAMA 8- De la Salud Ocupacional.
- PROGRAMA 9- Higiene del Deporte y la Recreación.
- PROGRAMA 10- Producción de Biólogos y Control de Medicamentos.
- Subprograma 10.1-Producción de Biológicos.
- Subprograma 10.2-Control de calidad de los productos Biológicos.
- Subprograma 10.3-Control de Calidad de los Medicamentos.
- PROGRAMA 11-Prevención y Control de enfermedades Transmitibles.
- PROGRAMA 12-Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles.
- Subprograma 12.1-Prevención y Control del Cáncer.
- Subprograma 12.2-Procesos Cardiovasculares.
- Subprograma 12.3-Diabetes Mellitus.
- Subprograma 12.4-Estudio, tratamiento y Prevención de la Cirrosis del Hígado.

PROGRAMA 13- Prevención de Accidentes.

Subprograma 13.1-Seguridad Vial.

Subprograma 13.2-Seguridad en el Trabajo.

Subprograma 13.3-Seguridad en la Escuela,Hogar y Edificios.

Subprograma 13.4-Seguridad en el Medio Rural.

Subprograma 13.5-Los Desastres y Otras situaciones de Urgencia.

Subprograma 13.6 Las Intoxicaciones.

Subprograma 13.7-Los Auxilios Médicos de Urgencia.

Subprograma 13.8-La Difusión y Relaciones en Materia de Seguridad.

PROGRAMA 14-Asistencia Médica.

PROGRAMA 15-Rehabilitación.

Subprograma 15.1-Prevención de la Invalidez.

Subprograma 15.2-Desarrollo y Creación de Servicios Materiales para la Rehabilitación.

Subprograma 15.3-Formación y Desarrollo de Recursos Humanos.

Subprograma 15.4-Empleo de Inválidos.

Subprograma 15.5-Educación Higiénica.

Subprograma 15.6 -Legislación para el Inválido.

PROGRAMA 16- Asistencia Social.

Subprograma 16.1-Promoción Social Infantil.

Subprograma 16.2-Promoción Social Juvenil.

Subprograma 16.3 Promoción Social de la comunidad Urbana.

Subprograma 16.4-Residentes en Hogares para Ancianos.

PROGRAMA 17-Seguridad Social.

PROGRAMA 18-Investigación.

PROGRAMA 19-Formación y Desarrollo de Recrusos para la Salud.

PROGRAMA 20-Servicio Social de Estudiantes y Profesionales de las Disciplinas para la Salud.

## CONCLUSIONES

En sí, el objetivo propuesto por el Plan Nacional de Salud es el de atacar el problema de la mala nutrición, en forma prioritaria la desnutrición, a fin de reducir la mortalidad y morbilidad que ocasiona; favorecer el desarrollo físico, mental y social de la población.

Este plan fue creado por el estado hace siete años y fue contemplado con una visión muy futurista pues contenía un gran número de programas y subprogramas que cubren todas las ramas que en materia de salud se relacionan, los cuales permitirían en un futuro resolver los problemas de salud que aquejan a la población. Sin embargo, debido a problemas de índole político, económico, social, este no se ha podido llevar a cabo como se tenía planeado. Sin embargo, no deja uno de reconocer el mérito que tiene, pues contempla de una manera objetiva y realista las necesidades en materia de salud de nuestro país.

POLITICAS HACIA LA INDUSTRIA FARMACEUTICA

---

EN MEXICO HAY 48 MILLONES DE DESNUTRIDOS:EL INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION.

48 millones de personas indígenas y obreros marginados de las urbes, hacen de México - un país de desnutridos, cuya dieta permite sólo niveles de subsistencia y que condicionan el desarrollo nacional.

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Nutrición sólo 20% de la población de la república tiene un nivel adquisitivo que le permite una alimentación diversificada.

Desde hace varios siglos señaló, la clase marginal compuesta por el 30% de la población constituye una dieta tradicional compuesta por alimentos de tipo indígena en la que el maíz aporta el 60 al 80% de las calorías, el frijol una parte de las proteínas, el chile y el azúcar complementan esta dieta que desencadena múltiples problemas de desarrollo.

La clase trabajadora -50% de la población beneficiada por la reforma agraria e integrada de una forma u otra a la producción tiene una dieta mestiza en la que se han introducido de manera escasa otros alimentos. Esta dieta, a pesar de que no está bien equilibrada, permite una mejor salud, precisó el INN.

Agregó que a pesar de las diferencias climáticas, los problemas nutricionales del campesino son iguales en todo el país, con diferencia solamente de grado.

Según el INN el problema central de nutrición corresponde al de la alimentación infantil "cuya solución prácticamente tiene carácter de emergencia".

Advirtió que la dieta del medio rural es absolutamente insuficiente para los niños, lo que unido a las malas prácticas en el modo de proporcionar los alimentos, deriva en una infancia mal nutrida cuyas lacras se manifiestan en el desarrollo integral de la nación.

## FUENTE:

Excelsior "Últimas Noticias" Segunda Edición  
Lunes 3 de julio de 1978.  
pag. 3.

POR CULPA DE LOS PADRES, 30% DE LOS NIÑOS ESTAN SIN VACUNAR

30% de los niños en edad de vacunarse no han podido recibir la dosis correspondiente debido a la irresponsabilidad de los padres, dijo esta mañana el Presidente de la Asociación Mexicana de Pediatría, Dr. Héctor Fernandez Varela.

Informó que existen aproximadamente 29 millones de mexicanos menores de 14 años de los cuales 20 millones están vacunados pero no con el esquema de vacunación completa.

El especialista se refirió también a otras causas que crean esta situación y señaló entre ellas la dispersión de la población y la ignorancia.

FUENTE: Excelsior "Ultimas Noticias" Segunda Edición  
Sábado 29 de julio de 1978.  
pag. 3

---

NO DAR REGISTRO A FARMACOS CON DOS PRESENTACIONES DEMANDAN PRI Y PAN

El PRI y el PAN demandaron hoy que la Secretaría de Salubridad y Asistencia frene el registro de medicamentos con dos presentaciones, y con precios considerablemente elevados.

El Dr. Fernando Correa dijo sobre la denuncia, que hay más de 80 mil medicamentos registrados que "para que lleguen a esas cifras las autoridades deben de tener en sus listas chiquiadores y sanguijuelas".

Definitivamente, agregó, debe revisarse el registro de medicamentos y eliminar las duplicidades, remarcó el diputado priísta Fernando Correa.

De igual forma, el legislador panista Miguel Hernandez se refirió al engaño que permiten las autoridades al registrar un mismo medicamento con dos etiquetas y precios distintos.

El diputado panista agregó que es imprescindible que la SSA haga una revisión a fondo del registro de medicamentos para evitar que se siga burlando al consumidor.

"La SSA debe revizar a fondo sus expedientes y retirar del mercado los productos que se expanden ahora con dos etiquetas y con precios distintos", puntualizó el legislador.

FUENTE: Excelsior "Ultimas Noticias" Segunda Edición  
19 de enero de 1979.  
pp. 1 y 14.



CIERRAN LABORATORIOS POR LA INMOVILIDAD DE PRECIOS: BOTICARIOS

Los laboratorios quimicofarmacéuticos están cerrando por la inmovilidad de los precios de las medicinas, que hace un año no cambian, afirmó Julián Vazquez Morales, Presidente de la Unión Nacional de Propietarios de Farmacias.

"De pronto nos encontramos los farmacéuticos con que tal o cual empresa, generalmente pequeña, dejó de surtirnos sencillamente porque quebró debido a los precios".

Negó, asimismo, que los productores de medicinas hayan aumentado discrecionalmente sus artículos, mantienen sus precios y cuando los eleven "seremos los primeros en informarlo porque con las alzas nuestros márgenes de utilidad se reducen", expresó.

Señaló, sin embargo, que la leche en polvo aumentó tres veces durante este año, de \$31,70 hasta \$46.35. Mientras tanto, la Conasupo dejó de surtir su producto Conlac, de buena calidad, alta demanda y que costaba menos de la mitad que otras latas de leche.

Dijo que la unión solicitó a Conasupo distribuir los botes de Conlac que estaban apilados en bodegas y tiendas. "El éxito fue extraordinario. Cada mes se vendían en cada estado entre 1,000 y 2,000 cajas de leche, pero de pronto se nos dejó de surtir y eso fue todo".

Vázquez Morales informó además que el retiro de los 7,000 medicamentos obsoletos del mercado por parte de las autoridades sanitarias no afectó a las farmacias, porque aquellos ya no se encontraban en el mercado.

En cuanto al público, dijo, el retiro le beneficia, pues ahora ya no se vende, por ejemplo, la antitoxina tetánica de origen caballar, que tenía fuertes reacciones en los enfermos, sino se distribuye el mismo producto pero de origen humano.

La industria químico-farmacéutica se encuentra en manos de empresas transnacionales, de las cuales importamos más de 87 por ciento de materia prima, y existen graves anomalías en gran número de laboratorios sin registro, indicó el diputado priísta Fernando Correa.

Al promover reformas al Código Sanitario para hacer real el derecho a la salud y una iniciativa de ley para crear un organismo público descentralizado que se encargue del desarrollo químico-farmacéutico del país, el diputado priísta expuso en la tribuna de la Cámara de Diputados que:

"Actualmente hay más de mil cien laboratorios, sólo están registrados ante Salubridad y Asistencia 800 y 614 en la Cámara de Laboratorios."

Agregó que mediante la negativa difusión de medicamentos, el pueblo se autorreceta en forma negativa.

Precisó además que hay una grave deficiencia en la distribución de los médicos y que el sector salud oficial depende en gran parte de la producción de medicamentos de empresas transnacionales, no obstante que sus ventas ascendieron a 8,808 millones de pesos.

FUENTE: Excelsior "Ultimas Noticias" Segunda Edición  
Jueves 28 de diciembre de 1978  
pp. 1 y 14.

A DISTRIBUIR MEDICAMENTOS MAS BARATOS, URGE LA SSA.

Es necesario que el gobierno distribuya medicamentos a bajo costo; se requiere de mayor control sobre las industrias para evitar las peligrosas enfermedades que provocan con la contaminación ambiental, dijo el doctor José Lagunas, subsecretario de Planeación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Añadió que es necesario que se concrete la definición del sector salud, único de los sectores que no tiene existencia formal en la administración pública.

Al hablar en representación del titular de esa dependencia, Emilio Martínez Manautou, el doctor Lagunas manifestó que es importante establecer mecanismos de coordinación interinstitucional que permitan unificar criterios y realizar programas de cobertura nacional.

El funcionario leyó el discurso de Martínez Manautou, quien no pudo asistir a la conferencia programada en el PRI, por estar en audiencia con el Presidente de la República, - según se informó.

Manifestó que se estudia la coordinación general de estudios administrativos y se presentará al Ejecutivo Federal propuestas concretas para que se defina al sector salud.

El doctor Lagunas dijo que ante la demanda de fármaco y su alto costo, el gobierno debe intervenir ciertos medicamentos básicos, sin peligros de especulaciones ajenas a los intereses del país.

"En este momento es preciso ejercer mayor vigilancia sobre los mecanismos que favorecen la transmisión de enfermedades infecciosas y parasitarias, por lo que habrá de controlarse la contaminación del aire, el agua y el suelo por sustancias tóxicas, especialmente surgidas en los grandes centros urbano-industriales", añadió e indicó:

"La industrialización y su desarrollo han generado otra forma de dañar a la salud con los desechos contaminantes en el suelo y en el agua.

"Los hidrocarburos, si no son controlados, pueden afectar el mar, los ríos y el suelo y con ello la capacidad de estos recursos para producir alimentos".

Precisó que no han alcanzado los niveles de salud deseados, nuestro sistema de salud es insuficiente, fragmentario y carece de la adecuada coordinación entre niveles, servicios y programas. "Aún persiste un grupo de mexicanos que no recibe los beneficios de la salud pública moderna".

Puntualizó en la lectura del discurso del doctor Martínez Manautou, ante los funcionarios del PRI que es importante establecer, por una parte, la coordinación interinstitucional para unificar criterios y definir al sector salud concretamente.

FUENTE: Excelsior "Ultimas Noticias" Segunda Edición  
Martes 19 de diciembre de 1978.  
pp. 1 y 14.

50% DE LAS MEDICINAS QUE COMPRA EL ISSSTE, DE LABORATORIOS DE EU.

- \* Comisiones a Médicos lo Propician: Correa,
- \* Urge a Reorientar la Política del Sector
- \* Multas y Suspensión en un Proyecto a la Cámara.

(Por Mario de Aquino)

Más de 50 por ciento de las compras de medicamentos del ISSSTE se adquieren de tratos preferenciales a laboratorios estadounidenses, afirmó el diputado priísta Fernando - Correa, quien agregó que el sector médico prefiere lo extranjero, porque cobra comisiones por recetar productos de esas compañías, por lo que debe reorientarse la política -- del sector salud para que recete lo nacional.

Reiteró que la política del ISSSTE ha sido preferente a compras extranjeras, contra ría a la del IMSS, que dá un trato especial a los laboratorios nacionales, como estímulo.

Indicó que mediante investigaciones personales entregadas a la Cámara de Diputados, quedó clara la política preferencial de compras del ISSSTE a empresas transnacionales, y que al 31 de diciembre de 1977 se había superado el presupuesto de compras autorizado de 339 millones de pesos.

De acuerdo con los proyectos de ley presentados a la representación popular por el legislador, se demandan multas de 500 a 5,000 pesos y suspensión del ejercicio profesional a los médicos que en contubernio con laboratorios recetan determinados productos para recibir comisiones.

Ante la actual situación, el diputado Correa precisó que es necesario que se reorienta la política del sector médico, para que recete lo nacional y no exista el trato preferencial a lo extranjero.

En cuanto a la economía del ISSSTE dijo que ésta se hipertrofia hasta en ciento por ciento porque ha tenido que comprar medicamentos y adquiriéndolos sin descuento alguno.

Añadió que no es un caso de deshonestidad lo que sucede en el ISSSTE, sino falta de provisiones adecuadas en el campo de la adquisición de medicamentos.

Finalmente citó que las autoridades respectivas conocen de la existencia de más de mil laboratorios, y que sólo en la Cámara Nacional Químico-Farmacéutica legalmente están registrados 614; "los demás son una incógnita y laboratorios de garaje".

"En la escala de precios de los medicamentos se advierte el grave problema de la -- intermediación, que vá desde un 15 por ciento en la comercialización, 45 por ciento de -- incremento de precio; 25 por ciento que aumenta la distribución, y hasta un 16 por ciento que eleva el farmacéutico", puntualizó Fernando Correa.

FUENTE: Excelsior "Ultimas Noticias" Segunda Edición  
Viernes 5 de enero de 1979.  
pp. 1 y 14.

ACEPTA SALUBRIDAD=EL 46% DE LA POBLACION NACIONAL NO CUENTA CON PROTECCION SANITARIA NIASISTENCIA MEDICA.

(por Santiago González Nattali)

Los compadrazgos y los intereses políticos han distorsionado la estructura de los programas de salud pública en el país, aseguró el director de Planificación y Evaluación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, arquitecto Sergio Vázquez, quién proporcionó los siguientes datos al respecto:

\*El 46 por ciento de la población nacional no cuenta con protección sanitaria ni -- asistencia médica alguna.

\*La mayoría se encuentra ubicada en 95 mil 400 localidades rurales, con promedio de 650 habitantes cada una.

\*El presupuesto total para este renglón, además de precario, se reparte en varias - entidades con iguales funciones.

\*No hay coordinación entre todas las dependencias oficiales para los planes generales de salud, y

\*El sector privado apenas logra absorber el 2.1 de los egresados de las escuelas de medicina y se mantiene en actitud pasiva al respecto.

Por su parte, el director del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), doctor José Nieto de Pascual, reiteró la insuficiencia de recursos oficiales y a lo anterior sumó la "anárquica concentración urbana".

Dijo que ni siquiera aumentando al triple el presupuesto asignado a la atención médica y hospitalaria, podría superarse esta situación. Informó que un hospital que preste los servicios clínicos necesarios con capacidad para 400 camas tiene un costo aproximado de 200 millones de pesos. En esta situación, llevar la salud al campo implicaría un ajuste financiero que permita "el subsidio parcial de las presentaciones", dijo.

Respecto al crecimiento de la población estudiantil en las escuelas y facultades de medicina en el país, un estudio de la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados asegura que "no ha sido acorde con el de las unidades hospitalarias de carácter educativo tanto institucional como privado".

Por ejemplo, cita el estudio, mientras en 1970 la SSA empleó al 3.1 por ciento de egresados de todo el país, para 1977 ese porcentaje apenas llegó al 4.0 por ciento; el IMSS no creó nuevas plazas de 1970 a 1973, pero en 1974 asimiló el 12.3 por ciento y en 1977 apenas llegó al 8.5 por ciento.

El ISSSTE inició sus contrataciones para la presente década en 1971, cuando ocupó al 7.4 por ciento de la oferta, pero en 1977 sólo dió trabajo al 1.3 por ciento; Petróleos Mexicanos, en iguales fechas, registró el 5.5 por ciento y el 4.0 por ciento.

La situación más problemática se reportó en los hospitales de los ferrocarrileros, que respectivamente aceptaron al 0.9 y 0.3 por ciento de los demandantes de plazas médicas.

FUENTE: "UNO MAS UNO"  
Jueves 22 de febrero de 1979.  
pp. 4.

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

Podemos ver que el estado ha hecho un grán esfuerzo por mejorar las condiciones de vida y de salud del pueblo mexicano. Esto lo podemos constatar por medio del Plán Nacional de Salud, y por medio de las campañas que ha emprendido. Un ejemplo de ello es la campaña nacional de vacunación (cartilla nacional de vacunación) que se está llevando actualmente.

Por otro lado, el problema referente a la nacionalización de la industria químico-farmacéutica es algo que el estado ha tratado de resolver durante largo tiempo, pero como hemos visto, es algo que no se podrá solucionar en estos momentos, ya que nuestro país no cuenta con la tecnología necesaria para emprender una tarea de tal magnitud además de que no se cuenta con el capital necesario para esta empresa.

Creemos que la solución, por el momento, no está en la nacionalización de dicha industria, sino en destinar los recursos actuales en una campaña de educación higiénica que permita acabar con el problema de la salud desde su raíz. Una vez que se logre esto, entonces se puede pensar en nacionalizar a la industria químico-farmacéutica con el fin de atacar las enfermedades normales de una sociedad que viva en un medio ambiente limpio y en condiciones de vida humanas. Ya que de esta manera se evita la fuga de capitales que pueden ser bien aprovechados y no gastados en tontas diferenciaciones de productos que en nada benefician a la población.

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

En resumen, los datos proporcionados a lo largo de todo el presente trabajo, indican varias cuestiones:

- a) Dotar de atención médica a toda la población es la principal arma para luchar contra el problema de la salud en México.
- b) Nos encontramos con una baja eficiencia de los sistemas de atención médica principalmente en las zonas rurales.
- c) Dado el punto anterior, es lógico suponer que la atención médica debe estar dirigida primordialmente a dichas zonas rurales.
- d) No se han unido coordinadamente los esfuerzos que realizan las instituciones indicadas para proveer la salud a la comunidad con otras instituciones que, aunque se pueda pensar que son ajenas a estos problemas, pueden contribuir definitivamente en la lucha contra los aspectos de higiene, por ejemplo, que son determinantes para evitar desde su raíz los problemas de salud que aquejan a nuestro país.

A través del tiempo, el problema de la salud en México ha sido identificado como un problema de atención médica a la población principalmente rural, más existen algunos otros problemas que no son posibles de resolver únicamente mediante atención médica, como es el de la concientización de la gente hacia la higiene. Incluso, la atención médica que se proporciona, podemos afirmar que es más que nada curativa de rehabilitación, y que para agravar esto, está concentrada principalmente en las zonas urbanas.

Debemos de darnos cuenta que para atacar el problema de la salud en México, hay que ver las cosas desde su origen, es decir, realizar campañas de medicina preventiva con el fin de facilitar la resolución de dichos problemas y de esa manera evitar las enfermedades antes de que se produzcan.

Otro factor determinante que se debe de tomar en cuenta cuando se hable de problemas de salud, es la nutrición. Debemos de estar concientes de que existe una gran deficiencia en la alimentación de la población, ya que ella no contiene los requerimientos mínimos calóricos para que el individuo cree defensas contra posibles enfermedades. Se deben de poner al alcance de la población, alimentos bien balanceados; consideramos que es nocivo para la población todo el dinero que se invierte en publicidad para anunciar productos alimenticios (si es que así se pueden llamar) de dudoso valor nutritivo como son las frituras, pastelillos, refrescos y golosinas en general, que lo único que hacen es brindarle al individuo que las consume, un sentimiento de satisfacción alimenticia más no nutritiva.

Por último, un factor importante es el que desempeñan las empresas químico-farmacéuticas encargadas de producir y distribuir las medicinas necesarias para prevenir, así como curar enfermedades. -- Por mencionar un ejemplo, de ocho mil marcas de medicamentos que se producen en México, sólo 750 ayudan verdaderamente a la salud; además, la Cámara Nacional de la Industria de Laboratorios Químicos y Farmacéuticos, ha roto un sinnúmero de veces su promesa de unión -- con la Alianza de la Producción con un plan de "medicina popular" -- además de que ha aumentado sus precios en más de un ciento por ciento en los últimos meses.

A continuación citamos un pasaje de un artículo editado en el Periódico Excelsior:

".... la industria (Quimico-Farmacéutica) es controlada por catorce empresas transnacionales -- que saturan el mercado con ocho mil marcas de medicamentos, de los cuales apenas 750 ayudan a la salud.... con el propósito de que los pacientes "consuman más" y para elevar precios. Para esas empresas primero están las ganancias y luego la salud".

Esto se puede constatar con el sólo hecho de acudir a una farmacia para comprar un producto. Nos encontraremos con que existen productos iguales que sólo difieren en su presentación y precio, pero que sus poderes curativos son los mismos.

Creemos que para evitar los abusos arriba mencionados, se pueden realizar dos cosas alternativas: o se nacionaliza la industria Quimico-Farmacéutica, o se ejerce un control más estricto de los productos y de sus precios; ya que de esta manera los precios -- pueden ser abatidos y las ganancias pueden ser enfocadas para -- campañas preventivas de salud y el desarrollo de la investigación científica quimico-farmacéutica.

Para finalizar, podemos mencionar que la salud de los mexicanos y la medicina en México incluye desde esquemas históricos hasta el análisis de conceptos tan distintos como los de alimentación (nutrición), educación, vivienda, aspectos económicos, mortalidad, biomortalidad, diferenciación de productos farmacéuticos, instituciones de seguridad social, etc. Hemos intentado relacionar todos estos aspectos en la medida en que intervienen con el problema de la salud en México, pero nos topamos con ciertas dificultades ya que no existe suficiente información actualizada, teniendo que recurrir a información de años anteriores, la cual muchas veces no es clara y concisa.



Queremos enfatizar otra limitante que tuvimos en el desarrollo de nuestra investigación que fué la de carecer de los conocimientos médicos en la materia los cuales nos hubieran sido de gran utilidad para poder analizar de una manera más científica el tema presentado, pero recurrimos a gente especializada en el ramo la que nos brindó su ayuda desinteresada y su orientación que fué de terminante para la terminación del presente trabajo.

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

Acuña López Daniel y Otros, Panorámica de los Problemas de la Salud en México, Revista NEXOS, pp 31-32.

Alvárez Amezquita José, López Picazos Francisco, Bustamante Miguel Historia de la Salubridad y Asistencia en México, Ed S.S.A, Tomo I, II, III y IV, México D.F 1960, pp 8-433.

Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1975-1976, -- México 1979, Secretaría de Programación y Presupuesto, pp 942-943.

Biagi F. Importancia de la Enfermedades Parasitarias, Prensa Médica Mexicana, #38, México D.F 1973, p 166.

Cardenas de la Peña Enrique, Servicios Medicos del I.M.S.S. Doctrina e Historia, Boletín Informativo de Seguridad Social, México 1973 - pp 33-39.

Ceceña José Luis, Rescatar la Industria de Medicamentos, Diario Excelsior, Martes 28 de Agosto de 1979, p-7.

Coquet Benito, La Seguridad Social en México, Boletín Informativo de Seguridad Social, I.M.S.S., México 1964, pp 249-250.

Del Blanco Garrido Margarita (Indicadores Estadísticos y Datos Históricos de la Evolución del Seguro Social 1943-1977) Ed. Boletín Informativo de Seguridad Social, Noviembre-Diciembre 1978, Año I, ---- pp 33-113.

García Cruz Miguel, (La Seguridad Social en México) Bases, Evolución-Importancia Económica, Política y Cultural, Ed. Costa Amic, México D.F -- 1974, Tomo I, pp 39-40.

González Cosío "Clases y Estratos Sociales en México 1961, p-58.

en México" Ed.F.C.E.-

González Nattal Santiago "Acepta Salud que el 46% de la población nacional no cuenta con protección sanitaria ni tampoco médica" Diario Uno mas Uno, Jueves 22 de Mayo de 1979,-p-4.

que el 46% de la población nacional no cuenta con protección sanitaria ni tampoco médica" Diario Uno mas Uno, Jueves 22 de Mayo de 1979,-p-4.

I.M.S.S. Boletín Epidemiológico Anual 1974.

Dirección General Médica-

Kumate Jesús, Cañedo Luis, Pedrotta Oscar y la Medicina en México, Ed.El Colegio Nacional de México, pp 8-368.

Salud de los Mexicanos México I, D.F, 1977 --

López Acuña Daniel, Almada Bay Ignacio Panorama de los Problemas de Salud en México

Nuevo de la Serpiente - Revista NEXOS, pp 29-37.

Marrón Alfredo, Coloniaje de Consorcios Transnacionales, Excelsior, Martes 28 de Agosto de 1979, p-

Transnacionales, Diario ---

Memoria Institucional del I.M.S.S. de 1974-1978, pp-33-49.

, Datos Estadísticos -

Ortega Omar, Ganancias por 10 000 millones de dólares de las empresas transnacionales Químico-Farmacéuticas, Excelsior, Agosto de 1979, p 19-A.

al año obtienen las ganancias de 10 000 millones de dólares Excelsior, Viernes 17 de Agosto de 1979, p 19-A.

Paredes López Octavio, Consideraciones sobre la actividad de las Empresas Farmacéuticas en México, Revista Comercio Exterior, vol 27 #8 Agosto de 1977, pp 932-941.

la actividad de las Empresas Farmacéuticas en México, Comercio Exterior, vol 27 #8 Agosto de 1977, pp 932-941.

Sánchez Vargas Gustavi, (Función del Seguro Social como instrumento básico de Seguridad Social) Boletín Informativo del I.M.S.S. Enero, Febrero, Marzo de 1979, pp 35-46.

Social como instrumento básico de Seguridad Social -

50% de las medicinas que compra el I.S.S.S.T.E son de laboratorios de los Estados Unidos. Excelsior "Ultimas Noticias" segunda edición Jueves 5 de Enero de 1979, p 1-4.

Nacionalizar la Industria Farmaceutica demanda el C.T. Diario Excelsior, Miercoles 15 de Agosto de 1979, Primera Plana.

Mexicanización Farmaceutica es la via S.S.A. Diario Excelsior - Jueves 16 de Agosto de 1979, Primera Plana.

En México existen 48 millones de desnutridos; El Instituto Nacional de Nutrición, Diario Excelsior, Lunes 3 de Julio de 1978, p-3.

Por culpa de los padres 30% de los niños están sin vacunar, Diario Excelsior "Ultimas Noticias" segunda edición, Sabado 29 de Julio de 1978, p-3.

Cierran Laboratorios por Inmovilidad de precios. Diario Excelsior - "Ultimas Noticias" Lunes 28 de Diciembre de 1978, p 1-14.

Bain Joe, Estructuras de Mercado. en Organización Industrial, Primera edición, Barcelona, Editorial Omega, 1963. Cap. VII, pp. 234-291.

## R E F E R E N C I A S B I B L I O G R A F I C A S

- 1.- Amezquita Alvarez José. Historia de la Salubridad y la Asistencia en México. Ed. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Tomo I. México, D.F. 1960. pp. 23-35.
- 2.- Amezquita Alvarez José. op. cit. Tomo III. pp. 26-36.
- 3.- Ibid. pp. 80-81.
- 4.- Ibid. pp. 84.
- 5.- Kumate Jesús y otros. La Salud de los Mexicanos y la Medicina en México. Ed. de el Colegio Nacional. México, D.F. 1977. pp. 29.
- 6.- Ibid. pp. 33.
- 7.- Amezquita Alvarez José. op. cit. Tomo II. pp 472-475.
- 8.- Amezquita. op. cit. Tomo IV. pp. 39, 97, 141, 144, 203, 282, 325, 397, 443, 470, 494, 497, 581, 583, 701, 755, 757, 865, 866.
- 9.- Acuña Lopez Daniel, y otros. Panorama de los Problemas de la Salud en México. Revista Nexos. pp. 31 y 32.
- 10.- Kumate Jesús. op. cit. pp. 116 y 117.
- 11.- Ibid. pp. 79.
- 12.- Ibid. pp. 97.
- 13.- Ibid. pp. 99.
- 14.- Navarrete Ifigenia M. La Distribución del Ingreso en México. Ed. Siglo XXI. México, 1974. Tomo I. pp. 30-41.
- 15.- Kumate Jesús. op. cit. pp. 175.
- 16.- Ibid. pp. 199.
- 17.- Acuña Lopez Daniel. op. cit. pp. 33y 34.
- 18.- Ibid. pp. 34.
- 19.- Kumate. op. cit. pp. 444-450.
- 20.- Bain Joe. Estructuras de Mercado. (En Organización Industrial, 1a Ed. Barcelona, 1963. Ed. Omega. pp. 234-291.

- 21.- García Cruz Miguel. La Seguridad Social en México. (Bases, Evolución e Importancia Económica, Política y Cultural). Ed. - Costa Amic, Tomo I. pp. 39.
- 22.- Ibid. pp. 48.
- 23.- Ibid. pp. 60.
- 24.- Ibid. pp. 70.
- 25.- Ibid. pp. 113.
- 26.- Boletín Informativo de Seguridad Social. Noviembre-Diciembre - 1978. Año I, No. 6.
- 27.- Kumate. op. cit. pp. 327-332.
- 28.- Ibid. em.
- 29.- Ibid. pp. 137.