

EL COLEGIO DE MEXICO

Centro de Estudios Demográficos y de
Desarrollo Urbano

LA ATENCION A LA SALUD EN MEXICO, 1970-1979.

Una Evaluación a través de indicadores
Físicos.

Trabajo que presenta para
optar al grado de Maestro
en Desarrollo Urbano

EDUARDO JUAREZ AGUIRRE

Asesor:
DR.MARIO BRONFMAN

Noviembre, 1986.

INDICE

Indice

Indice de Cuadros y Gráficas

1. <u>La Reposición del Valor de la Fuerza de Trabajo en el Desarrollo Económico Nacional</u>	1
1.1. Período 1940-1970: La sustitución de importaciones y el desarrollo estabilizador	1
1.2. Período 1970-1976: El desarrollo compartido	9
1.3. Período 1976-1979: La alianza para la producción	10
2. <u>El Sector Desarrollo Social y la Atención a la Salud en el Gasto Público, 1971-1979.</u>	11
2.1. El Sector Desarrollo Social	11
2.2. La Atención a la Salud	30
3. <u>La Atención a la Salud en México</u>	57
3.1. Instituto Mexicano del Seguro Social	57
a) Unidades médicas, b) Instalaciones en las unidades médicas, c) Servicios médicos prestados, d) Personal en servicio en las unidades médicas, e) Población derechohabiente.	
3.2. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado	81
a) Unidades médicas, b) Instalaciones en las unidades médicas, c) Servicios médicos prestados, d) Personal en servicio directo, e) Población derechohabiente	
3.3. Secretaría de Salubridad y Asistencia	100
a) Unidades médicas, b) Instalaciones en las unidades médicas, c) Servicios médicos prestados, d) Recursos humanos, e) Población objetiva	
4. <u>Las Políticas de Infraestructura y de Atención con Base en Indicadores Físicos</u>	117
4.1. Definiciones	117
a) De las políticas, b) Del universo de análisis, c) Cuadros de análisis	
4.2. Análisis de las políticas de infraestructura y de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social	160
a) Políticas de infraestructura, b) Políticas de atención	
4.3. Análisis de las políticas de infraestructura y de atención del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado	164
a) Políticas de infraestructura, b) Políticas de atención.	

4.4.	Análisis de las Políticas de Infraestructura y de Atención de la Secretaría de Salubridad y Asistencia	167
	a) Políticas de infraestructura, b) Políticas de atención	
4.5.	Políticas de Infraestructura y de Atención y Política Económica	170
	a) 1971, b) 1972, c) 1973, d) 1974, e) 1975, f) 1976, g) 1977, h) 1978, i) 1979, j) <u>Consi</u> deraciones generales	
5.	<u>Conclusiones</u>	190
5.1.	Una Interpretación de las Políticas	190
	a) IMSS, b) ISSSTE, c) SSA	
5.2.	La Distribución Social de la Atención a la Salud	194
5.3.	Atención a la Salud y Desarrollo Económico	196
	a) Aspectos económicos, b) Aspectos políticos	
5.4.	Consideraciones finales	199
	<u>Notas y Citas</u>	202

INDICE DE CUADROS Y GRAFICAS

CUADRO 1.	México. Clasificación Sectorial del Gasto del Sector Público Federal, 1971-1979. (Participación porcentual por sectores).	11
CUADRO 2.	México. Clasificación Sectorial del Gasto Público - Ejercido, 1971-1979. (Participación porcentual por sector y agregados)	12
	GRAFICA DEL CUADRO 2.	13
CUADRO 3.	México. Inversión Pública Federal por Sectores, 1970-1979	14
CUADRO 4.	México. Inversión Pública Federal por Sectores Agregados, 1970-1979	15
	GRAFICA DEL CUADRO 4.	16
CUADRO 5.	México. Indices de Salarios Mínimos de Precios y de Salarios Reales, 1970-1979	18
	GRAFICA DEL CUADRO 5	19
	5. a. México. Salarios mínimos, 1970-1979	20
	5.b. México. Indices de los salarios mínimos, 1970-1979	21
	5.c. México. Indices de precios al consumidor, 1970-1979	22
CUADRO 6.	México, Evolución de los Salarios Reales, Oct. 1976 a Dic. 1979.	23
CUADRO 7.	México. Composición de la Inversión Pública Federal en Bienestar Social, 1970-1979	26
	GRAFICA A. DEL CUADRO 7	27
	GRAFICA B. DEL CUADRO 7	28
	GRAFICA C. DEL CUADRO 7	29

CUADRO 8.	México. Participación del Gasto en Salud en el Gasto del Sector Público, Ejercido en el Sector Desarrollo Social, 1970-1979.	31
	GRAFICA A. DEL CUADRO 8.	32
	GRAFICA B. DEL CUADRO 8	33
	GRAFICA C. DEL CUADRO 8	34
CUADRO 9.	México. Inversión Pública Federal en Bienestar Social, 1971-1979	35
	GRAFICA A. DEL CUADRO 9	36
	GRAFICA B. DEL CUADRO 9	37
	GRAFICA C. DEL CUADRO 9	38
CUADRO 10.	México. Gasto Ejercido en Salud y Seguridad Social, 1971-1979	39
	GRAFICA A. DEL CUADRO 10	40
	GRAFICA B. DEL CUADRO 10	41
	GRAFICA C. DEL CUADRO 10	42
CUADRO 11.	México. Concentración y Ampliación de la infraestructura para la Atención a la Salud, 1971-1979	45
CUADRO 12.	México. Unidades Médicas en Servicio, 1970-1979	46
CUADRO 13.	México. Instalaciones en las Unidades Médicas, 1970-1979	47
	GRAFICA DE LOS CUADROS 12 Y 13	48
CUADRO 14.	México. Instalaciones en las Unidades Médicas, 1970-1979. Camas Hospitalarias	49
CUADRO 15.	México. Instalaciones en las Unidades Médicas, 1970-1979. Consultorios	50
CUADRO 16.	México. Instalaciones en las Unidades Médicas, 1970-1979. Quirófanos	51

CUADRO 17	México. Instalaciones en las Unidades Médicas, 1970-1979. Salas de Expulsión	52
CUADRO 18.	México. Cobertura de la Población por las Instituciones de Salud Pública y Seguridad Social, 1970-1979.	55
	GRAFICA DEL CUADRO 18.	56
CUADRO 19.	IMSS. Unidades Médicas en Servicio, 1970-1979	58
	19.a. CUADRO DE INDICES REALES	59
	GRAFICA A. DEL CUADRO 19.a.	60
	GRAFICA B. DEL CUADRO 19 .a.	61
	GRAFICA C. DEL CUADRO 19.a.	62
	GRAFICA D. DEL CUADRO 19.a.	63
CUADRO 20.	México. IMSS. Instalaciones en las Unidades Médicas, 1970-1979.	65
	20.a. CUADRO DE INDICES REALES	66
	GRAFICA DEL CUADRO 20.a.	67
CUADRO 21	México. IMSS. Servicios Médicos Prestados 1970-1979.	69
	21.a. CUADRO DE INDICES REALES	70
	GRAFICA DEL CUADRO 21.a.	71
CUADRO 22.	México. IMSS. Personal en Servicio en las Unidades Médicas, 1970-1979.	72
	22.a. CUADRO DE INDICES REALES	73
	GRAFICA A. DEL CUADRO 22.a.	74
	GRAFICA B. DEL CUADRO 22.a.	75
CUADRO 23.	México. IMSS. Indices de Crecimiento del Personal en Servicio por Categorías Agregadas, 1970-1979	76
	23.a. CUADRO DE INDICES REALES	77
	GRAFICA DEL CUADRO 23.a.	78

CUADRO 24.	México. IMSS. Población Derechohabiente, 1970-1979.	80
CUADRO 25.	México. ISSSTE. Unidades Médicas, 1970-1979	82
	25.a. CUADRO DE INDICES REALES	83
	GRAFICA A. DEL CUADRO 25.a.	84
	GRAFICA B. DEL CUADRO 25.a.	85
CUADRO 26.	México. ISSSTE. Instalaciones en las Unidades Médicas, 1970-1979.	86
	26.a. CUADRO DE INDICES REALES	87
	GRAFICA DEL CUADRO 26.a.	88
CUADRO 27.	México. ISSSTE. Servicios Médicos Prestados, 1970-1979.	90
	27.a. CUADRO DE INDICES REALES	91
	GRAFICA DEL CUADRO 27.a.	92
CUADRO 28.	México. ISSSTE. Personal en Servicio Directo, 1970-1979.	93
	28 .a. CUADRO DE INDICES REALES	94
	GRAFICA A. DEL CUADRO 28.a.	95
	GRAFICA B. DEL CUADRO 28.a.	96
CUADRO 29.	México. ISSSTE. Composición de la Población Derechohabiente, 1970-1979.	99
CUADRO 30.	México, SSA. Unidades Médicas, 1971-1979	101
	30.a. CUADRO DE INDICES REALES	101
	GRAFICA DEL CUADRO 30.a.	102
CUADRO 31.	México. SSA. Instalaciones en las Unidades Médicas, 1971-1979.	103
	31.a. CUADRO DE INDICES REALES	103
	GRAFICA DEL CUADRO 31.a.	104

CUADRO 32.	México, SSA. Servicios Médicos Prestados, 1971-1979.	106
	32.a. CUADROS DE INDICES REALES.	106
	GRAFICA DEL CUADRO 32.a.	107
CUADRO 33.	México. SSA. Recursos Humanos, 1971-1979.	109
	33.a. CUADRO DE INDICES REALES	110
CUADRO 34.	México, SSA. Recursos Humanos por Categorías Agregadas. 1971-1979 .	111
	34.a. CUADRO DE INDICES DE CRECIMIENTO	112
	34.b. CUADRO DE INDICES REALES	113
	GRAFICA DEL CUADRO 34.b.	114
CUADRO 35.	México. SSA. Población Objetivo de la Salud Pública, 1971-1979.	115
CUADRO 36.	Criterios para la Definición de las Políticas de Infraestructura	117
CUADRO 37.	Criterios para la Definición de las Políticas de Atención	119
CUADRO 38.	Relación Cualitativa de las Políticas de Infraestructura y de Atención	121
CUADRO 39.	México. IMSS. Relación entre Unidades Médicas, Instalaciones en las Unidades Médicas y Servicios Médicos Prestados para el Análisis de Políticas.	122
CUADRO 40.	México. ISSSTE. Relación entre Unidades Médicas, Instalaciones en las Unidades Médicas y Servicios Médicos Prestados para el Análisis de Políticas	123
CUADRO 41.	México. SSA. Relación entre Unidades Médicas, Instalaciones en las Unidades Médicas y Servicios Médicos Prestados para el Análisis de Políticas	123

CUADRO 42.	México. IMSS. Políticas de Infraestructura y de Atención, 1970-1979.	124
	- DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA	125
	- GRAFICA DE LA DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA	125
	- DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA POR AÑO	125
	- GRAFICA DE LA DISTRIBUCION ANUAL DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA	125
	- GRAFICAS DE LA DISTRIBUCION DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA POR AÑO	126
	- DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA	127
	- GRAFICA DE DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA	128
	- DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POLITICAS DE ATENCION	129
	- GRAFICA DE LA DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POLITICAS DE ATENCION	129
	- DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POLITICAS DE ATENCION POR AÑO	130
	- GRAFICA DE LA DISTRIBUCION ANUAL DE LAS POLITICAS DE ATENCION	130
	- GRAFICAS DE LA DISTRIBUCION DE LAS POLITICAS DE ATENCION POR AÑO	131
	- DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS SEGUN LAS POLITICAS DE ATENCION	133
	- GRAFICA DE DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS DE ATENCION	134
	- GRAFICA DE DISTRIBUCION DE LAS POLITICAS DE ATENCION SEGUN LA INFRAESTRUCTURA	135

CUADRO 43.	México, ISSSTE. Políticas de Infraestructura y de Atención, 1970-1979.	136
	- DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA	137
	- GRAFICA DE LA DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA	137
	- DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA POR AÑO	137
	- GRAFICA DE LA DISTRIBUCION ANUAL DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA	137
	- GRAFICAS DE LA DISTRIBUCION DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA POR AÑO	138
	- DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA	139
	- GRAFICA DE DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA	140
	- GRAFICA DE DISTRIBUCION DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA SEGUN LA INFRAESTRUCTURA	140
	- DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POLITICAS DE ATENCION	141
	- GRAFICA DE LA DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POLITICAS DE ATENCION	141
	- DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POLITICAS DE ATENCION POR AÑO	142
	- GRAFICA DE LA DISTRIBUCION ANUAL DE LAS POLITICAS DE ATENCION	142
	- GRAFICAS DE LA DISTRIBUCION DE LAS POLITICAS DE ATENCION POR AÑO	143
	- DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS SEGUN LAS POLITICAS DE ATENCION	145
	- GRAFICA DE DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS DE ATENCION	146
	- GRAFICA DE DISTRIBUCION DE LAS POLITICAS DE ATENCION SEGUN LA INFRAESTRUCTURA	147

CUADRO 44.	México. SSA. Políticas de Infraestructura y de Atención, 1971-1979.	148
	- DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA	149
	- GRAFICA DE LA DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA	149
	- DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA POR AÑO	149
	- GRAFICA DE LA DISTRIBUCIÓN ANUAL DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA	149
	- GRAFICAS DE LA DISTRIBUCION DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA POR AÑO	150
	- DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA	151
	- GRAFICA DE DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS DE LA INFRAESTRUCTURA	152
	- GRAFICA DE DISTRIBUCION DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA SEGUN LA INFRAESTRUCTURA	152
	- DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POLITICAS DE ATENCION	153
	- GRAFICA DE LA DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POLITICAS DE ATENCION	153
	- DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS POLITICAS DE ATENCION POR AÑO	154
	- GRAFICA DE LA DISTRIBUCION ANUAL DE LAS POLITICAS DE ATENCION	154
	- GRAFICAS DE LA DISTRIBUCION DE LAS POLITICAS DE ATENCION POR AÑO	155
	- DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS SEGUN LAS POLITICAS DE ATENCION	157
	- GRAFICA DE DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS DE ATENCION	158
	- GRAFICA DE DISTRIBUCION DE LAS POLITICAS DE ATENCION SEGUN LA INFRAESTRUCTURA	158

INTRODUCCION

I.

En la metodología de la planeación del desarrollo urbano se encuentran como propósitos centrales el apoyar las actividades económicas y el propiciar el bienestar social y para su consecución se diseñan políticas interurbanas orientadas a definir, a nivel nacional, cuales son los asentamientos que, partiendo de que el desarrollo urbano nacional requiere de un sistema urbano, deben ser alentados en su desarrollo, y políticas intraurbanas que definen la ordenación adecuada de sitios y actividades en un asentamiento. Sin embargo, en todo caso, el método de evaluación de la potencialidad de desarrollo de un asentamiento se fundamenta en la detección de superávit o déficit de los llamados componentes de la estructura urbana, para lo cual se recurre a un arsenal de normas técnicas que señalan los niveles de dotación de vivienda, infraestructuras o equipamientos que deben existir. Así, la práctica de la planeación del desarrollo urbano se resume en dimensionar déficit y definir su localización, conforme a lo que las normas dictan.

Lo anterior refiere a dos preguntas centrales: ¿cuáles son las normas que utiliza el planificador urbano? y, ¿cuál es el origen de dichas normas?

Con pertinencia para el tema de atención a la salud que aborda este trabajo, cabe mencionar como antecedente la creación de la Secretaría de Asentamientos Humanos y Obras Públicas en la cual se instauró la Dirección General de Equipamiento Urbano y Vivienda cuya función, entre otras, como dependencia federal, consistía en formular y emitir las normas y recomendaciones relativas a la dotación de equipamientos para la atención a la salud, educación, recreación, abasto, seguridad y servicios públicos, entre otras, de observancia nacional. Así, surgió el

primer cuerpo sistematizado de normas para el desarrollo urbano que definía la cantidad de equipamientos que deberían tener los centros de población según el número de habitantes. Actualmente, en la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, continúa estas tareas la Dirección General de Equipamiento Urbano y Edificios.

En cuanto al origen de las normas, éstas fueron formuladas a partir de la recopilación de criterios técnicos de diversas instituciones y sintetizadas en normas generales, asociadas a superficies de cobertura en función de la densidad de población.

De aquí surgen las dos cuestiones centrales que dan pie a la elaboración del presente trabajo: la distribución de los equipamientos ¿atiende simplemente a criterios técnicos como los arriba enunciados o, en cuanto medios de subsistencia, atiende a otros determinantes de la distribución social de la riqueza? y, ¿cual es la política que, a través de su dinámica y estructura, revelan los equipamientos?

Este trabajo pretende mostrar, por una parte, que los equipamientos se encuentran sujetos a la distribución social de la riqueza para lo cual, confluyen determinantes de órdenes económico y político, relativos a la acción del Estado en la producción de medios de subsistencia, y, por otra, que los indicadores físicos relativos a los equipamientos, que son aquellos usados por el planificador urbano, pueden ser sistematizados para realizar una evaluación de política, mas allá de la detección de déficit o superávit.

Se eligió llevar a cabo el ejercicio que conforma el presente trabajo tomando la atención a la salud por manejar políticas de mediano plazo, mismo que se consideró adecuado para obtener resultados válidos conforme al enfoque adoptado. El período considerado (1970-1979) fue definido de manera que, además de tratarse de un plazo mediano, incorporara dos sexenios con orientaciones de política distintas: el desarrollo compartido y la alianza para la producción.

En cuanto al ámbito de trabajo, se tomó inicialmente a la Ciudad de México (se encuentra publicado un avance de la investigación en la revista HABITACION, segunda época, no. 1, bajo el título "La Atención a

la Salud del IMSS en el Valle de México, 1970-1979"). Sin embargo, dado que se generó una metodología de análisis que no tenía antecedente, se consideró que las conclusiones a las que se llegaría requerirían un referente más amplio para que tomaran su justa medida. De ahí que el presente trabajo sea de carácter macro, tanto por la cobertura nacional como por la selección de indicadores que incorpora.

El análisis de las tres instituciones destinadas a la atención a la salud (IMSS, ISSSTE y SSA) implica la consideración de tres sectores de la población diferentes desde el punto de vista económico y, por ende, su papel en relación a las políticas estatales de producción de medios de subsistencia es distinto: los asalariados privados, los asalariados públicos y los no asalariados. En su carácter macro, este trabajo aborda dos enfoques comparativos: el primero, entre los tres diferentes grupos y el segundo, entre aquellos derechohabientes de la seguridad social y la llamada población abierta. Así, todo el análisis deriva en una "colocación" de estos grupos en la distribución social de los medios de subsistencia producidos con el concurso del Estado.

Por otra parte, si bien el sustento empírico del trabajo radica en el análisis año por año, con lo cual se pretende mostrar fundamentalmente la relación entre equipamiento y presupuesto de egresos público, vinculado a la política económica, se hacen recapitulaciones en dos períodos, 1970-1976 y 1977-1979, en correspondencia con los períodos del desarrollo compartido y la alianza para la producción, respectivamente, con el propósito de identificar el papel asignado a la producción de la atención a la salud para cada uno de los tres grupos de población enunciados.

En cuanto a las políticas que revelan los indicadores físicos, se diseñó una metodología de análisis con base en índices anualizados de las unidades médicas, de las instalaciones en las unidades médicas, de los servicios médicos prestados y del personal en servicio, ponderados por los índices de crecimiento de la población por atender de cada institución. Cabe señalar que no se trata de un análisis de las normas por lo cual, aunado al carácter macro del trabajo, prescinde de recurrir a los criterios comúnmente utilizados para la formulación de éstas y

II.

El trabajo consta de cinco capítulos que dan cuenta de lo siguiente:

El capítulo 1: "La Reposición del Valor de la Fuerza de Trabajo en el Desarrollo Económico Nacional" refiere al análisis del papel de la masa social de valor cuyo destino es el fondo de consumo obrero, en relación a la política económica y sus determinantes de orden estructural. Primero, en el período correspondiente a la sustitución de importaciones y el desarrollo estabilizador; posteriormente se hace una semblanza de dicho tema para los períodos del desarrollo compartido y la alianza para la producción.

El capítulo 2. "El Sector Desarrollo Social y la Atención a la Salud en el Gasto Público, 1971-1979", complementa la segunda parte del capítulo 1. Detalla el análisis del Sector Desarrollo Social en el gasto público y, dentro del primero, la situación relativa que guarda el rubro de atención a la salud. Aquí, se hacen las consideraciones pertinentes en relación a la importancia diferencial de las distintas instituciones que brindan atención a la salud que refleja la situación diferencial de los grupos atendidos por cada una de ellas en relación a los recursos públicos.

El capítulo 3. "La Atención a la Salud en México", inicia el análisis de los indicadores físicos en términos amplios para cada una de las instituciones con base en la metodología que este trabajo propone, lo cual concluye con la identificación de las grandes líneas de política en relación a las unidades médicas, las instalaciones en las unidades médicas, los servicios médicos prestados, el personal en servicio y la cobertura de la población derechohabiente.

El capítulo 4. "Las Políticas de Infraestructura y de Atención con Base en Indicadores Físicos" parte de una propuesta de definición de las políticas mencionadas con base en los indicadores físicos. La diferenciación entre las cuatro políticas de infraestructura y las ocho políticas de atención pretende, en primer término, arrojar luz sobre la situación de la capacidad instalada para la prestación de servicios con

el propósito de identificar los énfasis en la producción de "soportes materiales" para la atención a la salud. Lo anterior, con el objetivo de mostrar que la producción de dichos soportes revela, más que el cumplimiento de normas preestablecidas que se manifestarían en incrementos proporcionales de los componentes de la infraestructura para la atención de la salud, una lógica vinculada a los modelos sanitario-asistenciales de las instituciones que se expresa en "deformaciones" de los esquemas normativos de capacidades de atención de las unidades médicas, jerarquías de atención y tránsito de pacientes.

En segundo término, la definición de las políticas de atención contempla el cruzamiento de información surgida de la definición de las políticas de infraestructura con los indicadores de los servicios médicos prestados, conexos a las instalaciones en las unidades médicas consideradas, con el propósito de mostrar, por una parte, el resultado de las características que presenta la infraestructura para la prestación de servicios sobre éstos, en términos de la predominancia particular de algunos de ellos sobre el resto lo cual verifica, asimismo, el énfasis que imponen los modelos sanitario-asistenciales en términos de la atención a la salud.

Se define también, para efectos de la aplicación de la metodología y como parte de ésta, el universo de análisis que se toma en cuenta para cada institución dentro de un modelo común y se presenta exhaustivamente el material de trabajo con base en el cual se definieron las políticas que el autor propone.

Posteriormente, se presentan los análisis realizados para cada una de las instituciones de los cuales se derivan las observaciones sobre los énfasis de las políticas de infraestructura y de atención. Los resultados de los análisis anteriores son retomados en sus aspectos más relevantes y son confrontados con las características principales de la política económica en cada uno de los años comprendidos en el período considerado a efecto de mostrar la vinculación entre ambos aspectos y, por esa vía, mostrar la liga existente entre los determinantes coyunturales de la política económica, expresados en términos de gasto público, y la generación de infraestructura para la

que arriba se han mencionado.

Para la lectura del trabajo, es pertinente hacer algunas salvedades:

1) El trabajo, por su propósito, es de carácter macro por lo cual, prescinde de hacer referencia a posibles recortes ya sea territoriales o funcionales (regiones, ciudades, ámbitos rural y urbano, estructura por edad y sexo de la población, etc.), excepto en lo que corresponde a los tres grupos de población que se han identificado en relación a la política de cobertura de las instituciones.

2) Por su carácter de propuesta alternativa para el análisis de indicadores físicos, parte de una metodología distinta a la usada tradicionalmente para la definición de normas, lo cual plantea como no indispensable la revisión detallada del cumplimiento de éstas.

3) La atención a la salud requiere necesariamente la incorporación del análisis de una gran cantidad de factores de carácter sanitario que no son abordados en la complejidad que correspondería a un trabajo en el área de la salud pública por lo que, en lo que respecta al presente trabajo, se abordan aspectos físicos de la problemática con referencias de carácter general en relación al panorama epidemiológico nacional que, sin embargo, son susceptibles de ser ampliadas con base en un conocimiento técnico sanitario mayor.

4) En el orden de los aspectos formales del trabajo, la presentación de todo el material gráfico y estadístico utilizado así como su ubicación en el mismo pretende, por una parte, dotar de autonomía al trabajo presentando todos los elementos de juicio que sustentan la propuesta analítica y metodológica y por otra, restarle aridez a la lectura del texto. Sin embargo, resulta voluminoso el material en el trabajo lo cual atiende a los recursos de edición accesibles para el autor. Si se considerara hacer la publicación de este trabajo, debería tenerse en cuenta la compactación de material estadístico y gráfico, más que su eliminación.

atención a la salud a la luz de lo cual, concluye el capítulo con una serie de consideraciones generales en términos de la liga antes mencionada.

Por último, el capítulo 5. "Conclusiones" aborda tres aspectos de la problemática que a lo largo del trabajo ha sido expuesta. En primer término, una interpretación de las políticas de las instituciones, considerando las características de la infraestructura aspectos epidemiológicos y determinantes políticas y económicas. En segundo lugar, se expone lo relativo a la distribución social de la atención a la salud tomando en cuenta los dos criterios de comparación antes mencionados, relativos a los tres sectores de población identificados y a la diferenciación entre seguridad social y salud pública. Por último se hacen observaciones en relación a la atención a la salud y el desarrollo económico a partir de lo cual se plantean varias reflexiones relativas al papel de la masa social de valor en el proceso de acumulación, en función de los antecedentes planteados en el capítulo 1., de los antecedentes planteados en el desarrollo de los capítulos 2., 3. y 4. así como de otros elementos de juicio de carácter estructural retomados de trabajos que versan sobre el desarrollo económico nacional y en general, de las características del desarrollo capitalista en formaciones sociales como la mexicana, en relación al desarrollo capitalista mundial.

Se incluye una interpretación teórica de carácter general en relación al papel que juega el Estado en la producción de medios de subsistencia, dada su función económica en una formación social predominantemente capitalista.

Por otra parte, se hacen consideraciones relativas a los aspectos políticos que han actuado en relación a la distribución social de la riqueza en el entendido de que si bien la instancia dominante de la vida social es la económica, a nivel superestructural, los aspectos políticos matizan las consideraciones económicas. El propósito es, en última instancia, abstraer el trabajo del economicismo y acercar las conclusiones a explicaciones más realistas.

En último término, se hacen consideraciones finales como ejercicio de reflexión sobre el trabajo de lo cual se desprenden, así como las

preocupaciones del autor, su punto de vista en relación al derrotero que debiera seguir la atención a la salud en México.

El autor, con modestia, considera que este trabajo puede ser utilizado como referente para otros a nivel subnacional incluso, que la metodología desarrollada puede ser aplicada, con los ajustes pertinentes, para el análisis de otros equipamientos. El lector tiene la última palabra.

1. La Reposición del Valor de la Fuerza de Trabajo en el Desarrollo Económico Nacional.

El concepto reposición del valor de la fuerza de trabajo refiere a la distribución de la masa social de valor en función de las formas concretas de producción capitalista. A diferencia del concepto reproducción de la fuerza de trabajo que tiene un carácter general y ahistórico en la teoría marxista, éste se ubica dentro de las relaciones capitalistas de producción y refiere a la porción de la masa social del valor que tiene como destino el fondo de consumo de la clase obrera en términos del proceso social de la producción capitalista.

Así, representa la masa de capital variable social mediante el cual, vía el intercambio capital-trabajo asalariado y de manera más concreta por el carácter mercantil de la fuerza de trabajo, prevaleciente en formaciones sociales como la mexicana en donde el modo de producción dominante es el capitalista, se posibilita la reproducción de la fuerza de trabajo, desposeída de medios de producción y de medios de subsistencia.

La masa de valor que constituye el capital variable social juega un papel fundamental en la acumulación de capital y de esta relación surgen los determinantes de las formas concretas de reproducción de la fuerza de trabajo.

Con este enfoque, el examen del papel de esta masa de valor en la acumulación de capital en México a partir de la sustitución de importaciones hasta la política Lópezportillista de alianza para la producción establece un marco para el análisis de las políticas de bienestar social.

1.1. Período 1940-1970: La Sustitución de Importaciones y el Desarrollo Estabilizador.

A partir de la II Guerra Mundial el modelo económico adoptado en México, de sustitución de importaciones, sustenta el proceso de industrialización, a diferencia de etapas anteriores en las que éste dependía de la evolución de las exportaciones de productos agrícolas y no directamente de la acumulación de capital industrial.

2.

Este modelo, basado en el comportamiento de la producción industrial de bienes de consumo durable, llevó a la diversificación y ampliación de la planta industrial e hizo que la participación del producto industrial en el total se incrementara considerablemente. "Eso, empero, pudo conseguirse a costa del bienestar de las grandes mayorías y de posponer el arranque, o simplemente disminuir el ritmo de expansión de actividades básicas que hubieran dado mayor solidez al aparato productivo nacional".^{1/}

La sustitución de importaciones se centró en los mercados internos urbanos bajo la protección e impulso del Estado, a la vez que existía una agricultura "suficiente" en lo que respecta a disponibilidad de mano de obra, alimentos y transferencias de recursos; abrió las puertas para la entrada de capital extranjero proveniente de los países capitalistas avanzados en pugna por el control de los mercados mundiales, quien le imprime realmente velocidad a la acumulación ^{2/} toda vez que representó una introducción de tecnologías intensivas en capital. Esto orilló a los capitalistas nacionales a invertir con tecnología más avanzada, originaria de los países capitalistas avanzados con el fin de poder mantener cierta competitividad frente al capital extranjero. Lo anterior, más que selección de tecnologías, representó una "imposición" a las burguesías nacionales.

Esta implantación de tecnología avanzada, bajo condiciones oligopólicas de inserción en un sólo sector, se tradujo en capacidades de producción superiores a los requerimientos de la demanda y en el escaso grado de utilización de la "capacidad productiva que llevaron a una baja de la tasa de ganancia ..., aunque menor que la que existiría si no se utilizaran las técnicas modernas concebidas en los centros imperialistas" ^{3/} .

La necesidad del capital nacional de elevar el nivel de su tasa de ganancia llevó a la búsqueda de compensaciones por otros medios lo cual se logró, por un lado, a través de una política fiscal que no gravara al capital o que lo agravara en forma poco significativa aunado a una política arancelaria de fomento a la importación de bienes de capital, por lo que, además del pago de patentes y regalías, se extraían del país importantes porciones del excedente de valor social. Por otro lado, encontraba compensaciones en una política salarial restrictiva lo cual constituyó una precondition de gran peso para la acumulación puesto que se reducía el costo de producción sin estrechar la demanda de los bienes producidos considerando conjuntamente lo reducido de los ingresos de los obreros y que se trataba de bienes de consumo durables que no formaban parte de la canasta de consumo obrero ^{4/} .

3.

A la par, el alza resultante en la tasa de explotación permitió que, vía la redistribución de ingresos generada por el sector improductivo, se garantizara una demanda efectiva del producto industrial.

Lo anterior nos remite a las alteraciones operadas en el empleo en función de los niveles tecnológicos adoptados.

Por una parte, la relación capital/mano de obra implícita se tornó mayor que la tradicionalmente existente en el sector, lo que implicó la creación de menos empleos a una misma tasa de acumulación. En la medida que las nuevas inversiones en el sector se multiplicaban, impactaban negativamente la tasa de crecimiento del empleo ^{5/}.

Por otra parte, la incorporación de nuevas tecnologías, obligó a los capitalistas ya existentes en el sector a llevar a cabo inversiones de sustitución. Esto es, incrementaron los niveles tecnológicos, con la subsiguiente variación negativa del empleo.

Además se operó una reestructuración del empleo industrial que se manifestó de dos maneras:

Se vió favorecida la utilización de fuerza de trabajo industrial calificada respecto a la no calificada, conformándose una "aristocracia obrera" compuesta por técnicos y cuadros obreros que se volvieron relativamente numerosos y que, por sus salarios mayores, pasaron a formar parte de la demanda de bienes de consumo durable. A la vez, se desarrolló una amplia capa de trabajadores improductivos, vinculados a la circulación mercantil. En ambos casos, se trataba de trabajadores cuyo nivel de ingreso, aunado a la gran influencia de patronos consumistas, constituían la demanda de los bienes de consumo duradero, coadyuvando a una mejor adaptación entre el perfil de la demanda y las capacidades de producción.

Sin embargo, esta demanda era cada vez más estrecha. Por una parte, los trabajadores productivos calificados eran pocos en términos absolutos a la vez que, como arriba se menciona, se presentó una tendencia a la baja de la tasa de crecimiento del empleo. Por otra parte, esta restricción del trabajo productivo implicaba a la vez una restricción en la producción de la plusvalía que financiaba el consumo de bienes de consumo duradero. Al respecto, Tello indica que

4.

"...una enorme proporción del excedente social no fue utilizado ni para impulsar la tasa de empleo productivo ni para añadirla al acervo de planta productiva sino para mantener un alto nivel de consumo dispendioso por parte de una minoría de privilegiados, usufructuarios del desarrollo ... Decir que el excedente social tuvo una tendencia permanente al incremento acelerado en este período, no es sino una forma de plantear que la tasa de crecimiento de la productividad general de la economía fue mayor que la tasa media de crecimiento de salarios". ^{6/}

De esta manera, la ganancia solo podía ser ampliada a través del incremento en la tasa de explotación ya que mayores descargas fiscales no tendrían efecto suficiente de liberación de plusvalía, dada su pequeña magnitud a la vez que debía mantenerse cierto nivel de ingresos del Estado para continuar con el proteccionismo a la industria mediante precios de insumos básicos e infraestructura subsidiados.

Actuando en el mismo sentido, se mantuvo una política de precios de garantía bajos para los productos del campo que, en términos reales, reducía el ingreso del campesinado y abarataba relativamente, el valor de la fuerza de trabajo urbana ^{7/}.

El Estado se encargó de llevar adelante la política de restricción de la reposición del valor de la fuerza de trabajo a través de dos modalidades: 1) restricción de salarios monetarios, y 2) restricción del gasto en "actividades improductivas" y en "inversiones inflacionarias".

Respecto a la primera modalidad, resulta una necesidad inmediata del capital, determinada por la dinámica del modelo económico que polarizó ampliamente la distribución del ingreso, al grado de volverse ésta en contra de las posibilidades de reproducción del capital. Respecto a la segunda, "...los gastos sociales del gobierno, considerados improductivos, se habían rezagado bajo el supuesto que contraerlos no tendría ningún precio: ni protestas inmediatas, ni incapacidad técnica y física de grandes masas para incorporarse al trabajo productivo. Así, el gasto en educación y cultura se mantuvo en un raquítico 2.2% respecto del producto interno; el de salud, en el 0.5% y el de seguridad social en el 2.5%" ^{8/}.

"El reverso de la medalla respecto al auge económico al año de 1970, era que los desempleados se acumulaban rápidamente y la satisfacción de necesidades de servicios educativos, médicos, sanitarios y de vivienda tenían un retraso de lustros" ^{9/}

5.

Lo anterior es explicable a la luz de cuatro elementos : el rezago agrario, una vez perdida la efectividad de los repartos de tierra para fijar población en el territorio, aunado al empobrecimiento de los campesinos por las políticas de bajos precios de garantía, generó importantes movimientos migratorios campo-ciudad, sobre todo en la década de los 50, incrementando la oferta de mano de obra en un mercado laboral que imposibilitaba su incorporación como trabajadores asalariados por el tamaño de la demanda y por la calidad requerida y por tanto, el acceso a los medios de subsistencia vía salario directo o salario indirecto. En segundo lugar, el incremento natural de la fuerza de trabajo "urbana" que, aunque por un camino distinto, llegaban a la misma situación de los inmigrantes a las ciudades.

En tercer lugar, la pequeñez relativa del grupo de los trabajadores productivos que a través del salario directo o de la seguridad social eran quienes, en diferente medida según su calidad, podían acceder a los medios de subsistencia lo cual a su vez, se ve disminuido por un cuarto elemento que es la presión a la baja del valor de la fuerza de trabajo en el mercado laboral por la gran magnitud de la oferta.

Esto, visto como problema de la producción y distribución de la masa social de valor significa que se operó una ampliación de la clase obrera en lo que corresponde al Ejército Industrial de Reserva por lo que el fondo social para la reposición del valor de la fuerza de trabajo, minimizado a la vez por las altas tasas de explotación de los trabajadores productivos, fue insuficiente para el mantenimiento de la clase obrera.

Como elemento adicional cabe considerar que la debilidad de las finanzas públicas por la insuficiencia de captación tributaria y por la venta de productos y servicios a la industria a precios subsidiados orilló al Estado a depender de la deuda externa. Esto, abrió una brecha para la penetración política del sector privado en el Estado reforzando, aún más, la orientación de la política de gasto en beneficio del capital ^{10/}.

En cuanto a las de luchas reivindicativas de la clase trabajadora en contra de la tendencia y acciones dirigidas a la baja del valor de la fuerza de trabajo, no fructificaron por el carácter burocratizado de los sindicatos, por la desorganización y dispersión de otros o por la represión del Estado.

6.

Al respecto, Guillén apunta que "la contradicción económica encuentra su expresión inmediata a nivel socio-político. La resolución de esta contradicción no será fácil. En México impuso una fuerte represión antiobrera en los años 50 y 60" ^{11/}. Esta política antiobrera se encuentra avalada y en algunos casos impulsada por la burocracia sindical. Carreño indica que a la "...desaceleración del crecimiento registrada en 1965, correspondió una mayor rigidez en el sindicalismo, utilizado como ariete ideológico y hasta como amenazante fuerza de choque contra las movilizaciones democratizantes" ^{12/}. En ese sentido, "el caso mexicano confirma plenamente la tendencia a la integración de los aparatos sindicales en el Estado burgués. El aparato sindical se convierte en una parte específica de la burocracia estatal, cuya tarea consiste en 'administrar' la mercancía fuerza de trabajo" ^{13/}

En este contexto, la política social del Estado Mexicano en este período puede ser considerada realmente como el mantenimiento mínimo de ciertos sectores de la fuerza de trabajo, pequeños y bien definidos. Cabe la consideración de que, por el carácter del modelo económico (la particular articulación con el mercado mundial y -en lo político- la asimilación del sindicalismo al aparato del Estado), las condiciones para la reproducción de la fuerza de trabajo no fueron satisfactorias lo cual, resultó en una desvalorización de la fuerza de trabajo al impedirse por un largo plazo la obtención constante de medios de subsistencia.

El procedimiento que operó primero en la industrialización con base en la sustitución de importaciones y posteriormente en la etapa del desarrollo estabilizador fue en primer lugar un fuerte incremento del capital constante que elevó la composición orgánica del capital en detrimento de la tasa de ganancia. La nivelación de la tasa de ganancia sólo tenía como solución el incrementar la tasa de explotación es decir, afectar tanto la plusvalía como el capital variable. Ahora bien, en vista de que el cambio tecnológico operado por el fuerte incremento del constante se tradujo en elevación de la plusvalía por la vía relativa, además de haberse generado una planta productiva que no era utilizada plenamente, la afectación de la tasa de explotación posible era la reducción del capital variable que en términos amplios, se confirma por la constante reducción del trabajo productivo y por otra parte, la restricción salarial que sin ampliar la plusvalía relativa sino absoluta, actúa sobre la tasa de explotación, elevándola lo cual asimismo, permitió contrarrestar los efectos negativos sobre la tasa de ganancia que tiene la reducción del capital constante al elevar la composición orgánica del capital. A la luz de lo anterior, es explicable que sólo un pequeño sector de la clase obrera pudiera ser incorporada al proceso social de producción y, además, en condiciones deplorables. ^{14/}

7.

En el marco de la industrialización con base en la sustitución de importaciones y del desarrollo estabilizador, es evidente que los sectores atendidos por la política social y en particular por la seguridad social fueron los trabajadores organizados es decir, vinculados a las burocracias sindicales por ser quienes mantenían cierta estabilidad en el trabajo y por tanto, acreedores de participación en la redistribución del ingreso.

Dados lo mermado de las finanzas públicas en el período, las exenciones fiscales y subsidios al capital, podemos decir que si el panorama de la atención a la salud de los asalariados tanto del capital como del Estado presentô grandes rezagos a pesar de las formas socializadas que asumió, aún tratándose de deducciones del salario; en el caso de la salud pública, toda vez que representa adelantos de capital variable en términos sociales dirigidos a la reserva obrera mediante lo cual se dan medios para la subsistencia del ejército industrial de reserva, los rezagos son explicables aun más si consideramos que se dió abastecimiento de fuerza de trabajo por una alta tasa de crecimiento de la población que, en general, proveyó de continuas generaciones de corta vida al aparato industrial, mismo que, localizado fundamentalmente en tres ciudades, era también alimentado con población excedente del campo.

Podemos concluir que en la "feliz" etapa que hemos analizado se presentô un incremento de la destrucción de los trabajadores tanto en el proceso inmediato como en el social de producción que, como adelante detallaremos, continuó en los años 70 al resentirse en el país la crisis mundial del capitalismo iniciada a mediados de los años 60.

Ahora bien, esta destrucción de la clase obrera es diferencial como diferencial es la orientación de la política social del Estado Mexicano, pero objetivamente podemos decir que en este período la clase trabajadora sufrió un fuerte deterioro en sus condiciones de vida.

1.2. Periodo 1970-1976 : El Desarrollo Compartido.

La política económica en el sexenio 1970-1976^{15/} tiene como antecedente directo, además sumamente estricto, la subordinación de ésta a la política financiera. Esto es, en la política del desarrollo estabilizador rigen como objetivos centrales la conservación de la paridad de cambio con el dólar y la "estabilidad" de los precios internos. De esta manera, la política fiscal, de ingreso y gasto, se subordina y se le da un papel secundario y solo con el objeto de coadyuvar el logro de los objetivos de la política financiera.

Así, además de que la política fiscal en su aspecto de ingreso era sumamente tímida y tibia, los raquíticos ingresos se orientaban a subsidiar a la industria. De ahí la concentración en tres núcleos urbanos de la infraestructura para actividades económicas y del equipamiento urbano.^{16/}

Por otra parte, como elemento previo y determinante de la política económica, encontramos los acontecimientos de 1968 que, en sí, constituyeron la ruptura de uno de los soportes del desarrollo estabilizador -la estabilidad política- que obligaba a adoptar lineamientos de política económica que promovieran un "congraciamiento" del Estado con su base social mayoritaria.

En términos generales, la política económica a adoptar en este sexenio debería atender las deficiencias generadas por el modelo de desarrollo estabilizador lo cual apuntaría a contrarrestar las tendencias a la concentración de infraestructura y de equipamiento, a la vez de promover dentro de lo que se llamó el "desarrollo compartido", mecanismos redistributivos del ingreso, dentro de una estrategia de fortalecimiento y ampliación de la acción económica del Estado.^{17/}

Lo anterior, se dió a inicios del sexenio a la luz del debate entre quienes sostenían la contracción de la economía como medio para lograr su saneamiento y quienes sostenían la ampliación del gasto público y la promoción de las actividades productivas. El resultado fue, finalmente, una política de freno y aceleración,^{18/} con más frenos que aceleraciones que resultó, a pesar de proponerse lo contrario, en un "desarrollo estabilizador vergonzante"^{19/}

1.3. Período 1976-1979 : La Alianza para la Producción

La política económica en el inicio del sexenio de José López Portillo (del cual el Presupuesto de Egresos de 1977 es el primero que ejerce esta Administración) se encuentra penetrada por cuatro elementos que definirían su forma y contenido.

El primer lugar, una vez roto el tabú de la paridad cambiaria, era posible afinar todos los instrumentos de la política económica de manera conjunta en pro de una recuperación económica toda vez que la última bandera del desarrollo estabilizador había caído ya.

En segundo lugar, la recesión económica iniciada en 1974, si bien obedecía en parte a la inflación importada, también en buena medida obedecía a la falta de inversión por la "desconfianza" del sector privado ante la política de freno y arranque que orientó la economía en el anterior sexenio. Esta "desconfianza" se agudizó con la devaluación y resultó en una fuga masiva de capitales hacia el segundo semestre de 1976.

En tercer lugar, el convenio firmado con el FMI cuya vigencia cubría hasta fines de 1979, el cual implicaba una serie de medidas contraccionistas ²⁰.

Por último, la confirmación de reservas petroleras en 1976 y la posterior explotación permitió a finales de la década el desarrollo económico financiado con las divisas generadas por la explotación de hidrocarburos.

2 El Sector Desarrollo Social y la Atención a la Salud en el Gasto Público, 1971 - 1979.^{21/}

2.1. El Sector Desarrollo Social.

El gasto público representa un importante instrumento económico del Estado que en su composición y comportamiento expresa implícitamente las políticas asumidas en términos de las prioridades y orientaciones que se planteen para el Sector Público.

El análisis del Gasto del Sector Desarrollo Social en el Gasto del Sector Público muestra que hay diferencias entre los períodos analizados de Luis Echeverría y de José López Portillo en el enfoque, y por lo tanto en las políticas respectivas, a partir del cual se considera la reposición del valor de la fuerza de trabajo.

El incentivo a los mecanismos de redistribución del ingreso en el primer período frenado tanto por las posibilidades reales en términos económicos como por lo titubeante de la política económica durante el sexenio operó en el sentido de ampliar los adelantos de capital variable para la manutención del ejército industrial de reserva así como para la reproducción de la fuerza de trabajo a mediano plazo. En ese sentido que las interpretaciones acerca de este período lo señalen como "socializante" o con tonalidades "rojas"^{22/} Para explicar esta ampliación relativa en cuanto a la reposición del valor de la fuerza de trabajo cabe considerar tres aspectos.

El primero, las condiciones objetivas de deterioro de la fuerza de trabajo resultante del modelo de acumulación previo orillaron a considerar necesario un nivel de reposición del valor de la fuerza de trabajo como precondition para un modelo económico distinto de mayor productividad. En ese sentido, podemos decir que se trata de un acondicionamiento necesario de la fuerza de trabajo. Lo anterior debe verse a la luz de la crisis mundial y la crisis nacional donde, además de los efectos destructivos sobre los trabajadores se les exige más valor por menos precio, esto es mayor productividad, mayor explotación.

El segundo elemento a considerar es la necesaria legitimación del Estado que a partir de 1968, se encontró bastante deteriorada a los ojos de la clase trabajadora y de ciertos sectores progresistas. Vinculado al primer aspecto, la preocupación por modificaciones en 'favor' del fondo de consumo obrero, pero en condiciones de crisis mundial, insuficiencia e ineficiencia de la planta productiva nacional así como la concentración oligopólica en el Sector de bienes durables, heredada de la sustitución de importaciones, y la falta de diversificación de esta planta productiva para abastecer el mercado interno, la legitimación adquirió más bien carácter verbal.

CUADRO 1 .

MEXICO. CLASIFICACION SECTORIAL DEL GASTO DEL SECTOR PUBLICO EJERCIDO, 1971-1979
(PARTICIPACION PORCENTUAL POR SECTORES)

CLASIFICACION	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979 2/
TOTAL ^{1/}	121,331	148,768	204,033	276,483	409,651	483,798	730,593	937,397	1,266,878
%	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
ENERGETICO	31.84	29.43	27.10	25.17	27.05	26.55	29.00	31.72	29.62
TRANSPORTE Y COMUNICACIONES	12.04	12.21	11.57	9.47	8.82	8.86	6.73	6.30	6.47
DESARROLLO SOCIAL	24.74	25.43	21.90	23.20	21.80	23.51	20.52	19.56	19.69
INDUSTRIAL	4.58	5.20	8.19	8.50	8.26	7.73	6.52	5.71	6.37
AGROPECUARIO Y PESQUERO	4.72	6.83	8.30	8.43	9.96	7.46	7.25	6.41	6.80
ADMINISTRACION, DEFENSA Y PODERES	17.45	16.67	17.86	17.52	16.58	19.36	23.21	22.76	24.99
COMERCIO	4.49	3.91	4.86	7.49	7.72	6.21	6.44	7.32	5.81
TURISMO	0.13	0.31	0.24	0.24	0.32	0.33	0.33	0.22	0.26

Fuente: 4° Informe de Gobierno, 1980,, Anexo Estadístico Histórico, p. 80

Notas: ^{1/} El total está expresado en millones de pesos corrientes.
^{2/} Las cifras de 1979 son preliminares.

CUADRO 2.

CLASIFICACION SECTORIAL DEL GASTO PUBLICO EJERCIDO, 1971-1979.
(PARTICIPACION PORCENTUAL POR SECTORES AGREGADOS)

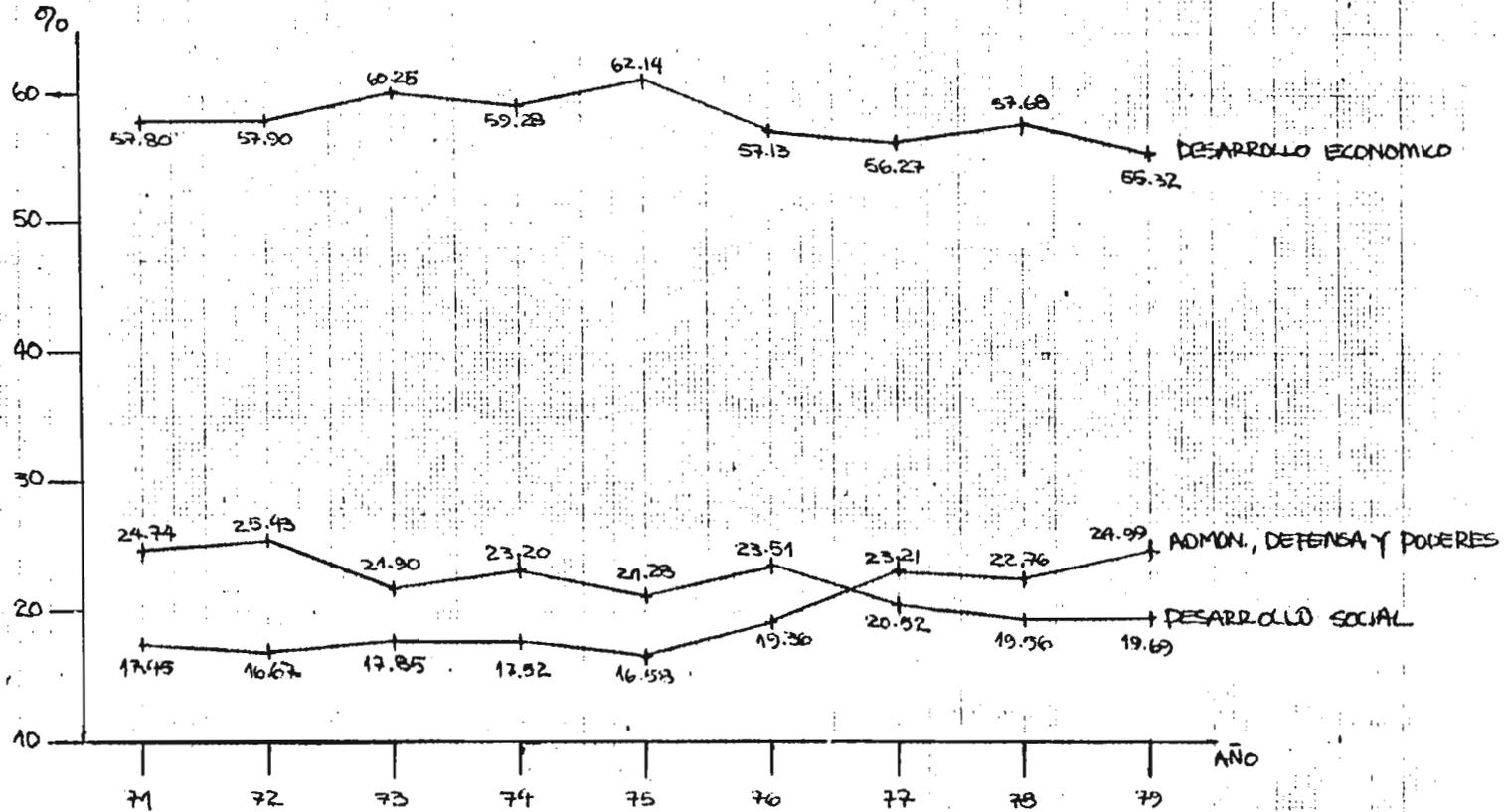
	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
TOTAL ^{1/}	121,331 100.00	148,768 100.00	204,033 100.00	276,483 100.00	400,651 100.00	483,798 100.00	730,593 100.00	937,397 100.00	1,266,878 100.00
DESARROLLO ECONOMICO	57.80	57.90	60.25	59.28	62.14	57.13	56.27	57.68	55.32
DESARROLLO SOCIAL	24.74	25.43	21.90	23.20	21.28	23.51	20.52	19.56	19.69
ADMINISTRACION, DEFEN- SA, PODERES	17.45	16.67	17.85	17.52	16.58	19.36	23.21	22.76	24.99

FUENTE: Cuadro 2.

^{1/} En millones de pesos corrientes.

GRAFICA DEL CUADRO 2

CLASIFICACION SECTORIAL DEL GASTO PUBLICO EJERCIDO, 1971-1979
(Participación porcentual por sectores agregados)



CUADRO 3.

MEXICO. INVERSION PUBLICA FEDERAL POR SECTORES, 1970 - 1979
(millones de pesos corrientes)

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
<u>TOTAL^{1/} DE INVERSION PUBLICA FEDERAL</u>	29,205.3	22,557.8	34,714.4	50,927.4	65,857.9	96,545.3	109,673.2	140,374.7	217,942.2	310,884.6
INDUSTRIAL	11,096.9	9,328.1	11,480.7	16,222.3	23,345.9	39,753.8	49,954.9	63,292.8	104,453.9	145,305.3
% TOTAL	38.00	41.35	33.07	31.85	35.30	41.18	45.55	45.09	47.93	46.74
BIENESTAR SOCIAL ^{1/}	7,919.3	5,014.6	9,099.3	13,923.9	14,491.6	16,554.6	16,821.7	19,604.5	35,304.6	62,074.2
% TOTAL	27.12	22.23	26.21	27.34	22.00	17.15	15.34	13.97	16.20	19.97
TRANSPORTE Y COMUNI- CACIONES	5,802.3	4,589.0	7,876.0	12,651.3	15,540.7	19,826.7	20,826.1	26,570.0	31,556.1	36,342.6
% TOTAL	19.87	20.34	22.69	24.84	23.60	20.54	18.99	18.93	14.48	11.69
FOMENTO AGROPECUARIO Y DESARROLLO RURAL	3,921.4	3,264.3	4,947.8	7,043.7	10,968.6	17,321.9	16,077.3	26,037.1	42,138.7	48,433.8
% TOTAL	13.43	14.47	14.25	13.83	16.65	17.94	14.66	18.55	19.33	15.58
TURISMO	-	55.0	140.1	221.0	393.8	1,029.9	1,372.0	941.6	796.4	1,672.1
% TOTAL	-	0.24	0.40	0.43	0.60	1.07	1.25	0.67	0.37	0.54
EQUIPO E INSTALACIONES PARA ADMINISTRACION Y DEFENSA	465.4	306.8	1,170.5	865.2	1,117.3	2,058.4	4,621.2	3,928.7	3,692.5	4,600.0
% TOTAL	1.59	1.36	3.37	1.70	1.70	2.13	4.21	2.80	1.69	1.48
CUC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12,456.6
% TOTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.01

1/ A partir de 1971, incluye vivienda, para homogeneizar con los datos de 1970, aunque tiene una forma especial de recuperación.

FUENTE: 4° Informe de Gobierno, 1980. Anexo Estadístico Histórico pp. 124-125.

CUADRO 4 .
MEXICO. INVERSIÓN PÚBLICA FEDERAL POR SECTORES AGREGADOS, 1970-1979.
1970 - 1979
(Números relativos)

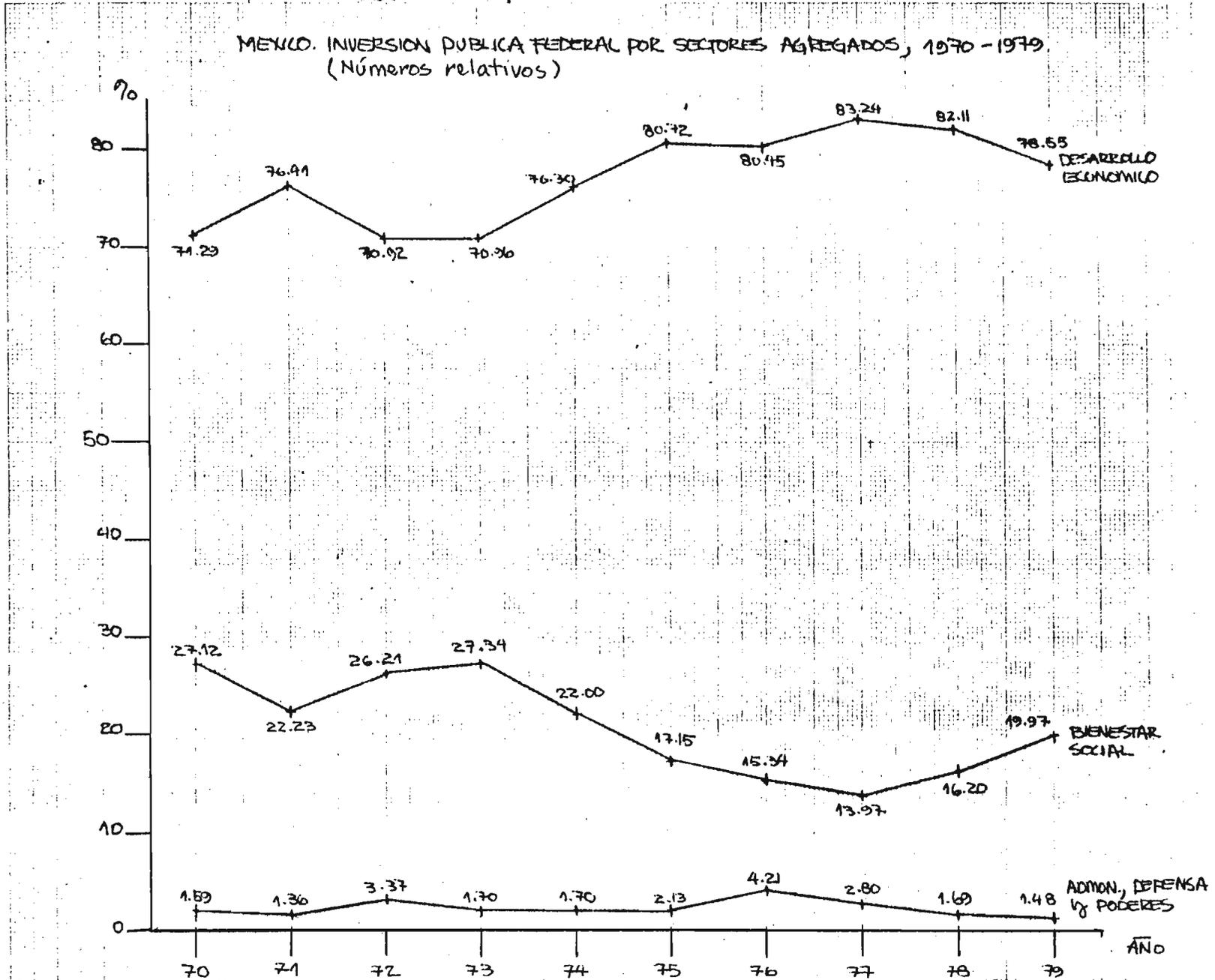
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
TOTAL	29,205.3	22,557.8	34,714.4	50,927.4	65,857.9	96,545.3	109,673.2	140,374.7	217,942.2	310,884.6
DESARROLLO ECONOMICO ^{1/}	71.29	76.41	70.42	70.96	76.30	80.72	80.45	83.24	82.11	78.55
BIENESTAR SOCIAL	27.12	22.23	26.21	27.34	22.00				10.20	19.97
ADMINISTRACION, DEFENSA, PODERES	1.59	1.36	3.37	1.70	1.70	2.13	4.21	2.80	1.69	1.48

FUENTE: CUADRO 4.

^{1/} Incluye: Transporte y Comunicaciones, Industrial, Fomento Agropecuario y Desarrollo Rural, Turismo (para 1979 incluye CUC, 4.01%).

GRAFIA ECONOMICA 4

MEXICO. INVERSION PUBLICA FEDERAL POR SECTORES AGREGADOS, 1970-1979.
(Números relativos)



Sin embargo, no hay que olvidar que en cuanto a política salarial se impulsó la nivelación del salario real ²³. Esta necesidad de legitimación cobrará más importancia a la luz del segundo aspecto.

Por último, hay que considerar que en el sexenio de Luis Echeverría se desarrolla una relación distinta con la burguesía. Si aún con Gustavo Díaz Ordaz las iniciativas del Ejecutivo eran discutidas y en cierta forma sancionadas por los principales capitalistas del país antes de su envío al Poder Legislativo el cual, asimismo, simplemente procedía a formalizar las iniciativas, Luis Echeverría reivindicó la 'autonomía' del Estado enviando iniciativas al Legislativo sin previa consulta con los intereses capitalistas. De ahí surge la pugna y nueva relación Estado-Burguesía a la cual respondió la generación de múltiples organizaciones económicas de ésta.

En esta situación, aunada al creciente endeudamiento externo para financiar la acumulación capitalista y en ese sentido vulnerabilidad respecto al exterior, debería consolidarse a la clase trabajadora y al campesinado como base social del gobierno ²⁴/.

Podemos decir sin embargo, en el marco de la política económica, que la política social no fue lo suficientemente efectiva para avanzar sustancialmente en el mejoramiento de la reproducción de la fuerza de trabajo y que más bien se disminuyó relativamente la tendencia a su desgaste y destrucción mediante la puesta en acción de mecanismos para su mantenimiento, sin elevar la calidad y, por esa vía, el valor de la fuerza de trabajo, pretendiendo la nivelación de la tasa de ganancia a través de incrementos de la plusvalía relativa.

En lo que toca al período analizado del sexenio de José López Portillo, también podemos decir que se efectúa un "congraciamiento" del gobierno con los distintos grupos sociales. Con los trabajadores, en la medida que la política de aceleración y freno del período de Luis Echeverría, vinculada a una situación de crisis económica agravada por la devaluación del peso en septiembre de 1976 no pudo revertir de hecho las tendencias a la baja de las condiciones de vida de la población, y con la burguesía, en esta ocasión más importante, para restablecer en buenos términos esta relación a la luz del convenio establecido con el FMI a finales de 1976.

CUADRO 5.

MEXICO. INDICES DE SALARIOS MINIMOS, DE PRECIOS Y DE SALARIOS REALES, 1970-1979.

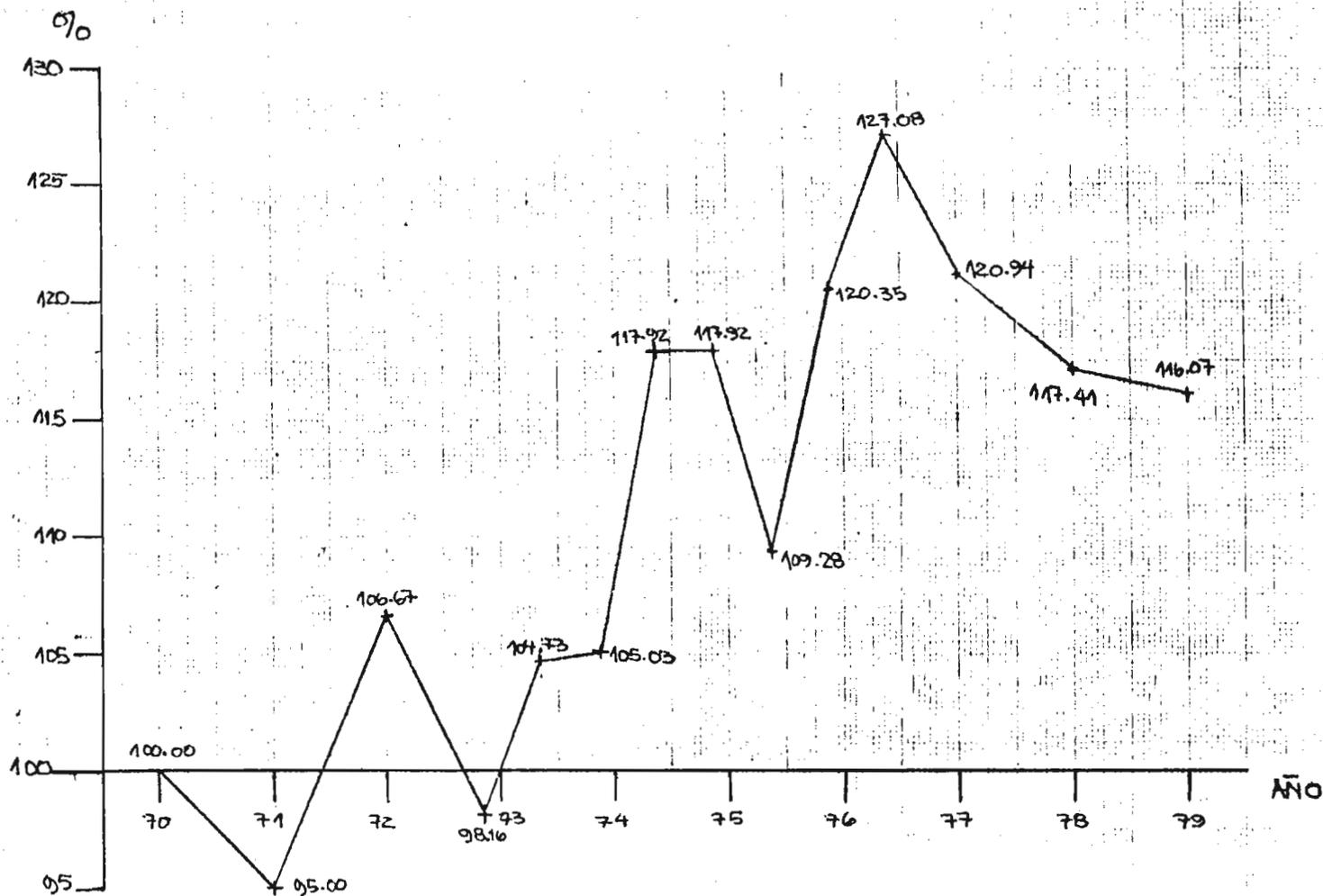
AÑO	Salario Mínimo General (1)	Precios Nacional (2)	Salario Mínimo Real Nacional (3)	Salario Mínimo Zona 74 (4)	Índice de la Ciudad de México ^{1/} (5)	Salario Real Zona 74 (6)	Diferencia (7)=(6)-(3)
1970	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	0.00
1971	100.00	105.26	95.00	100.00	105.76	94.55	-0.45
1972	117.58	110.23	106.67	118.75	110.91	107.07	0.40
1973	117.58	119.78	98.16	118.75	119.82	99.11	0.95
1973	138.74	132.47	104.73	140.16	131.03	106.97	2.24
1974	158.09	150.14	105.03	162.50	147.44	110.22	5.19
1974	192.85	163.54	117.92	198.13	162.85	121.67	3.75
1975	192.85	176.47	109.28	198.13	176.67	112.15	2.87
1976	236.57	196.57	120.35	245.63	198.65	123.65	3.30
1976	289.44	227.76	127.08	305.31	225.21	135.57	8.49
1977	318.63	263.47	120.94	332.50	259.09	128.33	7.39
1978	363.51	309.60	117.41	375.00	303.03	123.75	6.34
1979	424.73	365.94	116.07	431.25	356.97	120.81	4.74

FUENTE: Cuadros 5 a, 5 b, y 5 c.

^{1/} Zona 74: Distrito Federal, Area Metropolitana.

GRAFICA DEL CUADRO 5.

MEXICO. INDICE DEL SALARIO MINIMO NACIONAL REAL, 1970-1979.
(1970 = 100)



CUADRO 5a.
SALARIO MINIMOS, 1970-1979

ARO	Salario Mínimo General <u>1/</u>	Salario Mínimo Habitantes del Campo <u>1/</u>	Salario Mínimo General Zona 74 <u>2/</u>	Salario Mínimo Campo Zona 74 <u>2/</u>	Salario Mínimo Profesional Zona 74 <u>3/</u>
1970	24.91	21.20	32.00	30.00	40.91
1971	24.91	21.20	32.00	30.00	40.91
1972	29.29	24.94	38.00	35.40	50.15
1973	29.29	24.94	38.00	35.40	50.15
1973 <u>4/</u>	34.56	29.43	44.85	41.75	59.04
1974	39.38	33.52	52.00	48.40	72.21
1974 <u>5/</u>	48.04	40.90	63.40	59.00	87.00
1975	48.04	40.90	63.40	59.00	87.00
1976	58.68	49.87	78.60	73.20	109.00
1976 <u>6/</u>	72.10	61.34	97.70	90.00	132.00
1977	79.37	67.45	106.40	99.00	147.38
1978	90.55	78.99	120.00	113.00	165.99
1979	105.80	96.26	138.00	131.00	189.68

FUENTE: Comisión Nacional de los Salarios Mínimos. Salarios Mínimos. 1979.

1/ Promedio aritmético simple de los salarios de cada zona

2/ Zona: Distrito Federal. Area Metropolitana

3/ Promedio aritmético simple de los oficios tabulados para la zona

4/ Vigente durante septiembre 17- diciembre 31, 1973

5/ Vigente durante octubre 8, 1979-diciembre 31, 1975

6/ Vigente durante octubre 1^o -diciembre 31, 1976.

CUADRO 5 b.

MEXICO. INDICES DE SALARIOS MINIMOS, 1970-1979. (1970=100)

ANO	Salario Mínimo General	Salario Mínimo General Campo	Salario Mínimo Zona 74 <u>1/</u>	Salario Mínimo Campo Zona 74	Salario Mínimo Profesional Zona 74
1970	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
1971	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
1972	117.58	117.64	118.75	118.00	122.59
1973	117.58	117.64	118.75	118.00	122.59
1973	138.74	138.82	140.16	139.17	144.32
1974	158.09	158.11	162.50	161.33	176.51
1974	192.85	192.92	198.13	196.67	212.66
1975	192.85	192.92	198.13	196.67	212.66
1976	236.57	235.24	245.63	244.00	266.44
1976	289.44	289.34	305.31	300.00	322.66
1977	318.63	318.16	332.50	330.00	360.26
1978	363.51	372.59	375.00	376.67	405.74
1979	424.73	454.06	431.25	436.67	463.68

FUENTE: Cuadro 5a.

1/ Zona: Distrito Federal, Area Metropolitana.

CUADRO 5 c.

MEXICO. INDICES DE PRECIOS AL CONSUMIDOR, 1970-1979.

AÑO	Indice General Nacional	Servicios Médicos y Conservación de Salud Nacional	Indice General en la Ciudad de México	Servicios Médicos y Conservación Salud Ciudad de México
1970	100.00	100.00	100.00	100.00
1971	105.26	105.68	105.76	104.32
1972	110.53	112.59	110.91	110.91
1973	123.84	121.23	123.64	121.36
1974	153.25	137.28	151.21	135.45
1975	176.47	155.56	176.67	158.41
1976	204.33	178.02	205.15	185.23
1977	263.47	215.80	259.09	211.36
1978	309.60	246.91	303.03	227.27
1979	365.94	283.46	356.97	250.68

CUADRO 6.

MEXICO. EVOLUCION DE LOS SALARIOS REALES, OCTUBRE DE 1976 A DICIEMBRE DE 1979.

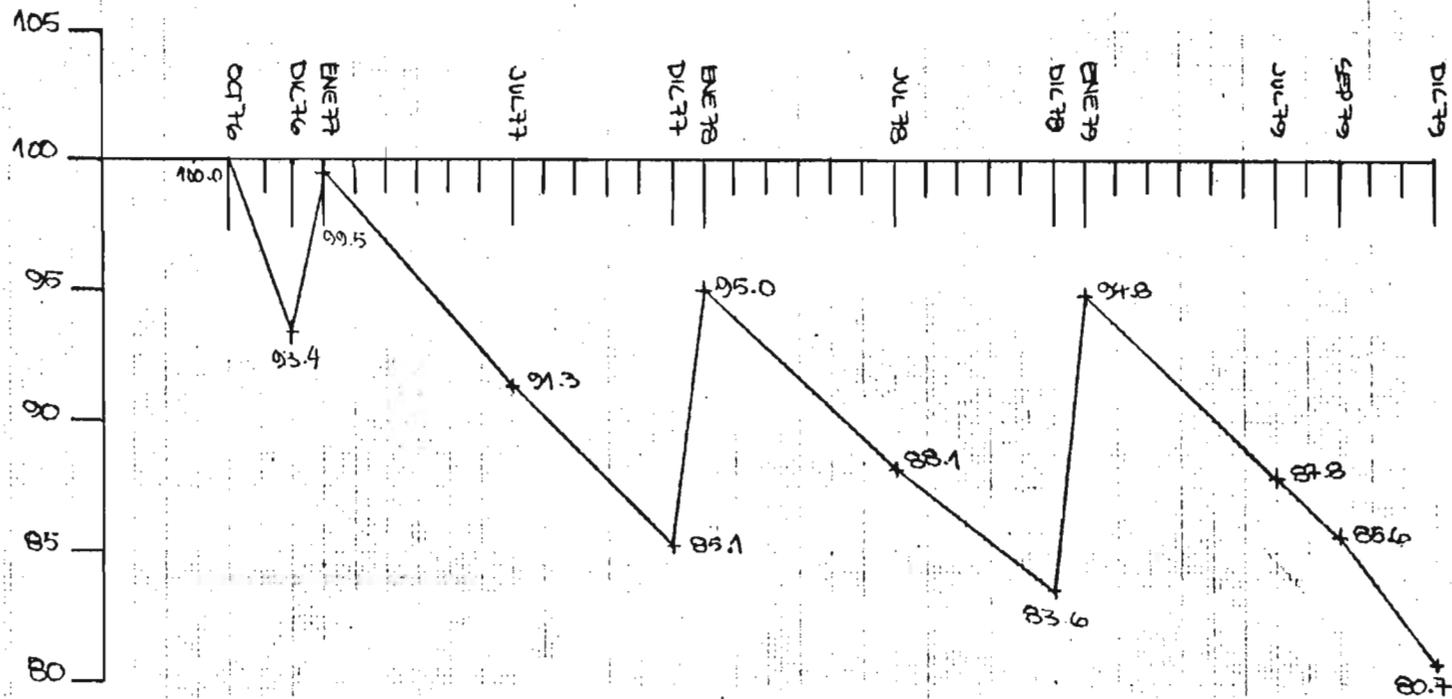
	Indice de Salario Mínimo General	Indice Nacional de Precios al Consumidor	Indice de Salarios Reales
1976			
Octubre	100.0	100.0	100.0
Diciembre	100.0	107.1	93.4
1977			
Enero	110.0	110.5	99.5
Julio	110.0	120.5	91.3
Diciembre	110.0	129.3	85.1
1978			
Enero	125.5	132.1	95.0
Julio	125.5	142.5	88.1
Diciembre	125.5	150.2	83.6
1979			
Enero	146.6	155.4	94.8
Julio	146.6	167.3	87.8
Septiembre	146.6	171.2	85.6
Diciembre <u>1/</u>	146.6	181.7	80.7

1/ Cifras estimadas.

FUENTE: Salarios; Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, Salarios Mínimos, 1979. p. 16
 Precios; Banco de México, S. A.
 Tomado de Tello, Carlos. "Las Utilidades, los Precios y los Salarios" en
Investigación Económica Vol. XXXVIII, No. 150 Octubre-Diciembre, 1979. p.114.

GRÁFICA DEL ANEXO 6.

MEXICO. INDICE DEL SALARIO MÍNIMO NACIONAL REAL, OCTUBRE 1976 - DICIEMBRE 1979
(OCTUBRE 1976 = 100)



Con el plan de austeridad se evidencia el mercantilismo anticrisis de golpear las condiciones de vida, la capacidad de reproducción de la fuerza de trabajo. Este plan contó, para su puesta en práctica de la 'satanización' de la figura de Luis Echeverría lo cual erigió a López Portillo como la " salvación nacional ". Así los salarios son congelados y la política social subsumida totalmente a los objetivos macroeconómicos establecidos con base en modificaciones en los indicadores financieros.

De esta manera, en términos económicos, la ampliación de servicios comprendidos dentro del Sector Desarrollo Social, aún en el caso de instituciones con ingresos autónomos (por cotización en base a asegurados) defendió el comportamiento agregado de la economía y en particular del papel asignado al gasto público.

En segundo lugar, y en su carácter de subordinado, el gasto en el Sector Desarrollo Social no fue prioritario. Esto adquirió mayores dimensiones si tomamos en cuenta los rezagos existentes en este rubro.

En tercer lugar, si consideramos primero, que las políticas contraccionistas se tradujeron en incrementos del desempleo y segundo, que no se logró resolver en el período el problema del campo por lo que, al igual que en los mejores años del desarrollo estabilizador, es de esperarse la existencia de un constante flujo migratorio a las ciudades, podemos pensar en que se incrementó el rezago de la prestación de servicios donde éstos se concentran, por una parte, porque los desempleados no son cubiertos por la seguridad social y por otra parte, porque la orientación del gasto público, que podría cubrir este tipo de población estaba guiada, sin embargo, por otros objetivos.

A partir de lo anterior se constata que el gasto en Desarrollo Social juega un papel subordinado al Sector Desarrollo Económico y en esa medida se deterioró la producción de medios de subsistencia por el Sector Público Federal.

De lo anterior se desprende que, independientemente de los términos en que se plantee la discusión sobre la política económica, pesa sobre las condiciones de vida, vistas a través de los servicios incluidos en el Sector Desarrollo Social, la dinámica económica global.

CUADRO 7.

MEXICO. COMPOSICION DE LA INVERSION PUBLICA FEDERAL EN BIENESTAR SOCIAL, 1970-1979.

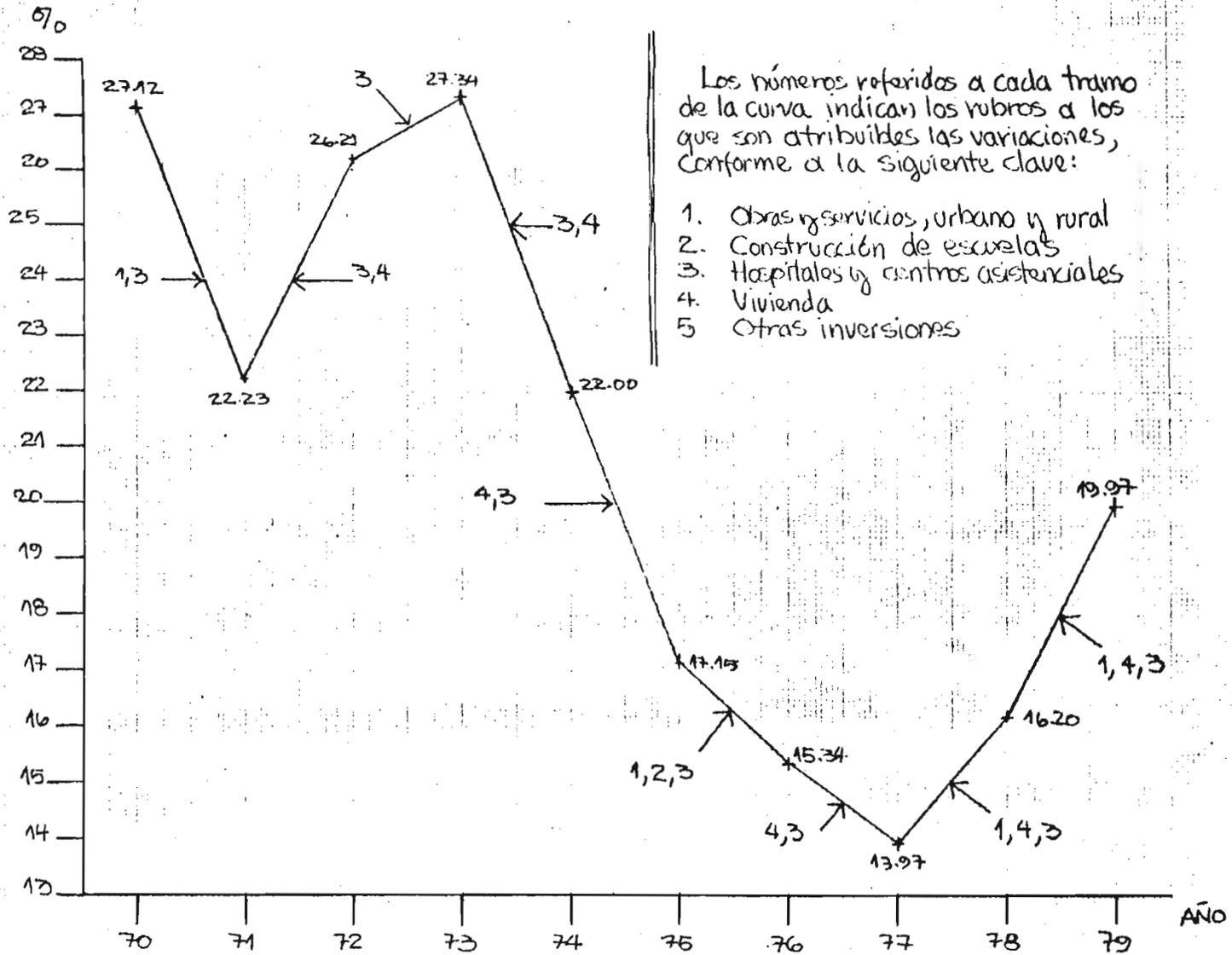
(Millones de pesos corrientes y números relativos).

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
TOTAL DE INVERSION PUBLICA FED.	29,205.3	22,557.8	34,714.4	50,927.4	65,857.9	96,545.3	109,673.2	140,374.7	217,942.2	310,884.6
INVERSION EN BIENESTAR SOCIAL	7,919.3	5,014.6	9,099.3	13,923.9	14,491.6	16,554.6	16,821.7	19,604.5	35,304.6	62,074.2
% TOTAL	27.12	22.23	26.21	27.34	22.00	17.15	15.34	13.97	16.20	19.97
OBRAS Y SERVICIOS URBANO Y RURAL	4,871.3	2,990.3	4,146.1	7,284.6	7,511.8	7,506.4	6,806.3	9,327.7	19,801.2	34,989.5
% TOTAL	16.68	13.26	11.94	14.30	11.41	7.78	6.21	6.64	9.09	11.25
%BIENESTAR	61.51	59.63	45.57	52.32	51.84	45.34	40.46	47.58	56.09	56.37
CONSTRUCCION DE ESCUELAS	1,060.8	1,230.2	2,034.3	2,198.7	3,022.4	4,602.3	3,635.2	5,873.9	8,606.1	5,688.8
% TOTAL	3.63	5.45	5.86	4.32	4.59	4.77	3.31	4.18	3.95	1.83
% BIENESTAR	13.40	24.53	22.36	15.79	20.86	27.80	21.61	29.96	24.38	9.16
HOSPITALES Y CENTROS ASISTENCIALES	1,406.4	609.6	1,411.7	3,275.8	2,760.8	3,424.9	3,535.5	3,955.1	6,224.5	9,373.5
% TOTAL	4.82	2.70	4.07	6.43	4.19	3.55	3.22	2.82	2.86	3.02
% BIENESTAR	17.76	12.16	15.51	23.53	19.05	20.69	21.02	20.17	17.63	15.10
VIVIENDA	260.5	161.3	1,417.2	1,089.0	1,040.6	778.4	1,062.4	272.6	560.6	5,295.7
% TOTAL	0.89	0.72	4.08	2.14	1.58	0.81	0.97	0.19	0.26	1.70
% BIENESTAR	3.29	3.22	15.57	7.82	7.18	4.70	6.32	1.39	1.59	8.53
OTRAS INVERSIONES	320.3	23.2	90.0	75.8	156.0	242.6	1,782.3	175.2	112.2	1,430.9
% TOTAL	1.10	0.10	0.26	0.15	0.24	0.25	1.63	0.12	0.05	0.46
% BIENESTAR	4.04	0.46	0.99	0.54	1.08	1.47	10.60	0.89	0.32	2.31

FUENTE: 4º Informe de Gobierno, Anexo Estadístico Histórico P. 124.
(Datos elaborados)

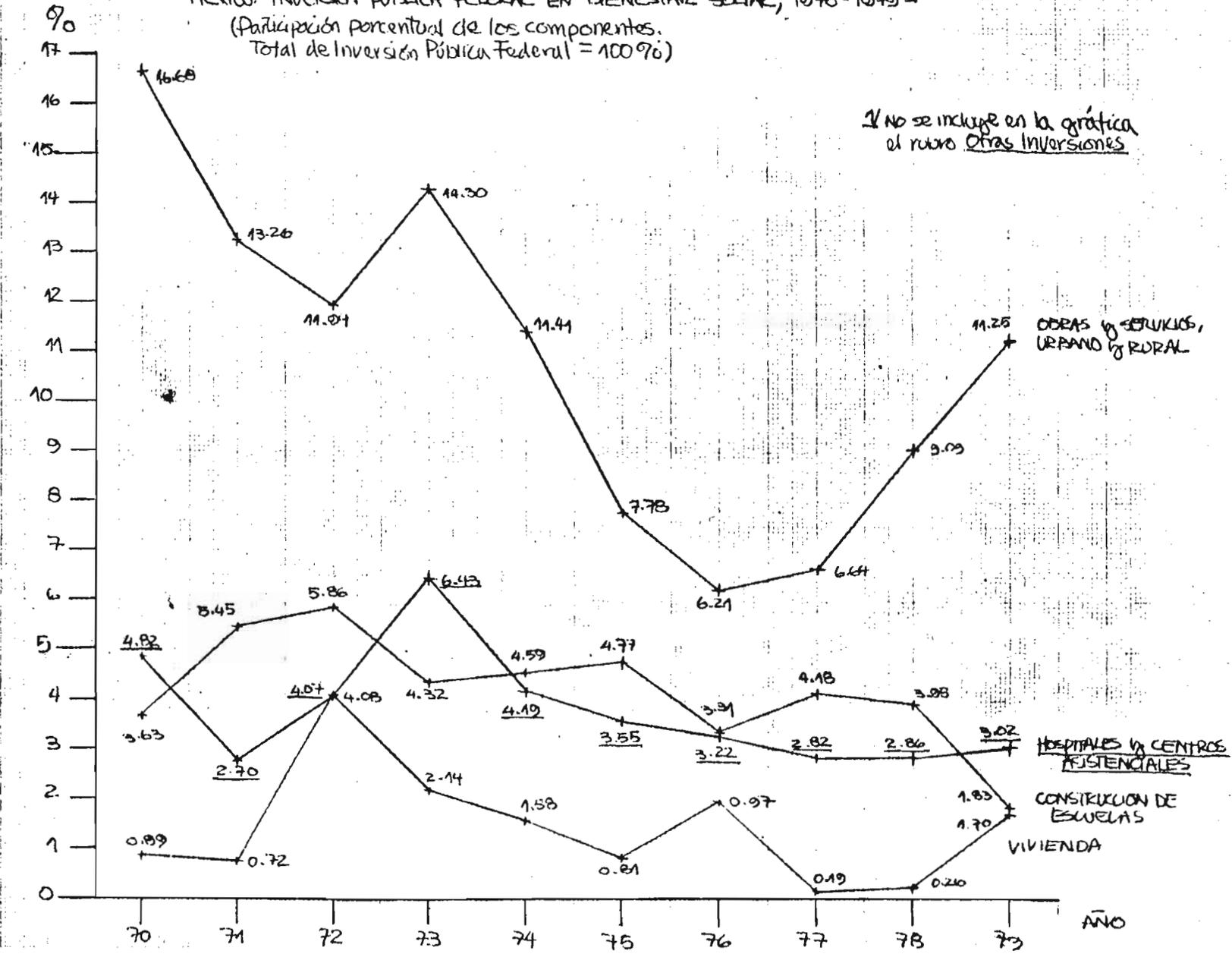
GRAFICA DEL CUADRO 7. (A)

MEXICO. INVERSION PUBLICA FEDERAL EN BIENESTAR SOCIAL, 1970 - 1979
 (Participación porcentual en el total de Inversión Pública Federal)



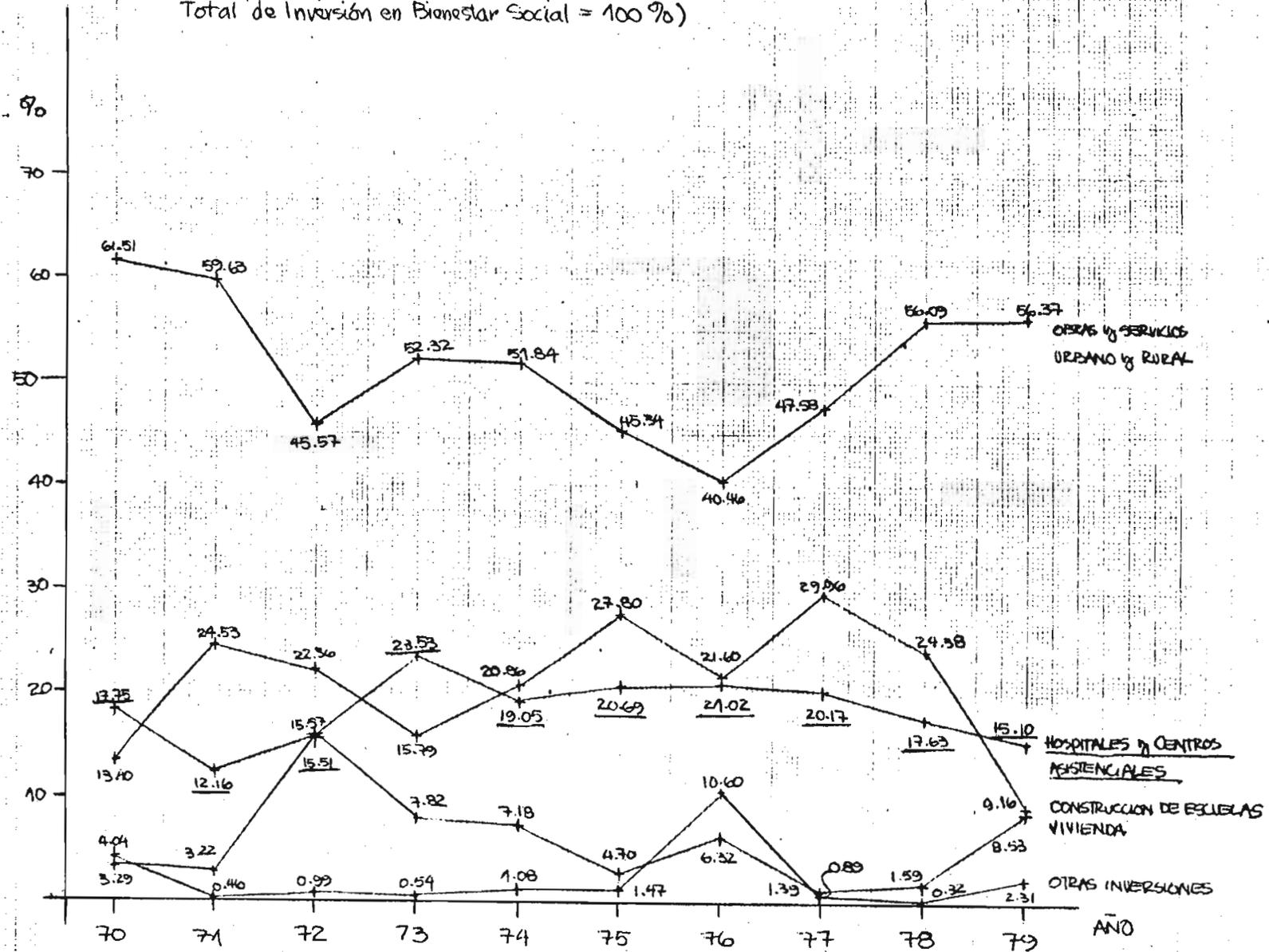
GRAFICA 2 EL 100 7

MEXICO. INVERSION PUBLICA FEDERAL EN BIENESTAR SOCIAL, 1970-1979
 (Participación porcentual de los componentes.
 Total de Inversión Pública Federal = 100%)



GRAFICA (C) DEL CUADRO 7

MEXICO. INVERSION PUBLICA FEDERAL EN BIENESTAR SOCIAL, 1970 - 1979
 (Participación porcentual de los componentes.
 Total de Inversión en Bienestar Social = 100 %)



Si pensamos en los planteamientos monetaristas que proponen la contracción de la economía como vía para salvar situaciones económicas conflictivas, el gasto en Desarrollo Social se nos presenta como no productivo, generador de presiones inflacionarias y, por lo tanto, indeseable.^{25/}

Por otra parte, atendiendo a planteamientos de promoción económica, subsiste en términos de jerarquías la prioridad del Sector Desarrollo Económico mismo que puede ser impulsado por incrementos de la demanda a través de ampliar el gasto de Desarrollo Social. Vemos pues que aparece el gasto en este último sector como factor de progreso del Sector Desarrollo Económico, esto es, subordinado.

2.2. La Atención a la Salud

Considerando el comportamiento de la participación del Gasto en Salud en el Gasto del Sector Desarrollo Social ^{26/}, se distinguen dos períodos. El primero, 1971-1976 en donde se presenta una tendencia a la baja, y el segundo de 1977 a 1979 en donde se establece un nivel de participación en mucho mayor al observado en el primer período.

Así, de una participación promedio de 49.5% en el primer período, ésta alcanza en el segundo un 87.8% .

La modalidad que asume el Gasto en Salud en el período 1971-1976, se caracteriza por privilegiar la disminución relativa del gasto corriente que se traducirá en un productivismo en la atención a la salud, y en el gasto de inversión, la ampliación de instalaciones en las unidades médicas, que implica una concentración de la infraestructura para la atención a la salud. Visto así, los avances en la atención a la salud adquieren un matiz de ineficiencia.

En el período 1977-1979 se da una ampliación de gasto corriente y, fundamentalmente, del gasto de inversión. Aunque hay un fuerte impulso a las unidades médicas, persiste la concentración de instalaciones en las unidades médicas lo que refuerza la ineficiencia por falta de ampliación efectiva de cobertura.

Lo anterior, en cuanto a situación nacional, está sujeto a observaciones que diferencian el comportamiento entre la Salud Pública y la Seguridad Social. ^{27/}

CUADRO 8.

MÉXICO. PARTICIPACION DEL GASTO EN SALUD EN EL GASTO DEL SECTOR PUBLICO EJERCIDO EN EL SECTOR DESARROLLO SOCIAL , 1970-1979.
Participación Porcentual del gasto en Salud, Publica y Seguridad Social, Total y por Instituciones.

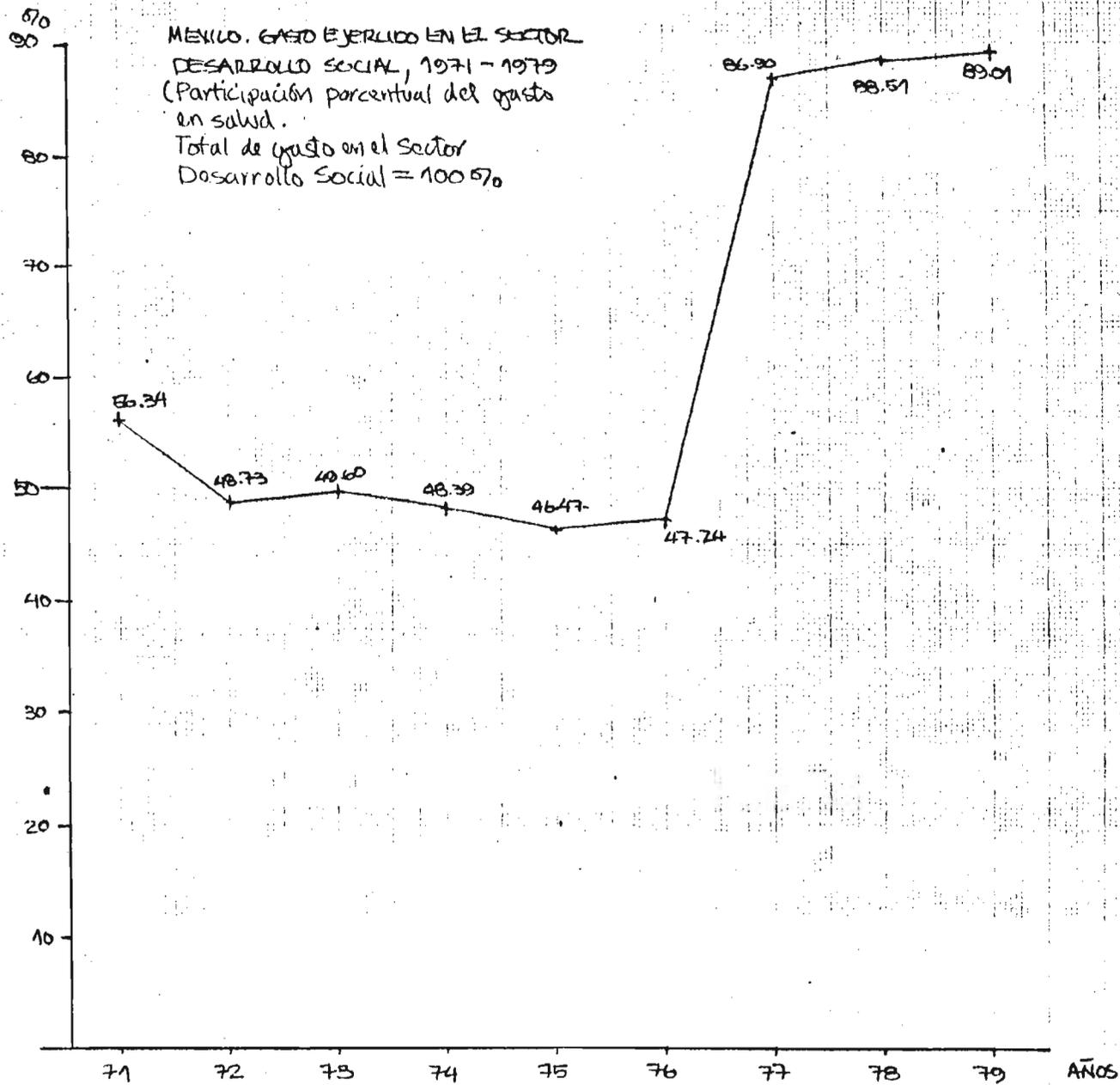
	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
TOTAL DE GASTO EN EL SECTOR.	30,022	37,837	44,674	64,132	85,241	113,722	149,952	183,377	249,417
GASTO EN SALUD	46,915	18,437	22,158	31,033	39,610	53,720	130,315	162,308	221,999
% TOTAL	56.34	48.73	49.60	48.39	46.47	47.24	86.90	88.51	89.01
SSA.	1,701	2,543	3,164	3,892	5,088	6,237	61,761	77,562	102,955
% TOTAL	5.67	6.72	7.08	6.07	5.97	5.48	41.19	42.30	41.28
% SALUD	10.06	13.79	14.28	12.54	12.85	11.61	47.39	47.79	46.38
DIF	82	111	251	411	599	723	1,176	1,968	2,668
% TOTAL	0.27	0.29	0.56	0.64	0.70	0.64	0.78	1.07	1.07
% SALUD	0.48	0.60	1.13	1.32	1.51	1.35	0.90	1.21	1.20
TOTAL SALUD PUBLICA	1,783	2,654	3,415	4,303	5,687	6,960	62,937	79,530	105,623
% TOTAL	5.94	7.01	7.64	6.71	6.67	6.12	41.97	43.37	42.35
% SALUD	10.54	14.39	15.41	13.87	14.36	12.96	48.30	49.00	47.58
IMSS	11,656	12,582	15,005	21,989	28,584	35,271	49,597	56,684	74,857
% TOTAL	38.82	33.25	33.59	34.29	33.53	31.02	33.08	30.91	30.01
% SALUD	68.91	8.24	67.72	70.86	72.16	65.66	38.06	34.92	33.72
ISSSTE	3,476	3,191	3,738	4,741	5,339	11,489	17,781	26,094	41,519
% TOTAL	11.58	8.43	8.37	7.39	6.26	10.10	11.86	14.23	16.65
% SALUD	20.55	17.31	16.87	15.28	13.48	21.39	13.64	16.08	18.70
TOTAL SEGURIDAD SOCIAL	15,132	15,783	18,743	26,730	33,923	46,760	67,378	82,778	116,376
% TOTAL	50.40	41.71	41.96	41.68	39.80	41.12	44.93	45.14	46.66
% SALUD	89.46	85.61	84.59	86.13	85.64	87.04	51.70	51.00	52.42

31.

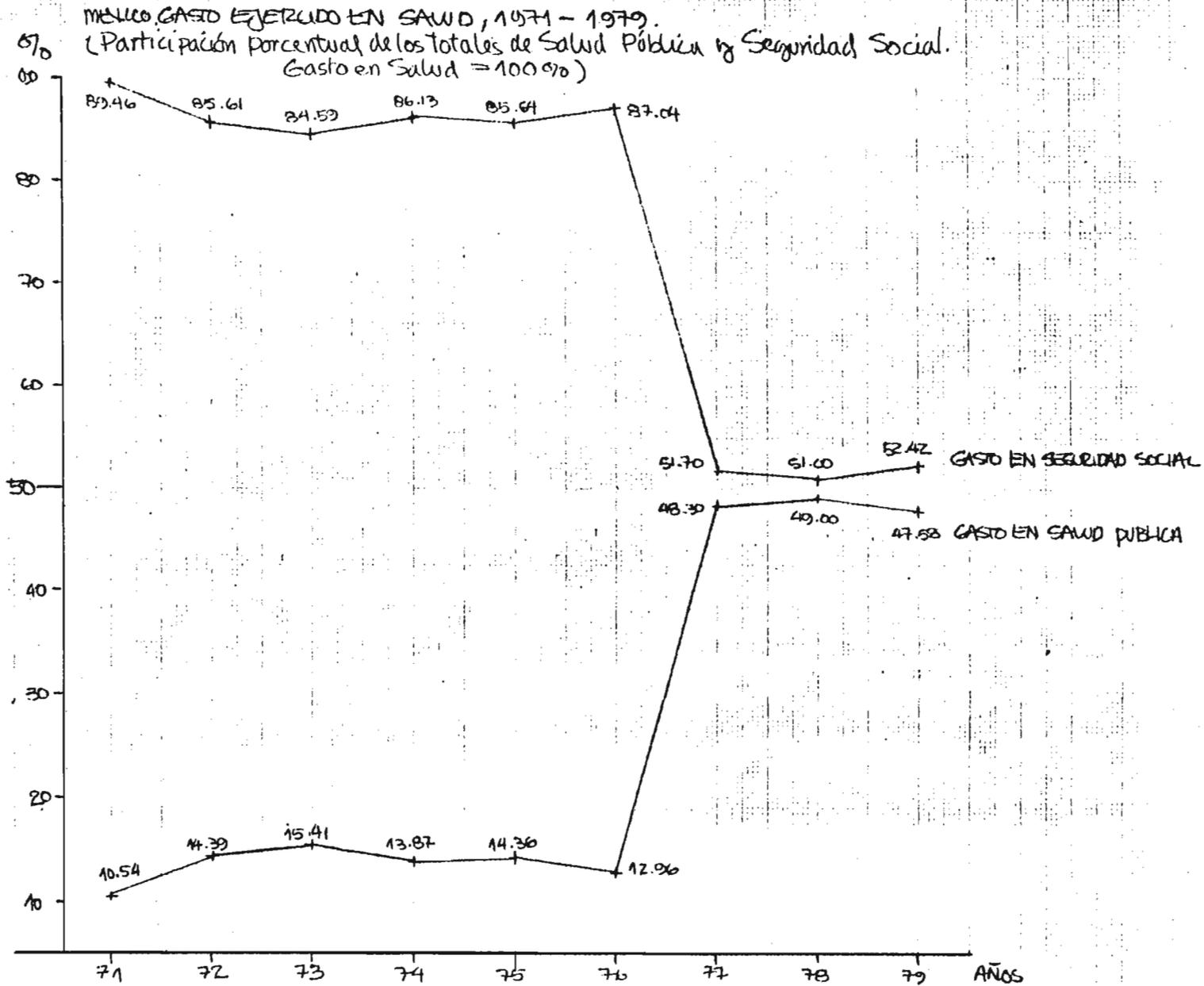
FUENTE: 4º INFORME DE GOBIERNO, ANEXO ESTADISTICO HISTORICO. PP. 110-111

Notas: Por "Gasto en Salud" entendemos la suma de los gastos de las cuatro instituciones consideradas, Respecto al DIF, se tomó como gasto el total de transferencias recibidas del Gobierno Federal. Para 1971-1976, se sumaron las tranferencias al INPI y a la IMAN.

GRAFICA (A) DEZ CUADROS B

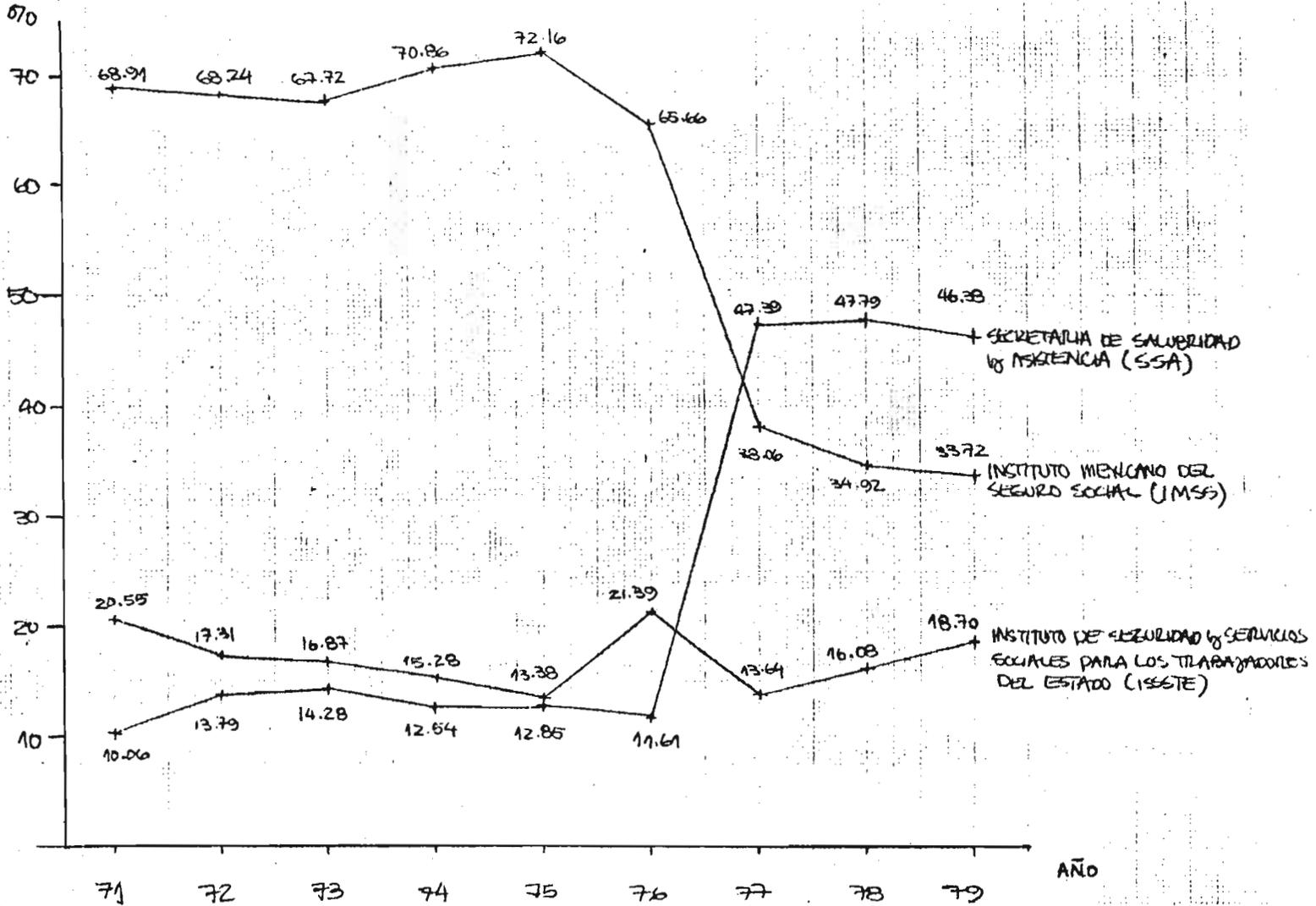


GRAFICA B DEL CUADRO 8



GRAFICA C DEL CUADRO 8.

MEXICO. GASTO EJERCIDO EN SALUD, 1971-1979.
 (Participación porcentual del gasto de las instituciones.
 Gasto en Salud = 100%)



CUADRO 9 .

MEXICO. INVERSION PUBLICA FEDERAL EN BIENESTAR SOCIAL, 1971-1979.
Participación Porcentual de la Inversión en Salud Pública y en Seguridad Social, Total y por Instituciones.

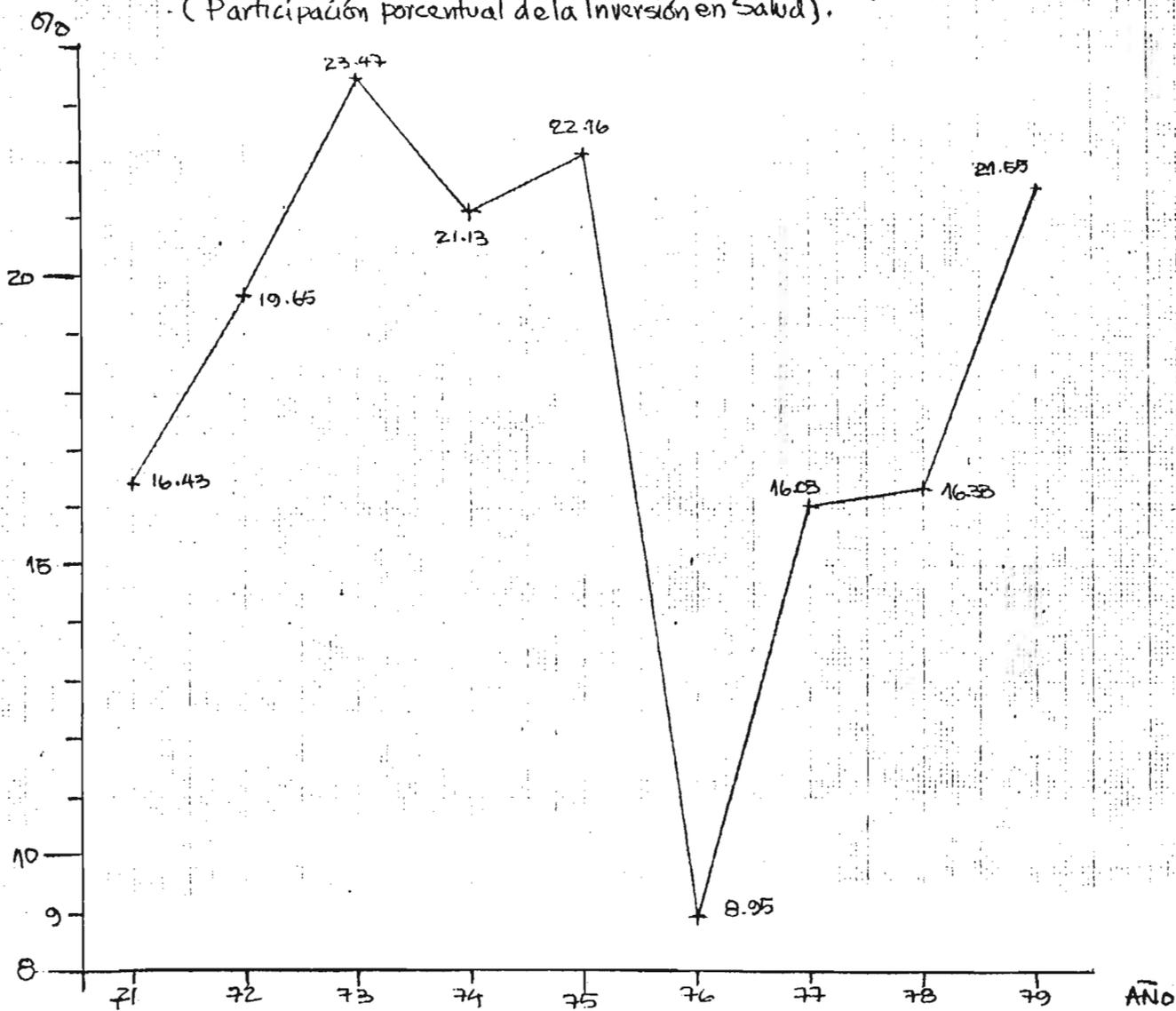
	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
TOTAL DE INVERSION EN EL SECTOR	5,014.6	9,099.6	13,923.9	14,491.6	16,554.6	16,821.7	19,604.5	35,304.6	62,074.2
INVERSION EN SALUD	823.90	1,787.9	3,268.4	3,062.7	3,668.1	1,505.8	3,141.8	5,766.2	13,379.5
% TOTAL	16.43	19.65	23.47	21.13	22.16	8.95	16.03	16.33	21.55
SSA	242.1	398.9	930.4	867.7	906.2	838.5	226.9	1,622.4	2,220.2
% TOTAL	4.83	4.38	6.68	5.99	5.47	4.98	1.16	4.60	3.58
% SALUD	29.38	22.31	28.47	28.33	24.70	55.68	7.22	28.14	16.59
DIF	16.0	61.0	63.0	74.0	96.0	139.0	217.0	270.0	439.0
% TOTAL	0.32	0.67	0.45	0.51	0.58	0.83	1.11	0.76	0.71
% SALUD	1.94	3.41	1.93	2.42	2.62	9.23	6.91	4.68	3.28
TOTAL SALUD PUBLICA	258.10	459.90	993.40	941.70	1,002.2	977.50	443.9	1,892.4	2,659.2
% TOTAL	5.15	5.05	7.13	6.50	6.05	5.81	2.26	5.36	4.28
% SALUD	31.33	25.72	30.39	30.75	27.32	64.92	14.13	32.82	19.88
IMSS	408.5	1,167.0	1,977.0	1,926.2	2,258.3	249.2	1,945.9	2,429.8	4,825.0
% TOTAL	8.15	12.82	14.20	13.29	13.64	1.48	9.93	6.88	7.77
% SALUD	49.58	65.27	60.49	62.89	61.57	16.55	61.94	42.14	36.06
ISSSTE	157.3	161.0	298.0	194.8	407.6	279.1	752.0	1,444.0	5,895.3
% TOTAL	3.14	1.77	2.14	1.34	2.46	1.66	3.84	4.09	9.50
% SALUD	19.09	9.00	9.12	6.36	11.11	18.53	23.94	25.04	44.06
TOTAL SEGURIDAD SOCIAL	565.80	1,328.0	2,275.0	2,121.0	2,665.9	528.30	2,697.9	3,873.8	10,720.3
% TOTAL	11.28	14.59	16.34	14.64	16.10	3.14	13.76	10.97	17.27
% SALUD	68.67	74.28	69.61	69.25	72.68	35.08	85.87	67.18	80.12

FUENTE: 4º INFORME DE GOBIERNO, ANEXO ESTADISTICO HISTORICO. PP. 124,126-127,129-130,209 y ss.

Notas: Se consideró como gasto de inversión en el DIF las transferencias de Capital recibidas del gobierno federal.
La inversión agregada en Bienestar Social fue de 7,919.3 en 1970.

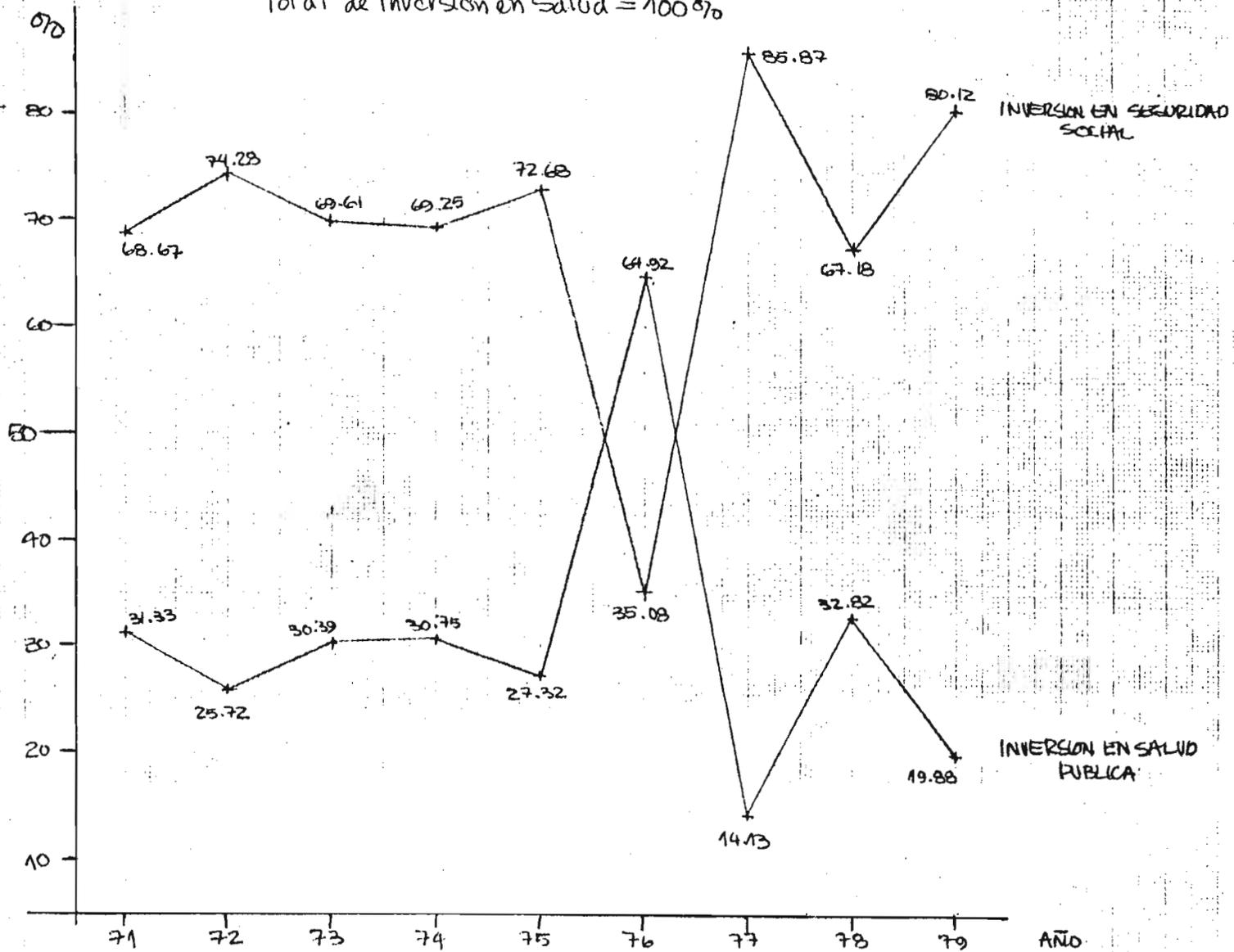
GRAFICA (A) DEL CUADRO 9

MEXICO. INVERSION EN EL SECTOR DESARROLLO SOCIAL, 1971-1979
(Participación porcentual de la Inversión en Salud).



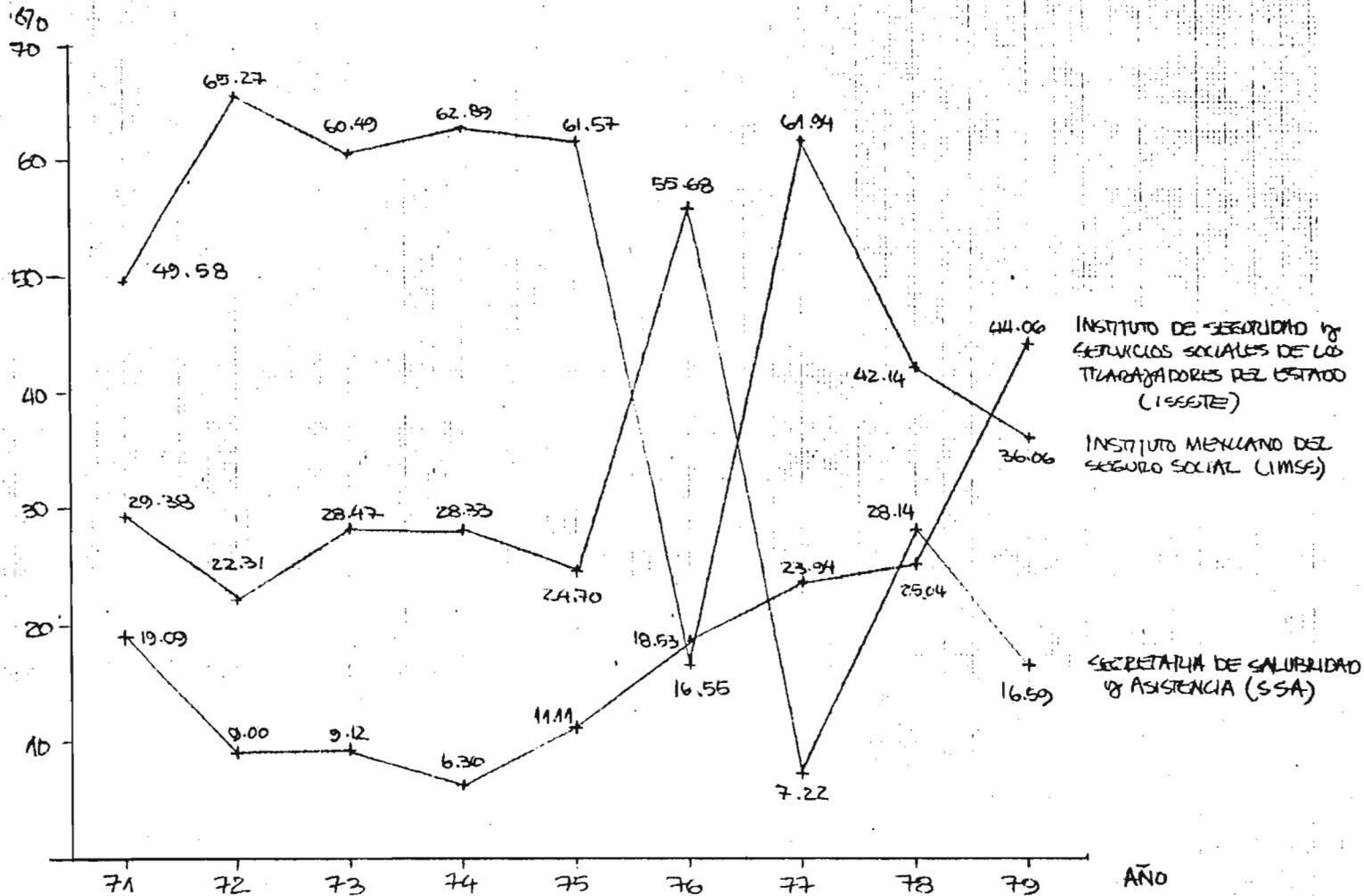
GRÁFICA DEL CUADRO 9

MEXICO. INVERSION EN EL SECTOR DESARROLLO SOCIAL, 1971 - 1979
 (Participación porcentual de los totales de Seguridad Social y Salud Pública.
 Total de Inversión en Salud = 100%)



(GRÁFICA C) DEL CUADRO 9

MEXICO. INVERSIÓN EN EL SECTOR DESARROLLO SOCIAL 1971-1979
 (Participación porcentual por instituciones.
 Total de Inversión en Salud = 100%)



CUADRO 10 .

MEXICO. GASTO EJERCIDO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL 1971-1979.
Participación Porcentual de la Inversión, Total y por Instituciones.

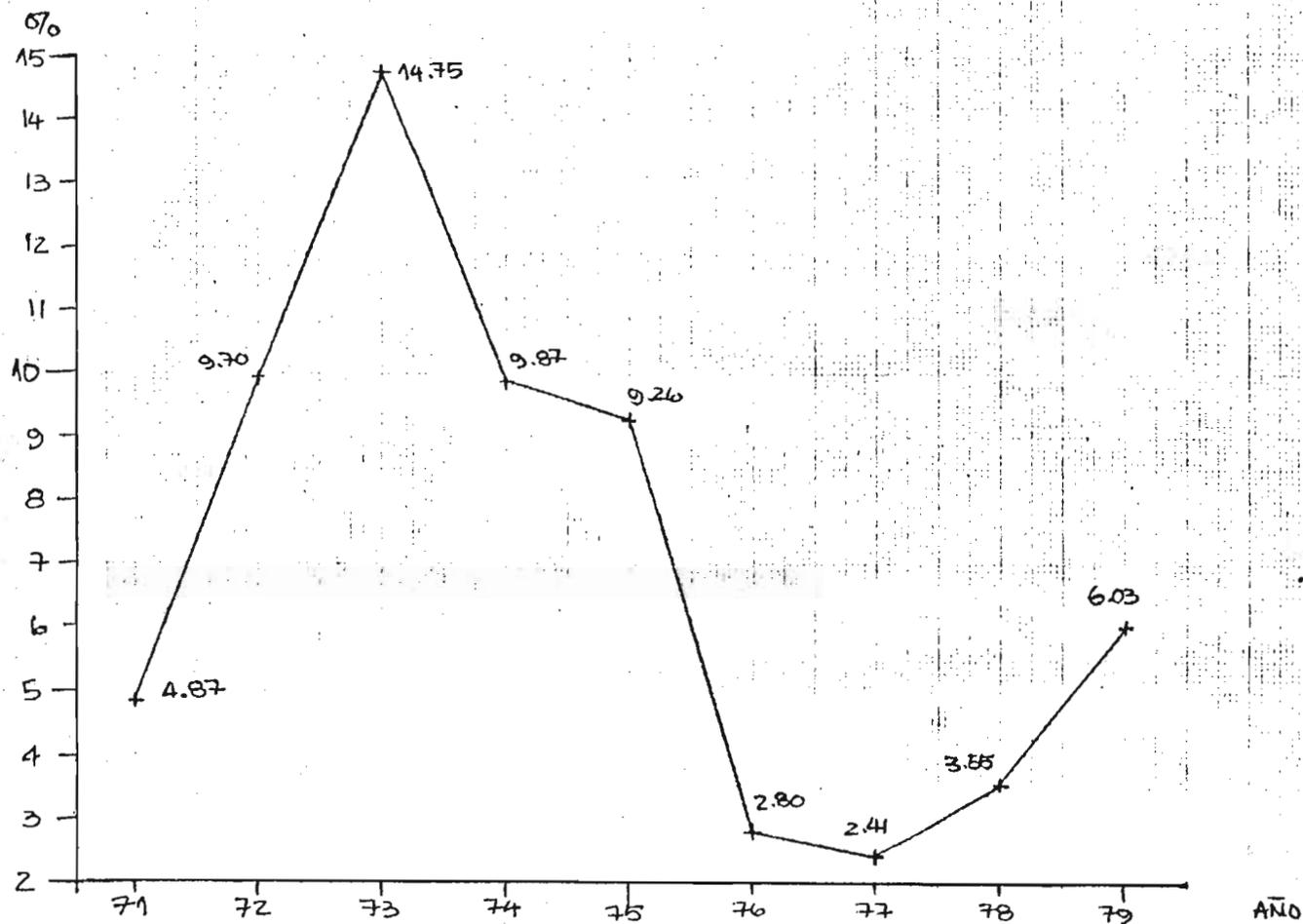
	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
TOTAL DE GASTO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	16,915	18,437	22,158	31,033	39,610	53,720	130,315	162,308	221,999
INVERSION EN SALUD Inversión (%)	823.90 4.87	1,787.9 9.70	3,268.4 14.75	3,062.7 9.87	3,668.1 9.26	1,505.8 2.80	3,141.8 2.41	5,766.2 3.55	13,379.5 6.03
SSA Gasto Inversión (%)	1,701 14.23	2,543 15.69	3,164 29.41	3,892 22.29	5,088 17.81	6,237 13.44	61,761 0.37	77,562 2.09	102,955 2.16
DIF Gasto Inversión (%)	82 19.51	111 54.95	251 25.10	411 18.00	599 16.03	723 19.23	1,176 18.45	1,968 13.72	2,668 16.45
Total Salud Pública Gasto Inversión (%)	1,783 14.48	2,654 17.33	3,415 29.09	4,303 21.88	5,687 17.62	6,960 14.04	62,937 0.71	79,530 2.38	105,623 2.52
IMSS Gasto Inversión (%)	11,656 3.50	12,582 9.28	15,005 13.18	21,989 8.76	28,584 7.90	35,271 0.71	49,597 3.92	56,684 4.29	74,857 6.45
ISSSTE Gasto Inversión (%)	3,476 4.53	3,191 5.05	3,738 7.97	4,741 4.11	5,339 7.63	11,489 2.43	17,781 4.23	26,094 5.53	41,519 14.20
Total Seguridad Social Gasto Inversión (%)	15,132 3.74	15,783 8.41	18,743 12.14	26,730 7.93	33,923 7.86	46,760 1.13	67,378 4.00	82,778 4.68	116,376 9.21

39.

FUENTE: Cuadros 7 y 8

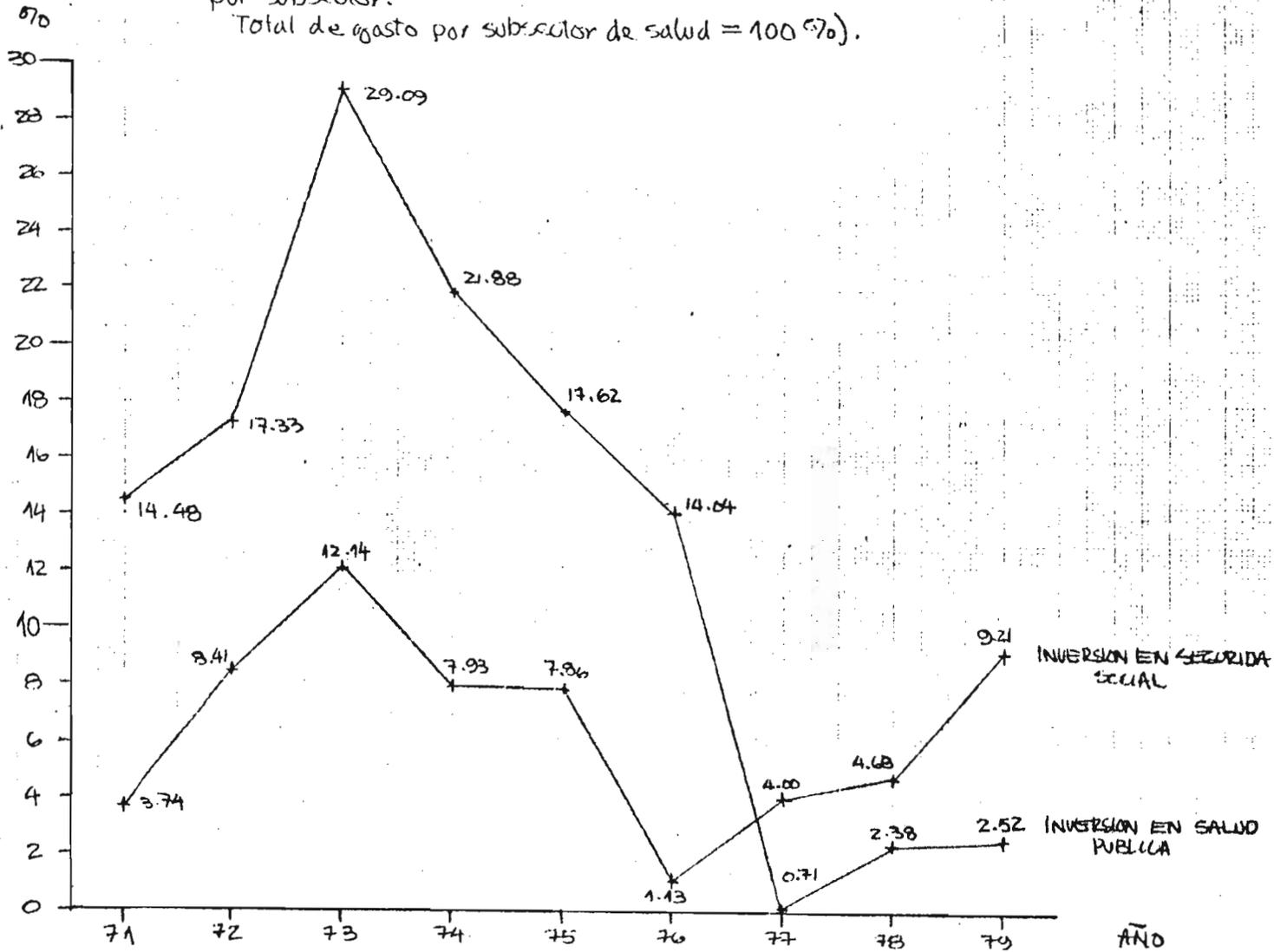
GRAFICA (A) DEL CAPITULO 10

MEXICO. GASTO EJERUIDO EN SALUD y SEGURIDAD SOCIAL, 1971-1979
(Participación porcentual del gasto de inversión en el gasto total).

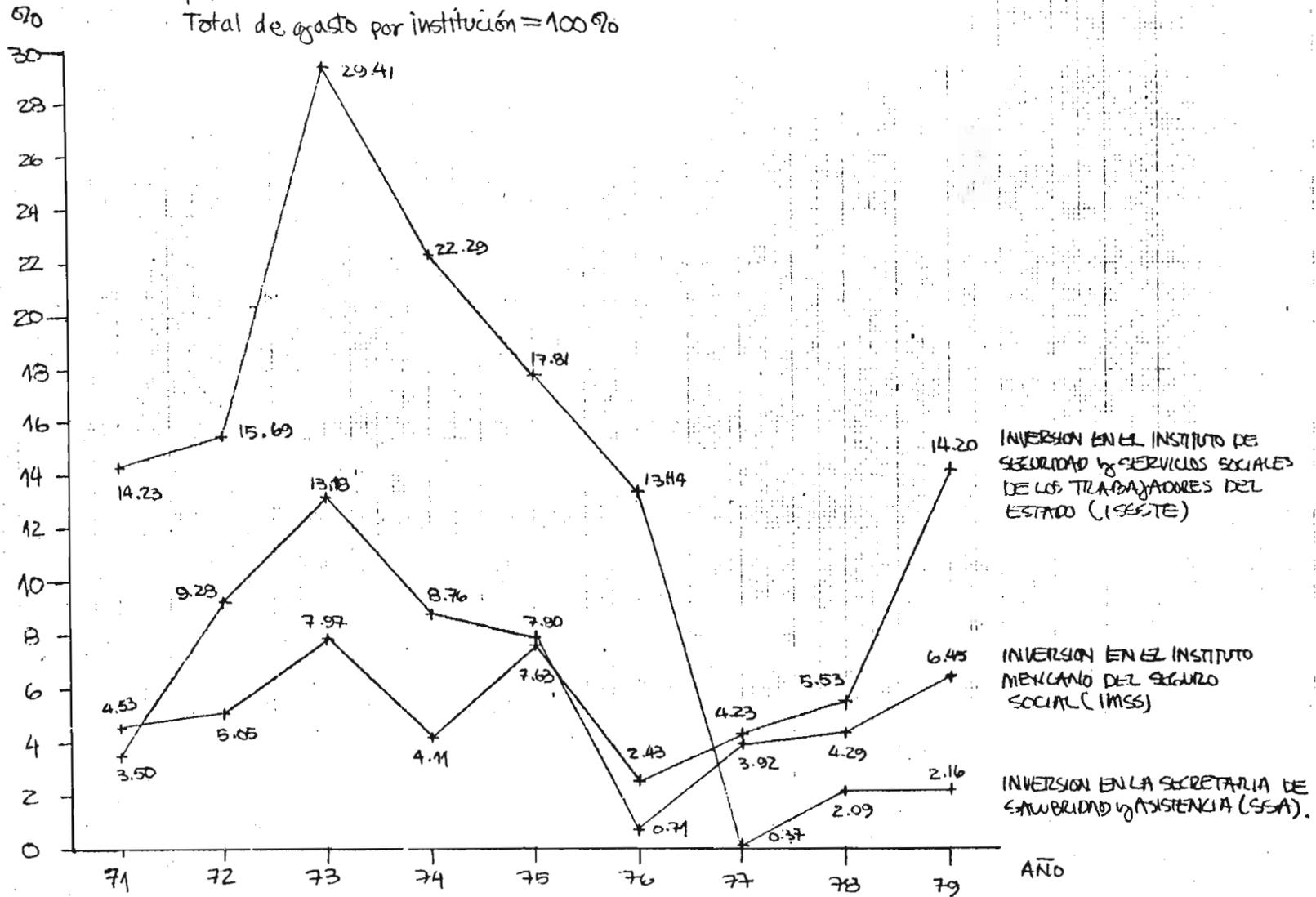


(GRAFICA 10) DEL CUADRO 10.

MEXICO. GASTO EJERUIDO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, 1971-1979.
(Participación porcentual del gasto de inversión en el gasto total por subsector.
Total de gasto por subsector de salud = 100 %).



MEXICO. GASTO EJERCIDO EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, 1971-1979.
 (Participación porcentual del gasto de inversión en el gasto total por institución.
 Total de gasto por institución = 100%)



Así, el importante cambio de nivel de participación del Gasto en Salud en el Gasto en el Sector Desarrollo Social implicó, asimismo, una recomposición de la participación de los dos elementos mencionados. Por una parte, el Gasto en Seguridad Social, que en el período 1971-1976 tuvo una participación promedio en el Gasto en Salud de 86.41%, en el período 1977-1979 descendió este promedio a 51.71%. Por su parte, la Salud Pública que tuvo una participación promedio de 13.59% en el Gasto en Salud, para el período 1977-1979 eleva su participación promedio a un 48.29%.

Estos cambios de política de atención a la salud, aunque la seguridad social continúa teniendo una participación mayoritaria como proporción del Gasto en Salud, indican que se revierte la política del período 1971-1976, que se orientaba fundamentalmente hacia la atención en la Seguridad Social, hacia un modelo en el que se pondera más ampliamente la Salud Pública.

De la misma manera que encontramos diferencias entre el comportamiento de la Seguridad Social y de la Salud Pública, al interior de la primera también se constatan diferencias. Así, el Gasto del IMSS como proporción del Gasto en Salud disminuye notoriamente entre los períodos 1971-1976 y 1977-1979 lo cual explica fundamentalmente, considerando la elevación también notoria de la participación de la SSA en el segundo período, el cambio de política.

Ahora bien, si en el período 1977-1979 se revierte la participación de la Salud Pública y la Seguridad Social en cuanto a su participación en el Gasto en Salud en términos de la Inversión, la correspondiente a Seguridad Social, en el período 1977-1979, continúa siendo mayor en cuanto a proporción de la Inversión en Salud, que la ejercida en Salud Pública. Solamente en 1976, ésta última supera a la de Seguridad Social.

A partir de lo anterior podemos decir que el incremento de la participación del Gasto en Salud Pública, en particular de la SSA, como proporción al Gasto en Salud atendió a una ampliación fundamentalmente del gasto corriente.

Asimismo, el principal componente de la Inversión en Seguridad Social es el IMSS cuyo Gasto de Inversión explica el comportamiento agregado de la Inversión

en Seguridad Social excepto en 1978-1979 en que el alza de la participación de ésta última en la Inversión en salud es explicada por el alza de la participación de la Inversión del ISSSTE.

Para concluir con el análisis del Gasto en Salud, revisaremos el papel de la Inversión respecto al gasto total en Salud

El comportamiento de la Inversión en Salud y Seguridad Social respecto a su gasto total muestra dos períodos significativos. El primero, 1971-1973 de aumento importante que significa un incremento efectivo de la infraestructura; el segundo, 1973-1977, con una tendencia a la baja particularmente pronunciada en los años de 1974 y 1976.

Las implicaciones de este descenso son diferenciales. Para 1974 significó una reducción de gasto en unidades médicas tanto como en instalaciones en éstas; en 1975 y 1976 implicó una reducción del gasto en instalaciones en las unidades médicas y en 1977 del gasto en unidades médicas alcanzando la Inversión su nivel más bajo este año en cuanto a su participación en el gasto en Salud y Seguridad Social. La tercera fase va de 1977 a 1979 en la que se da un aumento de la participación y que claramente obedece a gasto de inversión en instalaciones en las unidades médicas.

El aumento de la importancia relativa las instalaciones en las unidades médicas se constata igualmente en la inversión en Salud y Seguridad Social e implica una importante diferencia de criterios en cuanto a la cobertura de atención.^{28/} Podemos decir que la política de inversión fue mas adecuada en el período 1971-1976 en la medida en que es el aumento de unidades médicas lo que realmente posibilita la ampliación de cobertura, toda vez que se "acerca" la atención a la población, mientras que en el período 1977-1979 aumentaron las instalaciones en las unidades médicas lo cual, como concentración de recursos en unidades ya existentes aunque efectivamente puede traducirse en un aumento de servicios prestados, no amplía la cobertura de manera tan eficiente como la anterior.

Vinculado a la Inversión en Salud, el cuadro nacional de la suficiencia de la infraestructura es el siguiente : entre 1971 y 1976, las unidades médicas aumentaron en un 8.37%; las instalaciones en las unidades médicas, 26.51%, y la población nacional, 16.96%. Para 1979, las unidades médicas, respecto a 1971, mostraban un aumento de 22.74%; las instalaciones en las unidades médicas, 35.23%, y la población, 28.48%.

CUADRO 11.
MEXICO. CONCENTRACION Y AMPLIACION DE LA INFRAESTRUCTURA
PARA LA ATENCION A LA SALUD, 1971-1979.

INCREMENTO DE UNIDADES MEDICAS VERSUS

AÑO	INCREMENTO DE				
	CAMITS HOSPITALARIOS	CONSULTORIOS	QUIRÓFANOS	SALAS DE EMERGENCIA	TOTAL DE INSTALACIONES
1971	□	□	□	□	□
1972	●	●	●	○	●
1973	○	○	●	○	○
1974	○	○	●	○	○
1975	○	○	●	●	○
1976	○	○	●	●	○
1977	○	○	●	●	○
1978	○	○	●	●	○
1979	●	○	●	●	○

□ Dado que se compararon índices en el año base son iguales.

○ CONCENTRACION: - Refiere a que el incremento de instalaciones en las unidades médicas fue mayor y por tanto en unidades médicas existentes

● AMPLIACION: - Refiere a que el incremento de unidades médicas fue mayor que el de la instalación en cuestión

CUADRO 12.

MEXICO. UNIDADES MEDICAS EN SERVICIO, 1970-1979. 1/

AÑO 1	INSTITUCIONES											
	IMSS 2/ ABSOLUTO	I _{70,i}	IMSS 3/ ABSOLUTO	I _{70,i}	ISSSTE ABSOLUTO	I _{70,i}	SSA ABSOLUTO	I _{70,i}	TOTAL 4/ ABSOLUTO	I _{70,i}	TOTAL 5/ ABSOLUTO	I _{70,i}
70	937	100	732	100	742	100			1,679		1,474	
71	944	100.75	738	100.32	774	104.31	3,101	100	4,819	100	4,613	100
72	992	105.87	763	104.23	821	110.66	3,146	101.45	4,959	102.91	4,730	102.54
73	994	106.08	762	104.10	869	117.12	3,306	106.61	5,159	107.26	4,937	107.02
74	1,028	109.71	794	108.47	962	129.65	3,294	106.22	5,284	109.65	5,050	109.47
75	1,058	112.91	805	109.97	993	133.83	3,104	100.10	5,155	106.97	4,902	106.26
76	1,082	115.47	817	111.61	1,043	140.57	3,139	101.23	5,264	109.23	4,999	108.37
77	1,112	118.68	825	112.70	1,076	145.01	3,189	102.84	5,377	111.58	5,090	110.34
78	1,450	154.75	834	113.93	1,089	146.77	4,162	134.21	6,701	139.05	6,085	131.91
79	1,469	156.78	848	115.85	1,085	146.23	3,729	120.25	6,283	130.38	5,662	122.74

NOTAS:

1/ Incluye todos los tipos de unidades medicas de las instituciones, que se detallan en los cuadros 13,18 y 23.

2/ Incluye todos los tipos de unidades medicas.

3/ Excluye aquellas unidades medicas correspondientes al ámbito rural

4/ Incluye los datos del IMSS de su primera columna.

5/ Incluye los datos del IMSS de su segunda columna.

FUENTE: Cuadros 13,18 y 23.

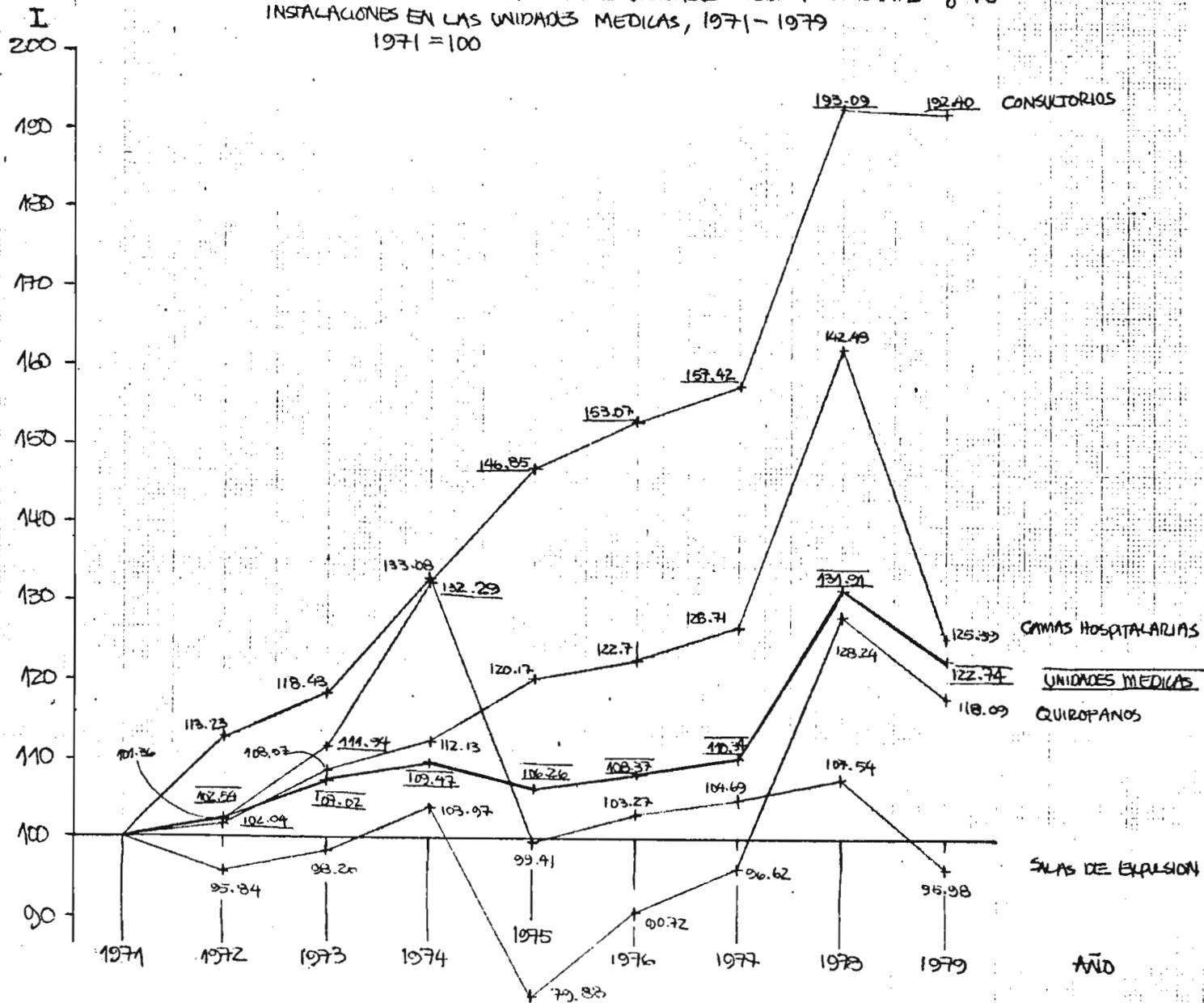
CUADRO 13.

INSTALACIONES EN LAS UNIDADES MEDICAS, 1970-1979.

Resumen de totales.

AÑO i	INSTALACIONES									
	CAMAS HOSPITAL. ABSOLUTO		CONSULTORIOS ABSOLUTO		QUIROFANOS ABSOLUTO		SALAS EXPULSION ABSOLUTO		TOTAL ABSOLUTO	
		I _{71,i}		I _{71,i}		I _{71,i}		I _{71,i}		I _{71,i}
70										
71	45,511	100	8,960	100	1,034	100	1,194	100	56,699	100
72	46,130	101.36	9,143	102.04	991	95.84	1,352	113.23	57,616	101.62
73	49,410	108.57	10,030	111.94	1,016	98.26	1,414	118.43	61,870	109.12
74	51,030	112.13	11,853	132.29	1,075	103.97	1,589	133.08	65,547	115.61
75	54,692	120.17	13,158	146.85	826	79.88	1,187	99.41	69,863	123.22
76	55,845	122.71	13,715	153.07	938	90.72	1,233	103.27	71,731	126.51
77	57,669	126.71	14,105	157.42	999	96.62	1,250	104.69	74,023	130.55
78	64,844	142.48	17,301	193.09	1,326	128.24	1,284	107.54	84,755	149.48
79	57,066	125.39	17,239	192.40	1,221	118.09	1,146	95.98	76,672	135.23

MEXICO. INDICES DE CRECIMIENTO DE LAS UNIDADES MEDICAS URBANAS Y DE INSTALACIONES EN LAS UNIDADES MEDICAS, 1971-1979
1971 = 100



CUADRO 14.

INSTALACIONES EN LAS UNIDADES MEDICAS, 1970-1979.

Camas Hospitalarias.

AÑO i	INSTITUCIONES							
	IMSS ABSOLUTO	I _{71,i}	ISSSTE ABSOLUTO	I _{71,i}	SSA ABSOLUTO	I _{71,i}	TOTAL ABSOLUTO	I _{71,i}
70	15,261		2,066					
71	15,999	100	2,740	100	26,776	100	45,511	100
72	17,525	109.53	2,844	103.80	25,761	96.21	46,130	101.36
73	18,191	113.70	2,935	107.12	28,284	105.63	49,410	108.57
74	19,429	121.44	3,218	117.45	28,383	106.00	51,030	112.13
75	21,115	131.98	4,143	151.20	29,434	109.93	54,692	120.17
76	22,222	138.90	4,178	152.48	29,445	109.97	55,845	122.71
77	23,331	145.83	4,276	156.06	30,062	112.27	57,669	126.71
78	25,495	159.35	4,459	162.74	34,890	130.30	64,844	142.48
79	26,607	166.30	4,752	173.43	25,707	96.01	57,066	125.39

CUADRO 15.

INSTALACIONES EN LAS UNIDADES MEDICAS, 1970-1979.

Consultorios.

AÑO i	INSTITUCIONES							
	IMSS ABSOLUTO	I _{71,i}	ISSSTE ABSOLUTO	I _{71,i}	SSA ABSOLUTO	I _{71,i}	TOTAL ABSOLUTO	I _{71,i}
70	4,996		613					
71	5,004	100	653	100	3,303	100	8,960	100
72	5,422	108.35	682	104.44	3,039	92.01	9,143	102.04
73	5,759	115.09	731	111.94	3,540	107.18	10,030	111.94
74	6,205	124.00	1,989	304.59	3,659	110.78	11,853	132.29
75	6,734	134.57	2,019	309.19	4,405	133.36	13,158	146.85
76	7,231	144.50	2,032	311.18	4,452	134.79	13,715	153.07
77	7,374	147.36	2,099	321.44	4,632	140.24	14,105	157.42
78	7,733	154.54	2,099	321.44	7,469	226.13	17,301	193.09
79	8,265	165.17	1,911	292.65	7,063	213.84	17,239	192.40

CUADRO 16.

INSTALACIONES EN LAS UNIDADES MEDICAS, 1970-1979.

Quirofanos.

AÑO i	INSTITUCIONES							
	IMSS ABSOLUTO	I _{71,i}	ISSSTE ABSOLUTO	I _{71,i}	SSA ABSOLUTO	I _{71,i}	TOTAL ABSOLUTO	I _{71,i}
70	328		60					
71	375	100	73	100	586	100	1,034	100
72	402	107.20	78	106.85	511	87.20	991	95.84
73	391	104.27	84	115.07	541	92.32	1,016	98.26
74	422	112.53	90	123.29	563	96.08	1,075	103.97
75	469	125.07	96	131.51	261	44.54	826	79.88
76	492	131.20	120	164.38	326	55.63	938	90.72
77	525	140.00	103	141.10	371	63.31	999	96.62
78	556	148.27	110	150.68	660	112.63	1,326	128.24
79	589	157.07	121	165.75	511	87.20	1,221	118.09

CUADRO 17.

INSTALACIONES EN LAS UNIDADES MEDICAS, 1970-1979.

Salas de Expulsión.

AÑO i	INSTITUCIONES							
	IMSS ABSOLUTO	$I_{71,i}$	ISSSTE ABSOLUTO	$I_{71,i}$	SSA ABSOLUTO	$I_{71,i}$	TOTAL ABSOLUTO	$I_{71,i}$
70	318		31					
71	316	100	42	100	836	100	1,194	100
72	369	116.77	49	116.67	934	111.72	1,352	113.23
73	405	128.16	55	130.95	954	114.11	1,414	118.43
74	432	136.71	60	142.86	1,097	131.22	1,589	133.08
75	471	149.05	64	152.38	652	77.99	1,187	99.41
76	471	149.05	78	185.71	684	81.82	1,233	103.27
77	485	153.48	78	185.71	687	82.18	1,250	104.69
78	468	148.10	81	192.86	735	87.92	1,284	107.54
79	467	147.78	61	145.24	618	73.92	1,146	95.98

Como situación nacional, lo anterior refleja dos cosas importantes; primera, que la cobertura de la población por las unidades médicas no fue suficiente que, aunando el rezago preexistente, había de deterioro real en las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo y la segunda, que si bien se efectuaron ampliaciones en términos de las unidades médicas, se establecieron unidades complejas en la medida en que las instalaciones en las unidades médicas, por su incremento mayor sugieren que se amplió la capacidad de atención relativa en un menor número de instalaciones médicas. Esto es, operó una concentración de instalaciones en las unidades médicas.

Lo anterior, que constituye el panorama nacional, esta a su vez compuesto por elementos que muestran un comportamiento diferenciado entre los organismos productores de servicios de atención a la salud que evidencia, cada uno en su caso, las modalidades específicas que asume la atención a la salud en México, atendiendo diferencialmente a tres sectores de la población. Así, las unidades médicas del IMSS se incrementaron en un 11.61% en el período de 1971-1976; las instalaciones en las unidades médicas, un 40.23%, y su población derechohabiente, un 69.37%.

Para el año de 1979, las unidades médicas, respecto a 1971, se incrementaron un 15.85%; las instalaciones en las unidades médicas, un 65.64%, y la población derechohabiente un 114.39%. Por su parte el ISSSTE, en el período 1971-1976, incremento sus unidades médicas en un 40.57%; las instalaciones en las unidades médicas, un 82.67%, y su población derechohabiente, un 190.80%. Para el año de 1979, respecto a 1971, las unidades médicas mostraron un aumento del 46.23%; las instalaciones en las unidades médicas, un 95.13%, y la población derechohabiente un 263.51%.

Lo anterior nos demuestra que en la Seguridad Social, las principales concentraciones de instalaciones en las unidades médicas corresponden al IMSS mientras que el ISSSTE amplió sus unidades médicas. Asimismo, la ampliación de cobertura de población derechohabiente muestra que el ISSSTE fue quien amplió su cobertura de mayor manera que el IMSS. Lo que se traduce, dada la insuficiencia de la infraestructura, en generación de mayor insuficiencia y congestión en sus unidades médicas y por lo tanto, un mayor déficit en la atención de sus derechohabientes.

En lo que toca a la Salud Pública, la SSA, en el período 1971-1976, incrementó sus unidades médicas en un 1.23%; las instalaciones en las unidades médicas, un 10.81%, y su población objetivo en 1.03%. Para 1979, respecto a 1971, mostraba un incremento en unidades médicas de 20.25%; en las instalaciones en las unidades médicas, un 7.61% lo cual representa un descenso de 3.20% respecto a las instalaciones en 1976, y un incremento de su población objetivo de 2.69%.

Cabe señalar que durante el período 1971-1979, el incremento demográfico fue absorbido para su atención, por los organismos de Seguridad Social.^{29/} Así, de poco más de 52 millones de personas en 1971, la seguridad social cubría el 22.97% y la salud pública el 77.03% restante; en 1979 la seguridad social cubría el 38.43% y la salud pública, un 61.57%. La primera tuvo un incremento medio anual de 14.37% mientras que la salud pública de sólo 0.34%. De esta manera se descarta la explicación de insuficiencia en la atención de la salud pública por el volumen de la población por atender y el déficit prevalenciente exige otras explicaciones.

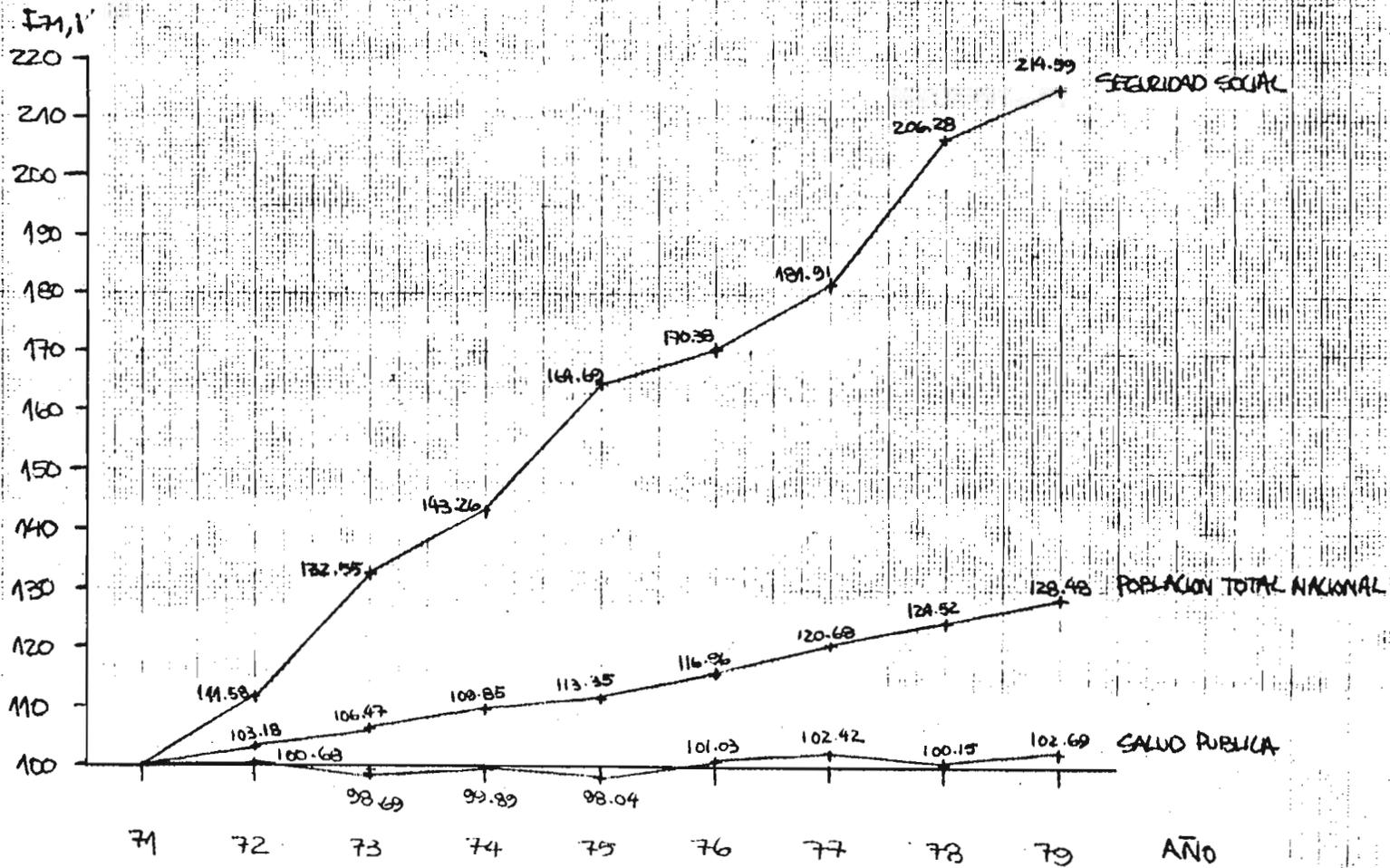
CUADRO 18.

MEXICO. COBERTURA DE LA POBLACION POR LAS INSTITUCIONES DE SALUD PUBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL, 1970-1979.

AÑO (1)	POBLACION TOTAL		CUBIERTA POR SSA (SALUD PUBLICA)		CUBIERTA POR IMSS		CUBIERTA POR ISSSTE		CUBIERTA POR SEGURIDAD SOCIAL	
	ABSOLUTO	I _{71,t}	ABSOLUTO	I _{71,t}	ABSOLUTO	I _{71,t}	ABSOLUTO	I _{71,t}	ABSOLUTO	I _{71,t}
70	50,694.6		39,574.6		9,772.5		1,347.5		11,120.0	
71	52,308.0	100	40,293.7	100	10,429.5	100	1,584.8	100	12,014.3	100
72	53,972.8	103.18	40,567.7	100.68	11,592.0	111.15	1,813.1	114.41	13,405.1	111.58
73	55,690.5	106.47	39,765.8	98.69	13,835.9	132.66	2,088.8	131.80	15,924.7	132.55
74	57,462.9	109.85	40,251.0	99.89	14,306.4	137.17	2,905.5	183.34	17,211.9	143.26
75	59,291.8	113.35	39,505.6	98.04	15,337.6	156.65	3,448.6	217.60	19,786.2	164.69
76	61,178.8	116.96	40,708.7	101.03	16,551.6	158.70	3,918.5	247.26	20,470.1	170.38
77	63,125.9	120.68	41,270.6	102.42	17,377.6	166.62	4,477.7	282.54	21,855.3	181.91
78	65,134.9	124.52	40,352.4	100.15	19,787.8	189.73	4,994.7	315.16	24,782.5	206.28
79	67,207.9	128.48	41,377.8	102.69	20,950.9	200.88	4,879.2	307.87	25,830.1	214.99

GRAFICA DEL CUADRO 18.

MEXICO. INDICES DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION TOTAL NACIONAL
y DE LA COBERTURA DE LA POBLACION POR SOBSECTORES
DE SALUD, 1971 - 1979.
1971 = 100



3. La Atención a la Salud en México

A partir del análisis del comportamiento de las series de datos respecto a los indicadores físicos y del anterior análisis del Gasto, hemos diferenciado a las políticas de infraestructura para la prestación de servicios de las políticas de atención, que, además de la infraestructura, involucran los servicios médicos prestados.

Así, abordaremos el análisis de cada una de las instituciones consideradas.

3.1 Instituto Mexicano del Seguro Social

a) Unidades médicas ^{30/}

En cuanto a los aspectos técnicos, vemos que se genera una descomposición del esquema de servicios y tránsitos al privilegiar las unidades especializadas en tercer nivel (hospitales de especialidades) y en segundo nivel (clínicas hospitalares T-1).

Del análisis, en cuanto a los aspectos sanitario-asistenciales podemos concluir que la ampliación de las unidades médicas apuntó en dos sentidos.

El primero y más importante sería el de crear infraestructura para atención especializada y el segundo, orientando a la atención de primer nivel; sin embargo, es clara la tendencia a privilegiar las unidades de especialidades, principalmente los hospitales de especialidades, así como a las clínicas hospitalares más especializadas.

Se hace patente que las unidades médicas su estructura y dinámica, en cuanto soportes materiales, han apoyado un modelo sanitario-asistencial que es en primer lugar tendiente a la especialización y en segundo lugar hospitalario. Así, los hospitales, como grandes talleres, son el puntal para un ejercicio médico que concibe la atención a la salud como "reparación" de los trabajadores.

La existencia de tal descomposición genera dos problemas. Por un lado, desde el punto de vista del tránsito de pacientes entre unidades médicas, hace que haya transferencia de las clínicas "A" y de las clínicas hospitalares T-3 hacia las clínicas hospitalares T-1 lo cual se traduce en su congestión y en argumento para su ampliación.

CUADRO 19.
MEXICO. IMSS. UNIDADES MEDICAS EN SERVICIO, 1970-1979.

ARO	TOTAL	SUB-TOTAL 1/		HOSPITAL ESPECIALIDADES		CH-T1	CH-T2	CH-T3	C-A	C-B	PUESTOS DE FABRICA.							
1970	937	100.00	732 100.00	100.00	14 1.91	100.00	53 7.24	100.00	34 4.64	100.00	194 26.50	100.00	29 3.96	100.00	204 27.87	100.00	204 27.87	100.00
1971	944	100.75 0.75	738 100.00	100.32 0.32	15 2.03	107.14 7.14	53 7.18	100.00 0.00	34 4.61	100.00 0.00	1.90 25.75	97.94 -2.06	32 4.34	110.34 10.34	213 28.86	104.41 4.41	201 27.24	98.53 -1.47
1972	992	105.87 5.12	763 100.00	104.23 3.91	18 2.36	128.57 21.43	60 7.86	113.21 13.21	40 5.24	117.65 17.65	200 26.21	103.09 5.15	33 4.33	113.79 3.45	209 27.39	102.45 -1.96	203 26.61	99.51 0.98
1973	994	106.08 0.21	762 100.00	104.10 -0.13	21 2.76	150.00 21.43	65 8.53	122.64 9.43	43 5.64	126.47 8.82	185 24.28	95.36 -7.76	26 3.41	89.66 -24.13	224 29.40	109.80 7.35	198 25.98	97.06 -2.45
1974	1,028	109.71 3.63	794 100.00	108.47 4.37	25 3.15	178.57 28.57	69 8.69	130.19 7.55	43 5.42	126.47 0.00	196 24.69	101.03 5.67	32 4.03	110.34 20.68	228 28.72	111.76 1.96	201 25.31	98.53 1.47
1975	1,058	112.91 3.20	805 100.00	109.97 1.50	28 3.48	200.00 21.43	72 8.94	135.85 5.66	46 5.71	135.29 8.82	193 23.98	99.48 -1.55	33 4.10	113.79 3.45	234 29.07	114.71 2.95	199 24.72	97.55 -0.98
1976	1,082	115.47 2.56	817 100.00	111.61 1.64	27 3.30	192.86 -7.14	75 9.18	141.51 5.66	48 5.88	141.18 8.82	196 23.99	101.03 1.55	36 4.41	124.14 10.35	242 29.62	118.63 3.92	193 23.62	94.61 -2.94
1977	1,112	118.68 3.21	825 100.00	112.70 1.09	26 3.15	185.71 -7.15	77 9.33	145.28 3.77	51 6.18	150.00 11.76	196 23.76	101.03 0.00	35 4.24	120.69 -3.45	247 29.94	121.08 2.45	193 23.39	94.61 0.00
1978	1,450	154.75 36.07	834 100.00	113.93 1.23	29 3.48	207.14 21.43	76 9.11	143.46 -1.88	55 6.59	161.76 0.00	199 23.86	102.58 1.55	36 4.32	124.14 3.45	255 30.58	125.00 3.92	184 22.06	90.20 -4.41
1979	1,469	156.78 2.03	848 100.00	115.87 1.92	31 3.66	221.43 14.29	78 9.20	147.17 3.77	55 6.49	161.76 0.00	198 23.35	102.06 -0.52	34 4.01	117.29 -6.90	260 30.66	127.45 2.45	192 22.64	94.12 3.92
Δ %		6.31		1.76		13.49		5.24		6.21		0.23		1.92		3.05		0.22

1/ Incluye las unidades del medio urbano solamente.

FUENTE: IMSS. Memoria Estadística 1979. p. 203.

2/	A	B
	C	D

A: Número absoluto de unidades

B: $I_{70, i}$

C: Participación porcentual en el total de unidades médicas en el año i.

D: $I_{70, i} - I_{70, i-1}$

CUADRO 19a.

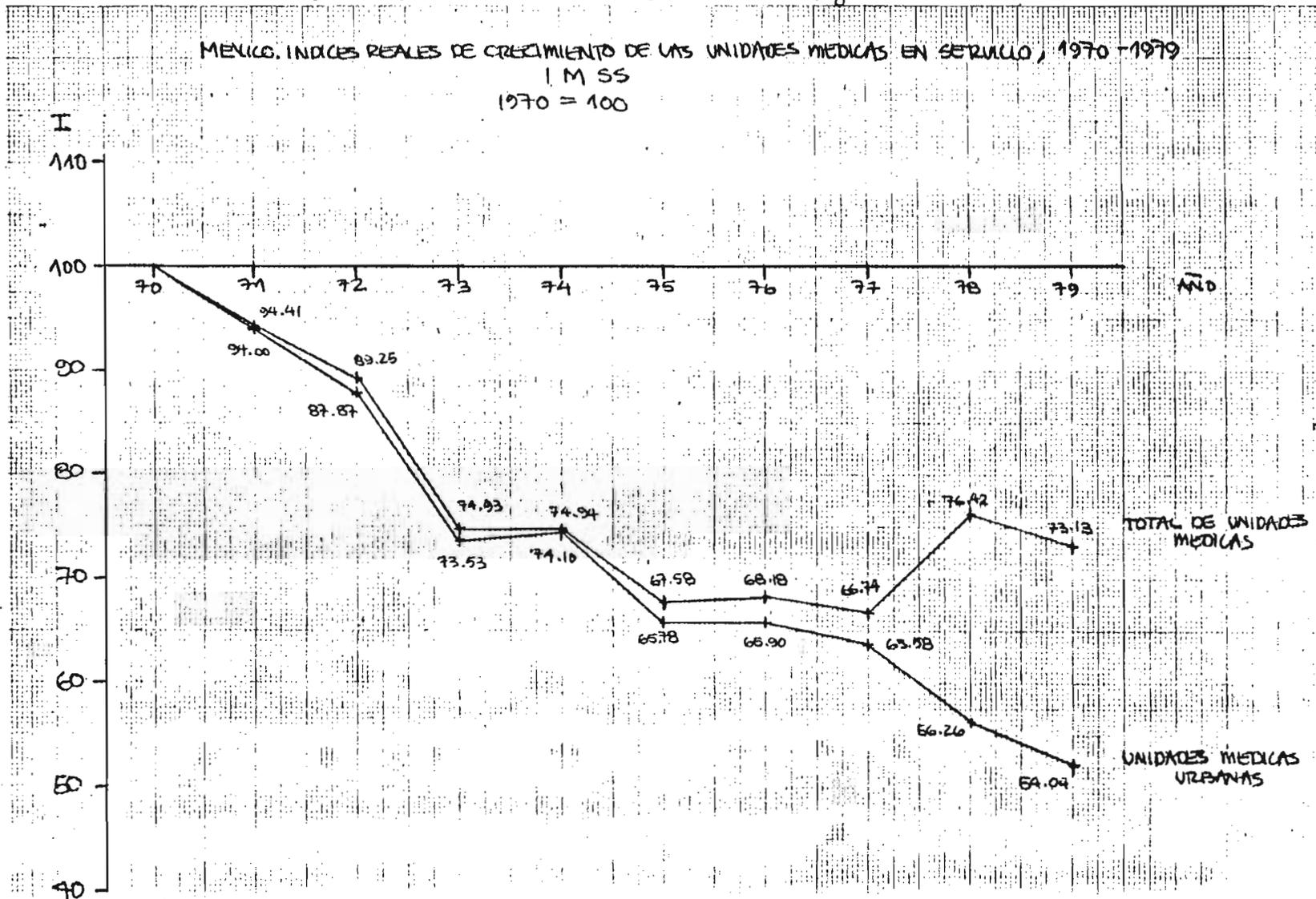
MEXICO. IMSS. UNIDADES MEDICAS EN SERVICIO, 1970-1979, INDICES REALES.

AÑO i.	TOTAL	SUB-TOTAL	HOSPITAL ESPECIAL	CH-T1	CH-T2	CH-T3	C-A	C-B	PUESTO DE FABRICA
1970	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
1971	94.41	94.00	100.39	93.70	93.70	91.77	103.39	97.84	95.12
1972	89.25	87.87	108.39	95.44	99.18	86.91	95.93	86.37	86.72
1973	74.93	73.53	105.95	86.62	89.33	67.35	63.33	77.55	77.65
1974	74.94	74.10	121.98	88.93	86.39	69.01	75.37	76.34	76.49
1975	67.54	65.78	119.63	81.26	80.92	59.50	68.06	68.61	70.71
1976	68.18	65.90	113.87	83.55	83.36	59.65	73.30	70.04	68.06
1977	66.74	63.58	104.44	81.70	84.35	56.82	67.87	68.09	64.85
1978	76.42	56.26	102.30	70.82	79.89	50.66	61.31	61.73	55.61
1979	73.13	54.04	103.28	68.65	75.45	47.60	54.69	59.45	53.77
\bar{x}	69.55	73.51	108.02	85.07	87.26	68.93	76.33	76.60	74.90

NOTA METODOLOGICA: Los índices reales son el cociente resultante de dividir el índice de crecimiento mostrado por el rubro respectivo entre el índice de crecimiento mostrado por la población. Se usaron los índices de la población derechohabiente excepto en "Puestos de Fábrica" que se utilizó la serie de índices de "Población Asegurada".

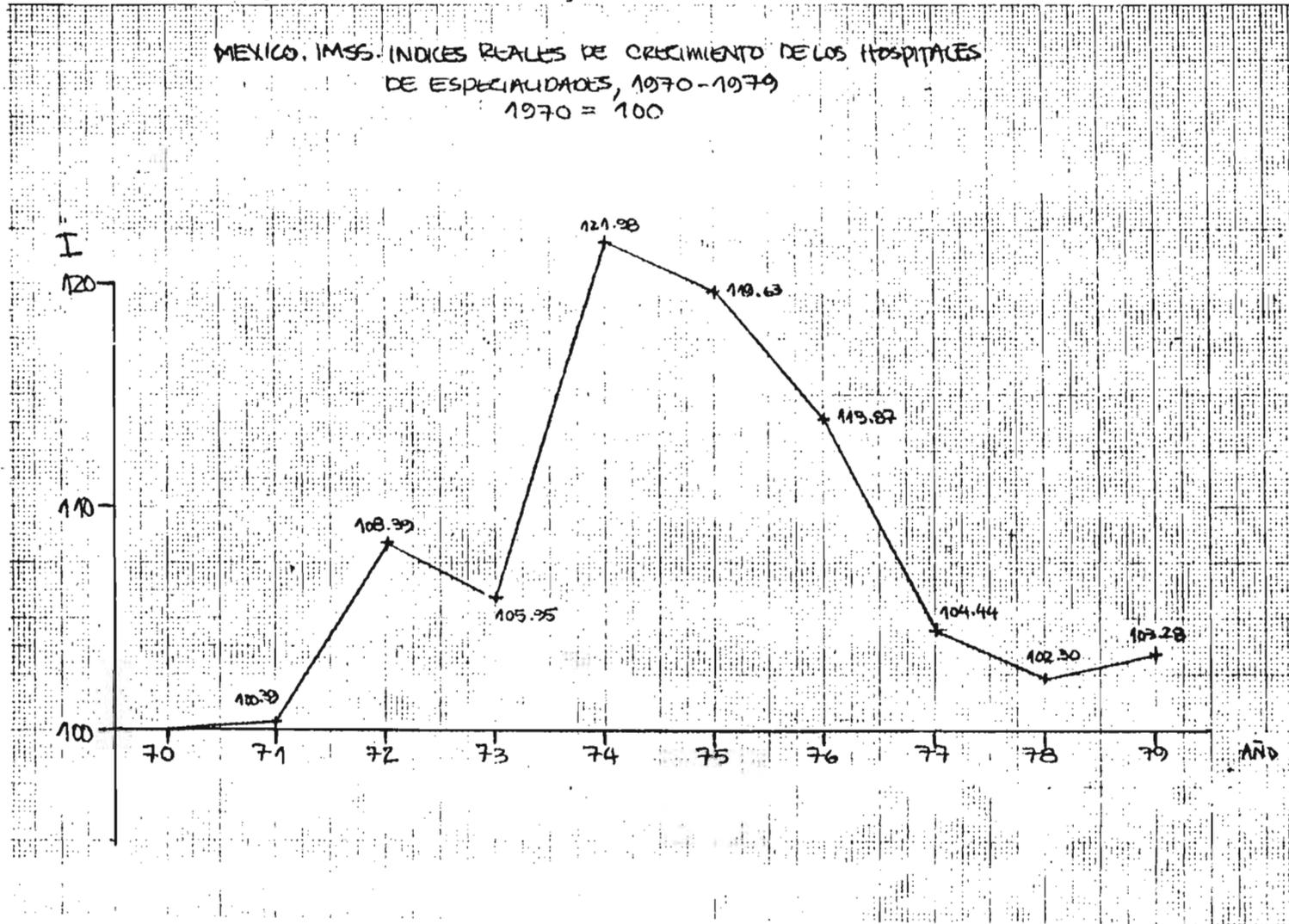
GRAFICA A DEL CUADRO 19 de Gols. 1 y 2.

MEXICO. INDICES REALES DE CRECIMIENTO DE LAS UNIDADES MEDICAS EN SERVICIO, 1970-1979
I M S S
1970 = 100



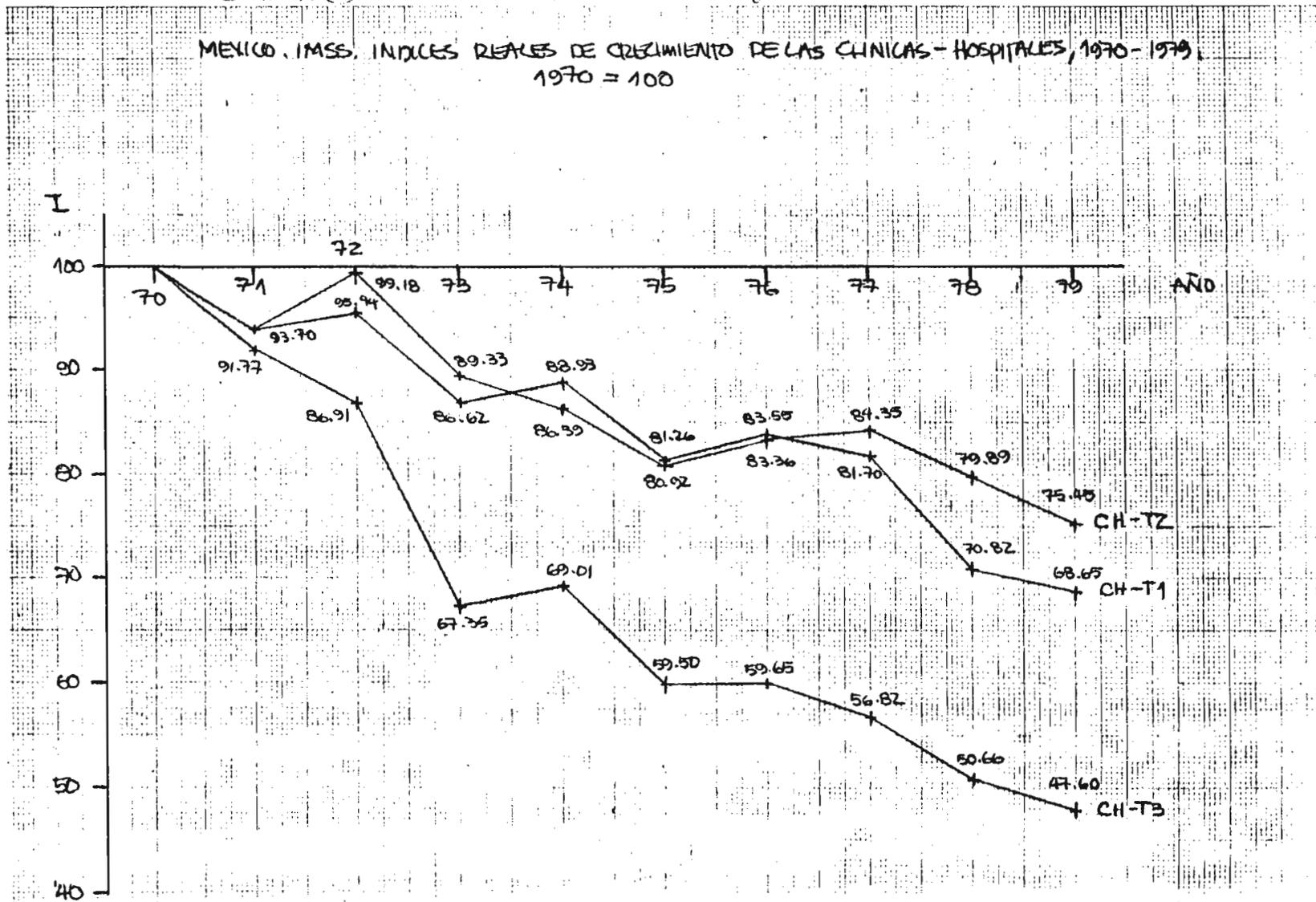
GRAFICA P. DEL CUADRO 19a. COL 3.

MEXICO. IMSS. INDICES REALES DE CRECIMIENTO DE LOS HOSPITALES
DE ESPECIALIDADES, 1970-1979
1970 = 100



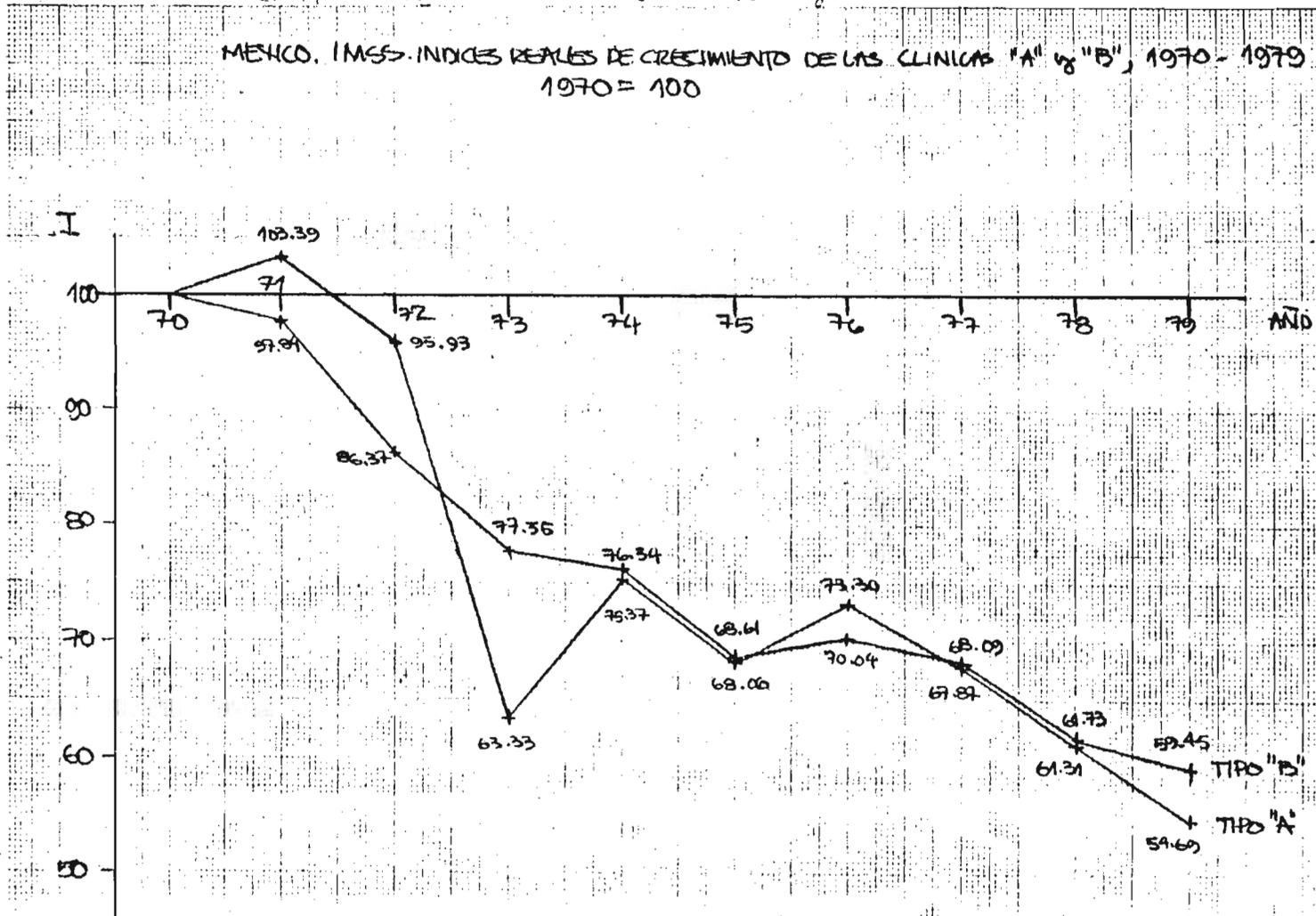
GRAFICA (C) DEL CUADRO 19 a. cols. 4, 5 y 6.

MEXICO. IMSS. INDICES REALES DE CRECIMIENTO DE LAS CLINICAS-HOSPITALES, 1970-1979.
1970 = 100



GRAFICA (B) DEL CUADRO 19 a cols. 7 y 8

MEXICO. IMSS. INDICES REALES DE CRECIMIENTO DE LAS CLINICAS "A" y "B", 1970-1979
1970 = 100



Por otro lado, desde el punto de vista de los servicios de apoyo, dificulta que las unidades básicas, clínicas "A" y "B", cuenten con éstos mermando así la calidad y suficiencia de la atención prestada así como la autosuficiencia que, en su nivel, se supone que tiene cada unidad médica. Esto es constatable, por ejemplo, en el aumento de las clínicas "B" que no encuentra un incremento ni siquiera correspondiente en las unidades que le sirven de apoyo inmediato, esto es, las clínicas hospitalares T-3; sucede lo contrario, ya que éstas muestran una tendencia a disminuir su participación en el total de las unidades médicas.

Consideramos que las prioridades que se les dió a las unidades médicas se encuentran invertidas por las coberturas que se suponen para ellas, los servicios que prestan, los apoyos y tránsitos. Las unidades que deberían mostrarse más dinámicas y suficientes son las clínicas: ésto es, el primer nivel de atención, posteriormente las clínicas hospitalares y finalmente los hospitales de especialidades.

b) Instalaciones en las unidades médicas ^{31/}

Es evidente que las camas hospitalarias, en correspondencia con los hospitales de especialidades y las clínicas hospitalares con especialidades, son las instalaciones en las unidades médicas más importantes, atendiendo a un modelo sanitario-asistencial que apunta a la hospitalización como principal medio de reparación (atención) de la salud.

Es importante señalar también que, aunque al igual que las demás instalaciones las camas hospitalarias pierden suficiencia, son las únicas que mantienen una suficiencia superior al promedio de todas las instalaciones consideradas.

Por su parte, los aumentos importantes de los consultorios significaron una concentración de éstos en unidades médicas ya existentes lo cual implica una ampliación de la capacidad pero no necesariamente de la cobertura y, en particular, el aumento de 1979 refuerza la descomposición del esquema de prestación de servicios al ser atribuible a ampliaciones de las clínicas hospitalares T-1 y de las clínicas "B". Siguiendo el mismo razonamiento respecto a las camas hospitalarias, tendríamos que el incremento que consideramos importante, el de 1974, corresponde con el mayor aumento de los hospitales de especialidades.

CUADRO 20

MEXICO. IMSS. INSTALACIONES EN LAS UNIDADES MEDICAS, 1970-1979.

AÑO i	CAMAS HOSPITALARIAS		CONSULTORIOS		QUIROFANOS		SALAS DE EXPULSION	
1970	15,261	100.00 \bar{X}_s 7.60	4,996	100.00 $\bar{X}_s=7.46$	368	100.00	318	100.00
1971	15,995	104.81 4.81	5,004	100.16 0.16	375	101.90	316	99.37
1972	17,525	114.84 10.03	5,422	108.53 8.37	402	109.24	369	116.04
1973	18,191	119.20 4.36	5,759	115.27 6.74	391	106.25	405	127.36
1974	19,429	127.31 8.11	6,205	124.20 8.93	422	114.67	432	135.85
1975	21,115	138.36 11.05	6,734	134.79 10.59	469	127.45	471	148.11
1976	22,222	145.61 7.25	7,231	144.74 9.95	492	133.70	471	148.11
1977	23,331	152.88 7.27	7,374	147.60 2.86	525	142.66	485	152.52
1978	$\bar{X}_s=9.58$ 25,495	167.06 14.18	$\bar{X}_s=6.90$ 7,733	154.78 7.18	556	151.09	468	147.17
1979	26,607	174.35 7.29	8,265	165.47 10.65	589	160.05	467	146.86
$\bar{\Delta} \%$		8.26		7.27		6.67		5.20

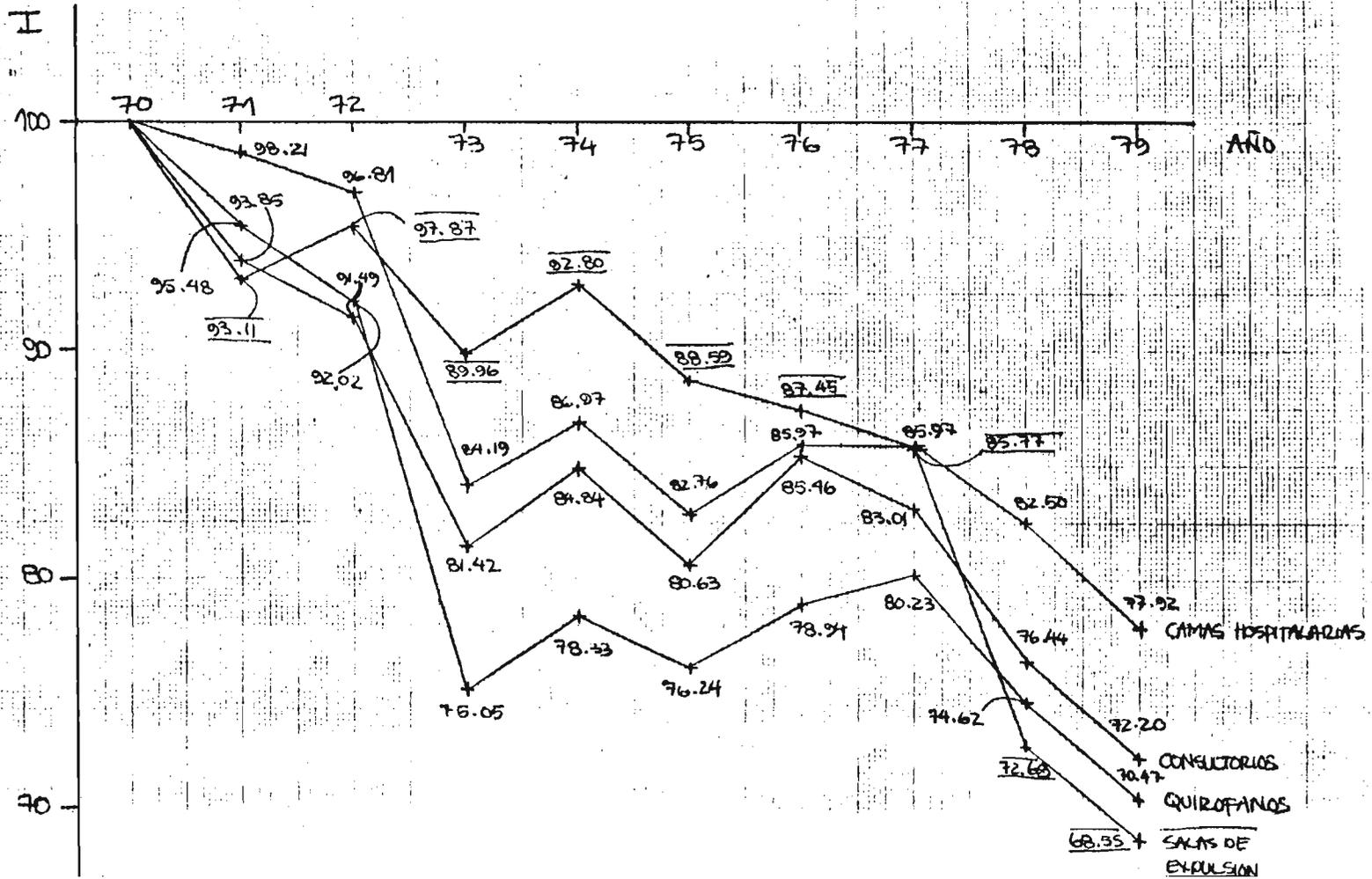
FUENTE: Anuarios Estadísticos de Servicios Médicos de cada año
 NOTA: En 1978 y 1979 no se incluye Solidaridad Social.

CUADRO 20a.

MEXICO. IMSS INSTALACIONES EN LAS UNIDADES MEDICAS, 1970-1979				INDICES REALES
AÑO †	CAMAS HOSPITAL	CONSULTORIOS	QUIROFANOS	SALAS DE EXPULSION
1970	100.00	100.00	100.00	100.00
1971	98.21	93.85	95.48	93.11
1972	96.81	91.49	92.09	97.87
1973	84.19	81.42	75.05	89.96
1974	86.97	84.84	78.33	92.80
1975	82.76	80.63	76.24	88.59
1976	85.97	85.46	78.94	87.45
1977	85.97	83.01	80.23	85.77
1978	82.50	76.44	74.62	72.68
1979	77.92	72.20	70.47	68.55

GRAFICA DEL CUADRO 20a.

MEXICO. IMSS. INDICES REALES DE CRECIMIENTO DE LAS INSTALACIONES
EN LAS UNIDADES MEDIDAS, 1970-1979
1970 = 100



En cuanto a las salas de expulsión, muestran, además de una tendencia a la baja, una irregularidad en su crecimiento que nos hace pensar en primer lugar por la tendencia a la baja, que las instalaciones se orientan fundamentalmente a la atención curativa, aún en gineco-obstetricia como especialidad, dejando de lado la atención obstétrica. Esto adquiere mayor relevancia como problema si consideramos que en 1973, por ejemplo, la tasa de fecundidad fue de 225.5 al millar y que "... según datos de la Organización Panamericana de la Salud, entre el 60 y el 65% de los nacimientos (en México) son de alto riesgo..."^{32/}

Los quirófanos muestran que hay un cambio de criterio respecto a ellos entre los períodos 1971-1976 y 1977-1979 pudiéndose decir que en el segundo período guardan más relación con el comportamiento de las clínicas hospitalares.

c) Servicios médicos prestados ^{33/}

Podemos decir de los servicios médicos prestados que, en correspondencia con lo que hemos visto respecto a las unidades médicas y a las instalaciones en éstas, las intervenciones quirúrgicas y los egresos hospitalarios*son los servicios más importantes.

Sin embargo, tomando en cuenta que las intervenciones quirúrgicas se muestran más dinámicas que los quirófanos y las camas hospitalarias más que los egresos hospitalarios pueden pensarse que no hay correspondencia entre el tipo de servicios que se han impulsado y las instalaciones para tales.

Asimismo, si antes decíamos que en el modelo de atención a la salud implícito prevalece la hospitalización como medio de reparar la salud (por la cual, camas hospitalarias y egresos hospitalarios son tan importantes), ahora podemos decir que predomina la intervención quirúrgica como instrumento reparador.

d) Personal en servicio en las unidades médicas ^{34/}

Resulta evidente la importancia que ha tenido la categoría Otros médicos en la expansión del personal en servicio lo cual se traduce en dos hechos. Por una parte, tomando en cuenta que esta categoría incluye a médicos en actividades administrativas (dirección y subdirección, gobierno de las unidades médicas, jefes de servicios, de departamento y de división en las unidades médicas) se trata entonces de una burocratización del aparato médico del Instituto.

* Dado que la estadística del IMSS no registran ingresos sino egresos hospitalarios, este indicador muestra el volumen de hospitalización aunque sea parcialmente.

CUADRO 21.

MEXICO. IMSS. SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS, 1970-1979.

ANO i	EGRESOS HOSPITALARIOS		PARTOS ATENDIDOS		INTERVENCIONES QUIRURGICAS		CONSULTAS EXTERNAS	
1970	835,379	100.00	338,907	100.00	275,058	100.00	37'428,240	100.00
1971	944,548	113.07	377,986	111.53	303,799	110.45	40'792,746	108.99
1972	1'030,647	123.37	406,103	119.83	332,646	120.94	43'667,806	116.67
1973	1'097,078	131.33	435,290	128.44	360,413	131.03	44'885,988	119.93
1974	1'135,437	135.92	448,420	132.31	388,154	141.12	44'293,447	118.34
1975	1'192,553	142.76	444,092	131.04	438,555	159.44	45'926,609	122.71
1976	1'252,199	149.90	452,244	133.44	489,954	178.13	48'859,681	130.54
1977	1'347,710	161.33	461,520	136.18	586,065	213.07	51'602,403	137.87
1978	1'408,036	168.55	475,150	140.20	629,861	228.99	53'638,754	143.31
1979	1'476,156	176.70	497,530	146.80	639,876	232.63	54'303,312	145.09
$\Delta\%$		8.52		5.20		14.74		5.01

FUENTE: Anuarios Estadísticos de Servicios Médicos de cada año.

CUADRO 21a.

MEXICO. IMSS. SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS.

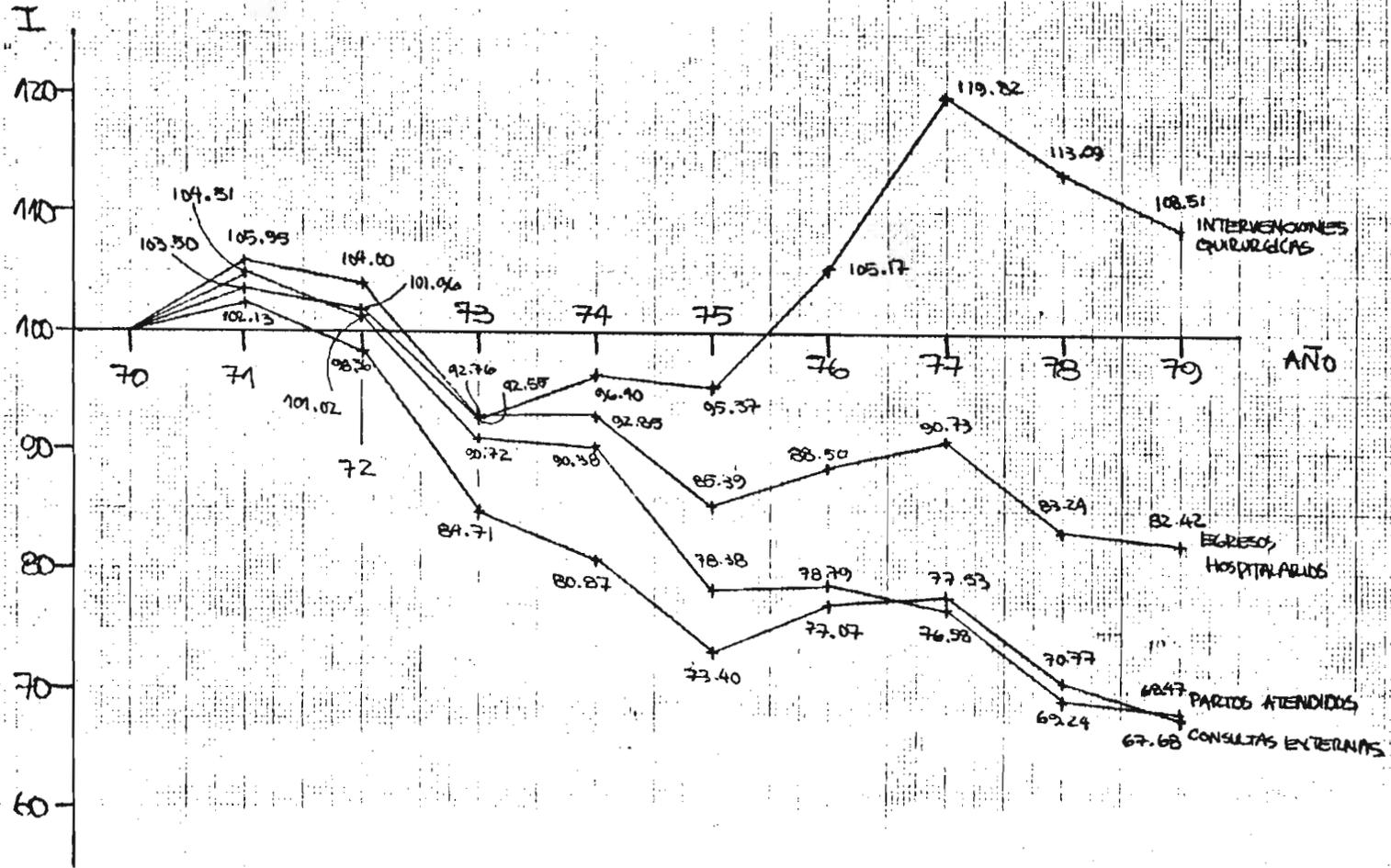
1970-1979.

INDICES REALES

AÑO i	EGRESOS HOSPITALARIOS	PARTOS ATENDIDAS	INTERVENCIONES QUIRURGICAS	CONSULTAS EXTERNAS
1970	100.00	100.00	100.00	100.00
1971	105.95	104.51	103.50	102.13
1972	104.00	101.02	101.96	98.36
1973	92.76	90.72	92.55	84.71
1974	92.85	90.38	96.40	80.87
1975	85.39	78.38	95.37	73.40
1976	88.50	78.79	105.17	77.07
1977	90.73	76.58	119.82	77.53
1978	83.24	69.24	113.09	70.77
1979	82.42	68.47	108.51	67.68

GRAFICA DEL CUADRO 21 a

MEXICO. IMSS. INDIICES REALES DE CRECIMIENTO DE LOS SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS, 1970-1979.
1970 = 100



CUADRO 22.

MEXICO. IMSS. PERSONAL EN SERVICIO EN LAS UNIDADES MEDICAS. 1970-1979.

AÑO	TOTAL	PERSONAL MEDICO	MEDICOS GENERALES	MEDICOS ESPECIALISTAS	OTROS MEDICOS	MEDICOS EN SERVS. AUX.	PERSONAL NO MEDICO EN SERVS. AUXILIARES.	PERSONAL PARAMEDICO	PERSONAL ADMTVO.	OTRO PERSONAL
1		1/			2/					
1970	53,940 100.00	11,709 24.71	3,653 6.77	2,907 5.39	4,302 7.98	847 1.57	2,385 4.42	20,433 37.88	4,937 9.15	14,476 26.84
1971	59,436 100.00	11,131 18.73	3,980 6.70	3,069 5.16	5,144 8.65	938 1.58	2,656 4.47	22,841 38.43	5,397 9.08	15,411 25.93
1972	59,759 100.00	13,924 23.30	3,827 6.40	3,182 5.32	5,972 9.99	943 1.58	3,011 5.04	24,359 40.76	3,128 5.23	15,337 25.66
1973	70,344 100.00	14,876 21.15	4,074 5.89	3,430 4.88	6,383 9.07	989 1.41	3,111 4.42	26,858 38.18	6,365 9.05	15,012 21.34
1974	77,795 100.00	17,433 22.41	4,232 5.44	3,559 4.57	8,477 10.90	1,165 1.50	3,469 4.46	29,244 37.59	6,914 8.89	17,190 22.10
1975	91,102 100.00	20,287 22.27	4,768 5.23	5,104 5.60	9,302 10.21	1,113 1.22	3,943 4.33	33,434 36.70	8,108 8.90	20,991 23.04
1976	100,227 100.00	21,400 21.35	5,257 5.25	5,390 5.38	9,561 9.54	1,192 1.19	4,345 4.34	38,849 38.76	9,174 9.15	22,331 22.28
1977	105,425 100.00	20,712 19.65	5,415 5.14	5,702 5.41	8,289 7.86	1,306 1.24	4,712 4.47	42,655 40.46	9,866 9.36	23,932 22.70
1978	108,712 100.00	14,870 13.68	5,729 5.27	6,060 5.57	208.46 12.31	1,665 1.53	4,805 4.42	41,519 38.19	9,747 8.97	23,604 21.71
1979	118,286 100.00	25,389 21.46	5,151 5.20	6,451 5.45	221.91 13.45	1,559 1.32	5,384 4.55	48,765 41.23	10,704 9.05	24,739 20.91
$\bar{\Delta} \%$	13.24	12.89	7.60	13.55	17.88	9.34	13.97	15.41	12.98	15.66

FUENTE: Anuarios Estadísticos de Servicios Médicos de cada año.

1/ Incluye a todas las denominaciones de médicos

2/ Se refiere a médicos en actividades no médicas

CUADRO 22a.

IMSS. PERSONAL EN SERVICIO EN LAS UNIDADES MEDICAS, 1970-1979. INDICES REALES.

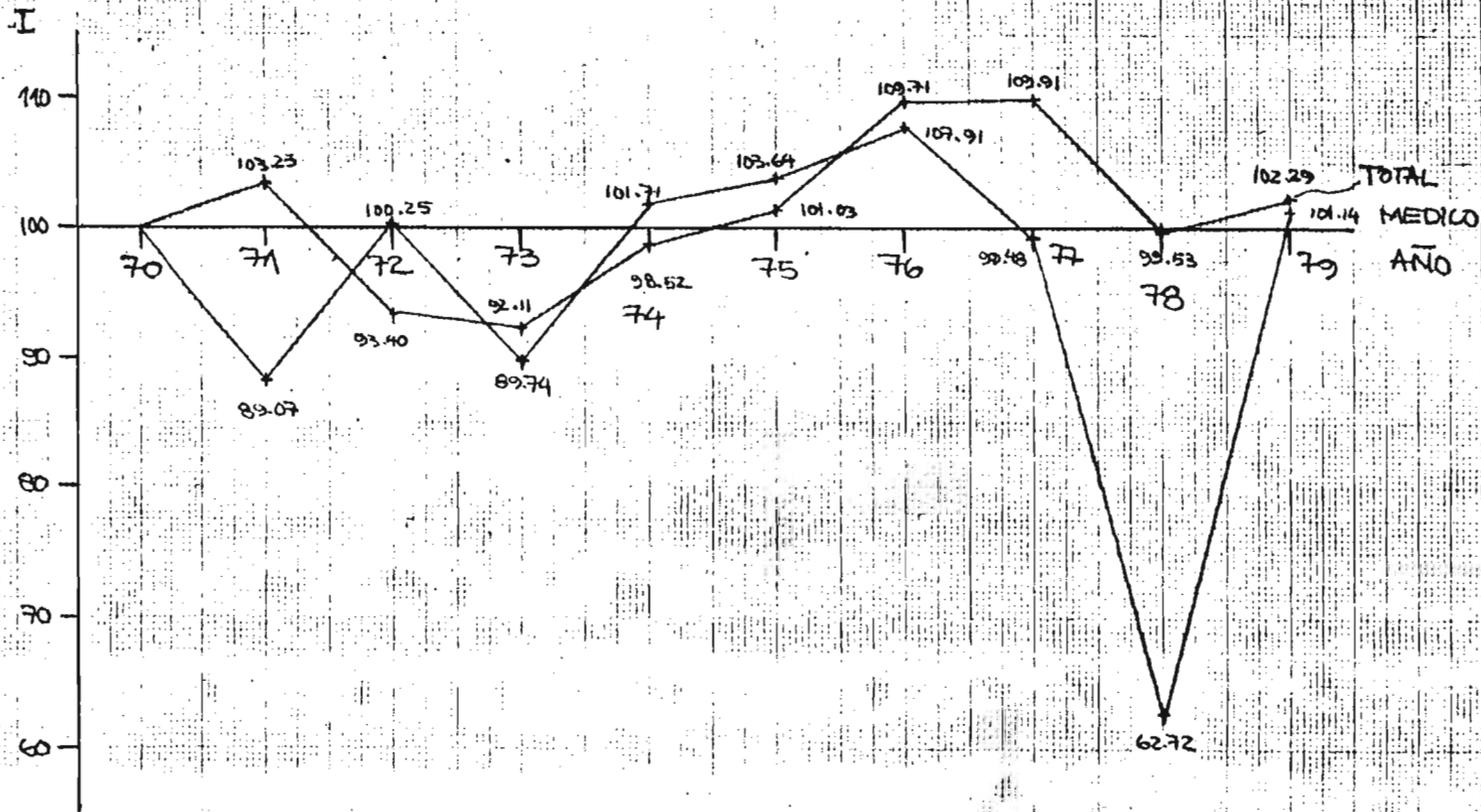
AÑO i	TOTAL	PERS MEDICO	MEDICOS GRALES	MEDICOS ESPECIAL	OTROS MEDICOS	MEDICOS EN S.AUX.	NO MEDICOS EN S.AUX	PERS PARA MED.	PERS ADMTVO	OTRO PERSONAL
1970	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
1971	103.25	89.07	102.09	98.92	112.04	103.77	104.35	104.74	102.44	99.76
1972	93.40	100.25	88,32	92.28	117.03	93.85	106.43	100.50	53.41	89.32
1973	92.11	89.74	78.77	83.34	104.80	82.48	92.13	92.84	91.06	73.24
1974	98.52	101.71	79.14	83.63	134.61	93.95	99.36	97.77	95.66	81.12
1975	101.03	103.64	78.07	105.02	129.34	78.60	98.89	97.88	98.24	86.74
1976	109,71	107.91	84.97	109.47	131.22	83.09	107.56	112.26	109.71	91.08
1977	109.91	99.48	83.36	110.31	108.36	86.71	111.11	117.40	112.38	92.97
1978	99.53	62.72	77,45	102.95	19.11	82.56	82.56	100.35	97.50	80.53
1979	102.29	101.14	78.54	103.51	121.74	85.85	105.29	111.32	101.13	79.71
\bar{x}	100.98	95.57	85.07	98.94	107.83	89.09	100.77	103.51	96.15	87.45

NOTA METODOLOGICA: Para obtener los índices reales de crecimiento se dividieron los índices de crecimiento de cada clasificación de personal entre el índice de crecimiento de la población derecho habiente de cada año. El cociente se multiplicó por cien para obtener índices.

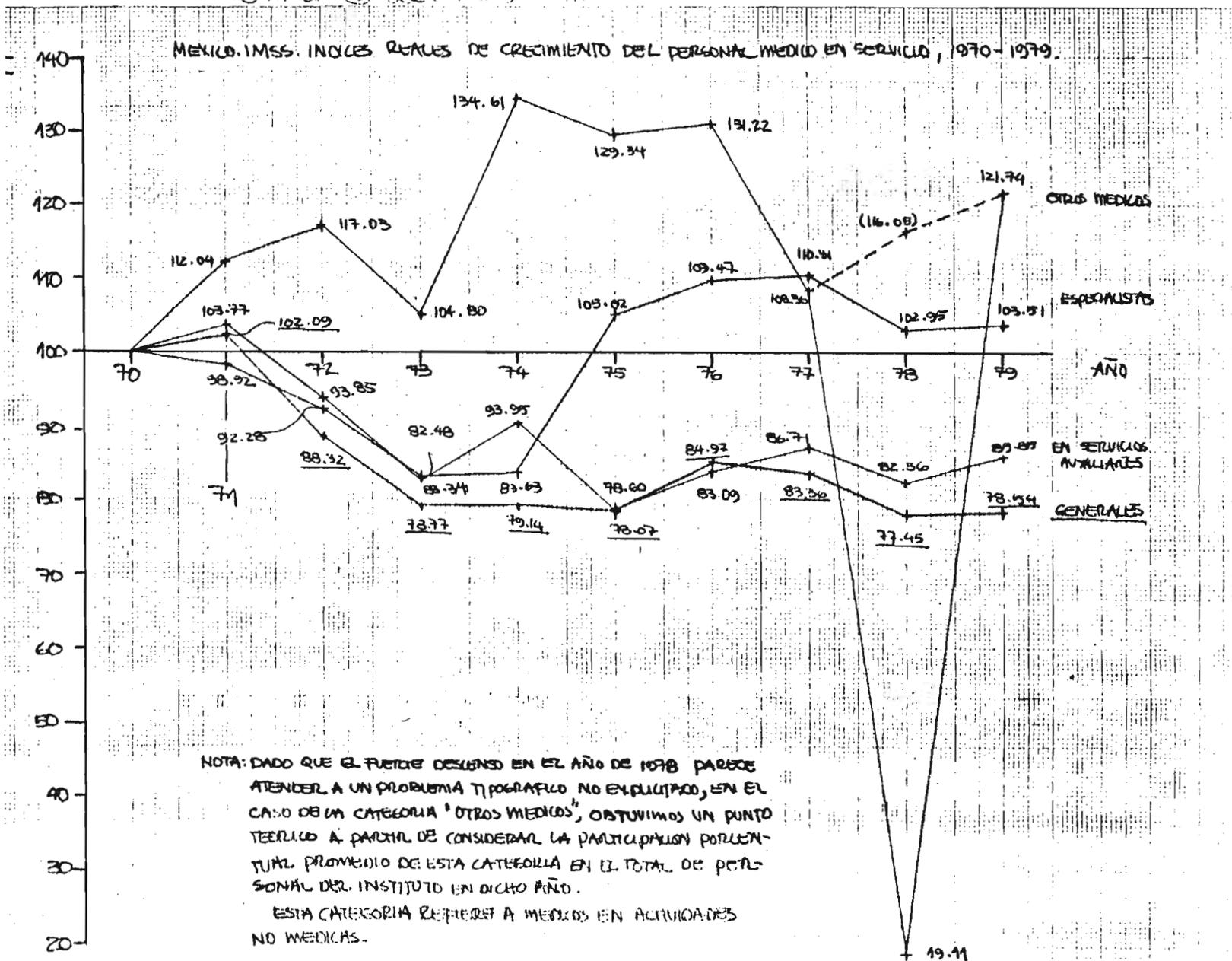
$$IR_{i,j} = \frac{100}{I_{TPD}} I_{i,j}$$

GRAFICA A - CUADRO 22 a

MEXICO. INDICE REAL DE CRECIMIENTO DEL PERSONAL EN SERVICIO
 EN LAS UNIDADES MEDICAS, 1970 = 1979
 IMSS
 1970 = 100



GRAFICA (B) (DEL COMPROB. 22.A)



CUADRO 23.

MEXICO. IMSS. INDICES DE CRECIMIENTO DEL PERSONAL EN SERVICIO POR CATEGORIAS AGREGADAS, 1970-1979.
(1970=100)

AÑO	MEDICOS	ENFERMERAS	PERSONAL PARAMEDICO	PERSONAL ADMINISTRATIVO
1970	100.00	100.00	100.00	100.00
1971	95.06	111.78	111.36	107.19
1972	118.92	119.21	126.25	95.12
1973	127.05	131.44	130.44	110.12
1974	148.89	143.12	145.45	124.16
1975	173.26	163.63	165.32	149.89
1976	182.77	190.13	182.18	162.29
1977	176.89	208.76	197.57	174.10
1978	127.00	203.20	201.47	171.80
1979	216.00	238.66	225.74	182.57

NOTA METODOLOGICA La agregación en estos cuatro rubros es la única que permite la comparabilidad entre instituciones: MEDICOS.- Incluye médicos generales, especialistas, en la bores no médicas y en servicios auxiliares. ENFERMERAS.- En la fuente aparecen como "personal paramédico" PERSONAL PARAMEDICO.- Se refiere a lo que en la fuente aparece como personal no médico en servicios auxiliares. ADMINISTRATIVO.- Incluye personal administrativo más el rubro Otro Personal.

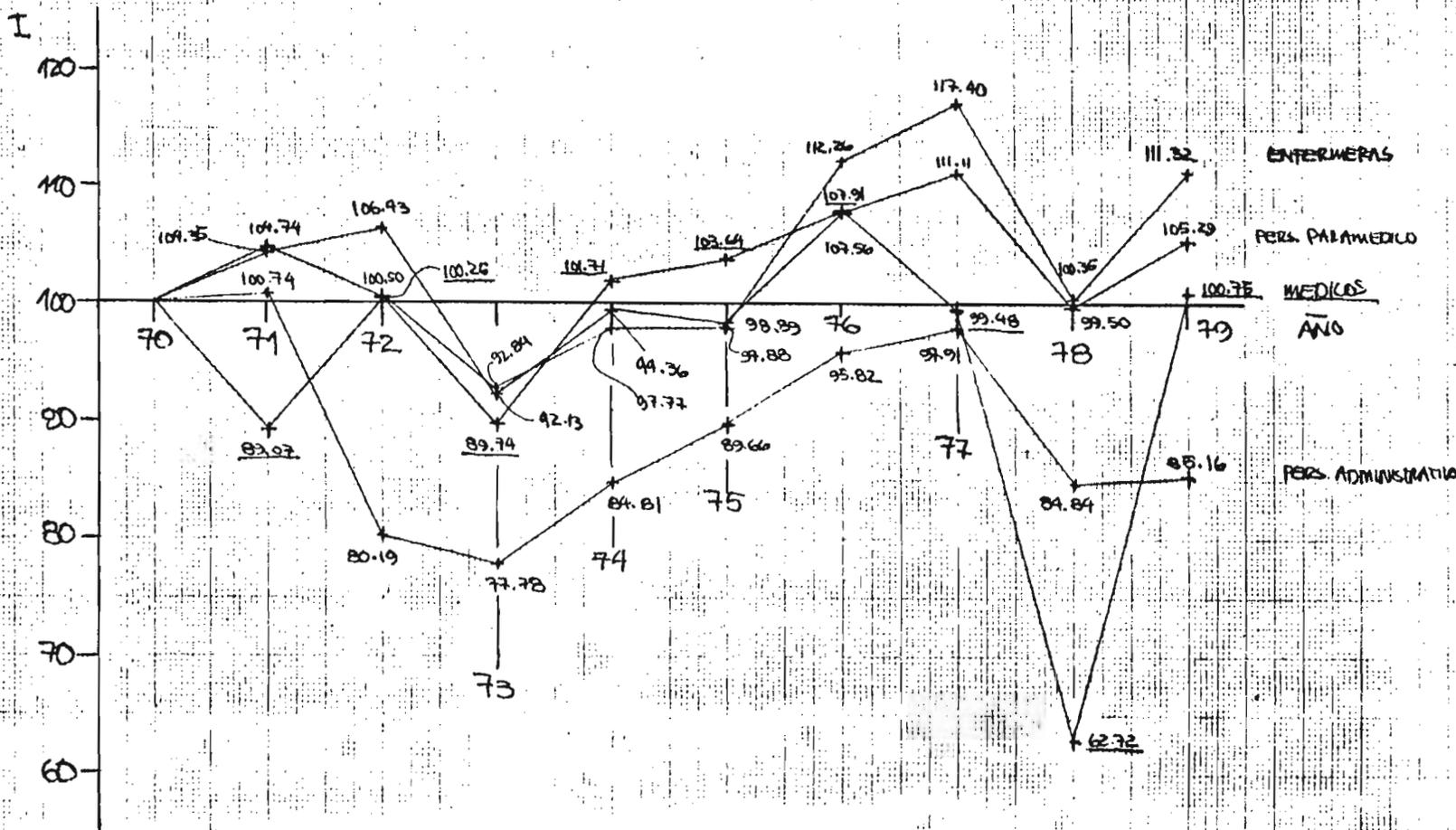
CUADRO 23a.

MEXICO. IMSS. INDICES REALES DE CRECIMIENTO DEL PERSONAL EN SERVICIO POR CATEGORIAS AGREGADAS, 1970-1979

AÑO	MEDICOS	ENFERMERAS	PERSONAL PARAMEDICO	PERSONAL ADMINISTRATIVO
1970	100.00	100.00	100.00	100.00
1971	89.07	104.74	104.35	100.74
1972	100.25	100.50	106.43	80.19
1973	89.74	92.84	92.13	77.78
1974	101.71	97.77	99.36	84.81
1975	103.64	97.88	98.89	89.66
1976	107.91	112.26	107.56	95.82
1977	99.48	117.40	111.11	97.91
1978	62.72	100.35	99.50	84.94
1979	100.75	111.32	105.29	85.16

GRAFICA DEL COMBO 22a

MENOS. IMSS. INDICES REALES DE CRECIMIENTO DEL PERSONAL EN SERVICIOS POR CATEGORIAS ABREVIADAS, 1970-1979.



Por otra parte, al comprender a los médicos en servicios de medicina del trabajo y enseñanza e investigación, refleja el reforzamiento de las unidades especializadas de segundo nivel y de los hospitales de especialidades.

Esta categoría incluye también a médicos en servicios de medicina preventiva, de planificación familiar voluntaria y a becarios. Respecto a esto, podemos decir que las acciones de medicina preventiva no son realmente importantes según el modelo sanitario-asistencial que hemos detectado; las de planificación familiar son de reciente inicio y los becarios, regularmente son residentes en especialización que fortalecen entonces el carácter especializado del modelo. El estímulo que se aprecia en el personal paramédico si bien es adecuado, dadas las características y composición de esta categoría, su efectividad depende del modelo sanitario-asistencial imperante. De esta suerte, dado que entre el personal médico además de otros médicos tiene importancia la categoría de médicos especialistas, podemos pensar que, por un lado el personal paramédico aumenta sus componentes especializados y por otro, dada la ausencia de incrementos importantes en los médicos generales que, incluso, muestran una tendencia a la baja, la atención en primer contacto y de partos tiende a ser efectuada por este tipo de personal.

e) Población derechohabiente ^{35/}

La población derechohabiente del IMSS aumenta a lo largo de todo el período considerado, siendo los principales incrementos en los años de 1973, 1975, 1978.

Podemos decir que las ampliaciones de cobertura apuntan en dos direcciones. Las correspondientes a 1973 y 1975 tendieron a ampliar el número de familiares de asegurados logrando que la relación familiares de asegurados/asegurados directos pasara de 2.04 en 1970 a 2.72 en 1978 y 1979.

La ampliación de 1978 muestra una política de cobertura distinta ya que se orienta a incorporar nuevos grupos de asegurados lo cual representa su mérito.

Ahora bien, aunque aparentemente han recibido mayor impulso aquellas categorías de la población derechohabiente que no están vinculadas directamente al trabajo asalariado, en términos reales son mucho más importantes los asegurados en régimen obligatorio y sus familiares.

CUADRO 24

IMSS. POBLACION DERECHOHABIENTE, COMPOSICION, INDICES Y PARTICIPACION PORCENTUAL, 1970-1979.

AÑO i	POBLACION DERECHOHABIENTE		REGIMEN OBLIGATORIO		CONTINUACION VOLUNTARIA		FAMILIARES DE ASEGURADOS		PENSIONADOS Y FAMILIARES		4/(2+3)	Σ(2+3)	
	Nº	I _{70,i}	Nº	I _{70,i}	Nº	I _{70,i}	Nº	I _{70,i}	Nº	I _{70,i}			
1970	9'772,492	100.00	3'104,829	100.00	15,934	100.00	6'375,633	100.00	276,096	100.00	2.04	3'120,763	100.00
%	100.00	0.00	31.77	0.00	0.10	0.00	65.24	0.00	2.83	0.00		31.93	0.00
1971	10'429,537	106.72	3'214,038	103.52	18,620	116.86	6'896,007	108.15	300,872	108.97	2.13	3'232,658	103.59
%	100.00	6.72	30.82	3.52	0.18	16.86	66.12	8.16	2.88	8.97		31.00	3.59
1972	11'591,972	118.62	3'557,921	114.59	23,163	145.37	7'695,993	120.71	314,895	114.05	2.15	3'581,084	114.75
%	100.00	11.90	30.69	11.07	0.20	28.51	66.39	12.55	2.72	5.08		30.89	11.16
1973	13'835,938	141.58	3'865,900	124.51	34,911	219.10	9'615,922	150.82	319,205	115.61	2.47	3'900,811	125.00
%	100.00	22.62	27.94	9.92	0.25	73.73	69.50	30.11	2.31	1.56		28.19	10.25
1974	14'306,391	146.39	3'987,952	128.44	31,932	200.40	9'909,148	155.42	377,359	136.68	2.47	4'019,884	128.81
%	100.00	4.81	27.88	3.93	0.22	-18.70	69.26	4.60	2.64	21.07		28.10	3.81
1975	16'337,593	167.18	4'270,242	137.54	35,290	221.48	11'601,980	181.97	430,081	155.77	2.69	4'305,532	137.96
%	100.00	20.98	26.14	9.10	0.22	21.08	71.01	26.22	2.63	19.09		26.36	9.15
1976	16'551,576	169.37	4'299,099	138.46	38,765	243.28	11'718,707	183.80	495,005	179.29	2.70	4'337,864	139.00
%	100.00	2.00	25.97	0.92	0.23	21.80	70.80	1.83	2.99	23.52		26.20	1.04
1977	17'377,633	177.82	4'508,125	145.20	45,692	286.76	12'263,894	192.36	599,922	217.29	2.69	4'553,817	145.92
%	100.00	8.45	25.94	6.74	0.26	43.48	70.57	8.56	3.45	38.00		26.20	6.92
1978	19'787,818 ^{1/}	202.49	5'101,752	164.32	53,826	337.81	14'007,367	219.70	624,903	226.34	2.72	3'155,578	162.20
%	100.00	24.67	25.78	19.12	0.27	51.05	70.79	27.34	3.16	9.05		26.05	16.28
1979	20'950,906 ^{1/}	214.39	5'400,853	173.95	62,055	389.45	14'848,531	232.90	694,717	251.62	2.72	5'462,908	175.05
%	100.00	10.90	25.78	9.63	0.30	51.64	70.87	13.20	3.32	25.28		26.08	12.85
Δ %		12.56		8.22		36.32		14.73		16.85			8.34

1/ Se le restó al total lo correspondiente a asegurados en régimen voluntario. En 1978 eran 1,391 (0.01%) y en 1979, 36,917 (0.18%).

3.2. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

a) Unidades médicas ^{36/}

La estructura de las unidades médicas muestra que se han impulsado por una parte las unidades de primer nivel y, por otra, las de tercer nivel, surgiendo así un problema funcional en la prestación de servicios ya que las clínicas que son las unidades intermedias entre los puestos periféricos y los hospitales, no corresponden en su tendencia a las otras unidades. Asimismo, se observa la importancia de los hospitales subrogados. En términos reales, los aumentos de las unidades médicas no sólo no conservan el nivel de suficiencia existente en 1970 ésto es, los aumentos de las unidades médicas no han correspondido a los de la población derechohabiente, sino que todas las unidades pierden suficiencia. A pesar de que en 1979 se constata una "mejoría" en clínicas, puestos periféricos y hospitales propios, éste es explicable por el descenso de la población derechohabiente y no por la expansión de estas unidades.

Podemos señalar, en primer lugar que la prestación de servicios del ISSSTE se apoya principalmente en los hospitales y, en gran forma, en los subrogados toda vez que la importancia de los puestos periféricos es relativizada por el tipo de servicios prestados, lo cual significa que el modelo sanitario-asistencial del Instituto tiene un carácter hospitalario-reparador de la salud que, considerando la importancia de los hospitales subrogados, se traduce en un modelo hospitalario que funciona en los términos de la práctica privada de la atención a la salud, haciéndose presente la lógica de la ganancia.

En segundo lugar es importante señalar que los aumentos en unidades médicas se producen en el período 1970-1976 mientras que en el período 1977-1979 se da una contracción más marcada.

b) Instalaciones en las unidades médicas ^{37/}

Juzgando los incrementos de las instalaciones en las unidades médicas a la luz de los de las unidades médicas, podemos pensar que la ampliación de la infraestructura para la atención a la salud, en términos generales, ha consistido en concentrar instalaciones en unidades médicas ya existentes lo cual indica una ampliación restringida de servicios a la vez que en términos reales de suficiencia de las instalaciones, éstas muestran una tendencia a la baja siendo relevante, al respecto, que a partir de 1977 se presentan decrementos o simple

CUADRO 25

ISSSTE. UNIDADES MEDICAS, 1970-1979.

	TOTAL		CLINICAS		PUESTOS PERIFERICOS		HOSPITALES PROPIOS		HOSPITALES SUBROGADOS		(4+5)	
1970	742	100.00	138	100.00	473	100.00	30	100.00	101	100.00	131	100.00
%	100.00		18.60		63.75		4.04		13.61		17.65	
1971	774	104.31	138	100.00	510	107.82	33	110.00	92	91.09	125	95.42
%	100.00	4.31	17.83	0.00	65.89	7.82	4.23	10.00	11.89	-8.91	16.15	-4.58
1972	821	110.65	140	101.45	538	113.74	33	110.00	110	108.91	143	109.16
%	100.00	6.34	17.05	1.45	65.53	5.92	4.02	0.00	13.40	17.82	17.42	13.74
1973	869	117.12	140	101.45	587	124.10	33	110.00	109	107.92	142	108.40
%	100.00	6.47	16.11	0.00	67.55	10.36	3.80	0.00	12.54	-0.99	16.34	-0.76
1974	962	129.65	141	102.17	655	138.48	35	116.67	129	127.72	164	125.19
%	100.00	12.53	14.66	0.72	68.09	14.38	3.64	6.67	13.41	19.80	17.05	16.79
1975	993	133.83	144	104.35	671	141.86	38	126.67	140	138.61	178	135.88
%	100.00	4.18	14.50	2.18	67.57	3.38	3.83	10.00	14.10	10.89	17.93	10.69
1976	1,043	140.57	148	107.25	715	151.16	40	133.33	140	138.61	180	137.40
%	100.00	6.74	14.19	2.90	68.55	9.30	3.84	6.66	13.42	0.00	17.26	1.52
1977	1,076	145.01	151	109.42	734	155.18	42	140.00	149	147.52	191	145.80
%	100.00	4.44	14.03	2.17	68.22	4.02	3.90	6.67	13.85	8.91	17.75	8.40
1978	1,089	146.77	152	110.14	745	157.51	45	150.00	146	144.55	191	145.80
%	100.00	1.76	13.96	0.72	68.41	2.33	4.13	10.00	13.41	-2.97	17.54	0.00
1979	1,085	146.23	153	110.87	761	160.89	49	163.33	122	120.79	171	130.53
%	100.00	-0.54	14.10	0.73	70.14	3.38	4.52	13.33	11.24	-23.76	15.76	-15.27
$\bar{\Delta}$ %		0.14		1.21		6.77		7.04		2.31		3.39

FUENTE: ISSSTE. Anuario Estadístico. 1979. pp. 247-253.

CUADRO 25a.

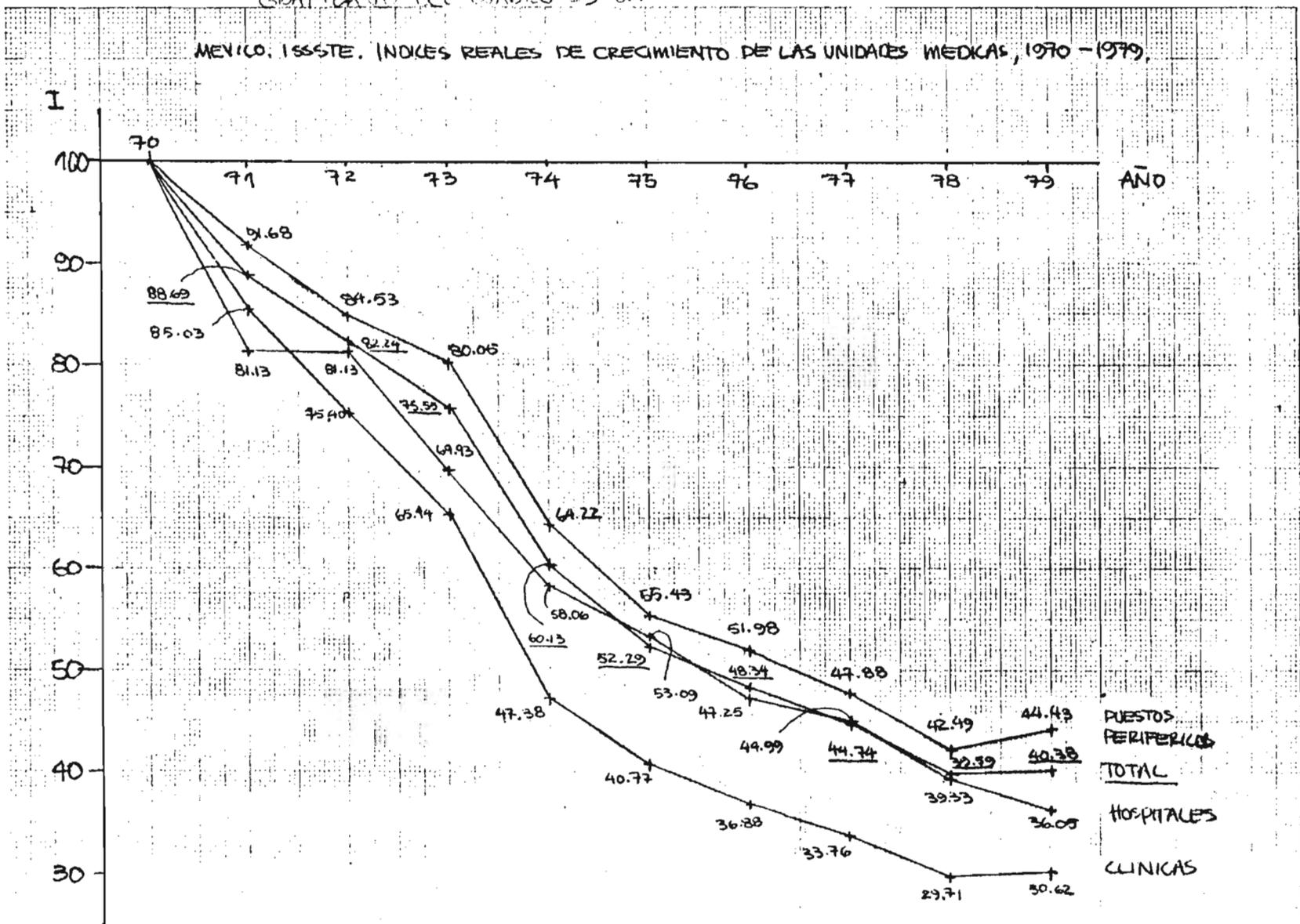
ISSSTE. UNIDADES MEDICAS, 1970-1979.

INDICES REALES.

AÑO i	TOTAL	CLINICAS	PUESTOS PERIFERICOS	HOSPITALES	HOSPITALES PROPIOS	HOSPITALES SUBROGADOS
1970	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
1971	88.69	85.03	91.68	81.13	93.53	77.45
1972	82.24	75.40	84.53	81.13	81.75	80.94
1973	75.55	65.44	80.05	69.93	70.96	69.62
1974	60.13	47.38	64.22	58.06	54.11	59.23
1975	52.29	40.77	55.43	53.09	49.49	54.16
1976	48.34	36.88	51.98	47.25	45.85	47.66
1977	44.74	33.76	47.88	44.99	43.20	45.52
1978	39.59	29.71	42.49	39.33	40.47	39.00
1979	40.38	30.62	44.43	36.05	45.11	33.36
\bar{X}	62.60	54.50	66.27	61.10	62.45	60.69

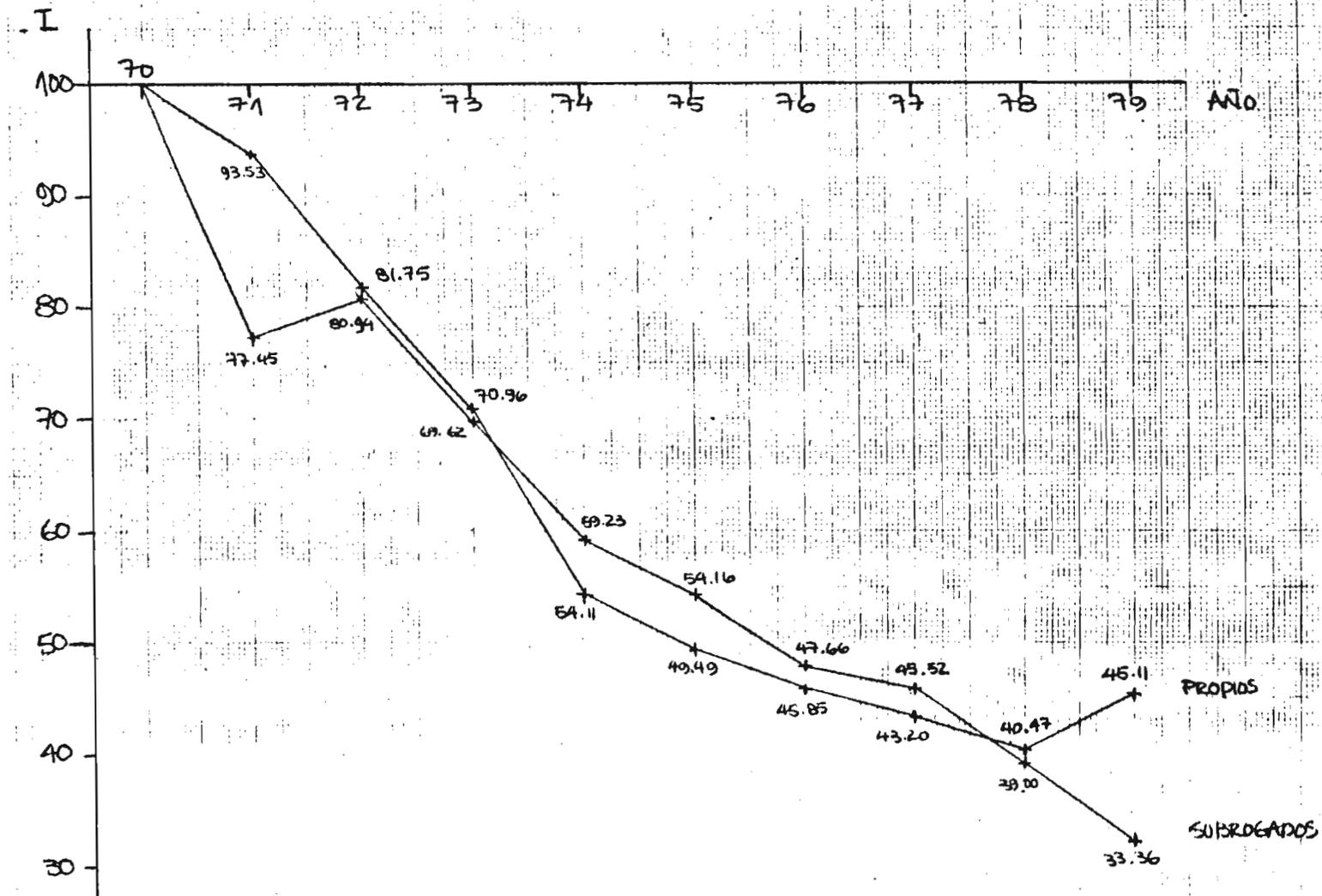
GRAFICA A DEL CUADRO 25 a.

MEXICO. ISSSTE. INDICES REALES DE CRECIMIENTO DE LAS UNIDADES MEDICAS, 1970 - 1979.



GRAFICA (B) DEL CUADRO 25

MEXICO. ISETE. INDICES REALES DE CRECIMIENTO DE LOS HOSPITALES, 1970-1979



CUADRO 26.

ISSSTE. INSTALACIONES EN LAS UNIDADES MEDICAS, 1970-1979.

AÑO i	CAMAS HOSPITALARIAS		CONSULTORIOS		QUIROFANOS		SALAS DE EXPULSION	
1970	2,066	100.00	613	100.00	60	100.00	31	100.00
1971	2,740	132.62 32.64	653	106.53 6.53	73	121.67 21.67	42	2/ 135.48 35.48
1972	2,844	137.66 5.04	682	111.26 4.73	78	1/ 130.00 8.33	49	2/ 158.06 22.58
1973	2,935	142.06 4.40	731	119.25 7.99	84	140.00 10.00	55	2/ 177.42 19.36
1974	3,218	155.76 13.70	1,989	324.47 205.22	90	150.00 10.00	60	2/ 193.55 16.13
1975	4,143	200.53 44.77	2,019	329.36 4.89	96	160.00 10.00	64	2/ 206.45 12.90
1976	4,178	202.23 1.70	2,032	331.48 2.12	120	200.00 40.00	78	1/ 251.61 45.16
1977	4,276	206.97 4.74	2,099	342.41 10.93	103	171.67 -28.33	78	1/ 251.61 0.00
1978	4,459	215.83 8.86	2,099	342.41 0.00	110	183.33 11.66	81	1/ 261.29 9.68
1979	4,752	230.01 14.18	1,911	311.75 -30.66	121	201.67 18.34	61	1/ 196.77 -64.52
$\bar{\Delta} \%$		14.45		23.53	0.82	11.30		10.75

FUENTE: Anuarios Estadísticos de cada año

1/ Datos de: 4º INFORME DE GOBIERNO, ANEXO ESTADISTICO HISTORICO p. 824-825.

2/ Datos interpolados a partir de los reales. Se usó un modelo de potencias $y = ax^b$ donde $a=31.9932$, $b=0.3900$ para coeficiente de correlación $r=0.9958$

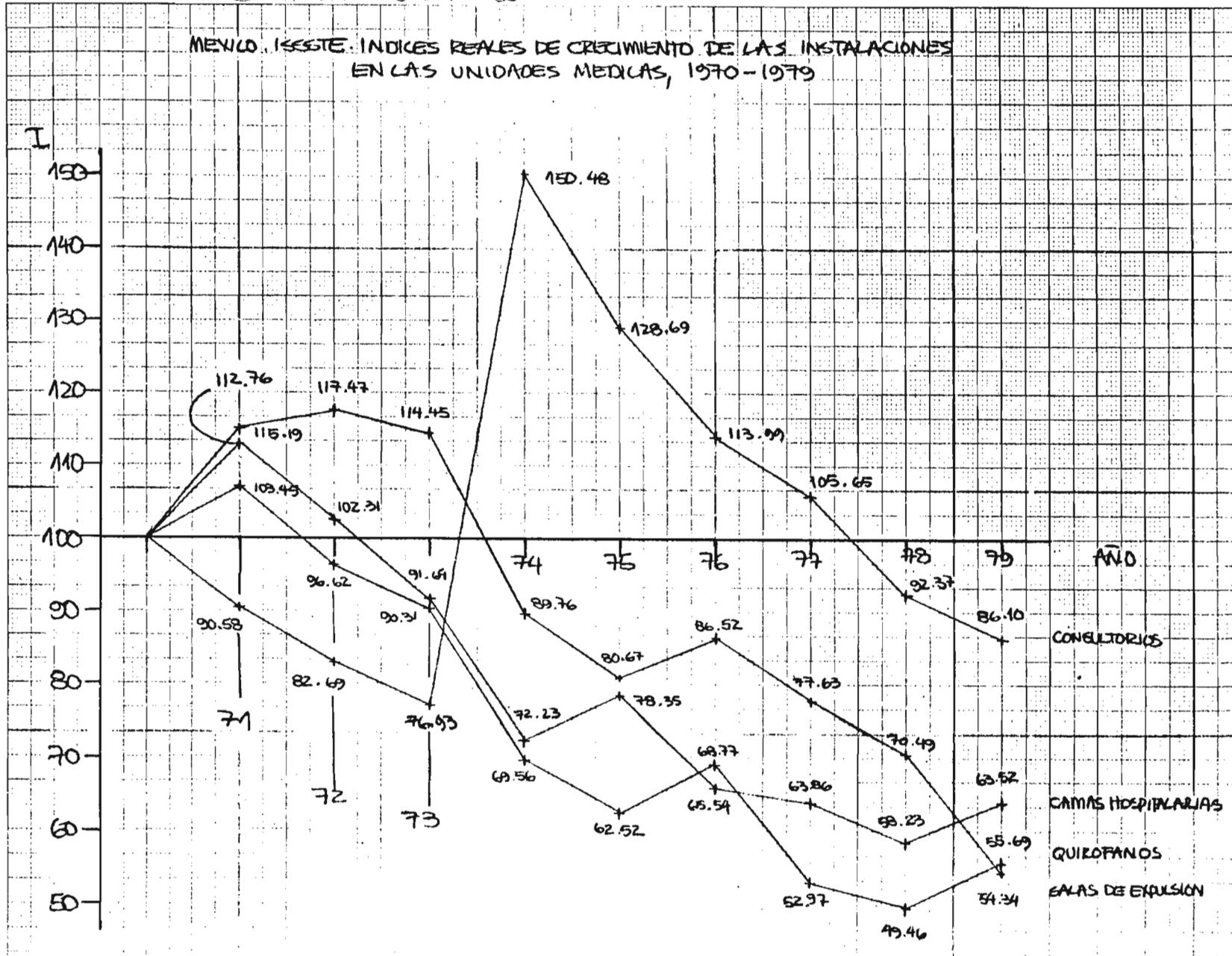
CUADRO 26a.

ISSSTE. INSTALACIONES EN LAS UNIDADES MEDICAS, 1970-1979. INDICES REALES.

AÑO 1	CAMAS HOSPITALARIAS	CONSULTORIOS	QUIROFANOS	SALAS DE EXPULSION
1970	100.00	100.00	100.00	100.00
1971	112.76	90.58	103.45	115.19
1972	102.31	82.69	96.62	117.47
1973	91.64	76.93	90.31	114.45
1974	72.23	150.48	69.56	89.76
1975	78.35	128.69	62.52	80.67
1976	65.54	113.99	68.77	86.52
1977	63.86	105.65	52.97	77.63
1978	58.23	92.37	49.46	70.49
1979	63.52	86.10	55.69	54.34
\bar{X}	79.16	105.17	72.15	89.61

GRAFICA DEL DADO 16a.

MEXICO. ISESTE. INDICES REALES DE CRECIMIENTO DE LAS INSTALACIONES EN LAS UNIDADES MEDICAS, 1970-1979



mente carencia de aumento de las instalaciones en las unidades médicas lo cual representa un retroceso en la prestación de servicios.

Por otra parte, encontramos que los mayores incrementos se dan dentro del período 1970-1976.

De hecho las instalaciones que durante todo el período se muestran crecientes son las camas hospitalarias, en concordancia con el comportamiento de los hospitales y en esa medida, reforzando el modelo básicamente hospitalario de atención a la salud, adoptado por el ISSSTE.

c) Servicios médicos prestados 38/

En términos de los servicios médicos prestados, y en consonancia con lo observado en el caso de las unidades médicas y de las instalaciones en las unidades médicas, los egresos hospitalarios resultan de primera importancia por lo que puede decirse que la terapia hospitalaria es el principal instrumento de reparación de la salud. Además es importante el lugar que se le ha dado a la atención obstétrica.

d) Personal en servicio directo 39/

La composición del personal en servicio directo es más o menos estable siendo el orden de importancia por su participación el siguiente: personal en enfermería, personal médico, personal de intendencia, personal administrativo y personal paramédico de los cuales el más susceptible a variar es el personal administrativo seguido por el de intendencia, el médico, el de enfermería y el paramédico.

Ahora bien, en términos reales, ni el total del personal en servicios directos así como ninguna de las categorías muestran incrementos. Todo lo contrario, se presenta en todas ellas una tendencia a la baja. Aún considerando que hubo fechas de importante expansión del personal, la población derechohabiente tuvo una dinámica más rápida.

Del personal en servicio directo podemos decir que, por una parte, se presentan tres etapas: la primera, de 1972 a 1976 en que se da un crecimiento más o menos regular en la cual los años de 1974 y 1975 son identificables como los más importantes.

CUADRO 27

ISSSTE. SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS, 1970-1979.

AÑO i	EGRESOS HOSPITALARIOS		PARTOS ATENDIDOS		INTERVENCIONES QUIRURGICAS		CONSULTAS EXTERNAS	
1970	71,964	100.00	21,577	100.00	53,626	100.00	6'523,411	100.00
1971	85,370	118.63 18.63	23,288	107.93 7.93	60,500	112.82 12.82	7'178,421	110.04 10.04
1972	99,822	138.71 20.08	29,599	137.18 29.25	66,328	123.69 10.87	7'807,919	119.69 9.65
1973	108,128	150.25 11.54	34,803	161.30 24.12	71,595	133.51 9.82	8'121,993	124.51 4.82
1974	121,385	168.67 18.42	36,900	171.02 9.72	65,492	122.13 -11.38	9'117,072	139.76 15.25
1975	137,641	191.26 22.59	39,160	181.49 10.47	67,931	126.68 4.55	9'743,814	149.37 9.61
1976	201,490	279.99 88.73	56,287	260.87 79.38	78,669	146.70 20.02	10'807,725	165.68 16.31
1977	215,321	299.21 19.22	58,984	273.37 12.50	89,270	166.47 19.77	11'622,130	178.16 12.48
1978	218,357	303.43 4.22	60,480	280.30 6.93	94,023	175.33 8.86	12'149,432	186.24 8.08
1979	223,814	311.01 7.58	59,766	276.99 -3.31	95,990	179.00 3.67	12'172,003	186.59 0.35

FUENTE: Anuarios Estadísticos de cada año.

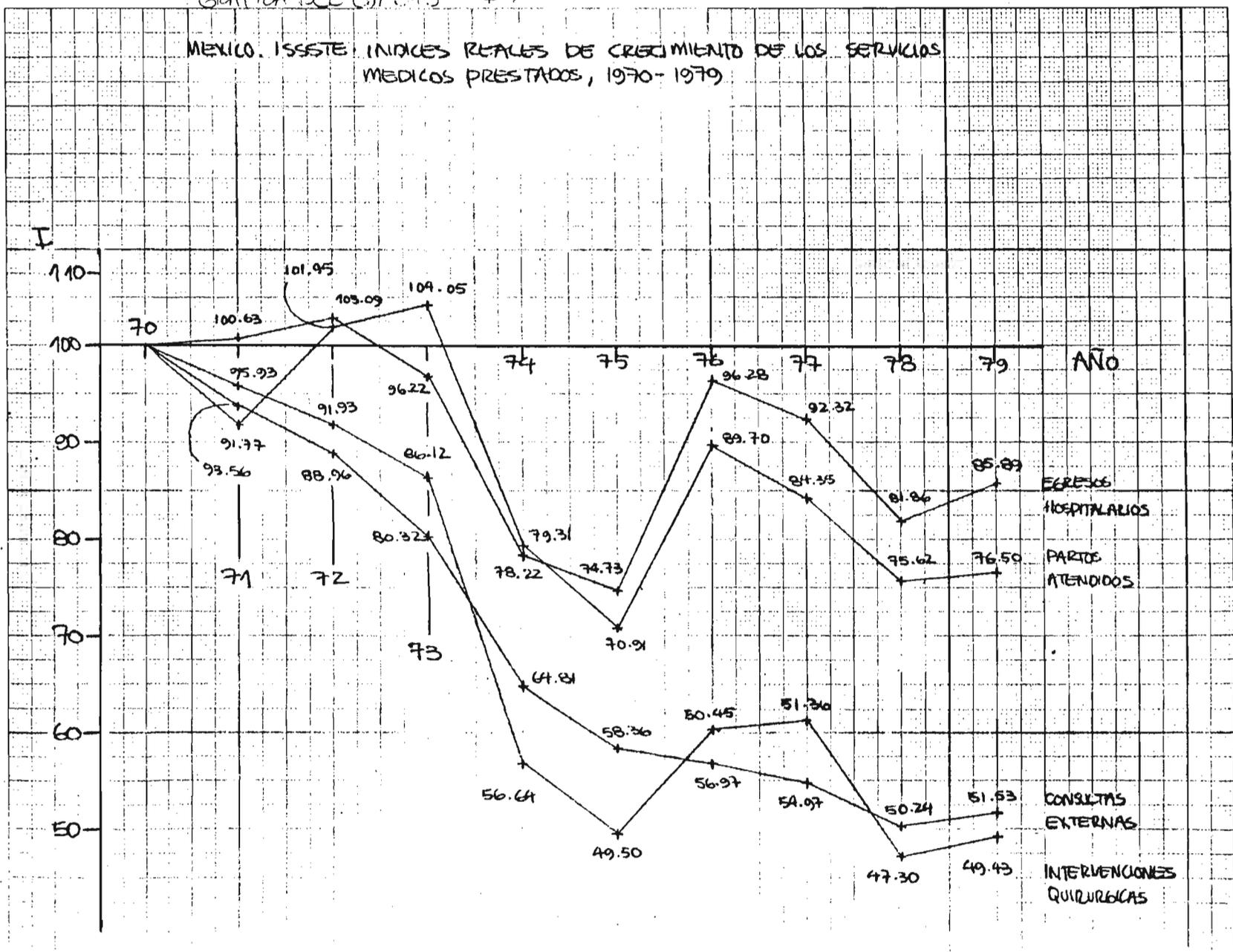
$\bar{\Delta} \%$ 23.45 19.67 8.78 9.62

CUADRO 27a.

ISSSTE. SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS			1970-1979.		INDICES REALES.
AÑO	EGRESOS HOSPITALARIOS	PARTOS ATENDIDOS	INTERVENCIONES QUIRURGICAS	CONSULTAS EXTERNAS	
1970	100.00	100.00	100.00	100.00	
1971	100.63	91.77	95.93	93.56	
1972	103.09	101.95	91.93	88,96	
1973	96.92	104.05	86.12	80.32	
1974	78.22	79.31	56.64	64.81	
1975	74.73	70.91	49.50	58.36	
1976	96.28	89.70	50.45	56.97	
1977	92.32	84,35	51.36	54.97	
1978	81.86	75.62	47.30	50.24	
1979	85.89	76.50	49.43	51.53	
\bar{X}	90.99	87.42	67.87	69.97	

GRAFICA DEL CUFUM 7

MEXICO. ISSSTE. INDICES REALES DE CRECIMIENTO DE LOS SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS, 1970-1979



CUADRO 28.

ISSSTE. PERSONAL EN SERVICIO DIRECTO, 1970-1979.

AÑO	TOTAL	MEDICO		ENFERMERIA		PARAMEDICO		ADMINISTRATIVO		INTENDENCIA		
i												
1970	12,775 100.00	100.00	3,275 25,64	100.00	3,396 26.58	100.00	978 7.66	100.00	2,302 18.02	100.00	2,827 22.13	100.00
1971	13,671 100.00	107.01 7.01	3,538 25.88	108.03 8.03	4,065 29.73	119.70 19.70	1,140 8.34	116.56 16.56	1,655 12.11	71.89 -28.11	3,273 23.94	115.78 15.78
1972	15,545 100.00	121.68 14.67	3,881 24.97	118.50 10.47	4,344 27.98	128.06 8.36	1,238 7.96	126.58 10.02	2,658 17.10	115.46 43.57	3,419 21.99	120.94 5.16
1973	17,498 100.00	136.97 15.29	4,492 25.67	137.16 18,66	4,720 26.97	138.99 10.93	1,311 7,49	134.05 7.47	3,014 17.22	130.93 15.47	3,961 22.64	140.11 19.17
1974	19,417 100.00	151.99 15.02	4,824 24.84	147.30 10,14	5,368 27,65	158.07 19,08	1,501 7,73	153.48 19,43	3,396 17,49	147.52 16,59	4,328 22,29	153.10 12,99
1975	21,393 100.00	167.46 15.47	4,998 23.36	152.61 5.31	5,954 27.83	175.32 17.25	1,795 8.39	183,54 30.06	3,816 17.84	165.77 18.25	4,830 22.58	170.85 17.75
1976	23,172 100.00	181.39 13.93	5,527 23.85	168.76 16.15	6,434 27.77	189.46 14.14	1,904 8.22	194.68 11.14	3,917 16.90	170.16 4.39	5,390 23.26	190.66 19.81
1977	26,719 100.00	209.15 27.76	6,310 23.52	192.67 23.91	6,831 25.57	201.15 11,69	2,412 9.03	246.63 51.95	4,909 18.37	213.25 43.09	6,257 23.42	221.33 30.67
1978	24,922 100.00	195.08 -14.07	5,804 23.29	177.22 -15.45	6,811 27.33	200.56 -0.59	1,971 7.91	201.53 -45.10	4,658 18.69	202.35 -10.90	5,678 22.78	200.85 -20.48
1979	25,271 100.00	197.82 2.74	6,675 26.41	203.82 26.60	6,860 27.15	202.00 1.44	1,631 6.45	166.77 -34.76	5,414 21.42	235.19 34.84	4,691 18.56	165.94 -34.91
$\bar{\Delta}$ %		10.87		11.54		11.33		7.42		15.02		7.33

FUENTE: Anuarios Estadísticos de cada año

1/ En 1970-1973, este renglón aparecía desglosado en: Laboratorio, Rayos X, Farmacia y Paramédico. Para 1974, ya se presentan agregados. En vista de no poder lograr el desglose, se sumaron en los años mencionados.

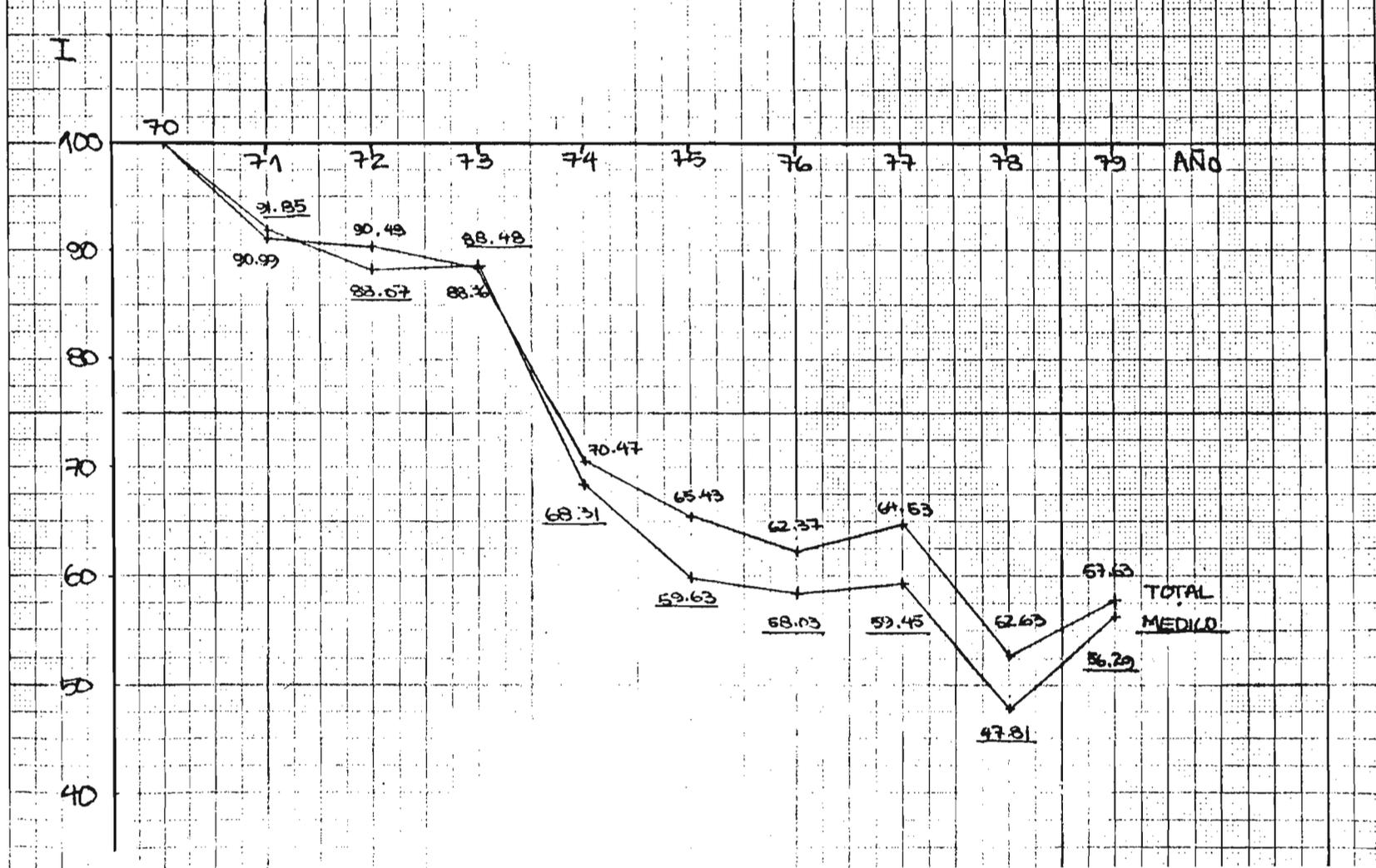
CUADRO 28a.

ISSSTE. PERSONAL EN SERVICIO DIRECTO, 1970-1979.

INDICES REALES

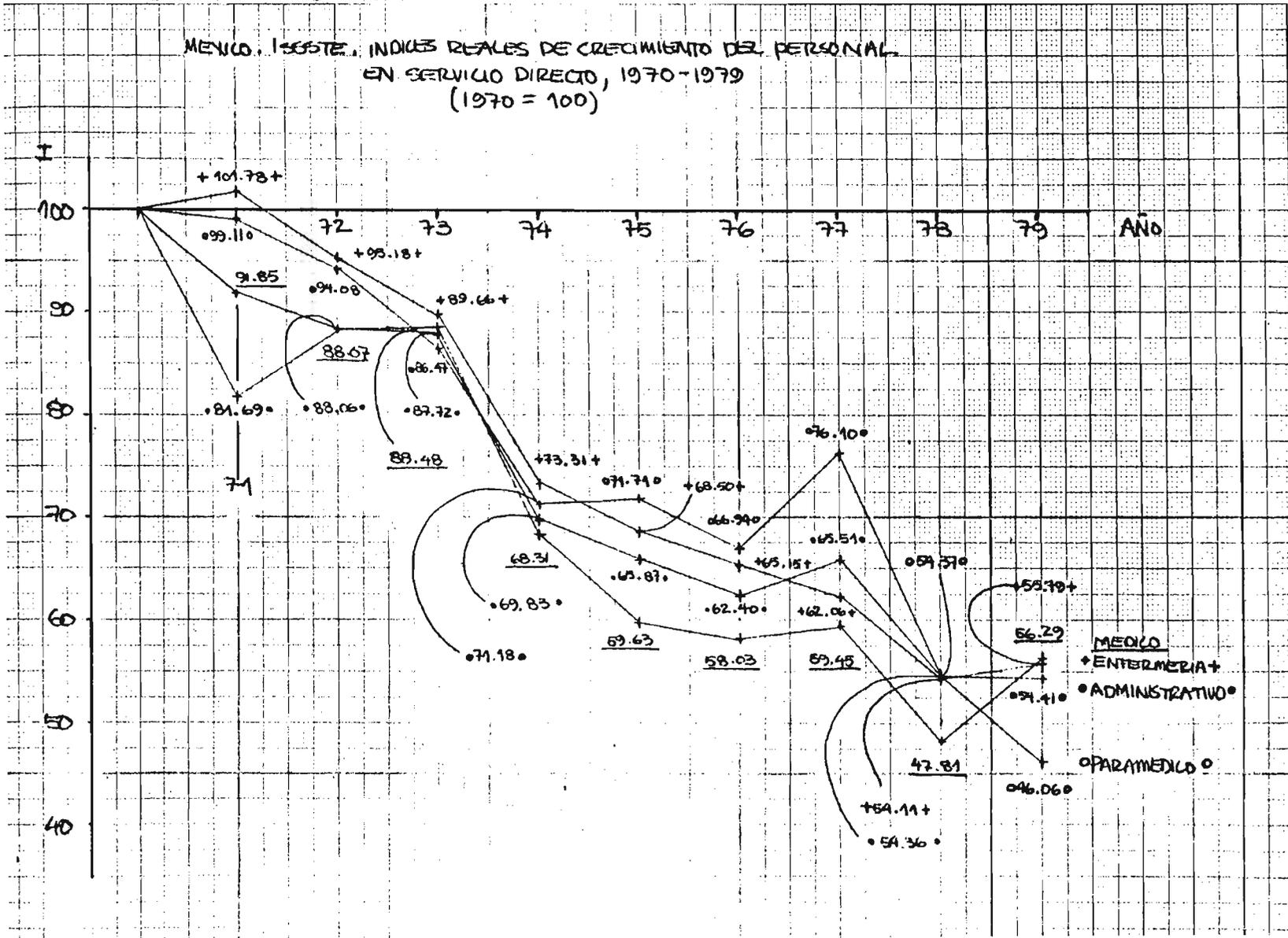
AÑO i	TOTAL	MEDICO	ENFERMERIA	P/ MEDICO	ADMTVO	INTENDENCIA
1970	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
1971	90.99	91.85	101.78	99.11	61.13	98.44
1972	90.43	88.07	95.18	94.08	85.81	89.88
1973	88.36	88.48	89.66	86.47	84.46	90.38
1974	70.47	68.31	73.31	71.18	68.41	71.00
1975	65.43	59.63	68.50	71.71	64.77	66.76
1976	62.37	58.03	65.15	66.94	58.51	65.56
1977	64.53	59.45	62.06	76.10	65.80	68.29
1978	52.63	47.81	54.11	54.37	54.59	54.18
1979	57.63	56.29	55.79	46.06	64.95	45.83
\bar{X}	74.29	71.79	76.55	76.60	70.84	75.03

MEXICO. ISSSTE. INDICES REALES DE CRECIMIENTO DEL PERSONAL
EN SERVICIO DIRECTO, 1970-1979
(1970 = 100)



GRAFICA (A) DEZ 1977 28 a.

MEXICO. SECT. INDICES REALES DE CRECIMIENTO DEL PERSONAL EN SERVICIO DIRECTO, 1970-1979 (1970 = 100)



Será en 1977 en que se realiza una fuerte expansión relativizada por -- la tercera etapa, 1978-1979 en la que encontramos reducción de todas las categorías del personal aunque para algunas se presente una notable mejoría en la segunda fecha.

Por otra parte, en el período 1970-1976 es más consistente la política de expansión del personal médico, sobre todo de 1974 a 1976 a pesar de que en el período 1970-1976 se ponderan las categorías del personal de manera distinta a la observada en el período 1977-1979 en el que el personal administrativo revierte la leve tendencia observada en 1970-1979, el puntal de la ampliación del personal en servicio directo en el período 1977-1979.

Por otra parte, el incremento observado en 1977 y que es minimizado por la reducción de 1978, nos habla de una coyuntura política en la cual la expansión del personal es una forma de "congraciamiento" con las burocracias sindicales lo cual asimismo se evidencia por la importancia del personal administrativo y en el período 1975-1977 del personal de intendencia.

La importancia evidente que muestra el personal administrativo permite plantear dos ideas. Por un lado, la burocratización del ISSSTE que atiende a que, por otro lado el Instituto ha funcionado más bien como generador coyuntural de empleos conexos a la prestación de servicios más que como organismo con interés asistencial.

Esto último se expresará en una mayor importancia real del personal que produce los servicios de atención a la salud. Lo anterior igualmente permite ubicar la importancia coyuntural de la categoría personal de intendencia.

Es importante señalar a través de lo anterior como el pacto estado-burocracias sindicales y en este caso particularmente la de los Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado encabezadas por la Federación de Sindicatos de Trabajos al servicio del Estado -FSTSE- se da de manera bipolar. Es común encontrar opiniones en el sentido de que los trabajadores al servicio del Estado son los "consentidos" de éste en vista de su "incondicionalidad" política. Sin embargo, vemos aquí que el congraciamiento del Estado con esta burocracia sindical, en cuanto administradora de la fuerza de trabajo al servicio del Estado se traduce, en términos del personal en servicios directos, en peores condiciones de atención a la salud.

Así, vemos que los "favoritos" del Estado no son sus trabajadores, a diferencia de los trabajadores al servicio de la iniciativa privada o de los no trabajadores,

sino las burocracias sindicales que someten a éstos

Finalmente, en términos del modelo sanitario-asistencial del ISSSTE veríamos que se perfilaba como hospitalario curativo lo cual nos explica y se refuerza por la importancia que presentan el personal paramédico y el de enfermería así como el personal médico que en menor escala, presenta un comportamiento similar al del último. Sin embargo, no podemos olvidar, ni siquiera aquí, la importancia del personal administrativo.

e) Población derechohabiente 40/

Ahora bien, en cuanto a la composición de la población derechohabiente la categoría más numerosa es la de familiares de asegurados, seguida por la de asegurados directos y familiares, con una participación pequeña, los pensionistas y familiares.

En el período 1979-1976 los familiares de asegurados muestran una tendencia a aumentar su participación y los asegurados directos una a la baja mientras que en el período 1977-1979 las tendencias se invierten. Por su parte, los pensionistas y familiares tienden a reducir su participación en la población derechohabiente en todo el período.

Podemos decir que lo más relevante respecto a la población derechohabiente es que en el período 1970-1976 la política de cobertura se orientó a cubrir a familiares de asegurados dentro de una política de incentivar los mecanismos de redistribución del ingreso para coadyuvar a elevar la suficiencia del salario directo mientras que en 1977-1979 la política se orientó a abarcar mayor número de asegurados directos.

Por otra parte, es importante destacar que el decremento de la población derechohabiente en 1979 ubicó la cobertura del Instituto en un nivel inferior al alcanzado en 1977.

Podemos decir que la cobertura del ISSSTE si bien en primera instancia atiende al papel del gasto corriente del Estado muestra un manejo que ha permitido en los dos períodos arriba mencionados, orientar una política de cobertura.

CUADRO 29.

AÑO i	ISSSTE. COMPOSICION DE LA POBLACION DERECHOHABIENTE, 1970-1979.								
	1 TOTAL	2 ASEGURADOS DIRECTOS		3 FAMILIARES DE ASEGURADOS		4 PENSIONADOS Y FAMILIARES.		(3/2)	
1970	1'347,470 100.00	100.00	472,520 35.07	100.00	874,950 64.93	100.00	77,770 5.77	100.00	1.85
1971	1'584,792 100.00	117.61 17.61	514,736 32.48	108.93 8.93	1'070,056 67.52	122.30 22.30	85,140 5.37	109.48 9.48	2.08
1972	1'813,059 100.00	134.55 16.94	581,462 32.07	123.06 14.13	1'231,597 67.93	140.76 18.46	91,561 5.05	117.73 8.25	2.12
1973	2'088,824 100.00	155.02 20.47	669,495 32.05	141.69 18.63	1'419,329 67.95	162.22 21.46	96,368 4.61	123.91 6.18	2.12
1974	2'905,486 100.00	215.63 60.61	910,426 31.33	192.67 50.98	1'995,060 68.67	228.02 65.80	101,929 3.51	131.06 7.15	2.19
1975	3'448,568 100.00	255.93 40.30	1'068,533 30.98	226.13 33.46	2'380,035 69.02	272.02 44.00	103,384 3.00	132.94 1.88	2.23
1976	3'918,514 100.00	290.81 34.88	1'144,199 29.20	242.15 16.02	2'774,315 70.80	317.08 45.06	105,940 2.70	136.22 3.28	2.42
1977	4'477,677 100.00	332.30 41.49	1'272,492 28.42	269.30 27.15	3'094,674 69.11	353.70 36.62	110,511 2.47	142.10 5.88	2.43
1978	4'994,742 100.00	370.68 38.38	1'438,103 28.79	304.35 35.05	3'439,346 68.86	393.09 39.39	117,293 2.35	150.82 8.72	2.39
1979	4'879,226 100.00	362.10 -8.58	1'407,618 28.85 85.94	297.90 -6.45	3'348,537 68.63 262.65	382.71 -10.38	123,071 2.52 3.99	158.25 7.43	2.38

FUENTE: Anuarios Estadísticos de cada año.

$\bar{\Delta} \%$ 89.12 21.99 31.41 6.47

3.3. Secretaría de Salubridad y Asistencia

a) Unidad médicas 41

Las unidades médicas muestran una tendencia irregular de crecimiento además de ser éste muy lento.

Podemos decir que la SSA por formar parte del Ejecutivo Federal es más sensible respecto a las decisiones de política económica. Así, en 1974, 1975 y 1979 años de restricción del gasto aunque se adoptaron ciertas medidas de promoción económica, éstas no actuaron favorablemente respecto a la infraestructura para la prestación de servicios. Aun en 1979, año en el que el gasto en el sector desarrollo social muestra mejoría vemos que no tiene correlato en la SSA, juzgando por las unidades médicas como gasto de inversión.

En el período 1971-1977 apenas si hay un aumento de las unidades médicas debido a las unidades de consulta externa cuya tendencia a la alza la consideramos relativamente a la luz de la reducción de las unidades de hospitalización lo cual realmente no significa que se trate de privilegiar el aumento de unidades de consulta externa sino que las unidades de hospitalización son más susceptibles a los recortes presupuestales, consideración que también es válida refiriéndonos al comportamiento de las unidades médicas.

Cabe hacer notar que la agregación tan burda en que se presenta la categorización de las unidades médicas no permite ahondar en el análisis ya que simplemente polariza los niveles de atención, aunque si es válido plantear que el modelo sanitario asistencial puede caracterizarse como terapéutico no hospitalario.

b) Instalaciones en las unidades médicas 42

En general, las instalaciones consideradas muestran un comportamiento irregular dentro de un rango, apreciándose una notable reducción si consideramos el volumen de la población a la que se orientan sus servicios, a excepción de los consultorios que se presentan con una tendencia al alza, lo cual está sujeto a verse con reservas por la inclusión de los consultorios rurales en 1978.

Encontramos dos momentos de contracción en las instalaciones. Uno, en 1972 y el otro en 1979. Este último, resultado obvio a la luz del descenso tan fuerte observado en las unidades médicas pero el primero, correspondiente a 1972, evidencia

CUADRO 30.

MEXICO. SSA. UNIDADES MEDICAS, 1971-1979.

AÑO	TOTAL		UNIDADES DE HOSPI- TALIZACION		UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA	
1971	3,101 100.00	100.00	604 19.38	100.00	2,500 80.62	100.00
1972	3,146 100.00	101.45 1.45	589 18.72	98.00 -2.00	2,557 81.28	102.28 2.28
1973	3,306 100.00	106.61 5.16	603 18.24	100.33 2.33	2,703 81.76	108.12 5.84
1974	3,294 100.00	106.22 -0.39	604 18.34	100.50 0.17	2,690 81.66	107.60 -0.52
1975	3,104 100.00	100.10 -6.11	543 17.49	90.35 -10.15	2,561 82.51	102.44 4.30
1976	3,139 100.00	101.23 1.13	541 17.23	90.02 -0.33	2,598 82.77	103.92 1.48
1977	3,189 100.00	102.84 1.61	539 16.90	89.68 -0.34	2,650 83.10	106.00 2.08
1978	4,162 100.00	134.21 31.37	762 18.31	126.79 37.11	3,400 81.69	136.00 30.00
1979	3,729 100.00	120.25 -13.96	584 15.66	97.17 -29.62	3,145 84.34	125.80 -4.20
$\bar{\Delta} \%$		6.02		-0.35		6.21
%		11.70		18.39		9.81

FUENTE: 4º Informe de Gobierno. Anexo Estadístico Histórico pp. 794-795.

CUADRO 30a.

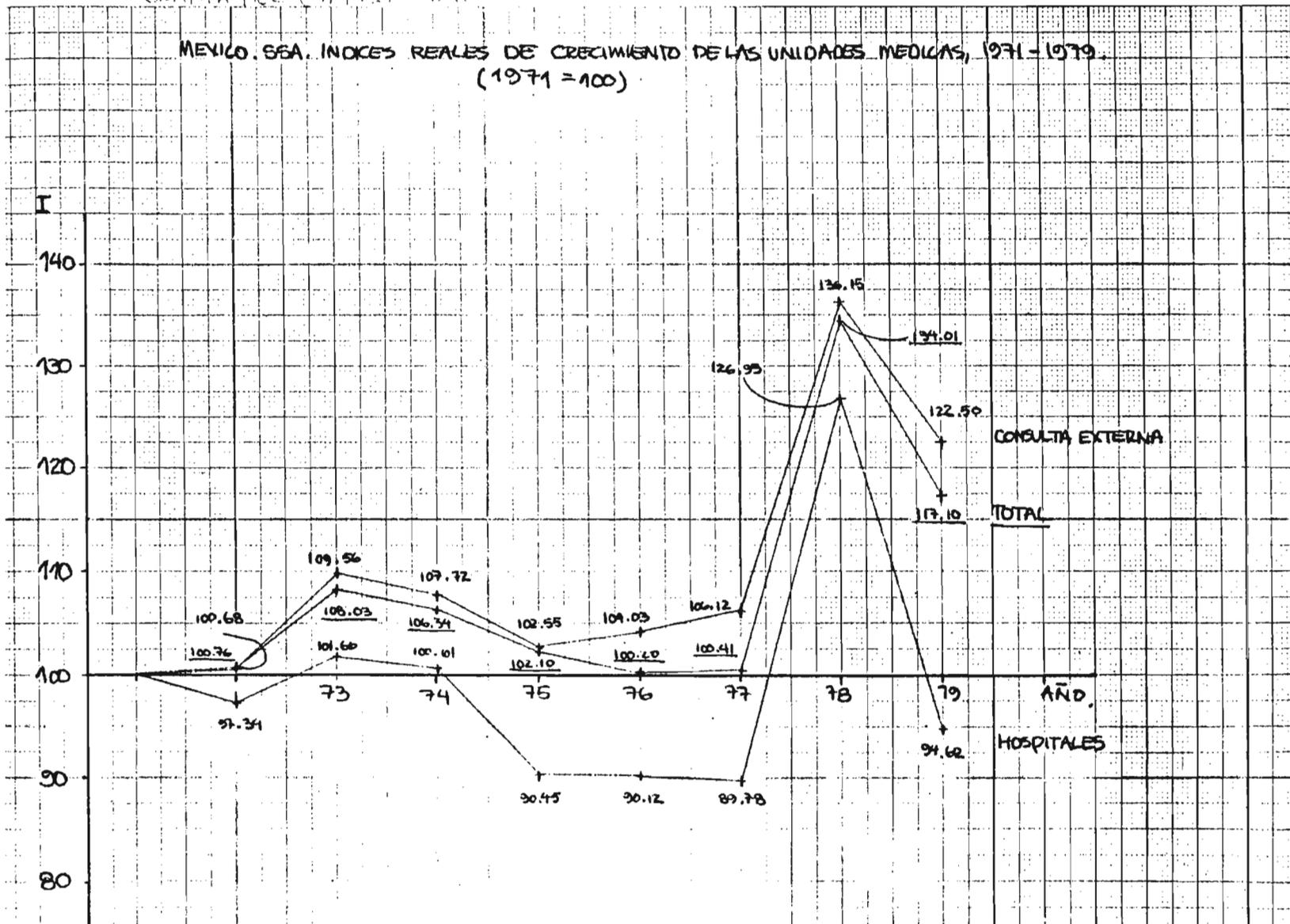
INDICES REALES

TOTAL	UNIDADES DE HOSPITALIZACION	UNIDADES DE CONS-EXTERNA
100.00	100.00	100.00
100.76	97.34	100.68
108.03	101.66	109.56
106.34	100.61	107.72
102.10	90.45	102.55
100.20	90.12	104.03
100.41	89.78	106.12
134.01	126.93	136.15
117.10	94.62	122.50
8.62	1.33	11.16

FUENTE: Cuadro 30.

GRÁFICA DEL CAMBIO = 11.1

MEXICO. SGA. INDICES REALES DE CRECIMIENTO DE LAS UNIDADES MEDICAS, 1971-1979.
(1971 = 100)



CUADRO 31

MEXICO. SSA. INSTALACIONES EN LAS UNIDADES MEDICAS, 1971-1979.

AÑO	CAMAS HOSPITALARIAS		QUIROFANOS		SALAS DE EXPULSION		CONSULTORIOS		CAMAS HOSPITALARIAS	QUIROFANOS	SALAS DE EXPULSION	CONSULTORIOS
1971	26,776	100.00	586	100.00	836	100.00	3,303	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
1972	25,761	96.21 -3.79	511	87.20 -12.80	934	111.72 11.72	3,039	92.01 -7.99	95.56	86.61	110.97	91.39
1973	28,284	105.63 9.42	541	92.32 5.12	954	114.11 2.39	3,540	107.18 15.17	107.03	93.55	115.62	108.60
1974	28,383	106.00 0.37	563	96.08 3.76	1,097	131.22 17.31	3,659	110.78 3.60	106.12	96.19	114.24	110.90
1975	29,434	109.93 3.93	261	44.54 -51.54	652	77.99 -53.23	4,405	133.36 22.58	112.13	45.43	79.55	136.03
1976	29,445	109.97 0.04	326	55.63 11.09	684	81.82 3.83	4,452	134.79 1.19	108.89	55.06	80.99	133.42
1977	30,062	112.27 2.30	371	63.31 7.68	687	82.18 0.36	4,632	140.24 5.45	109.62	61.81	80.24	136.93
1978	34,890	130.30 18.03	660	112.63 49.32	735	87.92 5.74	7,469	1/226.13 85.89	130.10	112.63	87.79	225.79
1979	25,707	96.01 -34.29	511	87.20 -25.43	618	73.93 -13.99	7,063	213.84 -12.29	93.49	84.92	71.99	208.24
$\bar{\Delta} \%$		0.50		-2.99		-3.26		14.2				

FUENTE: 4^o Informe de Gobierno. Anexo Estadístico Histórico pp. 794-795.

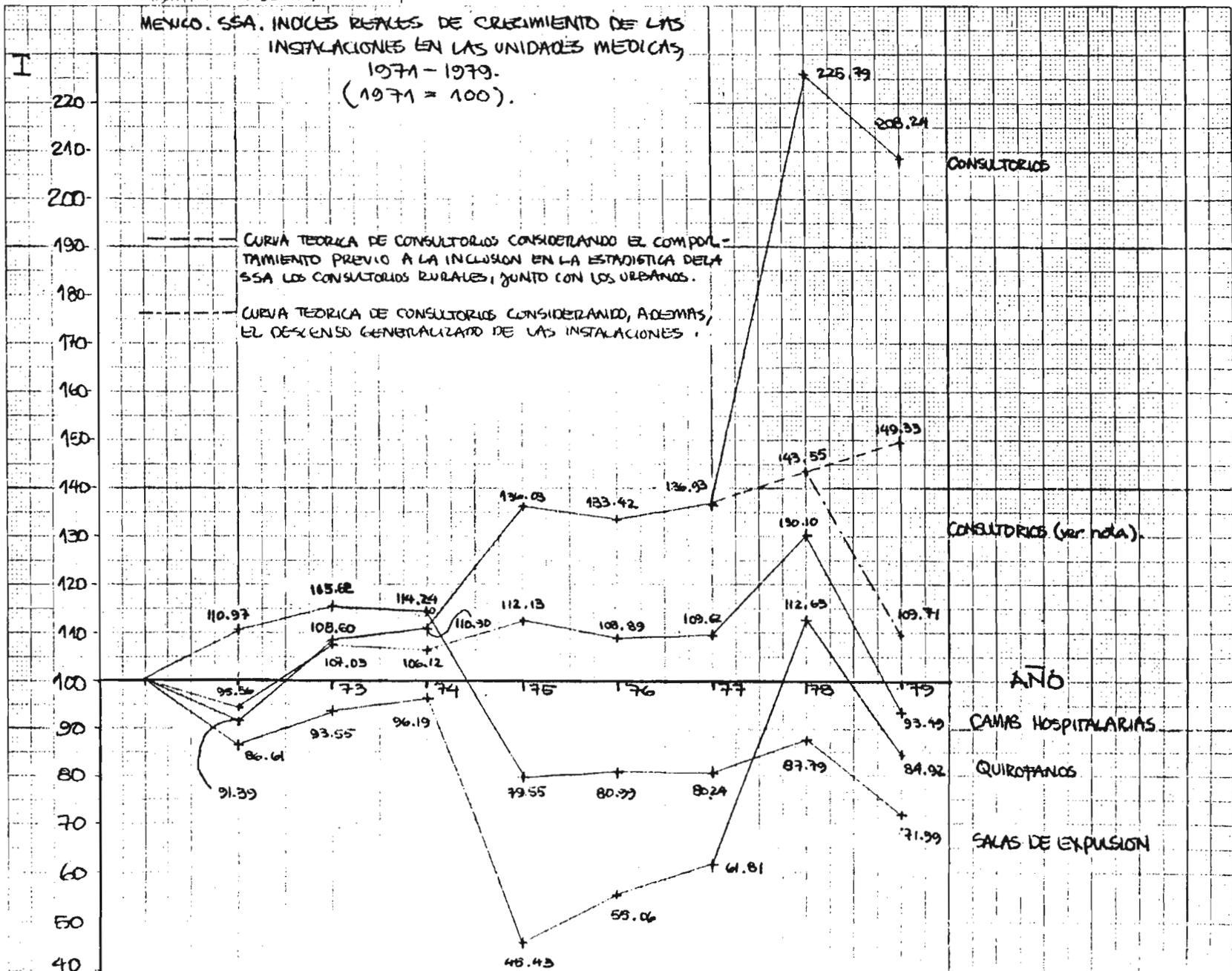
NOTA: 1/ A partir de este año, se incluyen los consultorios rurales

FUENTE: Cuadro 31

CUADRO 31a.

INDICES REALES

GRÁFICA DEL INFORME 21 a.
 MEXICO. SSA. INDICES REALES DE CRECIMIENTO DE LAS
 INSTALACIONES EN LAS UNIDADES MEDICAS,
 1971-1979.
 (1971 = 100).



que la política de redistribución del ingreso anunciada para este año y que se apoyaba en la ampliación del gasto público, en el caso del sector desarrollo social, no contempló acciones en la salud pública. Esto es, considerando la diferencia de la población objetivo de la SSA respecto a la población derechohabiente de la seguridad social, la redistribución del ingreso a través de la atención a la salud, sólo operó para aquellos trabajadores formalmente agrupados en cuanto a su calidad de asalariados.

Podemos decir que el modelo sanitario-asistencial de la SSA implícito en las características y comportamiento de la infraestructura para la atención a la salud, es de tipo terapéutico no hospitalario presentado además un grave problema si tomamos en cuenta la enorme baja de las salas de expulsión frente a la gran cantidad de partos y el alto riesgo de éstos, dadas las características epidemiológicas de la población.

Por otra parte, puede definirse un período, de 1971 a 1977, en el que las instalaciones en general muestran un comportamiento distinto al del año de 1978 en el que se pretende establecer un nivel de infraestructura superior lo cual, se revierte en 1979; es decir, la política de salud pública de 1977 atendió a los lineamientos previos, propios del período 1971-1976.

c) Servicios médicos prestados 43/

De manera general, los servicios médicos prestados presentan un crecimiento considerable en el período lo que, como más adelante veremos dado el comportamiento de la infraestructura, se traducirá en diversas intensificaciones del uso de ésta.

Como apuntábamos en el caso de las unidades médicas y de las instalaciones en éstas, el modelo sanitario asistencial implícito se nos presenta como terapéutico no hospitalario, a juzgar ahora por los servicios. Sin embargo, es importante notar que en cuanto a los aumentos, principalmente de los partos atendidos, denotan, el no estar asociados a incrementos en la infraestructura, un "productivismo" hospitalario implícito en la intensificación de uso de ésta, mismo que como después veremos, no siempre resulta positivo, sino todo lo contrario.

CUADRO 32

CUADRO 32a.

MEXICO. SSA. SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS, 1971-1979.

(X10³)

AÑO	EGRESOS HOSPITALARIOS		INTERVENCIONES QUIRURGICAS		PARTOS ATENDIDOS		CONSULTAS EXTERNAS		EGRESOS HOSPITALARIOS	INTERV. QUIRURGICAS	PARTOS ATENDIDOS	CONSULTAS EXTERNAS
1971	378	100.00	101	100.00	168	100.00	14,383	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
1972	454	120.11 20.11	87	86.14 -13.86	181	107.74 7.74	13,348	92.80 -7.20	119.30	85.56	107.01	92.17
1973	451	119.31 -0.80	78	77.23 -8.91	181	107.74 0.00	13,634	94.79 1.99	120.89	78.26	109.17	96.05
1974	507	134.13 14.82	87	86.14 8.91	193	114.88 7.14	14,273	99.24 4.45	134.28	86.23	115.01	99.35
1975	474	125.40 -8.73	110	108.91 22.77	185	110.12 -4.76	13,604	94.58 -4.66	427.91	111.09	112.32	96.47
1976	557	147.35 21.95	81	80.20 -28.71	201	119.64 9.52	16,078	111.78 17.2	145.85	79.38	118.42	110.64
1977	568	150.26 2.91	94	93.07 12.87	195	116.07 -3.57	18,269	127.02 15.24	146.71	90.87	113.33	124.02
1978	802	212.17 61.91	275	1/272.28 179.21	282	167.86 51.79	25,124	174.68 47.66	211.85	271.87	167.61	174.42
1979	666	176.19 -35.98	236	236.63 -35.65	274	163.10 -4.76	22,614	157.23 -17.45	171.57	230.43	158.83	153.11
$\bar{\Delta}$ %		9.52		17.08		7.89		7.15	8.95	16.30	7.35	6.68

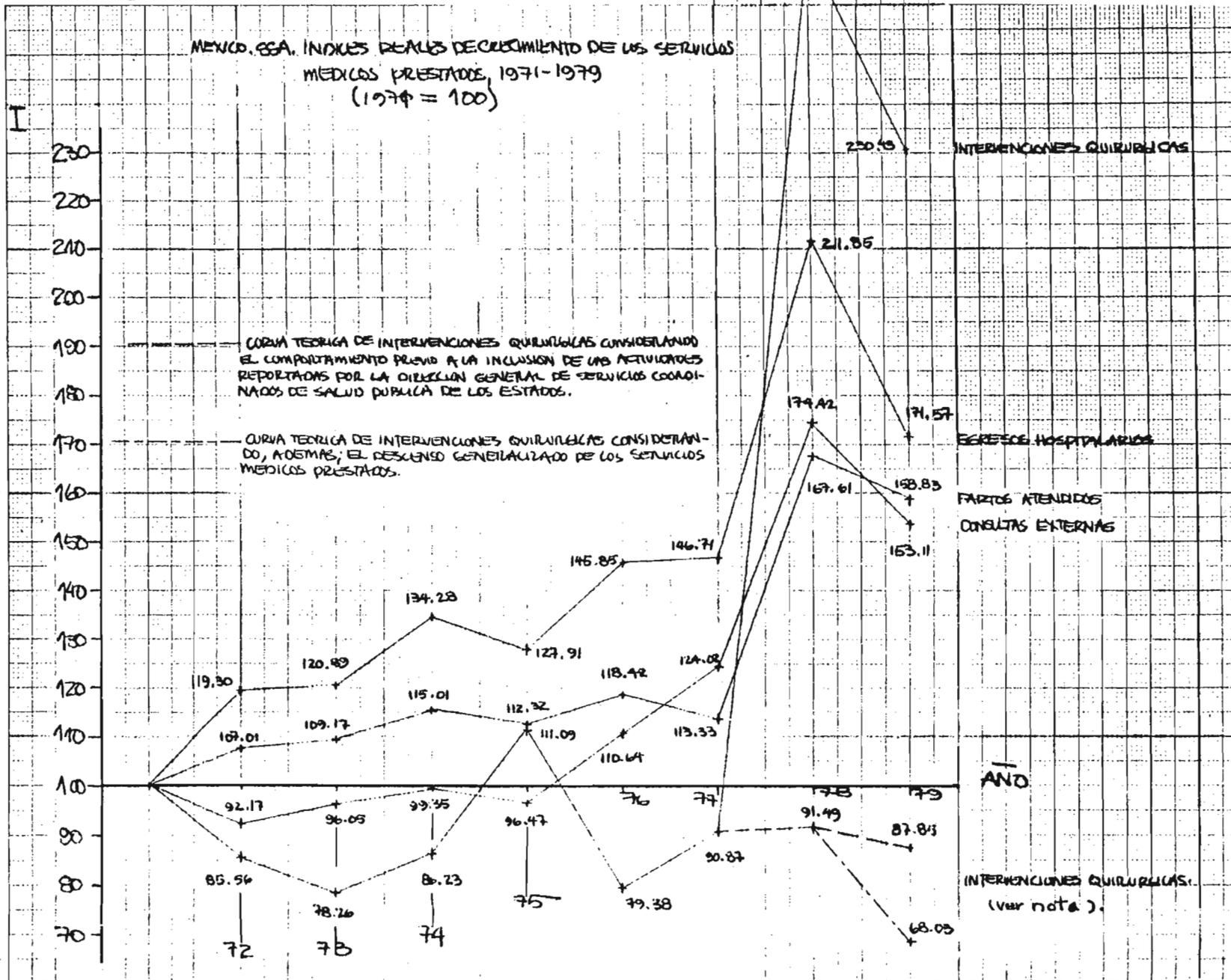
106.

FUENTE: 4º Informe de Gobierno. Anexo Estadístico Histórico.

NOTA: 1/ El incremento de 1978 se debe a que a partir de este año, la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública de los Estados reporta esta actividad.

GRAFICA DEL CUMULO ≥ 2 .

MEXICO, SSA. INDICES REALES DE CRECIMIENTO DE LOS SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS, 1971-1979 (1974 = 100)



d) Recursos Humanos 44/

Al respecto, podemos señalar cuatro puntos importantes. El primero, que la importancia de las categorías enfermeras y personal técnico es congruente con un modelo sanitario-asistencial terapéutico no hospitalario con el que hemos descubierto a través de las unidades médicas, sus instalaciones y los servicios médicos prestados. El segundo, que observamos como al aumentar el número e importancia del personal administrativo, se da una burocratización de la salud pública; tercero, que el volumen creciente del personal, considerando por una parte las restricciones observadas en la infraestructura, coadyuva al productivismo en la atención a la salud constatado principalmente en los servicios vinculados a unidades de hospitalización; el cuarto, que dado el comportamiento de la población objetivo lo cual a continuación se presenta, la ampliación del personal parece excesiva ante lo cual podemos indicar que la baja calidad que tienen en la gran mayoría de casos la atención a la salud de la SSA atiende a que se ha sustituido la infraestructura por productivismo, lo cual relativamente constituye una ampliación de cobertura y que atiende además a una política de incorporación de la oferta de trabajadores de la salud lo cual si bien es correcto en términos de política de empleo y puede ser una buena intención en cuanto a política de atención a la salud, no pasa de lo último considerando las características reales y concretas de la atención a la salud, su modelo implícito, su infraestructura, etc, a la cual son incorporados.

e) Población objetivo 45/

A pesar de que algunas veces se utiliza como argumento de la falta de cobertura de la SSA el considerar que en la medida en que no define población derecho habiente, cubre a toda la población, y no lo inadecuado cuantitativa y cualitativamente de la infraestructura así como las características de su modelo sanitario-asistencial, si podemos definir por exclusión, en primera instancia, de la población sujeta a seguridad social, un sector de la población a la cual debe dirigirse la salud pública y que denominamos población objetivo de la SSA.

De esta manera vemos que la magnitud de la población objetivo guarda una relación inversa con la población derecho-habiente, relación a partir de la cual observamos en el período considerado que la población objetivo es más o menos constante, alrededor de los 40 millones de personas.

CUADRO 33.

SSA. RECURSOS HUMANOS 1971-1979.

	MEDICOS		ENFERMERAS		ODONTOLOGOS		OTROS PROFESIONISTAS		PERSONAL TECNICO		PERSONAL ADMTVO		TOTAL	
1971	9,774	100.00	15,107	100.00	659	100.00	3,322	100.00	535	100.00	12,052	100.00	41,449	100.00
%	23.58		36.45		1.59		8.01		1.29		29.08		100.00	
1972	9,854	100.82	16,171	107.04	613	93.02	3,389	102.02	529	98.88	12,403	102.91	42,959	103.64
%	22.94	0.82	37.64	7.04	1.43	-6.98	7.89	2.02	1.23	-1.12	28.87	2.91	100.00	3.64
1973	11,090	113.46	17,364	114.94	722	109.56	3,767	113.40	724	135.33	13,174	109.31	46,841	113.01
%	23.68	12.64	37.07	7.94	1.54	16.54	8.04	11.38	1.55	36.45	28.12	6.40	100.00	9.37
1974	12,176	124.58	17,737	117.41	852	129.29	4,183	125.92	1,010	188.79	13,729	113.91	49,687	119.88
%	24.51	11.12	35.70	2.43	1.71	19.73	8.42	12.52	2.03	53.46	27.63	4.60	100.00	6.87
1975	11,822	120.95	17,076	113.03	550	83.46	4,109	123.69	1,246	232.90	14,008	116.23	48,811	117.76
%	24.22	-3.63	34.98	-4.38	1.13	-45.83	8.42	-2.23	2.55	44.11	28.70	2.32	100.00	-2.12
1976	12,774	130.69	18,643	123.41	551	83.61	4,141	124.65	1,345	251.40	14,106	117.04	51,560	124.39
%	24.78	9.74	36.16	10.28	1.07	0.15	8.03	0.96	2.61	18.50	27.36	0.81	100.00	6.63
1977	13,739	140.57	20,241	133.98	837	127.01	2,018	60.75	2,648	494.95	18,564	154.03	58,047	140.04
%	23.67	9.88	34.87	10.57	1.44	43.40	3.48	-63.90	4.56	243.55	31.98	36.99	100.00	15.65
1978	18,272	186.94	27,494	182.00	1,004	152.35	2,852	85.85	4,496	840.37	31,660	262.69	85,778	206.95
%	21.30	46.37	32.05	48.02	1.17	25.34	3.32	25.10	5.24	345.42	36.91	108.66	100.00	66.91
1979	17,825	182.37	25,274	167.30	1,089	165.25	3,720	111.98	5,183	968.79	44,682	370.74	97,773	235.89
%	18.23	-4.57	25.85	-14.70	1.11	12.90	3.80	26.13	5.30	128.42	45.70	108.05	100.00	28.94
$\bar{\Delta}$ %		10.30		8.40		8.16		1.50		108.60		33.84		16.99

4º Informe de Gobierno. Anexo Estadístico Histórico. pp. 800-801.

CUADRO 33a.

AÑO	MEXICO. SSA. RECURSOS HUMANOS, 1971-1979.					INDICES REALES.	
	TOTAL	MEDICOS	ENFERMERAS	ODONTOLOGOS	OTROS PROFESIONISTAS	PERSONAL TECNICO	PERSONAL ADMINISTRATIVO
1971	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
1972	102.94	100.14	106.32	92.39	101.33	98.21	102.21
1973	114.51	114.97	116.47	111.01	114.91	137.13	110.76
1974	120.01	124.72	117.54	129.43	126.06	189.00	114.04
1975	120.11	123.37	115.29	85.13	126.16	237.56	118.55
1976	123.12	129.36	122.15	82.76	123.38	248.84	115.85
1977	136.73	137.25	130.81	124.01	59.31	483.26	150.39
1978	206.64	186.66	181.73	152.12	85.72	839.11	262.30
1979	229.71	177.59	162.92	160.92	109.05	944.41	361.03

CUADRO 34.

MEXICO. S.S.A. RECURSOS HUMANOS POR CATEGORIAS AGREGADAS, 1971-1979

AÑO	MEDICOS	ENFERMERAS	PERSONAL PARAMEDICO	PERSONAL ADMINISTRATIVO
1971	10,433	15,107	3,857	12,052
1972	10,467	16,171	3,918	12,403
1973	11,812	17,364	4,491	13,174
1974	13,028	17,737	5,193	13,729
1975	12,372	17,076	5,355	14,008
1976	13,325	18,643	5,486	14,106
1977	14,576	20,241	4,666	18,564
1978	19,276	27,494	7,348	31,660
1979	18,914	25,214	8,903	44,682

NOTA METODOLOGICA: La agregación en estos cuatro rubros es la única que permite la comparabilidad entre instituciones: MEDICOS.- Incluye médicos y odontólogos. ENFERMERAS.- Sin cambio de clasificación. PERSONAL PARAMEDICO.- Incluye otros profesionistas y personal técnico. PERSONAL ADMINISTRATIVO.- Sin cambio de clasificación.

CUADRO 34a.

MEXICO. S.S.A. INDICES DE CRECIMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS POR CATEGORIAS AGREGADAS.
1971-1979. (1971=100)

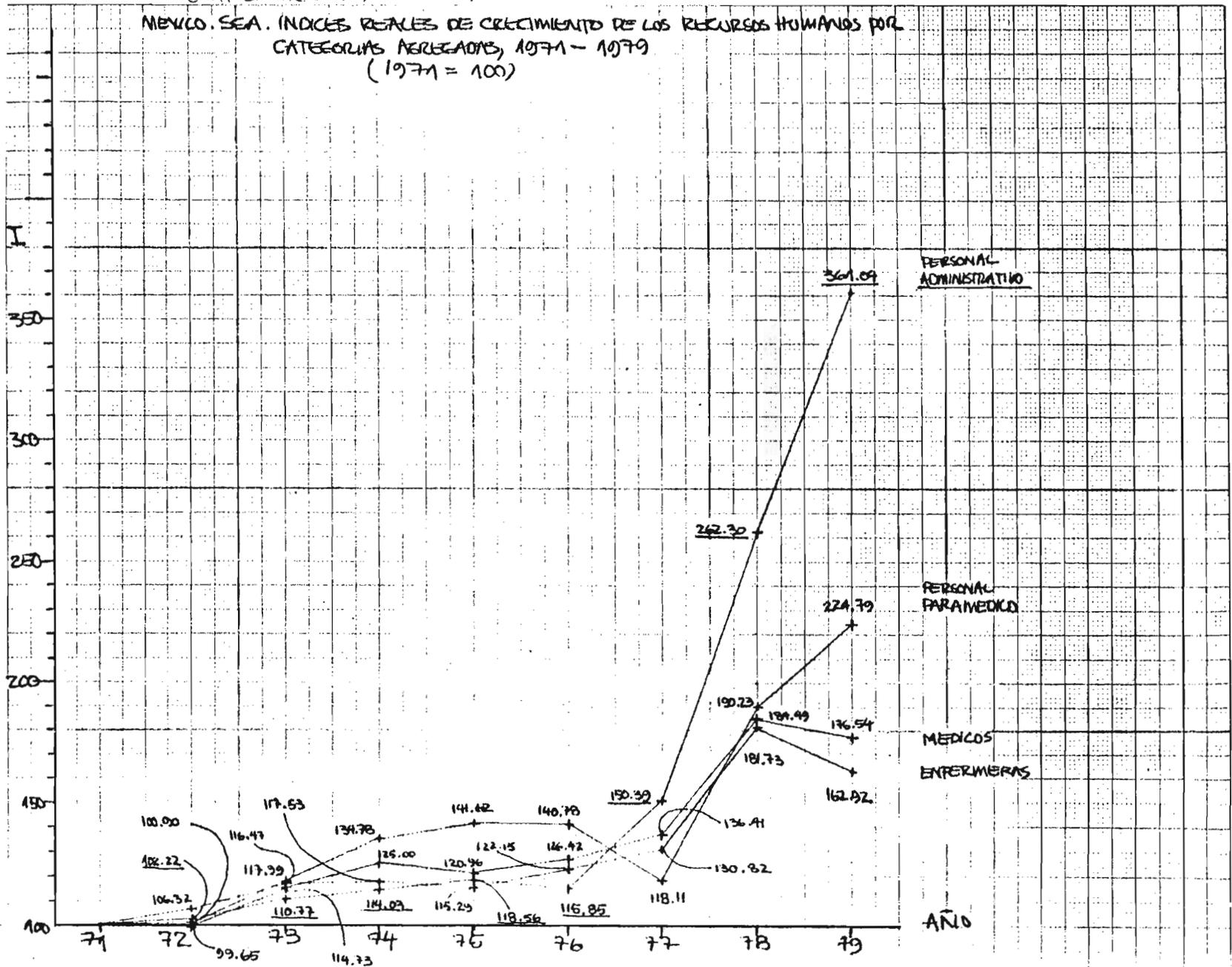
AÑO	MEDICOS	ENFERMERAS	PERSONAL PARAMEDICO	PERSONAL ADMINISTRATIVO
1971	100.00	100.00	100.00	100.00
1972	100.33	107.04	101.58	102.91
1973	113.22	114.94	116.44	109.31
1974	124.87	117.41	134.64	113.91
1975	118.59	113.03	138.84	116.23
1976	127.72	123.41	142.23	117.04
1977	139.71	133.98	120.97	154.03
1978	184.76	182.00	190.51	262.69
1979	181.29	167.30	230.83	370.74

CUADRO 34.b

MEXICO.SSA. INDICES REALES DE CRECIMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS POR CATEGORIAS AGREGADAS, 1971-1979
(1971=100)

AÑO	MEDICOS	ENFERMERAS	PERSONAL PARAMEDICO	PERSONAL ADMINISTRATIVO
1971	100.00	100.00	100.00	100.00
1972	99.65	106.32	100.90	102.22
1973	114.73	116.47	117.99	110.77
1974	125.00	117.53	134.78	114.03
1975	120.96	115.29	141.62	118.56
1976	126.42	122.15	140.78	115.85
1977	136.41	130.82	118.11	150.39
1978	184.49	181.73	190.23	262.30
1979	176.54	162.92	224.79	361.04

MEXICO. SEA. INDICES REALES DE CRECIMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS POR CATEGORIAS PROFESIONALES, 1971 - 1979 (1971 = 100)



CUADRO 35.

MEXICO. S.S.A. POBLACION OBJETIVO DE LA SALUD PUBLICA, 1971-1979

AÑO	POBLACION OBJETIVO DE LA SALUD PUBLICA	171,1
1971	40,293.7	100.00
1972	40,567.7	100.68
1973	39,765.8	98.69
1974	40,251.0	99.89
1975	39,505.6	98.04
1976	40,708.7	101.03
1977	41,270.6	102.42
1978	40,352.4	100.15
1979	41,377.8	102.69

NOTA METODOLOGICA.- Dado que los servicios de salud pública se consideran para población abierta, se definió la población objetivo a partir de restarle a la población nacional --- aquella con acceso a la seguridad social.

Considerando lo anterior, los aumentos o reducciones de las unidades médicas, de las instalaciones en éstas, de los servicios médicos prestados y el del personal pueden tomarse directamente como absolutos al no actuar significativamente la población objetivo como ponderador relevante de los indicadores físicos.

Estos simplemente nos lleva a considerar que la baja capacidad de atención de la salud por parte de la SSA responde a lo inadecuado de su infraestructura en lo cuantitativo, al no ser suficiente y darse más bien una tendencia a concentrar instalaciones en las unidades médicas más que incrementar significativamente éstas para lograr efectivamente una ampliación de cobertura lo cual ésta para lograr efectivamente una ampliación de cobertura lo cual está ligado, por otra parte, a que consideremos que la localización de las unidades médicas parece no ser la adecuada y, en lo cualitativo, en cuanto a las características del modelo sanitario-asistencial implícito, que aunque es terapéutico y no hospitalario, parece no ajustarse debidamente a las características epidemiológicas de la población a juzgar por la carencia de unidades de atención de segundo nivel.

4. Las Políticas de infraestructura y de Atención con Base en Indicadores Físicos

4.1. Definiciones

a) De las políticas

Si bien en el capítulo anterior se han detectado las grandes líneas de política de infraestructura y de atención a través del análisis de las unidades físicas en éste se detallan dos tipos de políticas: Las de infraestructura y las de atención.

Políticas de Infraestructura.- Se basan exclusivamente en la comparación cuantitativa de los índices reales de crecimiento (aquellos ponderados por los índices de crecimiento de las poblaciones que deben atender las instituciones) de las unidades médicas, con los propios de las instalaciones en las unidades médicas.

Se han definido cuatro políticas de infraestructura conforme al siguiente cuadro:

CUADRO 36. CRITERIOS PARA LA DEFINICION DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA
INCREMENTO DE LOS INDICES REALES DE CRECIMIENTO

UNIDADES MEDICAS		INSTALACIONES EN LAS UNIDADES MEDICAS		POLITICA
+	-	+	-	
■		■		A
	■	■		B
■			■	C
	■		■	D

Política A.- Se han definido como la política de ampliación efectiva de la infraestructura toda vez que implica que, tanto las unidades médicas como las instalaciones en las unidades médicas han tenido incremento que, una vez ponderados por el in

cremento propio de la población por atender, muestran una suficiencia superior. Cabe aclarar que el signo (+, -) utilizado en este análisis corresponde a la diferencia del índice del año transcurrido en relación al del presentado en el año anterior.

Política B.- Como tal se entiende la concentración de instalaciones en las unidades médicas puesto que, sin aumentar las unidades médicas, se incrementan las instalaciones, lo cual implica que dicho incremento se ubicará aunque parcialmente, en unidades médicas preexistentes.

Política C.- Corresponde a la ampliación de unidades médicas con menor capacidad de atención ya que, al mostrar las unidades médicas un incremento efectivo y las instalaciones en las unidades médicas una disminución, implica que las unidades médicas "superavitarias" no cuentan con las instalaciones suficientes y correlativas.

Política D.- Esta indica la reducción efectiva de la infraestructura puesto que, de modo contrario a lo planteado en la Política A ambos índices reales de crecimiento, el de las unidades médicas y el de las instalaciones en las unidades médicas, muestran un retroceso en su suficiencia frente al aumento de las poblaciones por atender.

Políticas de atención.- Tomando como base las políticas de infraestructura, las políticas de atención incorporan los índices reales de crecimiento de los servicios médicos prestados correspondientes a las instalaciones en las unidades médicas. La definición de ocho políticas de atención es obtenida bajo el mismo procedimiento que las de la infraestructura conforme al siguiente cuadro:

CUADRO 37: CRITERIOS PARA LA DEFINICION DE LAS POLITICAS DE ATENCION

Incremento de los índices reales de crecimiento				Incremento de los índices reales de crecimiento			
Unidades Médicas		Instalaciones en las Unidades Médicas		Política de infraestructura	Servicios Médicos Prestados		Política de atención
+	-	+	-		+	-	
■	■	■	■	A	■	■	1
■	■	■	■	C	■	■	3
■	■	■	■	B	■	■	5
■	■	■	■	D	■	■	7
							2
							4
							6
							8

- Política 1.- Se denomina de ampliación efectiva de la atención ya que de manera coincidente con la ampliación efectiva de la infraestructura aumentan los servicios médicos prestados, superando el aumento propio del índice de crecimiento de la población por atender correspondiente.
- Política 2.- Corresponde a una subutilización de la infraestructura en cuanto a que aún existiendo un aumento de los índices reales de crecimiento de las unidades médicas y de las instalaciones en las unidades médicas, los servicios médicos prestados muestran retroceso en su índice real.
- Política 3.- Refiere a la intensificación del uso de las instalaciones en las unidades médicas toda vez que, aunque en términos de la infraestructura consideramos que se ha efectuado una ampliación de unidades médicas sin un correspondiente aumento en términos de las instalaciones en las unidades médicas, - se incrementa el índice de los servicios médicos prestados.

- Política 4.- Define una situación en la que la baja de atención por falta de capacidad de las unidades médicas corresponde a que aún habiendo ampliación de unidades médicas, el decremento del índice de crecimiento de los servicios médicos prestados se asocia al propio de las instalaciones en las unidades médicas.
- Política 5.- La ampliación de atención por concentración implica que el incremento del índice de crecimiento de las instalaciones en las unidades médicas se adiciona el propio de los servicios médicos prestados, en unidades médicas con una suficiencia inferior. Puede considerarse como una intensificación del uso de las unidades médicas.
- Política 6.- Como caso contrario a la política anterior, corresponde a una baja en la atención por concentración de las instalaciones en las unidades médicas.
- Política 7.- En este caso, se trata de una intensificación del uso de la infraestructura toda vez que los servicios médicos prestados se incrementan positivamente ante decrementos de los índices tanto de las unidades médicas y de las instalaciones en las unidades médicas.
- Política 8.- Corresponde a la contracción efectiva de la atención ya que encontramos asociados decrementos de los índices de unidades médicas, de instalaciones en las unidades médicas y de los servicios médicos prestados.

Las relaciones cualitativas de las políticas de infraestructura y de las políticas de atención pueden ser planteadas de la siguiente manera:

CUADRO 38: RELACION CUALITATIVA DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA Y DE ATENCION

Política de infraestructura	Política de atención
A Ampliación efectiva de la infraestructura	1 Ampliación efectiva de la atención 2 Subutilización de la infraestructura
C Ampliación de unidades médicas con menor capacidad	3 Intensificación del uso de las instalaciones en las unidades médicas 4 Contracción de la atención por falta de capacidad de las unidades médicas
B Concentración de instalaciones en las unidades médicas	5 Ampliación de la atención por concentración 6 Contracción de la atención por concentración
D Reducción efectiva de la infraestructura	7 Intensificación en el uso de la infraestructura 8 Contracción efectiva de la atención

b) Del universo de trabajo

El análisis de políticas abarca las combinaciones posibles de unidades médicas, instalaciones, con base en las redes de atención que presenta cada institución conforme se enuncia adelante.

CUADRO 39: MEXICO-IMSS RELACION ENTRE UNIDADES MEDICAS, INSTALACIONES EN LAS UNIDADES Y SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS PARA EL ANALISIS DE POLITICAS.

Unidades Médicas	Instalaciones en las Unidades Médicas	Servicios Médicos Prestados
A. Hospital de Especialidades (HE)	A.1. Camas hospitalarias (CH)	A.1.1. Egresos hospitalarios (EH) ^{a/}
	A.2. Quirófanos	A.2.1. Intervenciones quirúrgicas (IQ)
	A.3. Salas de expulsión (SE)	A.3.1. Partos atendidos
	A.4. Consultorios (CN)	A.4.1. Consultas externas (CE)
B. Clínica hospital T-1 (T1)	B.1. Camas hospitalarias	B.1.1. Egresos hospitalarios
	B.2. Quirófanos	B.2.1. Intervenciones quirúrgicas
	B.3. Salas de expulsión	B.3.1. Partos atendidos
	B.4. Consultorios	B.4.1. Consultas externas
C. Clínica hospital T-2 (T2)	C.1. Camas hospitalarias	C.1.1. Egresos hospitalarios
	C.2. Quirófanos	C.2.1. Intervenciones quirúrgicas
	C.3. Salas de expulsión	C.3.1. Partos atendidos
	C.4. Consultorios	C.4.1. Consultas externas
D. Clínica hospital T-3 (T3)	D.1. Camas hospitalarias	D.1.1. Egresos hospitalarios
	D.2. Quirófanos	D.2.1. Intervenciones quirúrgicas
	D.3. Salas de expulsión	D.3.1. Partos atendidos
	D.4. Consultorios	D.4.1. Consultas externas
E. Clínica A (CA)	E.1. Consultorios	E.1.1. Consultas externas
F. Clínica B (CB)	F.1. Consultorios	E.1.1. Consultas externas

a/ La estadística del IMSS no registra los ingresos sino los egresos hospitalarios.

CUADRO 40. MEXICO-ISSSTE RELACION ENTRE UNIDADES MEDICAS, INSTALACIONES EN LAS UNIDADES MEDICAS Y SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS PARA EL ANALISIS DE POLITICAS.

Unidades Médicas	Instalaciones en las Unidades Médicas	Servicios Médicos Prestados
A. Hospitales propios (HP)	A.1. Camas hospitalarias	A.1.1. Egresos Hospitalarios ^{a/}
	A.2. Quirófanos	A.2.1. Intervenciones quirúrgicas
	A.3. Salas de expulsión	A.3.1. Partos atendidos
	A.4. Consultorios	A.4.1. Consultas externas
B. Hospitales subrogados (HS)	B.1. Camas hospitalarias	B.1.1. Egresos hospitalarios
	B.2. Quirófanos	B.2.1. Intervenciones quirúrgicas
	B.3. Salas de expulsión	B.3.1. Partos atendidos
	B.4. Consultorios	B.4.1. Consultas externas
C. Clínicas (CL)	C.1. Consultorios	C.1.1. Consultas externas
D. Puestos periféricos (PP)	D.1. Consultorios	D.1.1. Consultas externas

a/ Idem. IMSS

CUADRO 41. MEXICO-SSA RELACION ENTRE UNIDADES MEDICAS, INSTALACIONES EN LAS UNIDADES MEDICAS Y SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS PARA EL ANALISIS DE POLITICAS.

A. Unidades hospitalarias (UH)	A.1. Camas hospitalarias	A.1.1. Egresos hospitalarios ^{a/}
	A.2. Quirófanos	A.2.1. Intervenciones quirúrgicas
	A.3. Salas de expulsión	A.3.1. Partos atendidos
	A.4. Consultorios	A.4.1. Consultas externas
B. Unidades de consulta externa (UCE)	B.1. Consultorios	B.1.1. Consultas externas

a/ Idem. IMSS

c) Cuadros de análisis.

A continuación se presenta el juego de cuadros de análisis de las unidades físicas conforme a las políticas y universo propuesto.

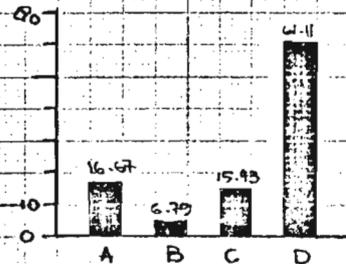
CUADRO 42
MEXICO. IMSS. POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA y DE ATENCION, 1970-1979.
(Los años i corresponden al cierre del período anual (i-1) - i)

POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA																		
AÑO i	HE				T-1				T-2				T-3				CA	CB
	CH	QR	SE	CN	CH	QR	SE	CN	CH	QR	SE	CN	CH	QR	SE	CN	CN	CN
71	C	C	C	C	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	C	D
72	C	C	A	C	C	C	A	C	C	C	A	C	D	D	B	D	D	D
73	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
74	A	A	A	A	A	A	A	A	B	B	B	B	A	A	A	A	A	B
75	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
76	B	B	D	B	A	A	C	A	A	A	C	A	A	A	C	A	A	A
77	D	B	D	D	D	D	D	D	C	C	C	C	D	B	D	D	D	D
78	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
79	C	C	C	C	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
A: Ampliación efectiva de la infraestructura.				B: Concentración de instalaciones en las unidades médicas				C: Ampliación de unidades médicas con menor capacidad				D: Reducción efectiva de la infraestructura						
POLITICAS DE ATENCION																		
AÑO i	HE				T-1				T-2				T-3				CA	CB
	CH/EH	QR/IQ	SE/PA	CN/CE	CH/EH	QR/IQ	SE/PA	CN/CE	CH/EH	QR/IQ	SE/PA	CN/CE	CH/EH	QR/IQ	SE/PA	CN/CE	CN/CE	CN/CE
71	3	3	3	3	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	3	7
72	4	4	2	4	4	4	2	4	4	4	2	4	8	8	6	8	8	8
73	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
74	1	1	2	2	1	1	2	2	5	5	6	6	1	1	2	2	2	6
75	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
76	5	5	7	5	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1
77	7	5	8	7	7	7	8	7	3	3	4	3	7	5	8	7	7	7
78	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
79	4	4	4	4	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
1: Ampliación efectiva de la atención				2: Subutilización de la infraestructura				3: Intensificación del uso de las instalaciones en las unidades médicas				4: Contracción de la atención por falta de capacidad de las unidades médicas.						
5: Ampliación de la atención por concentración				6: Contracción de la atención por concentración.				7: Intensificación en el uso de la infraestructura				8: Contracción efectiva de la atención						

MENUDO. INISS. ANALISIS DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA

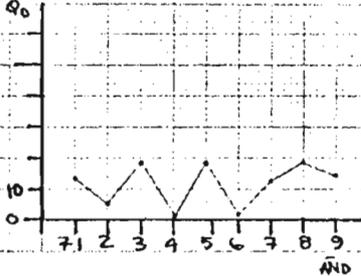
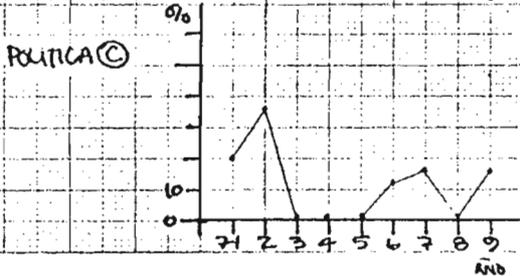
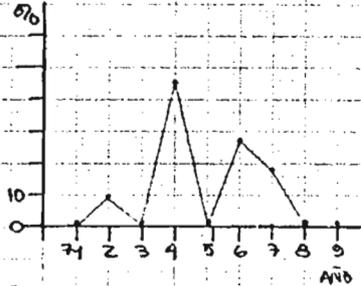
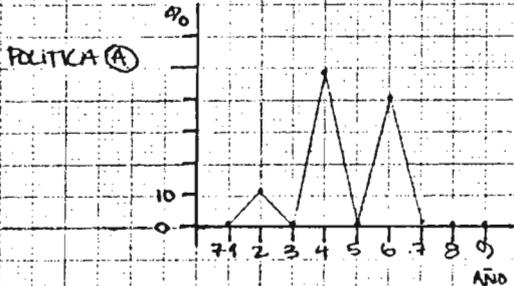
① DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS

POLITICA	f	%
A	27	16.67
B	11	6.79
C	25	15.43
D	99	61.11
TOTAL	162	100.00

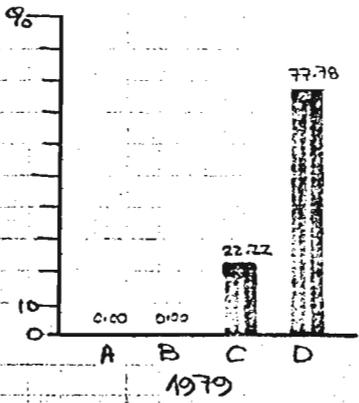
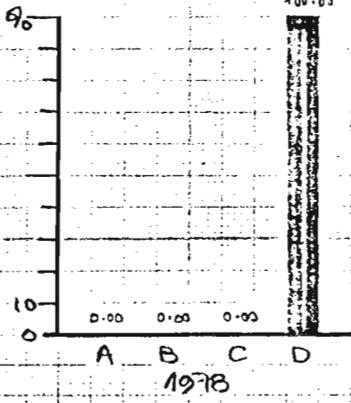
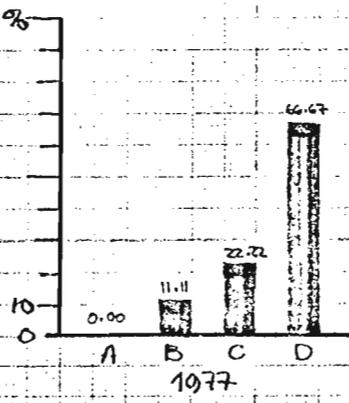
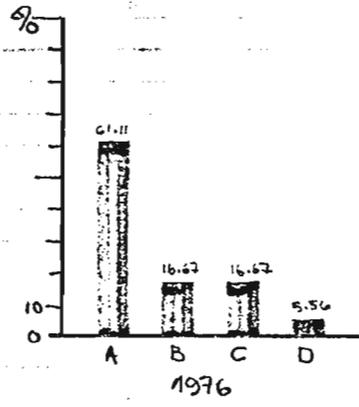
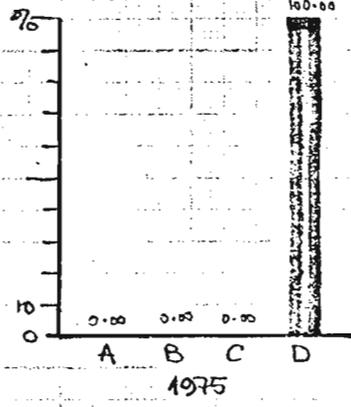
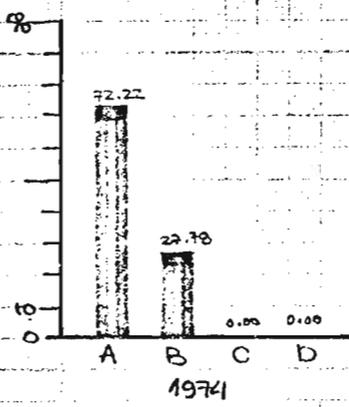
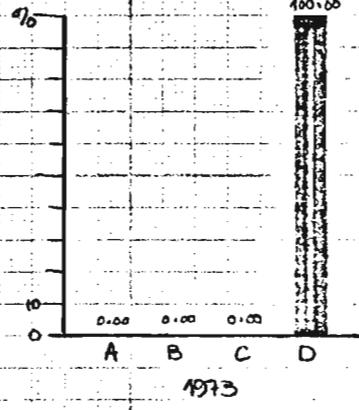
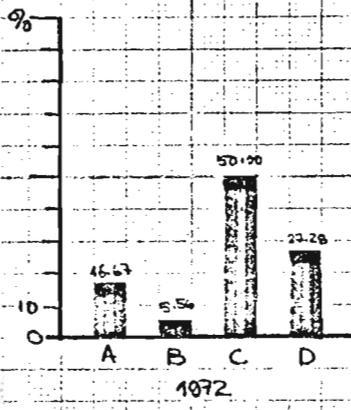
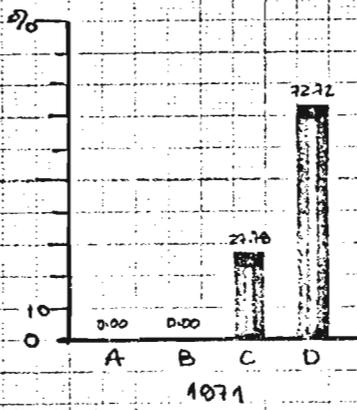


② DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS POR AÑO

AÑO i	A			B			C			D		
	f	%polit.	%año									
71	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	5	20.00	27.78	13	13.13	72.72
72	3	11.11	16.67	1	9.09	6.56	9	36.00	50.00	5	5.05	27.78
73	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	18	18.18	100.00
74	13	48.15	72.22	5	45.45	27.78	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
75	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	18	18.18	100.00
76	11	40.74	61.11	3	27.27	16.67	3	12.00	16.67	1	1.01	5.56
77	0	0.00	0.00	2	18.18	11.11	4	16.00	22.22	12	12.12	66.67
78	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	18	18.18	100.00
79	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	4	16.00	22.22	14	14.14	77.78
TOTAL	27	100.00		11	100.00		25	100.00		99	100.00	



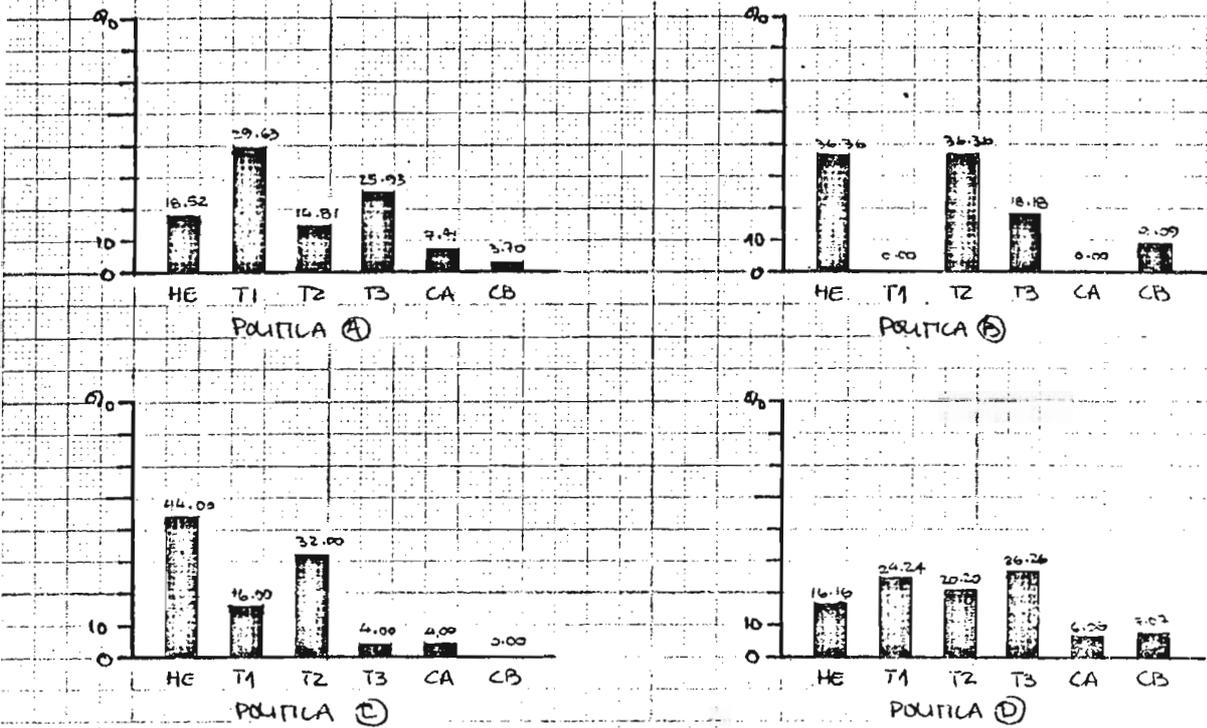
DISTRIBUCION ANUAL DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA



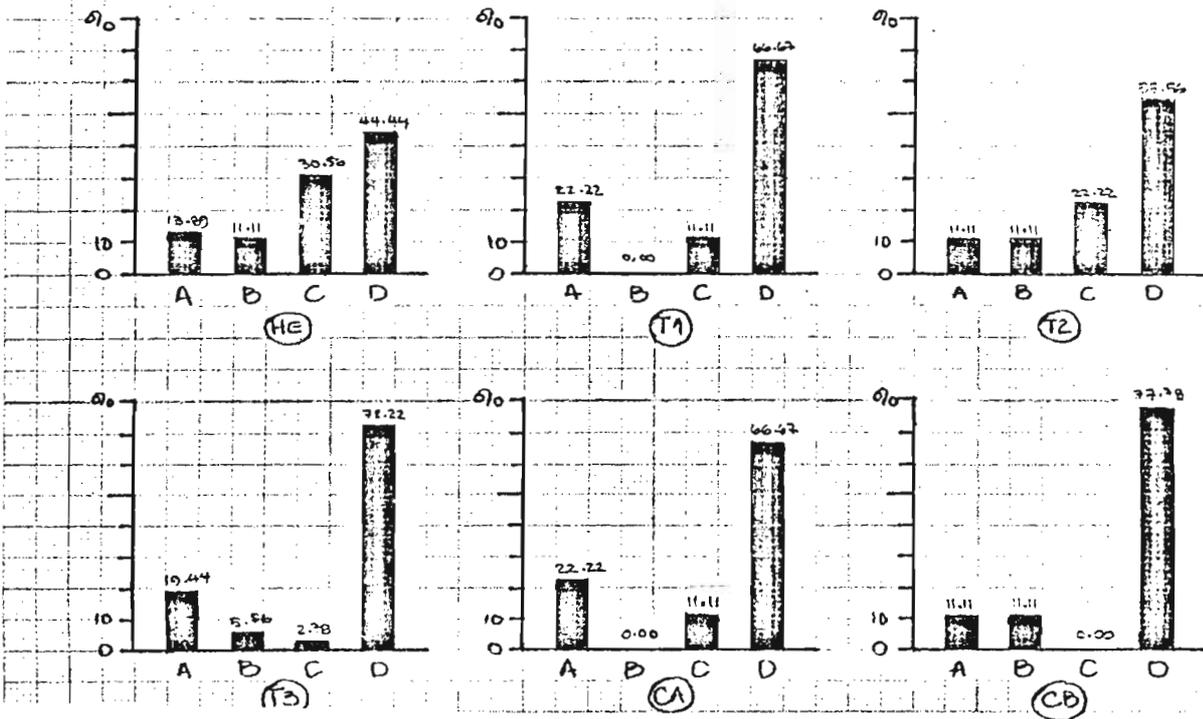
③ DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS

INFRAESTRUCTURA	A		B		C		D	
	f	%	f	%	f	%	f	%
HE/CH	1	20.00	1	25.00	3	27.27	4	25.00
HE/OR	1	20.00	2	50.00	3	27.27	3	18.75
HE/SE	2	40.00	0	0.00	2	18.18	5	31.25
HE/CN	1	20.00	1	25.00	3	27.27	4	25.00
SUMA	5	100.00	4	100.00	11	100.00	16	100.00
% Grupo		13.89		11.11		30.56		44.44
% Política		18.52		36.36		44.00		16.16
T1/CH	2	25.00	0	0.00	1	25.00	6	25.00
T1/OR	2	25.00	0	0.00	1	25.00	6	25.00
T1/SE	2	25.00	0	0.00	1	25.00	6	25.00
T1/CN	2	25.00	0	0.00	1	25.00	6	25.00
SUMA	8	100.00	0	0.00	4	100.00	24	100.00
% Grupo		22.22		0.00		11.11		66.67
% Política		29.63		0.00		16.00		24.24
T2/CH	1	25.00	1	25.00	2	25.00	5	25.00
T2/OR	1	25.00	1	25.00	2	25.00	5	25.00
T2/SE	1	25.00	1	25.00	2	25.00	5	25.00
T2/CN	1	25.00	1	25.00	2	25.00	5	25.00
SUMA		100.00	4	100.00	8	100.00	25	100.00
% Grupo		11.11		11.11		22.22		55.56
% Política		14.81		36.36		32.00		20.20
T3/CH	2	28.57	0	0.00	0	0.00	7	26.92
T3/OR	2	28.57	1	50.00	0	0.00	6	23.08
T3/SE	1	14.29	1	50.00	1	100.00	6	23.08
T3/CN	2	28.57	0	0.00	0	0.00	7	26.92
SUMA	7	100.00	2	100.00	1	100.00	26	100.00
% Grupo		19.44		5.56		2.78		72.22
% Política		25.93		18.18		4.00		26.26
CA/CN	2		0		1		6	
SUMA	2	100.00	0	0.00	1	100.00	6	100.00
% Grupo		22.22		0.00		11.11		66.67
% Política		7.41		0.00		4.00		6.06
CB/CN	1		1		0		7	
SUMA	1	100.00	1	100.00	0	0.00	7	100.00
% Grupo		11.11		11.11		0.00		77.78
% Política		3.70		9.09		0.00		7.07
TOTAL	27	100.00	11	100.00	25	100.00	99	100.00

DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS



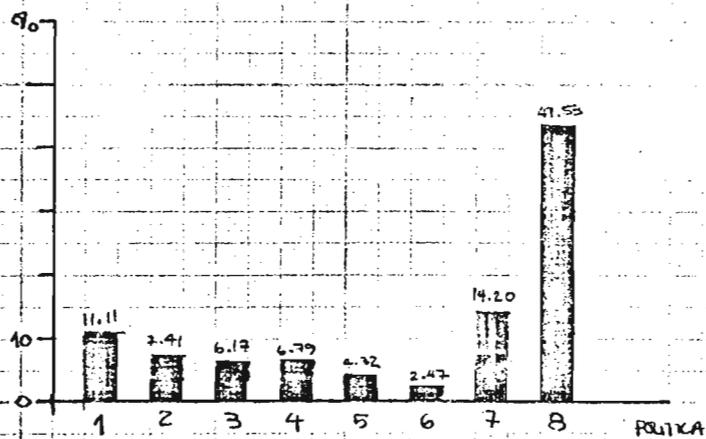
DISTRIBUCION DE LAS POLITICAS SEGUN LA INFRAESTRUCTURA



MENUB. I.M.S.S. - ANALISIS DE LAS POLITICAS DE ATENCION

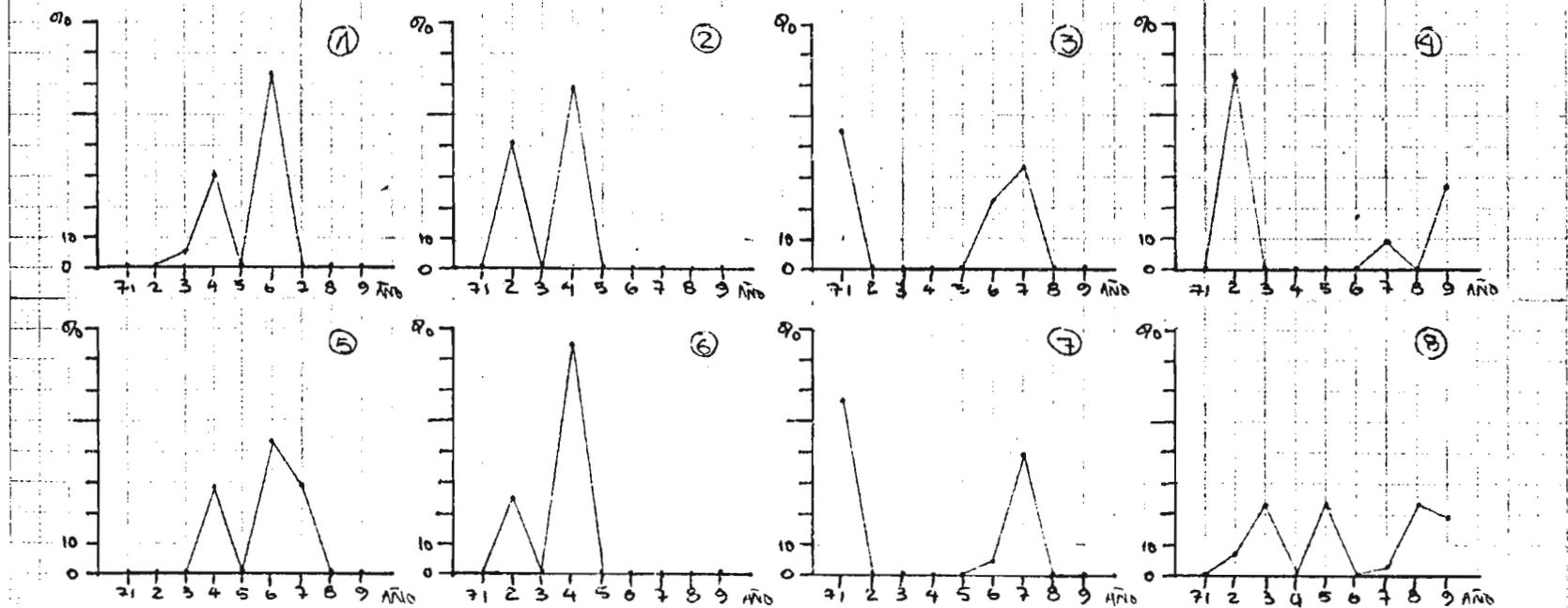
① DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS

POLITICA	f	%
1	18	11.11
2	12	7.41
3	10	6.18
4	11	6.79
5	7	4.32
6	4	2.47
7	23	14.20
8	77	47.53
TOTAL	162	100.00

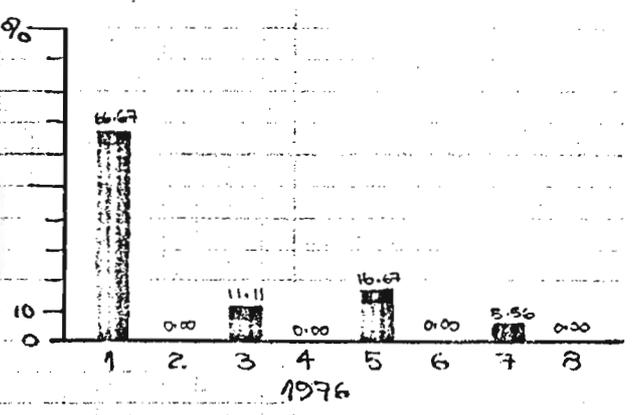
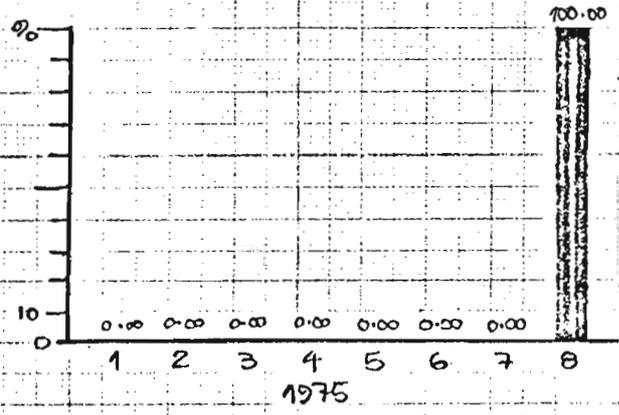
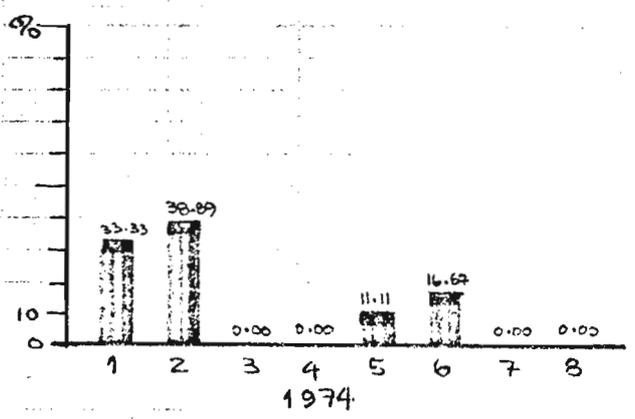
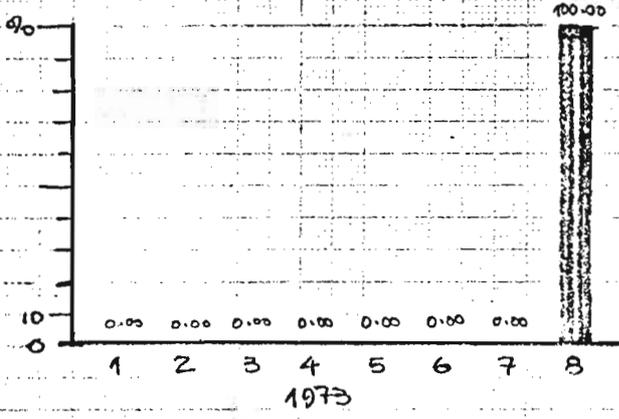
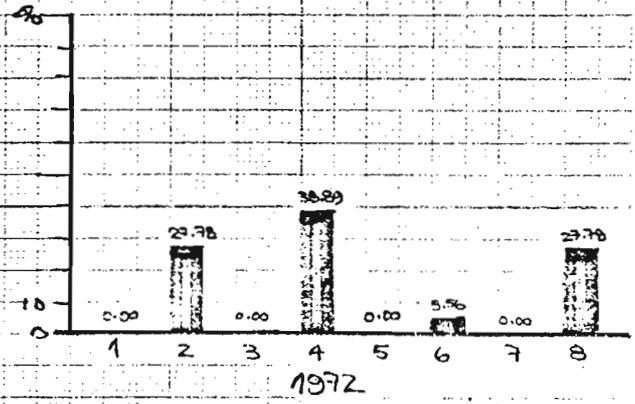
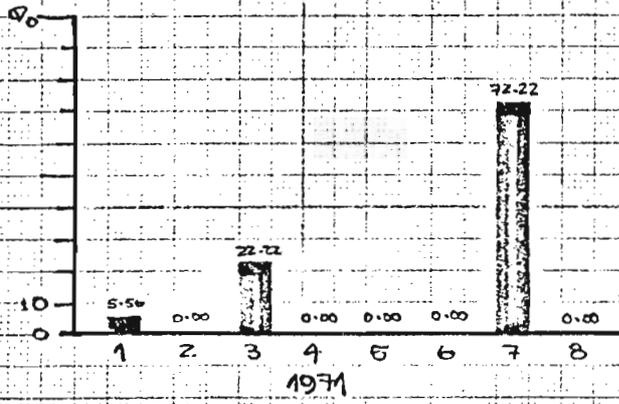


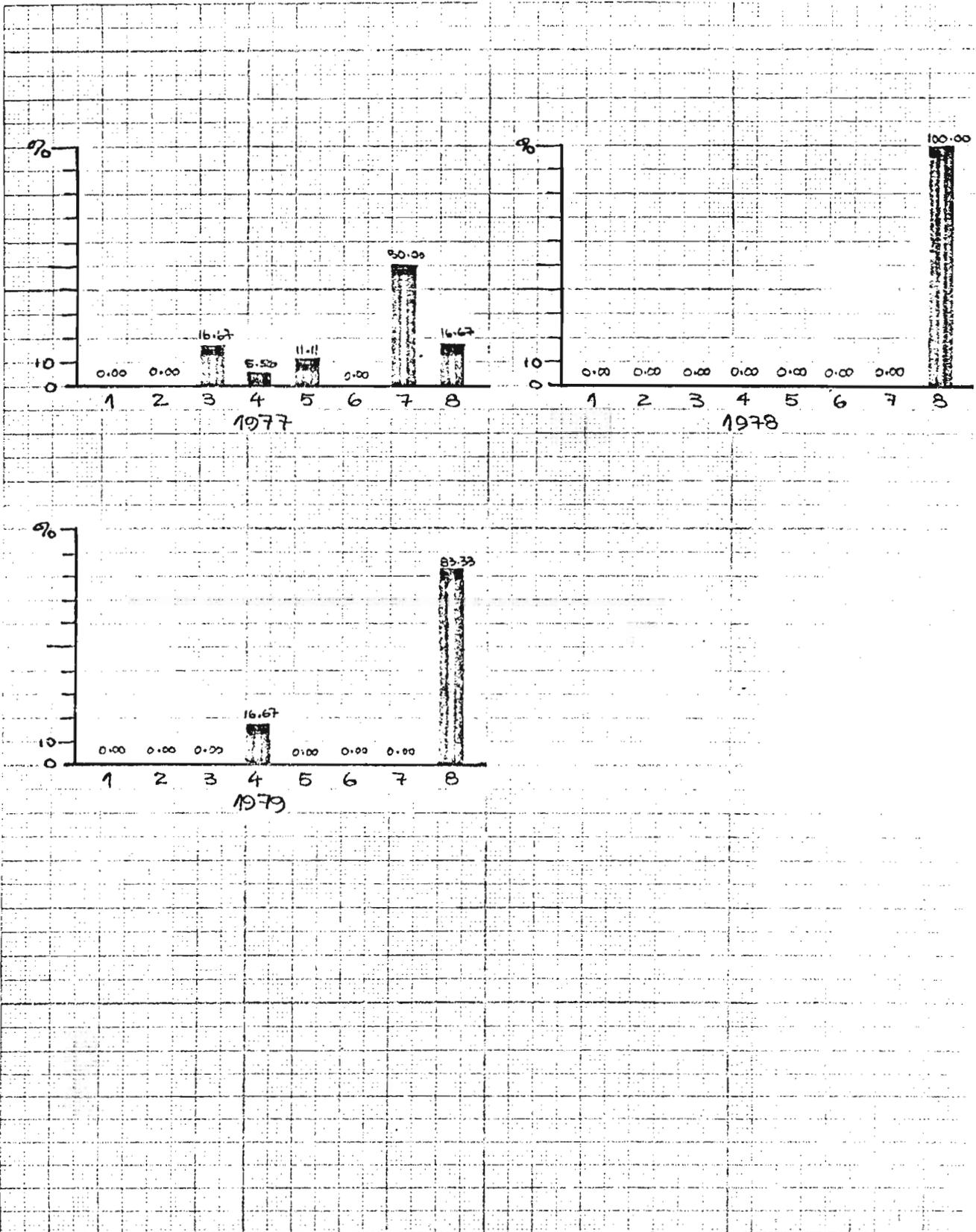
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS POR AÑO

AÑO	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
71	0	0.00	0	0.00	4	44.44	0	0.00	0	0.00	0	0.00	13	56.62	0	0.00
72	0	0.00	5	41.67	0	0.00	7	63.64	0	0.00	1	25.00	0	0.00	5	6.49
73	1	5.26	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	18	23.38
74	6	31.58	7	58.33	0	0.00	0	0.00	2	28.57	3	75.00	0	0.00	0	0.00
75	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	18	23.38
76	12	63.16	0	0.00	2	22.22	0	0.00	3	42.36	0	0.00	1	4.35	0	0.00
77	0	0.00	0	0.00	3	33.33	1	9.09	2	28.57	0	0.00	9	39.13	3	3.73
78	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	18	23.38
79	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	33.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00	15	19.48
	19	100.00	12	100.00	9	100.00	11	100.00	7	100.00	4	100.00	23	100.00	77	100.00



MEJORA. IMPES. POLITICAS DE ATENCION POR A.T.O.

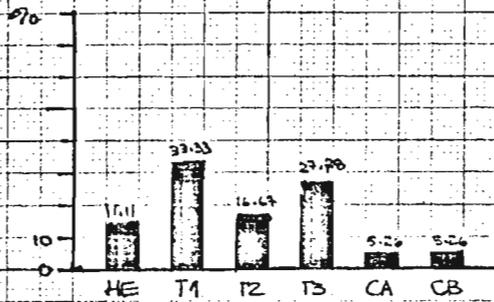




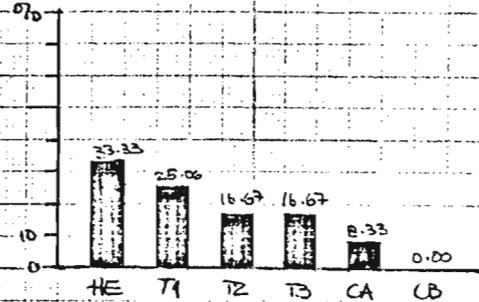
DISTRIBUCION DE LA INFRA ESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS

INFRAESTRUCTURA	1		2		3		4		5		6		7		8	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
E/CH/EA	1	50.00	0	0.00	1	25.00	2	40.00	1	25.00	0	0.00	1	33.33	3	21.43
E/QR/IQ	1	50.00	0	0.00	1	25.00	1	20.00	2	50.00	0	0.00	0	0.00	4	28.57
E/SE/PA	0	0.00	2	50.00	1	25.00	1	20.00	0	0.00	0	0.00	1	33.33	4	28.57
E/CN/CE	0	0.00	2	50.00	1	25.00	1	20.00	1	25.00	0	0.00	1	33.33	3	21.43
SUMA	2	100.00	4	100.00	4	100.00	6	100.00	4	100.00	0	0.00	3	100.00	14	100.00
% Grupo		5.56		11.11		11.11		13.89		11.11		0.00		8.33		38.89
% Política		11.11		33.33		40.00		46.45		57.14		0.00		13.04		18.18
1/CH/EA	2	33.33	0	0.00	0	0.00	1	33.33	0	0.00	0	0.00	2	28.57	4	23.53
1/QR/IQ	2	33.33	0	0.00	0	0.00	1	33.33	0	0.00	0	0.00	2	28.57	4	23.53
1/SE/PA	1	16.67	2	36.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	14.29	5	29.41
1/CN/CE	1	16.67	1	33.33	0	0.00	1	33.33	0	0.00	0	0.00	2	28.57	4	23.53
SUMA	6	100.00	3	100.00	0	0.00	3	100.00	0	0.00	0	0.00	7	100.00	17	100.00
% Grupo		16.67		8.33		0.00		8.33		0.00		0.00		19.44		47.22
% Política		33.33		25.00		0.00		27.27		0.00		0.00		30.43		22.08
2/CH/EA	1	33.33	1	50.00	1	25.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	1	25.00	4	25.00
2/QR/IQ	1	33.33	0	0.00	1	25.00	1	33.33	1	25.00	0	0.00	1	25.00	4	25.00
2/SE/PA	0	0.00	1	50.00	1	25.00	1	33.33	0	0.00	1	50.00	1	25.00	4	25.00
2/CN/CE	1	33.33	0	0.00	1	25.00	1	33.33	0	0.00	1	50.00	1	25.00	4	25.00
SUMA	3	100.00	2	100.00	4	100.00	3	100.00	2	100.00	2	100.00	4	100.00	16	100.00
% Grupo		8.33		5.56		11.11		8.33		5.56		5.56		11.11		44.44
% Política		16.67		16.67		40.00		27.27		28.57		50.00		17.39		20.78
3/CH/EA	2	40.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	33.33	5	29.00
3/QR/IQ	2	40.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	1	16.67	5	25.00
3/SE/PA	0	0.00	1	50.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	1	16.67	5	28.00
3/CN/CE	1	20.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	33.33	5	28.00
SUMA	5	100.00	2	100.00	1	100.00	0	0.00	1	100.00	1	100.00	6	100.00	20	100.00
% Grupo		13.89		5.56		2.78		0.00		2.78		2.78		16.67		55.56
% Política		27.78		16.67		10.00		0.00		14.29		25.00		26.67		25.97
A/CN/CE	1		1		1		0		0		0		1		5	
SUMA	1	100.00	1	100.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	5	100.00
% Grupo		11.11		11.11		11.11		0.00		0.00		0.00		11.11		55.55
% Política		5.26		8.33		10.00		0.00		0.00		0.00		4.35		6.49
B/CN/CE	1		0		0		0		0		1		2		5	
SUMA	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	2	100.00	5	100.00
% Grupo		11.11		0.00		0.00		0.00		0.00		11.11		22.22		55.55
% Política		5.26		0.00		0.00		0.00		0.00		25.00		8.70		6.49
TOTAL	18	100.00	12	100.00	10	100.00	11	100.00	7	100.00	4	100.00	23	100.00	77	100.00

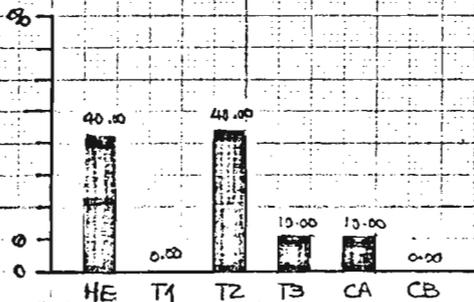
DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS DE ATENCION



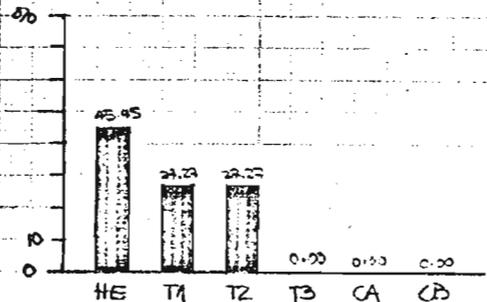
POLITICA 1



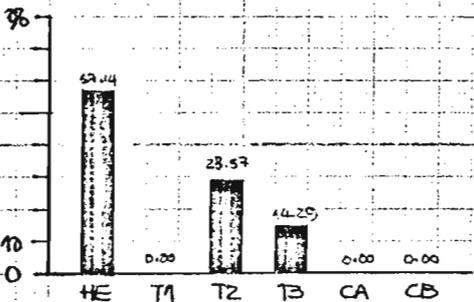
POLITICA 2



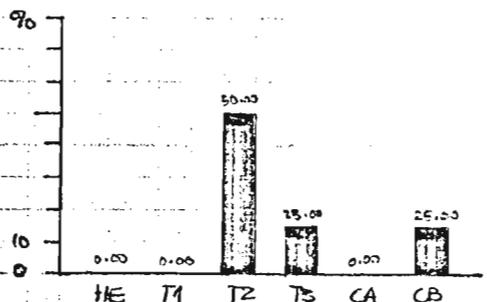
POLITICA 3



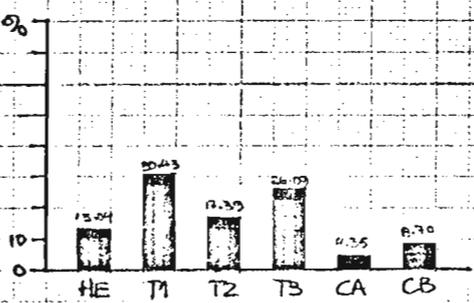
POLITICA 4



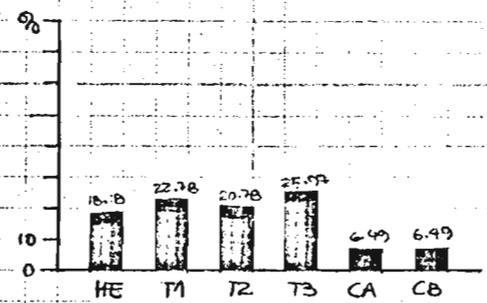
POLITICA 5



POLITICA 6

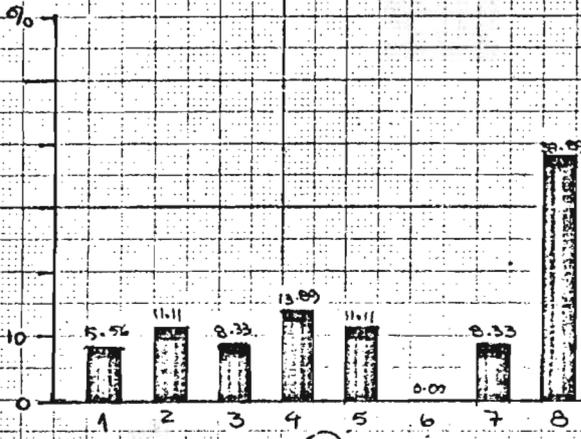


POLITICA 7

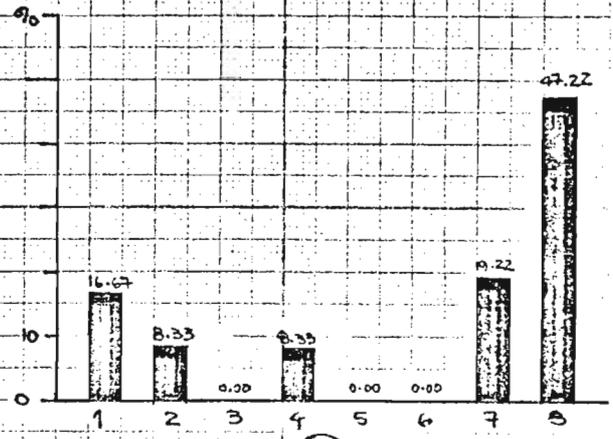


POLITICA 8

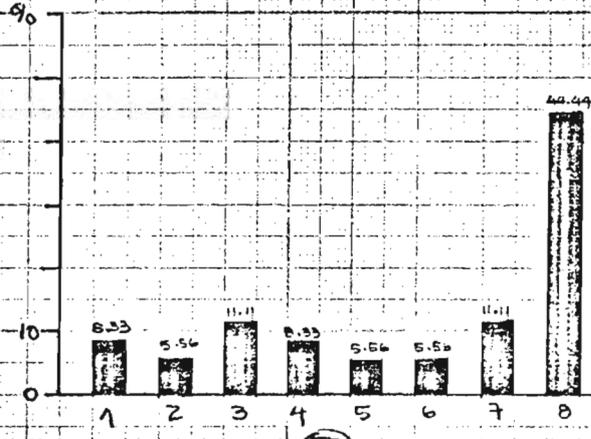
DISTRIBUCION DE LAS POLITICAS SEGUN LA INFRAESTRUCTURA



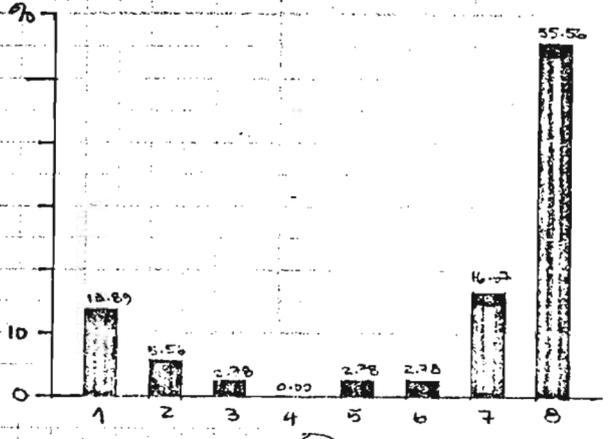
(TE)



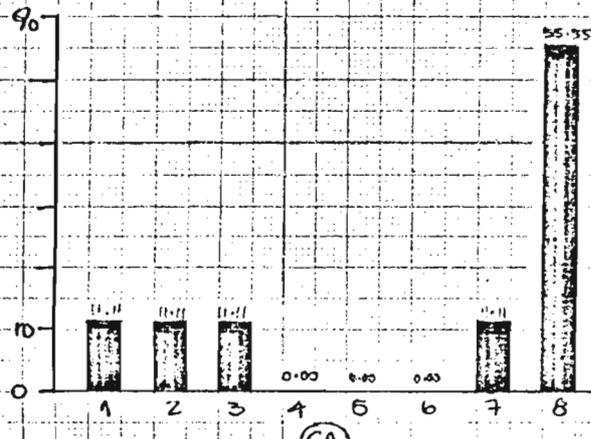
(TM)



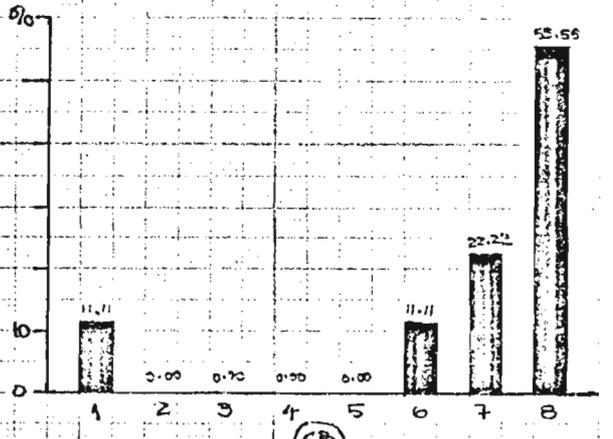
(TZ)



(TD)



(CA)



(CB)

CUADRO 43.

MEXICO. ISESTE, POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA y DE ATENCION, 1970-1979.

(Los años i corresponden al cierre del periodo anual (i-1)-i)

POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA

AÑO i	HP				HS				CL	PP
	CH	QR	SE	CN	CH	QR	SE	CN	CN	CN
71	B	B	B	D	B	B	B	D	D	D
72	D	D	B	D	C	C	A	C	D	D
73	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
74	D	D	D	B	D	D	D	B	B	B
75	B	D	D	D	B	D	D	D	D	D
76	D	B	B	D	D	B	B	D	D	D
77	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
78	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
79	A	A	C	C	B	B	D	D	C	C

A.- Ampliación efectiva de la infraestructura

B.- Concentración de instalaciones en las unidades médicas

C.- Ampliación de unidades médicas con menor capacidad

D.- Reducción efectiva de la infraestructura

POLITICAS DE ATENCION

AÑO i	HP				HS				CL	PP
	CH/EH	QR/IQ	SE/PA	CN/CE	CH/EH	QR/IQ	SE/PA	CN/CE	CN/CE	CN/CE
71	5	6	6	8	5	6	6	8	8	8
72	7	8	5	8	3	4	1	4	8	8
73	8	8	7	8	8	8	7	8	8	8
74	8	8	8	6	8	8	8	6	6	8
75	6	8	8	8	3	8	8	8	8	8
76	7	5	5	8	7	5	5	8	8	8
77	8	7	8	8	8	7	8	8	8	8
78	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
79	1	2	3	3	5	6	7	7	3	3

1.- Ampliación efectiva de la atención

2.- Sobutilización de la infraestructura

3.- Intensificación del uso de las instalaciones en las unidades médicas

4.- Contracción de la atención por falta de capacidad de las unidades médicas.

5.- Ampliación de la atención por concentración

6.- Contracción de la atención por concentración

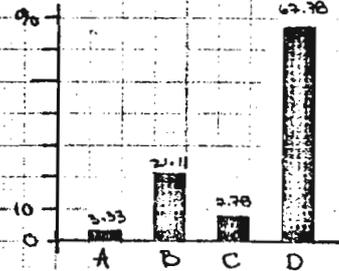
7.- Intensificación en el uso de la infraestructura

8.- Contracción efectiva de la atención

MENDO. ISSJE. ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS DE INFRAESTRUCTURA

① DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS

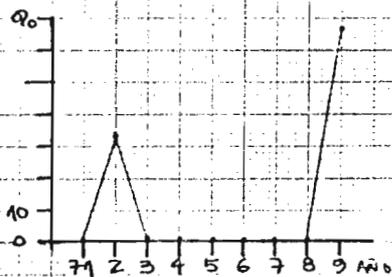
POLITICA	f	%
A	3	3.33
B	19	21.11
C	7	7.78
D	61	67.78
TOTAL	90	100.00



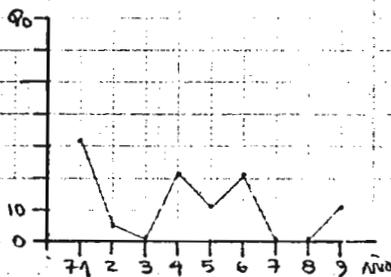
② DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS POR AÑO

AÑO	A			B			C			D		
	f	% Política	% año	f	% polít	% año	f	% Polít	% año	f	% Política	% año
71	0	0.00	0.00	6	31.58	60.00	0	0.00	0.00	4	6.50	40.00
72	1	33.33	10.00	1	5.26	10.00	3	42.86	30.00	5	8.20	50.00
73	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	10	16.39	100.00
74	0	0.00	0.00	4	21.05	40.00	0	0.00	0.00	6	9.84	60.00
75	0	0.00	0.00	2	10.53	20.00	0	0.00	0.00	8	13.11	80.00
76	0	0.00	0.00	4	21.05	40.00	0	0.00	0.00	6	13.11	60.00
77	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	10	16.39	100.00
78	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	10	16.39	100.00
79	2	66.67	20.00	2	10.53	20.00	4	57.14	40.00	2	3.28	20.00
TOTAL	3	100.00		19	100.00		7	100.00		61	100.00	

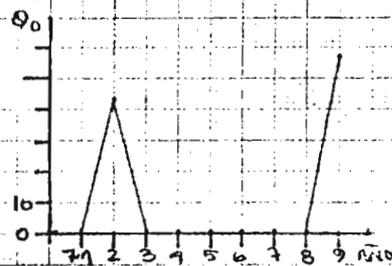
POLITICA (A)



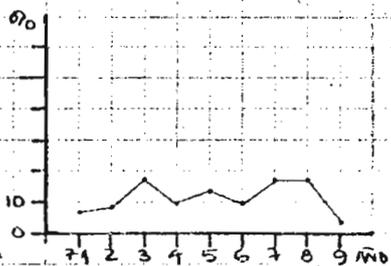
POLITICA (B)



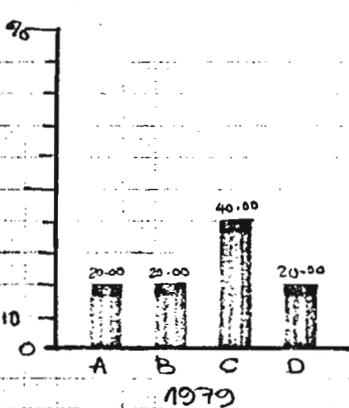
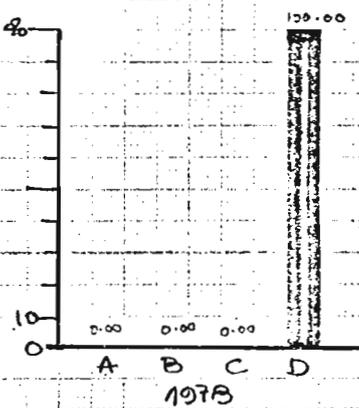
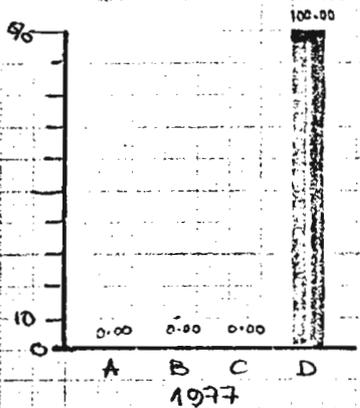
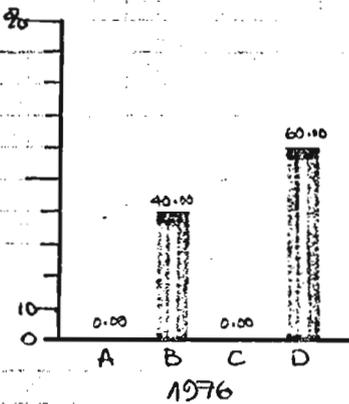
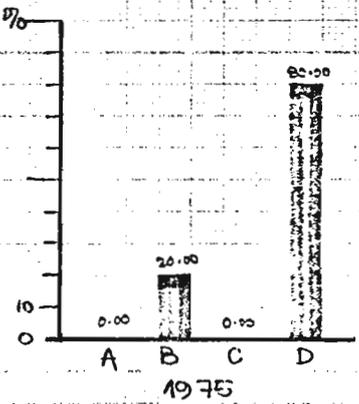
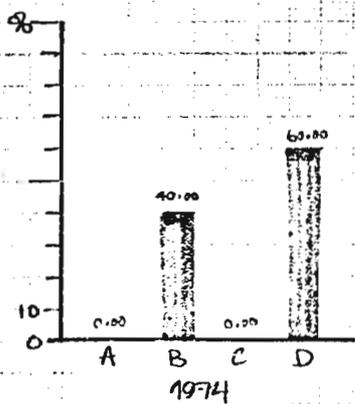
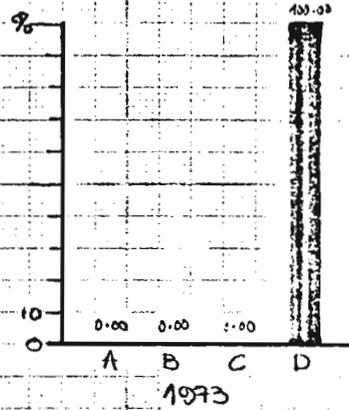
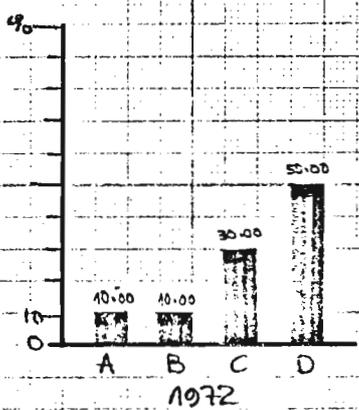
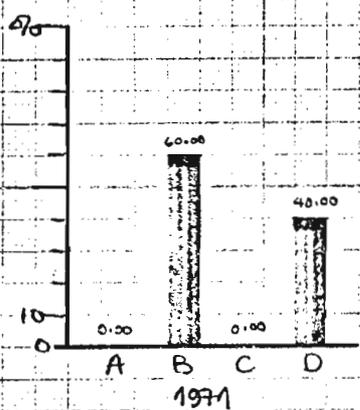
POLITICA (C)



POLITICA (D)



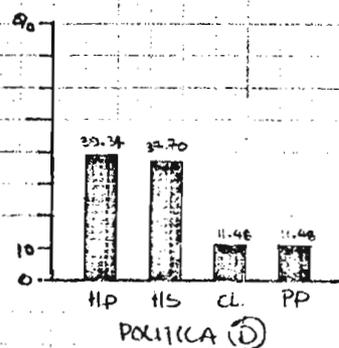
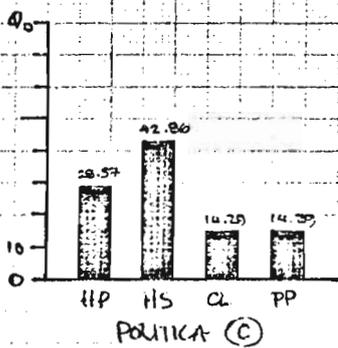
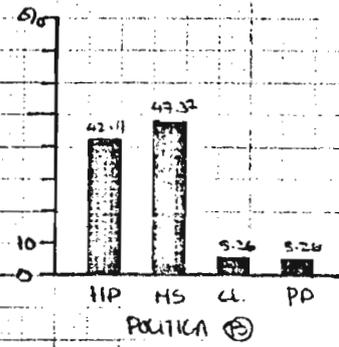
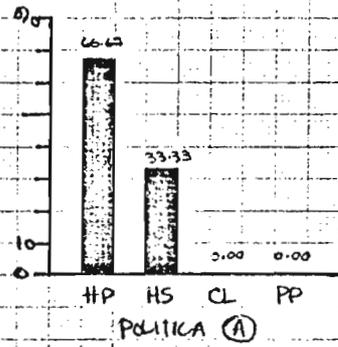
DISTRIBUCION ANUAL DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA



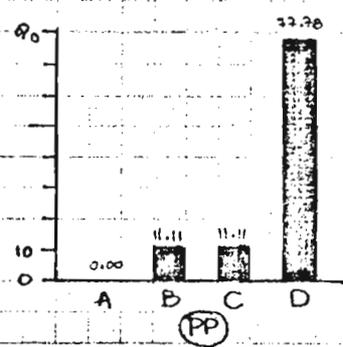
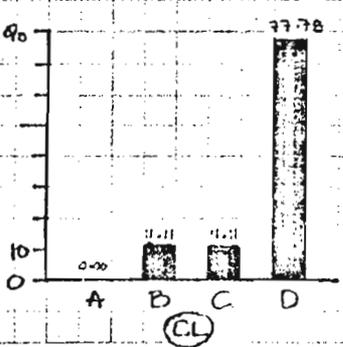
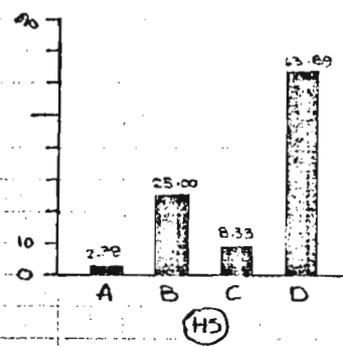
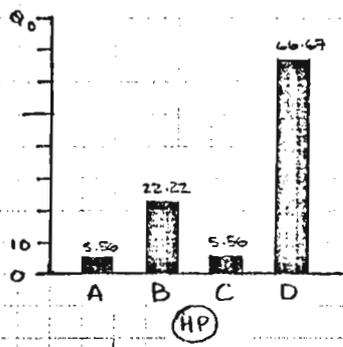
② DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS

INFRAE- ESTRUCTURA	A		B		C		D	
	f	%	f	%	f	%	f	%
HP/CH	1	50.00	2	25.00	0	0.00	6	25.00
HP/QR	1	50.00	2	25.00	0	0.00	6	25.00
HP/SE	0	0.00	3	37.50	1	50.00	5	20.83
HP/CN	0	0.00	1	12.50	1	50.00	7	29.17
SUMA	2	100.00	8	100.00	2	100.00	24	100.00
% grupo		5.56		22.22		5.56		66.67
% Política		66.67		42.11		28.57		39.34
HS/CH	0	0.00	3	33.33	1	33.33	5	21.74
HS/QR	0	0.00	3	33.33	1	33.33	5	21.74
HS/SE	1	100.00	2	22.22	0	0.00	6	26.09
HS/CN	0	0.00	1	11.11	1	33.33	7	30.43
SUMA	1	100.00	9	100.00	3	100.00	23	100.00
% grupo		2.78		25.00		8.33		63.89
% Política		33.33		47.37		42.86		37.20
CL/CN	0		1		1		7	
SUMA	0	0.00	1	100.00	1	100.00	7	100.00
% grupo		0.00		11.11		11.11		77.78
% Política		0.00		5.26		14.29		11.48
PP/CN	0		1		1		7	
SUMA	0	0.00	1	100.00	1	100.00	7	100.00
% grupo		0.00		11.11		11.11		77.78
% Política		0.00		5.26		14.29		11.48
TOTAL	3	100.00	19	100.00	7	100.00	61	100.00

DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS



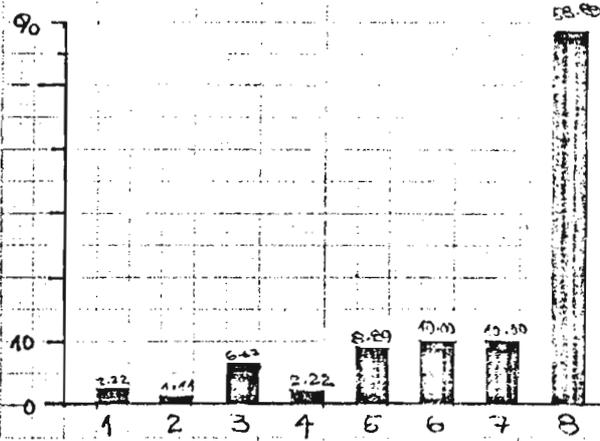
DISTRIBUCION DE LAS POLITICAS SEGUN LA INFRAESTRUCTURA



MEXICO. ISSESTE. ANALISIS DE LAS POLITICAS DE ATENCION

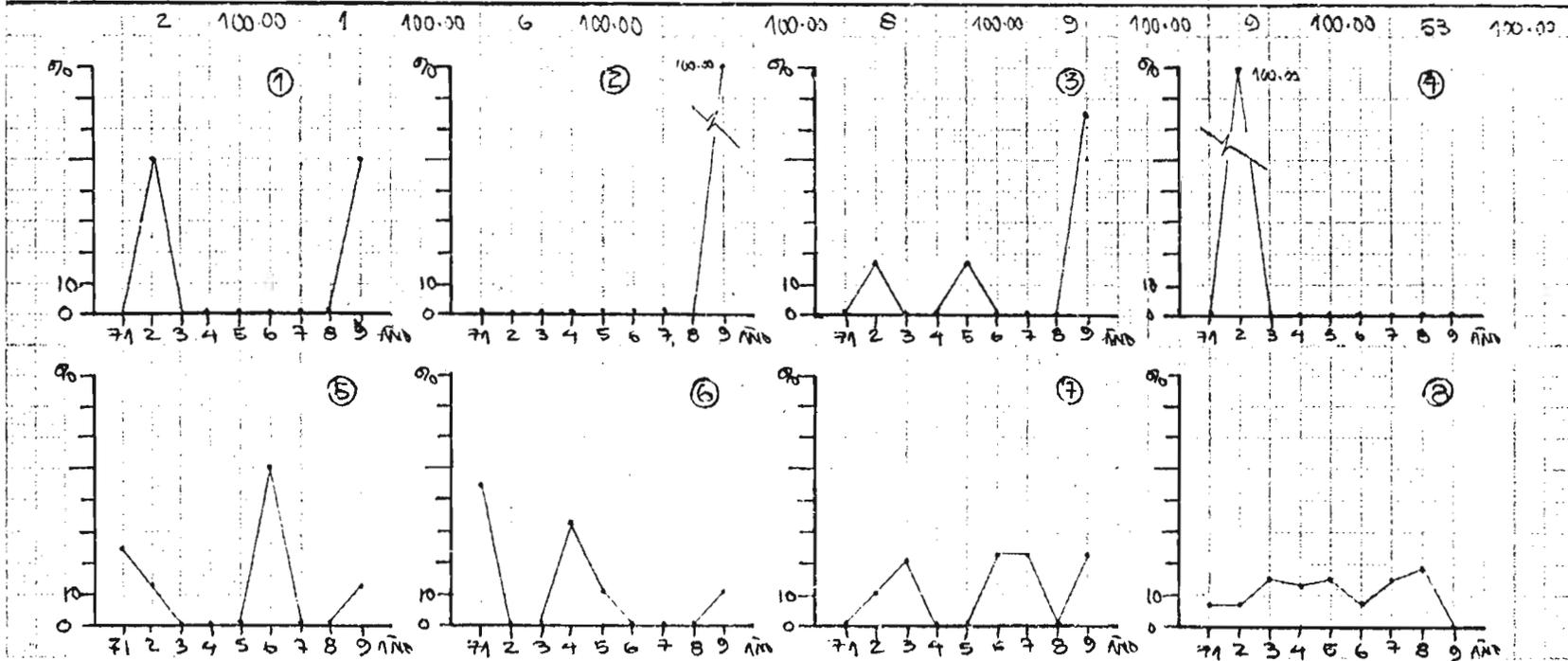
① DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS

POLITICA	f	%
1	2	2.22
2	1	1.11
3	6	6.67
4	2	2.22
5	8	8.89
6	9	10.00
7	9	10.00
8	53	58.89
TOTAL	90	100.00

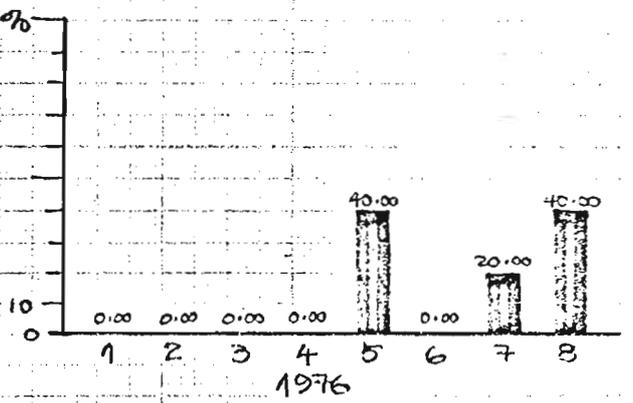
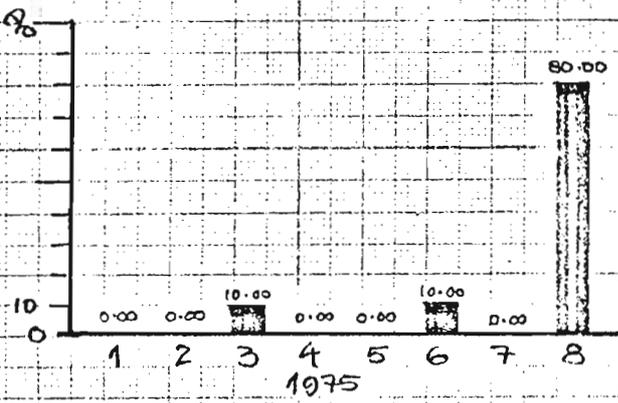
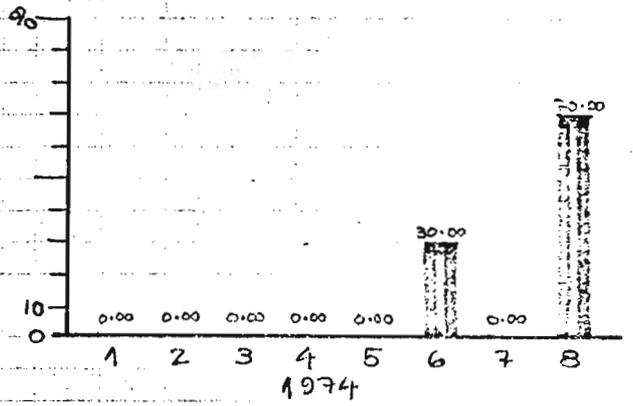
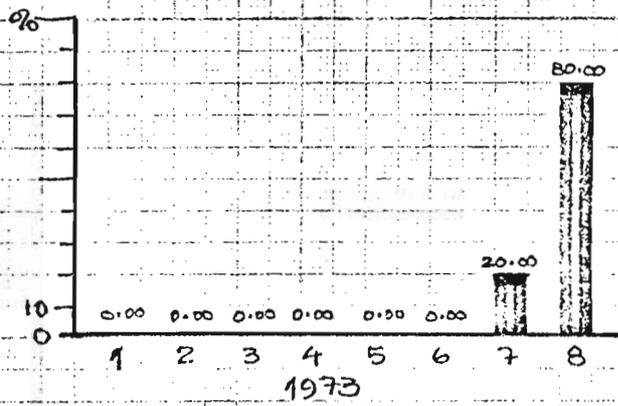
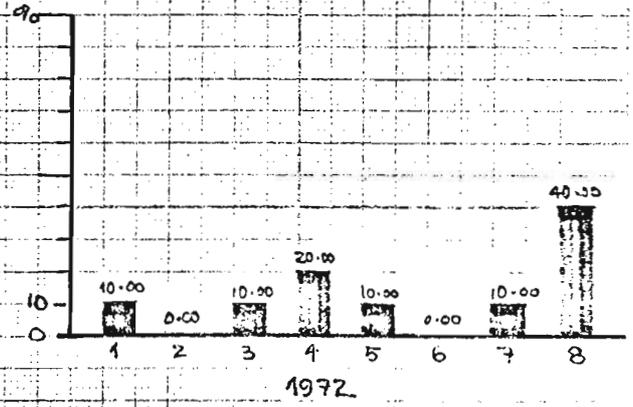
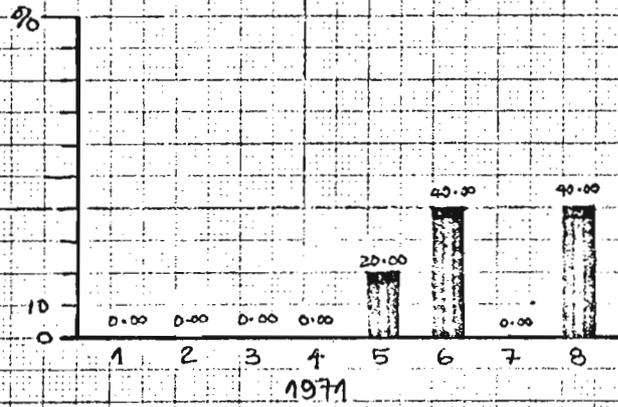


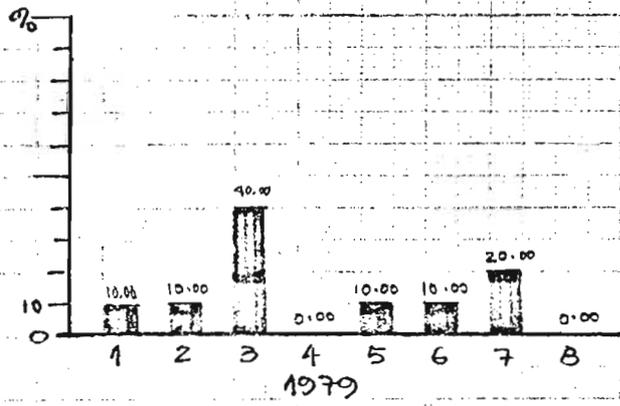
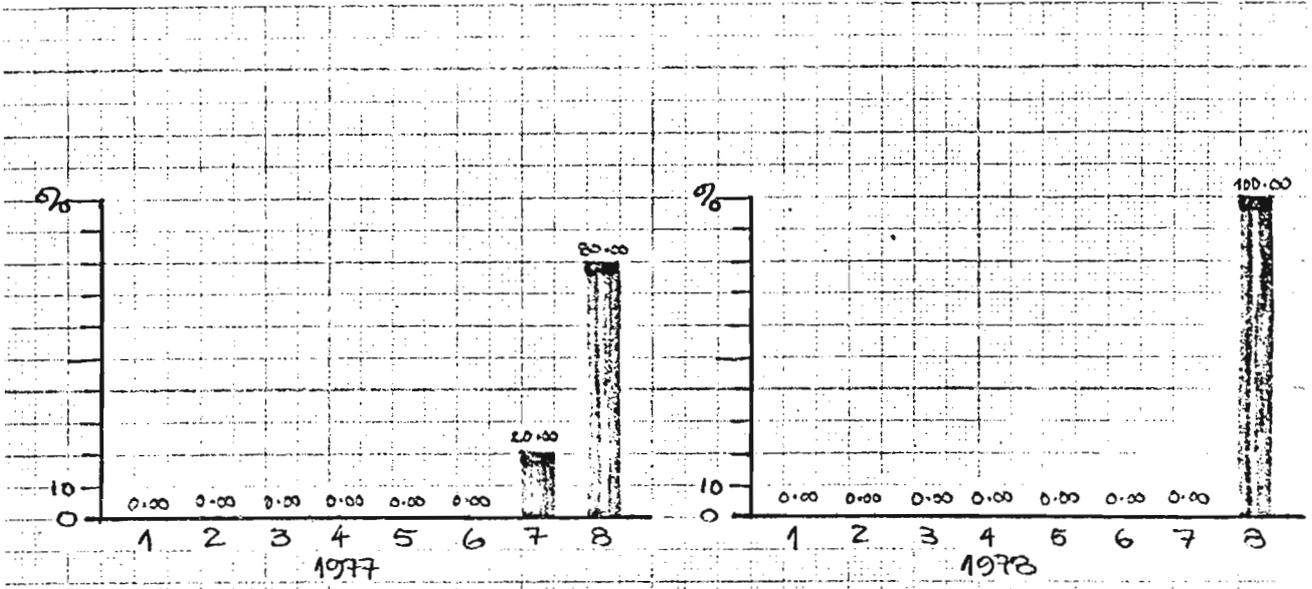
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS POR AÑO

AÑO	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
71	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	25.00	4	44.44	0	0.00	4	7.55
72	1	50.00	0	0.00	1	16.67	2	100.00	1	12.50	0	0.00	1	11.11	4	7.65
73	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	22.22	8	15.09
74	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	33.33	0	0.00	7	13.21
75	0	0.00	0	0.00	1	16.67	0	0.00	0	0.00	1	11.11	0	0.00	8	15.09
76	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	50.00	0	0.00	2	22.22	4	7.55
77	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	22.22	8	15.09
78	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	10	18.87
79	1	50.00	1	100.00	4	66.67	0	0.00	1	12.50	1	11.11	2	22.22	0	0.00



MEXICO. IESSTE. POLITICAS DE ATENCION POR AÑO

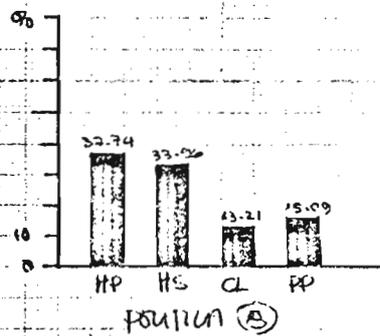
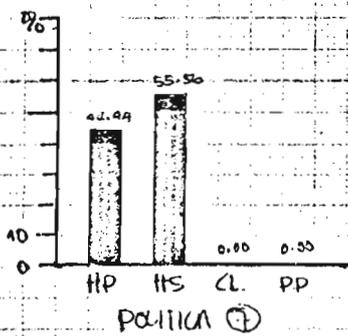
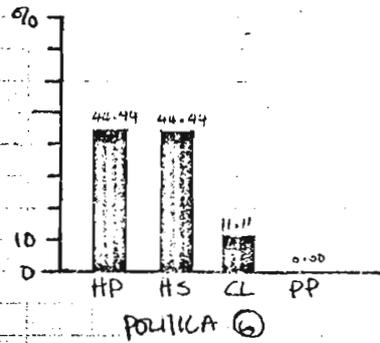
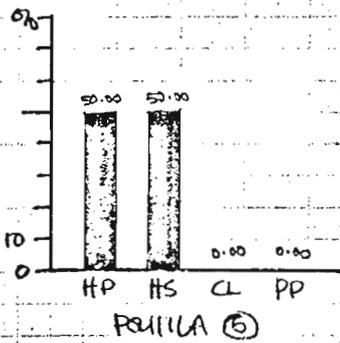
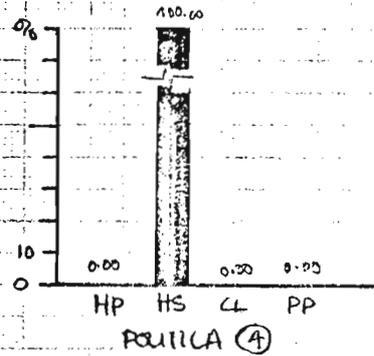
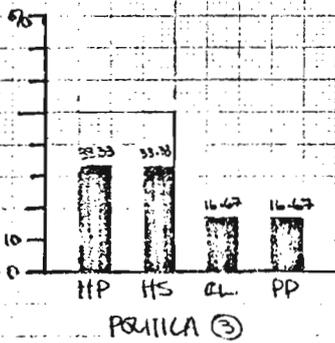
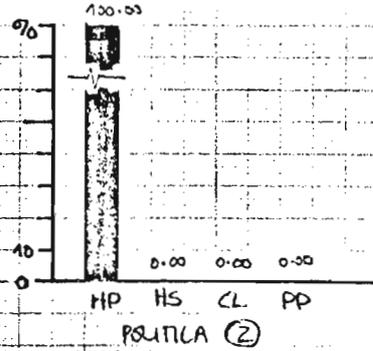
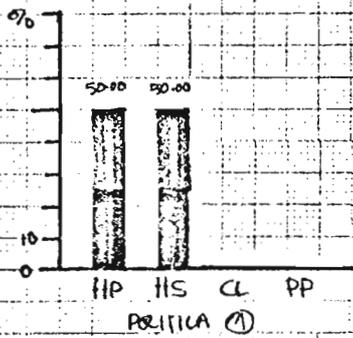




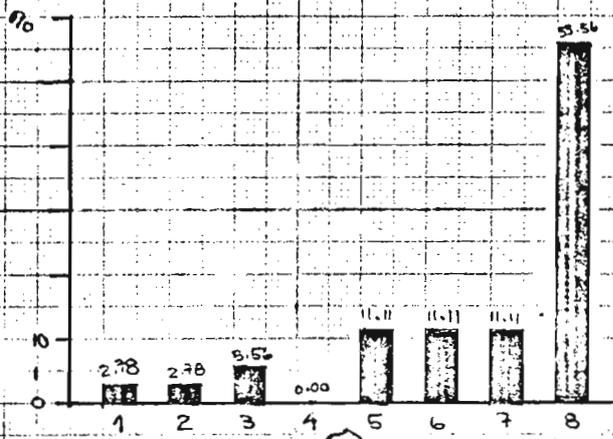
DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEZON MAS POPULOSA

INFRAESTRUCTURA	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
HP/CI/EEH	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	25.00	1	25.00	2	50.00
HP/QR/IQ	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	25.00	1	25.00	1	25.00
HP/SE/PA	0	0.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	2	50.00	1	25.00	1	25.00
HP/EN/CE	0	0.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00	1	25.00	0	0.00
Suma	1	100.00	1	100.00	2	100.00	0	0.00	4	100.00	4	100.00	4	100.00
%Grupo		2.78		2.78		5.56		0.00		11.11		11.11		11.11
%Poblacion		50.00		100.00		33.33		0.00		50.00		44.44		44.44
HS/CH/EEH	0	0.00	0	0.00	2	100.00	0	0.00	2	50.00	0	0.00	1	20.00
HS/QR/IQ	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	50.00	1	25.00	2	50.00	1	20.00
HS/SE/PA	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	25.00	1	25.00	2	40.00
HS/EN/CE	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	1	25.00	1	20.00
Suma	1	100.00	0	0.00	2	100.00	2	100.00	4	100.00	4	100.00	5	100.00
%Grupo		2.78		0.00		5.56		5.56		11.11		11.11		13.89
%Poblacion		50.00		0.00		33.33		100.00		50.00		44.44		55.56
CL/EN/CE	0		0		1		0		0		1		0	
Suma	0	0.00	0	0.00	0	100.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00
%Grupo		0.00		0.00		11.11		0.00		0.00		11.11		0.00
%Poblacion		0.00		0.00		16.67		0.00		0.00		11.11		0.00
PP/EN/CE	0		0		1		0		0		0		0	
Suma	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
%Grupo		0.00		0.00		11.11		0.00		0.00		0.00		0.00
%Poblacion		0.00		0.00		16.67		0.00		0.00		0.00		0.00
TOTAL	2	100.00	1	100.00	6	100.00	2	100.00	8	100.00	9	100.00	9	100.00

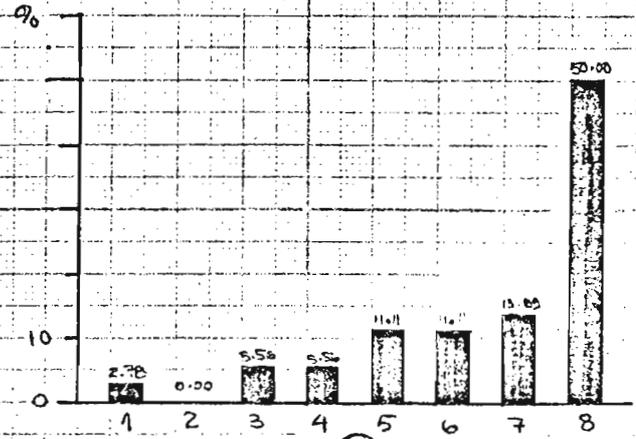
DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS



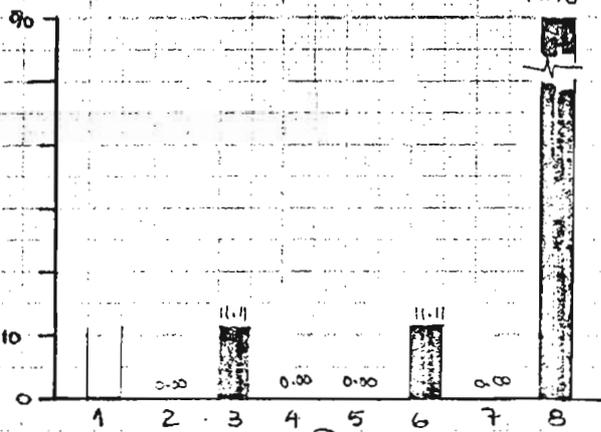
DISTRIBUCION DE LAS POLITICAS SEGUN LA INFRAESTRUCTURA



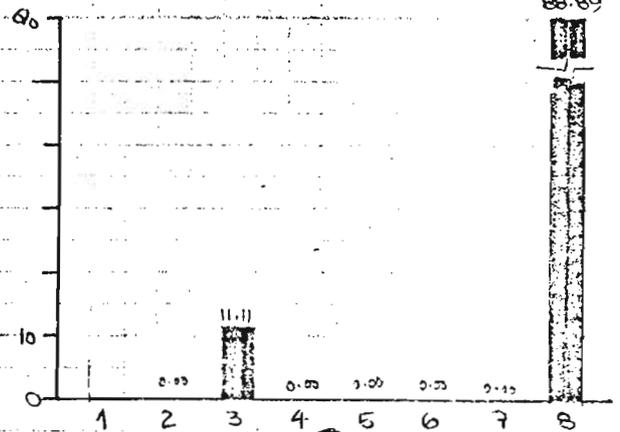
(HP)



(HS)



(CL)



(PP)

CUADRO 4A.

MEXICO. SSA. POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA Y DE ATENCION, 1971-1979.
 (Los años i corresponden al cierre del periodo anual (i-1) - i)

POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA					
AÑO i	UH				UCE
	CH	GR	SE	CN	CN
72	D	D	B	D	C
73	A	A	A	A	A
74	D	B	D	B	B
75	B	D	D	B	B
76	D	B	B	D	C
77	B	B	D	B	A
78	A	A	A	A	A
79	D	D	D	D	D

- A: Ampliación efectiva de la infraestructura
- B: Concentración de instalaciones en las unidades médicas
- C: Ampliación de unidades médicas con menor capacidad
- D: Reducción efectiva de la infraestructura

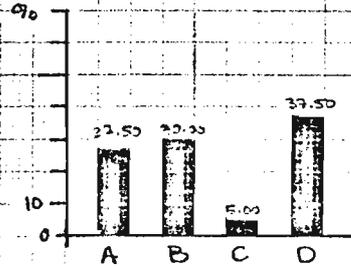
POLITICAS DE ATENCION						
AÑO i	UH					UCE
	CH/EN	GR/IG	SE/PA	CN/CE	CN/CE	
72	7	8	5	8	4	
73	1	2	1	1	1	
74	7	5	7	5	5	
75	6	7	8	6	6	
76	7	6	8	7	3	
77	5	5	8	5	1	
78	1	1	1	1	1	
79	8	8	8	8	8	

- 1: Ampliación efectiva de la atención
- 2: Subutilización de la infraestructura
- 3: Intensificación del uso de las instalaciones en las unidades médicas.
- 4: Contracción de la atención por falta de capacidad de las unidades médicas.
- 5: Ampliación de la atención por concentración
- 6: Contracción de la atención por concentración
- 7: Intensificación en el uso de la infraestructura
- 8: Contracción efectiva de la atención

MEXICO. S.S.A. ANALISIS DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA

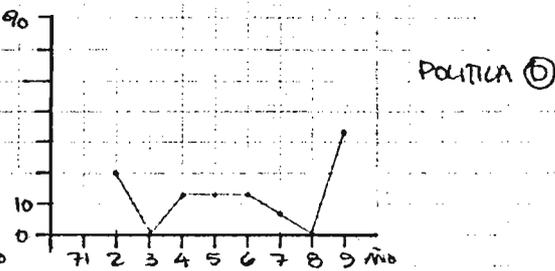
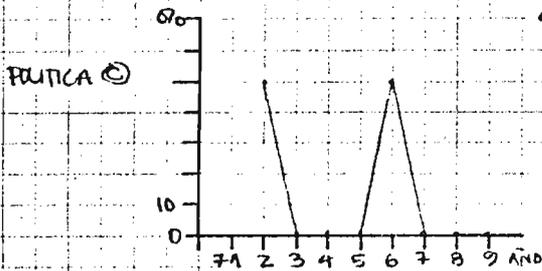
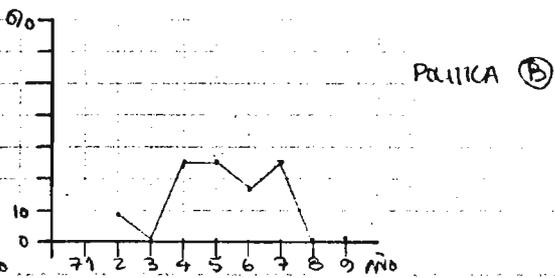
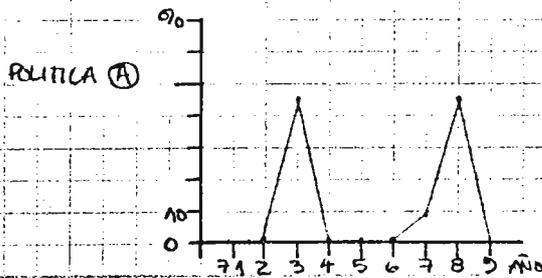
① DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS

POLITICA	f	%
A	11	27.50
B	12	30.00
C	2	5.00
D	15	37.50
TOTAL	40	100.00

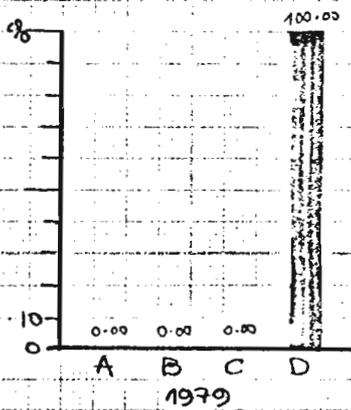
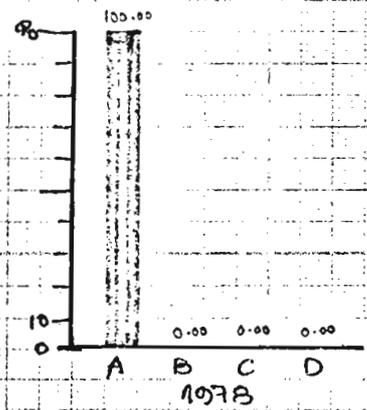
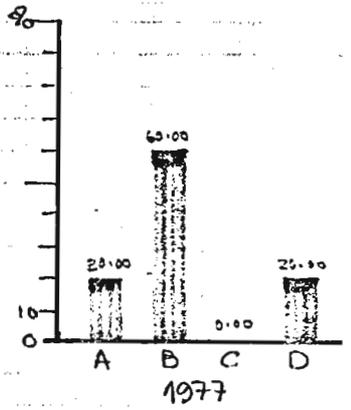
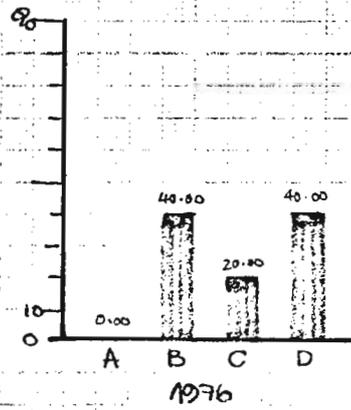
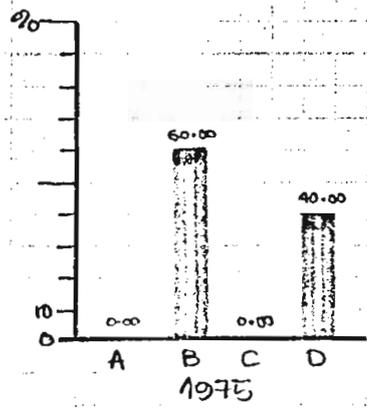
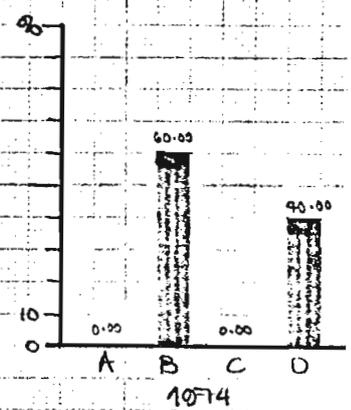
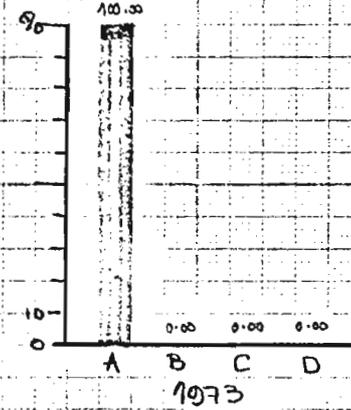
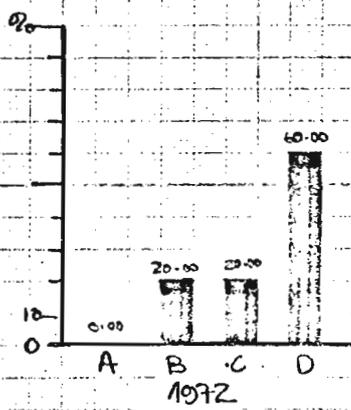


② DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS POR AÑO

AÑO	A			B			C			D		
	f	% Política	% año	f	% Política	% año	f	% Política	% año	f	% Política	% año
72	0	0.00	0.00	1	8.33	20.00	1	50.00	20.00	3	20.00	60.00
73	5	45.45	100.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
74	0	0.00	0.00	3	25.00	60.00	0	0.00	0.00	2	13.33	40.00
75	0	0.00	0.00	3	25.00	60.00	0	0.00	0.00	2	13.33	40.00
76	0	0.00	0.00	2	16.67	40.00	1	50.00	20.00	2	13.33	40.00
77	1	9.09	20.00	3	25.00	60.00	0	0.00	0.00	1	6.67	20.00
78	5	45.45	100.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00
79	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	0	0.00	0.00	3	23.33	100.00
TOTAL	11	100.00		12	100.00		2	100.00		15	100.00	



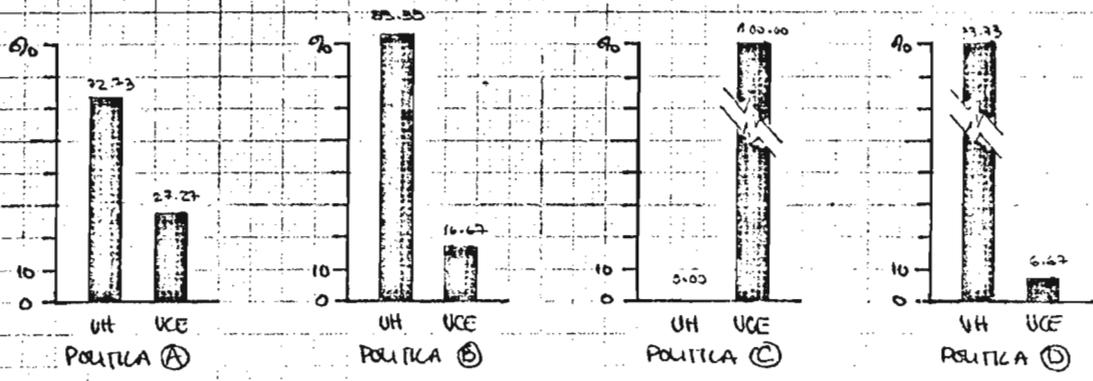
DISTRIBUCION ANUAL DE LAS POLITICAS DE INFRAESTRUCTURA



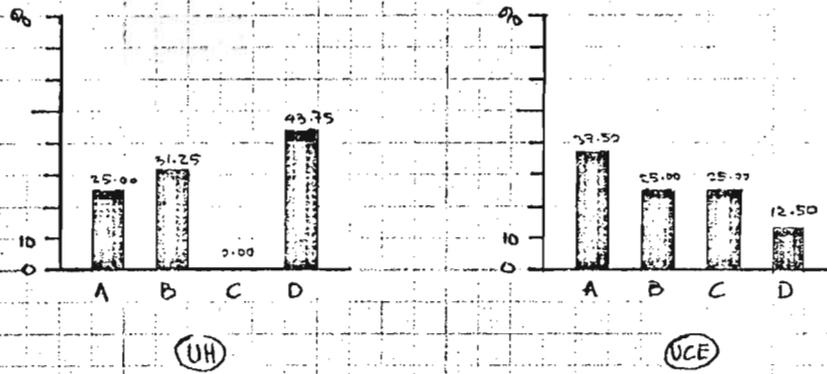
③ DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS

INFRAESTRUCTURA	A		B		C		D	
	f	%	f	%	f	%	f	%
UH/CH	2	25.00	2	20.00	0	0.00	4	28.57
UH/QR	2	25.00	3	30.00	0	0.00	3	21.43
UH/SE	2	25.00	2	20.00	0	0.00	4	28.57
UH/CN	2	25.00	3	30.00	0	0.00	3	21.43
SUMA	8	100.00	10	100.00	0	0.00	14	100.00
% Grupo		25.00		31.25		0.00		43.75
% Política		72.73		83.33		0.00		93.33
UCE/CN	3		2		2		1	
SUMA	3	100.00	2	100.00	2	100.00	1	100.00
% Grupo		37.50		25.00		25.00		12.50
% Política		27.27		16.67		100.00		6.67
TOTAL	11	100.00	12	100.00	2	100.00	15	100.00

DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITIKAS

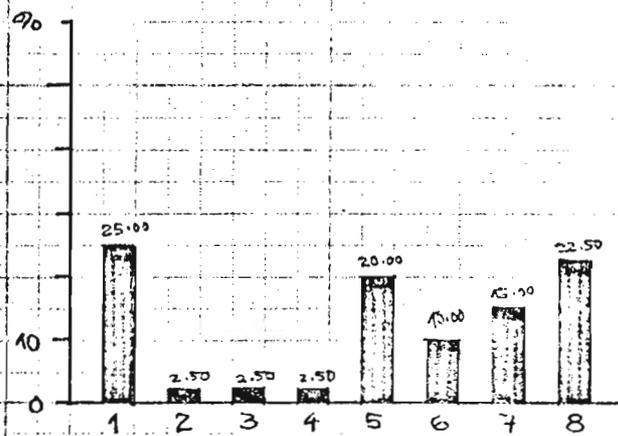


DISTRIBUCION DE LAS POLITIKAS SEGUN LA INFRAESTRUCTURA



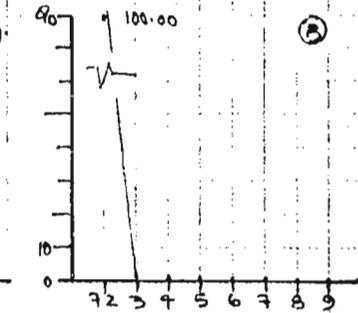
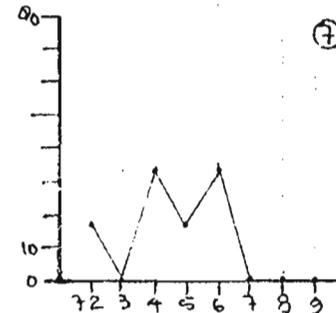
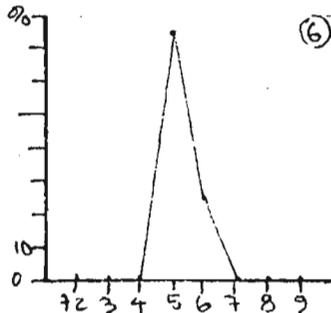
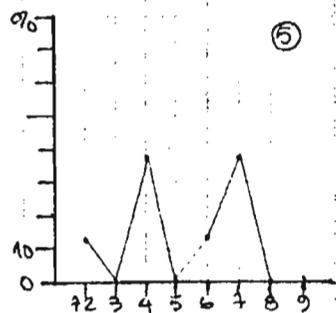
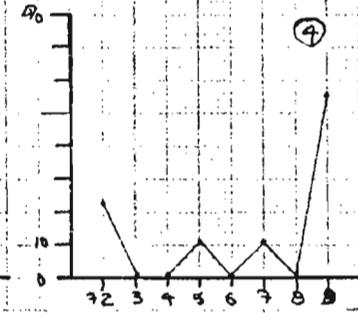
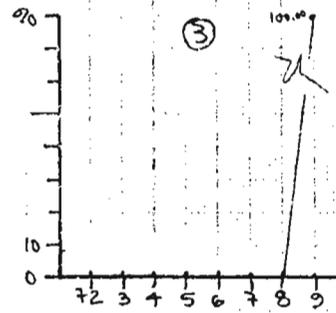
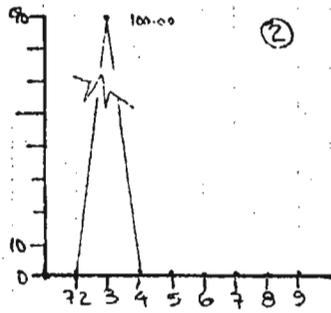
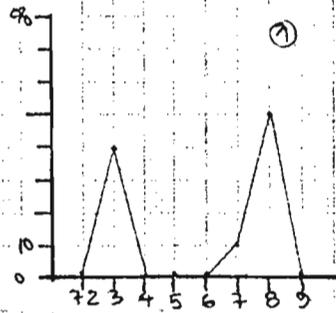
① DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS

POLITICA	f	%
1	10	25.00
2	1	2.50
3	1	2.50
4	1	2.50
5	8	20.00
6	4	10.00
7	6	15.00
8	9	22.50
TOTAL	40	100.00

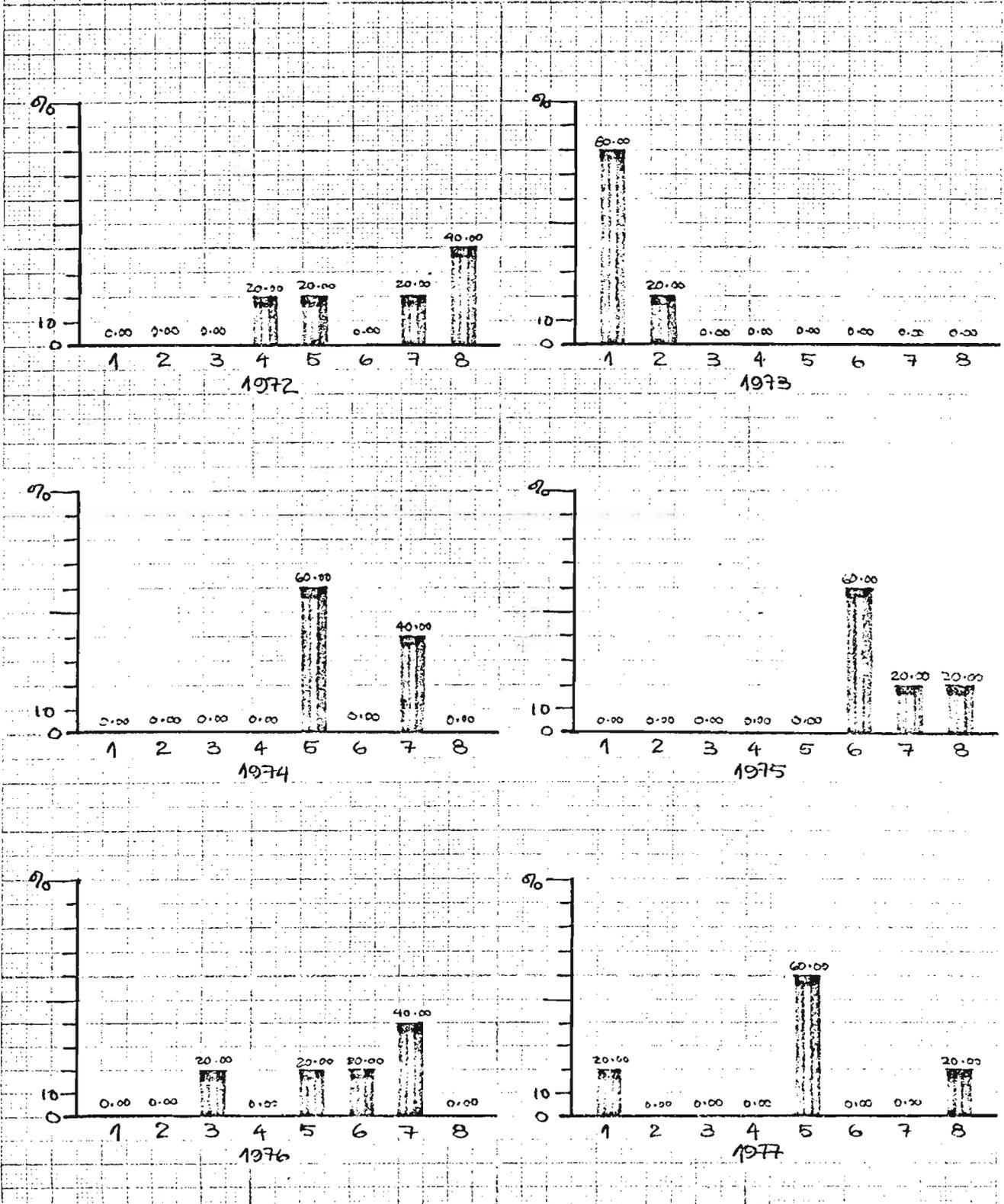


DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS POR AÑO

AÑO	1	2	3	4	5	6	7	8								
f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
72	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	1	12.50	0	0.00	1	16.67	2	22.22
73	4	40.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
74	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	37.50	0	0.00	2	33.33	0	0.00
75	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	75.00	1	16.67	1	11.11
76	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	1	12.50	1	25.00	2	33.33	0	0.00
77	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	37.50	0	0.00	0	0.00	1	11.11
78	5	50.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
79	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	65.56
	10		1	100.00	1	100.00	1	100.00	8	100.00	4	100.00	6	100.00	9	100.00



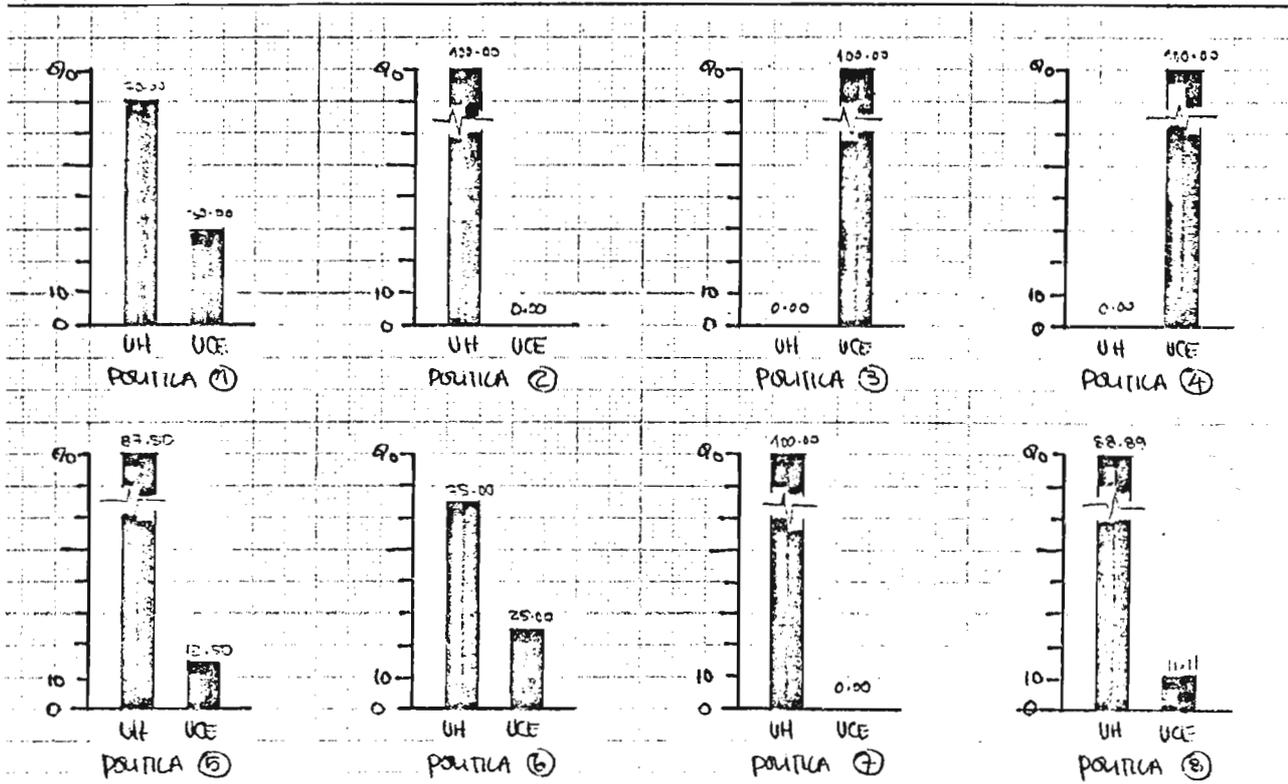
MENCO. S.S.A. POLITICAS DE ATENCION POR AÑO



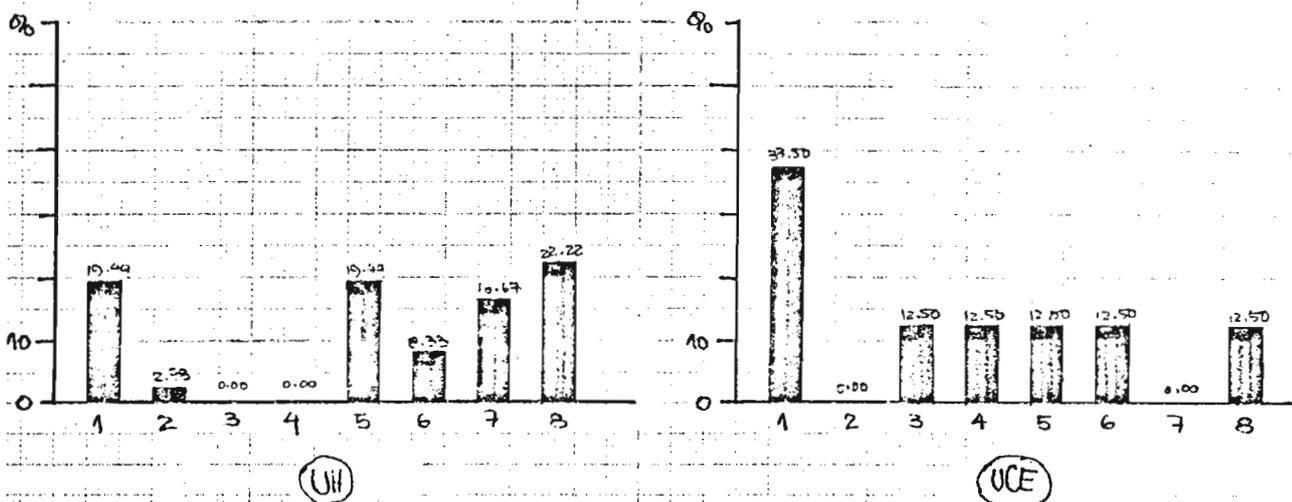
DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS

INFRAESTRUCTURA	1		2		3		4		5		6		7		8	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
UH/CI/EH	2	28.57	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	14.29	1	33.33	3	50.00	1	12.50
UH/QR/IO	1	14.29	1	100.00	0	0.00	0	0.00	2	28.57	1	33.33	1	16.67	2	25.00
UH/SC/PA	2	28.57	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	28.57	0	0.00	1	16.67	3	37.50
UH/CN/CE	2	28.57	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	28.57	1	33.33	1	16.67	2	25.00
SUMA	7	100.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	7	100.00	3	100.00	6	100.00	8	100.00
% Grupo		19.44		2.78		0.00		0.00		19.44		23.33		16.67		22.22
% Politica		70.00		100.00		0.00		0.00		87.50		75.00		100.00		88.89
UCE/CN/CE	3		0		1		1		1		1		0		1	
SUMA	3	100.00	0	0.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	0	0.00	1	100.00
% Grupo		37.50		0.00		12.50		12.50		12.50		12.50		0.00		12.50
% Politica		50.00		0.00		100.00		100.00		12.50		25.00		0.00		11.11
TOTAL	10	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	8	100.00	4	100.00	6	100.00	9	100.00

DISTRIBUCION DE LA INFRAESTRUCTURA SEGUN LAS POLITICAS



DISTRIBUCION DE LAS POLITICAS SEGUN LA INFRAESTRUCTURA



Con base en los cuadros de análisis, puede realizarse una 'lectura" de los indicadores físicos que permita: a) conocer cual fué la política real de atención a la salud para la cual los indicadores físicos de la infraestructura muestran, al nivel de los "soportes materiales", las orientaciones no discursivas de la política y b) en referencia a la información sobre gasto público presentada en el capítulo 2, establecen la relación entre la recurrencia temporal de lo que se denominan como políticas de infraestructura y de atención y las características de la política económica de cada año - relativa a bienestar social,

4.2. Análisis de la Política de Infraestructura y de Atención del Instituto Mexicano del Seguro Social.

a) Políticas de infraestructura.

La política de infraestructura predominante en el período es la D, correspondiente a la reducción efectiva de la infraestructura que se presenta en el 61.11% de los casos. Esta predominancia sobre las demás políticas es ilustrada por el hecho de que, por cada caso que se presenta la política A (ampliación efectiva de la infraestructura), hay 3.67 de la política D; por cada caso de la política C (ampliación de unidades médicas con menor capacidad), hay 3.96.

Considerando la distribución de las políticas de infraestructura por cada uno de los elementos de éste, es evidente en todo caso la predominancia de la política D fundamentalmente en las Clínicas Hospitalares T-1, T-3 y Clínicas A y B, además de que junto con la política A, son las dos únicas políticas que se presentan en todos los elementos de la infraestructura. La política A, que en términos generales ocupa el segundo lugar en cuanto al número de casos en que se presenta, es particularmente importante en los casos de las Clínicas Hospitalares T-1, las Clínicas A, las Clínicas Hospitalares T-3 y los Hospitales de Especialidades, en dicho orden.

El hecho de que ambas políticas, opuestas entre sí, se presentan como relevantes en casos tales como las Clínicas Hospitalares T-1, T-3 y Clínicas A se debe a que en dichos casos las políticas restantes (B y C) tienen mínima o nula presencia. Con base en esta consideración, la infraestructura en la cual recae el mayor impacto de la política D - son las Clínicas B, las de menor jerarquía en el esquema de servicios del Instituto, y la infraestructura en la que el efecto de esta política es contrarrestado de manera más importante por la política A, son las Clínicas Hospitalares T-1 y las Clínicas A.

La política B parece ser la menos relevante de todas ya que, en general, tiene una participación baja entre las infraestructuras incluso en los casos de las Clínicas Hospitalares T-1 y las Clínicas A, ésta no se presenta.

En relación a la política C por una parte, muestra una participación importante en el caso de los Hospitales de Especialidades (es la más importante después de la D en esta infraestructura) y en las Clínicas Hospitales T-2.

Lo anterior muestra el desplazamiento del esquema de servicios y tránsitos considerando que, ya que las políticas A y D permiten obtener un "saldo" por tratarse de políticas opuestas, la política A ilustra el énfasis positivo de la política de infraestructura, en condiciones de una generalizada política D correspondiente a la reducción efectiva de la infraestructura, y se ubica en infraestructuras no continuas, Clínicas Hospitales T-1 y Clínicas A. Por otra parte, las políticas B y C matizan el análisis mostrando un fraccionamiento de la posible continuidad de tránsitos y servicios si se tiene en cuenta la inconsistencia de su presencia conforme la graduación de servicios en la que se ubica cada infraestructura. Lo anterior ilustra el desplazamiento - real del esquema de servicios y tránsitos.

En todo caso, el análisis de las políticas de infraestructura es matizado por el de políticas de atención que adelante se presenta.

b) Políticas de atención.

En correspondencia a la predominancia de la política de infraestructura D, la política de atención predominante es la 8 (contracción efectiva de la atención) seguida de lejos por la 7 (intensificación en el uso de la infraestructura). En efecto, por cada caso de la política 1 (ampliación efectiva de la atención), hay 4.05 de la política 8; Por cada caso de la política 2 (subutilización de la infraestructura, 6.41; de la política 3 (intensificación del uso de las instalaciones en las unidades médicas), 8.55; de la política 4 (contracción de la atención por falta de capacidad de las unidades médicas), 7.00; de la política 5 (ampliación de la atención por concentración), 11; de la política 6 (contracción de la atención por concentración), 19.24, y de la política 7, 3.35.

Considerando la distribución de las políticas de atención en relación a los elementos de infraestructura se constata, en todo caso, la predominancia de la política 8 que; junto con la 7, ambas derivadas de la política D de infraestructura, y con la política 1, derivada de la política A de infraestructura, se presentan en todos los elementos de la infraestructura. La política 7 guarda el segundo lugar en importancia, principalmente en las Clínicas Hospitalares T-1, T-3 y las Clínicas B. Otros aspectos que le dan relevancia a estas políticas es que en términos de políticas de infraestructura se encontraba una contracción efectiva de la infraestructura principalmente en las Clínicas Hospitalares T-1, T-3 y Clínicas B que, conforme a la política 7, se resolvió parcialmente como intensificación del uso de la infraestructura. En su conjunto, la política D se resolvió en un 27% como intensificación en el uso de la infraestructura.

La siguiente política en importancia es la 1 con mayor importancia en las Clínicas Hospitalares T-1 y T-3, después en las Clínicas A y B y, por último, en las Clínicas Hospitalares T-2.

La política 2 es la siguiente y, se presenta principalmente en los -- Hospitales de Especialidades y las Clínicas A. Esta política, como complementaria de la 1, ambas derivadas de la política A de infraestructura, revela que la ampliación efectiva de la infraestructura que se había señalado anteriormente se resolvió en un alto porcentaje (37.50) en la política 2; esto es, como subutilización de la infraestructura. La política 3 continúa en términos de importancia, aunque en las -- Clínicas Hospitalares T-1 y en las Clínicas B no se presenta. Tiene la -- participación mayor en las Clínicas Hospitalares T-2 y en las Clínicas -- Hospital T-3. Le sigue en importancia la política 4 que se presenta -- principalmente en los Hospitales de Especialidades, seguido por las Clínicas Hospitalares T-1 y T-2 y ausente en las Clínicas Hospitalares T-3 y en las Clínicas A y B. Ambas políticas, 3 y 4, son derivadas de la política C de infraestructura correspondiente a la ampliación de unidades médicas con menor capacidad que, con base en lo que indican las políticas 3 y 4, se resolvió en un 52% como intensificación del uso de las instalaciones médicas y en un 48% como contracción de la atención

por falta de capacidad de las unidades médicas.

Las políticas 5 y 6 comparten el último sitio en términos de importancia presentándose la primera principalmente en los Hospitales de Especialidades, seguidos por las Clínicas Hospitales T-2 y, por último en las Clínicas Hospitales T-3. Esta política se encuentra ausente en las Clínicas Hospitales T-1 y en las Clínicas A y B.

Por su parte, la política 6 se presenta en las Clínicas B con el mismo nivel de importancia que la política 1 y en las Clínicas Hospitales T-2 y T-3, con un nivel menor de importancia pero equivalente al de la política 5.

Dado que ambas políticas se derivan de la política B de infraestructura, concentración de instalaciones en unidades médicas, se constata que ésta se resuelve en un 50% como ampliación de la atención por concentración y en un 50% como contracción de la atención por concentración.

4.3. Políticas de Infraestructura y de Atención del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

a) Políticas de infraestructura

Al igual que en el caso del IMSS, la política de infraestructura predominante es la D (reducción efectiva de la infraestructura) seguida por la política B (concentración de instalaciones en las unidades médicas, por la política C (ampliación de unidades médicas con menor capacidad) y, finalmente, con una participación mínima, la política A (ampliación efectiva de la infraestructura). Así por cada caso de la política A, se presentan 20.30 de la política D; de la política B, 3.21, y de la política C, 8.71.

La predominancia de la política D es constatable en todos los elementos de la infraestructura principalmente en las unidades médicas de primer contacto. Por otra parte, a diferencia del IMSS en el cual de cierta manera la política A compensaba a la D, en el ISSSTE la situación es contraria. En efecto, como arriba se ha mencionado, en las Clínicas y Puestos Periféricos es donde se presenta mayormente la política D y, a la vez está completamente ausente la política A que, con pequeñas participaciones, aparece en los Hospitales Propios y en los Subrogados. Visto así, aunque la política D es mayoritaria en todos los elementos de la infraestructura la ausencia de la política A en las unidades de primer contacto evidencia un cierto privilegio de las unidades hospitalarias.

La segunda política en importancia es la B que se presenta principalmente en los Hospitales Subrogados y en los Propios y en un nivel inferior, en Clínicas y Puestos Periféricos.

La política C ocupa el tercer lugar en importancia y se presenta, el mismo nivel que la política B, en Clínicas y Puestos Periféricos, seguidos por los Hospitales Subrogados y por los Propios. En cuarto lugar aparece la política A cuyas características ya se han comentado arriba.

Resulta evidente el favorecimiento, aunque relativo, de las unidades hospitalarias frente a las unidades de primer contacto aunque la situación definitiva se encuentra sujeta al análisis de las políticas de atención.

b) Políticas de atención.

En correspondencia al predominio de la política D, la política 8 (contracción efectiva de la atención) es la mayoritaria dentro de las políticas de atención con un 58.89% de los casos. Le siguen las políticas 6 y 7 (contracción de la atención por contracción e intensificación del uso de la infraestructura, respectivamente) con un 10% cada una; la política 3 (intensificación del uso de las instalaciones en las unidades médicas) con un 6.67%; las políticas 1 y 4 (ampliación efectiva de la atención y contracción de la atención por falta de capacidad de las unidades médicas, respectivamente) con 2.22% cada una, y la política 2 (subutilización de la infraestructura) con un 1.11%. En estos términos, por cada caso de la política 1, hay 26.50 de la política 8; de la política 2, 53; de la política 3, 8.83; de la política 4, 26.50; de la política 5, 6.63; de la política 6, 6.44, y de la política 7, 6.44.

Considerando la distribución de las políticas de atención en relación a los elementos de la infraestructura se constata en todo caso, la predominancia de la política 8, derivada de la política D de infraestructura que, junto con la política 3 derivada de la política C, se presentan en todos los elementos de la infraestructura.

Le siguen en importancia las políticas 3 y 6 la primera, principalmente en Hospitales Propios, Clínicas y Puestos Periféricos y, en menor medida en Hospitales Subrogados, y la segunda en igual medida en Hospitales Propios, Subrogados en Clínicas mostrándose ausente en Puestos Periféricos. Posteriormente la política 7, derivada de la política D de infraestructura, que se presenta en Hospitales, Propios y Subrogados. Esta política, junto con la 8, expresan en términos de políticas de atención, la forma en que se manifestó la reducción efectiva de la infraestructura. Si en el caso de los Hospitales se encuentra la política 7 mientras que en el caso de Clínicas y Puestos Periféricos no aparece, significa que en los primeros parte de las restricciones impuestas por la política D de infraestructura fueron resueltas con la intensificación del uso de la infraestructura mientras que en cuanto a las segundas, actuó la contracción efectiva de la atención. Lo anterior implica la preeminencia de las unidades hospitalarias sobre las de primer contacto. En orden de importancia la siguiente política es la 5 -

que, al igual que la política 7, solo se presenta en los Hospitales - Propios y Subrogados, en iguales magnitudes.

Esta política, junto con la 6, expresan en términos de las políticas de atención a la política B de infraestructura, relativa a la concentración de instalaciones en las unidades médicas. Puede decirse que esta política fue resuelta en los Hospitales en un 50% como una ampliación de la atención por concentración y en un 50% como contracción de la atención por concentración mientras que en el caso de las Clínicas, donde también se presenta la política 6, la concentración no tuvo sino el efecto negativo de contracción de la atención. Nuevamente se constata la postergación de las unidades de primer contacto.

Las políticas 1 y 4 siguen en orden de importancia más a un nivel marcadamente inferior. La primera se presenta solamente en Hospitales - Propios y en Subrogados, aunque a un nivel muy bajo quedando fuera de esta política las Clínicas y Puestos Periféricos. Por su parte, la política 4 solo se presenta en los Hospitales Subrogados.

La política 4 junto con la 3, corresponden a la política C de infraestructura y, considerando lo arriba expuesto en relación a esta última, implica que la política de ampliación de unidades médicas con menor capacidad se resolvió principalmente, en términos de políticas de atención con una intensificación de uso de las instalaciones en las unidades médicas mas que haber inhibido la atención.

La política con menor participación es la 2 que se presenta solamente en Hospitales Propios y en la misma magnitud que la política 1. Ambas se refieren a la política A de infraestructura, de ampliación efectiva de la infraestructura, por lo cual puede decirse que dicha política, si bien favoreció a las unidades hospitalarias, en el caso de los Hospitales Propios, propició una subutilización de la infraestructura, equivalente a la ampliación efectiva de la atención en éstos.

4.4. Análisis de las Políticas de Infraestructura y de Atención de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

a) Políticas de infraestructura

Se aprecia en la SSA la predominancia de la política D (reducción efectiva de la infraestructura) aunque no de manera tan contundente como en el IMSS y en el ISSSTE ya que esta política reúne el 37.50 de los casos, seguida por la política B (concentración de instalaciones en las unidades médicas), con 30.00%; por la política A (ampliación efectiva de la infraestructura) con 27.50%, y finalmente, en un nivel muy inferior, la política C (ampliación de unidades médicas con menor capacidad) con solo un 5.00%. Dado lo anterior, por cada caso de la política A, se presentan 1.36 de la política D; de la política B, 1.25, y de la política C, 7.5.

Es evidente el impulso de las políticas A, B y D mientras que en los institutos de seguridad la predominancia de la política D resultaba rotunda.

Atendiendo a los elementos de la infraestructura, la política más importante es la A que en el caso de las Unidades Hospitalarias compensa en poco más de la mitad a la política D, su opuesta; mientras que en las Unidades de Consulta Externa la política A es la predominante. De ahí que pueda plantearse la situación preferencial que parecen tener las Unidades de Consulta Externa.

La política B ocupa el segundo sitio de importancia en las Unidades de Hospitalización mientras que en las Unidades de Consulta Externa comparte ese mismo sitio con la política C. Esta última política, solo se presenta en las Unidades de Consulta Externa.

Por último, la política D, si bien presente en ambos elementos de la infraestructura, es el más importante en el caso de las Unidades Hospitalarias y la de menor importancia en el de Unidades de Consulta Externa.

Como puede apreciarse, el análisis de la infraestructura muestra importantes diferencias de enfoques para la atención de la salud toda vez que si en el caso de los institutos de seguridad social los prin

cipales impactos de las restricciones en la infraestructura se ubicaban en unidades de consulta exterior, en la SSA se presenta el caso contrario.

b) Políticas de atención.

Las políticas de atención en su conjunto muestran en primer lugar la existencia de tres grupos de políticas según su nivel. En el primero, que corresponden a un nivel alto, predomina la política 1 (ampliación efectiva de la atención) con un 25% de los casos; le sigue la política 8 (Contracción efectiva de la atención), con un 22.50%, y la política 5 (ampliación de la atención por concentración), con 20%.

En el segundo grupo se ubica, como la mayor, la política 7 (intensificación en el uso de la infraestructura) con un 15.00% de los casos, seguida por la política 6 (contracción de la atención por concentración). El último grupo se encuentra conformado por la política 2 (subutilización de la infraestructura), la política 3 (intensificación del uso de las instalaciones en las unidades médicas) y la política 4 -- (contracción de la atención por falta de capacidad de las unidades médicas), cada una con un 2.50% .

Tomando como referente a la política mayoritaria, en este caso la 1, tenemos que por cada caso de las políticas 2, 3 y 4, hay 10 de la política 1; de la política 5, 1.25; de la política 6, 2.50 y de la política 7, 1.67.

Considerando la distribución de las políticas de atención en relación a los elementos de la infraestructura se constata la importancia de la política 1, derivada de la política A, principalmente en las Unidades de Consulta Externa donde tiene una predominancia absoluta. En el caso de las Unidades Hospitalarias, si bien no es la política predominante muestra un nivel alto que casi alcanza el de la política 8, su contraria.

La segunda política que casi alcanza el de la política 8, que en el caso de las Unidades Hospitalarias es predominante y en el de las Unidades de Consulta Externa muestra el mismo nivel que las políticas 3, 4, 5 y 6.

La política 5 es la tercera en importancia y en las Unidades Hospitalarias alcanza el mismo nivel de la política 1 mientras que en las Unida

des de Consulta Externa, como arriba se mencionó, guarda el mismo nivel que las políticas 3, 4, 6 y 8.

En cuarto orden de importancia, está la política 6 que en las Unidades Hospitalarias se ubica ya en una posición de relevancia menor mientras que en las Unidades de Consulta Externa se mantienen al mismo nivel de las políticas 3, 4, 5 y 8. Esta política, junto con la 5, manifiestan el impacto final de la política B de infraestructura por lo que puede decirse que la concentración de instalaciones en las unidades médicas se resolvió principalmente, en un 60.53%, en una ampliación de la -- atención por concentración.

La política que ocupa el quinto lugar en orden de importancia es la 7, que se presenta exclusivamente en las Unidades Hospitalarias. Esta política y la 8 expresan a la política de infraestructura D correspondiente a la reducción efectiva de la infraestructura por lo cual se puede considerar que si bien la ampliación de la infraestructura no fue tan importante en las Unidades Hospitalarias como en las Unidades de Consulta Externa, hay una relativa "compensación" por resolverse la reducción efectiva de la infraestructura en una intensificación en el uso de la infraestructura.

Las políticas 3 y 4, se presentan exclusivamente en las Unidades de Consulta Externa, comparten la sexta posición en importancia. Ambas políticas refieren a la política de infraestructura C relativa a la ampliación de las unidades médicas con menor capacidad en un caso, como intensificación del uso de las instalaciones en las unidades médicas y en otro como contracción de la atención por falta de capacidad de las unidades médicas. Aquí, puede decirse que ambas políticas, al tener la misma magnitud en un solo elemento de infraestructura, se encuentran virtualmente compensadas.

La última política en orden de importancia es la 2, que se presenta exclusivamente en las Unidades Hospitalarias y complementa a la política 1 en cuanto a derivadas de la política de infraestructura A de ampliación efectiva de la infraestructura. La interpretación en cuanto al impacto de esta última política es que la ampliación efectiva de la infraestructura generó un superavit en las Unidades Hospitalarias mientras que en el caso de las Unidades de Consulta Externa la ampliación efectiva de la infraestructura se tradujo plenamente en ampliación efectiva de la atención.

4.5. Políticas de Infraestructura y de Atención y Política Económica.

Las políticas de infraestructura y de atención representan, en términos de los indicadores físicos, las orientaciones de la política económica, en particular las referentes a la reproducción de la fuerza de trabajo.

El análisis de las políticas derivadas de los indicadores físicos a la luz de la política económica permite encontrar en función de qué consideraciones económicas se presentaron énfasis en la atención de asalariados "privados", de asalariados del Estado o de la población abierta.

Para la elaboración de este apartado se utilizaron tanto los cuadros de análisis de este capítulo como la información del capítulo 2.

a) 1971.

En el IMSS, predominó la reducción efectiva de la infraestructura que se presenta en Clínicas Hospitalares T-1, T-2, T-3 y en Clínicas B. Así mismo hubo una ampliación de Hospitales de Especialidades con menor capacidad. Lo anterior significó, en términos de las políticas de atención, una intensificación del uso de la infraestructura en donde se presentó la reducción efectiva de ésta, y de las instalaciones en los Hospitales de Especialidades.

Por su parte, las políticas del ISSSTE indican que predominó la concentración de camas hospitalarias, quirófanos y salas de expulsión en los Hospitales Propios y Subrogados a la vez que se presenta una reducción efectiva de la capacidad de la infraestructura en cuanto a consultorios en las unidades médicas de todo tipo. La concentración de instalaciones en las unidades médicas se resolvió, en el caso de las camas hospitalarias, como ampliación de la atención de hospitalización mientras que propició una contracción de la atención en lo relativo a intervenciones quirúrgicas y atención de partos. Por su parte la reducción efectiva de la infraestructura resultó en una contracción efectiva de las consultas externas en todas las unidades médicas.

Lo anterior atiende a que la inversión en hospitales y centros asistenciales así como bienestar social descienden en su participación dentro de la inversión pública federal lo cual se ve agravada por el hecho de que la inversión en hospitales y centros asistenciales descendió también como proporción de la inversión en bienestar social.

Esta situación se da siguiendo un planteamiento contraccionista en la política económica con un presupuesto restrictivo en el cual el gasto de capital tiene el nivel más bajo dentro del período 1970-1979, orientándose el gasto en obras públicas y construcciones al sector desarrollo económico, en detrimento del gasto en el sector desarrollo social.

1972)

En el IMSS se diversifican las políticas de infraestructura con predominancia de la ampliación de unidades médicas con menor capacidad que involucran en los Hospitales de Especialidades y en las Clínicas Hospitales T-1 y T-2 a las Camas Hospitalarias, los Quirófanos y a los Consultorios. Le sigue en importancia la reducción efectiva de la atención en Clínicas Hospitales T-3 en lo que refiere a Camas Hospitalarias, Quirófanos y Consultorios así como en los Consultorios de Clínicas A y B. Aparece en este año una ampliación efectiva de la infraestructura que beneficia a las salas de expulsión en Hospitales de Especialidades y Clínicas Hospitales T-1 y T-2. Así mismo se presenta una mejoría en las Salas de Expulsión en las Clínicas Hospitales T-3 que presentan un incremento, aunque concentrado.

En términos de las políticas de atención se constata que esta mejoría de las políticas de infraestructura, principalmente en los tres tipos de unidades médicas de mayor jerarquía, no se tradujo en una mejoría de la atención. En efecto, se contrajo la atención de la hospitalización, intervenciones quirúrgicas y consultas externas en Hospitales de Especialidades, Clínicas Hospitales T-1 y T-2 por falta de capacidad en éstas, y en las Clínicas Hospitales T-3 por una insuficiencia total. Esta misma insuficiencia total contrajo la atención de consultas externas en Clínicas A y B y por su parte también la concentración de Salas de Expulsión en las Clínicas Hospitales T-3 resultó en una contracción de la atención. Por último, la ampliación efectiva de la capacidad de atención de partos que se presentó en Hospitales de Especialidades y Clínicas Hospitales T-1 y T-2, se tradujo finalmente en subutilización de ésta.

En el ISSSTE, en cuanto a políticas de infraestructura, se dió una reducción efectiva de la infraestructura en Hospitales Propios. Así mismo, esta reducción efectiva se presentó en Clínicas y Puestos Periféricos en cuanto a los Consultorios correspondientes.

Por otra parte se dió una ampliación de los Hospitales Subrogados con menor capacidad en cuanto a Camas Hospitalarias, Quirófanos y Consultorios además de una concentración de Salas de Expulsión en Hospitales Propios y una ampliación efectiva de la infraestructura en lo que respecta a Salas de Expulsión en los Hospitales Subrogados.

Las políticas de atención resultantes expresan una contracción efectiva de las Intervenciones Quirúrgicas y de las Consultas Externas en los Hospitales Propios así como de las últimas en las Clínicas y en los Puestos Periféricos. Por otra parte se dieron distintos tipos de intensificaciones de uso. En primer lugar, de los Hospitales propios y sus Camas Hospitalarias para la atención de hospitalización; en segundo lugar, se intensificó el uso de los Hospitales Propios para la atención de partos como efecto de la concentración de instalaciones y en tercer lugar, de las Camas Hospitalarias en Hospitales Subrogados para la atención de hospitalización.

Asimismo, se presentó una baja en la atención de Intervenciones Quirúrgicas y de Consultas Externas en los Hospitales Subrogados por falta de capacidad de éstos. Finalmente, en los Hospitales Subrogados se presentó una ampliación efectiva de la atención de partos.

En el caso de la SSA se presentaron, por una parte, una reducción efectiva de la infraestructura en cuanto a las unidades de hospitalización y a sus respectivas camas hospitalarias, quirófanos y consultorios. Por otra parte, una ampliación de las unidades de consulta externa pero con menos capacidad de atención en cuanto a sus consultorios y finalmente se observa una ampliación de salas de expulsión concentradas en las unidades de hospitalización.

De esta suerte, en cuanto a políticas de atención, se operó una contracción efectiva de la atención de intervenciones quirúrgicas y de consultas externas en las unidades de hospitalización y de sus camas, para la atención de hospitalización así como una ampliación de la

atención por concentración en las unidades de hospitalización para la atención de partos y una baja en la atención de consultas externas por falta de capacidad de las unidades de consulta externa.

Esto se presenta a la vez que se dió un aumento de la participación de la inversión en hospitales y centros asistenciales así como de la inversión en bienestar social respecto a la inversión pública federal aunque el aumento de la participación de la inversión en bienestar social es explicable por el aumento de la inversión en vivienda. Igualmente aumenta la participación de la inversión en bienestar social, aunque de menor forma que respecto a la inversión pública federal. Lo anterior se dió en el marco de una política económica redistributiva y de promoción económica que se expresó como aumento del gasto público, incrementándose asimismo, las inversiones financieras y el gasto de capital.

Respecto al sector desarrollo social, se incrementaron tanto el gasto de inversión como el gasto corriente constatándose que, de hecho, ambos incrementos no se ven reflejados significativamente en las políticas de infraestructura ni en el personal en servicio en la SSA.

Por otra parte, es importante, en el caso del ISSSTE, considerar que se incrementó el gasto corriente por contrataciones de personal así como el aumento de la participación del sector administración, defensa y poderes en la inversión pública federal.

En el IMSS se presenta , una reducción efectiva de la infraestructura de manera general que se tradujo en una contracción efectiva de la atención en todos sus aspectos. Lo anterior encuentra explicación considerando que en este año se presentó un fuerte aumento de la población derechohabiente que, al no contar con un incremento en la infraestructura de la misma magnitud, produce, en términos reales, la insuficiencia de esta, expresada en la reducción efectiva de la infraestructura y la contracción efectiva de la atención.

En el caso del ISSSTE, la política de infraestructura fue de una franca reducción que impactó tanto a las unidades médicas como a las instalaciones en éstas. Las políticas de atención resultantes fueron de dos tipos: por una parte, observamos una contracción efectiva de la atención de Egresos Hospitalarios, Intervenciones Quirúrgicas y Consultas Externas en los Hospitales, Propios y Subrogados, así como de

estas últimas en Clínicas y Puestos Periféricos y por otra parte se intensificó el uso de Salas de Expulsión y de Hospitales para la atención de Partos.

Por su parte, en la SSA la política de infraestructura fue de ampliación efectiva de ésta, involucrando a la totalidad de elementos.

Las políticas de atención en este año fueron de subutilización de la infraestructura para la atención de Intervenciones Quirúrgicas así como de ampliación efectiva de la atención de Egresos Hospitalarios, - Partos y Consultas Externas por parte de las unidades de hospitalización así como, respecto a las últimas, también en las unidades de consulta externa.

En términos de la política económica, la inversión en hospitales y centros asistenciales muestra un aumento de su participación en la inversión pública federal alcanzando en este año el mayor porcentaje a la vez que también incrementó su participación en la inversión en bienestar social, incremento que asimismo explica el de la inversión en bienestar social dentro de la Inversión Pública Federal. Lo anterior se dió en el marco de una política de ampliación moderada del gasto público y de dos programas contra la inflación. El de marzo que pretendió ampliar la actuación del Estado en la distribución de bienes que se manifestó como un aumento del gasto en obras públicas y construcciones en el sector comunicaciones y transportes así como en el sector comercio. En el programa de julio se planteó la promoción de las actividades económicas incluyendo la revisión y ajuste del gasto para orientarlo a actividades no inflacionarias, siguiendo una política monetaria restrictiva, producto de lo cual es el descenso de inversiones financieras en los sectores desarrollo social y administración, - defensa y poderes.

En este año el sector desarrollo social encuentra su mayor participación en la inversión pública federal y, por otra parte, muestra un descenso de su participación en el gasto corriente.

Puede decirse que esta mejoría relativa del gasto de inversión en bie

nestar social y en hospitales y centros asistenciales no incluyó a los institutos de seguridad social mientras que se manifiesta la participación de la SSA en el Sector Desarrollo Social ya que es la institución cuyas políticas de infraestructura y de atención corresponden al enfoque de la política económica. Aún más, aparentemente la restricción en el gasto corriente no afectó al personal en servicios del cual ninguna categoría decrece.

d) 1974

En el IMSS, se presenta una gran mejoría en las políticas de infraestructura, se presentó una concentración de camas hospitalarias, Quirófanos, Salas de Expulsión y Consultorios en las Clínicas Hospitalares T-2 y de Consultorios en las Clínicas B así como una ampliación efectiva de la infraestructura vista como aumento de las demás unidades médicas e instalaciones en las unidades médicas.

En cuanto a las políticas de atención el resultado no fue óptimo. Por una parte se presentó una baja de atención de partos y de Consultas Externas en las Clínicas Hospitalares T-2 así como de Consultas Externas en las Clínicas por la concentración de instalaciones en las unidades médicas; se dió una intensificación del uso de las Clínicas Hospitalares T-2. La concentración para la atención de hospitalización e Intervenciones Quirúrgicas y se subutilizó la infraestructura en el caso de los Hospitales de Especialidades y de las Clínicas Hospitalares T-1 y T-3 en la atención de partos y en Consultas Externas así como también en las Clínicas A para Consultas Externas.

Por otra parte, se amplió efectivamente la atención de Hospitalización e Intervenciones Quirúrgicas en los Hospitales de Especialidades y en las Clínicas Hospitalares T-1 y T-3.

En cuanto al ISSSTE, presenta una reducción efectiva de las unidades médicas y de las instalaciones médicas en el caso de las camas hospitalarias, los Quirófanos y las Salas de Expulsión y de los Hospitales Propios y Subrogados. Asimismo, se presenta una concentración de los Consultorios en todas las unidades médicas.

Las políticas de atención resultantes fueron de contracción efectiva de la atención de Egresos Hospitalarios, Intervenciones Quirúrgicas y Partos en ambos tipos de hospitales y de baja de la atención de Consultas Externas por la concentración de los Consultorios en el caso de todas las unidades médicas, a pesar de que, en este año se pretendió privilegiar la atención de primer contacto.

Por lo que toca a la SSA en cuanto a políticas de infraestructura, que se dió una reducción efectiva de la infraestructura para la atención de Hospitalización y Partos al reducirse simultáneamente las camas hospitalarias, las Salas de Expulsión y las unidades de hospitalización. Por otra parte, el aumento en Quirófanos y Consultorios se concentró en las unidades de hospitalización y, respecto a los segundos también se concentró el aumento en las unidades de Consulta Externa preexistentes.

De esta manera, las políticas de atención llevadas a cabo fueron de intensificación del uso, por un lado, de la infraestructura para la atención de la hospitalización y de Partos y, por otro, de las unidades de hospitalización por concentración de instalaciones en el caso de Intervenciones Quirúrgicas y Consultas Externas. Respecto a estas últimas, también se amplió la cobertura por concentración de Consultorios en las unidades de Consulta Externa.

La política económica para este año se manifestó en que, en cuanto a la inversión en hospitales y centros asistenciales, decreció su participación en la inversión pública federal, al igual que la correspondiente a bienestar social, nulificándose el incremento dado en 1973. Asimismo decrece, aunque en menor proporción, la participación de la inversión en hospitales y centros asistenciales respecto a la inversión en bienestar social.

Esto se da en concordancia con una política de moderación del gasto público, orientándolo a actividades calificadas de prioritarias que si bien incluyeron seguridad social, no incluyeron salud pública. Así disminuyó la participación de educación, considerada prioritaria

y de salud en la inversión pública federal. Sin embargo, si lo anterior explica por una parte la mejoría de las políticas en el IMSS así como el detrimento de las de la SSA, es claro que la orientación de apoyo a la seguridad social no incluyó al ISSSTE.

Aunque se aprecia un aumento de la participación del sector desarrollo social en el gasto público éste es aparente toda vez que realmente obedeció a la disminución del gasto corriente del sector desarrollo económico como componente del gasto público.

e) 1975 .

El IMSS presenta en este año una reducción efectiva de la infraestructura que implicó la contracción efectiva de la atención en todos los Servicios, repitiéndose la situación de 1973.

En cuanto al ISSSTE, se repiten las mismas políticas de infraestructura, impactando de manera distinta que en el año anterior a las unidades médicas y a sus instalaciones. En efecto, se presenta una reducción efectiva de la infraestructura en el caso de Hospitales, Propios y Subrogados, en Quirófanos, Salas de Expulsión y los Consultorios - así como de las Clínicas y de los Puestos Periféricos y sus Consultorios. La segunda política fue de concentración de las camas hospitalarias en los Hospitales, Propios y Subrogados.

Las políticas de atención resultantes fueron tres. La primera, de contracción efectiva de la atención de Intervenciones Quirúrgicas, Partos y Consultas Externas en los Hospitales, Propios y Subrogados, y de las Consultas Externas en Clínicas y Puestos Periféricos; la segunda, de baja de atención de la Hospitalización en los Hospitales Propios por la concentración de las camas hospitalarias y la tercera, de intensificación de uso de las camas hospitalarias en los Hospitales Subrogados para la atención de hospitalización.

Por lo que respecta a la SSA, en 1975 se repiten las políticas de infraestructura, variando levemente su composición. Se da una reducción efectiva de la infraestructura en términos de las unidades de hospitalización en Quirófanos y Salas de Expulsión así como una concentración de camas hospitalarias y Consultorios en las unidades de

hospitalización a la vez que estos últimos también mostraron un incremento concentrado en las unidades de Consulta Externa.

En términos de las políticas de atención apreciamos que a partir de este año se agravan. Así vemos que hubo una contracción efectiva de la atención de Partos en las unidades de hospitalización, se intensificó el uso de la infraestructura para la atención de las Intervenciones Quirúrgicas y bajó la atención de Egresos Hospitalarios y de Consultas Externas por concentración de las camas hospitalarias y Consultorios en los hospitales y los segundos también en las unidades de Consulta Externa.

En cuanto a la Política económica, se efectuó leve aumento de la participación de la inversión en hospitales y centros asistenciales dentro de la inversión en bienestar social a la vez que desciende la participación de ambos respecto a la inversión pública federal.

En este año, ante una inminente recesión se adoptó una política de promoción vía egresos de la federación siguiendo tres premisas: recorte del gasto de inversión, aumento de impuestos indirectos y continuación de las medidas monetarias restrictivas. Así, vemos que decrece la participación del sector desarrollo social en la inversión pública federal así como en el gasto público en su conjunto y se establece una doble tendencia: a medida que se contrae la economía nacional decrece la participación del sector desarrollo social a favor del sector desarrollo económico, fundamentalmente.

f) 1976.

Para el IMSS se presenta nuevamente, y por última ocasión en el periodo considerado, que las políticas de infraestructura y de atención se muestran satisfactorias, más las segundas que las primeras.

Respecto a las políticas de infraestructura se restringió efectivamente en cuanto a Salas de Expulsión en Hospitales de Especialidades; hubo una ampliación de las Clínicas Hospitalares T-1, T-2 y T-3 pero en menor capacidad en cuanto a Salas de Expulsión; se concentraron camas hospitalarias, Quirófanos y Consultorios en los Hospitales de Espe -

cialidades y se dió una ampliación efectiva de la infraestructura en cuanto a camas hospitalarias, Quirófanos y Consultorios en las Clínicas Hospitalares T-1, T-2 y T-3 así como de los Consultorios en las Clínicas A y B.

En cuanto a las políticas de atención, se presentó una intensificación de uso de la infraestructura en la atención de Partos en Hospitales de Especialidades. Asimismo se intensificó el uso de estos hospitales, por concentrar las instalaciones, para Hospitalización, Intervenciones Quirúrgicas y Consultas Externas y se intensificó también el uso de las Salas de Expulsión en las Clínicas Hospitalares T-2 y T-3. Por otra parte, se dió una ampliación efectiva de la atención de Hospitalización, Intervenciones Quirúrgicas y Consultas Externas en las Clínicas Hospitalares T-2 y T-3 de las Consultas Externas en las Clínicas A y B.

Para el ISSSTE, en 1976, las políticas de infraestructura nuevamente son las mismas que en 1975 y 1974 pero con efecto sobre distintos elementos. De esta manera, se dió una reducción efectiva de la infraestructura en camas hospitalarias y consultorios y en hospitales, propios y subrogados, clínicas y puestos periféricos. Por otra parte se concentraron quirófanos y salas de expulsión en los hospitales.

Las políticas de atención fueron, por una parte, de contracción efectiva de la atención de consultas externas en todas las unidades médicas, por otra, se intensificó el uso de los hospitales y sus camas hospitalarias para tender egresos hospitalarios y, finalmente, se intensificó el uso de los hospitales en la atención de intervenciones quirúrgicas y partos, como resultado de la concentración de instalaciones.

Nuevamente, la atención de primer contacto es la perdedora.

Por parte de la SSA, como políticas de infraestructura se presentó una reducción efectiva de la infraestructura que se dió en términos de las unidades de hospitalización y sus respectivas camas hospitalarias y consultorios. Asimismo, se amplió el número de unidades de consulta externa pero de menor capacidad de atención en cuanto a los consultorios y se dió un aumento concentrado de quirófanos y salas de expulsión en las unidades de hospitalización preexistentes.

Las políticas de atención a la salud fueron de intensificación de uso de las unidades de hospitalización y de las camas hospitalarias y Consultorios en esas para la atención de la hospitalización y Consultas-Externas; bajó la atención de las Intervenciones Quirúrgicas por la concentración de Quirófanos en las unidades hospitalarias, se intensificó el uso de las unidades de hospitalización para la atención de Partos y se intensificó el uso de los Consultorios en las unidades de Consulta Externa.

En cuanto a su participación en la inversión pública federal nuevamente se reducen la de hospitales y centros asistenciales así como la de bienestar social mientras que la participación de la inversión en hospitales y centros asistenciales muestra nuevamente un leve aumento en la inversión en bienestar social alcanzando un nuevo máximo aunque menor que el de 1973 y a partir del cual se desencadena una tendencia a la baja.

En lo que respecta a la política económica de este año se declaró contraccionista para que a través de un presupuesto "austero y realista" se redujera el déficit del gasto público lo cual finalmente implicó que el presupuesto de Egresos de la Federación fuera, en términos reales, menor al del año anterior.

Así, la política restrictiva y de recorte en el gasto público se expresó a través del recorte del gasto corriente en el sector desarrollo económico y del decremento del gasto de capital que conllevó una reducción del gasto de inversión en el sector desarrollo social. Posteriormente, con la devaluación del 31 de agosto de 1976 y el convenio establecido con el Fondo Monetario Internacional que reforzó los planteamientos monetarios restriccionistas, se decreta la austeridad. Este año, para variar, el sector desarrollo social resultó afectado negativamente.

Sin embargo, ante tal panorama, la situación de la atención a la salud por parte de la SSA parece no haber sufrido un fuerte impacto por lo que puede decirse que, más que agravarse coyunturalmente, la baja de ésta corresponde a una tendencia.

g) 1977.

En el IMSS, las políticas de infraestructura y de atención muestran un retroceso. En cuanto a las primeras, se presenta una reducción efectiva en los Hospitales de Especialidades y de las camas hospitalarias, de las Salas de Expulsión y de los Consultorios en éstos; de las Clínicas Hospitalares T-1 y de las Camas Hospitalarias, de los Quirófanos, de las Salas de Expulsión y de los Consultorios en éstas; de las Clínicas Hospitalares T-3 y de las Camas Hospitalarias, de las Salas de expulsión y de los Consultorios en éstas. Al mismo tiempo aumentaron las Clínicas Hospitalares T-2 pero con menor capacidad en términos de Camas Hospitalarias, Quirófanos, Salas de Expulsión y Consultorios a la vez que las instalaciones en las unidades médicas que aumentaron; los Quirófanos, se concentraron en los Hospitales de Especialidades y en las Clínicas Hospitalares T-3.

Lo anterior se tradujo, en cuanto a política de atención, en una contracción efectiva en la atención de los Partos atendidos en los Hospitales de Especialidades y en las Clínicas Hospitalares T-1 y T-3. Se continuó con la intensificación de uso en sus tres modalidades: de la infraestructura, para la atención de Hospitalización y Consultas Externas por parte de los Hospitales de Especialidades para la atención de Hospitalización, Intervenciones Quirúrgicas y Consultas Externas por parte de las Clínicas Hospitalares T-1; para la atención de Hospitalización y Consultas Externas por parte de las Clínicas Hospitalares T-3 y para la atención de Consultas Externas en las Clínicas A y B. La segunda modalidad, de intensificación del uso de las unidades médicas relativa a la ampliación de la atención por concentración, se presentó en el caso de los Hospitales de Especialidades y de las Clínicas Hospitalares T-3 para la atención de Intervenciones Quirúrgicas y la tercera modalidad, intensificación de uso de las instalaciones en las unidades médicas, se presentó en las Clínicas Hospitalares T-2 respecto a la atención de Hospitalización, Intervenciones Quirúrgicas y Consultas Externas.

En el caso del ISSSTE se presenta al igual que en 1973, una reducción efectiva de la infraestructura que actuó sobre todas las unidades médicas y todas las instalaciones.

Las políticas de atención que aparecen en esta fecha son de contracción efectiva de la atención de la Hospitalización, Partos y Consultas Externas en los Hospitales y de las últimas en las Clínicas y Puestos Periféricos así como de intensificación de uso de la infraestructura para la atención de Intervenciones Quirúrgicas en Hospitales.

Para la SSA, por cuarto año consecutivo encontramos como políticas de infraestructura la reducción de ésta, en este año actuando sobre las unidades de Hospitalización y sus Salas de Expulsión así como la política de concentración de instalaciones en las unidades médicas, actuando en Camas Hospitalarias, Quirófanos y Consultorios en cuanto a las unidades de hospitalización y como tercera política encontramos una ampliación efectiva de las unidades de Consulta Externa y de sus Consultorios.

Las políticas de atención, siguiendo cierta tendencia a la baja, fueron de contracción efectiva de atención de Partos, de intensificación del uso de las unidades de Hospitalización por concentración para atender Hospitalización, Intervenciones Quirúrgicas y Consultas Externas y de ampliación efectiva de la atención de éstas en las unidades de Consulta Externa.

Por su parte la inversión en hospitales y centros asistenciales, al igual que la inversión en bienestar social, desciende como proporción de la inversión pública federal a la vez que también desciende la participación de la inversión en hospitales y centros asistenciales en la inversión en bienestar social alcanzando un nivel inferior al de 1975.

Por su parte, la política económica de este año canalizada a través del plan de austeridad y la alianza para la producción fue de corte contraccionista lo cual por una parte significó el establecimiento de topes salariales y por otra, buscando reducir el gasto del sector público federal como proporción del producto interno bruto, se manifestó a través del recorte del gasto de capital, en particular en obras

públicas y construcciones.

Asimismo, el recorte en la inversión pública federal actuó sobre el sector desarrollo social, canalizándose los recursos al sector desarrollo económico a la vez que también se recortó el gasto corriente en el sector desarrollo social. De hecho, este año fue en términos económicos, el más crítico para este sector.

h) 1978.

En este año, en el IMSS, se presenta una reducción efectiva de la infraestructura, coexistiendo con una contracción efectiva de la atención .

Aunado a lo anterior, el fuerte incremento de la población derechohabiente en este año, al igual que lo observado en 1973 y 1975, coadyuvaba a que en términos reales se presenten la reducción y la contracción efectivas.

Coincidiendo con el IMSS, el ISSSTE, al igual que el año anterior y - por tercera ocasión, se presenta una reducción efectiva de la infraestructura que tuvo consecuencias más graves que en las anteriores ocasiones ya que presenciamos una reducción efectiva de la atención en todos sus componentes.

Por su parte, la situación que presenta la SSA es completamente opuesta a la de los institutos de seguridad social ya que la política de infraestructura muestra una gran mejoría que se manifiesta en cuanto a política de infraestructura, como una ampliación efectiva de ésta. La política de atención resultante, dada la gran mejoría que estableció un nivel mucho más alto de capacidad de atención fue, en todos -- los rubros, de ampliación efectiva de la atención.

La inversión en hospitales y centros asistenciales tuvo un pequeño aumento en su participación dentro de la inversión pública federal al igual que la inversión en bienestar social que es debido al incremento del gasto de inversión en obras y servicios urbanos y rurales.

Respecto a la inversión en bienestar social, la inversión en hospitales y centros asistenciales disminuye su participación a un nivel menor al de los años 1974 y 1973, pero mayor al de 1972.

La política económica en este año empieza a incorporar resultados del boom petrolero. Así, se incrementa la participación del rubro obras públicas y construcciones en el gasto total a la vez que disminuyeron las inversiones financieras. Se constata también una tendencia a la baja de la participación de los sectores desarrollo económico y administración, defensa y poderes en la inversión pública federal lo cual hace que aparentemente aumente la importancia del sector desarrollo social en ésta.

Se da un recorte del gasto corriente en los sectores administración, defensa y poderes y, principalmente, en desarrollo social a la vez - que hay un importante aumento de la participación, dentro del sector desarrollo económico, del sector energéticos.

Cabe anotar que el recorte de gasto corriente disminuyó el ritmo de incorporación de población derechohabiente al ISSSTE y que, aún así, la baja en sus políticas de infraestructura y de atención no pudo ser amortiguada. Por otra parte, en relación a la SSA las características generales de la política económica de este año parecen no actuar en detrimento de sus políticas de infraestructura y de atención ya que observamos que precisamente en este año se da una gran mejoría en sus indicadores físicos estableciéndose de hecho un nivel superior de capacidad de atención.

i) 1979.

En el IMSS, después del fuerte retroceso del año anterior, se presenta una leve mejoría en la política de infraestructura aunque no así en las políticas de atención.

Se repite la reducción efectiva de la infraestructura para todas las unidades médicas y todas sus instalaciones con excepción de los Hospitales de Especialidades que aumentan en número con unidades de menor capacidad de atención debido a la cantidad de camas hospitalarias, Quirófanos, Salas de Expulsión y Consultorios.

Se presenta, asimismo, una contracción efectiva de la atención en el caso de todos los servicios médicos prestados según el tipo de unidad médica e instalación respectiva con excepción de la Hospitalización, las Intervenciones Quirúrgicas, los Partos atendidos y las Consultas Externas en los Hospitales de Especialidades.

En cuanto al ISSSTE, encontramos que se diversifican las políticas de infraestructura mostrando, en conjunto, mejoría. Se presentó una reducción efectiva de Hospitales Subrogados y de sus Quirófanos y Consultorios; una ampliación de Hospitales Propios con menor capacidad en cuanto a Salas de Expulsión y Consultorios y de Clínicas y Puestos Periféricos en cuanto a Consultorios; se presentó una concentración de Camas hospitalarias y Quirófanos en Hospitales Subrogados así como una ampliación efectiva de la infraestructura en cuanto a Hospitales Propios en referencia al aumento de sus Camas Hospitalarias y Quirófanos.

Las políticas de atención fueron muy diversas, se da una intensificación del uso de la infraestructura para la atención de Partos y Consultas Externas en Hospitales Subrogados así como una baja en la atención de Intervenciones Quirúrgicas por la concentración de instalaciones en éstos, intensificándose el uso de Hospitales Subrogados para Egresos Hospitalarios, efecto de la concentración de instalaciones.

Por otro lado, en cuanto a Hospitales Propios, se presentan una intensificación de uso de sus Salas de Expulsión y Consultorios, son subutilizados para la atención de Intervenciones Quirúrgicas y hay una ampliación efectiva de la atención de la Hospitalización.

Por último, se presentó una intensificación en el uso de los Consultorios y Puestos Periféricos para la atención de Consultas Externas.

En la SSA en 1979, y en contraposición absoluta a lo observado en el año anterior, la política de infraestructura fue de una reducción efectiva que actuó sobre todos los componentes de ésta.

La reducción generalizada de este año, no nulifica el aumento del año anterior que significó una elevación en el nivel de atención lo cual, finalmente, no obsta para que como política de atención se haya dado

una contracción efectiva de ésta.

Al igual que en el año anterior, hay un aumento de la participación de la inversión en hospitales y centros asistenciales en la inversión pública federal después del cual, sin embargo, no se llega al nivel alcanzado previamente, en 1976.

Asimismo, se presenta un incremento de la participación de la inversión en bienestar social pero respecto a ésta, la inversión en hospitales y centros asistenciales muestra nuevamente un descenso en su participación que le ubica en un nivel inferior al alcanzado en 1972.

Al igual que en el año anterior, por el ingreso de divisas por exportación de petróleo, se da un aumento importante en el gasto de capital del sector público federal, principalmente en los rubros de inversiones financieras y obras públicas y construcciones.

Lo anterior, tanto en la inversión pública federal como en el gasto público federal en su conjunto, actuó a favor del sector desarrollo social. Sin embargo, no aparece reflejado en lo que visto para el caso del IMSS y la fuerte contracción en la SSA, no atendió propiamente a la falta de disponibilidad de recursos sino a la decisión de disminuir la capacidad de atención de ésta.

j) Consideraciones generales.

En el caso del IMSS, en términos generales, las políticas de infraestructura y de atención a la salud muestran la inconsistencia de la política económica del sexenio de 1970-1976. Respecto a la infraestructura en este sexenio se presentan las mejores y peores condiciones de ambas; las primeras, en 1974 y 1976 y las segundas en 1973 y 1975 así como también en el período 1976-1979 se presenta una tendencia a empeorar en ambas políticas, con una ligera recuperación en 1979 producto del plan de austeridad y de la renta petrolera, respectivamente.

En relación al ISSSTE, ante todo hay que señalar que si bien efectivamente existe una liga entre la política económica y las políticas del ISSSTE, éstas están sujetas de manera más determinante a la relación

de fuerzas políticas existentes entre Estado, burocracia sindical de los trabajadores al servicio del Estado y los propios trabajadores. Con ésto no queremos señalar como exclusivo del funcionamiento del Instituto tal relación sino hacer resaltar la predominancia que tiene dadas las características de la población objetivo y su relación con el Estado. Creemos que el estudio de tal relación y sus efectos en la reproducción de la fuerza de trabajo debe ser abordado profundamente.

En términos generales las políticas de infraestructura y de atención muestran un panorama crítico en el que predomina la insuficiencia de la infraestructura y el deterioro de la atención. Respecto a las primeras políticas encontramos que en 1971 y principalmente en 1979 las condiciones no son tan deplorables como en las demás fechas siendo los años más bajos en cuanto a capacidad de la infraestructura 1973, 1977 y 1978. Es importante, aunque más adelante lo detallaremos, que lo visto en 1977 y 1978 refleja a simple vista la presencia del "plan austeridad" López Portillista.

En cuanto al panorama en políticas de atención, éste es más alarmante y sólo en el año de 1979 podemos considerar que la atención, en su conjunto, presentó avances importantes.

En el caso de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, sus actividades y políticas en términos económicos se encuentran íntimamente ligadas a la política económica del Estado toda vez que es integrante del sector público federal.

De manera general observamos que en el caso de las políticas de infraestructura, 1973 y 1978 se presentan como los años más importantes de ampliación de infraestructura, teniendo gran importancia también la concentración de instalaciones en las unidades médicas. Por otra parte, en 1979 hay una reducción generalizada de la infraestructura, -

siendo este año el de mayor retroceso al respecto.

En cuanto a las políticas de atención, hay cierta coincidencia aunque no total, con las políticas de infraestructura. Así, 1973 vemos que, en términos de éstas políticas, se presenta una situación privilegiada aunque es en 1978 cuando se presenta la mejor situación de ampliación efectiva de la atención en todos los rubros. Así mismo, - hay una marcada predominancia de las intensificaciones de uso de la infraestructura en sus varias modalidades. Es igualmente notable la contracción de la atención en 1979.

Por último, cabe señalar que si bien existe una estrecha relación entre las orientaciones de la política económica y las políticas de infraestructura y de atención de los organismos de salud, ésta no es automática. En efecto, hay dos elementos de análisis a considerar - que influyen esta relación: el sector de la población que se atiende y la correlación política.

Así, el IMSS como organismo para la atención de los asalariados "privados" está sujeto a la participación tripartita en la definición de sus políticas (empresarial, obrera y estatal). De tal suerte, considerando a la vez el origen de parte de sus fondos por cotización obrero-patronal, muestra una sujeción menos estricta a las políticas gubernamentales y mayor flexibilidad para la adecuación a la coyuntura económica.

En cuanto al ISSSTE, es importante tener presente que, toda vez que se trata de asalariados al servicio del Estado, la relación de las políticas de infraestructura y de atención se hallan doblemente vinculadas a la política económica y al gasto del sector público en particular. Por una parte, el volumen de la población derechohabiente depende de la política de gasto corriente gubernamental en lo que respecta a contrataciones de personal. Por otra, aún existiendo la cotización como base para la formación del capital del Instituto, dependerá también de la política salarial que establezca el gobierno, el volumen de recursos. A lo anterior se suman las constantes pre -

siones internas y externas para la contracción del sector público y la reducción de su gasto, principalmente el corriente. De ahí - que la relación entre Estado y burocracia sindical resulte fundamental. Sin embargo, pocos son los sindicatos o secciones sindicales que guardan autonomía en relación al aparato burocrático y, - por ende, la movilización de los trabajadores del Estado, en general, se halla sumamente minimizada o mediatizada.

Cabe señalar también el hecho de que las burocracias sindicales - principalmente de los sindicatos de los trabajadores estatales constituyen un camino de ascenso político de dirigentes que, en relación al gobierno, la mediatización de las necesidades y demandas de los trabajadores constituyen un mérito.

Por último, en el caso de la SSA la relación entre políticas de infraestructura y de atención se encuadran en el papel que asigna la política económica a la atención de los no asalariados y, en estos términos al mantenimiento de una reserva de mano obra para el trabajo asalariado. A diferencia de los institutos de seguridad social, aquí el Estado no cuenta con un interlocutor directo por lo cual la atención a la salud se encuentra mas sujeta a la coyuntura económica o política. Prueba de ello es cómo en el año de 1979 existiendo rezago en la atención y cierta disponibilidad de recursos, se da una contracción drástica de las políticas de infraestructura y de atención.

5. Conclusiones

5.1. Una Interpretación de las Políticas de las Instituciones

a) Instituto Mexicano del Seguro Social

El análisis de indicadores físicos arroja como resultados que: a) el esquema de servicios y tránsitos se encuentra fraccionado por prestar más importancia a las unidades hospitalarias, en particular a las especializadas; 2) las prioridades de las unidades médicas se encuentran invertidas, y 3) la tendencia en ciertos períodos a concentrar más instalaciones en las mismas o menos unidades médicas.

En correspondencia con la importancia atribuída a las unidades de hospitalización, las camas hospitalarias, en particular aquellas en los Hospitales de Especialidades, aparecen como las instalaciones más importantes. En el mismo sentido, las Intervenciones Quirúrgicas y la Hospitalización son los servicios médicos más importantes aunque falta correspondencia entre los aumentos de éstos y los de los Quirófanos y de las camas hospitalarias.

Aún considerando que la población que atiende el IMSS es restringida en cuanto a que forma parte de la seguridad social, no escapa de tener que afrontar la situación epidemiológica para realizar una atención a la salud. De esa manera, si consideramos la predominancia de enfermedades transmisibles, de mortandad infantil y materna elevada se constata que la orientación de la atención a la salud, vista a través de unidades médicas, instalaciones en las unidades médicas y servicios médicos prestados, no ha enfocado debidamente el perfil epidemiológico nacional.

Por otra parte, la tendencia a la Hospitalización, si bien es explicable por el aumento de los factores de riesgo en el trabajo en vista de los cambios cualitativos en los procesos de trabajo, tales como la presencia de cancerígenos en materias primas o en productos intermedios al igual que la elevación técnica de los instrumentos de trabajo; por los riesgos de la urbanización en cuanto al aumento de los vehícu

los de motor o por los cambios cualitativos en los patrones de bebida que han aumentado el consumo de alcohol, no es justificable dada la composición de la población derechohabiente en la cual los familiares de los asegurados son mayoritarios e incluyen población joven y mujeres. En esos términos, los Consultorios cobran mayor importancia así como las Salas de Expulsión y, para realmente lograr mayor cobertura, las Clínicas deberían mostrar los aumentos mayores, además de que en todo modelo de atención a la salud las unidades, instalaciones y servicios de "primer" nivel deben ser las de mayor importancia.

Las anteriores observaciones permiten apreciar un modelo sanitario--asistencial implícito que presenta como característico : la prioridad a la Hospitalización y, en esa medida, a la atención curativa en especial a través de las Intervenciones Quirúrgicas. Lo anterior es consistente con la importancia atribuída a las unidades especializadas - y la tendencia a la especialización observadas.

Asimismo, es importante señalar el proceso de burocratización visto a través de la composición del personal en servicio y sus tendencias así como la especialización de los médicos. Esto encuentra explicación en: 1) las características del mercado de trabajo de los médicos, 2) los esquemas funcionalistas en los que se encuadra la práctica de la atención a la salud en México en general, que no concibe el proceso de salud-enfermedad como problema social y en esa medida el individuo, más que un sujeto social, aparece como conjunto de aparatos y sistemas, y 3) la formación académica de los médicos y los curricula "deseados" en función de los dos aspectos anteriores.

Respecto a la política de cobertura, sus ampliaciones se han dado en momentos de deterioro de las condiciones de vida.

En 1973, siguen sintiéndose los efectos de la "atonía" de 1971 a pesar de la recuperación económica de 1972 y 1973 y la ampliación de cobertura a familiares de asegurados se encuentra justificada en la exposición de motivos de la Ley del Seguro Social de 1973 como medida - para liberar el salario monetario de gastos en atención a la salud. Esto es, para coadyuvar en la consecución de una mayor suficiencia del

ingreso. En este mismo sentido, se explican los incrementos de asegurados en continuación voluntaria y de pensionados y familiares, aunado al incremento de prestaciones económicas para los últimos.

En 1975, y desde mediados de 1974, se da una tendencia a la contracción de la economía nacional que, sumada a la crisis económica mundial en particular de los países con los cuales México tenía mayor intercambio comercial en materia de compras, hace que nuevamente se atente contra las condiciones de vida de la población. Aquí encontramos otra vez un incremento importante de la población derechohabiente atribuible al alza de los familiares de asegurados.

En 1978, en vista del plan de austeridad puesto en práctica desde -- 1976, sustentado en el convenio firmado con el FMI, los topes salariales y la orientación del gasto público hacia la promoción de actividades productivas se tradujeron en una baja de las condiciones de vida de la población mayoritaria a lo que correspondió una ampliación de cobertura que, a diferencia de las anteriores que se orientaban a ampliar el aseguramiento indirecto (familias de asegurados), se caracteriza por la incorporación de nuevos grupos de asalariados.

En relación a la política de cobertura y a la luz del análisis de indicadores físicos puede concluirse que la simple ampliación de cobertura no garantiza la atención si no es acompañada de ampliaciones de infraestructura que mantengan la suficiencia de ésta para la prestación de servicios o, en su defecto, modificadas las prácticas médicas.

b) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado.

Las características que presentan las unidades médicas, las instalaciones en las unidades médicas, los servicios médicos prestados y el personal en servicio directo apuntan fundamentalmente a sustentar la práctica de la atención de la salud dentro de un modelo sanitario asistencial que se basa en la terapia hospitalaria como medio para reparar la salud que además, por la importancia de la participación de

los Hospitales Subrogados, involucra la lógica de la ganancia en la atención institucional. Sin embargo, es importante poner en relieve la importancia de la atención obstétrica en el período 1970-1974.

Asimismo puede constatarse una diferencia de orientaciones para la atención por parte del ISSSTE entre el período 1970-1976 y el de 1977 a 1979 dado que es en el primero en el que se dan los aumentos trascendentales de la infraestructura tanto en unidades médicas como en las instalaciones en las unidades médicas. Igualmente hemos constatado la importancia del aparato administrativo, sobre todo en el segundo período.

Lo más importante a señalar en el caso del ISSSTE es su vulnerabilidad ante el cambio de coyuntura política la cual se presenta aquí por una doble vía. Por un lado dado que el gasto del Instituto está sujeto a la política económica, se condiciona la capacidad de atención además que la cobertura a asegurados directos y, por ende, a sus familiares depende del papel que se le asigne al gasto corriente del Estado dentro de la política económica y por otro, siendo que se trata de un organismo estatal para los trabajadores al servicio del Estado, el condicionamiento a la atención de la salud dado por la relación de fuerzas entre las burocracias sindicales y el Estado es más inmediata y contundente. Cabe recordar como el ISSSTE ha sido botín de diversos sindicatos y plataforma e instrumento de negociación política. Puede decirse que la capacidad de mediatización y manipulación de los trabajadores al Servicio del Estado por parte de sus burocracias sindicales a la vez que ante el Estado les ha significado más y mejores prebendas se traduce por otra lado, refiriéndose a sus trabajadores, en un abatimiento de la atención a la salud por parte del ISSSTE en perjuicio de éstos.

c) Secretaría de Salubridad y Asistencia

La atención a la salud de la SSA aunque se da en el marco de un modelo terapéutico no hospitalario y se presentan aumentos en los indicadores físicos considerados frente a una población objetivo estable, no ha contado con la suficiente infraestructura de apoyo lo cual, a su vez, se ve agravado por una constante concentración de instalaciones y personal y, por ende, de servicios en las unidades médicas que restringe la capacidad real de atención.

Así se ha sustituido la infraestructura por un productivismo asistencial que, considerando niveles técnicos de atención constantes, se traduce en una baja de la calidad de atención lo cual, aunado a la incapacidad de cobertura dadas las políticas de infraestructura adoptadas, se traduce en que alrededor de dos tercios de la población nacional haya contado con una atención a la salud insuficiente y de baja calidad, a pesar del incentivo a la salud pública que observado en los años 1977-1979, por seguir políticas de infraestructura inadecuadas.

5.2. La Distribución Social de la Atención a la Salud

Resulta evidente el hecho de que la atención a la salud por parte del sector público muestra una distribución diferencial. La misma existencia de diferentes instituciones lo demuestra; sin embargo esta diferenciación tiene un significado mayor ya que implica una concepción diferenciada del proceso salud-enfermedad que resulta errónea.

Los modelos sanitario-asistenciales de las instituciones de seguridad social, aunque con variantes, son fundamentalmente hospitalarios lo cual implica una asociación entre epidemiología y situación respecto al aparato productivo que, aunque explicable en términos económicos, no es válida per se.

En primer lugar, determinaciones amplias que perfilan las características del panorama epidemiológico nacional tales como la desnutrición crónica y la insalubridad no dejan exentos a los grupos de población derechohabientes de la seguridad social. Esto delata el concepto del proceso de salud-enfermedad subyacente en los modelos sanitario-asistenciales del IMSS y del ISSSTE que identifica atención de la salud - como reparación de trabajadores.

En segundo lugar, aunque estructuralmente sea dominante el trabajo asalariado, en términos reales el ser o no asalariado ya sea de la iniciativa privada o del sector público, es completamente casuístico y circunstancial en función de los modelos y ritmos de acumulación. Esto en dos sentidos: 1) la cobertura a asegurados directos, y por añadidura a sus familiares, depende no exclusivamente de una política de cobertura del IMSS o del ISSSTE sino de la dinámica del mercado laboral, y 2) al contabilizarse el gasto de estas instituciones dentro del gasto en bienestar social del Estado, la atención a la salud queda sujeta a las determinaciones generales que actúan sobre la definición de la cantidad y distribución de éste, a la pugna político-ideológica mundial entre monetarismo y neo-keynesianismo, entre escuela de Chicago y Universidad de Cambridge y, y por lo tanto al papel que se le asigne a la reproducción de la fuerza de trabajo desde un punto de vista del proceso de acumulación capitalista.

Respecto a la salud pública, sujeta a las mismas determinaciones que la seguridad social en cuanto gasto público, muestra en sus postulados de política de atención a la salud mayor congruencia con el perfil epidemiológico. Sin embargo, la insuficiencia de recursos, a pesar de que el incremento demográfico en el período considerado fue absorbido por la seguridad social, y la desorganización institucional aunadas a una infraestructura para la prestación de los servicios inadecuada resultan en un modelo sanitario-asistencial que no incide realmente en la salubridad ni presta asistencia adecuada.

En su conjunto, la distribución de la atención a la salud en México podría enunciarse, mediando todas las deficiencias que hemos anotado, de la siguiente manera: A los pobres, curarlos con pastillas; a los - pobres que trabajan, repararlos en los hospitales.

5.3. Atención a la Salud y Desarrollo Económico

a) Aspectos económicos

A partir de lo estudiado, se presenta un deterioro en la suficiencia para la atención de la salud de los organismos paraestatales (IMSS, ISSSTE) o del sector central (SSA) que representan asimismo un deterioro de la reposición del valor de la fuerza de trabajo y, aunque -diferencialmente, una real baja del valor de la fuerza de trabajo. Lo anterior aunado al déficit acumulado a la fecha inicial considerada, no hace sino continuar la tendencia decreciente de la reposición del valor de la fuerza de trabajo a través de la baja de suficiencia para dicha reposición por el deterioro de uno de los "bienes (servicios) salariales".

Es interesante señalar que la reposición disminuída del valor de la fuerza de trabajo, aún en épocas de bonanza capitalista, es el elemento fundamental para nivelar los "desajustes" generados por la libre - empresa, lo cual puede ser reconocida como inherente al capitalismo. En el estadio actual de competencia intermonpólica; tasas de ganancia de distintos tipos^{46/}; crisis, cuya recurrencia es mayor en el caso de México; su papel en la División Internacional de Trabajo, entre otros aspectos, hacen que el reconocimiento y la reposición del valor de la fuerza de trabajo se vean presionados a la baja cada vez más.

El Estado juega un papel importante, según condiciones concretas, en la redistribución del ingreso ^{47/}. Al referirnos a deficiencias y carencias en la política social del Estado Mexicano consideramos que no hay ninguna determinación económica para que el Estado "transforme" plusvalía, representada por su ingreso-que en términos del proceso de producción representan "falsos costos" en valor, entendido como el capital variable social que constituye la porción de la masa social de valor destinada al fondo de consumo de la clase obrera.^{48/}

Así, puede considerarse que el gasto del Estado en política social constituye gasto de renta salarial especificada simplemente porque su circulación se da a través del Estado.

Esta circulación de la renta salarial a través del Estado presenta tres características a considerar. En primer lugar, se da una socialización en la generación de medios de subsistencia que representa un -beneficio al capital ya que hay un financiamiento entre los trabajado-

res. En ese contexto, la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año de 1943 y la posterior creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1965, representan la asimilación de formas socializadas de producción de servicios de atención a la salud, principalmente, de las sociedades mutualistas del Siglo XIX e inicios del XX 49/.

La formación de estos fondos colectivos basados en deducciones del valor de la fuerza de trabajo (y no de la plusvalía) 50/, Socializan el salario y permite por una parte, en el caso de la salud, que los sanos financien la atención a la salud de los enfermos y por otra, que se dé una atención diferenciada aún en términos territoriales en la cual el acceso afectivo a los servicios se da de manera selectiva según la localización de las unidades médicas. De esta manera, se dan transferencias y subsidios entre los trabajadores y por tanto entre sectores del capital, principalmente.

Vinculado a lo anterior, se posibilita una racionalización de la atención a la salud, y por ende del salario, por la masificación de dicha atención y el uso intensivo y en gran escala del equipamiento. 51/.

La racionalización de la producción de servicios de atención a la salud y del salario dada por la socialización, permiten una reducción del valor de la fuerza de trabajo a través del incremento de la plusvalía relativa.

Aún en el caso de la salud pública, puede considerarse que se trata de deducciones del capital variable social que circula vía Estado que, a nivel social representa tanto una socialización en la generación de medios de subsistencia, una racionalización de la atención a la salud de los no asalariados y una reducción generalizada del valor de la fuerza de trabajo al asumirse contra las deducciones de valor a los trabajadores y en manos del Estado, el mantenimiento de la reserva de mano de obra.

b) Aspectos políticos

Tratándose del reconocimiento social de la reposición de valor a la fuerza de trabajo es fundamental considerar el papel de la política social del Estado Mexicano mediando el intercambio capital-trabajo asalariado en favor del primero. En ese sentido la particular relación Estado-clase obrera, trabada en lo fundamental en la culminación de la Revolución Mexicana como una alianza regida por la represión y la concesión ha marcado de manera profunda la carencia de autonomía de grandes contingentes de las clases trabajadoras.

Si bien es cierto que se ha consolidado el Estado Mexicano de tal manera que las alianzas originarias han sufrido transformaciones, también es cierto que continúa la liga tutelar de la clase obrera con el Estado y que la organización de la clase obrera sigue estando subordinada a las burocracias sindicales. La relación original entre burocracias y Estado establecida por la CROM con Morones a la cabeza se prolonga hasta la fecha con la CTM y Fidel Velázquez, y la disonancia en sus filas sólo representa reacomodos "institucionales" de esta burocracia. El sindicalismo independiente ha avanzado pero se ha tenido el cuidado por parte del Estado y de las burocracias sindicales de acotar cuidadosamente el espacio que se le ha permitido y se ha ganado, conservando al sindicalismo independiente, marginal. Aún intentos de organización de masas como el FNAP (Frente Nacional de Acción Popular) que aglutinaba organizaciones sindicales independientes y organizaciones de masas de otros tipos (colonos, feministas, grupos políticos, -partidos políticos) han sucumbido por su distanciamiento de los grandes sindicatos "oficiales", entre otras cosas.

La apertura parlamentaria en el sexenio de José López Portillo sirvió para canalizar la "disidencia" de los partidos de oposición (unos se oponen al Partido Revolucionario Institucional; otros, al sistema económico-político) hacia instancias legales, mediatizando exigencias que circulan por vías partidarias lo cual, en gran medida, atiende a las posiciones propias de los partidos que se reclaman de la clase obrera frente al parlamentarismo.

Así podemos decir que las reivindicaciones de la clase obrera continúan mediatizadas y continuarán mientras ésta no se dé una forma autónoma y clasista de organización. Muestra de ello la presencia de grandes retrasos en la aplicación de la legislación laboral emanada del artículo 123.

Reconocemos que se ha dado un refinamiento en lo que respecta a la burocracia sindical, en cuanto necesaria en la fase del imperialismo para controlar las demandas obreras lo cual existe en México así como en países capitalistas avanzados, por lo que se puede decir que " ... los sindicatos dejar de ser tales en la época imperialista. No dejan ningún lugar a la clase obrera para la democracia obrera que, en sus buenos tiempos, cuando el comercio libre reinaba en la esfera económica, constituía el contenido de la vida interna de las organizaciones obreras"^{52/} y que "El tutelaje por parte del Estado está dictado por dos tareas que éste tiene que afrontar: atraerse a la clase obrera a su lado, ganando así un apoyo contra las pretensiones excesivas por parte del imperialismo, y al mismo tiempo, disciplinar a los trabajadores poniéndolos bajo el control de una burocracia"^{53/} Con lo que el "aparato sindical se convierte en una parte específica de la burocracia estatal, cuya tarea consiste en administrar la mercancía fuerza de trabajo"^{54/}

5.4. Consideraciones finales

En el período estudiado, aunque es presumible que se puede generalizar esta anotación, los servicios de atención a la salud que presentan los organismos de seguridad social y salud pública no corresponden al perfil epidemiológico de nuestro país toda vez que los modelos sanitarios asistenciales no le son adecuados lo cual, aunado a los déficit prevalecientes, agudiza la situación de la atención a la salud.

En los casos del IMSS y del ISSSTE vemos que aunque hay incrementos importantes en algunas categorías de las unidades físicas que hemos tomado en cuenta, las mismas características de los modelos sanitario-asistenciales así como las fracturas en las estructuras de unidades -

médicas indican que la suficiencia para atender a sus derechohabientes se ha mermado toda vez que las unidades físicas no han tenido en su conjunto un incremento adecuado respecto a su población derechohabiente, tomando en cuenta que no está fuera de la realidad considerar que los niveles técnicos en los servicios prestados que hemos seleccionado, se mantuvieron constantes en el período en cuestión.

En el caso de la SSA, la carencia de unidades médicas intermedias se traduce en una carencia de una estructura de tránsito de pacientes y por lo mismo, una deficiencia de la posibilidad de atención a la salud para rebasar un modelo sanitario asistencial "pastillero" ante el cual solo cuando el daño a la salud se torna mucho mayor es justificable acudir a los hospitales e institutos especializados.

En fechas más recientes encontramos dos acontecimientos importantes que pretenden atenuar tal deficiencia: la creación de las unidades de medicina familiar del IMSS y la integración del sector salud.

En ambos casos realmente no se rebasan las buenas intenciones ya que una parte, las características del mercado de trabajo de médicos "distorsiona" la efectividad de las unidades de medicina familiar toda vez que ante la escasez de oportunidades de empleo, hay una tendencia a la especialización del personal médico como única alternativa para no quedar en el desempleo. Paradójicamente, la alternativa es considerar a la medicina general como especialidad.

Por otra parte, la integración de las instituciones del sector salud no elimina la insuficiencia de las unidades físicas ni rectifica los modelos sanitario-asistenciales de éstas por lo que tal integración no es más que un intento de racionalizar formalmente lo que es esencialmente irracional.

Podemos decir, sin temor a equivocarnos, que la única opción para rescatar una atención a la salud por parte del sector público que responda a los requerimientos, tanto cuantitativa como cualitativamente, de la población reposa esencialmente en una conceptualización realista -

del proceso salud-enfermedad en México, que considere las características concretas que asume en México y que incida favorablemente en -
contra de las posiciones funcionalistas que separan al individuo como
objeto de atención médica de su rol como sujeto en la estructura so-
cial, que no menoscabe, sin caer en posiciones moralistas, un real -
derecho a la atención médica.

ADENDUM DE NOTAS Y CITAS

0/ Para la exposición más amplia sobre esta categoría, véase: Juárez, Eduardo. La Reproducción de la Fuerza de Trabajo. División de Estudios de Posgrado. Facultad de Arquitectura-Autogobierno, 1982, fotocopia.
(Corresponde al título del capítulo 1.)

45 bis/ Para las consideraciones de tipo epidemiológico, se tomó básicamente: López Acuña, Daniel. La Salud Desigual en México. Siglo XXI Editores. 2a. edición, México, 1981. Cap. 2. pp. 20-94.
(Corresponde al título del capítulo 5.)

NOTAS Y CITAS

- 1/ Tello, Carlos. La Política Económica en México, 1970-1976. Siglo XXI Editores. México, 1979, p. 15.
- 2/ Véase Gribomontic, C.; Rimez M. "La Política Económica del Gobierno de Luis Echeverría (1971-1976): un primer ensayo de interpretación" en El Trimestre Económico No. 176, Vol. XLIV (4). México, Oct-Dic. 1977. p. 772.
- 3/ Guillén, Héctor, "Obstáculos al Modelo de Acumulación de Capital en México" en revista Críticas de Economía Política, Edición Latinoamericana No. 3. Ediciones El Caballito. México - 1977, p. 87.
- 4/ Cabe recordar que, en cuanto a valores de uso, la sustitución de importaciones abarcó principalmente bienes de consumo durable tales como los electrodomésticos tradicionalmente importados de los Estados Unidos que, en economía de guerra, dedicaba el uso de los minerales ferrosos y del carbón así como sus derivados como el hierro a la fabricación de armamento y equipo bélico.
- 5/ Carreño Carlón en su artículo "Adios decenio cruel" en Nexos; Nos. 26, febrero 1980. p. 17, indica que, como resultado de la política económica del Estado en el período de sustitución de importaciones, se incrementó el desempleo tanto de la fuerza de trabajo como del capital y de la capacidad instalada.
- 6/ Tello, op. cit. p. 16.
- 7/ Véase Idem. p. 28 y Guillén, op. cit. p. 87.
- 8/ Carreño, op. cit. p. 16.

- 9/ Tello, op. cit. p. 14
- 10/ Ver Carreño, op. cit. pp. 16-17
- 11/ Guillén, op. cit. p. 87.
- 12/ Carreño, op. cit. p. 18.
- 13/ Idem.
- 14/ Tello cita a O. Sunkel con respecto a las políticas estabilizadoras puestas en práctica en América Latina durante los años 50. Este último señala que las medidas contraccionistas tendientes a reducir el déficit fiscal (reduciendo gastos y ampliando los ingresos, es decir, sin promoción del crecimiento económico) se han traducido, finalmente y entre otras cosas, como un agudizamiento de las deficiencias en materia de vivienda, salud y educación. Ver Tello, op. cit. p. 175.
- 15/ Al respecto, véase en particular Tello, op. cit.
- 16/ Velasco señala que "desde cualquier ángulo que se le vea el - gasto público era reducido hacia fines de los sesenta". Ver: Velasco F., Ciro "El Gasto Público de los Setentas", en Inves-
tigación Económica No. 150. Facultad de Economía, UNAM. México, Octubre-Diciembre de 1979. op. cit. p. 432.
- 17/ Tello dice que "Desde 1970 fue planteada la necesidad de ampliar la participación del Estado en la economía" lo cual en el Discurso de Toma de Posesión el 1º de diciembre de 1970 se expresó diciendo que "el régimen mixto establecido por la Constitución presupone que la inversión pública tiene la fuerza suficiente para dirigir el crecimiento". Así, en la política fiscal se integraron las actividades de fomento al sector privado. Ver Tello, op. cit. pp. 117 y 187. Por su parte Velasco, refiriéndose al gasto dice que "como brazo actuante del intervencionismo estatal se usa activa y extensivamente para hacer frente a las demandas sociales rápidamente ascendentes, y peligrosamente conflictivas; a los requerimientos de ampliar la base produc

tiva y a compensar parcialmente la insuficiencia de la inversión privada, así como atenuar los efectos de la crisis internacional" Ver Velasco op. cit. p. 444 y Tello, op. cit. p. 197.

- 18/ Velasco señala que "a partir de 1975 la formulación de la política económica había abandonado ya sus pretensiones de un arreglo combinado entre los instrumentos, la política fiscal (de gasto) y la financiera actuaban en espacios y dimensiones distintas" Velasco, op. cit. pp. 445-446
- 19/ Ver Tello, op. cit. p. 208.
- 20/ Velasco indica que la contracción iniciada en 1976 se prolonga hasta 1979 como una restricción selectiva que afectaría de manera distinta a los sectores. op. cit. p. 442.
- 21/ Para la elaboración de este punto se revisaron la Composición Económica del Gasto del Sector Público y las sectoriales de la Inversión Pública Federal y del Gasto Público. Ver cuadros del 1 al 4 y 7.
- 22/ Efectivamente se amplió, por ejemplo, la infraestructura educativa, los mecanismos de solidaridad social, se creó el INFONAVIT; lo cual como estamos viendo atiende al objetivo político de reivindicar al Estado y al objetivo económico de ampliación del gasto público. Evidentemente estas acciones se tradujeron en cierto beneficio para la población pero lo que hay que subrayar es que de hecho su implementación obedeció al cubrimiento de -- otros objetivos, distintos al bienestar social.
- 23/ Véanse cuadros 5 y 6.

- 24/ Con lo anterior no queremos señalar que el gobierno revierta el carácter del Estado burgués. El Estado y por tanto el gobierno, no persigue fines anticapitalistas. Todo lo contrario. Si el capital opera siguiendo una lógica dictada por la ganancia, el - Estado opera siguiendo esta lógica, pero de manera ampliada: El Estado se mueve bajo la lógica de la acumulación capitalista global a largo plazo. Además, las actividades, las funciones - del Estado, le han sido asignadas estructuralmente en cuanto a que no pueden ser asumidas por las unidades individuales del capital. Al respecto, véanse Pírez, Pedro. "Estado y Economía: Dos Perspectivas Teóricas" en Foro Internacional El Colegio de Méxi - co. Sobretiro del No. 77, Vol. XXI, No. 1, México, 1979. p. 15 y Alvater, Elmar "Notas sobre Algunos Problemas del Intervencio - nismo del Estado" en Sonntag, Heins R. y Valecillos, Héctor -- (comps.) El Estado en el Capitalismo Contemporáneo. Siglo XXI. Editores, México, 1979. p. 94.
- 25/ En el Informe de Gobierno de 1974, el Presidente Echeverría ha - ce una referencia al gasto en educación a través de la cual critica a quienes consideran inflacionarios éste y otro tipo de - gastos en Desarrollo Social. Ver IV Informe de Gobierno, párra - fo 80.
- 26 / Se revisó en particular, la participación del gasto total de - Salud en el gasto en el subsector Desarrollo Social y el gasto de inversión en Salud en la inversión en el subsector de Desa - rrollo Social. Véanse cuadros 8 y 9.
- 27/ Véase cuadro 10.
- 28/ Véanse cuadros del 11 al 17.
- 29/ Véase cuadro 18.

- 30/ Ver cuadros 19 y 19a. Se consideraron únicamente las unidades médicas con relevancia en términos de la problemática de los equipamientos urbanos.
- 31/ Ver cuadros 20 y 20a. Las instalaciones consideradas son las más pertinentes para el tipo de análisis que se hace en este trabajo.
- 32/ López Acuña, Daniel. La Salud Desigual en México. Siglo XXI. Editores. 20. Edición, México, 1981. p. 79.
- 33/ Ver cuadros 21 y 21a. Estos servicios son los correspondientes a las instalaciones en las unidades médicas consideradas.
- 34/ Véanse cuadros 22, 22a, 23 y 23a.
- 35/ Véase cuadro 24.
- 36/ Véanse cuadros 25 y 25a.
- 37/ Véanse cuadros 26 y 26a.
- 38/ Véanse cuadros 27 y 27a.
- 39/ Véanse cuadros 28 y 28a.
- 40/ Véase cuadro 29
- 41/ Véanse cuadros 30 y 30a.
- 42/ Véanse cuadros 31 y 31a.

- 43/ Véanse cuadros 32 y 32a.
- 44/ Véanse cuadros 33, 33a, 34, 34a y 34b.
- 45/ Véase cuadro 35.
- 46/ Al respecto véanse los capítulos II "Las Tres Fuentes Principales de Ganancias Extraordinarias en el Desarrollo del Capitalismo Moderno" y XI "Neocolonialismo e Intercambio Desigual" en Mandel, Ernest. El Capitalismo Tardío. Ediciones Era. México, 1979.
- 47/ Al respecto, véase Cibotti, Ricardo; Sierra, Enrique. El Sector Público en la Planificación del Desarrollo. Siglo XXI - Editores. México, 1970.
- 48/ La aseveración de Marx en el sentido de que "... el salario no es la parte del obrero en la mercancía por él producida. El salario es parte de la mercancía ya existente, con la que el capitalista compra una determinada cantidad de fuerza de trabajo productiva", adquiere aquí plena validez ya que el Estado, en su papel de regulador económico, no puede, en la circulación del valor generar un valor inexistente. Véase - Marx, Carlos "Trabajo Asalariado y Capital" en Marx, Carlos; Engels, Federico. Obras Escogidas. Editorial Progreso. Moscú, s/f. p. 72. Véase también Marx, Carlos. El Capital, libro I Capítulo VI (Inédito). Siglo XXI. Editores. México, 1978. pp. 2-53. En particular, sus referencias a la reproducción de la fuerza de trabajo en pp. 36-43.
- 49/ Al respecto, véase CEHSMO, Historia Obrera, Nums. 10 y 11. segunda época, Vol. 3. No. 10, octubre de 1977 y No. 11 enero de 1978.

- 50/ Como ejemplo de esto, véase la definición del salario base para la cotización en la Ley del Seguro Social. Artículo 32. Cabe recordar también el texto de Bettelheim, Charles. Cálculo Económico y Formas de Propiedad. Siglo XXI. Editores. México, 1978. En su primer capítulo "Cálculo Económico y Cálculo Monetario" nos presenta las líneas de razonamiento generales para comprender que el cálculo monetario del valor de la fuerza de trabajo incluye tanto el salario directo es decir, en forma dineraria, y lo que constituye el salario indirecto, incorporando ahí la porción de la masa de valor producida que, sin formar parte del salario directo, tiene como destino el fondo de consumo obrero y por lo tanto constituye capital variable.
- 51/ Cabe aclarar que no comparto la conceptualización eurocomunista de los medios de consumo colectivo propuesto originalmente por Manuel Castells con base en sus planteamientos en La Cuestión Urbana. Siglo XXI Editores. México, 1974. Capítulo 10. "Del Estudio del Espacio al Análisis de la Ciudad: El Sistema Urbano". Consideramos que la interpretación del consumo como instancia dominante para la reproducción de la fuerza de trabajo es incorrecta. Es a partir de esa relación que reconoce los equipamientos como medios de consumo colectivo y no como formas socializadas de producción de medios de subsistencia cuya destrucción como valores de uso, es individual.
- 52/ Trosky, León. La Era de la Revolución Permanente. Antología de escritos de (...) Editado por Isaac Dutcher. Ediciones Saeta. México, 1967. p. 285.
- 53/ Idem. p. 287.
- 54/ Guillén. op. cit. p. 87.