



119
Lucía
núñez
ocampo

**análisis de la
problemática económica actual
de la salud pública
en México**

**u.n.a.m.
México
1981**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	7
CAPITULO I: GENERALIDADES	9
1.1. Concepto de salud pública	9
1.2. Desarrollo de la salud pública en México	11
1.2.1. México Colonial	11
1.2.2. México Independiente	13
1.2.3. México Moderno	19
1.3. Coordinación de los servicios de salud pública con las instituciones de seguridad social	21
1.4. Salud pública y asistencia privada	24
CAPITULO II: SITUACION ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD PUBLICA EN MEXICO	25
2.1. Integración de los servicios	25
2.1.1. Secretaría de Salubridad y Asistencia	25
2.1.2. Otras entidades del Sector Público Federal	27
2.1.3. Participación de los gobiernos locales	28
2.1.4. Programas especiales de fomento a la salud	28
2.2. Población beneficiada	30
2.2.1. Por características demográficas	32
2.2.2. Por entidades federativas	35
2.2.3. Por niveles de salud	38
2.3. Recursos Humanos	49
2.4. Características y estructura económica del Gasto Público destinado a la salud	52

	Pág.
CAPITULO III: PROBLEMATICA ACTUAL DE LA SALUD - EN MEXICO	58
3.1. El medio ambiente	58
3.2. El crecimiento demográfico	69
3.3. Nivel de vida y distribución del ingreso	70
3.4. La alimentación	77
3.5. La educación en la salud	82
3.6. La incidencia de la morbilidad	88
3.7. La estructura y la calidad de los servicios	95
3.8. Alcance de los servicios	99
3.9. Limitantes para la atención de la salud	103
3.9.1. Humanos	103
3.9.2. Técnicos	105
3.9.3. Financieros	106
 CAPITULO IV: EL FUTURO DE LA SALUD EN MEXICO	 112
4.1. Intentos de Planificación en México	112
4.2. La Programación Actual	118
4.3. Estrategias	125
4.3.1. General	125
4.3.2. De Coordinación de la Planeación Sectorial	125
4.3.3. De Atención a la Salud	125
4.3.4. De la Integración Funcional de Programas	126
4.3.5. De las Inversiones	126
4.3.6. De Evaluación, Información e Investigación	127
4.3.7. De Desconcentración	127
4.3.8. De Coordinación Intersectorial	127
4.3.9. De Participación de la Población	128

INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis tiene el propósito de ofrecer en el desarrollo de su capitulado una imagen general y a la vez crítica de la situación histórica y actual del gasto público en materia de salud en México.

El primer capítulo trata aspectos generales sobre la evolución del concepto de salud pública, su desarrollo desde el México Colonial, y durante la etapa Independiente y la Moderna; también presenta aspectos de la coordinación de los servicios de salud pública con las instituciones de seguridad social y acerca de la relación que existe entre la salud pública y la asistencia privada.

En el segundo capítulo se describe la situación actual de los servicios de salud, su coordinación a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia con otras entidades del Sector Público Federal, la participación de los gobiernos locales, y los programas especiales que para este fin se han desarrollado. Se analiza la población beneficiada por características demográficas, entidades federativas y niveles de salud, como son la mortalidad y la morbilidad, los recursos humanos, las características y la estructura económica del gasto público destinado a la salud.

La problemática actual de la salud en nuestro país se desarrolla en el -

capítulo tercero, y se analizan en el mismo cuestiones tan importantes como el medio ambiente en que se desenvuelve la salud; el crecimiento demográfico; la alimentación para el consumo humano en la República Mexicana; la incidencia de la morbilidad; la educación en materia de salud; la estructura, - la calidad y el alcance de los servicios, y los limitantes que para la atención de la salud se presentan en aspectos relacionados con los recursos humanos, técnicos y financieros.

En el cuarto capítulo se plantean desde el punto de vista histórico los - intentos de planificación en México hasta nuestros días, y se analiza dentro - de la programación actual el desarrollo de un plan quinquenal para la salud, - como son sus objetivos a corto y mediano plazo; estrategias, políticas, me--tas, recursos, e instrumentos y aspectos legales.

Como resultado de la investigación, el conocimiento y el análisis de es- te campo, se desarrollan en el quinto capítulo las conclusiones y recomenda- ciones. Todas ellas están dirigidas a tratar de solucionar en su mayor parte - la gran problemática que plantea el futuro de la salud en México.

que la enfermedad produce pobreza y ésta menor energía y capacitación, lo -- que a su vez determina baja producción. Esto nos obliga como individuos a -- preocuparnos por fomentar, conservar y proteger la salud, a repararla cuando se ha perdido y a rehabilitarla cuando el daño que produce es permanente o prolongado.

El Estado, preocupado por alcanzar el máximo nivel de salud pública -- posible, genera acciones básicas relacionadas con la medicina, como la sanidad pública, el saneamiento ambiental, la asistencia social y la asistencia médica.

En el campo de la sanidad pública realiza campañas de inmunización, - vacunación, catastro torácico, instrucción sobre alimentación, vestido e higiene física y mental, etc., que constituyen la base de la salud y se encaminan a la prevención de padecimientos.

Para contribuir al saneamiento ambiental lleva a cabo actividades tendientes a mejorar el medio físico en que se desarrolla la sociedad, como sistemas de dotación de agua potable, redes de alcantarillado y de drenaje, mejoramiento de la vivienda, erradicación de plagas y focos de infección, etc.

En lo que se refiere a la asistencia social, el Estado pretende mejorar

la forma de vida del individuo y de la colectividad, coadyuvando a la superación de problemas como la invalidez, el desamparo y la incapacidad, entre otros.

En cuanto a la asistencia médica las actividades que desarrolla se relacionan con el cuidado de la salud física y mental del individuo.

1.2 Desarrollo de la salud pública en México

1.2.1. México Colonial

A raíz de la conquista de la capital mexicana el dominio español se impone rápidamente en todo el país durante los siglos XVI, XVII y XVIII.

La guerra, el hambre, las enfermedades y la pobreza son factores -- históricos determinantes en esta época, que presionan a las autoridades, a la iglesia y a particulares a que se tomen medidas de tipo político, económico y social.

La monarquía española y la iglesia, a través de sus representantes -- respectivos en la Nueva España, se preocupan por extender hasta los más -- apartados lugares del país el idioma, la religión, la ciencia, las costumbres,

el derecho, las artes, etc.

En materia de legislación se aplican, entre otras, las Leyes de Indias y Bandos de Policía y Buen Gobierno, que se inician en el año de 1519. Estas leyes se consideran como el antecedente más importante en México de lo que hoy se conoce como medicina preventiva y asistencial, por su contenido en prescripciones y disposiciones normativas y sanitarias.

Sobre la estructura de una medicina organizada mágico-empírica de -- principios, durante el siglo XVI se construyen 68 hospitales y se crea el -- PROTOMEDICATO, comisión que se encarga de velar por el buen ejercicio -- y la enseñanza de la medicina y de todo aquello que está en relación con la hi giene y la salubridad públicas. En los siglos XVII y XVIII se construyen 25 y 19 hospitales respectivamente.

Sin embargo, durante este período el desarrollo de la economía mexica na se ve afectada por la propagación de enfermedades epidémicas fomentadas por el constante ir y venir de civiles y militares a la Nueva España, la care ncia de un plan nacional de explotación agrícola-ganadero, la psicosis por la -- minería, el pobre comercio y la mala distribución de la producción, entre -- otros.

1.2.2. México Independiente.

"La estratificación social de la Nueva España, su régimen jurídico, su dependencia y subordinación a organismos peninsulares, constituidos por personas ignorantes de qué era América y, sobre todo, que vivían un conservadurismo totalmente contrario a la natural renovación de lo social, son factores determinantes de que las minorías selectas, principalmente constituidas por criollos y mestizos, pugnarán por la independencia de México, única manera de liquidar privilegios, de acabar con las castas, de reordenar todo, -- desde las leyes hasta los derechos inherentes a la personalidad humana, por encima del antecedente étnico, político o religioso". (1)

Pocos elementos informativos acerca de la salud pública hay de estos años de guerra; sin embargo, se aprovechan las condiciones de los períodos pacíficos para mejorar la salubridad y para ello se crean organismos encargados de la medicina y de la cirugía.

(1) José Alvarez Amezcuita, Miguel E. Bustamante, Antonio López Picazos y Francisco Fernández del Castillo. - Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México. - Tomo I. - SSA. - México, 1960.

Entre los hechos que más sobresalen durante esta etapa en el campo -- de la salud, se encuentra la expedición del Decreto del 23 de junio de 1813, - que encierra las obligaciones del Gobierno económico-político de las Provin- cias en lo que se refiere a limpieza de las calles, de los mercados y de las - plazas públicas, la calidad de los alimentos, la desecación o curso a las - - - aguas estancadas ó insalubres, y a todo aquello que pudiera alterar la salud - pública.

En 1824-1829 se crea la Academia de Medicina Práctica de México, - - que se encarga de la educación de los jóvenes en el estudio práctico de la ci- - rugía.

En 1829 a iniciativa del Gobierno se expide el Reglamento Provisional - de la Propagación de la Vacuna, y se fija la cantidad de 6 000 pesos como gas to por este concepto.

En 1831 se crean el PROTOMEDICATO y la Facultad Médica del Distri- to Federal, la que elabora el "Código Sanitario", código que resulta ser por - su contenido una de las leyes más importantes para el desarrollo de la políti- ca sanitaria en México. El 4 de enero de 1841 se crea el Consejo Superior de Salubridad y se toman como base para su reglamento las atribuciones del có- digo anterior.

En 1841-1853 rigen políticamente en México no menos de diez presidentes, hecho que nos refleja la situación interna. En relación con la salubridad este período histórico refleja la interminable serie de esfuerzos encaminados a transformar las normas médicas de caridad cristiana por las de beneficencia pública, primicias de lo que posteriormente se considera como servicio social.

Con la REFORMA y el Plan de Ayutla se presenta un movimiento ideológico que permite organizar una República Federal democrática que se consolida con la creación de la Constitución de 1857 y en donde todo su reglamento garantiza seguridad y libertad.

Aunque en la Constitución de 1857 se omiten los principios de salud individual o colectiva, el gobierno mexicano, preocupado por el azote de los brotes epidémicos como consecuencia de las guerras, las hambres, los desplazamientos de grupos humanos, etc., pugna porque se apliquen medidas económico-sanitarias, como las campañas contra epidemias, entre otras, y la de que se elaboren codificaciones sanitario-asistenciales, como la del Consejo Superior de Salubridad de la República Mexicana, que tienen como objetivos los de conservar la salud, prolongar la vida y mejorar la condición física de la especie humana, y contempla reglamentaciones higiénicas que sirven de base al Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos del

15 de julio de 1891, el que por su contenido sobre higiene pública también — sirve de base para redactar códigos sanitarios en las diversas entidades federativas.

Los códigos anteriores establecieron las normas higiénicas que debían observarse en hospitales, cuarteles, cementerios, escuelas, talleres y establecimientos industriales. Reglamentaron en su tiempo la higiene del agua potable, la eliminación de los desechos humanos y las reglas para evitar las epizootias y combatir las enzootias capaces de afectar la salud del hombre. Subrayaron la importancia de la vacunación contra la viruela que por siglos fué azote de nuestra población. Con los mismos códigos se pretendía regular la higiene de los alimentos, medicamentos, vivienda, casos de enfermedades transmisibles y otras atenciones de interés individual y colectivo.

El Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 1981, señaló la obligación para las autoridades sanitarias mexicanas de establecer relaciones con instituciones de salubridad de otros países a fin de intercambiar informes y coordinar acciones de beneficio internacional y de llevar estadísticas desde casos de enfermedades transmisibles hasta climatológicas con el objeto de preveer trastornos de la salud.

Entre los códigos que actualmente siguen vigentes se encuentran el --
Sanitario Federal que se promulgó en 1902 y el Reglamento de Sanidad Ma--
rítima de 1905.

En 1892, fecha en que se celebra en México la vigésima reunión anual-
de la Asociación Americana de la Salud Pública, el Dr. Manuel Septién y --
Llata propone la creación de un Ministerio de Salubridad, convencido de la
importancia de la higiene y de los beneficios incalculables de la medicina --
preventiva, y subraya que los intereses más caros de la Nación están liga--
dos estrechamente con la salud pública. Sin embargo es hasta 1901 cuando
se promulga el Reglamento de la Secretaría del Consejo Superior de Salubri-
dad, dependencia que se integra con un Secretario General, un Oficial Ma--
yor, 3 Jefes de Sección, un Oficial de Partes y Bibliotecario, un Oficial Ar-
chivero y de Correspondencia, un ayudante de la Sección de Estadística y 6-
escribientes.

En 1904 se crea el Hospital General a iniciativa del Dr. Eduardo Licea
y del Consejo de Salubridad, Hospital que por su importancia aporta a la -
sociedad ilustres médicos, internistas y cirujanos.

A pesar de que en el Código Sanitario se señalaba que la salubridad --
era federal y local, en 1908 el 90% de las actividades se realizaban en el --

Distrito Federal; a este respecto, los juristas pugnaron porque se coordinaran los derechos federales y estatales, pero con la explosión revolucionaria en 1910, por una parte sólo se produjo una desproporción enorme en la administración sanitaria, ya que zonas enteras del país que no contaban con atención quedaron abandonadas a sus propios esfuerzos, y por otra se logró poner en vigor disposiciones administrativas relativas a la salud. Entre las más importantes se encuentran el Decreto que reconoce a la Cruz Roja Mexicana como institución de utilidad pública; la Ley de Inmigración, que en su apartado sanitario "prohíbe la entrada al país a los enfermos de peste bubónica, cólera, fiebre amarilla, meningitis cerebroespinal, fiebre tifoidea, tifo exantemático, erisipela, sarampión, escarlatina, viruela, difteria o cualquier otra enfermedad aguda cuando el Poder Ejecutivo la considere transmisible", (1) y la inauguración del manicomio de La Castañeda en Mixcoac, al que se consideró en su tiempo como una de las mejores instituciones de su clase en toda América.

Sin embargo es hasta 1917, cuando se logra que los reglamentos relacionados con la salubridad mexicana formen parte de los principios ideológicos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Dichos reglamentos establecen como objetivo fundamental el de proteger la salud de la población del país y desde sus inicios presentan una gran proyección-

social, porque contemplan conceptos tales como el de higiene social que el Dr. Eduardo Liceaga definió como el de "conservar la salud, prolongar la duración de la vida y mejorar la condición física de la especie humana y, para conseguirlo, no intenta principalmente curar a los enfermos, sino evitar que los sanos se enfermen; esto es, traducir en hechos prácticos el antiguo proverbio: vale más evitar las enfermedades que tener que curarlas. Se dirá que el proverbio es muy viejo, que lleva muchos siglos de salir de boca de todo el mundo y que no por repetido ha llegado a convencer a las gentes, que siguen descuidando esta máxima..." (1)

1.2.3. México Moderno

A principios del siglo XX, época de transición, de acomodamiento, de cambio y de reordenación de teorías médicas, los hospitales de la ciudad de México estaban divididos en dos grupos: en el primero se consideraban los que dependían de la Dirección General de la Beneficiencia Pública, como el Hospital de Hombres Dementes, el Hospital de Epilépticos, el Hospital de -- Mujeres Dementes, el Consultorio Central, el Hospital General, el Hospital Juárez, el Hospital Morelos y el Hospital Nacional Homeopático. En el se--gundo se agrupaban las demás instituciones no dependientes de la Dirección --mencionada como los Hospitales Béistegui, de Jesús, Francés, Americano, --

y Español, y un consultorio de la Sociedad Española de Beneficiencia en las calles del Salto del Agua; dos hospitales particulares en Tacubaya; uno en Guadalupe Hidalgo y otro en Atzacapotzalco. También existían diversos hospitales militares como el Hospital Militar e Instrucción de la ciudad de México, y los -- hospitales de Puebla, Veracruz, Guadalajara, San Luis Potosí, Monterrey, -- Tepic, Torreón y Chihuahua, y las enfermerías militares de Matamoros, Acapulco, Perote, León, Juchitán, Mazatlán, Ulúa, Texcoco, San Juan Teotihuacan y Ciudad Juárez.

La atención del Estado a la solución de los problemas de salud ha sido sostenida y creciente a través de medidas legislativas y de la ampliación de - estructuras, ya que a partir de 1917 se crea el Departamento de Salubridad - Pública y se reestructura el Consejo de Salubridad; en 1926 y 1934 se reforma el Código Sanitario, - reforma que establece la consignación de los convenios - de coordinación con los gobiernos de los Estados y que señala de interés público la unificación y la cooperación de los servicios sanitarios en el país. En - 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia al fusionarse la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad Pública, y se promulga la - Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social; en 1959 se crea el Instituto de - Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, y en 1965 se crea la Comisión Mixta Coordinadora que se encarga de planear - y coordinar las actividades en materia de salud pública, asistencia y seguridad social.

Para 1973 se lleva a cabo en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional del IMSS de nuestro país la Primera Convención Nacional de Salud, que da pie a que se origine y elabore un Plan Nacional de Salud, en donde se definen metas y desarrollo de los distintos programas de salud, con alcances hasta para 1983.

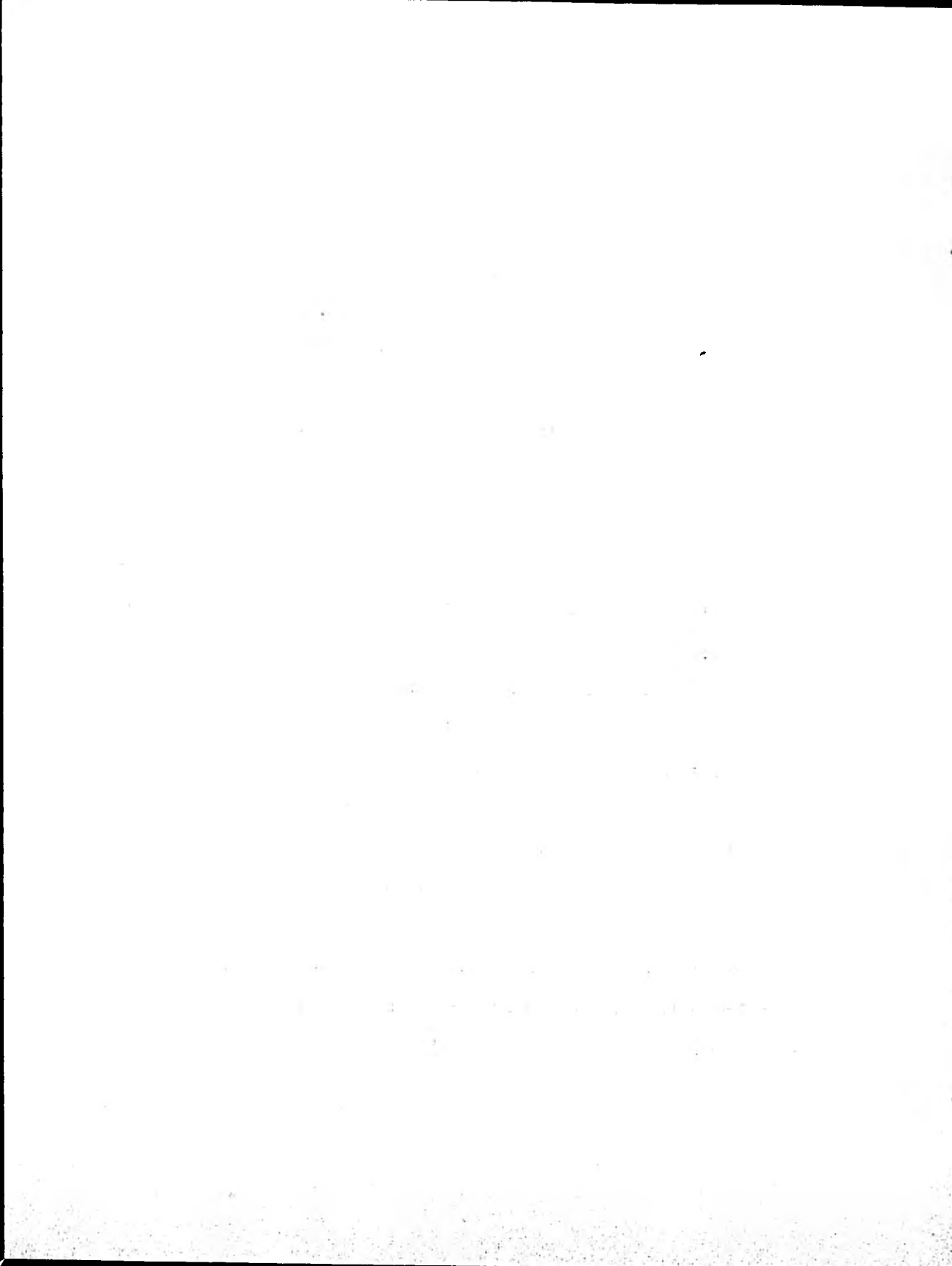
A raíz del gran impulso que se le da a la Reforma Administrativa en la presente administración se promulgan las Leyes de la Administración Pública Federal y la de Contabilidad y Gasto Público, y se emiten los acuerdos de creación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el de Sectorialización, con el fin de coordinar de una manera mejor las acciones de las entidades que integran el sector público y por ende las que se refiere al campo de salud.

1.3 Coordinación de los servicios de salud pública con las instituciones de seguridad social.

En México los servicios de salud pública se encuentran fundamentados en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal del 1º de enero de 1977 y en su artículo 39, establece atribuciones para que la Secretaría de Salubridad y Asistencia crea y administre establecimientos de asistencia pública y terapia social a nivel nacional y regule la prevención social a niños, ancianos y núcleos de población sujetos a la seguridad social.

Estos servicios han nacido como respuesta a demandas de los trabajadores, ante las que el Estado, a través de los seguros sociales, la asistencia social y la solidaridad social, proporciona medidas que coadyuvan a la preservación de la salud, la protección del salario, la ocupación del tiempo libre en forma positiva y la capacitación e intermediación para el trabajo, a fin de elevar la productividad y fortalecer la actividad económica.

Los servicios sociales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia -- (SSA), de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, de la Secretaría de Marina, de la Secretaría de la Defensa Nacional, de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), -- del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), de Petróleos Mexicanos, de Ferrocarriles Nacionales de México y del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Integral de la Familia (DIF) entre otros, se otorgan a través de guarderías infantiles, orfanatorios, hogares sustitutos, asilos, centros culturales, centros recreativos, centros deportivos, centros de seguridad para el bienestar familiar, centros de adiestramiento y capacitación, bolsas de trabajo, centros de integración familiar y social, tiendas, multifamiliares, talleres para pensionados y jubilados, velatorios, turismo, desarrollo comunal y alimentación complementaria a fin de apoyar los servicios médicos y económicos.



1.4 Salud pública y asistencia privada.

La política del Estado dentro del marco de las normas constitucionales tiene como fundamento no desplazar a la iniciativa privada excepto en aquellos sectores de desarrollo en que ésta no pueda llevar a efecto programas esenciales. Por lo tanto, las actividades que se desarrollan en el campo de la salud no están limitadas por el Estado, salvo que éstas no se ajusten a los estándares mínimos de calidad en cuanto a servicios y a instalaciones.

Así, el sector privado ha incurrido en el campo de la salud siempre y cuando las actividades representan para ella un aliciente económico. En la actualidad atiende a más del 40% de la población del país.

CAPITULO II: SITUACION ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN MEXICO.

2.1 Integración de los servicios.

En nuestro país los servicios de salud pública se prestan a través de diversas instituciones que el Estado ha creado con el fin de promover y mejorar la salud. Por las atribuciones que ejercen, algunas instituciones caen dentro del campo de la administración central, como es el caso de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; otras se caracterizan por ser entidades de participación estatal, como son los Institutos Mexicano del Seguro Social y de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado.

2.1.1 Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal del 1º de enero de 1977, a la Secretaría de Salubridad y Asistencia le compete como órgano del Estado atender los asuntos relacionados con la salud pública dentro del contexto de la política económico social del país, entre otros como el crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social; organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada; administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal -- destina a la atención de los servicios de asistencia pública, y poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad.

Según acuerdos del 13 de enero de 1977 y 5 de abril de 1978 la Secretaría de Salubridad y Asistencia coordina los servicios de salud pública a través de las siguientes entidades:

Centro de Salud "Soledad Orozco de Avila Camacho";

Centro Materno Infantil "General Maximino Avila Camacho";

Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia;

Consejo Nacional de Prevención de Accidentes;

Hospital de Enfermedades de la Nutrición;

Hospital General "Dr. Manuel Gea González";

Hospital Infantil de México;

Hospital Regional de Veracruz;

Instituto Nacional de Cancerología;

Instituto Nacional de Cardiología;

Instituto Nacional de Endocrinología;

Instituto Nacional de Gastroenterología;

Instituto Nacional de Neurología;

Instituto Nacional de Oftalmología;

Patronato del Asilo "Nicolás Bravo"

Patronato de la Casa Hogar "Soledad G. de Figaredo"

2.1.2. Otras entidades del Sector Público Federal.

Entre las entidades del Sector Público Federal que se caracterizan -- por realizar actividades relativas a la salud destaca la participación del Instituto Mexicano del Seguro Social, el que se ha fijado como meta básica de -- la seguridad social la de garantizar el derecho humano a la salud, la asis--tencia médica, y la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo; el Instituto de -- Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, que tiene como cobertu--ra la familia mexicana.

También protegen la salud de su personal en lo que se refiere a medi--cina preventiva y social, educación higiénica, y asistencia médica, quirúr--gica, obstétrica, farmacéutica y rehabilitación, las Secretarías de Hacienda y Crédito Público, de Marina, de la Defensa Nacional y de Educación Pública; organismos descentralizados como Petróleos Mexicanos, Ferrocarriles Na--cionales de México; el Departamento del Distrito Federal, y otros que atien--den a grupos específicos. Además, existen por otra parte una serie de jun--tas, consejos y comisiones cuyas actividades están orientadas al campo de -- la salud.

2.1.3. Participación de los gobiernos locales.

A nivel estatal los servicios para proteger la salud se canalizan en su mayor parte a través de la coordinación que existe entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia y los gobiernos de las entidades federativas, y entre éstos últimos y sus municipios y demás instituciones del Sector Público.

2.1.4. Programas especiales de fomento a la salud.

Los programas especiales emprendidos para el fomento de la salud han surgido como consecuencia de la situación problemática de nuestro país, en donde se observa a grandes rasgos escasez de empleo; una desigual distribución del ingreso; un crecimiento demográfico acelerado; la prevalencia de enfermedades transmisibles infecciosas y parasitarias susceptibles de reducción y aún de erradicación, motivadas en gran medida por las malas condiciones sanitarias ambientales y la desnutrición, y la falta de coordinación interinstitucional y por ende el defectuoso manejo de los recursos destinados a la salud.

El Estado, preocupado por esta problemática, llevó a cabo un análisis del panorama de la salud pública de nuestro país de los años de 1940 a 1970, estudio que coincidió con la realización de la Primera Convención Nacional -

de la Salud en México en 1973, y que sirvió de base para formular una serie de programas entre los que destacan:

- El Programa Nacional de Planificación, que se fija como objetivo regular y estabilizar el crecimiento de la población mediante el suministro de información masiva y particular sobre los servicios de planificación familiar; la educación a la población en edad fértil, al personal médico, técnico y empírico.
- El Programa Nacional de Nutrición, que plantea como objetivo atacar la desnutrición de los grupos vulnerables a fin de reducir la mortalidad y la morbilidad, y favorecer el desarrollo físico y mental de la población a través de la orientación y la educación nutricional, y de la promoción de una mayor producción de alimentos con alto contenido calórico y protéico en coordinación con los sectores agropecuario, pesquero, industrial y comercio.
- El Programa de la Educación, en el cual el sector salud se beneficia al participar en coordinación con los demás sectores en el desarrollo de las enseñanzas, especialmente de aquellas que le resultan convenientes y necesarias para preservar la salud.
- Otros programas, como el de saneamiento ambiental, construcción de viviendas, etc.

2.2 Población beneficiada.

Atendiendo a la forma en que se cuida la salud la población beneficiada se puede clasificar en tres grandes grupos:

En el primer grupo se incluyen las personas que por ley, reglamento ó convenio de trabajo perciben una contra-prestación de los organismos descentralizados o dependencias federales mediante una cuota específica (derecho-habientes).

El segundo grupo lo integran personas que son atendidas en establecimientos operados por la empresa privada, y en el tercer grupo se considera a aquella parte de la población que no está incluida en los dos grupos anteriores y los servicios que requieren son cubiertos a través de instituciones de beneficencia pública.

De la población del país para 1974 que se estimó en la cifra de - - - - 58 117 709 habitantes, los organismos descentralizados atendieron el 32.0% del total del país y el 45.6% de la población con asignación específica; las - Secretarías de Estado entre las que destaca la participación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia atendieron el 34.4% de la población global del - - país y el 49.0% de los habitantes con asignación específica y el Departamen-

CUADRO No. 1
POBLACION ATENDIDA POR DIVERSAS INSTITUCIONES DE SE-
GURIDAD SOCIAL Y DEPENDENCIAS FEDERALES
1973 - 1974

E n t i d a d	Personas atendidas en los años		Incremento en tasa %
	1973	1974	1974/1973
<u>Organismos Descentralizados</u>	<u>15 622 349</u>	<u>18 603 180</u>	19.1
IMSS	12 660 702	14 778 046	16.7
ISSSTE	2 088 824	2 905 486	39.1
PEMEX	497 678	520 000	4.5
FF.CC. Nales. de México	375 145	399 648	6.5
<u>Secretarías de Estado</u>	<u>20 168 371</u>	<u>19 996 068</u>	(0.9)
Salubridad y Asistencia	19 733 631	19 377 721	(1.8)
Defensa Nacional	310 990	461 301	48.3
Marina	123 750	157 046	26.9
<u>Departamento del Distrito Fe- deral</u>	<u>2 125 331</u>	<u>2 191 900</u>	3.1
Suma Total	<u>37 916 051</u>	<u>40 791 148</u>	7.6

Fuente:

- Agenda Estadística, 1977
Secretaría de Programación y Presupuesto
Coordinación General del Sistema Nacional de Información
- Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas, 1978
III Sector Salud y Seguridad Social
Secretaría de Programación y Presupuesto
Coordinación General del Sistema Nacional de Información

to del Distrito Federal contribuyó a dar atención a 2 191 900 personas, es - decir el 3.8%. (Cuadro No. 1)

No se cuenta con datos concretos en relación con la población atendida por la empresa privada, pero ésta se puede estimar partiendo de la cifra -- que reporta para 1974 la Agenda Estadística 1977 que asciende a 28 770 camas para asistencia médica de instituciones particulares y otras. Si consideramos que las 28 770 camas son encauzadas casi en su totalidad hacia la atención médica general de un sector de la población de alto nivel económico, es factible estimar que atienden a ese sector con un índice mínimo de 5 camas por millar de habitantes, lo que representa el 10% de la población, - es decir, 5.8 millones de habitantes.

Los 11 526 561 habitantes restantes del país (19.8%), tienen que ser - atendidos en establecimientos de beneficencia pública o privada, en forma - gratuita o bien con cuotas de recuperación sumamente bajas.

2.2.1. Por características demográficas.

Históricamente la población en México ha observado un ritmo de crecimiento continuo a excepción del período de 1910 a 1921 en que la población decrece en un 0.5% como consecuencia de la etapa violenta de la Revolución Mexicana.

CUADRO No. 2
POBLACION CENSAL DEL PAIS
1895 - 1970

AÑOS	HABITANTES	INCREMENTO EN %
1895	12 632 427	año base
1900	13 607 259	7.7
1910	15 160 369	20.0
1921	14 334 780	13.5
1930	16 552 722	31.0
1940	19 653 552	55.6
1950	25 791 017	104.2
1960	34 923 129	176.5
1970	48 225 238	281.8
1980 *	71 910 772	469.3

Fuente: Censos Generales de Población.

* Proyecciones de Población.

Dirección General de Estadística, S.I.C.

Como se puede apreciar en el cuadro No. 2, a partir de 1930 se inicia un aumento de la tasa de crecimiento de la población de 1.7% a 3.5% en la actualidad, el equivalente aproximadamente de una tasa doble de crecimiento de la mundial; es decir, que mientras la población del mundo se duplica cada 40 años, nuestro país casi lo hace cada 20 años, ya que de los 25.8 millones de habitantes en 1950, para 1960 se eleva la cifra a 34.9 y para 1970 a 48.2, y se estima que para 1980 alcance los 71.9 millones de habitantes.

De seguir así las actuales tendencias de crecimiento de la población, - para 1980 seremos cerca de 72 millones de mexicanos y para el año 2 000 -- se alcanzaría la cifra de población de 151 millones de habitantes (Cuadro -- No. 3).

CUADRO No. 3
POBLACION ESTIMADA AL 30 DE JUNIO DE CADA AÑO (1)

AÑO	HABITANTES
1980	71 910 772
1985	86 437 370
1990	104 201 224
1995	125 735 100
2 000	151 801 854

(1) Hipótesis de fecundidad constante y mortalidad en descenso.

Fuente: Agenda Estadística 1977.

Secretaría de Programación y Presupuesto.

Coordinación General del Sistema Nacional de Información.

Los factores determinantes del crecimiento de la población son la natalidad, la mortalidad y la migración, factores que convertidos en tasas demográficas advierten sobre los grandes problemas que es necesario afrontar en lo que se refiere a la satisfacción de los servicios de salud y otras demandas. A partir de 1970 a 1975 se aprecia en el cuadro No. 4 una sensible reducción de la tasa de mortalidad de, 9.6 a 7.1% por millar, y una persis-

tente elevación de la tasa de natalidad, con 2.3 millones de nacimientos, el equivalente de 6 850 nacimientos diarios de mexicanos.

CUADRO No. 4
CRECIMIENTO NATURAL DE LA POBLACION Y TASAS DEMOGRAFICAS 1966 - 1976

AÑO	Natalidad		Mortalidad General		Crecimiento Natural	
	Nacimientos (1)	Tasa* (1)	Defunciones (2)	Tasa* (2)	Habitantes (3 = (1) - (2))	Tasa* (3)
1966	1 954 340	44.1	424 141	9.6	1 530 199	34.5
1967	1 981 363	43.2	420 298	9.2	1 561 065	34.0
1968	2 039 145	43.4	452 910	9.6	1 586 235	33.8
1969	2 088 902	42.6	458 886	9.4	1 630 016	33.2
1970	2 132 630	42.1	485 656	9.6	1 646 974	32.5
1971	2 231 399	42.5	458 323	8.7	1 773 076	33.8
1972	2 346 002	43.2	476 206	8.8	1 869 796	34.4
1973	2 572 283	45.8	458 915	8.2	2 113 372	37.6
1974	2 607 452**	44.9	433 104	7.5	2 174 348**	37.4
1975**	2 375 743	39.9	436 914	7.3	1 958 828	32.6
1976**	2 311 289	37.1	442 234	7.1	1 869 055	30.0

* Tasa por 1 000 habitantes.

** Preliminar.

Fuente: Agenda Estadística 1977.

Secretaría de Programación y Presupuesto.

Coordinación General del Sistema Nacional de Información.

2.2.2. Por entidades federativas.

Las dificultades para resolver las necesidades de salud se incrementan si se toma en cuenta que la población se encuentra irregularmente distri

buída en el territorio nacional y con características de dispersión acentuada.

A nivel de entidades federativas, en el decenio de 1960 a 1970 el 85% de las localidades del país tenía una población inferior a los 500 habitantes y representaba el 17.3% de la población, en el mismo lapso, la población urbana aumentó del 50.7 al 58.7% y la rural se redujo del 49.3 al 41.3% (Cuadro No. 5).

Las entidades que presentan un mayor crecimiento de la población urbana para 1970 fueron los Estados de México, con 226.1%; Baja California Sur, con 130.0%; Morelos, con 110.2%; Quintana Roo, con 100.0% y Tabasco con 94.7%; y las entidades que presentan un menor crecimiento fueron los Estados de Oaxaca, con 29.2%; Coahuila, con 33.8%; Yucatán, con 34.3%; - Zacatecas con 34.7%, y Tlaxcala con 37.5% (Cuadro No. 5).

Con relación al crecimiento de la población rural, las entidades que -- presentan un mayor porcentaje son las entidades de Quintana Roo, con 64.7%; Campeche, con 46.8% y Tabasco con 40.4; y los Estados en donde se aprecia que la tasa de crecimiento es menor son los de Coahuila, con 0.7%; Morelos, con 2.2%; Jalisco, con 2.5%, y Chihuahua, con 0.7%.

Cuadro No. 5
POBLACION URBANA Y RURAL, POR ENTIDADES FEDERATIVAS 1960 y 1970 (1)
Miles de Habitantes

Entidad Federativa	1960 (2)			1970 (2)			1970/1960 en % (2)		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
estados unidos mexicanos	34 923	17 705	17 218	48 225	28 309	19 916	38.1	59.9	15.7
Aguascalientes	243	146	97	338	215	123	39.1	47.3	26.8
Baja California Norte	520	404	116	870	734	136	67.3	81.7	17.2
Baja California Sur	82	30	52	128	69	59	56.1	130.0	13.5
Campeche	168	106	62	252	161	91	50.0	51.9	46.8
Cochula	908	606	302	1 115	811	304	22.8	33.8	0.7
Colima	164	101	63	241	167	74	47.0	65.3	17.5
Chiapas	1 211	296	915	1 569	435	1 134	29.6	47.0	23.9
Chihuahua	1 227	701	526	1 613	1 055	558	31.5	50.5	6.1
Distrito Federal	4 871	4 666	205	6 074	6 645	229	41.1	42.4	11.7
Durango	761	270	491	939	389	550	23.4	44.1	12.0
Guanajuato	1 736	806	930	2 270	1 183	1 087	30.8	46.8	16.9
Guerrero	1 187	306	881	1 597	569	1 028	34.5	85.9	16.7
Hidalgo	995	223	772	1 194	337	857	34.9	51.1	11.0
Jalisco	2 443	1 430	1 013	3 297	2 259	1 038	35.0	58.0	2.5
México	1 898	733	1 165	3 833	2 390	1 443	101.9	226.1	23.9
Michoacán	1 852	752	1 100	2 324	1 072	1 252	25.5	42.6	13.8
Morelos	386	205	181	616	431	185	59.6	110.2	2.2
Nayarit	390	166	224	544	272	272	39.5	63.9	21.4
Nuevo León	1 079	759	320	1 695	1 297	398	57.1	70.9	24.4
Oaxaca	1 727	421	1 306	2 015	544	1 471	16.7	29.2	12.6
Puebla	1 974	774	1 200	2 508	1 168	1 340	27.1	50.9	11.7
Querétaro	355	100	255	486	173	313	36.9	73.0	22.7
Quintana Roo	50	16	34	88	32	56	76.0	100.0	64.7
San Luis Potosí	1 048	352	696	1 282	500	782	22.3	42.0	12.4
Sinaloa	838	320	518	1 267	609	658	51.2	90.3	27.0
Sonora	783	451	332	1 099	731	368	40.4	62.1	10.8
Tabasco	496	132	364	768	257	511	54.8	94.7	40.4
Tamaulipas	1 024	613	411	1 457	1 005	452	42.3	63.9	10.0
Tlaxcala	347	152	195	421	209	212	21.3	37.5	8.7
Veracruz	2 728	1 079	1 649	3 815	1 798	2 017	38.3	66.6	22.3
Yucatán	614	367	247	758	493	265	23.5	34.3	7.3
Zacatecas	818	222	596	952	299	653	16.4	34.7	9.6

(1) VIII y IX Censos Generales de Población.

(2) Se considera rural a la población que habita en localidades como menos de 2 500 habitantes y urbana a la que habita en localidades con población mayor.

De continuar esta tendencia para 1980 las proporciones serían de -- 67.1% para la población urbana y 32.9% para la rural.

El mayor progreso relativo de los centros urbanos contribuye al desplazamiento de grandes grupos de población rural a las ciudades, en donde se agudizan aún más los problemas de salud, educación, empleo, vivienda, recreación y otros satisfactores, dando lugar en estos centros a la proliferación de grupos marginados del proceso económico y social, y en el campo a una economía precaria.

2.2.3. Por niveles de salud.

La medición del nivel de la salud resulta compleja, porque se precisa identificar la magnitud de la influencia de cada factor y las interrelaciones que existen entre ellos. De ahí que se tomen como indicadores de la salud la mortalidad y la morbilidad que resultan del grado de desarrollo económico, de la estructura de edades, del nivel de educación, de la nutrición, de la distribución del ingreso, de la composición urbano-rural, de la disponibilidad de recursos, de la organización administrativa y de varios otros -- factores.

Mortalidad

La tasa de mortalidad general en nuestro país ha venido disminuyendo gradualmente a través de los años, lo que podemos apreciar en el cuadro - No. 6.

CUADRO No. 6
TASAS DE MORTALIDAD GENERAL
1930 - 1975

AÑOS	Tasa por 1 000 habitantes
1930	26.7
1935	22.6
1940	23.2
1945	19.5
1950	16.2
1955	13.7
1960	11.5
1965	9.8
1970	9.6
1975 *	7.3

* Preliminar.

Fuente: Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1972-1974. Secretaría de Programación y Presupuesto.- Coordinación General del Sistema de Información.

En 1930 la tasa de mortalidad por mil habitantes era de 26.7 y de 7.3 en 1975, lo que representa un descenso del 19.4 por cada mil habitantes.

Si bien la mortalidad general se ha reducido a una tasa cercana a las cifras de países desarrollados, en el panorama epidemiológico del país se observa que los principales daños a la salud que se manifiestan como causas de defunción son los padecimientos de enfermedades infecciosas propiciadas por un saneamiento inadecuado; la mala nutrición, los bajos ingresos y la limitada cobertura de la infraestructura de servicios sanitarios y asistenciales.

CUADRO No. 7
TASAS DE LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES GENERALES EN LA REPUBLICA MEXICANA

C a u s a s	T a s a s (1)	
	1940	1970
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	488.2	141.4
Influenza y neumonía	379.3	170.2
Paludismo	121.0	—
Ciertas causas de la mortalidad perinatal	97.2	51.4
Sarampión	90.7	24.2
Homicidios	66.7	—
Bronquitis	66.4	29.3
Tuberculosis	56.7	—
Enfermedades del corazón e hipertensivas	54.3	68.2
Accidentes	51.3	48.6
Tumores malignos	—	37.5
Enfermedades cerebrovasculares	—	24.7
Cirrosis hepática	—	22.8

(1) Tasas por 100 000 habitantes.

Fuente: Atlas de la Salud de la República Mexicana, 1973.
Secretaría de Salubridad y Asistencia.

De las diez principales causas de muerte general en 1940, siete permanecen hasta 1970; desaparecieron el paludismo, los homicidios y la tuberculosis, y aparecieron nuevas causas, como los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares y la cirrosis hepática. Aun cuando, la enteritis y otras enfermedades diarreicas, junto con la influenza y la neumonía, persisten en los primeros lugares de las causas de defunción en los últimos 30 años, las tasas por 100 habitantes de 1940 a 1970 muestran un notable descenso, ver cuadro No. 7.

El grupo de edad donde el grado de mortalidad es mayor es el infantil de menores de 5 años, que representa para 1970 el 17.0% de la población global del país y comprende el 44.59% de las defunciones totales; le sigue en importancia el grupo de edad postproductiva de 60 años y más, y por último el de edad productiva de 15 a 59 años de edad; situación que se aprecia en el Cuadro No. 8 y que amerita se tome en cuenta para la orientación de los servicios de salud.

La tasa de mortalidad general, al presentar descensos a través de los años, refleja el estado de salud de la población. En nuestro país éste indicador ha venido disminuyendo gradualmente en los últimos años, aun cuando el ritmo de crecimiento de la población ha sido alto; este fenómeno -

quizás se pueda atribuir a que en los últimos decenios se han ampliado las superficies que cuentan con servicios de salud, educación y culturales, y se ha incrementado la calidad de esos servicios, así como los niveles generales de ingreso de la población. Cuadro No. 8.

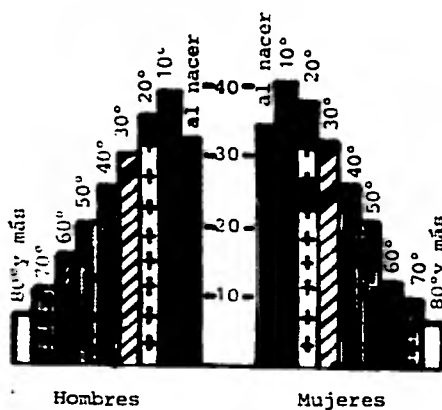
La esperanza de vida, observada a través de la evolución de la tasa de mortalidad, para 1950 era de 49.7 años; para 1960 de 58.9 años, y para 1970 alcanzó los 69 años. Este índice nos ratifica, por una parte, la disminución de la tasa de mortalidad, y nos refleja por la otra la oportunidad para la población de seguir viviendo más años.

CUADRO No. 8
PORCENTAJES DE LAS DEFUNCIONES GENERALES POR GRUPOS -
DE EDAD EN LA REPUBLICA MEXICANA
1940 - 1970

AÑO	Total	Infantiles Menores de 1 a 4 años	Escolares De 5 a 14 años	Edad Productiva De 15 a 59 años	Edad Postproduc tiva De 60 a más años
1940	100	48.42	6.99	27.83	16.76
1950	100	47.99	5.71	25.73	20.57
1960	100	46.32	5.06	24.46	24.16
1970	100	44.59	4.79	23.08	27.54

Fuente: Atlas de la Salud de la República Mexicana, 1973.
Secretaría de Salubridad y Asistencia.

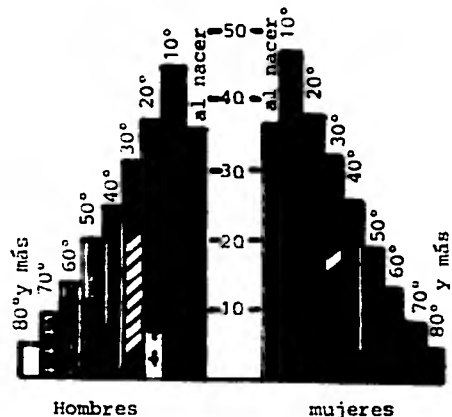
**ESPERANZA DE VIDA SEGUN EDAD Y SEXO
EN LA REPUBLICA MEXICANA CORRESPONDIENTE A LOS AÑOS DE
1922, 1930, 1940, 1950, 1960 y 1970**



Hombres Mujeres

A niversarios

en el año 1922 *

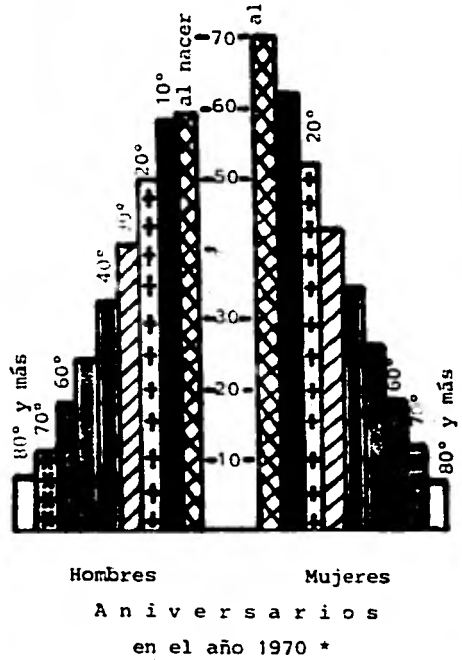
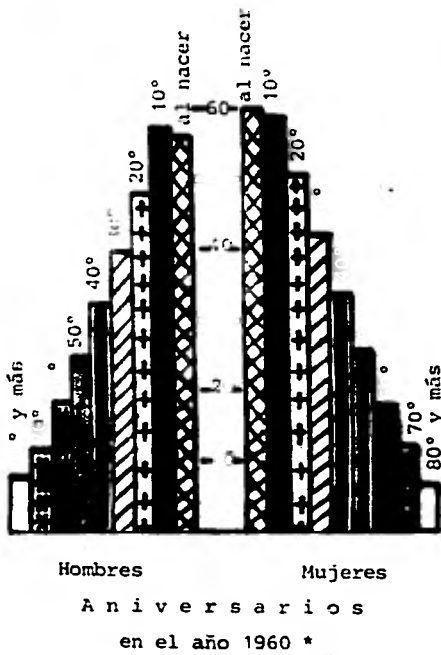
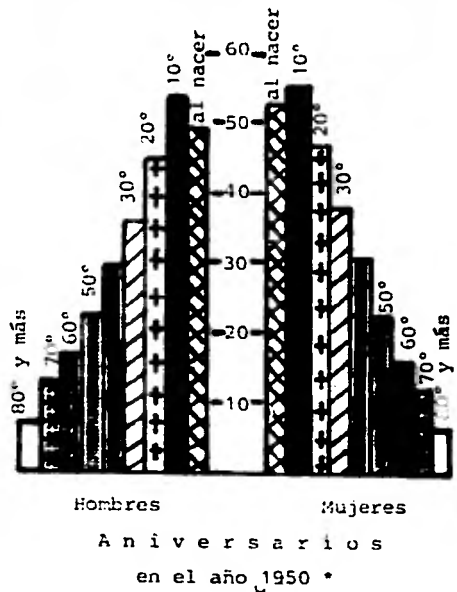
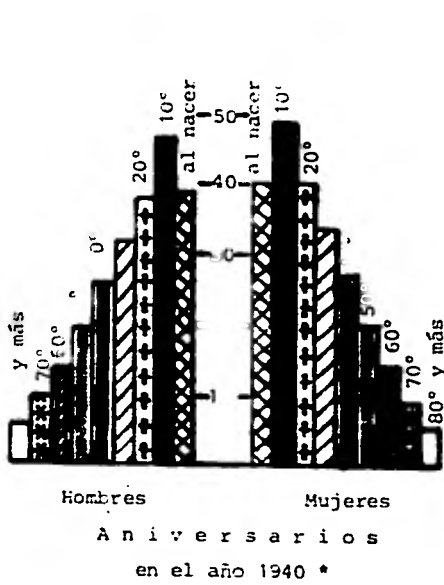


Hombres mujeres

A niversarios

en el año 1930 *

*/ Fuente: Atlas de la Salud de la República Mexicana, 1973
Secretaría de Salubridad y Asistencia



*/ Fuente: Atlas de la Salud de la República Mexicana, 1973
 Secretaría de Salubridad y Asistencia

Morbilidad

La población de nuestro país se ve afectada de ciertos padecimientos derivados de características del medio ambiente tales como las bajas condiciones en vivienda, educación y servicios, y el bajo nivel de educación higiénica.

Las principales enfermedades que afectan a la población son enfermedades del aparato digestivo (especialmente los intestinales de tipo infeccioso); de la infancia (tosferina, sarampión, parotiditis, disentería, etc.); infecciosas y parasitarias; raquitismo, avitaminosis y estados carenciales; anemia y enfermedades de la sangre; amigdalitis aguda e infecciones de las vías respiratorias superiores; artritis y reumatismo; padecimientos traumáticos; gripe e influenza, etc.

La población del país que recibió atención hospitalaria durante 1971 en las diversas instituciones de seguridad social, de asistencia y establecimientos particulares, según el Anuario Estadístico de los Estados Unidos -- Mexicanos 1972-1974 fué de 2 509 174 personas.

Los casos atendidos que registraron mayor número de pacientes para ese año fueron los ocasionados por partos, con 763 978 casos; los de --

Otras enfermedades no especificadas, con 308 771; los de intervenciones -- quirúrgicas por causas diversas, con 303 799; los de enteritis y otras enfermedades diarréicas, con 125 932; los de otras complicaciones del parto, del embarazo y puerperio, con 64 104; los de otros accidentes, con 61 611 y los de avitaminosis y otras deficiencias nutricionales con 58 795 casos. - Cuadro No. 9.

Los 2 509 174 casos de enfermedad que se presentaron en 1971 fueron atendidos como sigue: 1 094 530 por instituciones de seguridad social, - es decir el 43.6% de la cifra global de la cual destaca la participación del - Instituto Mexicano del Seguro Social con un 37.7%; 433 348 por instituciones de asistencia en donde la Secretaría de Salubridad y Asistencia alcanza una cobertura del 15.3 del total; 492 771 por instituciones particulares, equivalente al 19.6% y 488 525 habitantes por otras instituciones es decir el - - - 19.5%. Cuadro No. 10.

CUADRO No. 9
MORBILIDAD HOSPITALARIA PARA 1971

Casos de Enfermedad Atendidos	Total de - personas
TOTAL:	2 509 174
Fiebre tifoidea, paratifoidea y otras salmonelosis	18 353
Disentería bacilar y amibiasis	43 141
Enteritis y otras enfermedades diarréicas	125 938
Helmintiasis	25 614
Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	35 875
Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	58 795
Anemias	33 546
Psicosis y trastornos mentales no psicóticos	20 551
Infecciones respiratorias agudas	40 912
Influenza	32 246
Neumonía	23 134
Bronquitis, enfisema y asma	48 395
Hipertrofia de las amígdalas y vegetaciones adenoides	58 636
Enfermedades de los dientes y de sus estructuras de sostén	25 926
Apendicitis	30 039
Obstrucción intestinal y hernia	24 400
Otras enfermedades del aparato digestivo	28 840
Otras enfermedades del aparato genitourinario	32 560
Abortos	55 102
Otras complicaciones del parto, del ambarazo y del puerperio	64 104
Partos	763 978
Infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo	33 907
Otras enfermedades no especificadas	308 771
Accidentes del tráfico	45 317
Otros accidentes	61 611
Intento de homicidio y lesiones provocadas intencionalmente por otras personas	22 594
Fracturas	23 472
Todas las demás causas externas	
Traumatismos intracraneales y otros traumatismos internos	20 902
Todas las demás lesiones	49 802
Intervenciones quirúrgicas por causas diversas	303 799

Fuente: Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1971-1974.
Secretaría de Programación y Presupuesto.- Coordinación General
del Sistema Nacional de Información - México, 1978.

CUADRO No. 10
MORBILIDAD HOSPITALARIA POR PRINCIPALES CAUSAS, EN INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL, DE ASISTENCIA Y ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES 1971

E n t i d a d	En %	Total de Habitantes
TOTAL:	<u>100.0</u>	<u>2 509 174</u>
INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	<u>43.6</u>	<u>1 094 530</u>
Instituto Mexicano del Seguro Social	37.7	946 494
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	3.4	86 213
Petróleos Mexicanos	0.9	22 961
Ferrocarriles Nacionales de México	0.6	14 378
Secretaría de la Defensa Nacional	0.7	18 168
Secretaría de Marina	0.3	6 316
INSTITUCIONES DE ASISTENCIA	<u>17.3</u>	<u>433 348</u>
Secretaría de Salubridad y Asistencia	15.3	382 449
Departamento del Distrito Federal	2.0	49 899
PARTICULARES	<u>19.6</u>	<u>492 771</u>
OTROS	<u>19.5</u>	<u>488 525</u>

Fuente:

- Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1972 - 1974. Secretaría de Programación y Presupuesto.
- Coordinación General del Sistema Nacional de Información, México, 1978.
- Memoria de labores del Instituto Mexicano del Seguro Social, publicación anual, 1971.

2.3 Recursos Humanos.

Se considera como personal básico para la atención de la salud a los médicos y las enfermeras que tienen contacto directo con el paciente, y como personal auxiliar al denominado "no médico" que se integra por enfermeras generales, especialistas y auxiliares de enfermería, por personal para médico, administrativo y de intendencia.

Como podemos apreciar en los cuadros No. 11, 12 y 13, para 1970 - en nuestro país existían 34 107 médicos, y las entidades federativas en donde se concentraba el mayor número de ellos eran el Distrito Federal, con 14 190, es decir, el 42.5%; Jalisco, 2 535, y en el Estado de México 2 077, que representan el 7.4 y 6.1% respectivamente. Asimismo, podemos observar que según el total de la población para 1970 a cada médico le correspondía atender 1 418 habitantes, para 1971 y 1974 se estimó la atención en 1 423 y 1 282 personas por médico respectivamente, lo que representa un ligero aumento de 9.9% en atención médica por habitante. Lo primero nos indica que el total de la población de las entidades federativas no se encuentra protegida uniformemente, y lo segundo, que faltan médicos en el país y que el crecimiento de la población excede al ritmo de formación de profesionales de la medicina. Además, las poblaciones de localidades con menos de mil habitantes carecen de atención médica.

CUADRO No. 11
 NUMERO DE MEDICOS, DE HABITANTES Y EXTENSION TERRITORIAL
 POR ENTIDAD FEDERATIVA, EXTENSION Y HABITANTES POR ME
 DICO EN 1970*

Entidad	Número de médicos	Número de Habitantes	Extensión Territorial en Kms2.	Kms2 por médico	Habitantes por médico
Estados Unidos Mexicanos	34 107	48 381 547	1 967 183	57	1 418
Aguascalientes	146	338 142	5 539	38	2 318
Baja California Norte	601	870 421	70 113	116	1 448
Baja California Sur	61	128 019	73 677	1 207	2 098
Campeche	117	251 556	51 833	443	2 150
Coahuila	647	1 114 956	151 571	234	1 723
Colima	117	241 153	5 455	46	2 601
Chiapas	341	1 569 053	73 837	216	4 601
Chihuahua	741	1 612 525	247 087	333	2 176
Distrito Federal	14 490	6 874 165	1 499	.10	474
Durango	323	939 208	119 648	370	2 907
Guanajuato	561	2 270 370	30 589	54	4 047
Guerrero	386	1 597 360	63 794	165	4 138
Hidalgo	389	1 193 845	20 987	53	3 069
Jalisco	2 535	3 296 586	80 137	31	1 300
México	2 077	3 833 185	21 461	10	1 845
Michoacán	804	2 324 226	59 864	74	2 890
Morelos	332	616 119	4 941	14	1 855
Nayarit	184	544 031	27 621	150	2 956
Nuevo León	1 637	1 694 689	64 555	39	1 035
Oaxaca	529	2 171 733	95 364	180	4 105
Puebla	1 265	2 508 226	33 919	26	1 982
Querétaro	164	485 523	11 769	71	2 960
Quintana Roo	27	88 150	50 350	1 864	3 264
San Luis Potosí	494	1 281 996	62 848	127	2 595
Sinaloa	613	1 266 528	58 092	94	2 066
Sonora	671	1 098 720	184 964	275	1 637
Tabasco	284	768 327	24 661	86	2 705
Tamaulipas	954	1 456 858	79 329	83	1 527
Tlaxcala	102	420 638	3 914	38	4 123
Veracruz	1 800	3 815 422	72 815	40	2 119
Yucatán	496	758 355	39 340	79	1 528
Zacatecas	219	951 462	75 040	342	4 344

Fuente: Atlas de la Salud de la República Mexicana, 1973.
 Secretaría de Salubridad y Asistencia.

CUADRO No. 12
NUMERO DE HABITANTES, DE MEDICOS Y HABITANTES POR MEDICO

AÑO	Número de Habitantes	Número de médicos	Habitantes por médico
1970 (1)	48 381 547	34 107	1 418
1971 (2)	52 451 948	36 836	1 423
1974 (3)	58 117 709	45 322	1 282

Fuente: (1) Atlas de la Salud de la República Mexicana 1973.- S.S. A.
 (2) Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1972-1974.-
 Srfa. de Programación y Presupuesto.- Coordinación General del
 Sistema Nacional de Información.- 1978.
 (3) Agenda Estadística 1977.- Srfa. de Programación y Presupuesto-
 Coordinación General del Sistema Nacional de Información.

CUADRO No. 13
PERSONAL MEDICO Y NO MEDICO QUE PRESTA SUS SERVICIOS EN UNI-
DADES MEDICAS, POR INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL, DE --
ASISTENCIA Y ESTABLECIMIENTOS PARTICULARES
 1970 - 1974

C o n c e p t o	A Ñ O S		
	1970 (1)	1971 (2)	1974 (1)
Médicos que tienen contacto directo con el paciente	<u>34 107</u>	<u>36 836</u>	<u>45 322</u>
Personal no médico	<u>123 823</u>	<u>127 023</u>	<u>156 484</u>
Enfermeras generales, especialistas y auxiliares de enfermería	<u>50 431</u>	<u>53 637</u>	<u>61 746</u>
Otro personal paramédico	<u>73 392</u>	<u>73 386</u>	<u>94 838</u>
Total de Recursos Humanos	<u>157 930</u>	<u>163 859</u>	<u>201 806</u>

Fuente: (1) Atlas de la Salud de la República Mexicana 1973.- S. S. A.
 (2) Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1972-1974.-
 Srfa. de Programación y Presupuesto.- Coordinación General -
 del Sistema Nacional de Información.- 1978.
 (3) Agenda Estadística 1977.- Srfa. de Programación y Presupuesto.-
 Coordinación General del Sistema Nacional de Información

2.4 Características y estructura económica del Gasto Público destinado a la salud.

Para lograr la consolidación y desarrollo de la economía del país, el Estado ha demandado durante los últimos años, el concurso activo de los sectores público y privado a fin de crear las condiciones necesarias para ampliar la base productiva, reducir la magnitud del desempleo y avanzar en la cobertura de los déficits sociales motivados esencialmente por problemas nutricionales, de salud, de educación y de vivienda.

El logro de este objetivo para 1979, se apoyó en gran medida en la expansión del gasto público corriente y de inversión sobre todo el realizado en el sector petrolero. Las grandes obras de exploración, extracción y refinación representaron una parte sustancial de la inversión pública, y a través de su efecto multiplicador también estimularon en forma importante la inversión privada. 2/

El gasto del sector público para 1979 ascendió a un billón 124 mil 269 millones de pesos, monto que representa con respecto a 1974 un incremento considerable de 306.6%.

El 33.1% del gasto público total se orientó hacia el fomento, promoción y reglamentación industrial y comercial, a fin de que se capitaliza

2/ Comercio Exterior. -Revista del Banco Nacional de Comercio Exterior, S.A., Vol. 30, Núm. 3, México, marzo de 1980.

ran todos aquellos sectores que mostraran insuficiencias o estrangulamientos en su capacidad productiva, principalmente los relacionados con las necesidades básicas de las mayorías y por su significación estratégica para el logro de la consolidación y desarrollo de la economía del país, como son los renglones de alimentos y de energéticos.

Para proporcionar a los núcleos de población y a los centros de actividad económica y desarrollo regional una mayor distribución equitativa de los servicios de transporte y comunicación se destinaron 6.1% de los recursos totales.

El gasto público en salud y bienestar social para 1979 fué de 148 426 millones de pesos, 13.2% del total. Las acciones de este sector se encami naron a asegurar mínimos indispensables de salud y seguridad social como base para establecer un régimen de bienestar social que garantice el derecho a la salud y condiciones de vida dignas para todos los mexicanos.

De acuerdo con este objetivo se agruparon recursos y esfuerzos en materia de salud y seguridad social bajo un solo sector y se instrumentaron una serie de programas para atender tanto a necesidades más urgentes e -- inmediatas como a otras de carácter permanente. Entre los principales resultados destacan las áreas de:

Medicina Preventiva.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia alcanzó una producción de vacunas que ha permitido la aplicación de un total de 9.3 millones de vacunas contra la poliomiélitis, el sarampión, la tosferina, el tétanos, la tuberculosis y la difteria. Con ello se logró que disminuyera en 62% la aparición de las enfermedades que se previenen por la aplicación de vacunas.

En coordinación con el DIF se logró que 800 mil niños de los registrados en 1979 cuenten ya con su Cartilla Nacional de Vacunación. Para erradicar el insecto que trasmite el paludismo se desinfectaron 150 mil 978 localidades, lo que benefició a 1 millón 407 mil hogares. Para prevenir otras enfermedades se llevaron a cabo 665 mil 852 inspecciones en transportes, sitios de reunión, expendios de alimentos, centros de producción, almacenamiento y distribución de alimentos. Para efectos de nutrición el DIF puso en marcha el Instituto Nacional de Perinatología para orientar y atender a la futura madre y a su hijo. También entraron en funcionamiento los Institutos de Salud Mental y de Pediatría del DIF.

Planificación Familiar.

Como el crecimiento de la población es uno de los principales problemas a resolver, se instituyó un programa encaminado a educar a la pare

ja para que con conocimiento y conciencia decida el número de hijos que desea tener. Actualmente, 4 millones 250 mil personas se encuentran planificando su familia, lo que representa el 44% de las mujeres con posibilidad de tener hijos.

En las comunidades rurales el programa se desarrolló por medio de clínicas médicas pertenecientes a la Secretaría de Salubridad y Asistencia y también a través de módulos, de los cuales existe uno por cada 10 localidades y a cuyo cargo están enfermeras y miembros de la localidad previamente adiestrados. Ahí se proporcionaron además de los medios para la planificación familiar, medicamentos indispensables para combatir las enfermedades más frecuentes en el medio rural. Son ya 8 847 las localidades que cuentan con este servicio, que protege a casi 8 millones de mexicanos.

Salud Mental.

La salud mental constituye un aspecto de fundamental importancia para nuestra población. Las personas afectadas mentalmente necesitan de una prolongada atención médica; muchas requieren hospitalización; otras pueden ser tratadas a través de la consulta externa. Durante el período que nos ocupa, se hospitalizaron 9 500 pacientes y se proporcionaron 82 mil consultas. Se encuentran funcionando 16 centros de salud mental en el Distrito Federal y 5 más en Tijuana, Nogales, Matamoros, Mexicali y Ciudad Juárez.

Atención a la Niñez.

El Sector Salud se ha empeñado en proporcionar a las nuevas generaciones una formación que las prepare para vivir en el México del mañana -- con espíritu constructivo y visión de los problemas y perspectivas del futuro.

Al ser declarado el año de 1979 como el Año Internacional del Niño -- por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, de la cual nuestro país es miembro, el Gobierno de la República tomó la determinación de crear una comisión nacional encargada de promover y coordinar -- los esfuerzos nacionales para el bienestar de la niñez. La comisión concluyó la primera fase del estudio denominado El Perfil del Niño Mexicano y estableció las bases del Sistema de Información sobre el Niño, lo cual permitirá contar con datos actualizados sistemáticamente sobre las condiciones de vida de los niños, definir prioridades de acción y evaluar la eficacia de las -- medidas para mejorar esas condiciones.

Las acciones realizadas en este período mediante el gasto público, -- representan avances considerables en todos los programas atendidos por las diferentes entidades del Sector Salud. La mayoría de estas acciones produjeron efectos positivos al momento de su realización, y el resto brindarán -- sus beneficios a través del tiempo debido a que forman parte de procesos -- permanentes a largo plazo. 3/

3/ Anexos Complementarios del III Informe de Gobierno, Presidencia de la República, 1º de septiembre de 1979.

CUADRO No. 14
RESUMEN FUNCIONAL DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS
1974 - 1979
(Gobierno Federal, Organismos y Empresas)

Clasificación funcional	1 9 7 4	(1)	1 9 7 9	(2)
	mil millones de pesos	En %	mil millones de pesos	En %
TOTAL:	<u>276 483</u>	<u>100.0</u>	<u>1 124 269</u>	<u>100.0</u>
FOMENTO, PROMOCION Y REGLA- MENTACION INDUSTRIAL Y CO- MERCIAL	<u>81 334</u>	<u>29.4</u>	<u>372 753</u>	<u>33.1</u>
DEUDA PUBLICA	<u>40 599</u>	<u>14.7</u>	<u>251 560</u>	<u>22.4</u>
BIENESTAR Y SEGURIDAD SOCIAL	<u>34 841</u>	<u>12.6</u>	<u>119 632</u>	<u>10.6</u>
Servicios Médicos a Empleados Pú- blicos	5 388	1.9	32 278	2.9
Ayudas a núcleos Indígenas	185	0.1	3 399	0.3
Otros	29 268	10.6	83 703	7.4
COMUNICACIONES Y TRANSPORTES	<u>23 704</u>	<u>8.6</u>	<u>68 447</u>	<u>6.1</u>
FOMENTO Y CONSERV. DE REC. -- NAT. RENOVABLES	<u>41 928</u>	<u>15.2</u>	<u>75 084</u>	<u>6.7</u>
SERVICIOS EDUCATIVOS CULTURA- LES	<u>19 592</u>	<u>7.1</u>	<u>93 938</u>	<u>8.4</u>
ADMINISTRACION GENERAL	<u>20 050</u>	<u>7.3</u>	<u>114 061</u>	<u>10.1</u>
SALUBRIDAD, SERVICIOS ASISTEN- CIALES Y HOSPITALARIOS	<u>9 054</u>	<u>3.2</u>	<u>11 015</u>	<u>1.0</u>
Salubridad, Asistencia Médica y -- Servicios Hospitalarios	2 085	0.7	6 383	0.6
Construcciones Hospitalarias	1 073	0.4		
Maternidades y Asistencia Infantil	541	0.2	2 707	0.2
Asistencia Social	4 949	1.8	120	
Diversos Servicios Complementarios	406	0.1	1 805	0.2
EJERCITO, ARMADA Y SERVICIOS - MILITARES	<u>5 377</u>	<u>1.9</u>	<u>17 779</u>	<u>1.6</u>
Servicios Médicos y Hospitalarios	234	0.1	870	0.1
Otros	5 143	1.8	16 909	1.5
EGRESOS PRESUP. PEND. DE APLI- CAR	<u>4</u>	<u>0.0</u>		

Fuente: (1) Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1971 y 1974.
 Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

(2) Presupuesto de Egresos de la Federación 1979.- Programático por Enti-
 dades.- Tomo I.- Secretaría de Programación y Presupuesto.

CAPITULO III. - PROBLEMATICA DE LA SALUD EN MEXICO.

3.1 El medio ambiente.

Como lo indiqué anteriormente, desde el punto de vista ecológico la salud de la población es la resultante de factores de tipo físico-químico, biológico y social que condicionan el medio ambiente.

En lo que se refiere a factores físicos, nuestro país cuenta con una complicada orografía en ciertas regiones en donde predominan algunas tierras altas. "La altitud media del territorio es de 1 044 m., superior al equivalente de las tierras emergidas en todo el globo, que alcanza 825 m. Las corrientes fluviales son torrenciales en su mayoría y las que conservan caudal de importancia, en la temporada de secas, tienen fuerte pendiente en la mayor parte de su curso medio e inferior". (4)

Por la situación geográfica, y especialmente por el relieve, el país cuenta con una gran variedad de climas, como tropicales, secos, templados y de alta montaña, y como consecuencia también cuenta con diferentes tipos de vegetación. En la parte norte de la República Mexicana existen grandes zonas desérticas y semidesérticas, como el desierto de Altar; algunos lugares de la península de Baja California y de los estados de Chihuahua y Duran

(4) Atlas de la Salud de la República Mexicana
Secretaría de Salubridad y Asistencia. - 1973.

go, y porciones de la altiplanicie septentrional, en donde la radiación solar es muy alta en verano y el ambiente se hace incómodo. (Ver mapa de paisajes y climas).

La escasez o abundancia de los elementos indispensables para la subsistencia de la vida determinan en gran medida la permanencia o el éxodo de la población y como consecuencia el desarrollo de la actividad económica. Las regiones que pueden considerarse en términos generales como más propicias para la vida humana son aquellas que se encuentran en las zonas templadas, donde la temperatura media normal fluctúa entre 10° y 18°C, y que además cuentan con servicios necesarios para el desarrollo de la salud.

Desde la época colonial el Estado mexicano se ha esforzado conjuntamente con la población en la obtención de algunos de estos servicios, como los de agua potable y el de alcantarillado.

Para este propósito, posteriormente a la etapa de la Revolución Mexicana se crean instituciones como la Dirección de Ingeniería Sanitaria del Departamento de Salubridad; en 1946 la Jefatura de Ingeniería Sanitaria, actualmente Dirección de Agua Potable y Alcantarillado de la Secretaría de Recursos Hidráulicos; en 1963 la Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia entre otras.

LOS CLIMAS

EN LA REPUBLICA MEXICANA*



* Atlas de la Salud de la República Mexicana
Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1973.

Actualmente la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos, en coordinación con la Comisión Constructora, se encarga de ejecutar obras de agua potable y alcantarillado en todas las entidades federativas a excepción -- del Distrito Federal, cuyas obras las realiza el propio Departamento del -- D. F.

Para 1970 y para localidades mayores de 2 500 habitantes existían -- 1 497 sistemas, que beneficiaron a 13 901 227 personas, es decir, al 64.5% -- de los 21 568 940 habitantes de esos centros de población; en estas localidades la Secretaría de Recursos Hidráulicos construyó 122 sistemas de hidrantes, - que beneficiaron en ese año a 605 103 personas, y 1 099 sistemas con tomas - domiciliarias, que dan servicio a 12 138 604 personas. Por su parte la Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria construyó en 146 localidades sistemas de hidrantes, que beneficiaron a 455 120 habitantes, y 90 sistemas con tomas - domiciliarias para el servicio de 187 733 personas. (Cuadro No. 15).

En cuanto a las comunidades menores de 2 500 habitantes disponían -- de este servicio 6 295 poblaciones en que se beneficiaron a 4 205 789 personas, o sea el 21.1% de un total de 19 934 258 habitantes. Para este fin la Secreta-- ría de Recursos Hidráulicos construyó 1 522 sistemas de hidrantes, que beneficiaron a 815 069 habitantes, y 444 sistemas con tomas domiciliarias para -- 452 974 habitantes. La Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria construyó 2 901 sistemas de hidrantes y 103 sistemas con tomas domiciliarias, que - beneficiaron a 2 645 183 y 121 760 habitantes respectivamente. (Cuadro No. - 15).

Cuadro No. 15

INVENTARIO DE SISTEMAS DE AGUA POTABLE LEVANTADO POR INVESTIGACION DIRECTA. OBRAS CONSTRUIDAS HASTA 1970
Localidades mayores de 2 500 habitantes

ENTIDAD	HIDRANTES						TOMAS DOMICILIARIAS						T O T A L			
	S R H		CCISSA		OTROS		S R H		CCISSA		OTROS		Beneficiados		Genso	Sin beneficia-
	No. loca- lidades	HABI- tantes	No. loca- lidades	HABI- tantes	No. loca- lidades	HABI- tantes	No. loca- lidades	HABI- tantes	No. loca- lidades	HABI- tantes	No. loca- lidades	HABI- tantes	No. loca- lidades	Habi- tantes	Habi- tantes	Habi- tantes
Estados Unidos Mexicanos	122	635 218	146	455 120	7	24 141	1 102	12 161 149	90	187 733	33	490 526	1 497	13 901 227	21 568 990	7 667 713
Agascalientes	1	2 144	0	0	0	0	5	199 848	1	6 717	0	0	7	208 709	215 144	6 435
Baja California	0	0	0	0	0	0	6	453 175	4	8 765	0	0	10	401 940	741 848	279 908
Baja California, Territorio	0	0	0	0	0	0	4	46 540	0	0	1	1 800	5	48 340	69 056	20 716
Campeche	1	4 054	4	11 150	0	0	8	89 072	0	0	0	0	13	104 276	160 528	51 252
Coahuila	2	7 628	2	4 379	0	0	24	530 902	2	4 884	0	0	30	547 791	811 094	263 301
Colima	0	0	2	5 093	0	0	11	128 191	1	2 022	0	0	14	135 306	166 930	31 624
Chiapas	2	24 732	1	2 847	0	0	31	245 262	8	7 223	0	0	42	280 064	432 597	152 533
Chihuahua	6	28 291	5	13 806	0	0	34	744 081	13	7 192	2	2 464	60	795 834	1 055 256	259 422
Distrito Federal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Durango	3	9 626	3	10 592	0	0	36	201 968	17	16 331	1	1 815	60	240 332	387 515	144 181
Guanajuato	1	5 384	3	10 484	0	0	44	722 811	3	66 480	2	4 864	53	810 023	1 182 367	373 344
Guerrero	9	28 592	8	19 550	1	2 177	44	304 280	0	0	0	0	62	354 599	565 951	211 352
Hidalgo	1	2 530	1	2 896	0	0	64	207 888	2	1 125	0	0	68	214 439	331 933	122 494
Jalisco	13	122 117	11	42 098	0	0	84	1 397 531	16	21 191	3	3 127	127	1 576 064	2 229 007	652 943
México	15	68 650	25	95 094	0	0	207	663 391	1	4 956	5	411 094	253	1 243 185	2 342 350	1 099 165
Michoacán	12	42 831	6	19 690	0	0	79	628 369	2	4 695	0	0	99	695 585	1 065 990	370 405
Morales	12	39 579	5	14 306	0	0	38	232 373	6	7 940	0	0	61	294 219	430 968	136 750
Nayarit	1	5 003	2	4 923	0	0	21	165 650	1	2 180	0	0	25	177 756	272 071	94 315
Nuevo León	6	72 872	1	3 527	1	2 671	33	790 764	3	2 346	0	0	44	872 180	1 296 899	424 569
Oaxaca	11	36 146	13	37 440	0	0	34	283 251	0	0	0	0	58	356 837	548 651	191 814
Puebla	9	54 130	21	55 181	4	12 014	40	501 202	3	6 545	10	34 772	67	663 844	1 165 428	501 584
Querétaro	0	0	2	8 076	0	0	10	111 857	1	2 028	0	0	13	121 961	172 908	50 847
Quintana Roo	0	0	0	0	0	0	3	22 545	0	0	3	22 545	3	22 545	32 206	9 661
San Luis Potosí	1	2 913	7	19 289	0	0	19	307 812	1	2 122	0	0	28	332 136	499 944	167 808
Sinaloa	1	33 461	5	17 558	0	0	21	352 490	0	0	0	0	27	373 394	608 739	235 345
Sonora	0	0	2	9 373	0	0	26	456 486	1	3 147	0	0	29	469 006	730 773	261 767
Tabasco	0	0	4	9 006	0	0	17	158 847	1	2 103	0	0	22	169 956	257 337	87 381
Tamaulipas	3	8 538	2	4 671	0	0	30	677 863	0	0	0	0	35	691 072	1 001 922	310 850
Tlaxcala	2	6 290	1	2 191	0	0	21	107 016	1	2 274	0	0	25	117 771	205 616	87 845
Veracruz	7	30 592	6	23 556	1	7 279	74	1 014 788	1	3 056	0	0	89	1 079 271	1 790 983	711 712
Yucatán	0	0	1	2 174	0	0	12	234 548	0	0	0	0	13	236 742	492 967	256 225
Zacatecas	3	9 095	3	6 150	0	0	22	180 348	1	2 411	6	8 045	35	206 019	296 112	90 063

Fuente: Atlas de la Salud de la República Mexicana
Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1973

Además de las disposiciones legales, estatales y municipales, y de las leyes federales de Ingeniería Sanitaria y de Cooperación para Dotación de Agua Potable a los municipios, el Estado, para contrarrestar los efectos contaminantes expidió la Ley Federal de Aguas, ley que como consecuencia de la Reforma Administrativa quedó comprendida en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal del 29 de diciembre de 1976, que señala a la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos entre otros apartados la competencia de vigilar el cumplimiento y aplicación de esta ley, previa consulta con las Secretarías de Asentamientos Humanos y de Salubridad y Asistencia a fin de regular el desalojo, explotación, uso ó aprovechamiento de aguas residuales y las condiciones que deban satisfacer antes de descargarse en las redes colectoras, cuencas, cauces, vasos y demás depósitos y corrientes de agua, así como su infiltración en el subsuelo, para evitar la contaminación, que pone en peligro la salud pública y degrada los sistemas ecológicos.

Aparte de las Secretarías de Salubridad y Asistencia, de Agricultura y Recursos Hidráulicos y de Asentamientos Humanos y Obras Públicas, los gobiernos de los Estados y Municipios también han cooperado aunque en menor escala a prevenir y controlar la contaminación del agua.

Sin embargo, el problema por resolver es grave, ya que para 1970 —

sólo en 629 localidades mayores de 2 500 habitantes existían obras de alcantarillado que beneficiaron a 11 010 874 personas, es decir el 54.2% de los -- 21 568 940 habitantes, y en sólo 59 comunidades menores de 2 500 habitantes contaban con este servicio, que benefició a 51 247 personas, es decir, el -- 0.26% del total de 19 934 258 habitantes de ese tipo de localidades. (Cuadros Nos. 16 y 17).

Como consecuencia del desarrollo industrial, la urbanización creciente y el aumento de los transportes en las grandes ciudades de nuestro país, como las de México, Guadalajara y Monterrey, se advierte una tendencia ascendente de los riesgos a la salud derivados de la contaminación del -- aire, el agua y el suelo.

Aproximadamente el 70% de esta contaminación se debe a los desechos urbanos e industriales, ya que existen más de 300 mil establecimientos contaminantes, y a la circulación de más de 2 millones de vehículos automotores, de los cuales el 40.0% corresponden al área metropolitana de la ciudad de México.

INVENTARIO DE SISTEMAS DE ALCANTARILLADO LEVANTADO POR
INVESTIGACION DIRECTA, OBRAS CONSTRUIDAS HASTA 1970

Localidades de 2 500 habitantes y más

ENTIDAD	Sistemas construidos	Población beneficiada	Población según censo 1970	Población sin servicio
Estados Unidos Mexicanos	629	11 010 874	21 568 940	10 558 066
Aguascalientes	6	116 391	215 144	98 753
Baja California	7	347 099	741 848	394 749
Baja California, T.	4	30 165	69 056	38 891
Campeche	1	17 328	160 528	143 200
Coahuila	14	526 447	811 094	284 647
Colima	10	90 600	166 930	76 330
Chiapas	23	187 095	432 597	245 502
Chihuahua	25	740 455	1 055 256	314 801
Distrito Federal	—	—	—	—
Durango	12	229 335	389 515	160 180
Guanajuato	34	803 534	1 183 367	379 833
Guerrero	23	263 602	565 951	302 349
Hidalgo	20	184 668	336 933	152 265
Jalisco	36	1 377 951	2 229 007	851 056
México	89	938 619	2 342 350	1 403 731
Michoacán	41	544 985	1 065 990	521 005
Morelos	15	179 765	430 968	251 203
Nayarit	11	83 360	272 071	188 711
Nuevo León	21	860 909	1 296 849	435 940
Oaxaca	32	162 759	548 651	385 892
Puebla	34	522 670	1 165 428	642 758
Querétaro	9	118 154	172 808	54 654
Quintana Roo	3	21 655	32 206	10 551
San Luis Potosí	13	272 673	499 944	227 271
Sinaloa	13	240 604	608 739	368 135
Sonora	23	338 691	730 773	392 082
Tabasco	14	148 771	257 337	108 566
Tamaulipas	17	540 007	1 001 922	461 915
Tlaxcala	7	52 669	205 616	152 947
Veracruz	54	847 368	1 790 983	943 615
Yucatán	5	130 432	492 967	362 535
Zacatecas	13	92 113	296 112	203 999

Fuente: Atlas de la Salud de la República Mexicana
Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1973.

**INVENTARIO DE SISTEMAS DE ALCANTARILLADO LEVANTADO POR
INVESTIGACION DIRECTA, OBRAS CONSTRUIDAS HASTA 1970**

Localidades menores de 2 500 habitantes

ENTIDAD	Sistemas construidos	Población beneficiada	Población según censo 1970	Población sin servicio
Estados Unidos Mexicanos	<u>50</u>	<u>51 217</u>	<u>19 934 258</u>	<u>19 883 011</u>
Aguascalientes	2	1 608	122 998	121 390
Baja California	1	73	128 573	128 500
Baja California, T.	0	0	58 963	58 963
Campeche	0	0	91 028	91 028
Coahuila	1	1 276	303 862	302 586
Colima	0	0	74 223	74 223
Chiapas	0	0	1 136 456	1 136 456
Chihuahua	1	110	557 269	557 159
Distrito Federal	—	—	—	—
Durango	1	365	549 693	549 328
Guanajuato	0	0	1 087 003	1 087 003
Guerrero	0	0	1 031 409	1 031 409
Hidalgo	3	3 575	856 912	853 337
Jalisco	0	0	1 067 579	1 067 579
México	23	27 600	1 490 835	1 463 235
Michoacán	1	818	1 254 052	1 253 234
Morelos	0	0	185 151	185 151
Nayarit	0	0	271 960	271 960
Nuevo León	2	2 115	397 840	395 425
Oaxaca	3	2 816	1 623 082	1 620 236
Puebla	2	1 979	1 342 798	1 340 819
Querétaro	3	2 416	312 715	310 299
Quintana Roo	0	0	55 944	55 944
San Luis Potosí	0	0	782 052	782 052
Sinaloa	1	88	657 789	657 701
Sonora	1	1 701	367 947	366 246
Tabasco	0	0	510 990	510 990
Tamaulipas	0	0	454 936	454 936
Tlaxcala	1	651	215 022	214 371
Veracruz	3	2 769	2 024 439	2 021 730
Yucatán	0	0	265 388	265 388
Zacatecas	1	1 017	655 350	654 333

Fuente: Atlas de la Salud de la República Mexicana
Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Con base en la Ley Federal para Prevenir y Controlar la Contaminación Ambiental del 12 de marzo de 1971, el Estado, a través de la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y en coordinación con las Secretarías de Hacienda y Comercio, y el Departamento del Distrito Federal, ha tratado de prevenir y controlar la contaminación atmosférica originada por la emisión de humos y polvos mediante la instalación de equipos de medición integrados a una red de 20 estaciones fijas y 2 estaciones móviles que constituyen la red automática de monitoreo más avanzada del mundo. Este tipo de control, aunque con equipo más sencillo, en una primera instancia se llevó a efecto en las ciudades de Guadalajara, Jal., y Monterrey, N. L., para posteriormente integrarlo a todas a aquellas ciudades de las entidades federativas que presentaran este problema.

A fines de 1975 se puso en ejecución una campaña en el Distrito Federal, en la que se coordinaron las Secretarías de Salubridad y Asistencia Pública y de Comunicaciones y Transportes, el Departamento del Distrito Federal y el gobierno del Estado de México, con el objeto de abatir al máximo la contaminación del ambiente originada por la emisión de humos, gases y ruidos provenientes de los aproximadamente millón y medio de vehículos que circulan en el área metropolitana.

Actualmente, con base en el acuerdo del 24 de agosto de 1978, con el que se crea la Comisión Intersecretarial de Saneamiento Ambiental, encargada de conocer la planeación y conducción de la política de saneamiento ambiental; la investigación, el estudio, la prevención y el control de la contaminación; el desarrollo urbano, la conservación del equilibrio ecológico y la restauración y mejoramiento del ambiente, el Ejecutivo de la Unión expidió con fecha 30 de octubre del presente año el acuerdo que aprueba el Programa Coordinado para mejorar la calidad del aire en el Valle de México - - 1980-1982, con el propósito de contrarrestar los riesgos y daños que origina la contaminación atmosférica en esta región y que cada vez se pueden - volver más graves, si se tiene en consideración su ubicación geográfica, -- las condiciones climatológicas, la tasa de crecimiento de la población, las actividades socioeconómicas que se llevan a cabo en el Valle de México, las tolvaneras y otros fenómenos naturales, y en particular el rápido aumento - de las actividades industriales y del uso de vehículos de combustión interna.

Para el buen cumplimiento de este Programa se coordinarán los es fuerzos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal denominadas Secretarías de Gobernación, de la Defensa Nacional, de Ma rina, de Hacienda y Crédito Público, de Programación y Presupuesto, de Pa trimonio y Fomento Industrial y Comercio, de Agricultura y Recursos Hi- -

dráulicos, de Comunicaciones y Transportes, de Asentamientos Humanos y -- Obras Públicas, de Educación Pública, del Trabajo y Previsión Social y de -- Salubridad y Asistencia, y el del Departamento del Distrito Federal, con los organismos del Sector Paraestatal denominados Petróleos Mexicanos, Comisión Federal de Electricidad, Instituto Mexicano del Petróleo y Aeropuertos y Servicios Auxiliares, y las autoridades del Estado de México.

3.2 El crecimiento demográfico.

La población del país se estima alcanzará en 1982 un total de 76.6 millones de habitantes, de los cuales 28.1 millones de personas residirán en lo calidades menores de 2 500 habitantes, 8.5 millones de habitantes en ciudades entre 2 500 y 15 000 habitantes, 8.6 millones de personas en ciudades en tre 15 000 y 100 000 habitantes y 31.4 millones de habitantes en ciudades mayores de 100 000. (5)

De seguir con el mismo ritmo de crecimiento demográfico nuestro país se enfrentaría, pese a los progresos logrados en materia de infraestructura a una gran demanda de servicios para elevar en mayor grado el nivel de la salud de los habitantes. Así pues, de no implementarse medidas efectivas de política -

(5) Proyecciones de la Población. Secretaría de Industria y Comercio, Dirección General de Estadística.

demográfica complementadas con otros programas sociales, el crecimiento de la población continuará con un ritmo acelerado y las necesidades en el campo de la salud se agravarán.

Por otra parte, la migración de la población del campo a las ciudades urbanas presionará a estas últimas con un aumento en la demanda de servicios. La concentración de la población y el crecimiento de las áreas urbanas generará la creación de grupos amorfos sin un sentido comunitario de esfuerzo y responsabilidad, lo que exigirá una mayor participación del Sector Público en programas participativos comunitarios, para que los 28.1 millones de habitantes que se estima se encontrarán dispersos en las áreas rurales no carezcan de los servicios al extender el Estado la cobertura de los mismos; de ahí pues, la importancia de una política de redistribución y optimización de los recursos.

3.3 Nivel de vida y distribución del ingreso.

De los factores que condicionan el nivel de vida de la población, el más importante es el ingreso y éste depende de la estructura económica y de la organización social del país.

De acuerdo a las encuestas que se realizaron para los años de 1963, 1968 y 1975, el 50% más pobre de la población recibió entre el 15 y el 13% - del ingreso de toda la sociedad. De este grupo, el 20% menos favorecido -- aún, recibió entre el 3.5% y el 1.9% del ingreso total; mientras que el 20% - más rico de los habitantes, se benefició con proporciones del ingreso de entre 59.6% y 60.4%. Finalmente, de este 20%, y el 5% que detenta el mayor - poder adquisitivo, absorbió entre el 29.8 y el 27.7% del ingreso total. (Cuadro No. 18).

En relación al origen del ingreso de las familias, se puede afirmar - que básicamente son dos las fuentes de percepciones, una la del trabajo y la - otra la del capital.

Del total de percepciones promedio, las que destacan en 1975 por su mayor participación, son las que provinieron fundamentalmente de sueldos y salarios, ya que éstas representaron el 63.6%. En el estrato más bajo de -- ingreso esa proporción descendió a 26.9%, lo cual se explica por la elevada - participación de los ingresos de los trabajadores por cuenta propia. Así - - mismo, se observa que en el estrato de ingresos más elevados, la participa - ción de los ingresos por concepto de sueldos y salarios también tiende a des - cender, mientras que la de los ingresos originados por operaciones en bie - nes inmuebles se incrementó, alcanzando en este año el 19.3% del total de -- percepciones promedio en este grupo de familias (Cuadro No. 19).

CUADRO No. 18
DISTRIBUCION DEL INGRESO POR HABITANTE EN MEXICO EN DIFERENTES PERIODOS
(Por Ciento)

ENCUESTA DE 1963				ENCUESTA DE 1968				ENCUESTA DE 1975 a/			
Habitantes		Participación en el Ingreso		Habitantes		Participación en el Ingreso		Familias		Participación en el Ingreso	
Simple	Acumulado	Simple	Acumulado	Simple	Acumulado	Simple	Acumulado	Simple	Acumulado	Simple	Acumulado
20	20	3.5	3.5	20	20	4.2	4.2	20	20	1.9	1.9
30	50	11.5	15.0	30	50	14.1	18.3	30	50	11.1	13.0
30	80	25.4	40.4	30	80	26.6	44.9	30	80	26.6	39.6
15	95	29.8	70.2	15	95	27.5	72.4	10	90	16.8	58.4
5	100	29.8	100.0	5	100	27.7	100.1*	10	100	43.6	100.0

a/ Debido a que no se dispone para este año de la distribución del ingreso por habitante, se presenta respecto a las familias. Los datos se calcularon a partir de los ingresos totales.

* De acuerdo a los datos de la fuente, la suma no es completamente exacta.

Fuente: Secretaría de Programación y Presupuesto, La Población de México, su Ocupación y sus Niveles de Bienestar, 1979, Coordinación General del Sistema Nacional de Información, Pág. 157.

CUADRO No. 19
ESTRUCTURA DEL INGRESO PROMEDIO FAMILIAR POR ORIGEN Y ESTRATO DE INGRESO FAMILIAR 1975.
(Por Ciento)

Estrato de Ingresos Familiar Mensual	Número de Familias	Porcentaje de Familias	Ingreso Promedio Familiar (Pesos)	O R I G E N D E L I N G R E S O						
				Sueldos y Salarios a/	Por Empresas Propias no Agrícolas	Por Empresas Agropecuarias	Por Operaciones en Bienes Muebles e Inmuebles	Por Operaciones en Bienes de Capital	Transferencias	Imprevistos
TOTAL:	10 208 925	100.0	3 260.37	63.6	15.7	8.6	5.6	0.4	5.2	0.9
0 -	16 547	0.2	—	—	—	—	—	—	—	—
1 - 500	1 533 407	15.0	215.98	26.9	15.5	46.0	0.6	0.3	10.7	0.0
501 - 700	578 756	5.7	606.03	40.9	13.1	37.5	0.4	0.0	8.0	0.1
701 - 950	794 472	7.8	828.68	46.9	14.5	31.9	0.6	0.0	6.0	0.1
951 - 1 250	889 555	8.7	1 099.01	55.6	20.2	15.9	0.6	0.2	7.5	0.0
1 251 - 1 700	918 944	9.0	1 479.17	67.4	14.2	10.9	0.4	0.0	7.0	0.1
1 701 - 2 200	1 063 504	10.4	1 967.04	71.9	13.0	8.1	1.0	0.1	5.9	0.0
2 201 - 3 000	1 249 808	12.2	2 610.93	72.9	13.6	8.2	0.6	0.1	4.5	0.1
3 001 - 4 000	865 596	8.5	3 519.67	72.9	13.3	9.3	0.6	0.0	3.8	0.1
4 001 - 5 200	695 026	6.8	4 584.26	74.3	13.7	8.1	0.4	0.1	3.2	0.2
5 201 - 7 000	625 835	6.1	6 024.41	79.3	9.2	6.4	0.8	0.4	3.7	0.2
7 001 - 9 200	345 941	3.4	7 967.63	77.7	15.0	3.2	1.5	0.5	2.1	0.0
9 201 - 12 550	282 537	2.8	10 531.41	65.9	18.2	3.3	2.4	0.3	9.6	0.5
12 551 y más	348 997	3.4	24 385.46	42.3	20.8	7.8	19.2	0.8	5.9	3.2

a/ LA reducida participación de los sueldos y salarios en el ingreso familiar de los estratos bajos puede ser explicada por el hecho de que un gran número de familias cuyo jefe trabaja por cuenta propia, no tienen asignado un sueldo en su negocio o empresa y las percepciones de estas familias se computan como ingresos por Empresas Propias. En su mayoría se trata de pequeños comerciantes, vendedores, prestadores de servicios personales diversos y pequeños agricultores.

Fuente: Secretaría de Programación y Presupuesto, la Población de México, su Ocupación y sus Niveles de Bienestar, 1979, Coordinación General del Sistema Nacional de Información, Pág. 163.

Del volumen total de ingresos que perciben las familias depende la estructura y la composición del gasto familiar. En general, las familias de ingresos reducidos canalizan una gran proporción de los mismos a cubrir sus necesidades más elementales. A medida que dichos ingresos se incrementan, pierde importancia en términos relativos la parte del gasto que se destina a satisfacer necesidades básicas.

En 1975, el gasto destinado a la alimentación, vestido y habitación, alcanzó en promedio el 71.7% del gasto familiar, mientras que en el medio rural la proporción que se destinó únicamente para alimentación se elevó a 55.5% de su ingreso y en el medio urbano disminuyó a 36.7 por ciento. (Cuadro No. 20)

Lo anterior indica que una considerable parte de la población no tiene acceso a una gran cantidad de bienes y servicios, principalmente las familias radicadas en el medio rural y que, en consecuencia, forman un mercado de dimensiones reducidas. Así se observa que a la adquisición de productos de consumo duradero, como refrigeradores, lavadoras y estufas, estas familias destinaron en promedio un gasto mensual de 8.6%, inferior al del medio urbano, el cual, sin embargo, sólo destinó el 6.7% de su gasto a estos rubros en 1975.

En lo concerniente a otro de los aspectos más importantes del destino del gasto, como es el que se canaliza a servicios médicos, medicinas y hospitalarios, su participación en el total se ha reducido de 3.9% en 1968 a 2.6 en 1975. En términos relativos, este tipo de erogaciones es mayor en el medio rural que en el urbano, observándose además que el desembolso en servicios médicos tiene mayor peso en las familias de ingresos medios. (Cuadro No. 20).

CUADRO No. 20
 ESTRUCTURA DEL GASTO PROMEDIO FAMILIAR POR DESTINO DEL GASTO Y ESTRATO DE INGRESO FAMILIAR 1975.
 (Por Ciento)

Estrato de Ingresos Familiar Mensual	Número de Familias	Porcen- taje de Fami- lias	Gasto Pro- medio Fa- miliar (Pesos)	D E S T I N O D E L G A S T O										
				Alimentos, Bebidas y Tabaco	Vivienda, Ener- gía Eléctrica, Combustible y Teléfono	Servi- cio Do- mésti- co	Ropa, Calza- do y Otros Artículos	Servi- cio de Trans- porte	Educa- ción	Servi- cios Mé- dicos	Otros Servicios	Muebles, Equi- po y Otros Artí- culos Domésti- cos	Vehícu- los	Otros Gastos
TOTAL:	10 208 925	100.00	3 382.96	40.9	19.5	2.0	11.1	5.3	1.3	2.6	9.4	4.3	1.6	2.0
0	16 547	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 - 500	1 533 407	15.0	1 174.95	58.9	16.3	0.0	11.1	3.5	0.5	2.3	5.0	1.6	0.4	0.3
501 - 700	578 758	5.7	1 302.95	53.3	16.5	0.1	11.2	3.7	0.5	4.3	6.6	2.5	0.6	0.7
701 - 950	794 472	7.8	1 602.05	58.2	14.3	0.1	10.1	3.4	0.5	4.2	6.2	2.3	0.4	0.3
951 - 1 250	889 555	8.7	1 834.18	53.5	17.0	0.3	11.4	3.1	0.8	3.0	8.0	2.0	0.1	0.8
1 251 - 1 700	918 944	9.0	2 257.38	51.1	20.6	0.1	9.2	3.4	0.8	2.6	6.6	4.3	0.2	1.1
1 701 - 2 200	1 063 504	10.4	2 757.75	48.7	21.1	1.2	8.2	4.7	1.0	2.5	7.5	3.4	0.3	1.4
2 201 - 3 000	1 249 808	12.2	3 139.62	48.6	20.7	0.4	10.5	4.2	1.0	1.8	7.8	3.6	0.5	0.9
3 001 - 4 000	865 598	8.5	4 152.02	40.7	22.3	1.7	12.5	4.5	1.2	2.9	8.0	4.1	1.0	1.1
4 001 - 5 200	695 026	6.8	4 654.34	40.6	16.4	0.8	12.0	5.4	1.1	3.3	11.3	5.6	1.4	2.1
5 201 - 7 000	625 835	6.1	6 333.68	33.3	19.9	2.1	14.0	6.0	1.4	2.6	11.8	6.0	2.1	1.7
7 001 - 9 200	345 941	3.4	7 079.26	33.2	14.8	6.2	12.2	7.6	1.7	2.0	9.4	4.7	2.7	3.5
9 201 - 12 250	282 537	2.8	9 764.15	27.8	26.4	4.8	10.4	6.8	1.6	1.6	8.8	5.3	4.3	2.2
12 251 y más	348 997	3.4	11 667.67	23.3	19.9	3.1	10.7	8.0	2.7	2.3	15.3	5.5	3.7	5.5

Fuente: Secretaría de Programación y Presupuesto, la Población de México, su Ocupación y sus Niveles de Bienestar, 1979, Coordinación General del Sistema Nacional de Información, Pág. 177.

3.4 La alimentación.

Alrededor del 60% de la población del país carece de una alimentación suficiente en cantidad y equilibrada en valores calóricos y protéicos, lo que repercute no sólo en los individuos, sino en la sociedad en su conjunto.

Existen evidencias de que una mala nutrición en los primeros años de la vida es causa de daños irreversibles en la capacidad física e intelectual.

En nuestro país la desnutrición constituye un problema fundamental de la salud pública; así, el Dr. Adolfo Chávez, experto en la materia, establece que nuestro pueblo presenta grandes oscilaciones en el consumo de calorías a consecuencia de una producción irregular y de un consumo variable.

Afirma que para un país en desarrollo el consumo mínimo de calorías per-cápita es de 2 600, y piensa que para México, en donde la mayor parte de la población es joven, bastaría con un nivel per-cápita de 2 450 calorías por día.

Para 1970 la nutrición promedio del mexicano, según se aprecia en el Cuadro No. 21, le permitió consumir diariamente 77.2 g. de proteínas y 2 669 calorías.

CUADRO No. 21
ORIGEN DE LA DISPONIBILIDAD DIARIA DE PROTEINAS Y CALORIAS EN LA REPUBLICA MEXICANA EN 1970.

C o n c e p t o	Proteínas	Calorías
Total:	<u>77.2 g.</u>	<u>2 669</u>
Cereales	39.5 g	1 533
Leguminosas y oleaginosas	11.8 g	217
Raíces feculentas	0.3 g	18
Verduras	0.9 g	22
Frutas	1.6 g	70
Carnes	13.8 g	94
Leche	8.4 g	145
Huevo	1.7 g	22
Azúcar	-	375
Grasas	-	153

Fuente: Atlas de la Salud de la República Mexicana.
Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1973.

El balance de alimentos para el consumo humano en la República Mexicana, según datos del Instituto Nacional de la Nutrición, indica que las regiones de regular nutrición aparecen en la zona norte, en el occidente y en las porciones meridionales de las vertientes marítimas de México, y que se observan deficiencias en el consumo de vitaminas A.

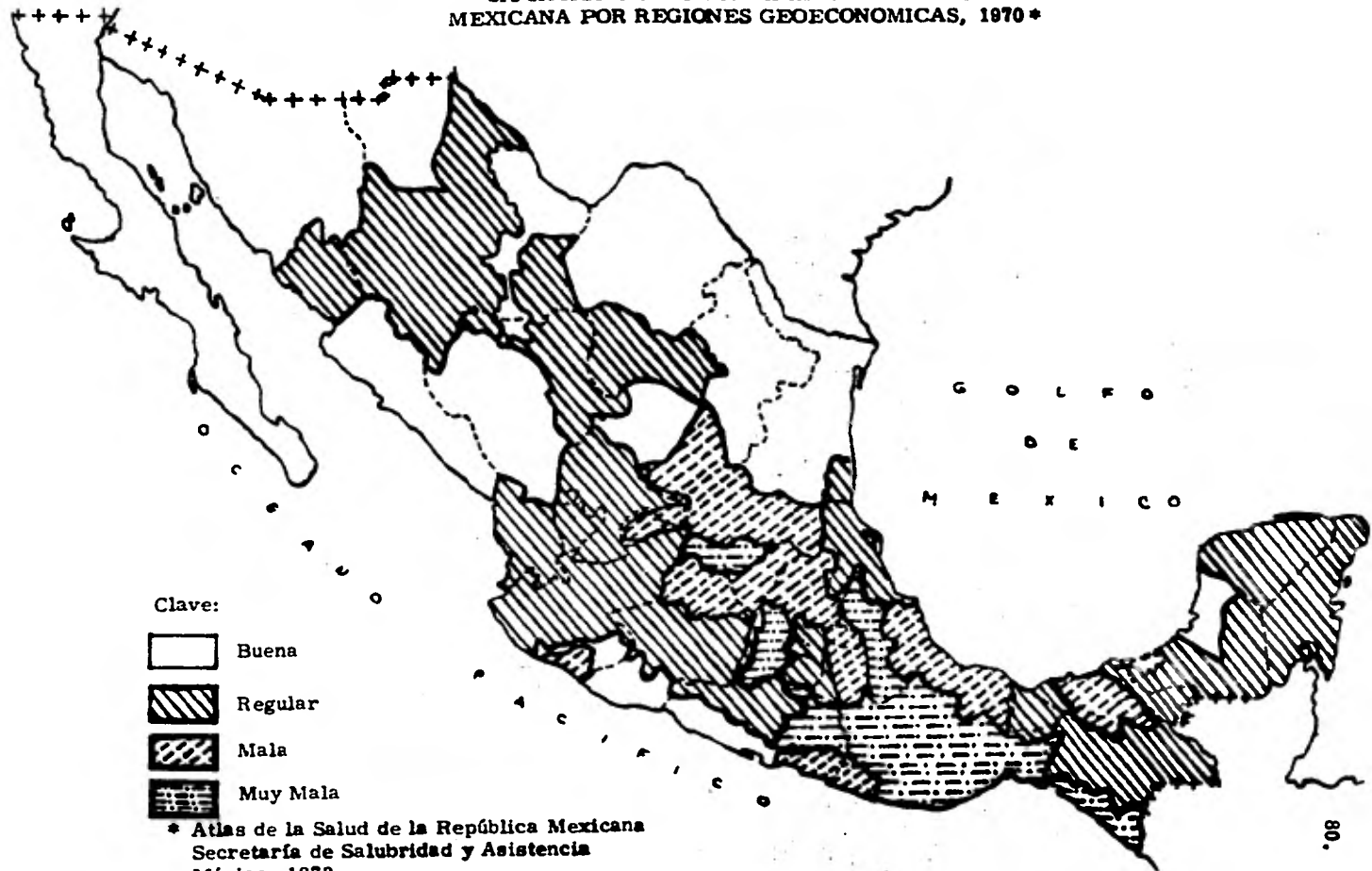
En las regiones tropicales del litoral del Pacífico, donde la tierra es mejor, los consumos son más ó menos aceptables, condiciones que también se observan en las zonas que se encuentran alrededor del Distrito Federal.

Las zonas de mala y muy mala nutrición se ubican en cinco grandes áreas:

- 1) Desde el Bajío hasta Zacatecas y Durango
- 2) En el anillo densamente poblado alrededor de la Cuenca de México
- 3) En el sur, incluyendo las partes montañosas del estado de Guerrero y todo Oaxaca
- 4) En el estado de Chiapas, y en
- 5) La zona henequenera de Yucatán

Todas estas zonas se consideran áreas problemas desde el punto de vista nutricional, porque el consumo de proteínas y calorías es bajo. (Ver mapa sobre Situación Nutricional en la República Mexicana por regiones geográficas. 1970)

SITUACION NUTRICIONAL EN LA REPUBLICA
MEXICANA POR REGIONES GEOECONOMICAS, 1970 *



Clave:

- Buena
- Regular
- Mala
- Muy Mala

* Atlas de la Salud de la República Mexicana
Secretaría de Salubridad y Asistencia
México, 1973

El desconocimiento popular del valor nutritivo de los alimentos; las malas técnicas de alimentación infantil; los prejuicios; los malos hábitos de alimentación; las técnicas deficientes en la producción de alimentos y la falta de sistemas adecuadas para el almacenamiento y la distribución de los mismos; los problemas médico-sanitarios que afectan a la población, fundamentalmente en las áreas rurales a la población infantil, que presenta elevados índices de mortalidad y morbilidad, etc., exigen la aplicación de una política nacional de nutrición que se considere "como un conjunto armónico, integrado, homogéneo y simultáneo de objetivos y decisiones que permitan a los organismos oficiales y privados que tengan relación con la alimentación humana, ejecutar de manera permanente y progresiva acciones coordinadas e interdisciplinarias, procurando en un lapso adecuado satisfacer las necesidades básicas de alimentación del hombre actual y del hombre del futuro". (6) - En otras palabras, llevar a cabo un desarrollo compartido multisectorial que tenga como metas aumentar la producción de alimentos; organizar un sistema de distribución que ponga al alcance de la población el consumo de nutrientes básicos, desarrollar paralelamente a las acciones médicas programas educativos en gran escala a fin de corregir la desnutrición.

(6) "Nutrición y Desarrollo Económico", Adolfo Chávez y Juan Ramírez.- Salud Pública de México, México 1963.

3.5 La educación en la salud.

La educación es el esfuerzo social para que los habitantes del país -- se realicen como personas; sin ella la población no podrá alcanzar su desarrollo integral y, en cuanto a la salud, no podrá disfrutarla debido al grado de -- ignorancia en que se encuentre.

Para 1970 el índice de analfabetismo en la República Mexicana alcanzó la cifra de 23.8%; se acentúa éste índice en los estados de Guerrero, con el 44.6%; de Chiapas con el de 43.2% y de Oaxaca, con el 42.2% (Cuadro No. 22); el 58.99% de la población de 6 a 14 años asistió a escuelas primarias en la República Mexicana (Cuadro No. 23); el 6.29% de la población total de 11 a 29 años asistió a escuelas secundarias (Cuadro No. 24); el 2.54% de la población global de 15 a 29 años asistió a escuelas preparatorias ó vocacionales -- (Cuadro No. 25), y el 2.71% de la población del país cuenta para ese año con -- instrucción profesional terminada, es decir el equivalente de 565 958 personas del total de la población de 20 años y más, que alcanzó para 1970 la cifra de -- 20 882 137. En el cuadro No. 26 se puede observar que los mayores porcentajes de personas que alcanzaron este nivel educativo se encuentran en entidades con mayor índice de desarrollo socioeconómico como son el Distrito Federal, con el 7.87%; Nuevo León, el 4.19%; Jalisco, el 2.78%; el estado de Baja California, el 2.44%, y México, el 2.24%. Las entidades a que correspondieron los menores porcentajes fueron Chiapas, con el 0.82%; Oaxaca, el 0.83%; Guerrero, el 0.90%; Quintana Roo, el 0.92%, y Tlaxcala, el 0.98%.

Cuadro No. 22
POBLACION DE 10 AÑOS Y MAS ANALFABETA
EN LA REPUBLICA MEXICANA EN 1940, 1960, y 1970

83.

ENTIDAD	1 9 4 0		1 9 6 0		1 9 7 0	
	Número	%	Número	%	Número	%
Estados Unidos Mexicanos	7 543 952	54.0	7 980 685	33.5	7 723 000	23.8
Aguascalientes	47 374	40.0	35 766	21.7	32 646	14.7
Baja California	9 212	16.0	44 352	12.9	68 449	11.8
Baja California, T.	11 652	31.8	8 488	15.4	10 508	12.4
Campeche	30 297	46.5	32 648	28.5	38 992	22.8
Coahuila	130 976	33.3	90 573	14.5	93 314	12.4
Colima	22 237	38.1	27 989	25.2	31 877	19.9
Chiapas	349 757	76.2	455 854	57.4	448 234	43.2
Chihuahua	147 568	33.7	165 285	19.8	139 392	12.9
Distrito Federal	281 972	21.0	448 963	13.1	441 615	9.1
Durango	150 870	45.0	97 958	19.1	87 530	14.3
Guanajuato	506 414	68.1	517 609	44.4	525 341	35.3
Guerrero	396 811	78.4	476 842	59.3	467 262	44.6
Hidalgo	372 210	69.4	355 445	52.6	300 894	37.9
Jalisco	500 907	48.3	495 934	29.7	426 611	19.4
México	522 406	65.4	502 190	39.5	617 129	24.9
Michoacán	553 629	66.6	547 852	44.0	516 228	33.8
Morelos	67 317	51.5	93 834	35.6	105 084	25.4
Nayarit	73 417	46.7	76 146	29.0	77 133	21.5
Nuevo León	110 858	28.4	123 357	16.3	122 612	10.7
Oaxaca	652 140	77.6	677 178	56.5	618 241	42.2
Puebla	595 371	65.0	620 276	46.0	563 106	33.2
Querétaro	128 898	74.4	127 661	53.3	120 087	37.9
Quintana Roo	5 312	40.4	10 068	30.8	13 530	23.8
San Luis Potosí	295 769	62.9	299 058	42.3	246 813	29.0
Sinaloa	167 536	48.1	165 455	29.3	177 776	21.3
Sonora	85 881	32.8	98 235	18.6	100 848	13.6
Tabasco	112 365	60.8	104 709	32.4	117 665	23.8
Tamaulipas	103 104	31.2	131 682	18.6	140 946	14.3
Tlaxcala	86 885	55.5	83 116	35.4	65 137	23.3
Veracruz	682 208	60.4	767 400	41.1	755 524	29.4
Yucatán	130 772	42.6	131 567	30.2	139 243	26.2
Zacatecas	211 727	54.1	167 195	30.8	113 239	18.8

Fuente: Atlas de la Salud de la República Mexicana
Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1973.

ASISTENCIA ESCOLAR EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION
PRIMARIA EN LA REPUBLICA MEXICANA EN 1970

ENTIDAD	Población de 6 a 14 años T o t a l	Población de 6 a 14 años que asisten a escue las Primarias	%
Estados Unidos Mexicanos	12 472 926	7 358 017	58.99
Aguascalientes	89 376	54 394	60.86
Baja California	232 482	147 777	63.56
Baja California, T.	33 880	22 154	65.39
Campeche	64 487	40 696	63.11
Coahuila	288 709	179 728	62.25
Colima	64 462	39 897	61.89
Chiapas	419 093	186 194	44.43
Chihuahua	423 757	274 347	64.74
Distrito Federal	1 590 097	1 081 385	68.01
Durango	253 373	157 469	62.15
Guanajuato	608 647	289 183	47.51
Guerrero	432 572	229 812	53.13
Hidalgo	315 447	178 061	56.45
Jalisco	849 133	526 119	61.96
México	1 017 236	599 637	58.95
Michoacán	635 243	332 322	52.31
Morelos	161 769	91 679	56.67
Nayarit	146 003	92 191	63.14
Nuevo León	416 623	284 433	68.27
Oaxaca	560 438	285 240	50.90
Puebla	644 969	346 710	53.76
Querétaro	127 719	69 850	54.69
Quintana Roo	22 486	14 494	64.46
San Luis Potosí	336 890	193 592	57.46
Sinaloa	336 281	217 814	64.77
Sonora	287 519	181 113	62.99
Tabasco	213 747	127 301	59.56
Tamaulipas	371 617	234 103	63.00
Tlaxcala	113 508	72 564	63.93
Veracruz	971 485	543 061	55.90
Yucatán	182 661	104 837	57.39
Zacatecas	261 217	159 860	61.20

Fuente: Atlas de la Salud de la República Mexicana
Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1973.

85.

Cuadro No. 24
ASISTENCIA ESCOLAR A EDUCACION SECUNDARIA EN LA REPUBLICA
MEXICANA EN 1970

ENTIDAD	Población to- tal de 11 a 29 años	Alumnos que asis- ten a escuelas-- Secundarias	%
Estados Unidos Mexicanos	<u>17 352 775</u>	<u>1 091 648</u>	6.29
Aguascalientes	119 057	7 387	6.20
Baja California	318 558	27 596	8.66
Baja California, T.	45 747	3 621	7.92
Campeche	91 210	5 083	5.57
Coahuila	401 468	30 050	7.49
Colima	86 467	5 496	6.36
Chiapas	579 387	16 920	2.92
Chihuahua	577 355	36 361	6.30
Distrito Federal	2 654 225	280 518	10.57
Durango	326 184	17 133	5.25
Guanajuato	797 745	32 649	4.09
Guerrero	555 110	26 426	4.76
Hidalgo	415 977	20 076	4.83
Jalisco	1 186 471	65 133	5.49
México	1 344 488	81 877	6.09
Michoacán	812 083	38 455	4.74
Morelos	216 566	18 470	8.53
Nayarit	191 506	13 212	6.90
Nuevo León	617 964	55 101	8.92
Oaxaca	738 198	24 390	3.30
Puebla	870 104	41 696	4.79
Querétaro	168 054	7 035	4.19
Quintana Roo	31 802	1 208	3.80
San Luis Potosí	442 839	20 539	4.64
Sinaloa	459 177	31 565	6.87
Sonora	402 130	30 887	7.68
Tabasco	279 093	10 750	3.85
Tamaulipas	514 734	37 532	7.29
Tlaxcala	141 374	9 808	6.94
Veracruz	1 378 513	67 559	4.90
Yucatán	270 186	14 921	5.52
Zacatecas	319 003	12 195	3.82

Fuente: Atlas de la Salud de la República Mexicana
Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1973.

ASISTENCIA ESCOLAR A EDUCACION PREPARATORIA O VOCACIONAL
EN LA REPUBLICA MEXICANA EN 1970

ENTIDAD	Población total de 15 a 29 años	Alumnos que asisten a escuelas Preparatorias o Vocacionales	%
Estados Unidos Mexicanos	12 381 535	314 006	2.54
Aguascalientes	83 393	1 840	2.20
Baja California	223 973	6 553	2.93
Baja California, T.	32 369	699	2.16
Campeche	65 505	1 436	2.19
Coahuila	284 449	8 651	3.04
Colima	60 774	1 308	2.15
Chiapas	420 391	3 196	0.76
Chihuahua	407 701	8 248	2.02
Distrito Federal	1 995 699	109 170	5.47
Durango	226 349	4 294	1.88
Guanajuato	556 138	8 037	1.44
Guerrero	389 673	5 283	1.36
Hidalgo	291 357	4 862	1.67
Jalisco	843 917	19 679	2.33
México	952 425	20 334	2.13
Michoacán	558 866	9 214	1.65
Morelos	152 263	4 795	3.15
Nayarit	133 106	3 160	2.37
Nuevo León	449 367	16 480	3.67
Oaxaca	518 948	5 066	0.98
Puebla	613 194	10 375	1.69
Querétaro	117 893	2 146	1.82
Quintana Roo	23 483	290	1.23
San Luis Potosí	308 297	5 938	1.93
Sinaloa	324 329	7 863	2.42
Sonora	284 173	6 470	2.28
Tabasco	197 464	3 084	1.56
Tamaulipas	364 909	9 427	2.58
Tlaxcala	96 151	2 344	2.44
Veracruz	991 565	16 407	1.65
Yucatán	196 471	4 745	2.41
Zacatecas	216 943	2 612	1.20

Fuente: Atlas de la Salud de la República Mexicana
Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1973.

CUADRO No. 26
POBLACION CON INSTRUCCION PROFESIONAL EN 1970

E n t i d a d e s	Población de - 20 años y más	Población con Instruc- ción Profesional	%
Estados Unidos Mexicanos	20 882 137	565 958	2.71
Aguascalientes	140 241	1 798	1.28
Baja California Norte	368 137	8 970	2.44
Baja California Sur	54 438	871	1.60
Campeche	109 948	1 400	1.27
Coahuila	483 350	10 100	2.09
Colima	101 071	1 434	1.42
Chiapas	656 453	5 354	0.82
Chihuahua	691 375	11 433	1.65
Distrito Federal	3 243 097	255 311	7.87
Durango	385 724	5 279	1.37
Guanajuato	936 266	11 084	1.18
Guerrero	669 275	6 034	0.90
Hidalgo	513 949	5 714	1.11
Jalisco	1 407 386	39 108	2.78
México	1 589 025	35 725	2.24
Michoacán	957 552	11 950	1.25
Morelos	268 345	5 034	1.87
Nayarit	226 802	3 062	1.35
Nuevo León	758 994	31 843	4.19
Oaxaca	903 747	7 543	0.83
Puebla	1 110 786	20 327	1.83
Querétaro	201 527	3 429	1.70
Quintana Roo	36 473	337	0.92
San Luis Potosí	546 334	8 091	1.48
Sinaloa	527 063	7 983	1.51
Sonora	472 259	10 018	2.12
Tabasco	302 220	3 709	1.23
Tamaulipas	641 351	15 361	2.39
Tlaxcala	179 664	1 766	0.98
Veracruz	1 669 132	26 352	1.58
Yucatán	353 453	5 728	1.62
Zacatecas	376 700	3 810	1.01

Fuente:

Atlas de la Salud de la República Mexicana, 1973.
Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Como consecuencia de los bajos niveles educativos se limita la accesibilidad de la población a los servicios de salud y no se comprende la importancia de una conducta higiénica, por lo que es conveniente intensificar la educación para la salud del pueblo utilizando los medios masivos de comunicación, ya que la salud no sólo es un problema del Estado, sino también de la comunidad.

En el medio rural se acentúa aún más esta inaccesibilidad por la escasez de medios de comunicación, el ingreso per-cápita, el déficit entre la oferta y la demanda de servicios, las costumbres, las tradiciones etc.; además, en este ámbito se presenta con frecuencia la práctica viciosa de pagar servicios — inadecuados a bajo precio o por trueque, antes de acudir a centros establecidos, lo que justifica la necesidad de instalar en el campo centros de asistencia médica y social que proyecten sus servicios al exterior, y que a través de la educación el sector salud coordine las enseñanzas que sean convenientes y necesarias para preservar la salud.

3.6 La incidencia de la morbilidad.

En materia de morbilidad se dificulta determinar la proporción de personas que enferman en una zona determinada durante cierto lapso, por lo defectuoso de la calidad de la información estadística.

Sobre este aspecto, sólo se cuenta con registros para 1970 de los casos de enfermedades transmisibles en donde la gastroenteritis, el paludismo, la influenza, el sarampión y la disentería entre otras, presentan las tasas más altas de incidencia (Cuadros Nos. 27, 28 y 29).

CUADRO No. 27
 INCIDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (1)
 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 1970

E n f e r m e d a d	No. de casos	Tasa por 100 000 habitantes
Gastroenteritis	143 295 (a)	292.4
Paludismo	62 586 (b)	127.7
Influenza	60 010 (a)	122.5
Sarampión	49 824 (a)	101.7
Disenterias todas formas	32 795 (a)	66.9
Tosferina	17 354 (a)	35.4
Tuberculosis pulmonar	15 663 (a)	32.0
Varicela	13 709 (a)	28.0
Blenorragia	11 467 (c)	23.4
Sífilis	10 976 (c)	22.4
Parasitosis intestinales sin especificar	10 449 (a)	21.3
Parotiditis	9 152 (a)	18.7
Salmonelosis	7 017 (a)	14.3
Ascariasis	6 625 (a)	13.5
Tricocefaliasis	4 794 (a)	9.8
Neumonías y bronconeumonías	4 633 (a)	9.4
Uncinariasis	4 271 (a)	8.7
Resfriado común	4 246 (a)	8.7
Sarna	3 914 (a)	8.0
Rubeola	3 451 (a)	7.0
Hepatitis infecciosa	3 428 (a)	7.0
Tifoidea	2 802 (a)	5.7
Oxiuriasis	2 789 (a)	5.7
Tiña	1 902 (a)	3.9
Poliomielitis	1 662 (d)	3.4
Escarlatina	1 179 (a)	2.4
Mal del pinto	1 140 (e)	2.3
Parasitosis múltiple	999 (a)	2.0
Lepra	822 (f)	1.7
Impétigo	813 (a)	1.6

E n f e r m e d a d	No. de casos	Tasa por 100 000 habitantes
Paratifoidea	760 (a)	1.6
Micosis (sin especificar)	692 (a)	1.4
Brucelosis	612 (a)	1.2
Fiebre reumática	578 (a)	1.2
Tétanos	578 (a)	1.2
Tuberculosis extrapulmonar	522 (a)	1.1
Teniasis	501 (a)	1.0
Amigdalitis estreptocócica	450 (a)	0.9
Erisipela	416 (a)	0.8
Tricomoniasis	388 (a)	0.8
Giardiasis	350 (a)	0.7
Moniliasis	290 (a)	0.6
Chanero blando	184 (a)	0.4
Difteria	158 (a)	0.3
Meningitis no especificadas	138 (a)	0.3
Oftalmía purulenta	132 (a)	0.3
Absceso hepático amibiano	84 (a)	0.2
Rabia	74 (g)	0.15
Herpes Simple	69 (a)	0.1
Infección puerperal	53 (a)	0.1
Herpes zoster	47 (a)	0.1
Encefalitis no especificada	36 (a)	0.1
Carbunco	22 (a)	0.0*
Exantema súbito	21 (a)	0.0
Oncocercosis	19 (a)	0.0
Onicomycosis	18 (a)	0.0
Tifo murino	10 (h)	0.0
Micetoma	9 (a)	0.0
Linfo granuloma	8 (a)	0.0
Estrengiloidiasis	6 (a)	0.0
Tracoma	5 (a)	0.0

(1) Se eliminan de este cuadro las enfermedades con menos de 5 casos registrados.

Fuentes:

- a) Forma SSA. Epi-1-65 (informe semanario de casos de enfermedades transmisibles)
- b) Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo
- c) Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas
- d) Campaña Nacional contra la Poliomiélitis
- e) Campaña Nacional contra la Erradicación del Mal del Pinto
- f) Programa Nal. para el Control de las Enfermedades Crónicas de la Piel
- g) Campaña Nacional contra la Zoonosis
- h) Campaña Nacional contra las Richelliasis

* (0.0) menos de 0.05

CUADRO No. 28
CASOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1960 - 1970

E n f e r m e d a d	A N O	
	1960	1970
Blenorragia	19 105	11 467
Brucelosis	1 356	612
Difteria	767	158
Disenterías todas formas	43 990	32 795
Hepatitis infecciosa	3 025	3 428
Influenza	79 631	60 040
Lepra	1 036	822
Mal del Pinto	26 467	1 140
Paludismo	2 709	62 586
Paratifoidea	2 492	760
Parotiditis	11 928	9 152
Poliomielitis	1 126	1 662
Rabia	78	74
Rubéola	2 236	3 451
Sarampión	47 367	49 824
Sífilis	23 817	10 976
Tétanos	1 069	578
Tifo Epidémico	106	—
Tifo murino	87	10
Tifoidea	6 173	2 802
Tos ferina	24 116	17 354
Tuberculosis pulmonar	12 158	15 663
Varicela	23 623	13 709

Fuente: Dirección de Epidemiología y Campañas
Sanitarias
Secretaría de Salubridad y Asistencia

CUADRO No. 29
MORBILIDAD* POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1960 - 1970

E n f e r m e d a d	A Ñ O	
	1960	1970
Blenorragia	54.6	23.4
Brucelosis	3.9	1.2
Difteria	2.2	0.3
Disenterías todas formas	125.8	66.9
Hepatitis infecciosa	8.6	7.0
Influenza	227.7	122.5
Lepra	3.0	1.7
Mal del Pinto	75.7	2.3
Paludismo	7.7	127.7
Paratifoidea	7.1	1.6
Parotiditis	34.1	18.7
Poliomielitis	3.2	3.4
Rabia	0.22	0.15
Rubéola	6.4	7.0
Sarampión	135.4	101.7
Sífilis	68.1	22.4
Tétanos	3.0	1.2
Tifo epidémico	0.30	—
Tifo murino	0.24	0.02
Tifoidea	17.6	5.7
Tos ferina	69.0	35.4
Tuberculosis pulmonar	34.8	32.0
Varicela	67.5	28.0

* Por 100 000 habitantes. Las tasas se ajustaron de acuerdo con la población intercensal (1960-1970) calculadas al 30 de junio del año correspondiente - por la Dirección de Bioestadística de la S. S. A.

Fuente: Dirección de Epidemiología y Campañas Sanitarias

CUADRO No. 30
CASOS NOTIFICADOS DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES
TRANSMISIBLES EN LA S.S.A. Y EL I.M.S.S.
1974

E n f e r m e d a d e s	I. M. S. S.		S. S. A.	
	Número casos	Porcentaje (1)	Número casos	Porcentaje (1)
Total:	5 781 806	100	878 026	100
Amibiasis	323 728	5.59	67 198	7.65
Amigdalitis (2)	1 342 611	23.22	430	0.04
Ascariidiasis	218 858	3.78	18 361	2.09
Blenorragia (3)	19 442	0.34	17 438	1.98
Bronconeumonía	45 444	0.78	7 655	0.87
Disenterfa bacilar	33 147	0.57	6 331	0.72
Escarlatina	3 330	0.05	1 093	0.12
Fiebre tifoidea	3 409	0.05	2 152	0.24
Giardiasis (4)	-	-	3 292	0.37
Hepatitis	17 701	0.30	3 863	0.43
Influenza	822 444	14.22	141 605	16.12
Oxiuriasis	104 531	1.80	15 130	1.72
Paludismo	452	0.00	27 602	3.14
Parotiditis	40 249	0.69	12 796	1.45
Salmonelosis	58 865	1.01	10 232	1.16
Sarampión	3 130	0.05	2 325	0.26
Sarna	196 791	3.40	60 865	6.93
Sifilis	6 169	0.10	8 949	1.01
Tiñas	82 617	1.42	10 354	1.17
Tos ferina	8 430	0.14	9 020	1.02
Tricomoniiasis Vaginal	21 777	0.37	3 613	0.41
Tuberculosis (5)	20 634	0.35	11 609	1.32
Uncinariiasis	24 104	0.41	2 789	0.31
Varicela	31 883	0.55	11 055	1.25

Fuente: Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas. - III Sector Salud - y Seguridad Social. - Secretaría de Programación y Presupuesto. - -- Coordinación General del Sistema Nacional de Información. - 1978

Nota: (1) El total de los porcentajes no suman 100 ya que faltan algunos padecimientos de menor frecuencia que no son comparables entre ambas -- instituciones.

(2) El reporte de la S.S.A. se refiere a Amigdalitis Estreptocóccias.

(3) El reporte del I.M.S.S. incluye todas las Gonocóccias (por ejemplo -- Blenorragia Oftálmicas)

(4) El IMSS no reporta el número de casos de Giardiasis

(5) Para la S.S.A. se sumaron la Tuberculosis Pulmonar y otras tubercu
losis

En relación con las enfermedades transmisibles, se ha logrado erradicar la viruela, la peste, el cólera y la fiebre amarilla; reducir en forma importante el mal del pinto, el tifo exantemático y la tifoidea, de 1960 a 1970; sin embargo, todavía se localizan focos endémicos como el de oncocercosis, la amibiasis y la salmonelosis; y, se recrudece el antiguo problema de enfermedades venéreas con la blenorragia entre otras. (Cuadros Nos. 27, 28 y 29)

También se aprecia en los cuadros números 27, 28 y 29 un claro aumento de los casos de paludismo, enfermedad cuyo control hacia 1964 parecía haber entrado en la etapa de consolidación, pero que de ahí en adelante ha mostrado tasas crecientes, registrándose en 1970 un número de casos 6 veces mayor que los anotados en 1965. Para 1971 se observa alguna disminución, pero el índice se mantiene aún muy alto.

Para 1974 las enfermedades que persisten con un mayor número de casos son, la influenza, que representa el 30.3% del total; la amigdalitis, con el 23.2%, y la amibiasis, con el 13.4% (Cuadro No. 30)

La lucha por reducir o erradicar la incidencia de algunas enfermedades transmisibles sigue en pie; el Estado a través de sus dependencias y en coordinación con las instituciones paraestatales y de iniciativa privada del --

sector salud, ha conseguido logros importantes mediante esfuerzos e inversiones y trata de mejorar las técnicas preventivas a fin de alcanzar coberturas suficientemente amplias para lograr especialmente reducciones mayores en la incidencia de enfermedades que atacan a la niñez, como la tosferina, — el sarampión, la difteria y la poliomielitis.

3.7 La estructura y la calidad de los servicios.

La estructura y la calidad de los servicios en México presenta graves deficiencias tanto en el aspecto médico como en el técnico, debido a la — estructura económica social del país, que condiciona las fuentes de recursos de las instituciones que proporcionan los servicios médicos.

Las unidades médicas asistenciales de nuestro país cuentan cada una con 3 áreas de trabajo fundamentales: hospitalización, consulta externa y urgencia, y satisfacen actividades relacionadas con la medicina preventiva, curativa y de rehabilitación; investigación médica y docencia médica. Actualmente las unidades médicas completas disponibles resultan insuficientes para cubrir las necesidades de la población como consecuencia de la ubicación geográfica de las mismas, de la demanda de servicios provocada por la expansión demográfica y de la desigual distribución del ingreso.

Las unidades médicas se pueden clasificar en:

- 1) Unidades médicas sin camas, que imparten únicamente el servicio de consulta externa y de medicina preventiva.
- 2) Clínicas de salud rural o centros de salud rural, que cuentan hasta con 8 camas y que cubren la atención médica de las localidades más apartadas en los renglones de atención prenatal, maternidad y de auxilio elemental de urgencia.
- 3) Unidades médicas desde 9 hasta 500 camas, que funcionan como hospitales.

De 1971 a 1974 las unidades médicas para servicio hospitalario se incrementaron en 24.5% y el número de camas, que aumentó de 73 123 a 78 303, se incrementó en ese período en 7.1% (Cuadro No. 31)

Por otra parte, las unidades médicas para atención de pacientes externos en 1971 ascendieron a 3 359, con 4 787 camas de primeros auxilios. — Estas unidades se integran con 1 460 centros de salud atendidos por la Secretaría de Salubridad y Asistencia; 448 clínicas dependientes del IMSS, ISSSTE, — PEMEX y FF.CC. Nacionales de México, de particulares y otros; 126 puestos de socorro en servicio por las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina; 216 consultorios atendidos por PEMEX, FF.CC. Nacionales de México, la Secretaría de Marina, particulares y otros, y 1 109 unidades móviles, dispensarios y puestos periféricos atendidos por el IMSS, ISSSTE, PEMEX, Secretaría de la Defensa Nacional y de Marina, particulares y otros.

CUADRO No. 31
**UNIDADES MEDICAS EN SERVICIO, SEGUN TIPO DE UNIDAD POR INSTITU-
 CION DE SEGURIDAD SOCIAL, DE ASISTENCIA Y ESTABLECIMIENTOS -
 PARTICULARES 1971 - 1974**

Instituciones	1 9 7 1		1 9 7 4*		% 1971/1974	
	Unidades (1)	Camas(1) (2)	Unidades (3)	Camas(1) (4)	Unidades (1)/(3)	Camas (2)/(4)
TOTAL:	<u>5 148</u>	<u>73 123</u>	<u>6 408</u>	<u>78 308</u>	<u>24.5</u>	<u>7.1</u>
INSTITUCIONES DE SE- GURIDAD SOCIAL	<u>2 072</u>	<u>25 877</u>	<u>3 249</u>	<u>29 055</u>	<u>56.8</u>	<u>12.3</u>
IMSS	846	18 996	1 828	21 302	116.1	12.1
ISSSTE	680	2 947	837	3 653	23.1	24.0
PEMEX	210	592	218	669	3.8	13.0
FF.CC. Nales. de Mé- xico	93	1 349	91	1 281	(2.1)	(5.0)
Srfa. de la Defensa Nal.	169	1 651	182	1 812	7.7	9.8
Srfa. de Marina	74	342	93	338	25.7	(1.2)
INSTITUCIONES DE -- ASISTENCIA SOCIAL	<u>2 027</u>	<u>22 355</u>	<u>2 143</u>	<u>20 483</u>	<u>5.7</u>	<u>(8.4)</u>
Srfa. de Salubridad - y Asistencia	2 002	20 042	2 118	18 174	5.8	(9.3)
Depto. del Distrito - Federal	25	2 313	25	2 309	0.0	(0.2)
PARTICULARES	<u>764</u>	<u>16 447</u>	<u>721</u>	<u>15 816</u>	<u>5.6</u>	<u>(3.8)</u>
OTROS (2)	<u>285</u>	<u>8 444</u>	<u>295</u>	<u>12 954</u>	<u>3.5</u>	<u>54.4</u>

* Datos preliminares.

(1) Incluye camas de hospitales de especialidad.

(2) Incluye unidades médicas descentralizadas, civiles (estatales, municipales), - Cruz Roja, universitarias y otras pertenecientes a instituciones o dependencias oficiales no considerables en la clasificación de "Instituciones" sindicales o patronales.

Fuente:

Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1972-1974

Agenda Estadística 1977.

Secretaría de Programación y Presupuesto.

Coordinación General del Sistema Nacional de Información

CUADRO No. 32
UNIDADES MEDICAS EN SERVICIO Y CAMAS SEGUN TIPO DE UNIDADES POR
INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL, DE ASISTENCIA Y ESTABLECI-
MIENTOS PARTICULARES 1971

Institución	T o t a l		Centros de Salud	Clínicas	Puestos de Soc_o- rro	Consul- torios	Otros (1)
	Unidades	Camas de primeros auxilios					
Estados Unidos Me- xicanos	<u>3 359</u>	<u>4 787</u>	<u>1 460</u>	<u>448</u>	<u>126</u>	<u>216</u>	<u>1 109</u>
<u>Instituciones De Se- guridad Social</u>	<u>1 675</u>	<u>1 225</u>	<u>—</u>	<u>390</u>	<u>93</u>	<u>155</u>	<u>1 037</u>
I M S S	547	1 013	—	245	—	—	302
ISSSTE	647	212	—	138	—	—	509
PEMEX	199	—	—	5	—	115	79
FF.CC. Nacionales de México	75	—	—	2	65	8	—
Srfa. de la Defensa Nacional	146	—	—	—	—	—	146
Srfa. de Marina	61	—	—	—	28	32	1
<u>Instituciones De Asis- tencia</u>	<u>1 460</u>	<u>3 170</u>	<u>1 460</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>
Srfa. de Salubridad y Asistencia Depto. del Distrito Federal	1 460	3 170	1 460	—	—	—	—
<u>Particulares</u>	<u>98</u>	<u>159</u>	<u>—</u>	<u>50</u>	<u>—</u>	<u>35</u>	<u>13</u>
<u>Otros</u>	<u>126</u>	<u>233</u>	<u>—</u>	<u>8</u>	<u>33</u>	<u>26</u>	<u>59</u>

(1) Incluye unidades móviles, dispensarios y puestos periféricos.

Fuente: Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1972-1974
 Secretaría de Programación y Presupuesto.- Coordinación General del
 Sistema Nacional de Información.- México, 1978.

3.8 Alcance de los servicios.

La desigual distribución geográfica de las unidades médicas implica un serio problema y es notoria evidencia de la injusta distribución de los servicios para la salud. En el cuadro No. 33 se aprecia que para 1971 en el Distrito Federal existían 1 042 unidades de las cuales correspondían a servicio hospitalario 676 y 366 a pacientes externos, con un total de 24 765 camas; - el estado de Veracruz contaba con 688 unidades, 414 hospitalarias y 274 pa-ra pacientes externos, y, 4 604 camas en total, y al estado de Jalisco 438 - unidades, de las cuales 284 son para atención hospitalaria y 154 para pacientes externos, con un total de 5 318 camas (Cuadro No. 33).

También se aprecia en el cuadro No. 33, que dentro de las entidades federativas con menor número de unidades médicas y de camas destaca la situación de los estados de Quintana Roo, con un total de 43 unidades y 186 ca-mas; Aguascalientes, con 67 unidades y 447 camas, y Baja California Sur, - con 87 unidades y 304 camas.

CUADRO No. 33
 NUMERO DE UNIDADES MEDICAS Y CAMAS EN LAS ENTIDADES
 FEDERATIVAS EN 1971

Entidad	UNIDADES		Pacientes Externos	CAMAS		Pacientes Externos
	Suma	Hospitali- zación		Suma	Hospitali- zación	
Estados Unidos						
Mexicanos	8 507	5 148	3 359	77 910	73 123	4 787
Aguascalientes	67	38	29	447	406	41
Baja California						
Norte	115	78	37	1 551	1 461	90
Baja California						
Sur	87	48	39	304	247	57
Campeche	114	65	49	505	426	79
Coahuila	255	156	99	2 385	2 232	153
Colima	104	59	45	366	296	70
Chiapas	295	166	129	777	669	108
Chihuahua	277	175	102	2 244	2 094	150
Distrito Fed.	1 042	676	366	24 765	24 293	472
Durango	271	156	115	1 062	919	143
Guanaajuato	306	188	118	2 574	2 361	213
Guerrero	266	155	111	961	838	123
Hidalgo	242	146	96	1 767	1 589	176
Jalisco	438	284	154	5 318	5 135	183
México	298	176	122	2 612	2 492	120
Michoacán	350	217	133	2 382	2 161	221
Morelos	179	103	76	916	843	73
Nayarit	150	85	65	708	597	111
Nuevo León	324	199	125	3 535	2 243	292
Oaxaca	278	156	122	1 092	915	177
Puebla	299	184	115	3 589	3 382	207
Querétaro	130	74	56	711	617	94
Quintana Roo	43	26	17	186	164	22
San Luis Potosí	228	136	92	1 682	1 553	129
Sinaloa	229	147	82	1 704	1 531	173
Sonora	332	195	137	2 556	2 371	185
Tabasco	196	113	83	752	655	97
Tamaulipas	324	196	128	2 329	2 220	109
Tlaxcala	120	68	52	415	303	112
Veracruz	688	414	274	4 604	4 450	154
Yucatán	266	154	112	2 209	1 910	299
Zacatecas	194	115	79	902	750	152

Fuente: Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos (1972-1974)
 Secretaría de Programación y Presupuesto
 Coordinación General del Sistema Nacional de Información

CUADRO No. 34
NUMERO DE CAMAS POR CADA 10 000 HABITANTES EN ENTIDADES
FEDERATIVAS 1970

E n t i d a d	Miles de habitantes (1)	Número de camas (2)	Número de camas por cada 10 000 - habitantes
Estados Unidos Mexicanos	48 225	76 081	15.8
Aguascalientes	338	544	16.1
Baja California Norte	870	1 514	17.4
Baja California Sur	128	262	20.5
Campeche	252	438	17.4
Coahuila	1 115	2 030	18.2
Colima	241	457	19.0
Chiapas	1 569	939	6.0
Chihuahua	1 613	2 912	18.0
Distrito Federal	6 874	23 596	34.3
Durango	939	1 227	13.1
Guanajuato	2 270	2 066	9.1
Guerrero	1 527	897	5.6
Hidalgo	1 194	1 922	16.1
Jalisco	3 297	5 862	17.8
México	3 833	4 121	10.8
Michoacán	2 324	2 334	10.0
Morelos	616	880	14.3
Nayarit	544	592	10.9
Nuevo León	1 695	3 354	19.8
Oaxaca	2 015	1 176	5.8
Puebla	2 508	3 436	13.7
Querétaro	486	660	13.6
Quintana Roo	88	166	18.9
San Luis Potosí	1 282	1 457	11.4
Sinaloa	1 267	1 742	13.7
Sonora	1 099	3 006	27.4
Tabasco	768	696	9.1
Tamaulipas	1 457	2 209	15.2
Tlaxcala	421	423	10.0
Veracruz	3 815	2 988	7.8
Yucatán	758	1 424	18.8
Zacatecas	952	751	7.9

(1) Población calculada según el IX Censo General de Población, 1970.

(2) Datos según el Atlas de la Salud de la República Mexicana. - Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1973.

El total de camas que existía en 1970 era de 76 081 para la atención de 48 225 miles de habitantes, el equivalente de 15.8 número de camas por cada 10 000 habitantes; sin embargo si se observa en el cuadro No. 34 la distribución de camas por cada 10 000 habitantes en las entidades federativas para ese mismo año, se verá que la distribución de camas es desigual, ya que se concentra en algunas entidades como en el Distrito Federal, que tiene 34.3; Sonora, con 27.4, y Baja California Sur, con 20.5 camas; para los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas apenas les corresponde 5.6, 5.8 y 6.0 camas por cada 10 000 habitantes respectivamente.

La mala distribución de camas por habitantes se refleja en niveles de atención también desequilibrados, ya que algunas instituciones como las de beneficencia pública tienen sobrecarga de pacientes en comparación con las de los organismos descentralizados que atienden a un sector minoritario y aun con las camas que provienen del sector privado, que prestan atención a los sectores de población que pueden pagar los servicios y les garantizan utilidades. Esto demuestra una vez más que los servicios de salud están encaminados en mayor porcentaje hacia la población urbana, dejando relegada a la población rural.

De ahí la importancia de condicionar los servicios médicos asistenciales a objetivos y metas que satisfagan las necesidades inherentes de nuestra población, dentro de un programa de desarrollo económico accesible.

3.9 Limitantes para la atención de la salud.

3.9.1 Humanos

El desarrollo económico de un país es directamente proporcional al -
desarrollo de las capacidades, habilidades, recursos y motivaciones -
de las personas.

En México el número de personas en condiciones de desempeñar un -
trabajo ha venido creciendo año con año, pero su participación dentro de la -
población total ha disminuido en las últimas dos décadas, debido al alto creci -
miento de la población que lo ha colocado dentro de los primeros lugares del -
mundo.

Este acelerado crecimiento ha provocado deficiencias en la ocupación
y como consecuencia ha agravado u originado gran parte de los problemas so -
cioeconómicos que adolece la población del país, como son: insuficiencias nu -
tricionales, carencias de salud, educación, vestido y vivienda decorosos.

Las relaciones existentes entre la inversión y la producción nacional
de bienes y servicios con el nivel de empleo, son muy estrechas, ya que su -
aumento o estancamiento se traduce en contratar más ó menos recursos huma -
nos, de ahí que la mayor parte de la población ocupada se localice en entida -

des de mayor población con elevado nivel de desarrollo económico. Por lo que toca a la distribución de los recursos humanos que desarrollan actividades para la prevención y atención de la salud del país, como es el caso del personal médico y paramédico, también presenta matices críticos, ya que existe una alta concentración de este tipo de profesionales en entidades federativas con un mayor nivel de crecimiento económico como el Distrito Federal, Jalisco, Veracruz y Nuevo León entre otros y frente a ellos están aquellos estados como Oaxaca, Chiapas y Guerrero de amplia población y con pocos servicios públicos de salud.

Ante la problemática de una distribución inequitativa de recursos humanos profesionales y especializados en las diferentes ramas de la medicina, podría señalarse la necesidad de combatir la serie de limitantes para su integración nacional, a través de campañas intensivas de información sobre las perspectivas de empleo y remuneración en relación a la medicina, enfermería y disciplinas afines; de una mejor asignación de recursos en la relación de gasto de inversión y corriente; del fomento de la producción de medicamentos económicos para tratar las enfermedades más sencillas y comunes; de la difusión entre la población en general de conocimientos sobre higiene y, dentro de los límites de seguridad sobre automedicación; de la introducción de incentivos económicos y de otra índole para mejorar la distribución geográfi-

ca del personal y proceder acordemente con la distribución de los servicios, y del rediseño de las carreras del área de la salud para lograr la máxima -- versatilidad de las mismas.

3.9.2 Técnicos.

En cuanto a la capacidad técnica del personal destinado a prestar -- sus servicios en la lucha por la salud, sobretodo el de enfermería, enfrenta -- problemas de subutilización en relación con el grado de su preparación, es -- decir, los servicios que presta no se integran apropiadamente al equipo de -- salud sino que los desarrollan en la forma tradicional, lo que origina un défi -- cit en los servicios de enfermeras principalmente en el renglón de asistencia -- médica.

Durante los últimos años las instituciones encargadas de la forma -- ción técnica de estos recursos han realizado esfuerzos para superar las defi -- ciencias, sin embargo, las acciones han sido encaminadas unilateralmente y -- el sistema de personal en su conjunto presenta carencias en algunas áreas y -- saturación en otras.

Los programas de enseñanza que el sector educación ha realizado se -- inclinan por el desarrollo de las profesiones tradicionales en lugar de la pre -- paración de técnicos medios y auxiliares que satisfagan las necesidades del --

país. En lo que se refiere al campo de la salud el alcance de la preparación técnica es reducido, por lo que es de vital importancia que las instituciones responsables de la preparación académica y técnica de estos recursos se -- coordinen e implementen programas de enseñanza que solucionen el déficit -- real que existe en la demanda de recursos técnicos.

3.9.3 Financieros.

Para el desarrollo de la salud es necesario disponer de recursos eco nómicos, no solamente del Estado, sino de la iniciativa privada, y en algunos casos hasta de organismos internacionales, cuando la solución del problema -- para alcanzar la salud interesa a varias naciones del mundo.

A nivel nacional es difícil valuar los recursos económicos con que -- cuenta el país, por la ausencia de datos estadísticos referentes al sector pri- vado.

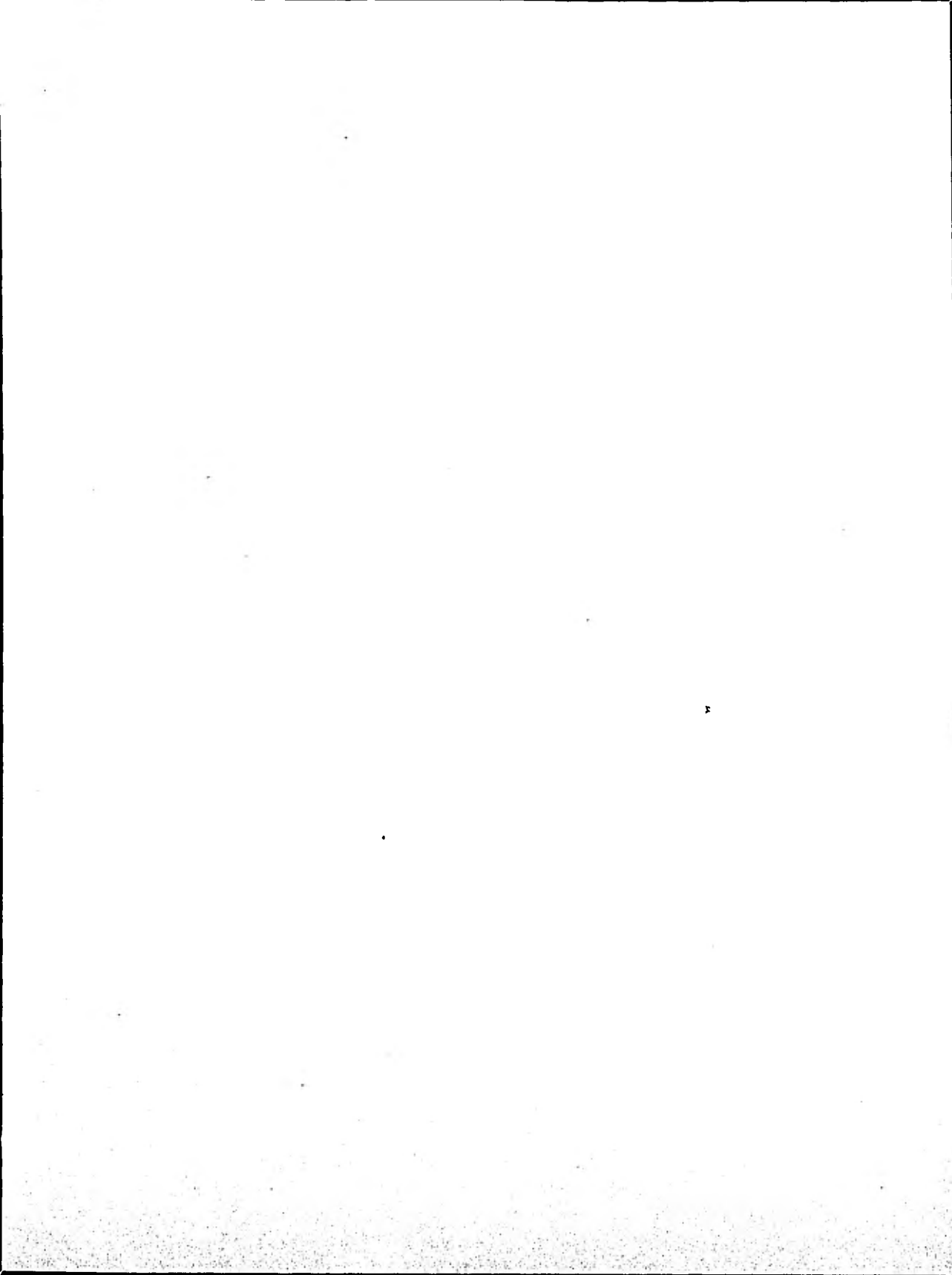
En lo que respecta al gasto público federal, el Estado ha destinado re cursos para la salud a través de sus instituciones en medicina preventiva, cu- rativa, de rehabilitación, investigación médica, docencia y capacitación de -- personal, entre otras erogaciones.

Las asignaciones correspondientes al presupuesto total del Sector Sa lud se han incrementado paulatinamente cada año como lo podemos observar - en el cuadro No. 35, que muestra que de 1968 a 1976 el incremento de gasto - por este concepto fue de 179.4%; sin embargo, la relación del gasto que exis - te entre la del sector salud en comparación con el gasto presupuestal total, - la asignación se ha mantenido en una tasa porcentual promedio de 11.4.

De las principales entidades que integran el sector salud el Instituto - Mexicano del Seguro Social es al que corresponde la asignación mayor del - - presupuesto sectorial, y a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a excep - ción del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, que le - corresponde la asignación menor (Cuadro No. 36).

Los recursos financieros de las instituciones del sector salud se en - cuentran estadísticamente ligados a los recursos de las instituciones que inte - gran el sector Seguridad Social, por lo que resulta difícil identificar los re - - cursos financieros destinados exclusivamente al desarrollo de la salud.

Las fuentes de estos recursos se encuentran integradas principalmen - te por aportaciones del Gobierno Federal, de Empresas de Participación Esta - tal y por cuotas de recuperación. La estructura de estos recursos que se pue - de apreciar en el cuadro No. 37, presenta notables diferencias en el origen -



CUADRO No. 35
COMPARACION ENTRE ASIGNACION DEFINITIVA DEL SECTOR SALUD CON RESPECTO AL
PRESUPUESTO TOTAL DE LA FEDERACION
PRECIOS CONSTANTES (1)

1968 = 100

1968 - 1976

(millones de pesos)

A ñ o s	Presupuesto total (1)=(2+3)	Presupuesto Federal (2)	Presupuesto Paraestatal (3)	Presupuesto to- tal del Sector (4)	% (4)/(1)	Tasa de Crecimiento % del Sector Salud - con respecto a 1968
1968	94 292.2	48 046.9	46 245.3	10 109.2	10.7	
1969	104 291.7	52 974.5	51 317.2	11 482.9	11.0	13.6
1970	110 056.2	53 732.3	56 323.9	13 033.1	11.8	28.9
1971	113 458.4	53 265.7	60 192.7	13 965.6	12.3	38.1
1972	131 157.0	69 947.2	61 209.8	15 349.0	11.7	51.8
1973	159 550.5	82 212.2	77 338.2	17 308.3	10.8	71.2
1974	173 077.2	84 493.1	86 584.1	22 955.5	13.3	107.1
1975	217 315.2	111 937.2	105 378.0	22 215.4	10.2	119.8
1976	251 344.9	139 785.7	111 559.2	28 244.2	11.2	179.4

Fuente: Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas.- III Sector Salud y Seguridad Social.- Secretaría de Programación y Presupuesto.- Coordinación General del Sistema Nacional de Información.- 1978

NOTA (1) El cálculo se hizo a partir de 1968 porque hubo necesidad de utilizar el Índice Sectorial y éste se -- empezó a calcular por el Banco de México, S. A., a partir de ese año. Para los rubros generales (Presupuesto Total, Federal y Paraestatal) se utilizó el Índice General.

CUADRO No. 36
COMPARACION ENTRE LA ASIGNACION DEFINITIVA PRESUPUESTAL
DE LA S.S.A., I.M.S.S., I.S.S.S.T.E. Y D.I.F. CON RESPECTO
AL PRESUPUESTO TOTAL DEL SECTOR SALUD
PRECIOS CONSTANTES (1)

1968 = 100

1968 - 1976

(millones de pesos)

A ñ o s	Total del Sec- tor Salud	S.S.A.	I.M.S.S.	I.S.S.S.T.E.	D.I.F.
1968	10 109.2	1 462.0	6 157.6	2 489.6	-
1969	11 482.9	1 502.1	7 214.4	2 766.4	-
1970	13 033.1	1 609.8	8 385.0	2 038.3	-
1971	13 965.6	1 597.4	9 289.7	3 078.5	-
1972	15 349.0	2 234.3	9 301.7	3 813.0	-
1973	17 308.3	2 493.1	10 395.7	4 419.5	-
1974	22 955.5	2 801.6	13 455.2	6 416.3	282.4
1975	22 215.4	3 276.5	12 042.9	6 517.7	378.3
1976	28 244.2	3 667.9	16 629.2	7 546.8	400.3

Fuente: Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas.- III Sector Salud y Seguridad Social.- Secretaría de Programación y Presupuesto.- Coordinación General del Sistema Nacional de Información.- 1978.

NOTA (1) El cálculo se hizo a partir de 1968 porque hubo necesidad de utilizar el Índice Sectorial y éste se empezó a calcular por el Banco de México, S. A., a partir de ese año. Para los rubros generales (Presupuesto total, Federal y Paraestatal) se utilizó el Índice General.

CUADRO No. 37
RECURSOS FINANCIEROS DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD
Y SEGURIDAD SOCIAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1970 - 1971
- millones de pesos -

C o n c e p t o	T O T A L		V a r i a c i ó n	
	1970	1971	Absoluta 1971/1970	Porcentaje 1971/1970%
ORIGEN Y MONTO DE LOS INGRESOS	<u>11 055.6</u>	<u>13 659.4</u>	<u>2 603.8</u>	<u>23.6</u>
Gobierno Federal	589.2	1 385.3	796.1	135.1
Gobierno Estatal	152.1	149.2	(2.9)	(1.9)
Gobierno Municipal	138.0	153.4	15.4	11.2
Empresa Descentralizada ó Participación Estatal	9 359.1	796.2	(8 562.9)	(91.5)
Cuotas de Recuperación y - otros	817.2	11 175.3	10 358.1	1 267.5
DESTINO Y MONTO DE LOS EGRESOS	<u>8 787.8</u>	<u>9 163.3</u>	<u>375.5</u>	<u>4.3</u>
Alimentación	267.2	276.7	9.5	3.6
Ropa	114.9	126.2	11.3	9.8
Medicamentos	1 640.3	1 728.9	88.6	5.4
Sueldos, salarios y pres-taciones	5 443.3	5 634.4	191.1	3.5
Gastos de administración	665.8	664.1	(1.7)	(0.3)
Otros ingresos	656.3	733.0	76.7	11.7

Fuente: Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas
 III Sector Salud y Seguridad Social
 Secretaría de Programación y Presupuesto
 Coordinación General del Sistema Nacional de Información
 México, 1978.

CAPITULO IV: EL FUTURO DE LA SALUD EN MEXICO.

4.1 Intentos de Planificación en México.

El Gobierno Federal ha creado durante las últimas décadas numerosos ordenamientos legales, dependencias, organismos y empresas del sector público, con el fin de orientar y dirigir el desarrollo de nuestro país.

El primer intento de planificación en México constituyó la Ley sobre Planificación General de la República de 1930, ordenamiento legal que no se concretó en un plan con lineamientos definidos.

Más tarde, para contrarrestar la influencia de la gran depresión — mundial de 1929-1933 surge el primer Plan Sexenal de 1933, que integra el programa de acción del Estado con base en los lineamientos de política económica y social.

El segundo Plan Sexenal se da a conocer en 1939 y en él se examinan los problemas relativos a la planeación concreta de las actividades del gobierno. En esta fecha los programas de las dependencias federales son coordinadas por el Consejo Nacional Supremo.

La intervención decidida del Gobierno Federal como factor dinámico en el proceso de desarrollo nacional es a partir de 1935, cuando se crean y -

establecen un conjunto de instrumentos de política económica, como la expropiación petrolera; los trámites para la compra de la industria eléctrica; la creación del Instituto Politécnico Nacional; de los Bancos Nacionales de Crédito Ejidal, de Comercio Exterior, Nacional Financiera y Banco de México.

Para lograr coordinar y jerarquizar los gastos de inversión, se -- crea en 1947 la Comisión Nacional de Inversiones, teniendo como apoyo legal la Ley para el Control de los Organismos y Empresas del Estado.

En 1948 se le encomienda al Banco de México la elaboración de un -- proyecto de Plan de Inversiones del Gobierno Federal y sus Dependencias -- Descentralizadas, que se ejecuta hasta 1952. En este mismo año la Nacional Financiera elabora un Programa Nacional de Inversiones que contempla las -- necesidades para 1953-1960.

En 1953 se expide un acuerdo presidencial que obliga a las Secreta-- rías y a los Departamentos de Estado, organismos descentralizados y empre-- sas de participación estatal a proporcionar a la Secretaría de Hacienda y Cré-- dito Público los programas de inversiones para el sexenio 1953-1958.

En 1959 se crea la Secretaría de la Presidencia con el propósito de -- ejecutar las atribuciones del Ejecutivo Federal en materia de planeación, --

quedando facultada para elaborar un plan general del gasto público, fomentar el desarrollo de las regiones que le indique el Ejecutivo Federal; planear - - obras y coordinar la inversión pública.

En 1960 y 1961 se expiden 2 acuerdos que tienen como objetivo acelerar el desarrollo económico y social del país; crear fuentes de empleo; redistribuir el ingreso; fortalecer la balanza de pagos mediante la sustitución de importaciones; coordinar las actividades del Sector Público y promover las modificaciones necesarias de la administración pública.

En 1962 se crea la Comisión Intersecretarial integrada por las Secretarías de Hacienda y de la Presidencia, quien elabora el plan denominado - - México, Plan de Acción Inmediata 1962-1964" que por el contenido de su información acerca del monto y estructura de la inversión pública y privada necesarias para acelerar el desarrollo económico, se le considera como el antecedente de la elaboración de programas de desarrollo económico-social.

Esta Comisión también elabora el Programa de Desarrollo Económico y Social en México 1966-1970.

En 1967, a través de la coordinación de las Secretarías de Hacienda y de la Presidencia, se procede a formular programas anuales de inversión-financiamiento.

Con base en el acuerdo del 11 de marzo de 1971 se crean las unidades de programación en cada una de las Secretarías y Departamentos de Estado, Organismos Descentralizados y Empresas de Participación Estatal, con el fin de que las diversas entidades cuenten con servicios técnicos en el señalamiento de objetivos, la formulación de planes y previsiones, y la determinación de los recursos necesarios para cumplir dentro de sus atribuciones -- fines específicos, las tareas que corresponden a cada entidad para alcanzar los objetivos de política económica y social de la Nación.

Es importante mencionar también, que con base en el acuerdo del -- 28 de enero de 1971 se crean las Unidades de Organización y Métodos y las Comisiones Internas de Administración, a fin de imprimir mayor racionalidad y dinamismo a todas las áreas y niveles del Sector Público para asegurar la unidad y la coherencia de los programas que se lleven a cabo. Con fundamento en lo anterior se formulan las Bases para el Programa de Reforma Administrativa del Gobierno Federal 1971-1976.

En 1972 las Unidades de Programación analizan y aprueban el documento Problemas, Objetivos e Instrumentos de Política Económica 1972-1976, elaborado por la Dirección de Estudios Económicos de la Secretaría de la Presidencia.

A fines de 1974 se inicia la preparación de un primer programa de actividades del sector público para 1975, tendiente a institucionalizar la práctica del presupuesto por programas al terminar el sexenio.

Para 1975 la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en lo que se refiere a las entidades ejecutoras del gasto público, promueve el establecimiento del Presupuesto con Orientación Programática, como paso intermedio para la implantación del Presupuesto por Programas del Sector Público, proceso que se sigue llevando a cabo actualmente con el apoyo del Ejecutivo Federal. Esto fortalece las acciones de la Unidad Central de Programación, y para apoyar técnicamente esta labor se crea la Unidad de Programas y -- Presupuestos.

A fines de 1976 dentro del Programa de Reforma Administrativa se promulgan la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal; la Ley General de Deuda Pública, y el decreto que reforma y adiciona diversos artículos de la Ley Orgánica de la Contaduría Mayor de Hacienda, con el propósito de que legalmente las entidades públicas desarrollen en forma eficiente sus actividades y fortalezcan e impulsen en forma más ordenada el proceso de programación-presupuestación.

Entre los cambios más importantes que promovió la reforma, ade--

más de que las funciones de todas las entidades se reestructuraron internamente, figura el de que éstas fueron agrupadas por sectores de actividad, y para fines de desarrollo regional se establecieron mecanismos de participación por medio de los convenios de coordinación en distintas materias, que celebra el Ejecutivo Federal con los Estados, y a través de los Comités Pro motores de Desarrollo.

Por otra parte, todo este esquema se complementa con la concurrencia de los sectores privado y social, por medio de la Alianza Nacional, Popular y Democrática para la Producción.

La implantación del esquema programación-presupuestación muestra avances importantes en la nueva concepción del presupuesto, pues el criterio tradicional que se observaba en su formulación con base en montos, ahora se transforma por una acción participativa de presupuestación programática.

Los adelantos en la implantación del Sistema de Presupuestos por Programa han sido lentos y no carentes de tropiezos; sin embargo, también ha habido satisfacciones y estímulos significativos, como la motivación que se ha producido en toda la Administración Pública Mexicana al nacer la obligación de programar sus acciones y justificar sus gastos con resultados.

Este sistema ha producido información sumamente útil para los mismos responsables de los programas, quienes antes con el sistema tradicional

ignoraban el costo de muchas acciones desarrolladas por sus colaboradores.

Actualmente se pretende unir al programa su financiamiento a fin de que la programación señale las necesidades financieras, y asimismo se pueda analizar simultáneamente el gasto corriente y la inversión.

Para asegurar la funcionalidad y operación práctica de todo este proceso de planificación, programación, presupuestación y evaluación del gasto público se encarga la Secretaría de Programación y Presupuesto en base a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

4.2 La Programación actual.

Actualmente México se encuentra en proceso de recuperación de una de las crisis económicas más severas a las que se ha enfrentado, por lo que las autoridades superiores que rigen este país se han preocupado por buscar la mejor utilización de los recursos disponibles para la satisfacción de las grandes carencias nacionales.

A este respecto se han realizado estudios macroeconómicos y diseñado mecanismos e instrumentos específicos de programación, presupuestación y evaluación del gasto público.

Se ha iniciado la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social, expresado en términos de diez y cinco años. Este Plan, con base-

en la técnica del presupuesto por programas, contempla anualmente la programación-presupuestación del Gasto Público Federal incluye los aspectos inter e intrasectoriales, con el propósito de alcanzar las metas consideradas en los planes y programas.

En lo que se refiere al sector salud se encomienda a la Primera Convención Nacional de Salud de la República Mexicana que se lleva a cabo en 1973, la formulación del Atlas de la Salud de la República Mexicana, instrumento de información y de trabajo que sirvió como indicador y punto de partida para la elaboración de un nuevo Programa Nacional de la Salud.

Desde entonces, en cada período presidencial se ha pretendido programar las actividades del sector salud e integrarlas a los Planes Quinquenales, y actualmente al Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social que se expresa a diez años.

En el ámbito de la programación, la salud como bienestar es responsabilidad de todos los sectores e implica tomar en cuenta el marco socio-económico nacional como elemento clave, de tal manera que el nivel de la salud de la población sea producto no sólo del desarrollo de la atención curativa y de rehabilitación, sino fundamentalmente de las medidas de prevención.

En el Plan Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social 1977-1982, se consideran para manejo programático tanto las actividades que están enca-

minadas a elevar el nivel de salud de los individuos del país como las relativas a las de seguridad y asistencia social, por ejemplo:

- Servicios médicos en hospitales, sanatorios, clínicas generales y maternidades.
- Servicios médicos en consultorios, incluso servicio de obstetricia y enfermería.
- Servicios en consultorios ó clínicas dentales.
- Servicios de laboratorios de análisis clínicos.
- Servicios de laboratorios de radiología y radioscopía.
- Servicios de fisioterapia, bancos de sangre y otros servicios auxiliares médicos.
- Servicios de cuna, orfanatorios, asilos, dispensarios y otras instituciones de asistencia social.

Por ello ha resultado problemático tanto la clasificación de las actividades específicas para la salud como las relativas a la seguridad social.

Como se dijo anteriormente, el Estado ha participado en diversas formas para hacer frente a las necesidades de salud, participación que ha ido evolucionando según la etapa de desarrollo de nuestro país.

Por la cuantía de sus recursos, su nivel nacional y su capacidad operativa, las instituciones más significativas y que actualmente integran el

proceso de programación del sector salud son las que podemos apreciar en el cuadro No. 38, entidades que por el tipo de administración en que se basan reflejan el tipo de financiamiento para la realización de sus actividades.

Con base en las acciones que desarrollan las instituciones que corresponden al sector salud se formularon los programas, subprogramas y servicios que integran el proceso de programación.

La apertura programática del sector salud comprende nueve programas, cinco sustantivos que son los correspondientes a 01) Atención Preventiva; 02) Atención Curativa; 03) Saneamiento y Mejoramiento del Ambiente; 04) Capacitación de la Población y 05) Producción de Bienes; y cuatro programas de apoyo que son los enumerados; 06) Ciencia y Tecnología; 07) Formación y Desarrollo de Recursos Humanos; 08) Administración de la Salud y 09) Atención Primaria en Salud. (Cuadro No. 39).

CUADRO No. 35
ENTIDADES DEL SECTOR PUBLICO QUE OTORGAN SERVICIOS DE
SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

COBERTURA	Tipo de - Adminis- tra- ción	F E D E R A L				GOBIER- NOS ESTATA- LES	Tipo de Financia- mientos
		C E N T R A L		P A R A E S T A T A L			
		Sustan- tivos	No Sustan- tivos	Sustantivos	No Sustan- tivos		
P O B L A C I O N A B I E R T A	Sanitario - Asistencial	Srfa. de- Salubri- dad y -- Asisten- cia	Srfa. del Tra- bajo y Previ- sión Social, - Depto. del -- Dto. Fed., - Srfa. de Edu- cación Públi- ca, Inst. Nal- Indigenista	Hospital "Gral.- Manuel Gea Gon- zález"		Hospita- les civi- les	RECURSOS FISCALES, COOPERACIONES, DONACIONES Y ALGUNAS CUOTAS POR RECUPERACION
	Asistencia y Salud Materno In- fantil.		Srfa. de Edu- cación Públi- ca. - Higiene- Escolar	Sist. Nal. para - el Des. Int. de - la Familia, Cen- tro Mat. Infantil Gral. "M. A. Ca- macho", Centro de Salud "Sole- dad Orozco de A. Camacho", Hos- pital Infantil de- México		Sistema Na- cional pa- ra el Des- Int. de la - Familia. - Estatales	
	Atención mé- dica especia- lizada y de investigación			Centro Mexicano de Est. en Salud- Mental, Institu- tos Nales. de: Cancerología Cardiología Nutrición Neurología Neuropsiquia- tría			
Población de- rechabante	Seguridad - Social		Srfs. de: Defensa Nal. Marina Hacienda y - Crédito Pú- blico	I. M. S. S. I. S. S. S. T. E.	C. F. E. PEMEX FF. CC. - Nales. de- México	ISSSTE. - Estatales	Aporta- ción

Fuente: Plan Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social.- Secretaría de Programa-
ción y Presupuesto 1977-1982.

CUADRO No. 39.
SECTOR SALUD
PROGRAMAS, SUBPROGRAMAS Y SERVICIOS
(1977 - 1982)

PROGRAMA	SUBPROGRAMA	SERVICIOS
01) ATENCION PREVENTIVA	<ul style="list-style-type: none"> -Control de enfermedades prevenibles por vacunación -Control de enfermedades transmisibles -Detección oportuna de enfermedades -Nutrición -Consulta a sanos -Salud mental -Higiene del trabajo y prevención de accidentes -Planificación familiar voluntaria -Salud bucal 	<ul style="list-style-type: none"> -Vacunación -Alimentación complementaria -Consultas -Aplicación tópica de fluor
02) ATENCION CURATIVA	<ul style="list-style-type: none"> -Consulta externa general -Consulta externa especializada -Hospitalización general -Hospitalización especializada -Rehabilitación -Atención emergencias -Urgencias y desastres 	<ul style="list-style-type: none"> -Consulta externa general -Consulta externa especializada -Hospitalización general -Hospitalización especializada -Atención emergencia -Atención emergencia -Urgencias y desastres
03) SANEAMIENTO Y MEJORAMIENTO DEL MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> -Control ambiental -Saneamiento del medio 	<ul style="list-style-type: none"> -Inspección Sanitaria -Control de fauna nociva
04) CAPACITACION DE LA POBLACION	<ul style="list-style-type: none"> -Orientación e información -Educación para la salud 	<ul style="list-style-type: none"> -Capacitación de la población
05) PRODUCCION DE BIENES	<ul style="list-style-type: none"> -Producción de biológicos -Producción de reactivos -Producción de prótesis -Producción de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> -Producción de biológico -Producción de reactivos

PROGRAMA	SUBPROGRAMA	SERVICIOS
06) INVESTIGACION CIENTIFICA Y TECNOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermedades infecciosas y parasitarias -Alimentación y nutrición -Investigación operacional de los servicios de salas -Problemas relacionados con la reproducción humana, el crecimiento y el desarrollo -Enfermedades causadas por la contaminación ambiental -Enfermedades crónicas-degenerativas -Problemas de salud mental y violencia -Biotecnología -Desarrollo de medicamentos -Accidentes y enfermedades profesionales -Investigación básica 	
07) FORMACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> -Formación y desarrollo de: <ul style="list-style-type: none"> -Personal profesional para la salud -Personal técnico -Personal administrativo -Personal auxiliar 	-Adiestramiento de personal
08) ADMINISTRACION DE LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> -Planeación -Dirección -Control de recursos humanos -Control de recursos financieros -Supervisión y asesoría -Informática -Relaciones públicas y prensa -Adquisiciones y suministros -Servicio jurídico -Asuntos internacionales 	-Acciones tendientes a la implantación del Presupuesto por Programa; reorganización de los servicios y desarrollo de la lógica de suministros
09) ATENCION PRIMARIA EN SALUD	<ul style="list-style-type: none"> -Construir la base del Sistema para el primer nivel de atención integral 	-Acciones múltiples tendientes a implementar el primer nivel de atención integral a la población

4.3 Estrategias

4.3.1 General.

La programación de la salud deberá considerarse en el amplio marco de la planeación de desarrollo del país.

4.3.2 De Coordinación de la Planeación Sectorial.

Para lograr la adecuada coordinación de acciones en el campo de la salud se propuso la estrategia de integrar un grupo colegiado de alto nivel y de establecer subgrupos interinstitucionales, con el propósito de determinar las necesidades en áreas urbanas y rurales en relación con la disponibilidad de servicios, las características de éstas y a las de su personal; y teniendo en cuenta los mínimos de bienestar para cada región, de analizar la información; precisar políticas; proponer ajustes a los objetivos, metas y aperturas programáticas; promover programas integrados a nivel regional, estatal y local, y evaluar las acciones conjuntas. (7)

4.3.3 De Atención a la Salud.

Al definir y establecer los niveles de atención a la salud, se dará -- prioridad a los servicios de atención primaria y se reforzarán las acciones --

(7) Por acuerdo del Ejecutivo Federal, en noviembre de 1978 se inició el desarrollo de esta estrategia al integrarse el Gabinete del Sector Salud.

preventivas de promoción a la salud; así mismo, se diseñarán modelos y estructuras correspondientes que contemplen esfuerzos conjuntos del sector público, del privado y de la comunidad.

4.3.4 De la Integración Funcional de Programas.

Como eje para ampliar la cobertura sobre la población de los servicios médicos prestados por las instituciones, se analizarán y se definirán las alternativas de sistemas adecuados para prestaciones de salud a poblaciones no cubiertas, delegando mayor responsabilidad a los niveles estatales y municipales, y manteniendo la normatividad y la asesoría central del Gabinete del Sector Salud para una adecuada coordinación de las instituciones nacionales.

4.3.5 De las Inversiones.

En lo referente a la programación regional de inversiones para unidades nuevas, se promoverá la coordinación institucional, para garantizar la igualdad de oportunidades en la atención de las demandas que requieran altos niveles de complejidad tecnológica; las instituciones establecerán convenios para su ubicación adecuada y definirán regionalmente estos requerimientos con las estructuras específicas de otras entidades como Petróleos Mexicanos, la Comisión Federal de Electricidad, los Ferrocarriles Mexicanos e Institutos de Seguridad, etc., para evitar la duplicidad de inversiones o la subutilización de las establecidas.

4.3.6 Evaluación, Información e Investigación.

En ciertas fases de la programación y operación de los servicios se incorporarán grupos organizados de la población con procedimientos definidos de capacitación, evaluación y precisión de responsabilidades.

Se establecerán sistemas de información que permitan efectuar las tareas de programación y evaluación bajo criterios e indicadores comunes para el sector.

La investigación del sector estará dirigida hacia las áreas biomédica, ambiental y social, y la referida al diseño de modelos de servicios de salud, adecuándolos a las características del país.

4.3.7 De Desconcentración.

Las diversas características ecológicas, epidemiológicas y sociales de las regiones del país determinan variadas formas y acciones de atención a la salud; por lo tanto se procurará que en forma coordinada los Estados y Municipios participen en la programación, el control y el financiamiento de los servicios de salud.

4.3.8 De Coordinación Intersectorial.

Gran parte de los resultados en las acciones del sector dependen de -

la concurrencia de otros sectores; por lo tanto, se establecerán procedimientos para que los programas de salud se vinculen con todos aquellos programas que le sirvan de apoyo y/o complemento.

4.3.9 De Participación de la Población.

Los problemas de planeación y promoción de recursos humanos e investigación para la salud deberán ser definidos por el Gabinete del Sector Salud, para garantizar la adecuación de dicho personal a las necesidades del país y a las condiciones operativas de las instituciones que integran el sector salud. Para el desarrollo de esta estrategia se deberá contar con la participación de otras instituciones dependientes de otros sectores.

4.3.10 De Mejoramiento y Saneamiento del Ambiente.

Se promoverá la coordinación intersectorial, así como la participación del sector privado y de la comunidad, en la planeación y evaluación de planes nacionales y regionales de desarrollo para controlar la contaminación de origen industrial y promover la conservación y el desarrollo de elementos positivos para la salud y bienestar, en los asentamientos humanos urbanos y rurales; y se vigilarán los factores territoriales demográficos, ecológicos y sociales que pudieran tener efecto en la nutrición, el equilibrio natural, la salud y el bienestar.

4.3.11 De Desarrollo de Recursos Humanos.

Se deberán implementar programas concretos en las instituciones para adiestrar y capacitar al personal y funcionarios en una administración descentralizada en funciones, responsabilidades y toma de decisiones que garanticen el desarrollo acelerado de la Reforma Administrativa en la infraestructura operativa de las instituciones.

4.3.12 De Producción de Insumos.

Se deberán establecer mecanismos operantes para la normación, control de calidad y costos relativos a la construcción de instalaciones, material, equipo y medicamentos que garanticen la disminución de la multiplicidad de - criterios y erogaciones en las instituciones del sector.

4.3.13 De Orden Legal, Administrativo y Financiero.

Esta estrategia propone que las disposiciones legales existentes se - revisen y actualicen con base en las características político-sociales del país y a los requerimientos de la programación del sector salud.

También señala que se exploren nuevas formas de financiamiento, especialmente aquellas que contribuyan al desarrollo de la producción de insu--mos por y para el propio sector, y que se controle adecuadamente la venta de servicios que el sector proporciona a la población.

4.4 Articulación Intersectorial de la Política del Sector.

Existen riesgos y daños que las instituciones del sector salud pueden evitar y corregir, pero hay otros que provienen directamente de otros sectores de programación y/o administración. Por lo tanto, la aspiración nacional de salud no es responsabilidad de un solo sector, sino de los esfuerzos coordinados de todos los sectores del país en su proceso de desarrollo.

En el caso del sector salud le corresponde al organismo de más alto nivel interinstitucional con dependencia directa del Ejecutivo Federal (Gabinete del Sector Salud), ser el instrumento de relación y articulación para solucionar problemas como los de:

- Formación de recursos e investigación para la salud; con el sector Educativo.
- Producción de alimentos, manejo de insecticidas y abonos, control de zoonosis; con los sectores Agrícola, Forestal y Pesquero.
- Producción de medicamentos, aditivos alimentarios, equipos, plaguicidas, detergentes y fungicidas; con el sector Industrial.
- Programas de vivienda, centros vacacionales, dotación de agua potable, sistemas de alcantarillado, ubicación de equipamiento de salud en centros urbanos y rurales; con los sectores Asentamientos Humanos y Turismo.
- Distribución de alimentos básicos, controles de precios para medicamentos, alimentos y vestido, y los aspectos de importación de insumos; con el sector Comercio.
- Problemas de accesibilidad a los servicios para la salud establecidos y a los programados; con el sector Comunicaciones y Transportes.

- Problemas de higiene y prevención de riesgos en la salud en los centros laborales, con el sector Trabajo.

4.5 Metas de Resultados (1978 - 1982).

La cuantificación de objetivos en las acciones de salud pública tropieza con la falta de indicadores confiables para evaluar el resultado de un programa, a consecuencia de los múltiples factores participantes.

Tradicionalmente, como expresión de los resultados de las operaciones que el sector Salud desarrolla se han considerado las variaciones que presentan las tasas de mortalidad y morbilidad por causas y edades; sin embargo, en la actualidad no es posible precisar la correlación entre el logro que significa la modificación en las tasas y el tipo y volumen de operaciones comprometidas que incidieron para su transformación, por la causa arriba mencionada. No obstante, con base en la información estadística con que contaba el sector Salud, se estimaron las siguientes metas para 1982.

4.5.1 Cobertura de Servicios.

- Proporcionar servicios de salud de atención primaria en forma permanente al 100% de la población.
- Proporcionar servicios de atención de urgencias médicas y quirúrgicas al 90% de la población.

4.5.2 Impacto Demográfico.

- Contribuir al aumento de esperanza de vida al nacer a 68 años.
- Contribuir a la reducción de la tasa de natalidad a 38 por 1 000 habitantes.
- Contribuir a la reducción de la tasa de crecimiento de la población - a menos de 3.0 por 100 habitantes.

4.5.3 Contribución a la Reducción de la Tasa de Mortalidad.

- General a 7 por 1 000 habitantes.
- Perinatal a 8 por 1 000 nacidos vivos.
- Infantil a 24 por 1 000 nacidos vivos.
- Preescolar a 2.5 por 1 000 nacidos vivos.
- Materna a 0.8 por 1 000 nacidos vivos.

4.5.4 Control de Enfermedades Transmisibles.

- Influenza y neumonía a 75 por 100 000 casos.
- Enteritis y otras enfermedades diarreicas a 65 por 100 000 casos.
- Accidentes, envenenamientos y violencias a 40 por 100 000 casos.
- Causas de morbimortalidad perinatales a 25 por 100 000 casos.
- Tuberculosis todas las formas a 9 por 100 000 casos.
- Tos ferina a 0 por 100 000 casos.
- Disentería bacilar y amibiana a 2 por 100 000 casos.

- Fiebre tifoidea a 1.5 por 100 000 casos.
- Tétanos a 0.5 por 100 000 casos.
- Tétanos neonatal a 0.1 por 100 000 casos.
- Paratifoidea y otras salmonelasis a 0.8 por 100 000 casos.
- Sarampión a 0 por 100 000 casos.
- Difteria a 0 por 100 000 casos.
- Poliomielitis a 0 por 100 000 casos.
- Rabia a 0 por 100 000 casos.
- Mantener la erradicación de la viruela, cólera, peste, fiebre amarilla y tifo epidémico.
- Lograr la erradicación del paludismo en 95% del territorio nacional.

4.6 Recursos Necesarios.

Para el mejor cumplimiento de los objetivos y metas fijados en los planes y programas a desarrollar por el sector salud, es necesario tener en cuenta que los recursos se ajusten a los requerimientos y necesidades a cubrir para lograr una óptima utilización de los mismos, por lo que es importante precisar de todas y cada una de las instituciones su capacidad de operación en cuanto a infraestructura física, recursos humanos, producción de bienes duraderos e insumos, investigación científica y tecnológica, y recursos financieros.

4.7 Recursos Disponibles.

4.7.1 Naturales.

Como ya se ha dicho anteriormente, el nivel de la salud en nuestro país se ve afectado además de por las condiciones económicas-sociales, por los factores físico-climáticos.

De ahí que la situación geográfica y especialmente el relieve presenta una gran variedad de zonas climáticas, en las que destacan las zonas áridas por representar el 52% de la superficie total del país, y la única región en donde los factores físico-climáticos son relativamente más propicios es la Central, porque las condiciones que ofrece son más ventajosas para la actividad económica y la vida humana.

4.7.2 Bienes Duraderos.

Los esquemas de prestación de servicios de salud han estado orientados hasta el momento a la atención individual y sobre todo hacia el aspecto curativo, lo que ha originado una gran dependencia de la producción de equipos médicos altamente tecnificados y la instalación de una infraestructura física muy vasta y onerosa por su alto contenido de importación.

4.7.3 Insumos.

En la estructura de la industria farmacéutica predomina fundamental-

mente la inversión extranjera, la cual la hace altamente dependiente del exterior en la producción de medicamentos, fármacos, biológicos, reactivos, y material de curación e instrumental médico.

4.7.4 Humanos.

El modelo de desarrollo de esta área ha seguido esquemas orientados básicamente a la atención curativa; como consecuencia, la demanda de personal por parte del sector ha sido exclusivamente de profesionales especializados en las diversas disciplinas de la salud y se ha relegado a segundo término al personal técnico y auxiliar.

4.7.5 Científicos y Tecnológicos.

En la actualidad no se cuenta con suficientes elementos científicos y tecnológicos para elaborar parámetros universales de salud, ya que para resolver los problemas del binomio salud-enfermedad en nuestro país, se han imitado soluciones aplicadas en otros países altamente desarrollados, sin su suficiente valoración científica de la realidad socioeconómica de la que formamos parte.

4.7.6 Financieros.

El presupuesto destinado al sector Salud y Seguridad Social para 1980 asciende a 149 471 millones de pesos, de los cuales corresponde el 22.4% a -

dependencias del Gobierno Federal y el 77.6% a Organismos y Empresas Descentralizadas. En relación con el año anterior, la asignación total representa un incremento del 23.9%, y para 1982 el Sector espera contar con recursos presupuestales por 161 262 millones de pesos. (Cuadro No. 40).

Según el Presupuesto de Egresos de la Federación para 1980 el gasto para el desarrollo de la salud se encuentra distribuído por entidades y por programas.

A fin de lograr materializar los objetivos propuestos, el sector sa- - lud ha establecido metas en sus programas formulados, y entre los principa- - les destacan los siguientes:

-ATENCION PREVENTIVA.- En este programa se asignan 5 000 millones de pesos, lo que representa un incremento de 104.4% con respecto al - año anterior. Dentro de las metas establecidas se espera detectar 10.3 millo- - nes de casos de enfermedades transmisibles susceptibles de control, atender- - la totalidad de la población de niños menores de 5 años; orientar sobre planifi- - cación familiar a 6.5 millones de personas; aplicar 33.5 millones de dosis de vacunas que aunadas al uso creciente de la Cartilla Nacional de Vacunación, - contribuirá a reducir la morbilidad por enfermedades transmisibles.

CUADRO No. 40
GASTO DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
1979 - 1980

Entidad	1 9 7 9		1 9 8 0		Incremento Porcentual 1980/1979
	millones de pesos	Participación % en el total	millones de pesos	Participación % en el total	
TOTAL:	120 674	100.0	149 471	100.0	23.9
Gobierno Federal	27 772	23.0	33 499	22.4	20.6
Srfa. de Salubridad y Asistencia	14 985	12.4	17 341	11.6	15.7
Apoyos a organismos, empresas, fideicomisos y otros	12 787	10.6	16 158	10.8	26.4
IMSS	6 654	5.5	11 391	7.6	71.2
Sist. Nal. para el Des. Integral de la Familia	2 467	2.0	2 859	1.9	15.9
Inst. de Seg. Soc. para las Fuerzas Armadas	1 557	1.3	506	0.4	(67.5)
Otros	2 109	1.8	1 402	0.9	33.5
Organismos y Empresas (recursos propios)	92 902	77.0	115 972	77.6	24.8
Instituto Mex. del Seguro Social	60 841	50.4	78 286	52.4	28.7
Instituto de Seg. y Servs. Sociales de los Trabajadores del Estado	32 061	26.6	37 686	25.2	17.5

Fuente: Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación.
Exposición de Motivos
Secretaría de Programación y Presupuesto
1979 y 1980

-ATENCION CURATIVA.- Los recursos propuestos para el cumplimiento de las metas establecidas en este programa ascienden a 48 884 millones de pesos, monto que representa un incremento del 11.8% con respecto a 1979. Estos recursos están destinados a la atención de 3.0 millones de ingresos hospitalarios generales y especializados aproximadamente; a otorgar - - 58.0 millones de consultas externas generales y 14.7 millones de consultas - especializadas; a la construcción de 96 unidades hospitalarias con un total de 8 000 camas, que beneficiarán a 5.1 millones de personas, de 140 unidades - de consultas general y especializada con una capacidad de atención de 3 millones de pacientes aproximadamente, y a la terminación de 22 clínicas hospital de campo que permitirá cubrir la atención de 10.5 millones de personas y que a la fecha se encuentran en zonas marginadas.

-CAPACITACION DE LA POBLACION.- Este programa contempla metas que contribuirán a adiestrar a 5 millones de personas mediante el conocimiento de técnicas educativas relacionadas con la salud pública, y orientar e informar a 28.6 millones de habitantes a través de eventos y charlas organizadas también sobre la educación para la salud. La asignación presupuestada para el cumplimiento de las metas asciende a 309 millones de pesos, monto - que en comparación con el correspondiente a 1979 equivale a un decremento - de 51.3%.

-SANEAMIENTO Y MEJORAMIENTO DEL MEDIO AMBIENTE.- Las metas de este programa están dirigidas a contribuir a la reucción de los índices de contaminación del aire, agua y suelo, mediante acciones tendientes a controlar los alimentos, bebidas, medicamentos y establecimientos productores de los mismos; ejercer vigilancia sobre los desechos biológicos y químicos que afectan la salud; realizar 1.1 millones de inspecciones de control sanitario-ambiental; rociar insecticidas en 2.7 millones de domicilios ubicados en zonas palúdicas, etc. Para ello se han destinado 1 149 millones de pesos, lo que representa un incremento de 91.2% de incremento en comparación al año anterior.

4.8 Racionalización de los Recursos.

Para lograr una óptima utilización de los recursos disponibles se requiere una organización que presidida por un cuerpo interinstitucional del más alto nivel, dependiente del ejecutivo, realice análisis periódicos de la problemática y actualice políticas, precise objetivos y procedimientos, y conduzca al desarrollo equilibrado entre sectores y regiones en igualdad de oportunidades.

Este proceso de organización tenderá a una integración que disminuya la duplicación de esfuerzos, la heterogeneidad de costos y la dispersión de operaciones, valorando las experiencias de cada institución y evitando el empobrecimiento de alternativas.

Se establecerá un sistema de información que permitirá el perfeccionamiento de los mecanismos de coordinación entre las instituciones dentro de un marco programático fundamentado en la filosofía política del Ejecutivo Federal.

La conjugación de todos estos elementos conducirá a precisar la capacidad de operación de todas y de cada una de las entidades en lo que se refiere a infraestructura física y disponibilidad de recursos humanos; insumos; bienes durables de producción, y recursos tecnológicos y financieros.

Como el Sector requiere para la realización de sus acciones cuantiosas erogaciones pagadas al exterior para la compra de equipo médico, de laboratorio y de investigación, o para la creación de nuevas unidades, el Gabinete del Sector Salud, al contar con un inventario de instalaciones, edificios, equipo, recursos financieros y humanos, tenderá a que la infraestructura se regionalice y sectorialice en forma coordinada y convenida entre las instituciones, orientando prioritariamente la nueva capacidad hacia aquellas zonas donde actualmente es insuficiente o nula. Además, en las áreas donde se cuenta con capacidad instalada sectorial adecuada deben celebrarse convenios interinstitucionales que permitan un mejor aprovechamiento de la misma y el acceso de la población a toda ella de acuerdo con su problema. De esta manera se evitará la concentración de inversiones afines dentro de una misma localización geográfica.

Para contribuir al desarrollo de los recursos tecnológicos, las entidades del sector salud han fijado como una de sus metas la realización de diversos estudios de investigación científica y tecnológica enfocados a obtener nuevos conocimientos sobre las enfermedades, la producción de medicamentos y las formas de combatir la contaminación ambiental.

Por otra parte, con el fin de que los recursos financieros no se conviertan en obstáculo que impida materializar los objetivos y metas comprometidos, es necesario revisar las formas y los canales de financiamiento a fin de que exista adecuada correlación entre la disponibilidad de fondos y las operaciones propuestas en el tiempo.

4.9 Instrumentos.

Para facilitar la continuidad del proceso programático las instituciones asignarán el personal especializado y/o experimentado para cada uno de los programas o subprogramas propuestos; reforzarán sus unidades de programación para que actúen como centros de apoyo logístico de la programación sectorial y se garantice así el proceso participativo del mismo; y diseñarán y establecerán convenios para el desarrollo de los programas o subprogramas sectoriales integrados elaborados por los subgrupos de trabajo de programación y jerarquizados por el grupo de más alto nivel.

En el desarrollo del proceso surgirán elementos de juicio sobre la eficiencia con que las instituciones han adaptado sus operaciones a la realidad. En consecuencia, el sector debe iniciar la construcción de un modelo normativo operativo para el país, contemplando la totalidad de su problemática con clara y precisa consideración de los valores sociales involucrados que deben contemplarse en la construcción del mismo, para poder desarrollar los presupuestos por programa.

Se establecerá un instrumento cuantitativo sectorial que permita reconocer todas las relaciones surgidas de la práctica interinstitucional y que retroalimenten el proceso.

Atendiendo a los lineamientos de la Reforma Administrativa, se ejecutará dentro de las instituciones los cambios estructurales requeridos.

Se definirá y establecerá un mecanismo jurídico para la integración programática de todas las instituciones del sector salud, ya que el que existe con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal involucra entidades que cumplen funciones sustantivas en materia de salud y seguridad social.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1 Conclusiones

-La población mexicana atraviesa por un período de rápido crecimiento. De continuar su libre curso este ritmo de crecimiento, para los años por venir la población llegará a un nivel que puede comprometer los recursos del país, por lo que actualmente se hace imperativo incrementar las medidas de salud que contribuyan al equilibrio demográfico paralelamente a la concentración de esfuerzos multisectoriales para la satisfacción de las necesidades - - económico-sociales más apremiantes.

-La persistencia de una natalidad elevada y la acentuada reducción de la mortalidad se identifican como las causas principales del rápido crecimiento de la población, en el marco de una mejoría relativa y gradual de las condiciones socio-culturales más que en el aspecto económico.

-Si bien se han realizado progresos en un significativo ahorro de vidas, aún persisten la desnutrición, los bajos ingresos, la vivienda inadecuada, la adversidad del medio, el saneamiento precario, y las condiciones socio-culturales que no favorecen la salud y que pueden bloquear los esfuerzos que se realizan para la obtención de logros mayores. Por ello, la promoción y el desarrollo de la salud deben abandonar su enfoque unilateral y realizarse como parte integrante de los programas de desarrollo tendientes a corregir - esos factores.

-Las principales causas de muerte son las enfermedades infecciosas, los accidentes, los envenenamientos, la violencia, las enfermedades del corazón y cerebrovasculares, y la morbimortalidad perinatales. Estos factores - ejercen mayor influencia en los grupos de menores de 5 años, con un 36.8% - de las defunciones totales, y en el grupo de 65 años y más, por lo que es importante que este panorama se tome en cuenta para la orientación de los programas.

-El análisis de las principales causas de muerte demuestra que la mayor parte de ellas puede prevenirse o controlarse utilizando la tecnología y conocimientos actuales. Las decisiones para impulsar programas de inmunización permitirá incrementar la prevención del sarampión, la tos ferina, la poliomielitis, la difteria y el tétanos, para que en próximos años se alcance su erradicación.

-La población, recurso valioso para la salud, no es aprovechada adecuadamente.

-La disparidad actual de los recursos del sector salud adolece de profundas raíces históricas, y amerita cambios de fondo en cuanto a políticas y estructuras.

-La distribución de los recursos para la salud es heterogénea, y al al enlazarse con variables de orden social, económico y político produce inequidades en los servicios desde el punto cuantitativo y cualitativo.

-La atención del Estado a la solución de los problemas de la salud ha sido sostenida y creciente a partir de la Revolución iniciada en 1910, a través de medidas legislativas y de ampliación de estructuras, pero aún es insuficiente.

-Se puede afirmar que en nuestro país existe una discrepancia creciente entre los recursos para la salud (institucionales, humanos y financieros) y la demanda de servicios de la población.

-Hay disparidad en la asignación de recursos financieros tanto para las instituciones como para las entidades federativas, para los individuos según la localidad donde viven y para los diversos programas de servicios para la salud.

-Se han descuidado programas fundamentales para la salud, como la nutrición, la salud mental, el saneamiento ambiental y en general las actividades de promoción de la salud.

5.2 Recomendaciones

El crecimiento demográfico que se observa hoy en el país, la magnitud de los problemas de salud, el incremento en la demanda de servicios y los decididos propósitos de cambio que animan a la actual administración, hacen necesario que se realice una rigurosa evaluación de la eficacia de las medidas que la sociedad ha instrumentado para el logro de su bienestar, a fin de confirmar el rumbo o buscar nuevos caminos.

Como consecuencia de esta evaluación será necesario perfeccionar lo que se ha hecho, o bien, abordar los problemas con distintos enfoques, que — caractericen este tiempo como el punto de partida de una nueva etapa en la lucha por la salud, conforme a pautas que se ajusten a la realidad concreta del país.

Tal como aparece la situación del Sector Salud en el presente, y, en mayor medida en los años venideros, la solución a los problemas de salud se plantea en el campo de las decisiones, cuya orientación debería de tomar en cuenta el examen de los siguientes aspectos:

-S el proceso de proporcionar servicios de salud a la población continúa con el ritmo que hasta ahora ha seguido, con una atención fragmentaria de los problemas de salud del individuo y de la comunidad, y, con una atención — médica con tendencia a niveles de mayor complejidad y elevación de costos, — su desarrollo será lento y la incorporación de los habitantes al sistema tendrá que seguir siendo lentamente progresiva, actuando siempre sobre grupos minoritarios de la población; por lo que se hace necesario considerar la creación — de condiciones que permitan extender la cobertura de los servicios a toda la — población de una manera más equitativa, y reorientar dichos servicios con base en una definición y prestación de cuidados mínimos en los diferentes niveles del sistema de salud.

-La comunidad ha participado en las acciones de salud realizadas por

el Estado en una forma limitada, aun cuando ella misma es la beneficiaria de dichas acciones. A este respecto, es necesario que se instrumenten programas dinámicos que promuevan la capacitación de la población para lograr el aporte de sus energías a la acción gubernamental. Al conjugarse las tareas del Estado con la participación organizada de los habitantes se generarán -- fuerzas capaces de acelerar el desarrollo de los programas, y de estimular el surgimiento de una conciencia de solidaridad y responsabilidad de la propia salud y la de los demás.

- Los esfuerzos realizados por el sector salud han sido grandes; sin embargo, los recursos con que cuenta el país son limitados ante la demanda que genera una población en rápido crecimiento. Se ha dado prioridad a una atención curativa que absorbe parte considerable de los recursos y que por sus propias características no ha sido posible dirigir a toda la población. -- Por lo anterior, es necesario establecer un equilibrio entre la asistencia a los enfermos y las acciones de fomento a la salud y prevención de las enfermedades.

- Se ha observado una concentración de los recursos para la salud en los centros urbanos, contribuyendo con esto al desequilibrio campo-ciudad. -- Una redistribución de estos recursos en sistemas regionalizados de atención primaria, con base en la distribución de la población, puede significar una -- acción complementaria a la estrategia de desarrollo del país.

-La multiplicidad de instituciones y servicios de salud tiene explicaciones históricas ante el desarrollo del país. Su crecimiento ha sido por agregación, con la consecuente duplicidad de servicios, superposición de coberturas y desarticulación de sus acciones. La ponderación de la experiencia de las últimas décadas puede conducir a imprimir un sentido nacional y coherente a la organización de las instituciones de salud, en un sistema que evite estas duplicidades y desequilibrios y permita la utilización de los recursos totales del sector salud para satisfacer las necesidades de toda la población.

-El tipo de administración que se apoya en un sistema de gestión centralizada ha hecho difícil la mayor participación en las decisiones de salud de los niveles medio y de base. Es conveniente propiciar la participación de dichos niveles para estimular su responsabilidad y la formación de cuadros directivos; centralizando mecanismos normativos y procesos que requieran unificación técnico-operativos.

-La formación de recursos humanos para la atención de los problemas de salud en el país ha ido en aumento. Sin embargo, los propósitos y contenido de los programas presentan algunas divergencias en cuanto a la orientación actual que presentan éstos y las características de preparación que requiere el personal para enfrentar los problemas actuales y futuros, por lo que es necesario que se mantenga un equilibrio racional entre la formación de categorías tradicionales y de nuevas categorías a fin de que respondan a los requerimientos del país.

-En el campo de la salud ha persistido una dependencia tecnológica -- del exterior, por lo que es necesario incrementar la investigación sobre problemas prioritarios, y desarrollar tecnologías nacionales de acuerdo con las características de los problemas y a las posibilidades de solución en el marco socio-económico del país.

-Si consideramos que el estado de salud de la población de un país es el resultado de la interacción de los habitantes con el medio ambiente, es diff cil pensar que las acciones del sector salud sean unilaterales, ya que sus resultados se verán contrarrestados por la ausencia de acciones complementarias de otros sectores que conduzcan a un genuino desarrollo del ser humano y de la comunidad. Por lo anterior, los programas de salud deberán ser concebidos como parte integrante de los programas globales de desarrollo nacional, regional y local, impulsando la participación de las entidades federativas en la concepción y supervisión de dichos programas.

-Abordar racionalmente estos problemas significará continuar las tareas de planificación y programación actualmente en proceso de desarrollo. - No obstante los problemas para la preparación del diagnóstico, la asignación de recursos y la continuidad de las operaciones, los trabajos que ha desarrollado el grupo encargado de la programación del Sector Salud deben orientarse a la formulación de un plan global del sector que sirva como marco de referen cia y directriz en la preparación de programas y subprogramas regionales y sectoriales a mediano y a corto plazo a nivel de instituciones y de entidades --

federativas, señalando con mayor precisión las metas y acciones para el óptimo cumplimiento de los objetivos. De esta manera, la continuidad del esfuerzo y la experiencia habrán de perfeccionar este proceso de programación.

-La ampliación progresiva de las actividades del Sector Salud hará necesario incrementar la consulta interinstitucional y el intercambio de información; formular acuerdos interinstitucionales y convenios intergubernamentales, y atender prioritariamente los aspectos presupuestarios y financieros, como medio fundamental de coordinación.

Dentro de los lineamientos legales para la organización de la Administración Pública Federal centralizada y paraestatal, emitidos en la presente Administración, el Presupuesto Público de la Federación juega un papel primordial para estos propósitos, pues constituye un instrumento dinámico y fundamental para la implantación de políticas sociales y económicas, lo que lo convierte tanto en un orientador de la economía como en su controlador, sea a nivel nacional o local.

Al vincular el programa al presupuesto se modifica el criterio tradicional de su formulación con base en montos, por una acción participativa de presupuestación programática. Esta técnica produce una mejor información acerca de las actividades que realizan las entidades; de sus recursos y requerimientos, y de sus posibilidades para la jerarquización de los gastos y para el control y evaluación de sus operaciones.

El autoperfeccionamiento gradual y sucesivo del proceso de programación-presupuestación; la coherencia entre la estructuración de planes quinquenales; los mecanismos de congruencia metodológica entre entidad central y entidades periféricas; la apertura programática; la formulación de metas y de terminación de costos asociados a programas, y el fortalecimiento de la estructura operativa sectorial para la preparación e instrumentación de la programación de las acciones públicas, deberán estar estrechamente vinculados y consolidados entre sí y con la política económica a fin de asegurar íntegramente los grandes objetivos enunciados en mínimos de bienestar para toda la población y en el fortalecimiento de la independencia nacional.

Por lo anterior, es necesario aunar esfuerzos y compartir recursos, a fin de que la población tenga salud y capacidad de desenvolvimiento, como condición, para que pueda participar en las exigentes tareas de desarrollo nacional y pueda sortear las presiones y dificultades de los nuevos tiempos.

La población mexicana debe ser considerada como el recurso más valioso para la salud. La humanidad debe de disponer de medios para fomentar su salud y alcanzar mejores niveles de bienestar integral. La participación en los servicios curativos debe ser mínima, en virtud de que los niveles de salud deben mantenerse durante todas las etapas de la vida, evitando las enfermedades y riesgos, acortando al máximo su duración de ellos y procurando su pronta reincorporación al estado de salud.

Por lo tanto, un ser humano que es procreado con amor y responsabilidad, que nace con cuidados normales, que observa un régimen alimenticio nutritivo, que es educado y estimulado, y que es protegido contra las enfermedades y riesgos evitables, crecerá y alcanzará la oportunidad de aprovechar óptimamente sus potencialidades de desarrollo hasta que se extinga su lapso vital.

--oo0oo--

APENDICE

Breve reseña de los señalamientos contenidos en los instrumentos ju
rídicos relativos a:

-CODIGO SANITARIO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Por principio este Código señala que sus disposiciones rigen la salu-
bridad general en todo el territorio nacional, y que son de orden e interés pú-
blico así como de interés social.

Que su aplicación corresponde al Presidente de la República, al Con-
sejo de Salubridad General y a la Secretaría de Salubridad y Asistencia básica
mente.

Son materia de salubridad general los siguientes aspectos:

- La promoción de la salud física y mental de la población;
- El mejoramiento de la nutrición y de la higiene, incluyendo la ocupa-
cional;
- El saneamiento del ambiente;
- La prevención y el control de enfermedades y accidentes que afecten
la salud pública;
- La prevención y rehabilitación en materia de invalidez, cuando ésta-
represente un problema de salud pública;
- El control del ejercicio individual y colectivo de las disciplinas y de
la prestación de los servicios para la salud;

- La promoción de la formación, capacitación y adiestramiento del personal para la salud que el país requiera, así como su constante actualización en los diferentes grados y áreas de preparación;
- El fomento de la investigación para la salud y el control de la investigación médica en seres humanos;
- El control sanitario de alimentos, bebidas alcohólicas y no alcohólicas, tabaco, medicamentos, plaguicidas, fertilizantes, productos de perfumería, belleza y aseo, aparatos y equipos médicos;
- La campaña nacional contra el alcoholismo, incluyendo las medidas relacionadas con aquélla que limiten o prohíban el consumo de alcohol;
- La formulación y ejecución de programas que limiten o prohíban la producción, venta y consumo de estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias que intoxiquen al individuo o dañen la especie humana;
- El control sanitario de la migración, así como de las importaciones y exportaciones;
- El cumplimiento de las obligaciones y el ejercicio de las facultades que establezcan los tratados y convenios internacionales en materia de salud;
- El conocimiento e información relativos a las condiciones, recursos y actividades de salud pública en el país.

En función de lo anterior, a la Secretaría de Salubridad y Asistencia le corresponde:

-Realizar actividades que propicien la participación de la población en las tareas y programas de promoción y mejoramiento de la salud, dando preferencia a las de tipo educativo, en esta materia son atribuciones de esta Secretaría:

-Realizar investigaciones en el campo de la educación para la salud; fijar las normas generales para impartir la educación higiénica; asesorar en materia de información, vigilar y supervisar sobre la propaganda y educación para la salud, que se imparte por instituciones públicas y particulares.

-La autorización sobre material publicitario que se refiera a la salud, a la curación de enfermedades, al ejercicio de las disciplinas para la salud y la referente a bebidas alcohólicas y tabaco.

-En cuanto al mejoramiento de la alimentación, realizar en forma permanente un programa nacional de nutrición e investigaciones que le permitan, establecer los requerimientos mínimos de nutrientes para el mantenimiento de las buenas condiciones de la salud de la población; así como la vigilancia y atención de la nutrición de los grupos vulnerables, tales como las mujeres embarazadas, las lactantes y los niños menores de cinco años, y la supervisión de las dietas con el propósito de que satisfagan las necesidades nutricionales en cualquier establecimiento de servicio colectivo, tales como guarderías, escuelas, hospitales, etc.

-El establecimiento de las normas técnicas y operativas para el mejoramiento, conservación y restauración del medio ambiente y la prevención y control de aquellas condiciones del ambiente que perjudica la salud humana. - Con este propósito deberá realizar investigaciones y programas en coordinación con otras entidades públicas o privadas o por si sola.

-Por lo que toca a los Asentamientos Humanos, dictaminar sobre la creación, ampliación o modificación de poblaciones, la que además de considerar la disponibilidad de servicio de agua, alejamiento de excretas, recolección de basuras, deberá proponer la distribución de áreas verdes, habitacionales, comerciales, industriales, de esparcimiento, etc.

-El establecimiento del control sanitario de las vías generales de comunicación, incluyendo los servicios auxiliares.

-En lo relativo a la Higiene Ocupacional, determinar los requisitos que deban satisfacerse para el uso y manejo de sustancias, maquinarias, -- equipos y aparatos que puedan afectar la salud, así también podrá dictar las normas técnicas y expedir los instructivos que estime necesarios para el mejoramiento de las condiciones higiénicas de los centros de trabajo.

-Establecer las normas técnicas generales para la prevención y control de las enfermedades transmisibles y accidentes y organizar programas -- específicos con los mismos fines. En lo concerniente a las no transmisibles, cuando lo considere necesario, dictar las medidas temporales o permanentes relativas a su control y en relación a los accidentes promover medidas y realizar actividades tanto de prevención como de control.

-Promover el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación -- ción somática, psicológica, social y ocupacional, para las personas que su --

fren cualquier tipo de invalidez; establecer normas en esta materia, y coordinar a las instituciones públicas y privadas que se dediquen a este fin.

Las instituciones que se establezcan para la rehabilitación de inválidos, funcionarán previa autorización y bajo la vigilancia de la Secretaría, así también, los establecimientos que se dediquen a la fabricación, importación, venta y alquiler de instrumentos, equipos, prótesis, órtesis y aparatos para la rehabilitación.

-Autorizar el ejercicio profesional y de actividades técnicas y auxiliares en cualquiera de las disciplinas que integran el campo de la salud; así como la vigilancia y control de la prestación de la atención médica en establecimientos particulares y de los servicios relacionados con ésta.

-El control sanitario de los alimentos, bebidas no alcohólicas, bebidas alcohólicas, tabaco, medicamentos, aparatos y equipos médicos, productos de perfumería, belleza y aseo, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, plaguicidas y fertilizantes, sean nacionales o de importación, así como las materias primas que intervengan en su elaboración, así como la expedición de licencias sanitarias para los establecimientos que se dediquen a la elaboración, fabricación, manipulación, acondicionamiento, mezcla, envase, almacenamiento, expendio o suministro de los productos antes mencionados.

-Todo lo relativo a los asuntos de sanidad internacional, las autoridades sanitarias para evitar peligro o daños a la salud podrán dictar medidas de

seguridad, las que son de inmediata ejecución, de carácter preventivo y se -- aplicarán sin perjuicio de las sanciones que en su caso den lugar, dichas medidas son las siguientes:

Aislamiento de personas

Vacunación de personas y animales

Destrucción de insectos u otra fauna nociva y transmisora

Suspensión de trabajo o de servicios

Clausura temporal, parcial o total

Retención o aseguramiento de objetos

Decomiso y destrucción de objetos

Desocupación o desalojo de establecimientos y viviendas

Demolición de construcciones

Las medidas técnicas preventivas de la contaminación ambiental, etc.

La violación a los preceptos establecidos en el Código Sanitario, se-- rán sancionados por las autoridades sanitarias, sin perjuicio de las sanciones-- que correspondan cuando sean constitutivas de delitos. Las sanciones admi-- nistrativas son las siguientes: multa, cancelación de autorización o registro, - decomiso, clausura temporal o definitiva y arresto hasta por 36 horas.

-LEY DEL SEGURO SOCIAL

De acuerdo a lo que se establece en esta Ley, la Seguridad Social tie-

ne por objeto, garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

La realización de la seguridad social, está a cargo de entidades o dependencias públicas, federales o locales y de organismos descentralizados. - El Seguro Social es el instrumento básico de la Seguridad Social, y se establece como un servicio público de carácter nacional.

La organización y administración del Seguro Social en los términos consignados por esta Ley, está a cargo el Instituto Mexicano del Seguro Social, que es un organismo público descentralizado con personalidad y patrimonio propio.

El Seguro Social comprende dos tipos de regímenes el obligatorio y el voluntario.

Los sujetos protegidos bajo el régimen obligatorio son las personas que se encuentran vinculadas a otras por una relación de trabajo, cualquiera que sea el acto que le dé origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón.

Los seguros que comprende este régimen son: riesgos de trabajo; enfermedades, maternidad; invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, y guarderías para hijos de asegurados.

El instituto está facultado para registrar a los patrones, inscribir a los trabajadores y precisar los grupos de salarios, así también, para establecer los procedimientos para la instrucción, cobro de cuotas y otorgamiento de prestaciones.

Además de las prestaciones derivadas de los seguros antes mencionados, el Instituto deberá proporcionar a sus derechohabientes servicios de beneficio colectivo mediante programas de:

- Promoción de salud.
- Educación higiénica, materno infantil, sanitaria y de primeros auxilios.
- Mejoramiento de la alimentación y de la vivienda.
- Impulso y desarrollo de actividades culturales y deportivas.
- Curso de adiestramiento técnico y de capacitación para el trabajo.
- Centros vacacionales y de readaptación para el trabajo.
- Establecimiento y administración de velatorios.
- Vivienda.

**-LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE-
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

En esta Ley se especifica que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado será un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio.

El Instituto tendrá a su cargo las siguientes prestaciones:

- Seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad.
- Seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- Servicios de reeducación y readaptación de inválidos.
- Servicios que eleven los niveles de vida del servicio público y su familia.
- Promociones que mejoren la preparación técnica y cultural y que activen las formas de sociabilidad del trabajador y de su familia.
- Créditos para la adquisición en propiedad de casas o terrenos para la construcción de los mismos, destinados a la habitación familiar del trabajador.
- Arrendamiento de habitaciones económicas pertenecientes al Instituto.
- Préstamos hipotecarios.
- Préstamos a corto plazo.
- Jubilación.
- Seguro de vejez.
- Seguro de invalidez.
- Seguro por causa de muerte.
- Indemnización global.

Las prestaciones que otorga esta Ley se aplican a los trabajadores — al servicio civil de la Federación y del Departamento del Distrito Federal; a los trabajadores de los organismos públicos que por ley están incorporados a los pensionistas de las entidades y organismos públicos antes mencionados, a

los familiares derechohabientes tanto de los trabajadores como de los pensionistas.

-DECRETO QUE CREA AL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA.

De acuerdo al artículo segundo de este decreto los objetivos de esta Institución son los siguientes:

- Promover en el país el bienestar social;
- Promover el desarrollo de la comunidad y fomentar el bienestar familiar;
- Apoyar y fomentar la nutrición y las acciones de medicina preventiva dirigidas a los lactantes y en general a la infancia, así como a las madres gestantes;
- Fomentar la educación para la integración social a través de la enseñanza preescolar y extraescolar;
- Fomentar el sano crecimiento físico y mental de la niñez y la formación de su conciencia crítica;
- Investigar la problemática del niño, la madre y la familia, a fin de proponer las soluciones adecuadas;
- Establecer y operar de manera complementaria hospitales, unidades de investigación y docencia y centros relacionados con el bienestar social;
- Fomentar, y en su caso, proporcionar servicios asistenciales a los menores en estado de abandono;
- Prestar organizada y permanentemente servicios de asistencia jurídica a los menores y a las familias, para la atención de los asuntos compatibles con los objetivos del Sistema;

- Fomentar la formación y la capacitación de grupos de promotores sociales voluntarios, y coordinar sus acciones, para su participación organizada, tanto en los programas del Sistema, como en -- otros afines;
- La coordinación con otras instituciones afines cuyo objeto sea la obtención del bienestar social.

Como queda de manifiesto en la descripción efectuada de los instrumentos jurídicos del Sector, la duplicidad de responsabilidades establecidas dificulta la posibilidad de desarrollar acciones integradas y complementarias entre sí, por lo que es necesario decretar una ley básica de la salud como se enuncia en uno de los párrafos del apartado 4.9 Instrumentos.

--oo0oo--

RELACION DE CUADROS ESTADISTICOS POR CAPITULOS

No. de Cuadros	C o n c e p t o	Pág.
CAPITULO II: SITUACION ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD PUBLICA EN MEXICO		
1)	Población atendida por diversas instituciones de seguridad social y dependencias federales 1973-1974.	31
2)	Población censal del país 1895-1970.	33
3)	Población estimada al 30 de junio de cada año.	34
4)	Crecimiento natural de la población y tasas demográficas 1966-1976.	35
5)	Población urbana y rural por entidades federativas 1960-1970.	37
6)	Tasas de Mortalidad General 1930-1975.	39
7)	Tasas de las diez principales causas de defunciones generales en la República Mexicana 1940-1970.	40
8)	Porcentajes de las defunciones generales por grupos de edad en la República Mexicana 1940-1970.	42
9)	Morbilidad hospitalaria para 1971.	47
10)	Morbilidad hospitalaria por principales causas, instituciones de seguridad social, de asistencia y establecimientos particulares, -- 1971.	48
11)	Número de médicos, de habitantes y extensión territorial por entidad federativa, extensión y habitantes por médico en 1970.	50
12)	Número de habitantes, de médicos y habitantes por médico.	51
13)	Personal médico y no médico que presta sus servicios en unidades médicas, por instituciones de seguridad social, de asistencia y establecimientos particulares.	51
14)	Resumen funcional del ejercicio del Presupuesto de Egresos 1974--1979, (Gobierno Federal, Organismos y Empresas).	57

No. de Cuadros	C o n c e p t o	Pág.
CAPITULO III: PROBLEMÁTICA DE LA SALUD EN MEXICO.		
15)	Inventario de sistemas de agua potable levantado por investigación directa, obras construidas hasta 1970.	62
16)	Inventario de sistemas de alcantarillado levantado por investigación directa, obras construidas hasta 1970.	65
17)	Inventario de sistemas de alcantarillado levantado por investigación directa, obras construidas hasta 1970.	66
18)	Distribución del ingreso por habitante en México en diferentes períodos (1963-1968-1975).	72
19)	Estructura del ingreso promedio familiar por origen y estrato de ingreso familiar, 1975.	73
20)	Estructura del gasto promedio familiar por destino del gasto y estrato de ingreso familiar, 1975.	74
21)	Origen de la disponibilidad diaria de proteínas y calorías en la República Mexicana en 1970.	78
22)	Población de diez años y más analfabeta en la República Mexicana en 1940, 1960 y 1970.	83
23)	Asistencia escolar en los establecimientos de educación primaria en la República Mexicana en 1970.	84
24)	Asistencia escolar a educación secundaria en la República Mexicana en 1970.	85
25)	Asistencia escolar a educación preparatoria o vocacional en la República Mexicana en 1970.	86
26)	Población con instrucción profesional en 1970.	87
27)	Incidencia de enfermedades transmisibles 1970.	89
28)	Casos de enfermedades transmisibles, 1960-1970.	91
29)	Morbilidad* por enfermedades transmisibles 1960-1970.	92

No. de Cuadros	C o n c e p t o	Pág.
30)	Casos Notificados de las principales enfermedades transmisibles en la S.S.A. y el I.M.S.S., 1974.	93
31)	Unidades médicas en servicio, según tipo de unidad por institución de seguridad social, de asistencia y establecimientos particulares 1971-1974.	97
32)	Unidades médicas en servicio y camas según tipo de unidades por instituciones de seguridad social, de asistencia y establecimientos particulares, 1971.	98
33)	Número de unidades médicas y camas en las entidades federativas en 1971.	100
34)	Número de camas por cada 10 000 habitantes en entidades federativas, 1970.	101
35)	Comparación entre asignación definitiva del Sector Salud con respecto al Presupuesto total de la Federación 1968-1976.	109
36)	Comparación entre la asignación definitiva presupuestal de la -- S.S.A., I.M.S.S., ISSSTE y DIF con respecto al presupuesto total del Sector Salud 1968-1976.	110
37)	Recursos financieros de las instituciones del Sector Salud y Seguridad Social, 1970-1971.	111
CAPITULO IV: EL FUTURO DE LA SALUD EN MEXICO.		
38)	Entidades del sector público que otorgan servicios de salud y seguridad social.	122
39)	Programas, subprogramas y otros del Sector Salud, 1977-1982.	123
40)	Gasto del Sector Salud y Seguridad Social, 1979-1980.	137.

No. de Cuadros	C o n c e p t o	Pág.
----------------	-----------------	------

GRAFICAS

- Esperanza de vida según edad y sexo en la República Mexicana correspondiente a los años de 1922, 1930, 1940, 1950, 1960 y 1970. 43

MAPAS

- Los paisajes y los climas 60
- Situación nutricional en la República Mexicana por regiones geoeconómicas, 1970. 80

--oo0oo--

BIBLIOGRAFIA

- Adolfo Chávez y Juan Ramírez, "Nutrición y Desarrollo Económico", Salud Pública de México, 1963.
- Agenda Estadística 1977.- Secretaría de Programación y Presupuesto.- Coordinación General del Sistema Nacional de Información.
- Anexos Complementarios del III Informe de Gobierno, Presidencia de la República, 1979.
- Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1972-1974.- Secretaría de Programación y Presupuesto.- Coordinación General del Sistema de Información, 1978.
- Anuarios Estadísticos de la Organización Mundial de la Salud 1970.
- Atlas de la Salud de la República Mexicana.- Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1973.
- Base Legal y Lineamientos para el Financiamiento Institucional y Sectorial de la Administración Pública Federal.- No. 1.- Presidencia de la República.- Coordinación General de Estudios Administrativos.- Talleres Gráficos de la Nación.- México 1977.
- Bernard Berelsen.-Los problemas Nacionales de la Población y el Cuerpo Médico.- Revista Asociación Económica Mexicana, Vol. 31, 1968.
- Censos Generales de Población, 1970.- Dirección General de Estadística.- Secretaría de Industria y Comercio.
- Comercio Exterior. Revista del Banco Nacional de Comercio Exterior, S.A., Vol. 30, Núm. 3, México 1980.
- Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1971 y 1974.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- Daniel Cosío Villegas.- Historia Moderna de México.- Hermes.- México, - - 1956.

- Danilo Jiménez Veiga.- La Productividad, el Trabajo y la Salud.- Revista de Salud Pública.- México, 1969.
- David Flores Martínez.- Desarrollo de la Seguridad Social.- El Caso de México.- Tesis 1970.
- Diego G. López Rosado.- Historia Económica de México.- UNAM, Cátedra-1954.
- Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los hogares, Secretaría de Programación y Presupuesto, Coordinación General del Sistema Nacional de Información, 1977.
- Fernando Carmona, Guillermo Montaña, Jorge Carrión, Alonso Aguilar, - M.- El Milagro Mexicano, Nuestro Tiempo, México, 1970.
- Informe de Casos de Enfermedades Transmisibles, 1960-1970.- Dirección de Epidemiología y Campañas Sanitarias.- Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Informes Semanales de la Dirección de Epidemiología y Campañas Sanitarias.- Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960-1970.
- John Adler.- La Economía Mexicana.- IV Conferencia del Primer Congreso Nacional de Presupuesto Público.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.- 1975.
- José Alvarez Amezcuita, Miguel E. Bustamante, Antonio López Picazos y - Francisco Fernández del Castillo.- Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México.- Tomo I.- SSA.- México, 1960.
- Julián Díaz Arias.- El Estado en la Economía.- SELA No. 13.- Primera Edición, 1963.
- La Población de México, su Ocupación y sus Niveles de Bienestar, Secretaría de Programación y Presupuesto, Coordinación General del Sistema Nacional de Información, Vol. 2, 1979.
- La Seguridad Social como Instrumento de Desarrollo Económico.- Caso de México.- Tesis 1973.
- Leopoldo Solís.- La Realidad Mexicana: Retrovisión Perspectivas.- Siglo XXI.- México, 1970.

- Luis David Marcial.- Salud, Trabajo y Productividad.- Revista Mexicana del Trabajo.- 1968.
- Luis Manuel Trejo.- El Problema de la Vivienda en México.- Archivo del -- Fondo, No. 15.- Fondo de Cultura Económica.- México, 1974.
- Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas.- III Sector Salud y Seguridad Social.- Secretaría de Programación y Presupuesto, Coordinación General del Sistema Nacional de Información, 1978.
- Meandro Novais.- Integración de los Programas de Salud en la Política de Desarrollo.- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.- 1964.
- Plan Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social.- Secretaría de Programación y Presupuesto, 1977-1982.
- Presupuesto de Egresos de la Federación.- Programático y por Entidades. - Tomos I al XXV.- Secretaría de Programación y Presupuesto, México 1978.
- Proyecciones de la Población.- Secretaría de Industria y Comercio.- Dirección General de Estadística, 1970.
- Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación, Exposición de Motivos, Secretaría de Programación y Presupuesto 1979 y 1980.
- Ramón Álvarez Gutiérrez.- Situación Sanitaria de América Latina.- Salud Pública, México 1969.
- Salud y la Demografía en México.- Algunas Consideraciones.- Revista, 1939.