

T
3

UN MODELO DE INVESTIGACION OPERATIVA: COORDINACION
DE INSTITUCIONES DE SALUD EN CUATRO MUNICIPIOS DEL
ESTADO DE QUERETARO.

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
SERVICIOS DOCUMENTALES
UNIDAD XOCHIMILCO

TESIS DE GRADO

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL
UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DRA. ROSALINA JORGE KOIFMAN
DR. DANIEL PURCALLAS CELAYA

ASESOR DE TESIS:
DRA. CATALINA EIBENSCHUTZ HARTMAN

84253

I N D I C E

CAPITULO I

Introducción.....	1
-------------------	---

CAPITULO II

Consideraciones sobre la situación de Salud en México.....	14
El Sector Salud en México.....	20

CAPITULO III

Planteamiento del Problema.....	31
---------------------------------	----

CAPITULO IV

Objetivos.....	35
----------------	----

CAPITULO V

Metodología del Trabajo.....	36
Metodología del Diagnóstico.....	42

CAPITULO VI

Resultados

Diagnóstico Socio-económico del Area.....	48
Diagnóstico de Salud del Area.....	53
Diagnóstico Programático.....	61
Diagnóstico de la Estructura de Poder.....	76

CAPITULO VII

Conclusiones

Análisis y Selección de Problemas.....	87
Proposiciones.....	92
Recomendaciones Finales.....	95
PLANO DEL AREA.....	97

DIAGRAMAS

Diagrama Institucional.....	98
Diagrama Municipal.....	99

CUADROS

Notas sobre los cuadros.....	100
Cuadros del 1 al 40.....	106
Referencias Bibliográficas.....	145

ANEXOS

Anexo 1.....	I
Anexo 2.....	IV

CAPITULO I

INTRODUCCION

La coordinación de los servicios de salud, se inscribe - en el movimiento de la racionalización de los servicios, (a partir de la década del '60), movimient que tiene su explicación a partir de las determinaciones políticas y sociales, que enmarcan la planificación de salud en América Latina.

La planeación económica en América Latina, registra sus - orígenes en la década de los '40, en la que se realizan algunos planes sectoriales y proyectos específicos, que buscaban sólo ordenar los esfuerzos por superar determinado problema. (1)

A partir de esta fecha, la idea de la planificación como - instrumento eficaz para orientar la economía, se ha ido exten--diendo, al tiempo que se hacían evidentes: el fracaso de los - esfuerzos realizados para mejorar el nivel de vida de las clases mayoritarias, los indicios de que los esfuerzos parciales para - acelerar el desarrollo n da han logrado, la necesidad de un desarrollo acelerado, que se traduzca en beneficios significativos - para el grueso de la población, etc. (2)

El éxito alcanzado por la planificación en muchos países socialistas en su tarea de acelerar el desarrollo, industrial, al mismo tiempo que se impulsa una transformación en el sistema político e institucional, y aún en países capitalistas, donde se usó para mantener el equilibrio económico a corto plazo, o para impulsar proyectos específicos, contribuye a la conciencia de ne-

cesidad de un cambio en la orientación de la economía, implusándose entonces la idea de la planificación económica en la región.

En 1948 es creada como respuesta a esta situación la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), la que en sus primeros estudios le da un especial énfasis a la desigual distribución de los beneficios de la producción entre los países centrales y periféricos, y a la tendencia hacia dificultades en la balanza de pagos, adversa para los países latinoamericanos. (3)

Nuestros países que dependen en gran parte de su sector agrícola, al ser en su mayoría exportadores de materias primas que el agro produce, presentan al mismo tiempo grandes problemas en el régimen de tenencia de la tierra (latifundio y minifundio), que lo hacen un sector de bajo crecimiento. La industria por su parte, dirigida hacia una búsqueda de sustitución de importaciones, se desarrolla en base a una gran inversión de capital y a una baja absorción de mano de obra, lo cual aumenta aún más las disparidades en la distribución del ingreso.

El incesante proceso de concentración urbana y las cada vez mayores desigualdades en el nivel de vida, han contribuido a aumentar las presiones políticas, que han llevado a los estados en su intento de controlarlo, a un aumento significativo del gasto fiscal.

Toda esta situación económica hasta aquí descrita, se agrava al producirse hacia fines de la década del '50, el llamado "deterioro de los términos de intercambio", o sea, una retracción del mercado internacional hacia los productos básicos que

se producen en la región; se origina así en esta fecha en casi todos los países de América Latina un gran aumento de la deuda externa.

Ya hacia los últimos años de los '50, se hace evidente - que todas las esperanzas de la planificación acerca del "crecimiento acelerado" no funcionarían, pero sobre todo empieza a hacerse notoria una nueva dinámica social, que crea presiones en busca de modificaciones de la estructura económica del momento. (4).

Hasta este momento y en especial a partir de los años '50, los servicios de salud se habían organizado en base a un sistema hospitalario de alta tecnología, en cuya financiación el Estado era parte fundamental, y había tenido lugar un auge de la Seguridad Social, que procuraba dar atención no ya a toda la población, sino a los trabajadores, (fundamentalmente industriales), sector que había alcanzado importancia luego de la etapa de "sustitución de importaciones". (5)

Es entonces a partir de esta crisis económica de la que - hablábamos y del consecuente aumento de las tensiones políticas en todo el continente, que se pretende adoptar un conjunto de - nuevas orientaciones por medio de la planificación.

No es seguramente ajeno a estas ideas el replanteo de la política de los Estados Unidos de Norte América hacia la Améri- ca Latina, causado por las repercusiones que podría tener la Revolución Cubana ocurrida en 1959, así como también por el signi- ficado que ella tenía como síntoma de un proceso en marcha que

podría extenderse a todo el continente.

Es a partir de la Conferencia de Punta del Este, que tuvo lugar en 1961, que se pretende a través de la planificación, - hacer coherentes y agrupar alrededor de un proceso económico - único todas las actividades que en las diversas esferas se realizan, y que se dan los primeros pasos para la creación de la - Alianza para el Progreso, además de pretenderse dar gran impulso a la planeación en toda la región, a través del establecimiento de una serie de oficinas de planeación regional.

Del punto de vista conceptual, el aporte de la reunión está dado por el considerar la necesidad de la elaboración de planes integrados, que contengan como parte fundamental la planificación del desarrollo social y no solamente de factores económicos. (6)

A estos planes integrados, subyacía la concepción del desarrollo como resultante de un proceso equilibrado y armónico, para el cual confluirían de forma acumulativa los avances de cada uno de los sectores.

La planificación pasa a ser considerada como alternativa para la solución de los problemas económicos y sociales en América Latina, floreciendo así las técnicas que pretendían dar coherencia a la relación entre la definición de objetivos y los medios eficaces para lograrlos.

En el momento en que se considera la necesidad de incorporar los sectores sociales (inclusive salud) en la planificación general para el desarrollo, es que la planificación en salud co

bra una mayor importancia en América Latina, pudiendo observarse entonces un esfuerzo en este sentido.

Las orientaciones teóricas y metodológicas que asume esta planificación, están enmarcadas en la concepción de desarrollo que se tenía este momento.

En el campo de la salud, estos esfuerzos se plasman en la creación de técnicas propias de la región, como es el caso del método CENDES-OPS (1964), el cual buscaba la racionalización en la utilización de los recursos disponibles en el sector. (7)

Durante el segundo período de la década de los sesenta, se acentúa la preocupación por el rendimiento, la productividad y los costos de los servicios de salud. Así, la coordinación de los servicios de salud se inscribe en este movimiento de racionalización.

De esta manera, las discusiones técnicas celebradas en la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1966, revisan el problema de la coordinación y presentan una serie de recomendaciones de carácter técnico, las cuales pretendían servir de guía a los países en busca de alcanzar tal objetivo (8). Como substrato para esta discusión, se utilizaban los resultados de una encuesta elaborada en colaboración por la OPS y la OEA, la cual configuraba el cuadro existente para el sector salud en América Latina. (9)

Este momento es el inicio de una serie de reuniones y de la constitución de grupos de estudio sobre Coordinación de Servicios de Salud (10,11) con los mismos objetivos, patrocinados

por organismos internacionales (OPS,OMS).

En estos estudios, la coordinación de los servicios de sa lud aparece como una medida racionalizadora fundamental, en res puesta a la multiplicidad institucional del sector, la cual pos ibilitaría el logro de la constitución de un Sistema Nacional de Salud, base para la formulación de políticas generales cohe rentes, en busca de una solución eficaz a los problemas de sa-- lud. (12)

Estos estudios realizan un diagnósitico del sector eviden ciando:

- Una multiplicidad de instituciones, con consecuente du plicación y super posición de recursos, lo cual conduce al des-- perdicio de los mismos, que son considerados escasos.

- Un creciente costo de la atención médica (prá ctica hege mónica), la cual alcanza cifras voluminosos que sobrecargan la política de "austeridad" del gasto social en nuestros países ca pitalistas dependientes, que durante los períodos de crisis eco nómica, tienden a reducir estos gastos en los sectores sociales, para incrementar las en versiones directas de capital en el pro ceso productivo.

- Por otro lado, en aparente contradicción, encontramos - una preocupación central en extender la cobertura a los grupos poblacionales "no integrados" (rurales dispersos y urbanos mar ginales).

En esta medida, se plantea la necesidad de instaurar la r acionalidad en el sector; hay que implementar su org anización y func ionalidad, traer la "lógica económica del sistema para -

adentro del sector, criterios objetivos de decisión, análisis - costo beneficio, control de la productividad y una política racional de inversiones" (13).

En la última década, la propuesta de coordinación continúa vigente y es reafirmada en el discurso oficial; la III Reunión de Ministros de Salud de los Países Americanos así lo expresa:

"El progreso de la década pasada ha puesto en relieve la necesidad de ampliar e intensificar la coordinación de todas las instituciones nacionales responsables de un programa integral de cuidados para la salud.... Lo que se procura es evitar duplicar, reducir el dispendio e incrementar la eficiencia de los establecimientos..." (14)

Los elementos contenidos en los documentos son de carácter aparquetamente técnico, enmarcados en un análisis sistémico del sector. En esta medida, lo que se busca es reemplazar la composición actual del mismo, caracterizado como heterogéneo y competitivo, por un sistema racional, armónico y homogéneo.

Ante la presión de los organismos internacionales, la mayoría de los estados americanos formulan en la última década - planes nacionales de salud, incluyendo a México en los años 1974 y 1975.

En el caso de México, la coordinación de las institucio-- nes aparece como uno de los cinco objetivos del plan y está así contemplada: "Promover y coordinar las acciones de las institu-- ciones del sector salud, para lograr el máximo aprovechamiento de los recursos y el aumento de la productividad de los servi-- cios." (15)

Las estrategias para lograr tal objetivo están así formuladas:

"Fortalecer y ampliar la coordinación intra y extra sectorial, a fin de consolidar la unidad y coherencia de planeación, de ejecución de programas, de elaboración de normas, de utilización de recursos humanos y de evaluación de las operaciones y sus resultados. La Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, los Consejos de Especialidad que funcionan en diversos campos y los Consejos de Salud Estatales, representan para este propósito organismos de gran importancia". (16)

La organización para alcanzar la coordinación está así definida:

"La Comisión Mixta de coordinación de actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, será el instrumento principal de coordinación. - Para mejorar su eficiencia, será motivo de modificaciones en su organismo a fin de satisfacer los siguientes aspectos:

- a) Incorporación formal de otras instituciones del sector.
- b) Organización de subcomisiones de manera equivalente a los programas del plan nacional.
- c) Vinculación de la Comisión Coordinadora con el órgano de coordinación de planes de desarrollo, con propósito de información y ajuste en el desarrollo de los programas". (17)

En los términos que encontramos formulado el propósito de coordinación, que no llega más allá de una declaración de buenas intenciones, no es motivo de sorpresa que tal propuesta conser-

ve un lugar privilegiado en el discurso oficial, pero que poco o nada se haya concretizado en la práctica.

A través del Plan Nacional de Salud, las instituciones mantenían su autonomía y obligaciones legales, buscándose apenas una uniformización de aspectos básicos. Además no se fijaban derechos ni deberes de las instituciones involucradas en el plan.

La coordinación de salud tiene que ser valorada desde una óptica política y no meramente técnica. El complejo de instituciones actuales es un resultado histórico, respuesta organizacional de carácter social a la problemática de salud.

En nuestras sociedades divididas en clases antagónicas y en grupos sociales con intereses diversos, los diferentes modelos de organización de la prestación de servicios médicos están ligados a intereses de clase y a esto se agregan los intereses de fracciones de clase, de grupos sociales, que le dan un carácter aún más desigual, desde donde se ubica el carácter competitivo y heterogéneo diagnosticado en el sector.

Para lograr un grado de coordinación, estos elementos no podrán ser relegados, así como tampoco la consecuente estructura de poder generada a todos los niveles de las instituciones y su posición acerca del tema.

El cuadro organizacional del sector salud, tiene su explicación en las relaciones y determinaciones establecidas al interior de la dinámica general de la estructura social. Por lo tanto, no es consecuencia de un proceso espontáneo y aislado, -

sino que constituye parte de la estructura social y, con ella se articula.

Esta concepción nos permite aprehender el componente político que envuelve una propuesta de coordinación y que para su comprensión, es importante analizar algunos aspectos conceptuales. Entre estos estaría aquel relativo al proceso de dominación de clases en general, para posteriormente ubicarlo en relación a la organización de la Práctica Médica en México.

En las sociedades capitalistas, pueden ser observadas algunas características generales respecto a las particularidades del tipo de dominación presente en cada formación social, y más específicamente, en qué magnitud los procesos de coerción y consenso se encuentran coyunturalmente articulados.

Según Gramsci (18), la tarea fundamental que la clase dominante debe concretizar para ejercer más fácilmente su proyecto de dominación, consiste en viabilizar que sus intereses de clase sean interpretados e incorporados como propios por los demás grupos sociales.

El grado de enraizamiento de éstos en las clases dominadas, posibilitaría entonces el éxito de la hegemonía de los grupos dominantes, viabilizada a través del logro de un consenso de intereses. Para alcanzarlo, varios elementos de penetración ideológica son usados, constituyendo en su conjunto la llamada "sociedad civil", de la cual podrían ser considerados, entre otros, la filosofía, la moral, la educación,..... y la salud. Estos elementos, además de transmitir su propia visión -

del mundo hacia el conjunto de las clases dominadas, posibilitarían la legitimización del Estado, que se presentaría como un Estado neutro, externo a los intereses específicos de las clases sociales y árbitro supremo de las pugnas entre las mismas.

Por otro lado, en aquellos momentos donde este consenso se encuentra cuestionado por la dinámica social de los grupos dominados y peligra la hegeomofía de la clase dominante, son necesarios otros elementos que garanticen la manutención del "status quo"; aquí, la "sociedad política", constituida por los instrumentos de coherción (aparato militar y demás instituciones represivas), gana prioridad en las acciones, buscando la perpetuación de los intereses de la clase dominante.

En realidad, "sociedad política" y "sociedad civil" no se encuentran aislados, pero sí representan elementos intrínsecamente relacionados a una coyuntura específica de hegemonía o crisis de esta hegemonía en el proceso de dominación. (19)

En el campo de la salud, la práctica médica asume y proyecta la imagen de un Estado por encima de las clases.

Cuando el Estado reconoce el derecho a la salud para todos los ciudadanos, aparece como representante de los intereses colectivos de la sociedad; así, a través de esta igualdad aparente, son enmascaradas desigualdades reales, determinadas por las relaciones sociales de producción.

El sentido clasista del Estado, puede ser recuperado a través del análisis de la organización de la práctica médica estatal, que configura un cuadro de instituciones diferentes, con

acciones diferentes conforme se dirijan a clases y grupos sociales distintos.

Sin embargo, el papel que se resalta en las instituciones de salud, es la función técnica de la medicina que cumple, aliviando a los enfermos, evitando enfermedades y muertes.

Los mecanismos de legitimización, control y dominación del Estado a través de la práctica médica, se alcanzan mediante la falsa concepción de la sociedad como una colectividad armónica, con intereses comunes, enfrentando una única problemática de salud, común a todos los individuos; cuando se utiliza la salud como mecanismo de control, amortiguando las tensiones sociales; así como su papel de dominación, en la medida que contribuye a la reproducción del sistema.

Otro elemento presente en el análisis de la organización de la práctica médica, lo constituye el papel específico jugado por la fuerza de trabajo en cada momento histórico determinado. En este sentido, dos aspectos principales pueden ser analizados: primero, el relativo a las victorias que el movimiento obrero ha obtenido a través de luchas específicas (reducción de la jornada de trabajo, limitación del trabajo femenino e infantil, consolidación de las medidas de protección y seguridad en el trabajo, etc.), constituyendo ya parte integrante del aporte histórico a las conquistas sociales de la humanidad; el segundo se relaciona con el grado de organicidad (persistencia temporal e interrelación con necesidades específicas de la base económica) presente en las medidas de salud, que tienen como objetivo garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo en las frac-

ciones más productivas de la clase obrera, y por lo tanto, de mayor peso en el proceso de acumulación de capital. (20) Ambas condiciones han estado generalmente asociadas y han posibilitado, entre otras, la creación de los organismos de Seguridad Social.

Además de los niveles aquí comentados, a través de los cuales se articula la práctica médica con la estructura social, varios estudios han señalado la articulación que se establece a nivel de la producción económica, permitiendo la reproducción y la acumulación de capital en el interior de la atención médica; la que tiene lugar mediante la realización del valor de cambio de la producción de medicinas, así como de aparatos y equipos médicos. (21)

A partir de esta conceptualización de la práctica médica, las "irrationalidades" de la estructura del sector salud, como es la multiplicidad de instituciones con la consecuente duplicación y dispendio de recursos, adquieren una dimensión de problemas y contradicciones, que solamente son captados en el análisis globalizador de la totalidad social, puesto que son manifestaciones de los problemas y contradicciones de la sociedad capitalista.

La propuesta coordinación de los servicios de salud, presentada generalmente como medida saneadora de las "irrationalidades" del sector, asume desde esta perspectiva un carácter político fundamental, que la ubica más allá de los elementos técnicos necesarios a su implementación.

CAPITULO II

CONSIDERACIONES SOBRE LA SITUACION DE SALUD EN MEXICO.

En los últimos 40 años, México ha logrado avances considerables en sus índices de salud, como podemos observar en el abatimiento de las tasas de mortalidad y en el aumento de la esperanza de la vida. (22) y (23)

Cuadro A.- Esperanza de vida al nacer y tasas de mortalidad general, México, 1940-1974.

Año	Esperanza de vida al nacer	* Tasa de Mortalidad General
1940	40,0	25,5
1950	48,8	16,0
1960	58,9	11,2
1970	61,4	9,9
1974	63,0	7,7

* Tasa por mil habitantes Fuente: (22) (23)

Sin embargo, es importante resaltar que las diez principales causas de muerte, se mantienen prácticamente constantes entre 1940 y 1970 en casi todos los grupos de edad. En la mortalidad infantil por ejemplo, solamente dos rubros fueron reemplazados, paludismo y sífilis, que dieron su lugar al tétanos y deficiencias nutricionales. (24)

Cuadro B.- Tasas de las diez principales causas de defunciones infantiles en la República Mexicana, 1940 y 1970.

Año	Causas	Tasa
1940	* enteritis y otras enfermedades diarreicas.	341,4
	* influenza y neumonía	274,1
	* ciertas causas de la mortalidad perinatal	219,4
	* bronquitis	80,9
	* tosferina	32,4
	paludismo	31,1
	sífilis	25,4
	* sarampión	22,0
	* accidentes	8,3
	* anomalías congénitas	7,6
1970	influenza y neumonía	194,0
	enteritis y otras enfermedades diarreicas	166,6
	ciertas causas de la mortalidad perinatal	118,3
	bronquitis	36,8
	anomalías congénitas	17,5
	** avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	12,5
	sarampión	11,1
	accidentes	10,2
	tosferina	6,3
tétanos	5,0	

Tasa por mil nacidos vivos.

* Causas que permanecen hasta 1970.

** Causas que no aparecen en 1970

Fuente: (24)

La observación de los índices de mortalidad, nos señala - una disminución global de las tasas de mortalidad y observamos a un nivel específico por causas, una reducción de ciertas enfermedades infecciosas, neumonías y enteritis y aún más de algunas patologías controlables por medidas preventivas (tosfe rina, sarampión, paludismo). Por otro lado, se evidencia en ciertas causas de mortalidad como ser, cardiopatías, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares y accidentes, una clara tendencia creciente. (25)

Esta evolución configura un cuadro actual de salud, caracterizado por el predominio de enfermedades infecciosas y nutricionales, combinadas con las enfermedades llamadas "modernas". (26)

Este panorama de la situación de salud, es presentado la mayoría de las veces, como condicionado por el subdesarrollo económico que afecta nuestro país. Desde esta perspectiva, abundan análisis que se resumen en explicaciones del tipo de: factores culturales, hábitos alimentarios, hábitos de higiene, bajos índices de educación, que están cargados de la ideología dominante, cumpliendo con el papel de enmascarar las determinantes causales de esta situación.

Sin duda que el crecimiento y desarrollo económico de México fue determinante en el abatimiento de los índices de mor-

talidad, a través de inversiones en obras de infraestructura, desarrollo industrial, garantías sociales a los obreros, oportunidades de trabajo, etc., pues estas medidas que se intensificaron a partir de 1940, afectaron las condiciones de vida y por lo tanto, los niveles de salud.

Las mejorías obtenidas en los índices de mortalidad en la última década son bastante menores que en el período anterior, además de que hechos como la desnutrición endémica y el agravamiento de ciertos padecimientos infecciosos, se resaltan en el diagnóstico de la situación actual de salud.

Esta situación requiere de un análisis más profundo que las explicaciones derivadas del desarrollo económico; hay que considerar el proceso histórico de desarrollo capitalista en el país, que trajo implícitos problemas estructurales, como: transformación forzada de la economía de subsistencia, formas exhaustivas de explotación de la fuerza de trabajo, altos niveles de concentración de la renta, existencia de un gran ejército de reserva de mano de obra y otros. Este tipo de desarrollo desigual, va a determinar las condiciones de vivienda, de educación y de salud.

Desde esta perspectiva, se constata el incremento de la tasa de morbilidad de enfermedades infecciosas, como enteritis y otras enfermedades diarreicas, salmonelosis, disentería bacilar y amibiasis, que están reconocidamente relacionadas con precarias condiciones de vida. (27) Cuadro C.

Dentro de estas causas, los accidentes de trabajo alcan-

zan una magnitud enorme: en 1973, sobre los trabajadores registrados en el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría del Trabajo, ocurrieron 295.905 accidentes, (lo que corresponde al 9.2%), ocasionando 1289 muertes (28). La prevalencia de accidentes de trabajo en México, es casi tres veces superior a la existente en Japón y cuatro veces a la encontrada en los Estados Unidos de América, siendo las ramas minera, petrolera y eléctrica, las que presentan los mayores índices (29). Esta situación es resultado de las condiciones de trabajo, caracterizadas por bajos niveles de protección al obrero, intensificación y extensión de la jornada de trabajo (plusvalía relativa y absoluta) y niveles de reproducción de la fuerza de trabajo a un mínimo fisiológico.

Otro elemento a ser analizado en el panorama de salud actual, es la desnutrición, pues el rubro avitaminosis y otras deficiencias nutricionales ocupa el sexto lugar como causa de defunción en menores de 5 años en 1975 (30). Sin embargo, el desarrollo socio-económico mexicano, fue suficiente para asegurar una cierta disponibilidad de alimentos, que evitase las hambrunas de tiempos pasados, pero determinó hechos de suma importancia, como es la desnutrición endémica. La gravedad de esta situación se evidencia cuando, según datos censales (1970), el 67.2% de la población no comía carne o lo hacía menos de tres veces por semana; el 54.9% no comía huevos; el 48.5% no bebía leche y el 95.8% no se alimentaba de pescado (31). La importancia de la desnutrición en México se evidencia en estudios realizados por el Instituto Nacional de la Nutrición, donde la dieta en el medio rural fue estimada en 1.115 calorías diarias por -

persona, con un contenido proteico que alcanza a 56 gs. diarios por persona, con solamente un 20% de origen animal. (32)

El problema nutricional, visto como resultado de la capacidad adquisitiva diferencial por clase social, se evidencia en una patología como la tuberculosis, ya que de 100 tuberculosos, 60 son campesinos y 30 son obreros no calificados (33).

Todos estos datos corroboran la afirmación de que la situación de salud actual, no puede ser explicada por un determinismo biológico o por la dicotomía riqueza-pobreza, sino en la totalidad histórica de una estructura social particular.

Cuadro C.- Tasas de morbilidad por algunas enfermedades infecciosas. México, 1967-73

Enfermedad	Tasas de Morbilidad	
	1967	1973
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	314.0	603.2
Disentería bacilar y amebiasis	38.0	123.3
Salmonelosis	14.4	20.5

*Tasas por 100 mil habitantes

EL SECTOR SALUD EN MEXICO.

El sector salud mexicano, puede ser caracterizado desde un abordaje "sistémico" como un "sistema espontáneo" (34), en la medida en que está formado por múltiples instituciones con poca racionalidad, baja eficacia y eficiencia.

Las instituciones existentes pueden ser agrupadas en tres grandes rubros:

- Instituciones Estatales: S.S.A., D.I.F., D.D.F.
- Seguros Sociales: I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., PEMEX, F.N.M., etc
- Privadas.

El sub-sector privado, la S.S.A. y el I.M.S.S., representan la mayoría del sector. Las dos mayores instituciones, S.S.A. e I.M.S.S., se encuentran así definidas:

S.S.A.- Es un organismo de jurisdicción nacional y por ley tiene la atribución de garantizar el derecho a la salud a todos los mexicanos. Es la institución a nivel nacional responsable por todas las materias relativas a la salud; campañas nacionales, normas, control de medicamentos, higiene de alimentos; además, solamente por su intermedio se pueden establecer relaciones con los organismos internacionales (OPS,OMS). (35)

Es por lo tanto una institución que atiende a población abierta y financiada por el Estado. Se sirve de esquemas de regionalización con diversos niveles, que pueden ser identificados en el Anexo 1, que describe sus unidades operativas, recursos básicos y las actividades que deben efectuar.

I.M.S.S.- Es un organismo descentralizado, con un patrimonio formado por participación del Estado, trabajadores y patrones. Por la Ley Federal del Seguro Social, en 1943, se establece el amparo de carácter obligatorio a quienes prestan servicios (empleados y patrones), cubriendo accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, maternidades, invalidez, vejez, muerte y jubilación. (36)

El I.M.S.S. inició las prestaciones de servicios médicos a los asegurados en 1944 en el Distrito Federal y las extendió a todos los estados en 1964. Los tipos de unidades operativas asistenciales con los recursos básicos y las actividades que realizan están descritos en el Anexo 2.

Subsector privado.- Está constituido por un gran número de instituciones, difícilmente delimitables, que funcionan en régimen de mercado y por lo tanto, atiende al sector de la población que posee un poder de compra suficiente para cubrir sus elevados costos. Si bien no existen estudios convincentes sobre los grupos poblacionales que recurren a este tipo de atención, se estima, en base al ingreso de la población, que sus usuarios no llegarían a una proporción superior a 5% de la población. (37)

Estas instituciones privadas, están concentradas fundamentalmente en servicios de gineco-obstetricia, cirugía y atención perinatal. (38)

A partir del conjunto de instituciones de salud existente en México, podemos identificar marcadas diferencias con res-

pecto a los patrones de la prestación de servicios, como ser: recursos financieros, objetivos, recursos humanos y materiales, pues responden a diferentes grupos y clases sociales en el marco de una sociedad de clases.

En esta medida, podemos señalar algunos problemas estructurales:

- Recursos financieros en el sector.

El Estado Mexicano ha incrementado acentuadamente el presupuesto federal para el sector salud y bienestar social a - partir de 1940, cuando era de 8.1% y en 1970 llegaba al 22.7%. Para el período 1971-1974, observamos una tendencia decreciente, encontrando en 1974 un 16% (39). Esta disminución es compati-- ble con una política de contención del gasto social, impuesta - por compromisos asumidos a nivel internacional (FMI), para la - obtención de préstamos.

La situación de los recursos financieros es aún más crí-- tica, cuando se analiza a partir de su distribución entre las - instituciones. El I.M.S.S. y la S.S.A. contaban para 1974 con un presupuesto de 16.000 millones de pesos y 3.700 millones de pesos respectivamente, constatándose que el I.M.S.S., con un - presupuesto cuatro veces mayor, era responsable por el 16% de - la población, dejando a los recursos de la S.S.A. el 60% de la población.

Un elemento importante a resaltar es el origen del financiamiento de estas instituciones, puesto que el de la S.S.A. - proviene solamente del Estado y en el I.M.S.S. hay una partici-

pación de los patrones (69%), trabajadores (21%) y el Estado - (10%). (40)

Aparentemente estaría justificada la posición privilegiada del I.M.S.S., en la medida en que los patrones contribuirían con una alta cuota de su financiamiento y por tanto, funcionaría como un redistribuidor de la renta.

En realidad, las aportaciones de los patrones forman parte del costo de producción de una empresa y en consecuencia, son trasladadas al consumidor, o sea, que en última instancia - somos todos los consumidores los que contribuimos a financiar - los mayores recursos de la Seguridad Social, que en realidad solamente protege a un porcentaje reducido de la población. (41)

Por otro lado, no hay que olvidar que el capital empleado en el I.M.S.S. es parte de la riqueza social, producto de la realización de la plusvalía obtenida en la explotación de la - fuerza de trabajo.

Sin negar que la Seguridad Social es fundamentalmente un logro del proletariado organizado, alcanzado a través de arduas luchas contra la clase dominante, hay que resaltar su función - determinante de asegurar la elevación, mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo necesaria para la producción.

La S.S.A., con una inversión de 63.00 pesos por habitante-año en 1974 (42), está lejos de alcanzar su función de garantizar el derecho a la salud a todos los ciudadanos. Sus acciones están dirigidas a la masa de desempleados, subempleados y - poblaciones rurales. En efecto, cumple con un papel de mediati

zador de los conflictos sociales y legitimador del Estado.

Observamos desde el punto de vista de los recursos financieros, diferencias bien marcadas con respecto a los grupos a - que están dirigidas las acciones de las instituciones, que por su organización, administración y ejecución de las actividades, manifiestan su carácter de clase.

- Distribución regional de los servicios de salud.

El sector disponía en 1971 de 5148 unidades de servicios médicos, de los cuales 1412 eran hospitales generales, 377 unidades de hospitalización especializadas y 3359 unidades para -- atención a pacientes externos. (43)

La distribución de estos servicios era acentuadamente de -- sigual con respecto a los Estados de la Federación y en rela- -- ción al medio urbano y rural.

Las unidades del Seguro Social, están en su mayoría ubi- cadas en los centros industriales y en áreas rurales localiza-- das en zonas de alta y mediana productividad: Sinaloa, Sonora, Nuevo León, que poseen un desarrollo capitalista agrario impor-- tante, tecnología avanzada, con una producción que desempeña un papel decisivo en las exportaciones agropecuarias. (44)

Con la política de Solidaridad al Campo, implantada en - el sexenio pasado (70-76), que consistía en un programa de aten- -- ción médica destinado a grupos marginados, no asalariados, vamos a encontrar una red de servicios (151 unidades), del I.M.S.S., - distribuídos en zonas rurales de baja productividad. (45)

¿Habría contradicción entre la existencia de tal programa y la función del I.M.S.S. de mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo, mercancía esencial en el proceso productivo?

Si analizamos más detenidamente, observamos que este programa está dirigido a campesinos pobres y minifundistas (ejidatarios o no), y que forma parte de un conjunto de medidas para el campo, como el empleo de fertilizantes y plaguicidas, la utilización de maquinaria agrícola, la participación de la Conasupo en la comercialización del producto; medidas que buscaban un aumento de la producción en el campo. (46)

El momento en que surgen estas medidas puede ser caracterizado por una crisis en la producción agraria mexicana, obligando a la importación de maíz, frijol, etc., productos básicos en la dieta mexicana, que se encuentran con precios elevados en el mercado mundial, como resultado de la crisis mundial de alimentos.

Otro elemento relevante, es que el programa de solidaridad al campo del I.M.S.S., no se extendía indiscriminadamente a las zonas agrarias de baja productividad, sino solamente hacia aquellas regiones seleccionadas por estudios previos, que garantizan la posibilidad de incorporación de los grupos "solidariohábientes" al proceso productivo durante un corto período - (3 años), permitiendo así el paso posterior al régimen ordinario (derechohabiente). (47)

Además de la evidente utilización de los servicios médi-

cos como potencializador de la producción, existe el componente de legitimización y control del Estado. La clase dominante procura organizar las poblaciones alejadas del proceso productivo bajo su control, con el fin de lograr el consenso para su proyecto de dominación.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia, poseyendo el 40% del total de unidades prestadoras de atención médica, presenta una distribución con características diversas a las del I.M.S.S. Para 1976, de un total de 3477 establecimientos de la S.S.A., 1563 (45%), eran centros de salud C que estaban ubicados en regiones con un área de influencia de 2500 a 15000 habitantes, y 1217 (35%) eran Casas de Salud localizadas en poblaciones con menos de 2500 habitantes (48). Su distribución por los estados era más uniforme que las otras instituciones a nivel nacional. Representa en la mayoría de las localidades la única presencia del Estado con respecto a la problemática de salud. Las prestaciones que pueden efectuar estas unidades están limitadas tanto por los recursos de que disponen, como por su accesibilidad geográfica cultural y económica. A pesar de su restringida funcionabilidad con respecto a la eficiencia y eficacia de sus prestaciones, estas clínicas persisten y son ampliadas sus funciones con el Plan de Extensión de Cobertura (1977), pues desempeñan una función fundamental de legitimización del Estado. El Estado clasista, con la relación de dominación y hegemonía, utiliza a nivel de la "sociedad civil" la ideología de la clase dominante para controlar a los dominados.

Al grupo de instituciones privadas corresponde un 14% del total de las unidades de hospitalización en México en 1971 (49). Su ubicación regional obedece principalmente a una economía de mercado; por tanto, se concentran en los grandes centros poblacionales y se dirigen a una parcela de la población con alto poder de compra.

- Recursos humanos y materiales del sector.

Podemos apreciar en el cuadro D-E los parámetros usados internacionalmente, como ser: médico-habitante, cama-habitante y otros recursos para-médicos, en sus totales y su distribución por institución. Están lejos de alcanzar las normas recomendadas mundialmente, pero son similares a los de otros países de América Latina.

La insuficiencia en el monto total de estos recursos no es el problema mayor que enfrenta el sector en este campo, pero sí lo es su desigual distribución entre las instituciones y, por lo tanto, entre los grupos poblacionales a que se dirigen sus prestaciones.

La gravedad de esta situación puede ser avalada cuando encontramos que al sub-sector privado, con una cobertura estimada del 5% de la población, pertenecen el 50% del total de los laboratorios clínicos, el 40% de los quirófanos, el 35% de las salas de expulsión, el 25% de las cunas. La S.S.A. contaba con el 13.3% de los médicos generales y el 16% de los médicos especialistas. En tanto el I.M.S.S., disponía del 50% de los médicos generales y el 35% de los médicos especialistas. (50)

Como podemos observar, los problemas detectados en el sector solamente pueden ser parcializados como una técnica expositiva, pero desde un análisis necesariamente global del sector, están necesariamente imbricados.

La heterogeneidad en los recursos financieros, humanos, así como en su distribución regional, responden a la atención - clasista de nuestra sociedad y evidencia la articulación de la medicina con los niveles estructurales de la sociedad capitalista.

CUADRO D: Unidades Médicas en Servicio y Camas, según tipo de unidad, por instituciones de seguridad social, de asistencia, establecimientos particulares en México.

AÑO 1971

CONCEPTO	UNIDAD HOSPITALIZACION				UNIDAD ATENCION EXTERNA	
	TOTAL	CAMA	HOSPITALES GENERALES	UNIDADES ESPECIALIZADAS	TOTAL UNIDADES	CAMAS DE PRIMARIOS AUXILIOS
Instituciones Seguridad Social	2072	25877	382	15	1675	1225
Instituciones Asistencia Privados	2027	22355	514	53	1460	3170
Otros	764	16447	381	285	98	159
TOTAL	285	8444	135	24	126	233
TOTAL	5148	72123	1412	377	3359	4787

FUENTE: Estadísticas Hospitalaria, Dirección General de Estadística. Año 1975

Cuadro E.- Habitantes por médico y habitante por dentista,
según Entidades Federales.

Estados Unidos Mexicanos

1970

Entidad	Habitantes por médico	Habitantes por dentista
Aguascalientes	2,318	16,102
Baja California Norte	1,448	7,077
Baja California Sur	2,098	9,848
Campeche	2,150	10,481
Coahuila	1,723	10,721
Colima	2,063	8,316
Chiapas	4,601	16,011
Chihuahua	2,176	16,454
Distrito Federal	474	3,236
Durango	2,907	22,362
Guanajuato	4,047	50,453
Guerrero	4,138	31,321
Hidalgo	3,069	37,308
Jalisco	1,300	8,518
México	1,845	16,242
Michoacán	2,890	15,783
Morelos	1,855	15,798
Nayarit	2,956	15,544
Nuevo León	1,035	5,844
Oaxaca	4,105	26,812
Puebla	1,982	13,413
Querétaro	2,960	34,680
Quintana Roo	3,264	12,593
San Luis Potosí	2,595	17,562
Sinaloa	2,066	17,839
Sonora	1,637	12,485
Tabasco	2,705	10,822
Tamaulipas	1,527	9,522
Tlaxcala	4,123	52,580
Veracruz	2,119	12,036
Yucatán	1,529	11,152
Zacatecas	4,344	38,058
Estados Unidos Mexicanos	1,418	9,484

Fuente: S.S.A., Plan Nacional de Salud.

México, 1974.

CAPITULO III

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El análisis de la realidad de la organización actual del sector salud en México, cualquiera que sea la metodología empleada, nos lleva a diagnosticar una multiplicidad e ineficiencia de los servicios y por lo tanto, a plantear niveles de coordinación interinstitucional que posibiliten lograr cierto grado de coherencia, con respecto a las políticas y los recursos en el sector.

La metodología empleada en el estudio de la determinación de los orígenes de la multiplicidad de servicios, es de fundamental importancia, pues imprime su sello en las alternativas de superación de tal realidad.

Así es que, en la medida en que se adopta un análisis sistémico del sector, se proyectan imágenes ideales del mismo y consecuentemente, se trabaja en la búsqueda de un cuadro armónico y homogéneo. Los problemas actuales son percibidos como resultado de irracionalidades superables con medidas "técnicas científicas".

Desde este marco de análisis se declaran intenciones, se crean comisiones, pero no se llega a definir atribuciones y deberes, no se formula ninguna medida que rompa con los esquemas previamente establecidos. Apenas algunos programas especiales son objeto de coordinación, como son vacunaciones y planificación familiar y así mismo, la ejecución está al nivel operativo en el ámbito de las buenas o malas relaciones entre las instituciones.

A partir de otra aproximación metodológica del origen de multiplicidad de instituciones, que postula el carácter histórico de la organización del sector, determinada por su articulación con la estructura social, necesariamente la propuesta de la coordinación tendría que contemplar aspectos que no son meramente técnicos.

Un aspecto fundamental es que la estructura clasista de la atención es una limitante para alcanzar un proceso de coordinación total, que desemboque en la integración de las instituciones, hecho posible solamente con cambios estructurales radicales en la sociedad.

Por tanto, la coordinación que se puede obtener no rebasa el marco clasista de la atención, hecho que no invalida los esfuerzos para alcanzar cierto grado de coordinación, puesto que permitiría la confrontación de las disparidades existentes en el sector y posibilitaría un espacio de negociación, para una mejor adecuación organizacional para enfrentar la problemática de salud.

En esta negociación es un componente fundamental la participación democrática de la población, que influye en el proceso al mismo tiempo que toma conciencia de sus necesidades, al ser parte integrante de la solución de sus problemas conjuntamente con las instituciones, ya que la coordinación no es un propósito puntual que se logre en base a decretos y sí el resultado de un proceso, en el cual el factor político juega un papel preponderante.

Entendemos que las diferentes instituciones de la atención

médica existentes en nuestras sociedades capitalistas, históricamente responden a intereses de grupos y clases sociales, y expresan en diferentes grados la articulación en el plano organizativo, de la práctica médica con los niveles de la estructura social, económico, político e ideológico.

Es así que en la realidad se evidencia que las diferentes instituciones cumplen predominantemente ciertas funciones, como por ejemplo el I.M.S.S. en relación con la reproducción y mantenimiento de la fuerza de trabajo; la S.S.A. como elemento de dominación y legitimación del Estado, pero en su conjunto desempeñan un papel fundamental en la reproducción del sistema.

Consideramos por lo tanto, que estas distintas instituciones constituyen centros de poder, fundamentalmente político, - que reproducen las reglas del poder central, (del Estado clasista), además de detentarlo en grados distintos.

Por lo tanto, otro aspecto a considerar es la estructura de poder que se establece a nivel interno de las instituciones, y que tiene su última expresión en individuos con mayor o menor capacidad de asignación de recursos (poder administrativo), posibilidad de disponer de conocimiento e información (poder técnico) y capacidad de tomar decisiones y de movilizar personas - (poder político). (51)

La expresión de este poder individual, nos permite identificar la puesta en juego del poder otorgado y ejercido dentro de los marcos del poder institucional, y que su caracterización tiene la validez de configurar un cuadro de elementos proclives

a una propuesta de planificación dada, así como de elementos - frenadores de tal proceso.

Además de estas dos formas complementarias de poder: una, la cristalización del poder del Estado en las instituciones médicas, y otra, el poder jerarquizado a lo interno de la institución; hay que tener en cuenta el poder de los diversos grupos - sociales objeto de la atención médica de cada institución. Es - en el poder ejercido por estos últimos grupos, que reside la po - sibilidad de presionar para lograr cambios en un determinado - orden establecido.

Desde esta perspectiva, la propuesta de coordinación tendr^ía que considerar el análisis de poder que detentan las diferentes instituciones de salud involucradas en el proyecto, y - además la posibilidad de una respuesta en términos de demanda - social de grupos de base, que podrían presionar desde sus inte - reses, para la viabilización de tal propuesta, poder que tam - bién estaría determinado por la estructura clasista de la socie - dad.

CAPITULO IV

OBJETIVOS.

Conociendo las limitaciones de los proyectos de coordinación que han sido definidos a nivel central en las instituciones, nuestro objetivo general era iniciar un proceso de coordinación interinstitucional, que involucrara los niveles operativos de las unidades del I.M.S.S. y S.S.A. en el área, y a los grupos organizados de los usuarios, de forma de garantizar un proceso en sentido inverso al habitual, es decir, de abajo hacia arriba.

La realización de este objetivo, implicaría los siguientes subobjetivos:

- a). Establecer los contactos en la zona, que permitieran detectar el poder institucional real, a nivel local, e identificar las brechas a través de las cuales se iniciaría el proceso de coordinación, por los grupos interesados.
- b). Detectar el poder poblacional organizado y dispuesto a utilizar el espacio de acción institucional, para lograr la coordinación.
- c). Señalar la posición del poder institucional central, respecto a las redefiniciones de las estructuras de poder que implicaría este tipo de propuesta de coordinación.

CAPITULO V

METODOLOGIA DEL TRABAJO.

Considerando la coordinación desde un enfoque histórico - estructural, como en todo proceso de planificación, durante la - elaboración del presente plan se seguirán las siguientes fases:

- 1). Planteamiento del problema
- 2). Diagnóstico
- 3). Programación propiamente dicha:

Selección de problemas

Planteamiento y ordenación de prioridades

Elaboración de proposiciones,

no avanzándose más que hasta aquí, por razones que serán expuestas más adelante.

Debe tenerse en cuenta que no existe una separación tajante entre estas fases, sino que al contrario, se entremezclan - continuamente durante el proceso de planificación, en un movimiento de ida y vuelta.

Como el grupo que realizó este plan pertenecía a una maestría y no estaba vinculado a ninguna estructura organizacional de servicios de salud, con el poder necesario para asumir el - mismo, se adoptó la decisión de buscar el apoyo de una institución que sí lo tuviera.

En esta medida, el presente trabajo contó con el respaldo de la Secretaría de Programación y Presupuesto, y responde a la necesidad de la misma, de formular modelos de programación, política, técnica y económicamente viables, para la futura repro-

ducción total o parcial a todo el país.

Para llenar esta necesidad, el mencionado organismo cuenta con diversas alternativas:

1. Transposición de modelos extraños, que tienen generalmente la conveniencia de haber sido probados en la práctica, pero presentan el inconveniente de responder a otra realidad, que por más parecida que se a la mexicana, nunca se puede estar seguro de que sus conclusiones sean extrapolables a ella.
2. Comité de expertos. El cual, al reunirse a nivel central, difícilmente conocerá todas las facetas de la realidad concreta donde se operacionalizará el plan.
3. Elaboración de planes piloto. Este método tiene como ventaja la adaptación a la realidad, dado que su elaboración se hace desde una problemática concreta, si bien existe el riesgo de que las conclusiones obtenidas no sean extrapolables a otras regiones del mismo país.

Este trabajo se inscribe dentro de esta tercera posibilidad, considerada la más viable por la mencionada Secretaría, sin que esto excluya las otras alternativas.

La zona donde se desarrollaría el trabajo, debería tener entonces características similares a las de la generalidad del país, en la forma más aproximada posible.

Está claro que esta aproximación pudo ser realizada en algunas variables, permaneciendo muchas de ellas fuera de cual-

quier tipo de control.

La zona escogida para llevar a cabo el plan, fue la región del Estado de Querétaro que comprendía los municipios de San Juan del Río, Tequisquiapan, Ezequiel Montes y Cadereyta, y que cumplía con los siguientes requisitos:

1. Ser un centro con cierto desarrollo económico, con diversificación industrial y agropecuaria;
2. Ser un área con aproximadamente 100,000 habitantes, cifra que se considera sería la mínima que contemplase las variables necesarias para cumplir con el punto cuatro;
3. Accesibilidad a las poblaciones. Existencia de carreteras y caminos que posibilitase el fácil acceso a la mayoría de las concentraciones poblacionales;
4. Existencia de servicios de salud de las principales instituciones (S.S.A., I.M.S.S., I.S.S.S.T.E.), con unidades de diversos grados de complejidad;
5. No ser una zona de declarado conflicto entre las instituciones existentes;
6. Cercanía del Distrito Federal, que nos posibilitase fácil comunicación.

Se concibió la coordinación de los servicios de salud, no sólo en su habitual interpretación de una mayor y más productiva relación entre los servicios de diferentes instituciones, sino también como un mejor funcionamiento de la atención por niveles y su consecuente esquema de referencias, entre los dife--

rentes servicios de una misma institución.

Por coordinación interinstitucional se entendió el organizar los diferentes niveles de atención de cada una de las instituciones, de modo que existiera una centralización funcional, - con una descentralización administrativa, para que se viera es-
timulada:

- a). La funcionalidad de un esquema de referencias,
- b). El funcionamiento de diferentes mecanismos de comunicación, para lograr realmente un esquema de atención por niveles,
- c). La compatibilización de diferentes programas entre - sí,
- d). La mejor utilización de los recursos físicos y mate-
riales.

Por otro lado, se creía necesario crear mecanismos efica- ces de coordinación interinstitucional, que superasen en ciera medida problemas tales como la saturación de recursos en deter- minadas áreas, la baja utilización en otras, poblaciones cubier-
tas por más de una institución, en tanto que amplios grupos de población no tenían acceso a los servicios, logrando así un ni-
vel de racionalidad en el uso de los recursos, evitando la du-
plicación de medios para la obtención de los mismos fines.

Desde que se entiende la coordinación de los servicios de salud como el posible resultado del funcionamiento para ese fin de una estructura de poder, que como decíamos en páginas ante-
riores; está formada por elementos institucionales (marco insti

tucional, poder individual) y extra institucionales (comunidad organizada), y que el propio proceso de coordinación que se pretende poner en marcha puede determinar transferencias de poder dentro de esta estructura, que motivarían necesariamente ciertas fricciones, se debe ser muy cauteloso y realizar una aproximación a la coordinación, utilizando aquellas brechas de acción que el análisis de la estructura mencionada revela.

Para alcanzar la coordinación de los servicios de salud dentro del marco conceptual de este trabajo, se debieron adoptar previamente algunas decisiones que contribuyeron a conducirlo:

Se adoptó el criterio de que, a pesar de implicar la coordinación problemas muy vastos, se debía procurar abordarlos desde los aspectos específicos que se pudieran ir detectando, y que por sus características permitieran una paulatina aproximación hacia aspectos más generales.

Frenta a las limitaciones que el plan podría encontrar, se adoptó proponer metas que aunque modestas, permitiesen sentar futuras bases para una coordinación más audaz, es decir, trazar propuestas no solamente con el objetivo de lograr de inmediato resultados, sino con el de ir gradualmente avanzando hacia una coordinación cada vez más ambiciosa, desde que se entiende ésta como un proceso y no como un objetivo puntual a ser alcanzado.

Se decidió también manejarse dentro de los recursos financieros previamente delimitados por las instituciones, evitando

de esta forma el conflicto que significaría para cualquier organismo la adjudicación de recursos, renunciando de antemano al poder que esto significa.

En la medida en que se entendía la coordinación como un proceso que debe ser retroalimentado continuamente, se planteó la necesidad de formar un cuerpo interinstitucional, producto del análisis de la estructura de poder que se realizaría, que se ocuparía en el futuro de sucesivos proyectos de coordinación y de su evaluación.

En resumen, podemos decir que las decisiones adoptadas para realizar el presente trabajo fueron las siguientes:

1. Partir del análisis del organigrama institucional, identificando el poder formal y real, áreas de conflictos, autonomías de manejo presupuestario, delegación de poder, etc., con el fin de encontrar posibles brechas de acción;
2. Promover una mayor relación entre el personal de las diferentes instituciones a través de la realización de reuniones, juntas, etc., para viabilizar objetivos de interés común;
3. Procurar poner a funcionar un proceso de retroalimentación para la planificación en la zona;
4. Implicar a todos los niveles en la elaboración del plan, para que sea un producto propio;
5. Manejarse con metas poco ambiciosas, pero que permitan formar conciencia de la necesidad de la coordinación;

6. Plantear un organismo de participación común, con el fin de evaluar y retroalimentar en el futuro la coordinación;
7. Buscar el apoyo de los grupos organizados de población hacia el proyecto, para que éstos usaran el poder de - que disponen para viabilizarlo.

METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

La etapa del diagnóstico se dividió en tres fases:

1a. Fase.

Constó de la elaboración de un diagnóstico general del - área, que nos posibilite el conocimiento sobre el estado de - salud de la población, las características socio-económicas y - la estructura general de los servicios de salud. Se buscó la interpretación de los datos, desde una óptica que entiende la - - práctica médica como parte dinámica de determinada sociedad y - que encuentra explicación dentro de ella.

Técnicas Empleadas.

Para la elaboración de esta fase, fueron utilizados datos obtenidos de fuentes secundarias (censo, estadísticas de las - instituciones del área), y de observación directa (fueron visitadas todas las unidades de servicios de la región en diversas ocasiones). Parte de la información derivada de la observación directa se resumirá en los cuadros elaborados para ese fin.

Los datos obtenidos de fuente secundaria, que no siempre

garantizan su confiabilidad, fueron los más utilizados en esta etapa, puesto que métodos directos y más confiables no eran viables en este proyecto.

2a. Fase.

Esta etapa constó de un diagnóstico programático de los servicios de salud existentes en el área, con el objeto de evaluar la productividad de los mismos, y a través de los programas de Atención Materna y Vacunaciones, diagnosticar la adecuación de estos recursos a las necesidades de la población. El análisis del costo de la atención no fue hecho, por las dificultades que implicaba, por las limitaciones de tiempo y por considerarlo prescindible en esta etapa del proyecto.

Técnicas empleadas en su elaboración.

A partir del modelo básico de programación (52) que consiste en un modelo de apertura programática simplificado, se procedió a la recolección de datos en las unidades de servicios (nivel periférico) y a nivel intermedio (estatal). Los datos recabados fueron necesarios para llenar los rubros que componen el cuadro básico, que presenta las siguientes definiciones:

Programa: Es el conjunto de actividades que producen resultados homogéneos, cuantificables y significativos. (53)

Actividad: Es el conjunto de acciones combinadas cualitativa y cuantitativamente y que tiene como finalidad brindar un servicio específico de salud a la comunidad. (53)

Cobertura: Es la relación porcentual entre el número de sujetos atendidos y el número de sujetos susceptibles de recibir atención. (53)

Número de Consultas.

Habitante año: Es el número de veces que se ha repetido una actividad en un mismo sujeto.

Consulta: Es la actividad que comprende un conjunto de acciones básicamente médicas, destinadas a formular el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del estado de salud de una persona en forma ambulatoria. (53)

Egreso: Es la salida del establecimiento de un paciente internado, siendo que un egreso implica siempre la conclusión del período de internación y la desocupación del recurso cama, sea por "alta" o por defunción.

Hora Médico: Es aquella hora contratada por la institución, en posibilidad de ser utilizada.

Cama: Es aquella en posibilidad de uso para hospitalización.

· Cuando la desagregación de la información obtenida no era acorde con las necesidades del cuadro, para su vaciado se prorrateó con criterios homogéneos a todos los rubros correspondientes.

3a. Fase.

La elaboración de esta fase constó de dos aspectos: análisis de la estructura de poder en las instituciones y otro de la estructura de poder a nivel poblacional.

En cuanto a la estructura de poder institucional, se pensó en primera instancia, analizar por un lado la expresión de poder institucional a través de individuos a nivel periférico y por otro, analizar la estructura de poder institucional que se encuentra por encima de este nivel.

Se pensaba realizar este análisis (que envolvía a las instituciones en todos los niveles) al mismo tiempo que se intentaba ir sensibilizando a las autoridades hacia un proceso de coordinación en la zona.

Estos centros de poder institucional no fueron objeto de estudio directo por este grupo, dado que en el mejor de los casos, sólo podría haberlo realizado como ejercicio académico en la medida que la Secretaría de Programación y Presupuesto (organismo de apoyo para este grupo) no lo consideraba oportuno en esta fase del trabajo.

Al nivel institucional periférico, se buscó identificar áreas de conflicto, delegación de decisiones, orígenes del manejo presupuestario, elementos que posibilitasen evaluar la viabilidad de la propuesta de coordinación.

Para el diagnóstico en la población, se escogió uno de los municipios del área en estudio, dada la imposibilidad de

realizarlo en su totalidad. La elección correspondió a la sub región que comportaba propuestas de coordinación más audaces, pues poseía una Clínica de Solidaridad al Campo, estado fuera del régimen ordinario del Seguro Social, hecho que considerábamos permitiría un mayor margen de negociación.

Este estudio buscaba identificar grupos o personas con poder real, que pudiesen facilitar u obstaculizar la propuesta de coordinación.

Técnicas empleadas en la elaboración.

El diagnóstico de poder a nivel institucional periférico, fue efectuado a través de entrevistas abiertas (que tomaron mucho tiempo), en las que se recogió cierta información que se presenta en forma descriptiva y condensada.

En la elaboración del diagnóstico de poder de la comunidad, frente a la dificultad en identificar las fuentes de poder reales, pues no estábamos permanentemente en el área, se optó por seleccionar personas claves en la estructura formal y algunas que podrían representar el poder informal en el área.

En esta medida, fueron seleccionadas las siguientes personas a ser entrevistadas :

- Delegado Municipal
- Cura
- Boticario
- Maestros

- Curandero
- Presidentes ejidales y ejidatarios
- Organizaciones de trabajadores que existiesen.

Las entrevistas fueron abiertas y se centraban en la percepción que se tenía del proceso salud-enfermedad, de la correspondencia de los servicios a sus necesidades, de la eficiencia de la atención y en la búsqueda de identificación de intereses de grupos o personas con respecto a la problemática de salud.

No se incluyeron preguntas más directas sobre coordinación de servicios de salud, dado que desde las primeras entrevistas realizadas, se reveló la poca percepción que la población tiene de sus problemas de salud, (como más adelante se discutirá), haciendo entonces poco válidas las opiniones que se pudieran recoger de forma directa de aspectos del funcionamiento coordinado de las instituciones, y buscando la necesaria información a través de preguntas sobre eficiencia y eficacia de los actuales servicios.

CAPITULO VI

RESULTADOS. (54)

DIAGNOSTICO SOCIO-ECONOMICO DEL AREA.

Los municipios de San Juan del Río, con 67.550 habitantes; Tequisquiapan, con 22.849 habitantes; Ezequiel Montes, con 13.313 habitantes y Cadereyta, con 35.527 habitantes; están ubicados al sur-este del estado de Querétaro, sumando un área de 1801 km².

Esta región en estudio, no es un conjunto uniforme, sino una zona con muy diferentes grados de desarrollo, en términos capitalistas, que va desde una precaria economía agraria en la zona norte, a un desarrollo industrial de cierta importancia en el sur de la región.

En efecto, en el municipio de San Juan del Río y sobre todo alrededor de la cabecera municipal, existe una gran concentración industrial que la hace el segundo centro económico del estado; estas industrias, la mayoría de ellas de tipo manufacturero, ocupan gran parte de la población del municipio y debido a su constante incremento en los últimos años, han determinado gran atracción de la población de toda la zona, que busca ocupación en la gran industria allí ubicada.

Este desarrollo industrial cuenta con una infraestructura de vías de comunicación, como son ferrocarriles y la Carretera Panamericana, que recorre el municipio de un extremo al otro, conectándolo con el resto del país, lo que permite un fácil y rápido desplazamiento de la producción hacia los grandes

centros de consumo.

Otra actividad económica en el área es la industria artesanal con vara e ixtle del municipio de Tequisquiapan, que se encuentra estancada desde hace varios años.

La producción predominante en el resto de los municipios es la agraria, con diferentes grados de desarrollo.

El clima en esta región es en general templado, dependiendo de la altura, la que oscila alrededor de los 2,000 metros - sobre el nivel del mar; el suelo es montañoso, presentando zonas planas de gran importancia, como las llanuras de Cadereyta y San Juan del Río. Esta última está irrigada naturalmente - por el río San Juan, así como por los numerosos manantiales - del municipio de Tequisquiapan, hecho que ha facilitado la - - construcción de una infraestructura de riego con poca inversión de capital. Es en esta región que se encuentra localizada la agricultura de tipo capitalista avanzado del área, con grandes plantíos de viñedos, con alta tecnología agraria y a partir de la cual se deriva la producción a las industrias vitivinícolas ahí localizadas, conformando un complejo agro-industrial con capital de origen nacional y extranjero (Viñalta, Hidalgo, Martel, etc.), que da ocupación a parte de la población de la zona como asalariados agrícolas.

La producción agrícola en los municipios de Ezequiel - Montes y Cadereyta es proveniente en su mayor parte de los - ejidos, que en realidad no funcionan como cooperativas o en forma colectiva, sino como minifundios. Se encuentran ubica--

dos terrenos montañosos, áridos, de cultivo temporalero, puesto que no disponen de ningún sistema de riego. La maquinaria agrícola existente en la zona, pertenece a grandes propietarios de la llanura de Cadereyta, que también es una zona árida sin sistema de riego.

Los ejidos, además de estos elementos, no cuentan con créditos suficientes y oportunos que les pudieran permitir incrementar su actual baja productividad.

Este contraste entre las grandes propiedades con alta productividad y los ejidos con una precaria economía de subsistencia, se hace evidente al recorrer la región, ya que se ven grandes diferencias a ambos lados del camino: sobre un costado, campos verdes y regados y sobre el otro, zonas áridas e improproductivas.

El municipio de Tequisquiapan se viene proyectando en los últimos años como un importante centro turístico, habiendo grandes inversiones en tal proyecto. Este hecho ha permitido que una parte de la mano de obra carente de fuentes de trabajo haya sido absorbida en la construcción civil y en servicios.

Otro elemento económico en el área es la industria extractiva (mármol), al norte del municipio de Cadereyta, que cuenta con una baja tecnología y absorbe el 11% de la población activa del municipio, en condiciones precarias de trabajo.

El área en estudio se identifica con ciertas características del desarrollo capitalista nacional: polos industriales, absorbiendo una parte de la fuerza de trabajo, con salarios ba

jos por la abundancia de mano de obra proveniente del campo; - un sector agrario compuesto por dos estructuras distintas, una con grandes concentraciones de tierras fértiles en manos de pocos propietarios insertos en una producción capitalista, y por otro lado, una gran población agraria que no cuenta ni con la organización ni con las mínimas condiciones para concurrir al mercado con sus productos, conformándose así una estructura regional, donde las zonas de mayor desarrollo económico utilizan la mano de obra de las zonas con menos posibilidades para su propio desarrollo, siendo así complementarias y dependientes unas zonas de otras.

Este tipo de desarrollo económico trae implícitos una serie de problemas, como ser la acentuada concentración de la renta, bajos niveles salariales y de ocupación, baja disponibilidad de alimentos para el consumo, etc., que van a determinar las condiciones de vida de las poblaciones que se expresan en los bajos índices de nutrición, baja escolaridad, precarias condiciones de vivienda, etc.

Desde este punto de vista, podemos analizar ciertos datos en el área:

La población económicamente activa es similar al promedio nacional, aunque es más alta en los municipios del sur que en los del norte, correspondiendo más de la mitad a la agricultura.

La mayoría de la población de la región habita localidades menores de 700 habitantes y mayores de 300; y, a pesar de

la red de caminos relativamente extensa existente en el área, son numerosas las poblaciones de difícil acceso, sobre todo en las zonas montañosas, donde muchas de ellas están en una situación de aislamiento, con carencia absoluta de servicios.

Estos datos se relacionan con los que describen que en el Estado de Querétaro, en localidades de menos de 2.500 habitantes, el 100% de las familias no cubren el gasto mínimo real teórico.

Si observamos la pirámide etaria de la población, notamos una estructura más joven que la media nacional, ya que el 35% tiene menos de 9 años, (33% a nivel nacional), hecho que posiblemente resulta de la gran migración de población económicamente activa masculina, durante el período de sequía, que en algunas regiones de Cadereyta llega al 85% de esta población.

El reducido número de escuelas primarias en el campo, además de la inserción temprana en la producción de la población en edad escolar, son algunos de los elementos que resultan en que el 50% de la población de 10 años o más del área, no está alfabetizada.

Las viviendas son insuficientes y de baja calidad, principalmente en el norte de la región, donde el 70% de ellas posee una sola habitación y no dispone de servicios.

Con una población predominantemente rural en el área, podemos suponer un estado nutricional deficiente, igual o peor a la media nacional, donde el 30% de los niños presentan un déficit de peso superior al 25% del correspondiente a su edad (según tablas somatométricas de México).

DIAGNOSTICO DE SALUD DEL AREA,

El panorama de salud-enfermedad del área en estudio, es similar al general de México, con una predominancia de enfermedades infecciosas y nutricionales, combinadas con las enfermedades llamadas "modernas": enfermedades cardiovasculares, accidentes, etc. Este panorama, como algunos estudios lo resaltan (26), no puede ser explicado por el subdesarrollo económico, sino en términos del proceso histórico de desarrollo del capitalismo en el país. (Cuadro F)

Encontramos en la región tasas de mortalidad general por encima de la media nacional, y en forma creciente desde los municipios del sur (8.9 y 11.6), a los del norte (14.6 y 12.1).

Entre las diez principales causas de defunciones, están en los dos primeros lugares los rubros de influenza y neumonías y el de gastroenteritis, los cuales representan el 50% de todas las causas de muertes de la región.

Hay una predominancia de enfermedades infecciosas entre las causas de muertes en todos los municipios, ocurriendo que San Juan del Río es el único que no presenta tuberculosis entre las diez principales causas.

El rubro de avitaminosis y otras deficiencias nutricionales, a pesar de su habitual subregistro, está presente en todos los municipios, con tasas que varían de 65.79% la más alta, hasta 15.8% la más baja.

La mortalidad según grupos de edad en Tequisquiapan y San Juan del Río, sigue la distribución esperada, o sea, índices al

DATOS GENERALES COMPARATIVOS POR MUNICIPIO.

CUADRO F

	Población 1977	Densidad Población. 1977	Número Poblaciones con más de 300 habitantes.	GRADO DE DESARROLLO		SERVICIOS DE SALUD		Mortalidad General 1973	Mortalidad Infantil 1973
				Urbano	Rural	Urbano	Rural		
SAN JUAN DEL RIO.	67,550	104 Km2.	52	Gran Industria Manufactura - ra.	Agricultura de Alta Tecnología e Inversión de Capital.	1 Hospital rural 1 Clínica IMSS Regimen Ord. 3 Sanatorios - privados 11 Médicos privados.	3 Clínicas rurales. 1 Clínica CONASUCRO	8.9	73.1
TEQUILA-QUILABAN	22,849	71 Km2.	13	Industria Artesanal Turismo.	Turismo Agricultura de alta tecnología e inversión de capital.	1 Hospital Rural. 1 Clínica IMSS Reg.Ordinario 3 Médicos privados.	1 Clínica rural 1 Clínica CONASUCRO	11.6	112.1
EZEQUIEL MONTES.	13,313	111 Km2	8	Poca actividad económica.	Latifundio y Minifundio.	1 Clínica rural 7 médicos privados.	-	14.6	120.6
CADEREYTA	35,527	50 Km2	47	Poca actividad económica.	Latifundio y Minifundio. Producción MInera.	1 Hospital rural 1 Hospital solidario al campo 1 Sanatorio privado.	2 Clínicas rurales.	12.1	92.1

tos en el grupo de 0-1 año, disminuyendo en los grupos posteriores y volviendo a incrementarse después de los 45 años. Cabe señalar que estos dos municipios presentan tasas superiores a la media nacional en todos los grupos de edad.

En los municipios de Ezequiel Montes y Cadereyta, encontramos que el grupo de 1-4 años presenta tasas de mortalidad que superan considerablemente el grupo anterior de 0-1 años, o sea, 214.0 y 133.0, en contra de 120.4 y 92.1. Este hecho podría ser explicado en función del subregistro que ocurre en el grupo de 0-1 años y, además, sería consecuencia de los factores relacionados con las condiciones de vida, que afectan predominantemente al primer grupo de edad, pero que serían la base de las defunciones de los que alcanzan el grupo de 1-4 años.

Como un indicador de salud de la población, se usa el índice de mortalidad infantil, el que encontramos en el área en estudio de la siguiente forma: Ezequiel Montes 120.4, Cadereyta 92.1, Tequisquiapan 112.1 y San Juan del Río 73.1, datos que demuestran la gravedad de la situación de salud, sobre todo cuando conocemos la importancia del subregistro, y que al ser comparados con el grado de desarrollo económico de los diferentes municipios, (Cuadro F), nos muestran una gran dependencia entre ambos factores.

En cuanto a las principales causas de mortalidad infantil, se observa que con excepción del rubro "ciertas causas de mortalidad y morbilidad perinatal", todas las demás corresponden a causas infecciosas o nutricionales, corroborando el diagnóstico de las precarias condiciones de vida de estas poblaciones.

El peso de los padecimientos infecciosos y la desnutrición endémica, hechos relevantes en el diagnóstico de salud, - son la traducción de los problemas estructurales de nuestra sociedad: transformación forzada de una economía de subsistencia, proletarización creciente de las poblaciones rurales, pauperización de proletariado, etc.

Otro elemento a analizar en el diagnóstico general, es como se da la organización de los servicios de salud en el área, entendiéndola como una respuesta social al proceso salud-enfermedad.

Encontramos en el área tres grupos de instituciones:

Público.- La Secretaría de Salubridad y Asistencia posee tres centros de salud "B", localizados en cabeceras municipales y siete Clínicas Rurales, una de ellas ubicada en la cabecera - del municipio de Ezequiel Montes y las otras ubicadas en poblaciones de los diversos municipios.

Seguro Social.- El I.M.S.S. dispone en régimen ordinario de una clínica T3 tipo 1 en San Juan del Río y una clínica T3 tipo 3 en Tequisquiapan. Además, en régimen de Solidaridad al Campo, cuenta con una clínica-hospital en Cadereyta y dos consultorios rurales (I.M.S.S.-Conasupo), ubicados en ejidos. El I.S.S.S.T.E. por su parte, no cuenta con servicios propios en el área; subroga servicios a médicos particulares en las cuatro cabeceras municipales.

Privado.- La medicina privada presta sus servicios en base a cuatro sanatorios, de los cuales tres se encuentran en San

Juan del Río y el cuarto en Cadereyta, además de veintidós médicos, 11 de los cuales actúan en San Juan del Río, 3 en Tequisquiapan, 7 en Ezequiel Montes y uno en Cadereyta.

El cuadro G contempla los recursos materiales y humanos de que disponen las instituciones de la S.S.A. e I.M.S.S.S. en el área, donde podemos observar una distribución desigual de los mismos, con predominio del I.M.S.S., aún más cuando sabemos que el I.M.S.S. asegurado sólo cubre el 20% de la población en el área.

Esta información cuantitativa nos da una idea de la disponibilidad de recursos, pero fue complementada por datos cualitativos recabados en diversas visitas a las unidades del área. Así es que se observa una gran concentración de recursos en las cabeceras municipales y una insuficiente red de unidades, en precarias condiciones, ubicadas en poblaciones rurales (siete clínicas rurales de la S.S.A. y dos consultorios rurales del I.M.S.S.-Conasupo).

La accesibilidad a las unidades puede ser analizada en el cuadro H, donde se resaltan las limitaciones geográficas y temporales en la mayoría de las clínicas rurales (S.S.A.). En cuanto a las restricciones económicas a la accesibilidad de los servicios, en el caso del I.M.S.S. régimen ordinario, residen en la posibilidad (relativamente escasa en la zona), de tener una ocupación que cumpla los requisitos mínimos que permitan ser un asegurado, mientras que en el caso de la S.S.A., donde se cobran cuotas de recuperación, que en primera instancia parecen

RECURSOS DE SALUD EN LA ZONA DE ESTUDIO.

CUADRO 6

RECURSOS MATERIALES										RECURSOS HUMANOS															
					Camas					Medicina					Enfermería										
					Medicina	Cirugía	Pediatría	Obstetricia	Total.	Médicos	Internos	Pasant. Medic. Odontólogos y Pasant. Odont.	Total	Enfermeras Auxiliar de Enfermería	Total	Administ. Inten- dencia y Otros.	Total								
S. S. A.					7 Centros "C"	-	-	-	7	-	-	8	-	-	-	-	-	15							
S. S. A.					3 Centros "B"	14	2	2	3	3	5	10	1	16	2	25	27	17	69						
S. S.						21	2	2	3	10	5	18	1	24	2	32	34	17	75						
T O T A L					21	2	2	3	10	8	5	8	38	59											
MIS. Reg. Ord - Clínicas T-3					8	-	1	1	2	2	6	-	8	14	6	-	5	2	13	2	17	19	31	35	
2 Clin. CONASURO Hosp. Solidarid. al Campes.					2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	2	-	-	4				
T O T A L					10	1	1	1	1	1	9	12	17	15	53	6	10	4	2	22	9	22	31	3	56
T O T A L					12	1	1	1	1	1	9	12	17	15	53	8	10	4	2	24	9	24	33	3	60
Medicina Privada					24	-	-	4	4	-	-	-	-	23	23	24	-	-	-	-	-	-	-	24	
T O T A L					65	3	4	9	17	3	23	17	25	84	149	43	10	27	5	85	13	73	86	23	194

* Dato Incompleto.
Fuente: Recolección Directa.

ACCESIBILIDAD POR UNIDAD.

	UNIDADES DE LAS DIVERSAS UNIDADES																		
	Centros "B" SSA		CENTROS "C"		S. S. A.		T3 IMSS Régimen Ordín.		Clínica de Solidaridad al Campo.		P R I V A D O S								
	S. J. de R.	T	C	El Sitio	Paso de Palo mas.	El Tejo cote.	Ezequiel Montes.	Viza - rón	El Doc- tor.	R	T	Cade - reya	La Valla.	Fonte - zuelas	Chava - rín.	Materno Infantil	Del Car - men	Cade - reya.	
Geográfica	1	1	1	3	2	2	3	1	1	3	1	1	2	2	1	1	1	1	1
Temporal	2	2	3	1	1	2	2	3	3	1	1	3	2	2	2	2	2	3	3
Económica	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1	1	1	4	4	4	4	4

- Geográfica {
1. Fácil
 2. Regular
 3. Difícil.

Temporal zona de cobertura en horas.

- {
1. - 1 hora
 2. 1 a 2 horas
 3. más 2 horas.

Económicas.

- {
1. Población abierta
 2. Cuota Recuperación
 3. Clientela cautiva
 4. Servicios pagos.

ser excesivas para el nivel económico de la población, la situación no es tan clara, dado que gran parte de ésta, (como se discutirá más adelante), se atiende en la medicina privada.

Otro elemento de fundamental importancia es la canalización de pacientes en las instituciones. De parte de la S.S.A., se evidencia en la práctica la inexistencia de esquemas de referencia, pues las clínicas rurales están aisladas, imposibilitadas de usar recursos de mayor complejidad existentes en los Hospitales Rurales, como ser Laboratorio y RX, y en caso de que un paciente sea referido al centro intermedio, debe realizar su traslado por medios propios, en la medida que todos los hospitales rurales del área no cuentan con ningún tipo de transporte, lo que dificulta realizar un esquema de referencia a niveles más complejos.

El I.M.S.S. régimen ordinario, hace un uso en ciertos casos inadecuado de la canalización de pacientes, como es el caso de una clínica que, a pesar de disponer de médico cirujano y quirófano, no realiza partos de primigestas, pues alega no contar con anestesista en su cuadro de personal. (Por norma se establece en el I.M.S.S. que las clínicas T3 no podrán realizar partos de primigestas). La ropa para lavar es trasladada en esta institución de una unidad a otra en las ambulancias de que disponen, hecho que confirma el dispendio de recursos que se realiza en algunos de los casos.

Otro elemento de interés en la organización y funcionamiento de los servicios de la zona, es el hecho de que en Cadereyta, luego de que empezó a funcionar la Clínica de Solaridad al Cam-

po del I.M.S.S., (hace 4 años), la unidad de la S.S.A., distante a sólo 300 metros de ella, ha visto reducida notoriamente la demanda de servicios, dado que la población a que antes atendía lo hace ahora en la Clínica del I.M.S.S., encontrándose por ello esta unidad en parte inactiva.

DIAGNOSTICO PROGRAMATICO.

A partir de un diagnóstico programático de todas las unidades operacionales (Cuadro No. 1 al No. 40), de las diferentes - instituciones (S.S.A., I.M.S.S., y privadas), existentes en el - área, se elaboran cuatro tipos de concentrados de datos: uno general (Cuadro No. 1), uno institucional (Cuadros No. 2,5,6 y 9), uno por modelo de unidad operacional (Cuadros No. 3,4,5,8 y 9) y otro por municipio (Cuadros No. 10,23,30 y 33), con el objetivo de visualizar las diferencias de productividad, concentración de actividades, disponibilidad de recursos, etc., en los diversos - tipos de agrupaciones.

De los numerosos datos recogidos en estos cuadros, se ana- lizarán en este diagnóstico sólo los correspondientes a: productividad de la hora médico, grado de ocupación de las camas, pro- medio de consultas por habitante, cobertura institucional de partos y cobertura en vacunas, además de las cifras absolutas de - cantidad de partos y consultas externas, ya que son datos que reúnen las características de comparabilidad y confiabilidad y - que como se observará, presentan grandes diferencias de un cua- dro a otro, lo que nos permitió una fácil comparación que apunta hacia las conclusiones del siguiente capítulo.

En el consolidado total del área (Cuadro No.1), se puede apreciar una muy baja utilización de los servicios, que se evidencia entre otras cosas por una muy baja productividad en la consulta médica de todos los programas, que es de 1.69 consulta hora/médico, lo que resulta muy bajo si se compara con normas internacionales (4 a 6 consultas/hora).

Es conveniente aquí hacer la aclaración de que cuando no se disponía del dato de la cantidad de horas médico lo suficientemente desagregadas para llenar los cuadros, se procedió a atribuir el 20% del total a la internación y el 80% a la consulta (situación que ocurrió en el 40% del total); es posible que este procedimiento haya influido negativamente en la productividad de las horas médico en consulta (1.69 consulta/hora/médico), pero en este caso, debemos reconocer que una modificación de esta cifra disminuiría consecuentemente la productividad de la hora médico por día paciente (0.54), ya extremadamente baja.

En cuanto a la productividad de las camas, también se puede observar una muy baja utilización de los servicios instalados, ya que el total de camas (149), produce sólo 5001 egresos en el año, lo que representa 33.6 egresos por cama/año y una ocupación de sólo 30.3% de la capacidad instalada (ocupación óptima en hospitales generales según normas internacionales estaría por arriba del 80%).

No es posible hacer diferencias entre las productividades de los diferentes programas en este cuadro, ya que la información referente a ellas por parte del I.M.S.S. no presentaba esta desagregación, encontrándose entonces todas sumadas en forma de

consultas externas, tanto en los cuadros de esta institución, como en los consolidados correspondientes.

Analizando los datos referentes a la hospitalización, en--
contramos que el grado de ocupación fue en promedio de un 30.3%,
siendo en medicina general 38.3%, 27.3% en gineco-obstetricia, -
18.9% en cirugía y 40.6% en pediatría.

Cuadro I.- Número de camas y su ocupación por especialidad.

	No. de camas	%	Días pacien- te disponible	Días pacien- te usados	Grado de ocupación
Medicina general	23	15.4	8.395	3.216	38.3
Gineco-obstetricia	84	56.4	30.660	8.383	27.3
Cirugía	17	11.4	6.205	1.172	18.9
Pediatría	25	16.8	9.125	3.704	40.6
Total	149	100	54.385	16.475	30.3

Resumido del cuadro No.1.

Sería esperable que el grado de ocupación de las camas de gineco-obstetricia fuese el más alto, debido a las característi-
cas especiales de los pacientes allí atendidos (fundamentalmen-
te partos con corta estancia y gran rotación de camas). En este
caso no ocurre así, por el peso relativo de los centros de salud
"C" de la S.S.A., que cuentan con el 24% de las camas para aten-
ción materna, habiendo realizado sólo el 3.5% de los partos en -
el año, lo que significa un promedio de ocupación de 3.0%

Por su parte, las cifras absolutas de actividades y su com
paración con la población sobre la cual se realizaron, nos mues-
tra lo insuficiente de los servicios prestados, dado que por - -
ejemplo, sólo se realizaron en las instituciones el 50% de los -

partos esperados, (calculados en base a la tasa de natalidad - (44.6 x 1000) y el total de población), cifra similar a la cobertura alcanzada en actividades de vacunación en los tres produc--tos inmunizantes elegidos (Sabin, DPT y Antisarampionesa), donde casi la mitad de los niños menores de un año quedaron sin vacu--nar; ésto sin considerar la posibilidad de que parte de las inmu--nizaciones fueron suministradas fuera de este grupo de edad, lo cual aumentaría aún más la cifra de susceptibles.

Cuadro J.- Cobertura de partos y vacunación.

	Partos	Inmunizaciones	
Actividades teóricas a realizar.	6.210	Sabin	4.998
		D.P.T.	4.998
		A.Sar.	4.998
Actividades realizadas	3.051	Sabin	2.719
		D.P.T.	2.687
		A.Sar.	2.800
%	49.2	Sabin	54.4
		D.P.T.	53.8
		A.Sar.	56.0

Resumido del Cuadro No.1

El total de consultas otorgadas también es extremadamente bajo, si lo comparamos con cifras internacionales (4 consultas por habitante al año), ya que se realizaron 1.2 consultas por habitante, dicho esto sin considerar, pues los datos no lo permiten, la diferencia entre primeras consultas y subsecuentes, lo que nos daría una cifra más precisa y aún más baja.

De los datos correspondientes a los concentrados por instituciones (cuadros No.2,5,6,9), surgen algunos datos interesantes, como podría ser la poca importancia de los servicios de la S.S.A. en el total de consultas externas, al mismo tiempo que los médicos privados dan más del 30% de ellas.

Cuadro K.- Número de consultas y productividad por institución.

	Consulta ext.		Productividad hora, med. cons. ext.
	Abs.	%	
S.S.A.	27.420	16.2	0.97
I.M.S.S.	44.457	26.4	2.90
S. al C.(#)	41.856	24.8	1.68
Privados	55.042	32.6	1.77
Total	168.775	100	1.69

Resumido de cuadros No. 2,5,6 y 9

(#)S. al C. - Solidaridad al campo.

Es interesante destacar al respecto que los datos sobre las actividades realizadas por la medicina privada en la zona, son los menos confiables de todos los relevados, (fundamentalmente la productividad por cama), dado que se obtuvieron por comunicación oral y espontánea, y que seguramente son simplemente una estimación muy por debajo de la realidad. Esta situación aparece bastante clara al ver la tabla correspondiente a la productividad de la hora médico por consulta, donde la cifra correspondiente a la medicina privada (1.77), se encuentra apenas por encima de la media total (1.69), diferencia que según observaciones puntuales, debería ser mucho mayor. Esta tabla nos habla también de la baja productividad que registra la S.S.A.,

mientras que es el I.M.S.S. régimen ordinario, quien alcanza las cifras más altas, como se puede confirmar al analizar los valores de la cantidad de consultas otorgadas por habitante, situación que más adelante se comentará, pero que podemos adelantar parte de la diferente "razón social" de ambas instituciones.

Cuadro L.- Consultas por habitante en I.M.S.S. y resto de instituciones.

	I.M.S.S.	Resto (#)	Total
No. Cons. Ext.	44.457	124.318	168.775
Población	17.290	121.949	139.239
Cons./hab.	2.6	1.0	1.2

Resumido de cuadros No. 2,5, 6 y 9

Resto- S.S.A. + Solidaridad al campo + Med. Privada.

Al ser comparadas las diferentes instituciones en los datos correspondientes a la hospitalización, surgen resultados similares a los vistos al respecto de la consulta externa, ya que se ve por un lado, la baja productividad y ocupación de las camas de la medicina privada, (situación que seguramente no responde a la realidad), mientras que en la medicina institucional, los valores correspondientes a los servicios de la S.S.A., se encuentran siempre por debajo del promedio general y los del I.M.S.S. continuamente por encima, llegando a ser la productividad de sus camas (58.6%), de casi el doble que el promedio total (33.6 egresos por cama año).

Cuadro N.- Productividad y grado de ocupación de las
camas por institución.

	Camas		Egresos	Productividad por cama	Grado de ocupación
	Abs.	%			
S.S.A.	59	39.6	1.839	31.2	21.4
I.M.S.S.	14	9.4	821	58.6	35.1
S. al C. (#)	53	35.6	1.704	32.2	44.5
Privados	23	15.4	637	27.7	17.5
Total	149	100	5.001	33.6	30.3

Resumido de cuaros No.2,5,6 y 9

(#) S. al C. Solidaridad al Campo.

El peso del número de partos realizadas en cada una de las instituciones nos muestra que el 40% se realizaron en la S.S.A., el 25% en el I.M.S.S., Solidaridad al Campo y el 15% en el régimen ordinario, correspondiendo el restante 20% a las clínicas privadas.

En cuanto a las actividades de vacunación, es de interés - destacar que la S.S.A. realiza aproximadamente el 30% de las - mismas, mientras el I.M.S.S., ambos regímenes, se ocupa del resto.

Cuadro M.- Porcentaje de actividades de vacunación por institución.

	Vacunas					
	Sabin		D.P.T.		Antisarampionosa	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
S.S.A.	1045	38.4	869	32.3	403	14.4
I.M.S.S.	665	24.5	656	24.4	565	20.2
S. al C. (#)	1009	37.1	1162	43.3	1832	65.4
Total	2719	100	2687	100	2800	100

Resumido de cuadros No. 2,5,6 y 9

(#) S. al C. Solidaridad al Campo

Los cuadros número 3 y 4 nos muestran la distribución a lo interno de la S.S.A. en la zona, según una agrupación por tipo de servicios, en hospitales rurales y clínicas rurales y nos permite ver claramente la baja utilización y productividad de las segundas, desde que disponen de recursos levemente superiores y un número de actividades de partos más de 11 veces menores a los primeros, así como la productividad y ocupación de sus camas.

Cuadro 0.- Productividad y grado de ocupación de las camas por tipo de unidad en la S.S.A.

	Camas		Partos		Productivi- dad cama de gineco- obstetricia	Grado ocu- pación - cama obst.
	Abs.	%	Abs.	%		
Centros "B"	18(#)	47.4	1089	91.2	65.1(#)	40.9(#)
Centros "C"	20	52.6	105	8.8	5.3	3.0
Total S.S.A.	38	100	1194	100	33.61	21.0

Resumido de cuadros No. 2,3 y 4

(#) Esto sin considerar que en los datos correspondientes a los hospitales rurales, se tomaron 83 egresos de ginecología como partos, por no poder separar la utilización de las camas, corrección que de poderse realizar, aumentaría aún más la diferencia.

Las actividades de vacunación nos señalan de igual modo la baja utilización de las clínicas rurales, que sólo realizaron aproximadamente el 30% de las inmunizaciones que aplicó la S.S.A. (Cuadro No.4)

Al observar los datos de los diversos servicios del I.M.S.S. bajo regímenes distintos, (Solidaridad al Campo y Régimen Ordinario), vemos cifras de productividad por cama muy diferentes entre sí, siendo las del Régimen Ordinario casi del doble de las del régimen de Solidaridad al Campo, situación que contrasta con la productividad de la hora médico por paciente día, donde la diferencia se invierte, lo cual puede ser explicado en parte por la diferente complejidad de los servicios, pero también es posible que exista en el régimen ordinario una preocupación ma-

yor por reducir al mínimo la internación y por ende la inactividad del paciente (internación promedio: 2.18 días en el Régimen Ordinario y 5.06 días en el régimen de Solidaridad al Campo).

Cuadro P.- Productividad y promedio de internación por diferente régimen en el I.M.S.S.

	Camas		Egresos		Product. cama/año	Product. h.m. pac.día	Promedio inter.
	Abs.	%	Abs.	%			
Reg. ordinario	14	20.9	821	32.5	58.6	0.38	2.18
S. al C. (#)	53	79.1	1704	67.5	32.2	0.70	5.06
Total I.M.S.S.	67	100	2525	100	37.7	0.61	4.12

Resumido de cuadros No. 5 y 6

(#) S. al C. Solidaridad al Campo.

La productividad de la hora médico en consulta externa en el Régimen Ordinario, nos muestra los valores más altos (2.90 - consulta/hora médico) alcanzados en la zona, mientras que todo lo contrario ocurre con el número de partos y de inmunizaciones completas realizadas, donde el régimen de Solidaridad al Campo realiza más del 60% de las actividades.

El estudio de las diferencias entre los diversos servicios privados existentes en el área no se realizó, por estar limitado por la inexactitud de la información recibida, y nuestra - - preocupación central con respecto a ellos será su peso relativo en la prestación de la atención médica en los diferentes municipios.

El análisis de las concentraciones de datos por municipio nos permite observar, dentro de la carencia de servicios que es norma en la zona, un gradiente de utilización de éstos que coincide con el ordenamiento de grado de desarrollo socio-económico que habíamos descrito en páginas anteriores.

Cuadro Q.- Actividades por habitante y cobertura de vacunas y partos por municipio.

	San Juan del Río	Tequis- quiapan.	E. Montes	Cade- reyta
Cons. Gen. por Hab.	1.2	1.1	0.58	1.4
Egr. Gen. por Hab x 1000	37.6	16.6	2.8	57.6
% Partos Institucionales	56.5	26.5	6.2	65.8
Vacunaciones compl. Sabin	0.56	0.23	0.37	0.77
por menores de D.P.T.	0.53	0.12	0.23	0.92
1 año. A.Sar.	0.45	0.10	0.09	1.20

Resumido de cuadros No. 10, 23, 30 y 33

Aunque es de destacar que este gradiente anteriormente -
palnteadado, se encuentra distorsionado en lo relativo al munici-
pio de Cadereyta, lo cual se debe a que no se pudo, por caren-
cia de registro, deslindar la población que atiende la Clínica
de Solidaridad al Campo que no pertenece a la región que nos -
ocupa, lo cual infla las cifras cuando se refiere a la pobla- -
ción del municipio. Esta situación se hace evidente al consta-
tar las altas cifras de cobertura en vacunación, que llegan en
el caso de la vacuna antisarampionosa a sobre pasar significati-
vamente el 100%, cuando son consideradas solamente para este mu-
nicipio.

En el caso del municipio de San Juan del Río, encontramos al analizar las cifras absolutas de consultas por institución, que la S.S.A. otorga sólo el 15% del total, mientras que la medicina privada es responsable por el 40% y el I.M.S.S. por el otro 40% (aproximadamente). Esto se refleja de alguna manera en la cantidad de consultas externas por habitante, ya que considerando sumadas las cifras de la S.S.A. con las correspondientes a la medicina privada, así como las del consultorio rural del régimen de Solidaridad al Campo, (por no poder separar las poblaciones a las que dan atención), apenas llegan a la tercera parte de las consultas que otorga el I.M.S.S. a sus asegurados (1,00/2,50 consultas por habitante año).

Las cifras de productividad de la hora médico en consulta externa es igualmente muy diferente, siendo la correspondiente al I.M.S.S. mucho más alta que las de las otras instituciones.

Cuadro R.- Número de consultas externas absoluto, por habitante y su productividad por institución en el municipio de San Juan del Río.

	Cons. ext. Abs.	%	Cosn. ext. gen. por hab.	Produc. hora men.en cons.ext.
S.S.A.	13.349	15.3	0.25	1.20
Privado	36.337	41.6	0.68	1.7
S. al C.*	3.058	3.50	0.06	1.55
I.M.S.S.	34.625	39.6	2.5	3.0
Todos	87.369	100	1.3	1.89

Resumido de cuadros No.10, 11,17,18 y 19

* S al C. Solidaridad al Campo.

En cuanto a los valores de las cifras de hospitalización, en el municipio de San Juan del Río, llama la atención el gran peso que tiene la actividad privada, que realizó el 20% de los egresos hospitalarios, sin considerar las inexactitudes que estos datos seguramente presentan.

Cuadro S.- Número de camas, egresos y su productividad por institución en el municipio de San Juan del Río.

	Camas		Egresos		Productividad cama
	Abs.	%	Abs.	%	
S.S.A.	24	47.1	1389	54.7	57.9
Privado	18	35.3	517	20.4	28.7
I.M.S.S.	9	17.6	633	24.9	70.3
Todos	51	100	2539	100	49.8

Resumido de cuadros No. 10, 11, 17 y 19

En el municipio de Tequisquiapan, estas tendencias aquí apuntadas se confirman, ya que aquí también es la S.S.A. quien otorga menos consultas externas, siendo la diferencia entre los valores del monto de consultas por habitante aún mayor que en San Juan del Río (0,83/2,81 consultas por habitante año), entre las otorgadas por el I.M.S.S. y el resto de las instituciones que actúan sobre población abierta.

Cuadro T.- Número de consultas absolutas, por habitante y su productividad por institución en el municipio de Tequisquiapan.

	Consult. Abs.	Ext. %	Consul. ext. por habitante	Productividad hora.méd.cons.ext.
S.S.A.	6.694	25.9%	0.35	0.96
Privado	7.559	29.2	0.39	1.8
S. al C.*	1.785	6.9	0.09	0.93
I.M.S.S.	9.832	38.0	2.81	2.6
Todos	25.870	100	1.13	1.53

Resumido de cuadros No. 23, 24, 27, 28 y 29

* S. al C. Solidaridad al Campo.

Así como es notoria aquí también, la diferencia entre las productividades de la hora médico por consulta entre el I.M.S.S. (2.6 consultas/hora médico) y las demás instituciones (1.2 consultas/hora médico), es de destacar así mismo las diferencias entre la productividad del recurso cama entre el I.M.S.S. (37.6 egresos por cama año), y la S.S.A. (12.7 egresos por cama año).

En el municipio de Ezequiel Montes, el 81.2% de las consultas son realizadas por los servicios privados, correspondiendo a la S.S.A. solamente el 18.2% de las mismas.

Por su parte, en el municipio de Cadereyta, se puede apreciar la baja utilización de los servicios de la S.S.A., que realizaron aproximadamente el 10% de las actividades, tanto de consulta externa como de hospitalización en el municipio, presentando en ambas actividades la productividad más baja registrada en

el municipio y de las menores de toda la región (0.82 consulta/hora médico y 12.3 egresos cama año respectivamente).

El médico privado, único en el municipio, da similar cantidad de consultas que toda la S.S.A. con una productividad mucho mayor (3 consultas/hora médico).

En este municipio es la Clínica de Solidaridad al Campo - quien presta la mayoría de los servicios de salud, otorgando - aproximadamente el 80% de las actividades, ya sean de hospitalización, consulta externa o vacunación.

Cuadro U.- Número de consultas externas y su productividad por institución en el municipio de Cadereyta.

	Cons. Abs.	Ext. %	Productividad hora, méd. cons. ext.
S.S.A.	5.925	12.4	0.82
S. al C. (#)	37.013	77.4	1.76
Privado	4.860	10.2	3.00
Total	47.798	100	1.60

Resumido de cuadros No. 33, 34, 39 y 40

(#) S. al C. Solidaridad del Campo.

Cuadro V.- Número de camas, egresos y su productividad por institución en el municipio de Cadereyta.

	Cama Abs.	%	Egresos Abs.	Egresos cama	Productividad por cama
S.S.A.	18	23.7	222	10.8	12.3
S. al C. (#)	53	69.7	1704	83.3	32.2
Privado	5	6.6	120	5.9	24.0
Total	76	100	2046	100	26.9

Resumido de cuadros No.33,34,39 y 40

(#) S. al C. Solidaridad al Campo

DIAGNOSTICO DE LA ESTRUCTURA DE PODER.

La investigación de la estructura de poder se realizó en dos diferentes sentidos: por un lado, se investigó la línea de poder institucional y por otro lado, la de la comunidad, dentro del marco en que se conceptúa poder, no como una entidad aislada, sino como la capacidad de ejercerlo.

En cuanto a las instituciones, pudimos apreciar cómo el poder de ambas (I.M.S.S. y S.S.A.), se ejerce como parte de una estructura organizacional y por ello, con cierto grado de verticalidad, si bien tiene características diferentes según el caso.

En la S.S.A., existe por lo general una importante autonomía en el manejo de las unidades por parte de los respectivos directores; esta situación ocurre tanto a nivel de los centros "B" como de los "C" y se encuentra posibilitada por la poca conexión existente entre los diferentes niveles.

Por lo general, los centros "C" no son visitados por los directores de los centros "B" periódicamente como debería ocurrir, y éstos a su vez mantienen una relación de contactos esporádicos con las autoridades centrales, o sea que en general, el contacto entre los niveles inmediatos, se realiza al acudir - los responsables del nivel inferior a entrevistarse con el nivel superior, pero en casi ningún caso en sentido contrario - (descendente).

En los centros "C", por lo restringido de su personal, - (un pasante de medicina y un auxiliar de enfermería), no podría existir a lo interno una compleja estructura de poder, pero es de interés destacar que a este nivel, en la zona donde funciona el plan de extensión de cobertura, (Municipio de San Juan del Río), las conexiones entre los auxiliares de comunidad y sus responsables inmediatos, los pasantes de los centros "C", sólo se realizan en los casos en que estos pasantes así se lo proponen de manera individual, pero sin ningún respaldo del resto de la institución.

En los centros "B" por su parte, el poder técnico del director (médico de más prestigio de la unidad), respaldado por su poder administrativo, lo transforman generalmente en la autoridad máxima e indiscutible en todo momento, la cual centraliza en su persona todas las actividades que se realizan. Esta situación es un poco particular en el centro "B" de Tequisquiapan, donde su director que cumple también funciones de presidente municipal, no asiste con regularidad a la unidad, creándose entonces un vacío de poder técnico administrativo muy importante pa-

ra el funcionamiento de esta unidad. Pero, en contrapartida, - él dispone de un status político, fuente de poder que le permite alcanzar logros para la unidad en las negociaciones.

En cuanto al manejo presupuestario y el poder que éste - confiere, la situación es común a toda la S.S.A., ya que en - ella, el mencionado presupuesto se elabora a nivel estatal, por parte de las propias autoridades de la institución, sin participación ni consulta a las unidades operativas que lo reciben ya aprobado. Por otra parte, este presupuesto así elaborado, es - adjudicado a las diferentes unidades como partidas, permitiendo el traspaso de fondos de un rubro a otro, lo cual significa un cierto poder del que disponen los directores de los diferentes centros.

En el Seguro Social, la situación es bastante diferente; en el régimen ordinario, se funciona en un esquema de poder vertical, tanto a lo interno como a lo externo de ambas clínicas - T3, en este caso, las relaciones de dependencia de las autoridades en Querétaro se hacen sentir continuamente, contando los - responsables de las unidades de un ámbito bastante restringido donde ejercer el poder administrativo.

A lo interno de las unidades, si bien hay una marcada verticalidad, existe al mismo tiempo un cierto grado de delegación de poder, que "emanado" de los directores, sigue la línea de la jerarquía médica de las unidades, permitiendo que las autoridades no sean absolutamente imprescindibles en un momento dado.

El Régimen de Solidaridad al Campo por su parte, funciona dentro de una cierta indefinición política, ya que el I.M.S.S.

en la actualidad no impulsa el funcionamiento de este régimen - como fue diseñado, pero tampoco ha delineado pautas claras y de finidas al respecto.

Este cierto grado de indefinición, ha permitido a la Clínica de Solidaridad al Campo de Cadereyta, moverse dentro de una relativa autonomía que no es la norma en una organización vertical como la del I.M.S.S. Esta clínica mantiene además amplias relaciones con las unidades rurales bajo su responsabilidad - (unidades rurales Conasupo). La estructura de poder a lo interno de la clínica, tiene características similares a las del resto de las unidades del I.M.S.S. de la zona, o sea, un director - que centraliza el poder de la institución, pero que al mismo tiempo delega parte de éste.

El manejo presupuestario es similar en ambos regímenes - del I.M.S.S., elaborado en forma vertical, sin ninguna ingerencia de las unidades y adjudicando como partidas de materiales y salarios, no permitiendo el traspaso de un rubro a otro, lo que limita aún más el poder de sus autoridades.

Posteriormente el análisis de la gestión de poder dentro de las instituciones, nos detuvimos en la identificación, desde la propuesta de coordinación, de los puntos de apoyo y oposición que ésta generaba.

Como primer paso, se investigó a nivel local la puesta en juego de poder, en un proceso político que se establece en las relaciones que determinaría un proyecto de coordinación, de lo que resultaron diferentes problemáticas, según cada uno de los

municipios investigados.

En San Juan del Río, se diagnòstica un conflicto claro en tre las instituciones, que a pesar de no poderse puntualizar la causa principal, se alcanzaron a recabar algunos elementos que constituirían la base del conflicto, como ser:

- 1) el conflicto creado entre dos instituciones del mismo nivel de complejidad y que se disputan la primacía en la responsabilidad por la salud, conflicto que se ve acentuado por la posibilidad de definición frente a un proyecto de coordinación.
- 2) conflictos de carácter personal entre sus directores, resultado del reemplazo del anterior director del I.M.S.S., quien mantenía relaciones de amistad con el director de la unidad de la S.S.A.

Esta situación de conflicto se expresó frente a este proyecto como una posición de autosuficiencia de los respectivos servicios, incrementada por el eventual aumento de ambas unidades, (que es un proyecto en marcha en las dos instituciones).

Como dato relevante al respecto, debemos resaltar que anteriormente, frente a una propuesta de coordinación de un programa específico (Planificación familiar), originada en los niveles centrales, se vio estancada en su implementación a nivel local.

En el Municipio de Tequisquiapan, no existe conflicto aparente entre las instituciones frente al proyecto de coordinación, a pesar de que la posición del director del I.M.S.S. --

Tequisquiapan es considerar que los servicios de salud no es el problema fundamental del sector, atribuyendo los graves problemas de salud del municipio a la situación "educacional", de "costumbre" y de "pobreza" de la población. Está dispuesto a una acción en este sentido, en la que piensa habría sólo mutuos beneficios, pero afirma también que este proyecto sólo sería viabilizado por decisiones a nivel central en la institución.

En el Municipio de Cadereyta, hay una situación muy particular, con facetas específicas de la zona, que resulta del hecho de que la S.S.A. viene asumiendo un papel secundario en la prestación de los servicios, desde el surgimiento de la Clínica de Solidaridad al Campo del I.M.S.S., con sus características de atención a población parcialmente abierta.

Este proceso ha motivado un debilitamiento en el poder de la unidad de la S.S.A., lo que ha resultado en una relación desigual entre ambas unidades, que delante del proyecto de coordinación puede ser así visualizada: la clínica del I.M.S.S. Solidaridad al Campo sólo se vería favorecida por una propuesta de coordinación, como piensa su directora, porque formalizaría una situación que de hecho se da en cierta medida, al funcionar la unidad como centro de nivel intermedio en un esquema de referencias de las unidades de la S.S.A. en la zona y porque en la medida en que un proyecto de coordinación se viera operacionalizado, asumiría una función aún más especializada que la actual, -

(para la cual está capacitada).

La S.S.A. por su parte, a pesar de no rechazar el proyecto de coordinación en primera instancia, lo encara tímidamente, con reservas motivadas por las repercusiones que la definición de la situación actual pudiera acarrear a este servicio.

El análisis de la estructura de poder en la comunidad, se debió restringir a las autoridades, voceros de ciertos grupos, personas claves, etc., de un solo municipio (Cadereyta), porque de otra forma, hubiera sido inalcanzable para este grupo.

La percepción del proceso salud-enfermedad en la comunidad, se manifestó en dos grandes grupos:

Un grupo, integrado por autoridades formales, maestros, farmacéuticos, etc., que afirman no tener la comunidad graves problemas de salud, que motiven una especial preocupación por ellos, si bien reconocen la existencia de graves deficiencias sanitarias, como ser la carencia de agua en todas las poblaciones excepto la propia Cadereyta, causa de una alta incidencia de gastroenteritis. Otro problema conocido es la cría de animales dentro del perímetro urbano del pueblo, sin la apropiada limpieza; uno de estos criaderos, con cierta importancia por su tamaño, se encuentra a unos 100 metros del hospital rural de la S.S.A., siendo la causa de la existencia de un gran cantidad de moscas en la zona.

El segundo grupo de opiniones corresponde a los ejidatarios, que afirman no tener ningún problema de salud importante, ya que si bien hay algunos enfermos, es "normal" que esto así suceda, o

dicho en otros términos, las neumonías, gastroenteritis, deficiencias nutricionales, no son percibidas como padecimientos, sino como fenómenos incorporados a su concepción de la normalidad. Tienen además una actitud de agradecimiento hacia las autoridades por los servicios de salud que existen en la zona, los que conceptualizan como un regalo.

En general, toda la población ve como bastante útil la labor realizada por las asistentes sociales del I.M.S.S. en la comunidad, a través de una periódica información y educación.

La desconformidad de la gente con la forma en que se dan los servicios de salud, no aparece clara cuando ésta se expresa de una forma global, pero es en cambio ostensible al realizar las preguntas de una manera más específica y directa; así se llegó a detectar una serie de puntos de conflicto entre la población y los servicios.

Es opinión generalizada, por ejemplo, que los pasantes de medicina dan un servicio de baja calidad, debido a su poca experiencia y a su baja preocupación, ya que muchas veces no viven en la zona y sobre todo, se van para otro lado al acabar sus funciones al cabo de un año. Esta situación es particularmente grave, opinan, en la S.S.A., donde casi todo el personal está formado por pasantes.

Otra observación que la población hace a los servicios, es al respecto de la demora que para ser atendidos sufren en la clínica del I.M.S.S., habiendo largas colas aún en casos de urgencias.

La Clínica de Solidaridad al Campo del I.M.S.S., atiende a la población campesina, fundamentalmente ejidatarios, negándose a atender (salvo casos de urgencia) a los habitantes del pueblo de Cadereyta, situación que crea graves conflictos.

En cuanto a las medicinas que las instituciones (I.M.S.S. e I.S.S.S.T.E.), entregan gratuitamente, hay una constante queja acerca de su calidad y de lo restringido de la lista que las engloba, motivando esta situación la compra de las medicinas recetadas, a pesar de ser entregadas gratuitamente por los servicios institucionales.

La actitud de la gente con respecto al médico privado es en cierta forma contradictoria. Los asegurados del I.S.S.T.E. que se atienden con él, están muy desconformes, pues da un trato preferencial a la clientela privada. Esta situación ha motivado una respuesta organizada en varias ocasiones por parte de los asegurados, pero nada han logrado con esta actitud. La situación creada causa continuos rozamientos, pues los asegurados reivindican sus derechos a una buena atención, afirmando que nada se les está dando, desde que ellos pagan este servicio que no les satisface en absoluto.

En cuanto a los pacientes privados, se constató una constante queja, pues el médico no atiende urgencias fuera de hora ni los fines de semana, habiendo tenido algunas veces que interceder ante él el cura del pueblo, para que atendiera un paciente de urgencia.

A pesar de esto, llama la atención lo mucho que son solicitados sus servicios, los que se pagan a un precio similar a -

las cuotas de recuperación de la S.S.A., además de los medicamentos que el mismo médico vende (la venta de medicamentos también sucede con los asegurados del I.S.S.S.T.E., ya que los que aquella institución suministra no "sirven").

Una vez realizado este diagnóstico de la percepción que la gente tiene de su estado de salud y de los servicios de la zona, se buscó determinar grupos o personas que, interesados en los problemas de salud, pudieran impulsar un proyecto de coordinación.

En años anteriores, existieron algunos grupos que se preocuparon por la salud; uno de ellos procuró mejorar y apoyar al hospital de la S.S.A., pero ésto fue antes de funcionar la clínica del I.M.S.S. y en la actualidad está disuelto. Otro grupo integrado por ejidatarios en fecha más reciente, realizó demandas para la instalación de la Clínica de Solidaridad al Campo del I.M.S.S. frente a las autoridades municipales, pero en la actualidad este grupo no se ha vuelto a reunir buscando la mejora de los servicios.

A este respecto, es interesante destacar el manejo político de que fue objeto la fundación de la clínica del I.M.S.S., así como los centros "C" de la S.S.A. de Vizarrón y El Doctor, que según se nos informó, se debió a la preocupación por los problemas de salud del anterior presidente municipal, cuando en realidad la mencionada clínica se construyó en ese lugar a cambio de una escuela secundaria que a último momento se decidió construir en otro. O sea que el anterior presidente municipal manejaba el problema de salud como fuente de poder político y -

así, la construcción de centros de salud se vio impulsada durante su mandato.

El único grupo organizado en el municipio que en algún momento se ha movilizado alrededor de los problemas de salud, es el Sindicato de los Trabajadores del Estado, que lo ha hecho - procurando una mejor atención por parte del médico particular. Este grupo tiene una gran posibilidad de movilizarse alrededor de problemas de salud, desde que uno de sus líderes es el exsecretario del anterior presidente municipal, preocupado por la futura elección y en busca de "causas" alrededor de las cuales lograr una mayor movilización de la población.

CAPITULO VII

ANALISIS Y SELECCION DE PROBLEMAS.

Las deficientes condiciones de salud-enfermedad de la zona, pueden ser avaladas por los altos índices de mortalidad, - además de presentar un gradiente entre los diferentes municipios, que reproduce una misma ordenación en cuanto al grado de desarrollo socio-económico en el área. Este hecho no encuentra explicación en una relación lineal entre desarrollo y salud, si no que se debe a la articulación que se establece entre las diferentes regiones, unas con un desarrollo caracterizado por - gran inversión de capital, intensa ocupación de mano de obra, - marcado desarrollo de las fuerzas productivas, etc., y otras de deprimidas, con altos índices de desempleo, baja productividad, y precarias condiciones de vida, donde unas dependen de las otras para disponer continuamente de mano de obra abundante y barata, produciéndose además una transferencia de capital desde las zonas deprimidas, a través de la mantención a bajos costos de los alimentos requeridos por la masa trabajadora.

La situación de carencias en que vive el grueso de la población de la zona, se manifiesta en el panorama epidemiológico a través del predominio de las enfermedades infecto-contagiosas y nutricionales, común a todos los municipios, aunque cuantitativamente se aprecian marcadas diferencias entre ellos, que no llegan sin embargo a alterar cualitativamente la mayoría de las 10 primeras causas de muerte.

La respuesta que se da a esta situación de salud por par-

te de los servicios, es una atención fundamentalmente de carácter individual y curativo, organizada en base a diversas instituciones, dirigidas a grupos determinados de población, en relación a las "funciones sociales" que cumple cada uno de ellos.

La distribución de los servicios de salud está directamente relacionada con el papel que cumple cada institución, lo que resulta en una distribución espacial con predominio urbano en la zona, que por otra parte no es patrimonio del área de trabajo, sino que responde a la generalidad del país. Se debe, como adelantamos anteriormente a la verdadera "función social" de los diferentes servicios de salud en el capitalismo, que dista mucho de una cabal preocupación por mejorar incesantemente el estado de salud de la población, y que en cambio, cumple principalmente funciones de reproducción y mantenimiento de la fuerza de trabajo y legitimación del Estado.

Los recursos de salud disponibles en la región, aparecen en primera instancia como suficientes en su monto global, según los índices aceptados (1 cama cada 934 habitantes), mas con una muy desigual distribución de cada institución, situación que se agrava al compararla con el número de habitantes que atiende cada una de ellas. (#)

Esta distribución desigual también es evidente en cuanto a la diferencia urbano-rural, ya que existe una abrumadora pre

(#) El I.M.S.S. régimen ordinario, atiende el 12% de la población y cuenta con el 9% de las camas y el 15% de las horas médico, produciendo el 16% de los egresos y el 26% de las consultas externas

ponderancia de las unidades urbanas y aquellas que escapan a esta regla, (7 clínicas rurales y 2 clínicas Conasupo), desarrollan su función en el más absoluto aislamiento, dada la baja funcionalidad del sistema de referencias.

Otro problema que resalta, es que a pesar de la insuficiencia de servicios a nivel rural, a pesar de la gravedad del panorama de salud en este medio, los pocos servicios existentes, no son utilizados, debido a la bajísima demanda por servicios de salud en la zona, que se evidencia en la baja productividad de estas unidades; situación que en el presente trabajo no se llegó a analizar detenidamente, pero se pudo visualizar algunos puntos referentes al problema, como son:

- a). Baja percepción por parte de la población de la problemática de salud-enfermedad,
- b). Una actividad institucional dirigida, no hacia la sensibilización de la población hacia los servicios, sino en "espera" de los pacientes,
- c). Gran parte de la población que no llega al servicio, lo que sucedería debido a limitantes culturales y económicas, como se puede identificar en la bajísima cobertura de partos de estos servicios.

A nivel urbano, los problemas se manifiestan como una duplicación de servicios, lo cual es el resultado de la atención parcializada según grupos sociales, lo que genera dispendio de recursos, dada la baja cobertura alcanzada.

Las instituciones analizadas en el plan, presentan una organización vertical, donde el poder de decisión de que las unidades periféricas disponen, no sobrepasa los límites que le confiere el marco institucional, por lo que cualquier propuesta o acuerdo que se tome a este nivel y que implique una redefinición de los centros de poder institucional, sólo puede ser tomada a nivel central.

El poder institucional ejercido a nivel periférico en su aspecto individual, nos permitió identificar elementos proclives a una propuesta de coordinación en la mayoría de los municipios, que podrían representar brechas posibles de ser utilizadas para acciones en común por los grupos organizados de población.

Se pudo identificar así mismo a este nivel de análisis, el problema que resulta del conflicto aparentemente personal, que existe en San Juan Del Río en las relaciones entre las dos principales instituciones (I.M.S.S., S.S.A.).

Otro hecho relevante para los objetivos de este estudio, es el bajo nivel organizativo de la población en general, y en el único caso en que existía, si bien había una importante preocupación por los problemas de salud, la organización representaba un grupo pequeño de población.

En resumen, los principales problemas existentes y pertinentes en el área serían:

- 1). Predominio de una práctica de servicios de salud de tipo curativo, que no responde a las necesidades -

del área.

- 2). Multiplicidad de instituciones, determinada por una atención dirigida a diferentes grupos sociales, que conlleva a una duplicación de recursos, en aquellas localidades en que estos grupos están representados y que además son objeto de interés de las mismas.
- 3). Pluralidad de esquemas de regionalización en el área, determinada por la distribución espacial diferencial de los grupos a quienes está dirigida la atención de cada una de las instituciones.
- 4). Bajo rendimiento de los diferentes servicios, con evidente dispendio de recursos.
- 5). Baja demanda de los servicios prestados por la S.S.A., a pesar de que la población de su área de influencia, no puede en general usar otro tipo de servicio.
- 6). Escaso funcionamiento del esquema de referencia, principalmente en la S.S.A., que lleva al aislamiento de las unidades más periféricas.
- 7). Insuficiencia de los sistemas de información estadística disponibles en la actualidad, además de una enorme variabilidad en las definiciones utilizadas.
- 8). Carencia de grupos poblacionales organizados, lo que limitaría la implementación de una propuesta de coordinación, buscada a través de una planificación

participativa con la población.

PROPOSICIONES

En base al estudio realizado, se buscó elaborar proposiciones, como alternativa a los problemas más obvios encontrados en el área. Estas proposiciones, que estarían dirigidas a la resolución de problemas aparentemente sencillos y que generalmente son abordados solamente como aspectos técnicos en propuestas de coordinación involucran decisiones políticas de alto nivel institucional, confirmando entonces la no existencia de una separación entre los niveles (político y técnico).

Hasta el punto donde llegó este estudio, no hubo una confrontación entre las posibles proposiciones que podrían ser implementadas y sus necesarias implicaciones con el poder central institucional; a pesar de que se hacía evidente a nivel local institucional la disposición hacia las proposiciones pero se reconocía al mismo tiempo, incapaz de tomar decisiones con respecto a éstas, no obstante su sencillez.

Las proposiciones elaboradas responden a la necesidad de racionalización de ciertos recursos, pero además servirían de base para la sensibilización hacia un proceso de coordinación, tanto de los grupos comunitarios, como de las unidades directamente implicadas.

PROPUESTAS COMUNES A LOS CUATRO MUNICIPIOS.

- 1). Constitución de comisiones integradas por represen-

tantes de las instituciones, conjuntamente con aquellos de la población organizada, detectados en estudios posteriores. Estas comisiones se encargarían de impulsar el proceso de la coordinación.

- 2). Promover a corto plazo la coordinación en programas específicos presentes en ambas instituciones, que en la actualidad se da en uno de los municipios de manera informal y poco eficiente.

CADEREYTA.

- 1). Formalizar el esquema de referencias que en la actualidad funciona de manera informal e incompleta y que involucra a la S.S.A. y al I.M.S.S. de régimen de Solidaridad al Campo, de forma que este último funciona como centro de referencia de máxima complejidad en el área.
- 2). Lo anterior, implicaría necesariamente la extensión de la población que actualmente atiende el I.M.S.S. Clínica de Solidaridad al Campo (esencialmente pobladores ejidales) a población abierta.
- 3). Cerrar el centro de la S.S.A. en Cadereyta, en cuanto actividad de atención médica directa, que pasaría a ser cubierta formalmente por la Clínica de Solidaridad al Campo.
- 4). Instrumentar, utilizando tanto el personal de la S.S.A. como las instalaciones, una unidad que tenga como funciones la coordinación de todas las activi-

dades extra hospitalarias de las diferentes instituciones, en cuanto a "extensión médica" y promoción de salud, como podrían ser: educación de parteras - empíricas, planificación familiar, programas de vacunaciones, educación para la salud y otros programas afines. El programa fundamental para esta unidad, dado el diagnóstico realizado en la zona, debería ser el de la educación para la salud, en términos de lograr una mayor percepción de la problemática de salud, que generará un aumento de la demanda, así como un verdadero interés en los grupos organizados hacia sus problemas de salud.

En conveniente resaltar aquí, que estas proposiciones - acarrearían implicaciones de lo más general a lo más particular, como sería la definición de la política del I.M.S.S. - hacia el régimen de Solidaridad al Campo, redefinición de las funciones de una unidad por parte de la S.S.A., definición de cuál de las instituciones decide primordialmente el mando en la unidad, y otros.

EZEQUIEL MONTES.

- 1). Formalización del esquema de referencia que funciona en la actualidad, de manera informal, refiriendo los pacientes del Centro "C" al I.M.S.S. Cadereyta.
- 2). Procurar que la S.S.A. declare el Centro "C" de Ezequiel Montes como primera prioridad de la zona, en cuanto a la asignación de recursos, para que de es-

ta manera pueda cumplir las funciones que esta localidad necesita, teniendo un mejor funcionamiento dentro del esquema de referencias propuesto.

SAN JUAN DEL RIO Y TEQUISQUIAPAN.

- 1). Promover el uso común de recursos que existen en una sola de las instituciones, en cada uno de estos municipios, evitando así el dispendio que sería la adquisición de éstos por las instituciones para cubrir sus respectivas deficiencias.

RECOMENDACIONES FINALES

Consideramos que este estudio presenta limitaciones en cuanto a los objetivos planteados en primera instancia, principalmente debido a lo restringido del análisis de la estructura de poder realizado, tanto en su intento de configuración del poder poblacional, como por lo incompleto del análisis institucional, en la medida en que éste se vio detenido a nivel local. Este estudio se consideraba fundamental para la implementación de las proposiciones aquí elaboradas; en la medida en que este grupo no alcanzó a superar las deficiencias señaladas, la implementación se vio limitada; pero, no obstante creemos que se abre un espacio de trabajo, que retomado por otros grupos, plantearía perspectivas importantes en la posibilidad de coordinación de servicios de salud en el área.

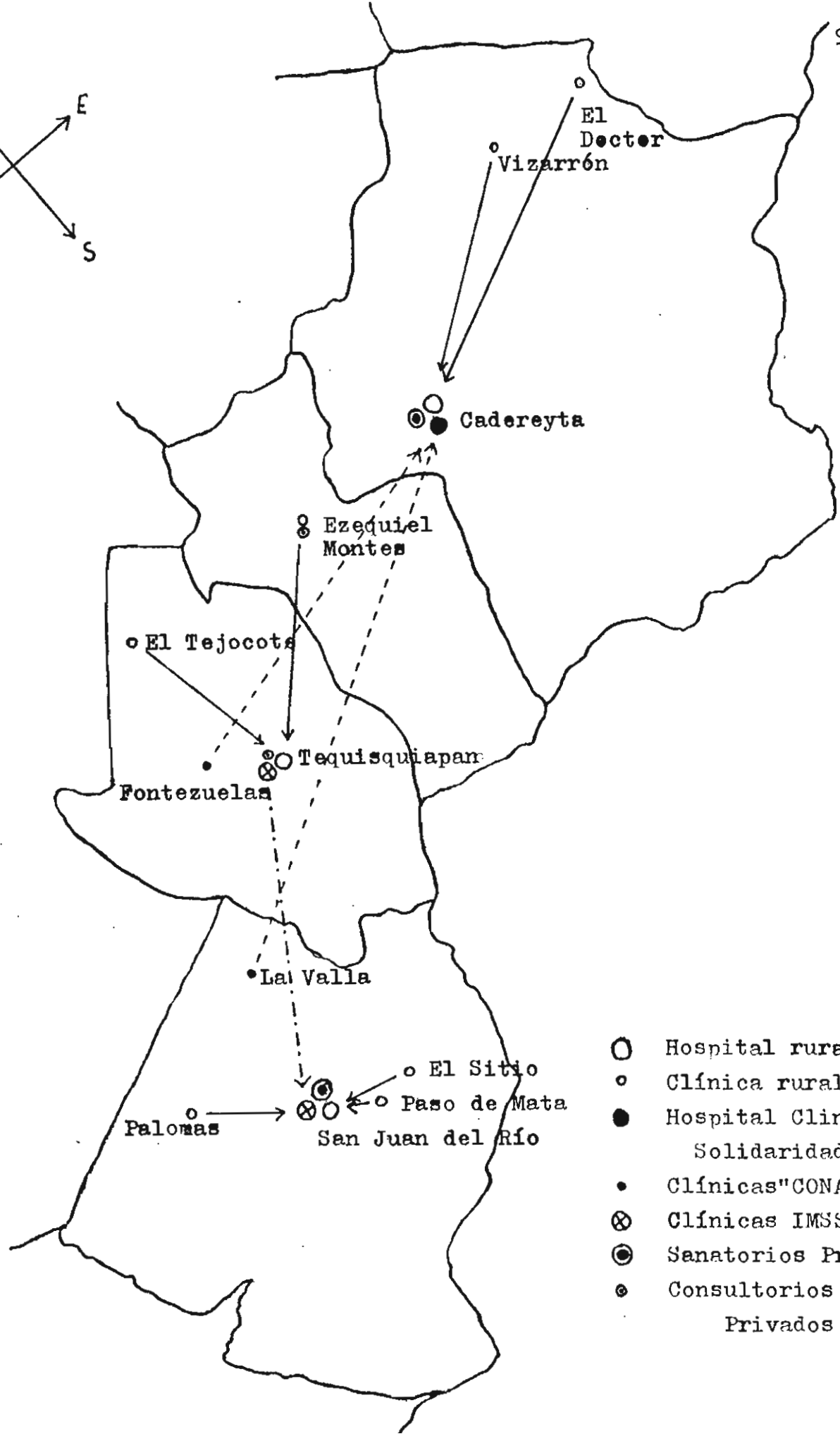
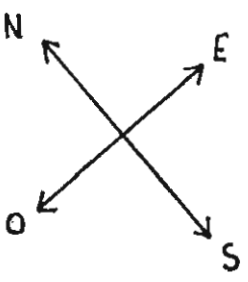
Consideramos que este estudio consiguió identificar algunos problemas en la organización de los servicios, como son:

irracionalidad, superposición y dispendio de recursos, y que a pesar de que estas inferencias son el resultado del estudio de un área, son elementos reveladores con respecto a la situación de los servicios de salud en todo el país.

Además, se abren líneas posibles de investigación, sobre problemas que este estudio no pudo concluir en todos sus aspectos, pero que serían fundamentales para la investigación en el sector salud. Entre estos se pueden señalar:

- Analizar la baja demanda de los servicios de la S.S.A., que se hace más evidente cuanto menor es el nivel de complejidad de las unidades.
- Investigar el gran peso que asume la medicina privada, ya sea institucionalizada como la práctica liberal, que allí se encuentra lejos de corresponder al 5% de cobertura que generalmente se acepta.
- Realizar un estudio de cómo se dan las representaciones sobre salud y sus implicaciones en cuanto al comportamiento frente a los servicios de salud de la masa poblacional.
- Profundizar las consecuencias de la suspensión de las campañas de vacunación y su reemplazo por el actual sistema de vacunación continua.

Finalmente, quisieramos señalar que éste sería el inicio de una serie de actividades, que deberían reunir los esfuerzos de las Universidades y de las Instituciones, para la mejor comprensión y solución de problemas en el sector.



- Hospital rural SSA.
- Clínica rural SSA.
- Hospital Clinica Solidaridad alCamp
- Clínicas "CONASUPO"
- ⊗ Clínicas IMSS.
- ⊙ Sanatorios Privados
- ◌ Consultorios Médicos Privados

DIAGRAMA INSTITUCIONAL

C.No.16	El Sitio			
C.No.14	Palomas	C.No. 4		
C.No.15	Paso de Mata	Consoli	C.No.2	
C.No.26	El Tejocote	dado		
C.No.31	Ezequiel Montes	Centros C	Consoli	
C.No.37	Vizarrón	S.S.A.	dado	
C.No.38	El Doctor			
C.No.12	Centro B S.J.del Río	C.No.3	S.S.A.	C.No.1
C.No.25	Centro B Tequisquiapan	Consoli		
C.No.35	Centro B Cadereyta	dado		
		Centros B		CONSO-
		S.S.A.		
C.No.17	T3 San Juan del Río	C.No.5		LIDADO
C.No.27	T3 Tequisquiapan	Consoli		
		dado		
		I.M.S.S.		TOTAL
		Régimen		
		ordinario		
C.No.7	I.M.S.S. Cadereyta	C.No.8	C.No.6	
C.No.18	La Valla	Consoli	Consolidado	
C.No.28	Fontezuelas	dado	Solidaridad	
		Clínicas		
		Conasupo		
			al Campo	
C.No.20	Chavarín	C.No.9		
C.No.22	Sanatorio del Carmen	Consoli		
C.No.21	Materno Infantil	dado		
C.No.29	3 Med.Priv.Tequisquiapan	Privado		
C.No.32	7 Med.Priv.E.Montes			
C.No.40	Med.Priv. Cadereyta			

DIAGRAMA MUNICIPAL

C.No.16	El Sitio	C.No.13 Consolidado	C.No.11 Consolidado		
C.No.14	Palomas	Centros C.	S.S.A.		
C.No.15	Paso de Mata	S.J.del Río	S.S.A.		
C.No.12	Centro B San Juan del Río	S.J.Del Río		C.No.10	
C.No.17	T3 San Juan del Río (I.M.S.S.)			Consoli	
C.No.18	La Valla			dado San	
C.No.20	Chavarín	C.No.19 Consolidado		Juan del	
C.No.21	Materno Infantil	Privado		Río	
C.No.22	Sanitario del Carmen	S.J. del Río			
					C.No.1
C.No.26	El Tejocote	C.No.24 Consolidado			
C.No.25	Centro B.Tequisquiapan	S.S.A. Tequisquiapan		C.No.23 Consoli	CONSO-
				dado	LIDADO
C.No.27	T31 I.M.S.S. Tequisquiapan			Tequis-	TOTAL
C.No.28	Fontezuelas			quiapan	
C.No.29	3 Médicos Privados Tequisquiapan				
C.No.31	Centro C. Ezequiel Montes			C.No.30 Consoli	
C.No.32	7 Médicos privados Ezequiel Montes			dado	
				E.Montes	
C.No.38	El Doctor	C.No.36 Consolidado	C.No.34		
C.No.37	Vizarrón	Centros C Cadereyta	Consolidado S.S.A.	C.No.33 Consoli	
				dado	
C.No.35	Centro B Cadereyta		Cadereyta		
C.No.39	I.M.S.S. Cadereyta			Cadereyta	
C.No.40	Médico privado Cadereyta				

NOTAS SOBRE LOS CUADROS DEL N.º. 1 AL 40

Columna 1.

En este trabajo se entenderá por unidad de población, - aquel grupo de personas a que se refiere la actividad correspondiente.

Columna 2.

Se registra aquí el número de personas a quienes corresponde la definición anterior.

Es conveniente destacar que en esta columna se harán las siguientes especificaciones:

1: "No se puede especificar la población a la que atiende", lo cual se debe a que en gran número de los casos, la unidad atiende a población abierta al mismo tiempo que otras instituciones, siendo imposible determinar qué sector cubre cada una.

Cuadros No. 6-7-34-35-36-37-38-39-40.

2: "El I.M.S.S. no tiene datos de la distribución etaria de la población a la que atiende", situación que impide el manejo de diferentes poblaciones según los diferentes programas, excepto en atención materna y vacunación, como más adelante veremos.

Cuadros No. 5-17-27.

3: "No se puede determinar población ni pirámide poblacional a la que atiende", situación derivada de las dos anteriores especificaciones, que impide no sólo -

una diferencia etaria de la población según los programas, sino que imposibilita separar las poblaciones adscritas a las diferentes unidades.

Cuadros No. 2-3-4-8-11-12-13-14-15-16-18-19-20-21-22-
24-25-26-28-29-31-32.

- 4: "La población que atiende el I.M.S.S. Cadereyta excede a la de la región, no pudiéndose determinar", lo cual se deriva del hecho de que esta unidad cubre una zona mucho mayor que la región en estudio, pero no obstante es ésta, y en especial ese municipio, quien ocupa la mayor parte de sus servicios.

Cuadros No. 1-6-7-35-39.

- 5: "Población infantil total (I.M.S.S. vacuna a población abierta)". Se debe al hecho de que el I.M.S.S. no sólo realiza actividades de vacunación en la población derecho-habiente, sino en población abierta, al igual que la S.S.A.

Cuadros No. 5-17-27.

- 6: "Se calculó en base a tasa de natalidad nacional - - $\frac{44.6 \times \text{pob. general}}{1000}$ ", ya que se calculan con este estudio la cantidad de embarazadas como la cantidad de partos, estimados éstos con la antedicha fórmula.

Cuadros No. 1-2-3-4-5-6-9-10-11-12-13-14-15-16-17-19-
20-21-22-23-24-25-26-30-31-33-34-35-36-37-
38-40.

Columna 3.

Entendemos por cobertura el porcentaje entre el número de

sujetos atendidos y el número de sujetos susceptibles - de recibir la atención.

Columna 4.

Contiene la especificación de actividades según cada - uno de los diferentes programas considerados.

Columna 5.

Las cifras correspondientes a esta columna, significan el número de veces que se realizó cada una de las actividades en cada programa.

Los problemas presentados por esta columna en su elaboración fueron:

7: "Se consideran todas las consultas externas del - - I.M.S.S.". El I.M.S.S. no dispone de datos de canti--dad de consultas por programas, por lo que se informaron todas sumadas en medicina general.

Cuadros No. 1-5-6-7-8-10-17-18-23-27-28-33-39.

8: "En los médicos privados de Tequisquiapan y Ezequiel Montes, se calculó el número de consultas igualando - la productividad correspondiente a la del resto de la medicina privada".

En este caso, no se disponía del dato de la cantidad de consultas otorgadas por los médicos privados, por lo que se calculó en base a horas trabajadas y la productividad de aquellos médicos privados que habían - proporcionado datos suficientes.

Cuadros No. 9-29-32.

9: "El número de consultas odontológicas privadas de San Juan del Río se calculó igualando productividad a la del I.M.S.S. San Juan del Río".

Cuadros No. 1-9-10-19.

10: "Se consideran como partos los egresos de las clínicas privadas".

Las clínicas privadas no especifican a qué programa pertenecen los egresos realizados (excepto partos), así como tampoco disponen de camas dedicadas a producir una u otra actividad, por lo cual se sumaron los egresos a los partos, para calcular la productividad por cama.

Cuadros No. 1-9-10-19-20-22-33-40.

11: "No fue informado el monto de los pacientes día", situación por la cual no se adjudicó horas médico a estos egresos, ni se pudieron realizar los cálculos correspondientes:

Cuadro No. 37.

Columna 6.

Aquí se informa el porcentaje de actividades realizadas por la unidad o conjunto de unidades de que se ocupa el cuadro, con respecto al global de actividades que se expresa en la cabecera de la columna.

En ésta se debe aclarar la siguiente situación:

12: "Imposible de determinar, dado que el I.M.S.S. no tiene los datos con esta desagregación".

Al no presentar esta institución más que los datos -

agrupados, es imposible calcular en ella el porcentaje de actividades realizadas, ya que se obtendrían cifras que no corresponden a la realidad.

Cuadros No. 6-7-11-24-34.

Columna 7.

En esta columna, se calcula el promedio de días estancia de cada programa, el que se obtiene como cociente de pacientes día y egresos.

Columna 8.

Número de actividades sobre habitante año por 1000; es - el número de veces promedio que se realizó una determinada actividad por persona.

Columna 9.

Tipo de recursos-Sólo se especifican dos categorías de ellos:

Hora-médico -es aquella hora contratada por la institución, en posibilidad de ser usada.

Cama -es aquella en posibilidad de uso para hospitalización.

Columna 10.

Se registra en ella la cantidad de recursos, según la definición de la columna 8, de que dispuso cada unidad por programa en el año de 1977.

En esta columna, se debe realizar las siguientes puntualizaciones:

13: "Se empleó prorrateo de hora médico (80%-20%)".

En aquellos casos donde no se disponía de datos acerca de cuántas horas médico correspondieron a cada programa, se adjudicó el 20% a internación y el 80% del total a consulta externa, adjudicando por programa según similar productividad.

Cuadros No. 4-13-14-15-16-21-24-25-26-27-31-34-35-36-38.

14: "Los egresos de medicina general y pediatría de la clínica del I.M.S.S. de Tequisquiapan se realizaron con una sola cama, por lo cual están sumados en la columna de recursos".

Cuadros No. 1-5-23-27.

15: "Dato incompleto".

No se recogieron datos con respecto al número de odontólogos de Ezequiel Montes ni Cadereyta.

Cuadros No. 1-9-30-32-33-40.

Columna 11.

Expresa la productividad, calculada en base al cociente entre actividades y recursos.

CUADRO No. 1

CONCENTRADO	POBLACION			ACTIVIDADES				RECURSOS			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
TOTAL	Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Numero	%	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Numero	Presupuesto
Medicina General	Cons. externa	Toda Poblacion.	139,239	Cons. ext.	153,368	100	-	1,101.5	Hora med.	82,221	1.87
Obstetricia y Ginecologia	Atenci6n Materna Ginecologia	Partos esperados Niños + 15 años	6,210 (4) 76	Partos	3,058 (10)	100	1	191.3	Cama	84	40.6
Cirujia	Hospitalizaci6n	Toda Pobl.	139,239(4)	Egresos	170	100	-	1.2	Cama	17	10
Peduatria	Cons. Policlínica Hospitalizaci6n	Niños 0 - 14 años	68,130 (4)	Consulta	10,171	100	-	149.3	Hora med.	10,594	0.27
Escarpatologia	Cons. escarpat. Prácticas	Toda Poblac. - Niños 0-5 años	113,769 (4)	Consulta	13,502 (9)	100 (9)	-	118.7	Hora Odont.	13,270(15)	(9) 0.28
Especializaci6n familiar	Activ.	Niños de 0-5 años.	-	Consultas	2,483	100	-	-	Hora med.	4,162	0.60
Administraci6n	AntiPoliohem. H. y P. I. Anticampylobac.	-	-	Cuadros completos	2,719	100	-	544.0	-	-	-
Vacunaci6n	AntiPoliohem. H. y P. I. Anticampylobac.	-	-	Cuadros completos	2,800	100	-	560.2	-	-	-
Todos Programas	Coronarias Hospitalizaci6n	Toda Poblac.	139,239 (4)	Consultas	168,775	100	-	1,212.1	Hora med.	99,699	1.69
Todos Programas y Especializaci6n	Coronarias Hospitalizaci6n	Toda Poblac.	139,239 (4)	Egresos	16,425	100	3.29	118.3	Hora med.	30,467	0.54

ENTE: Resoluci6n directa.

S. S. A.		P O B L A C I O N			A G T I V I D A D E S				R E C U R S O S			
C O N C E N T R A D O		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
P R O G R A M A		Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Número	% Con. Total.	Promedio de días - estancia.	No. de Atenciones por - Hab. por año	Tipo	Número	Productiv- dad.
Medicina	Cons. externa	Toda			Cons. ext.	12,013	7.8	-	98.5	Hora méd.	12,441	0.97
	Cons. urgencia	Población	121,949		Cons. urg.	299	35.7	-	2.5	Cama	9	37.4
General	Hospitalización	Menos IMSS	(3)		Egresos	933	29.0	3.12	7.7	Hora méd.	973	0.92
		Partos esperados			Partos	2,753	(12)	-	506.3	Hora méd.	2,782	0.92
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna	Toda Pobl.	5,438 (9) (3)	21.9	Consulta	1,194	39.1	1	219.6	Cama	38	33.61
	Ginecología		121,949(3)		Egresos	83	(12)	-	0.7	Cama		
Ginecología		Toda Poblac. menos IMSS	121,949(3)		Pac. día	2,909	(12)	2.28	23.9	Hora méd.	3,584	1.52
	Hospitalización				Egresos	86	(12)	-	0.7	Cama	5	17.2
Cirugía		Toda Poblac.			Pac. día	306	(12)	3.56	2.5	Hora méd.	323	0.95
	Cons. pediátrica	Menos IMSS	121,949 (3)		Consulta	10,171	(12)	-	83.4	Hora méd.	10,534	0.97
Pediatría	Hospitalización				Egresos	177	10.4	-	1.5	Cama	3	22.15
		Toda Poblac. menos IMSS	121,949(3)		Vac. día	450	12.1	2.54	3.7	Hora méd.	479	0.54
Esromatología	Cons. estomat. Pláticas				Consulta	180	1.3	-	1.5	Hora Ocont.	1,350	0.13
	Plasticación familiar	Toda Poblac. menos IMSS	121,949(3)		Consultas	2,483	(12)	-	20.4	Hora méd.	2,542	0.95
Administración					Activ.	-		-	-	Hora méd.	1,965	-
	Antipoliomelit D.F.T.	Niños de 0 Años.	4,998 (3)	20.9	Quadros completos	1,045	38.4	-	209.1	-	-	-
Vacunación	Antipoliomelit			17.4		869	32.3	-	173.8	-	-	-
	Antisarampión			8.1		403	14.4	-	80.6	-	-	-
Todos programas	Consulras Hospitalización	Toda Pobl. menos IMSS	121,949 (3)		Consultas	27,420	16.2	-	224.8	Hora méd.	28,299	0.97
	Consulras Hospitalización				Egresos	1,839	36.8	-	15.1	Cama	39	31.2
Métodos vacunación y administración					Pac. día	4,598	27.9	2.50	37.7	Hora méd.	7,359	0.62

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 3

CONCENTRADO Todos Centros de Salud "B" S. S. A.	P R O G R A M A	POBLACION			ACTIVIDADES			RECURSOS				
		1 Unidad	2 Univ. de Trabajo.	3 Cobertura %	4 Tipo	5 Número	6 %/Con. S.S.A.	7 Promedio de días - estancia.	8 No. de Atenciones por - Hab. por año	9 Tipo	10 Número	11 Productividad.
Medicina	Cons. externa	Toda Poblacion.	121,949		Cons. ext.	7,965	66.3	-		Hora mécd.	7,614	1.05
	Cons. urgencia				Cons. urg.	299	100	-		Hora mécd.	8	37.4
General	Hospitalización				Egresos	933	100	3.12		Hora mécd.	973	0.96
	Atencion Materna Ginecología	Partos esperados	5,438 (3) (6)	10.0	Consulta Partos Egresos	1,853 1,099 83	67.3 91.2 100	- 1 -		Hora mécd.	1,719	1.05
Obstetricia y Ginecología		Toda Poblac.	121,949(3)		Egresos	83	100	-		Cama	18	65.1
					Pac. día	2,689	92.4	2.29		Hora mécd.	3,601	0.97
Cirugía	Hospitalización	Toda Poblac.	121,949(3)		Egresos	86	100	-		Cama	5	17.2
					Pac. día	306	100	3.56		Hora mécd.	323	0.95
Pediatría	Cons. pediatría	Toda Poblac.	121,949		Consulta	6,039	59.4	-		Hora mécd.	5,740	1.65
	Hospitalización				Egresos	177	100	-		Cama	8	22.1
Estronología	Cons. estronol.	Toda Poblac.	121,949		Consulta	180	100	-		Hora Odont.	1,350	0.13
	Pláticas				Pláticas	-	-	-				
Planificación familiar		Toda Poblac.	121,949(3)		Consultas	1,456	58.6	-		Hora mécd.	1,418	1.03
					Activ.	-	-	-		Hora mécd.	1,605	-
Administración	Antiinflamatorio	Niños de 0		15.4								
	D. y I. Antisudoríficos											
Vacunación					Cuadros completos	767	73.4	-				
						596	68.6	-				
Todos Programas	Consultas Hospitalización	Toda Poblac.	121,949 (3)		Consultas Egresos	17,313 1,734	63.1 93.7	-		Hora mécd. Cama	16,491 39	1.05 14.5
	Egresos Hospitalización y Administración.				Pac. día	4,378	95.7	2.52		Hora mécd.	4,776	0.92

FIGURA: Reevaluación directa.

CUADRO No. 4

CONCENTRADO S.S.A. TODOS CENTROS DE - SALUD "C"		POBLACION			ACTIVIDADES				RECURSOS		
		1 Unidad	2 Univ. de Trabajo.	3 Cobertura %	4 Tipo	5 Número	6 %/Con. S.S.A.	7 Promedio de días - estancia.	8 No. de Atenciones por Hab. por año	9 Tipo	10 Número
Medicina	Cons. externa	Toda pobla- ción.	121.949	(3)	Cons. ext.	4.048	33.7	-	Hora méd.	4.827	0.84
	Cons. urgencia										
Ginecología	Hospitalización	Partos esperados	5.438	1.9	Consulta	900	32.7	-	Hora méd.	1.063	0.55
	Atención Materna										
Obstetricia y Ginecología	Hospitalización	Toda Poblac.	121.949(3)	-	Egresos	105	8.8	-	Cama	20	5.25
	Atención Materna										
Cirugía	Hospitalización	Toda Poblac.	121.949(3)	-	Pac. día	220	7.6	2.10	Cama	-	0.69
	Hospitalización										
Pediatria	Cons. pediátrica	Toda Poblac.	121.949(3)	-	Consulta	4.132	40.6	-	Hora méd.	4.794	0.86
	Hospitalización										
Estomatología	Cons. estomat.	Toda Poblac.	-	-	Consulta	-	-	-	Hora Odont.	-	-
	Pláticas										
Planificación familiar	Cons. familiar	Toda Poblac.	121.949(3)	-	Consultas	1.027	41.4	-	Flora méd.	1.124	0.91
	Pláticas										
Administración	Administración	Ninos de 0 años.	4.998	5.6	Activ.	-	-	-	Flora méd.	360	-
	Administración										
Vacunación	Administración	Ninos de 0 años.	4.998	5.6	Cuadros completos	278	26.6	-	-	-	-
	Administración										
Toda Poblac.	Consultas	Toda Poblac.	121.949(3)	-	Consultas	10.107	36.9	-	Hora méd.	11.808(13)	0.86
	Hospitalización										
Atenc. vacunación y administrac.	Consultas	Toda Poblac.	121.949(3)	-	Egresos	105	5.8	2.10	Cama	20	5.25
	Hospitalización										
						220	4.8		Hora méd.	2.583(13)	0.69

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 5

CONCENTRADO IMSS. ASEGURADOS.		POBLACION			ACTIVIDADES			RECURSOS				
P R O C R A M A		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Número	%/ Con. Total.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por - Hab. por año	Tipo	Número	Prod. activi- dad.
Medicina General	Cons. externa	Toda Poblacion del IMSS	17,290 (2)		Cons. ext.	38,148 (7)	24.9 (7)	-	2,206.3 (7)	Hora méd.	11,880 (7)	3.21 (7)
	Cons. urgencia Hospitalización											
Obstetricia y Ginecología	Atencion Materna Ginecología	Partos esperados Toda Poblac. del IMSS	771 (6)	60.2	Consulta Partos	464	15.2	-	601.8	Hora méd. Cama	8	38
Ginecología	Hospitalización	Toda Poblac. del IMSS	17,290 (2)		Egresos	908	10.8	1.96	32.5	Hora méd. Cama	2,353	0.39
Pediatría	Cons. pediatría Hospitalización	Toda Poblac. del IMSS	17,290 (2)		Consulta Egresos Pac. día	18	3.1	-	1.0	Hora méd. Cama	-	-
Estronmológica	Cons. estronmat. Pláticas	Toda Poblac. del IMSS	17,290 (2)		Consulta Pláticas	2,368	17.5	-	137.0	Hora Odont.	1,800	1.32
Famificación familiar		Toda Poblac. del IMSS	17,290		Consultas	540	100	-	-	Hora méd.	960	0.6
Administración		-	-		Activ.	-	-	-	-	Hora méd.	1,980	-
Vacunación	Antiviolomictir	Niños de 0 años.	4,998 (9)	13.3	Quantros completos	665	24.5	-	133.1	-	-	-
	Administración											
Toda Programas	Consultas Hospitalización	Toda Poblac. del IMSS	17,290 (2)		Consultas Egresos Pac. día	44,457 821	26.3 16.4	-	2,571.3 47.5	Hora méd. Cama	15,308 14	2.90 55.6
Total de Atención y administración.						1,793	10.9	2.18	103.7	Hora méd.	4,772	0.33

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 6

CONCENTRADO TODAS CLINICAS SOLIDARIDAD AL CAMPO.		POBLACION			ACTIVIDADES			RECURSOS			
P R O C R A M A	Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertera %	Tipo	Numero	%/ Con. Total.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Numero	Productividad.
Medicina General	Cons. externa	Toda Poblacion menos IMSS orull-barrio.	121,949 (4) (1)	Cons. ext.	41,856 (7)	27.3 (7)	-	-	Hora méd.	23,344 (7)	1.79 (7)
	Cons. urgencia			Cons. urg.	200	23.9	-	-	Hora méd.	9	22.2
Obstetricia y Ginecología	Hospitalización			Egresos	1,416	44.0	7	-	Hora méd.	2,317	6.61
	Atencion Materna Ginecología	Partos esperados	5,438 (6)(4) (1)	Partos	756	24.8	1	-	Hora méd.	-	-
Ginecología		Toda Poblacion	121,949 (4) (1)	Egresos	277	(12)	-	-	Hora méd.	15	68.57
	Hospitalización	-IMSS Ord.	(4) (1)	Pac. día	3,099	(12)	3	-	Hora méd.	3,667	9.65
Cirugía		Toda Poblacion	121,949 (4) (1)	Egresos	84	(12)	-	-	Cama	12	-
	Hospitalización	Toda Poblacion menos IMSS Ordinario	121,949 (4) (1)	Pac. día	866	(12)	10	-	Hora méd.	3,119	0.24
Pediatría		Toda Poblacion	121,949 (4) (1)	Consulta	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
	Hospitalización	Toda Poblacion menos IMSS Ordinario	121,949 (4) (1)	Egresos	387	66.5	-	-	Cama	17	22.76
Estomatología	Cons. estomat. Pláticas	Toda Poblacion menos IMSS Ordinario	121,949 (4) (1)	Pac. día	3,236	87.4	8.4	-	Hora méd.	3,133	1.02
	Pláticas			Consulta	2,638	19.5	-	-	Hora Odont.	4,320	0.61
Esterilización familiar				Pláticas	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
	Consultas			Consultas	-	-	-	-	Hora méd.	1,620	-
Administración				Activ.	-	-	-	-	Hora méd.	1,080	-
	Antiphotomiche										
Vacunación	D.P.L.	Ninos de 0 Apos.	4,998 (4) (1)	Cuadros completos	1,009	37.1	-	-			
	Antisarampión			Consultas	1,162	43.3	-	-			
Todos Programas	Consultas Hospitalización	Toda Poblacion -IMSS Ord.	121,949 (4) (1)	Consultas	1,832	65.4	-	-	Hora méd.	24,964	1.64
	Menos vacunación y administración.			Egresos	41,856	24.8	-	-	Cama	53	32.15
				Pac. día	1,701	34.1	5.06	-	Hora méd.	12,266	0.70

FUENTE: Reevaluación directa.

CUADRO No. 7

CLINICAS DE SOLIDARIDAD AL CAMPO. CLINICA DE CAMPO CADEREY- TA.		P O B L A C I O N			A C T I V I D A D E S			R E C U R S O S			
P R O C R A M A	Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Número	% / Conc. Clinicas de Solidaridad	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Número	Producción - da.
Medicina General	Toda Población	(4) (1)		Cons. ext.	34,729 (7)	88.4 (7)	-	-	Hora méd.	15,390 (7)	2.26 (7)
				Cons. urg.	2,284		-	-	Hora méd.	4,050	0.56
Ginecología y Obstetricia	Partos esperados Mujeres + 15 años.	(4) (1)		Partos	756	100	1	-	Cama	9	22.25
				Egresos	277		-	-	Hora méd.	2,317	4.41
Cirugía	Total Poblac.	(4) (1)		Pac. día	866	100	10	-	Cama	12	0.28
				Egresos	84		-	-	Hora méd.	3,119	-
Pediatría	Niños 0-14 años	(4) (1)		Consulta	- (7)	100	-	-	Hora méd.	- (7)	- (7)
				Egresos	387		-	-	Cama	17	22.76
Estomatología	Niños 0-5 años.	(4) (1)		Pac. día	3,236	100	8.4	-	Hora méd.	3,183	1.49
				Egresos	2,638		-	-	Hora	4,320	0.51
Administración	Activ.			Consultas	-	(12)	-	-	Hora méd.	1,620	-
				Egresos	-		-	-	Hora méd.	1,080	-
Vacunación	Niños de 0 años.	(4) (1)		Consultas	900	89.2	-	-	-	-	-
				Egresos	1,671		92.2	-	-	Hora méd.	3,375
Programas	Total Poblac.	(4) (1)		Consultas	37,013	88.4	-	-	Hora méd.	21,049	1.74
				Egresos	1,704		100	-	-	Cama	53
Micros vacunación v administrac.				Pac. día	8,617	100	5.06	-	Hora méd.	12,286	0.79

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 8

CONCENTRADO CLINICAS SO- LIDARIDAD AL CAMPO, UNIDADES MEDICAS RURALES.	POBLACION			ACTIVIDADES							RECURSOS	
	1 Unidad	2 Univ. de Trabajo.	3 Cobertura %	4 Tipo	5 Número	6 %/Conc. Cln. Solid.	7 Promedio de dias - estancia.	8 No. de Atenciones por Hab. por año	9 Tipo	10 Número	11 Productividad.	
P R O G R A M A Medicina General	Cons. externa Cons. urgencia Hospitalización	Toda Población, menos IMSS	121,949 (3)	Cons. ext. Cons. urg. Egresos Pac. día	4,843 (7)	116 (7)			Cons. ext.	3,904 (7)	1.24 (7)	
									Horas méd.			
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna Ginecología	Partos esperados Toda Poblac.	121,949 (3)	Partos					Partos			
				Horas méd.								
Ginecología	Hospitalización	Toda Poblac. menos IMSS	121,949 (3)	Pac. día					Partos			
				Horas méd.								
Cirugía	Hospitalización	Toda Poblac. menos IMSS	121,949 (3)	Egresos					Partos			
				Horas méd.								
Pediatría	Cons. pediatría Hospitalización	Toda Poblac. menos IMSS		Pac. día					Partos			
				Horas méd.								
Estomatología	Cons. estomat. Prácticas	Toda Poblac. menos IMSS	121,949 (3)	Cons. urg.					Partos			
				Horas méd.								
Planificación familiar	Planificación familiar			Cons. urg.					Partos			
				Horas méd.								
Administración	Administración			Cons. urg.					Partos			
				Horas méd.								
Vacunación	Anti poliomielit. D.P.T. Anti sarampión	Toda Poblac. menos IMSS	121,949 (3)	Cons. urg.					Partos			
				Horas méd.								
Toda Poblac. menos IMSS	Consultas Hospitalización		121,949 (3)	Cons. urg.					Partos			
				Horas méd.								
Menos vacunación y administrac.	Consultas Hospitalización			Cons. urg.					Partos			
				Horas méd.								

FUENTE: Recolección directa.

MEDICINA PRIVADA CONCENTRADO.	POBLACION			ACTIVIDADES							REGISTROS		
	1 Unidad	2 Univ. de Trabajo.	3 Cobertura %	4 Tipo	5 Numero	6 %/Conc. Total	7 Promedio de dias - estancia.	8 No. de Atenciones por Hab. por año	9 Tipo	10 Numero	11 Productividad - cad.		
P R O G R A M A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Medicina General	Cons. externa Cons. urgencia Hospitalización	Toda Poblac. menos IMSS	121,949(3)	Cons. ext. Cons. urg. Egresos	55,042 (8) 121	32.6	-	451.4	Hora méd. Hora méd.	31,128	1.77 (9)		
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna Ginecología	Partos esperados	5,438 (6) (3)	Partos Egresos	516 (10)	20.9 (10)	1	94.9	Cama Cama	23 (16)	27.7 (10)		
Ginecología	Hospitalización			Pac. día	1,467	8.9	2.30	12.0	Hora méd.	6,050	0.24		
Cirugía	Hospitalización			Egresos	-	-	-	-	Cama	-	-		
Pediatría	Cons. Pediatría Hospitalización			Pac. día	-	-	-	-	Hora méd. Cama	-	-		
Estomatología	Cons. estomat. Prácticas	Toda población menos IMSS	121,949 (3)	Consulta Prácticas	8,316 (9)	61.6 (9)	-	-	Hora Odont.	6,300 (15)	1.32 (9)		
Manifiestación familiar	Administración			Consultas	-	-	-	-	Hora méd.	-	-		
Vacunación	Anti poliomielit D.T.F. Anti sarampión			Cuadros completos	-	-	-	-	Hora méd.	-	-		
Todos Programas Menos vacunación y administrac.	Consultas Hospitalización	Toda Poblac. menos IMSS	121,949(3)	Consultas Egresos Pac. día	55,042 (8) 637 1,467	32.6 20.9 8.9	-	451.4 5.2 12.0	Hora méd. Cama hora méd.	31,128 23 6,050	1.77 (9) 27.7 (10) 0.24		

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 10

CONCENTRADO MUNICIPAL.			POBLACION			ACTIVIDAD			RECURSOS					
SAN JUAN DEL RIO.			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
P R O G R A M A			Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Numero	%/Con. Total.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por - Hab. por año	Tipo	Numero	Productividad.	
Medicina General	Cons. externa Hospitalización	Toda Población.	67 550			Cons. ext.	79,390 (7)	47.9 (7)	-	1 175.3(7)	Hora méd.	39 544 (7)	2.0 (7)	
						Cons. urg.					Hora méd.			
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna Ginecología	Partos esperados	3,012 (6)	56.5%		Consulta	1,428	51.9	-	474.1	Hora méd.	1,144	1.25	
		Mujeres + 15 años.	17,234			Partos	1,702(10)	55.8	1	565.1	Cama	37 (16)	47.8 (10)	
						Egresos	67	18.6	-	3.9				
Cirugía	Hospitalización	Toda Población	67,550			Egresos	64	32.6	-	0.9	Cama	3	21.3	
						Pac. día	271	23.1	4.23	4.0	Hora méd.	177	1.53	
Pediatría	Cons. pediátrica Hospitalización	Niños 0-14 años.	33,105			Consulta	5,211	51.2	-	157.4	Hora méd.	4,421	1.18	
						Egresos	139	23.9	-	4.2	Cama	3	46.3	
Escamatoleda	Cons. estomat. Pláticas	Toda Población	55,172			Consulta	10,684 (9)	79.1 (9)	-	193.6(9)	Hora Odont.	8,190	1.32 (9)	
						Pláticas	540	100	-	9.8		970	9.50	
Administración	Antirotomelit D.P.T. Amistadamericana					Consultas	1,340	54.0	-		Hora méd.	1,216	1.10	
						Activ.			-		Hora méd.	2,475		
Vacunación	Antirotomelit D.P.T. Amistadamericana	Niños de 0 años.	2,381	56.0		Cuadros completos	1,335	49.1	-	560.7				
							1,254	46.7	-	526.7				
							1,075	38.4	-	451.5				
Tobos Programas Menos vacunación y administrac.	Consultas Hospitalización	Toda Pobl.	67,550			Consultas	87,369	51.8	-	1,239.4	Hora méd.	16,325	1.59	
						Egresos	2,539	50.8	-	37.6	Cama	51	14.3	
						Pac. día	6,216	37.7	2.45	92.0	Hora méd.	12,686	0.40	

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 11

S.S.A. CONCENTRADO		POBLACION			ACTIVIDADES			REGISTROS				
SAN JUAN DEL RIO.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
P	R	Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Numero	%/Con. S.J.R.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Numero	Productividad.
Medicina General	Cons. externa	Toda Poblacion	53,760		Cons. ext.	5,370	6.8	-	99.9	Hora méd.	4,334	1.24
	Cons. urgencia Hospitalización	Menos IMSS	(3)		Cons. urg.	248	43.7	-	4.6	Camá	3	2.7
Obstetricia y Ginecología	Atencion Materna Ginecología	Purcos	2,397	36.3	Consulta Partos Egresos	1,428 871 67	(12) 51.2 (12)	-	595.7 363.4 1.2	Hora méd. Cama	1,144 15	1.23 62.5
	Hospitalización	Toda Poblac. Menos IMSS	(3) 53,760		Pac. día Egresos	2,165 64	54.6 (12)	2.31	46.3 1.2	Hora méd. Cama	2,495 3	9.57 21.3
Cirugía	Cons. Pediatría Hospitalización	Toda Pobl.	53,760		Pac. día Consulta Egresos	271 5,211 139	(12) (12) (12)	4.23	5.0 96.9 2.6	Hora méd. Cama	177 4,421 3	1.53 1.15 44.3
	Cons. Pediatría Hospitalización	Menos IMSS	(3)		Pac. día	357	(12)	2.57	6.6	Hora méd.	233	1.53
Esomatología	Cons. estomat. Pláticas	Toda Poblac. Menos IMSS			Consulta Pláticas	-	-	-	-	Hora Odont.	-	-
	Pláticas	Menos IMSS			Consulta Pláticas	-	-	-	-	Odont.	-	-
Planificación familiar	Consultas	Toda Poblac. Menos IMSS	53,760		Consultas	1,340	(12)	-	24.9	Hora méd.	1,216	1.15
	Activ.	-	-		Activ.	-	-	-	-	Hora méd.	1,395	-
Administración	Ampliación de la U.P.I.	Toda Pobl. Menos IMSS	2,381	27.5	Cuadros completos	654	49.0	-	274.7	-	-	-
	Ampliación de la U.P.I.	Menos IMSS	(3)	25.0	Consultas	594	47.4	-	249.5	-	-	-
Vacunación	Ampliación de la U.P.I.	Menos IMSS		13.7	Consultas	327	30.4	-	137.3	-	-	-
	Ampliación de la U.P.I.	Menos IMSS			Consultas	327	30.4	-	137.3	-	-	-
Toda Pobl. Menos IMSS	Consultas Hospitalización	53,760			Consultas Egresos	13,349 1,389	15.3 51.7	-	248.3 25.8	Hora méd. Cama	11,115 74	1.22 57.9
	Consultas Hospitalización	Menos IMSS	(3)		Pac. día	3,602	57.9	2.59	67.0	Hora méd.	3,432	1.05

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 12

S. S. A. CENTRO "B" SAN JUAN DEL RIO.		P O B L A C I O N			A C T I V I D A D E S			R E C U R S O S				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Numero	%/Con. SSA S.J.R.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Numero	Productividad.
P R O G R A M A	Cons. externa	Toda Pobl. Menos IMSS.	53,760 (3)		Cons. ext.	3,516	65.5	-		Hora méd.	2,736	1.26
	Cons. urgencia Hospitalización				Cons. urg. Egresos Pac. día	248 809	100 100	- 3.26		Cama Hora méd.	3 527	1.53
Medicina General	Atención Materna Ginecología	Partos estruados Toda Pobl.	1,297 (3) (6) 53,760 (3)	35.0	Consulta Partos Egresos	1,018 841 86	713 96.6 100	- 1		Hora méd. Cama	507 6	1.25 151.3
	Hospitalización	Toda Pobl. Menos IMSS	53,760 (3)		Pac. día Egresos	2,129 64	98.3 100	2.34		Hora méd. Cama	1,333 3	1.53 21.3
Cirugía	Cons. pediatría Hospitalización	Toda Pobl. Menos IMSS	53,760 (3)		Pac. día Consulta	271 2,768	100 53.1	4.23		Hora méd. Hora méd.	177 2,194	1.53 1.26
	Cons. estomat. Pláticas	Toda Pobl. Menos IMSS	53,760 (3)		Consulta Egresos Pac. día	139 357	100 100	2.57		Cama Hora méd.	3 233	45.3 1.53
Estomatología	Planificación familiar	Toda Pobl. Menos IMSS	53,760 (3)		Consulta	976	72.8	-		Hora méd.	900	1.08
	Administración				Activ.	-	-	-		Hora méd.	1,260	-
Vacunación	Antipoliomielit D.P.T. Antisarampión	Toda Pobl. Menos IMSS	2,381 (3)	23.4 20.3 12.0	Cuadros completos	556 483 299	85.0 81.3 91.4	-				
	Consultas Hospitalización	Toda Pobl. Menos IMSS	53,760 (3)		Consultas Egresos Pac. día	8,278 1,359 3,566	62.0 97.8 99.0	2.62		Hora méd. Cama Hora méd.	6,687 15 2,315	1.24 30.6 1.53

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 13

CONCENTRADO CENTROS DE SALUD "C" SAN JUAN DEL RIO.		POBLACION			ACTIVIDADES			RECURSOS				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Numero	%/Con. SSA.S.J.R.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Numero	Productividad.
Medicina General	Cons. externa	Toda Poblac. Menos IMSS	53,760 (3)		Cons. ext.	1,854	34.5	-		Hora méd.	1,348	1.20
	Hospitalización				Cons. urz.	-	-	-		Cama	-	-
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna	Partos esperados	2,397 (3) (6)	1.3	Consulta Partos	410	28.7	-		Hora méd.	337	1.22
	Ginecología	Toda Poblac. IMSS	53,760(3)		Ingresos	30	3.4	1		Cama	9	3.43
					Pac. día	36	1.7	1.2		Hora méd.	1,107	6.03
Cirugía	Hospitalización	Toda Poblac. Menos IMSS	53,760(3)		Egresos	-	-	-		Cama	-	-
					Pac. día	-	-	-		Hora méd.	-	-
Pediatría	Cons. pediatría	Toda Poblac. Menos IMSS	53,760(3)		Consulta	2,433	46.9	-		Hora méd.	2,227	1.30
	Hospitalización				Egresos Pac. día	-	-	-		Cama	-	-
Estomatología	Cons. estomat. Pláticas	Toda Poblac. Menos IMSS	53,760(3)		Consulta Pláticas	-	-	-		Hora Odont.	-	-
					Consultas	364	27.2	-		Hora méd.	316	1.15
Administración					Activ.	-	-	-		Hora méd.	135	-
Vacunación	Antipoliomelític D.P.T.	Toda Poblac. Menos IMSS	2,381 (3)	4.1	Cuadros completos	98	15.0	-				
	Antisarampiónosa			4.7		111	18.7	-				
Todos Programas	Consultas			1.2		28	8.6	-				
	Hospitalización				Consultas	5,071	38.0	-		Hora méd.	4,428 (13)	1.15
Menos vacunación y administrac.					Egresos	30	2.2	-		Cama	9	3.43
					Pac. día	36	1.0	1.2		Hora méd.	1,107(13)	0.03

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 14

S.S.A. CENTRO "C". PALOMAS.		POBLACION			ACTIVIDADES			RECURSOS				
P R O G R A M A		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Número	%/Conc. SSA S. J. R.	Promedio de días - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Número	Productividad.
Medicina General	Cons. externa	Toda Poblac. Menos IMSS	53,760 (3)		Cons. ext.	1,044	19.4	-		Hora méd.	644	1.62
	Cons. urgencia Hospitalización				Cons. urg. Egresos Pac. día	-	-	-		Cama Hora méd.	-	-
Obstetricia y Ginecología	Atencion Materna Ginecología	Partos esperados. Toda Poblac.	2,397 (3) (6) 53,760 (3)	0.7	Consulta Partos Egresos	227 16 -	15.9 1.8 -	- 1 -		Hora méd. Cama	140 3	1.62 5.33
	Hospitalización	Toda Poblac. Menos IMSS	53,760 (3)		Pac. día Egresos	18 -	0.8 -	1.13 -		Hora méd. Cama	369 -	0.05 -
Cirugía	Cons. pediatría Hospitalización	Toda Poblac. Menos IMSS	53,760 (3)		Pac. día Consulta Egresos	- 937 -	- 18.0 -	- -		Hora méd. Cama	- 578	- 1.62
	Cons. estomat. Pláticas	Toda Poblac. Menos IMSS	53,760 (3)		Consulta Pláticas	- -	- -	- -		Hora Odont. Cama	- -	- -
Planificación familiar	Adminstración	Toda Poblac. Menos IMSS	53,760(3)		Consultas Activ.	185 -	13.8 -	- -		Hora méd. Hora méd.	114 45	1.42 -
	Vacunación	Antipoliomielit D.P.T. Antisaramionosis	2,381 (3)		Cuadros completos	-	-	-			-	-
Todos Programas Menos vacunación y administrac.	Consultas Hospitalización	Toda Poblac. Menos IMSS	53,760 (3)		Consultas Egresos Pac. día	2,393 16 18	17.9 1.2 0.5	- - 1.13		Hora méd. Cama	1,476(13) 3	1.42 5.33
										Hora méd. Hora méd.	369(13)	0.05

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 14

S.S.A. CENTRO "C"		POBLACION			ACTIVIDADES				RECURSOS			
EL SITIO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
P R O G R A M A		Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Numero	%/Con. SSA S.J.R.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Numero	Productividad.
Medicina General	Cons. externa	Toda Pobl.	53,760		Cons. ext.	385	7.2	-		Hora méd.	493	0.78
	Cons. urgencia Hospitalización				Cons. urg.	-	-	-		Cama	-	-
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna	Partos Esperados	2,397	0.3	Consulta	61	4.3	-		Hora méd.	79	0.74
	Ginecología	Toda Poblac.	53,760 (3)		Partos	8	0.9	1		Cama	3	2.5
					Egresos	-	-	-		Cama	-	-
Cirugía	Hospitalización	Toda Pobl.	53,760		Pac. día	16	0.7	20		Hora méd.	349	0.04
					Egresos	-	-	-		Cama	-	-
Pediatría	Cons. pediátrica	Toda Pobl.	53,760		Consulta	609	11.7	-		Hora méd.	785	0.78
	Hospitalización	nuevos IMSS	(3)		Egresos	-	-	-		Cama	-	-
Estomatología	Cons. estomat. Pláticas	Toda Pobl.	53,760		Consulta	-	-	-		Hora méd.	-	-
		nuevos IMSS	(3)		Pláticas	-	-	-		Hora Odont.	-	-
Plantificación familiar					Consultas	91	6.8	-		Hora méd.	117	0.78
					Activ.	-	-	-		Hora méd.	45	-
Vacunación	Antipoliomielit	Toda Pobl.		1.9	Cuadros comple-	46	7.0	-			-	-
	D.P.T.	Muchos IMSS	2,381	1.8	los	43	7.2	-			-	-
	Antisera para poliomios			-		0	0	-			-	-
Todos Programas	Consultas Hospitalización	Toda Pobl.	53,760		Consultas	1,146	8.6	-		Hora méd.	1,476	0.75
	Muchos vacunación v. administrac.	nuevos IMSS	(3)		Egresos Pac. día	8	0.6	-		Cama	3	2.6
						16	0.5	2.0		Hora méd.	369	0.04

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 17

P R O G R A M A	P O B L A C I O N				A C T I V I D A D E S				R E C U R S O S		
	Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Número	%/ Conc. S.J. del R.	Promedio de días - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Número	Productividad.
Medicina General	Toda Población.	13,790 (2)	51.1	Cons. ext.	29,083 (7)	36.6 (7)	-	2,109 (7)	Hora méd.	8,421 (7)	3.45 (7)
				Cons. urg.	5,542	7.0	-	401.9	Hora méd.	3,135	1.77
				Hospitalización	319	56.3	-	23.1	Cama	5	43.3
Ginecología y Obstetricia	Partos esperados Toda Poblac.	615 (6) 13,790 (2)	51.1	Consulta Partos	314	18.4	1	510.6	Cama	4	78.5
				Egresos	-	-	-	-	Cama	-	-
				Pac. día	570	14.4	1.82	41.3	Hora méd.	1,572	0.36
Cirugía	Toda Población.	13,790 (2)	-	Egresos	-	-	-	-	Cama	-	-
				Pac. día	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Pediatría	Toda Población	-	-	Consulta	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
				Egresos	-	-	-	-	Cama	-	-
				Pac. día	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Estomatología	Toda Población	13,790 (2)	-	Consulta	2,368	22.2	-	171.8	Hora Odont.	1,800	1.32
				Pláticas	549	100	-	39.2	-	-	900
Planificación familiar	Toda Población	13,790 (2)	-	Consultas	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
				Activ.	-	-	-	-	Hora méd.	1,080	-
Vacunación	Niños de 0 años.	2,381 (5)	25.1	Antidifteria	597	44.7	-	250.7	-	-	-
				D.P.F.	592	47.2	-	248.6	-	-	-
				Antisarampión	501	46.6	-	210.4	-	-	-
Todos Programas Menos vacunación y admistrac.	Toda Pobl.	13,790 (2)	-	Consultas	34,625	39.6	-	2,510.9	Hora méd.	11,556	2.70
				Egresos	633	24.9	-	45.9	Cama	9	50.33
				Pac. día	1,387	22.3	2.19	100.6	Hora méd.	2,834	0.35

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 18

SOLIDARIDAD AL CAMPO UNIDAD MEDICA RURAL LA VALLA		POBLACION			ACTIVIDAD			RECURSOS				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Numero	%/Con. S.J. del R.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Numero	Procesada.
Medicina General	Cons. externa	Toda Población. Menos IMSS	53,760 (3)		Cons. ext.	3,058 (7)	3.9 (7)			Hora méd.	1,976 (7)	1.55(7)
	Cons. urgencia Hospitalización				Cons. urrg.					Hora méd.		
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna Ginecología	Toda Población. (3)	53,760 (3)		Partos					Partos		
					Egresos					Partos		
Cirugía	Hospitalización	Toda Población. Menos IMSS	53,760(3)		Egresos					Cama		
					Pac. día							
Pediatria	Cons. pediátrica Hospitalización	Toda Población. Menos IMSS	53,760(3)		Consulta					Consulta		
					Egresos					Partos		
Esotomatología	Cons. estomat. Pláticas	Toda Población. Menos IMSS	53,760(3)		Consulta Pláticas					Consulta Pláticas		
					Consultas							
Plantificación familiar					Consultas					Consultas		
Administración					Activ.					Activ.		
Vacunación	Antipoliomielite D.T.P. I.	Toda Población. Menos IMSS	2,381 (3)		Cuadros completos	84 (4)	6.3 (5.4)					
	Antisarampión											
Totales Programas	Consultas Hospitalización	Toda Población. Menos IMSS.	53,760 (3)		Consultas	3,058	3.5			Consultas	1,976	1.55
	Menos vacunación y administración.				Egresos Pac. día							

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 19

CONCENTRADO		POBLACION			ACTIVIDADES			RECURSOS				
PRIVADOS, SAN JUAN DEL RIO.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
P R O G R A M A		Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Numero	%/Con. S. J. del R.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Numero	Productividad.
Medicina General	Cons. externa	Toda Poblacion, menos IMSS	53,760 (3)		Cons. exc.	36,337	41.6	-	675.9	Hora méd.	21,678	1.7
	Cons. urgencia Hospitalización				Egresos	18	-	0.3	Hora méd.	-	-	
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna Ginecología			18.2	Partos	436	20.4	1	181.9	Cama	18	28.7
	Hospitalización				Egresos	63 (10)	(10)	-	1.2	Cama	(10)	(10)
Cirugía					Pac. día	1,227	19.7	2.37	22.8	Hora méd.	5,420	0.23
					Cons. pediátrica Hospitalización	Consulta	-	-	-	Hora méd.	-	-
Pediatría					Egresos	-	-	-	-	Cama	-	-
					Pac. día	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Esomatoología	Cons. esomomat. Pláticas	Toda Poblac. Menos IMSS	53,760 (3)		Consulta	8,316 (9)	77.8 (9)	-	-	Hora Odont.	6,300	1.32 (9)
	Planificación familiar				Consultas	-	-	-	Hora méd.	-	-	
Administración					Activ.	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
					Antipoliomielite D.P.T.	Cuadros completos	-	-	-	-	-	-
Vacunación	Antisarampiónosis											
Totals Programas Menos vacunación y administrac.	Consultas Hospitalización	Toda Poblac. Menos IMSS	53,760 (3)		Consultas	36,337	41.6	-	675.9	Hora méd.	21,678	1.7
					Egresos	517	20.4	-	9.6	Cama	18	28.7
					Pac. día	1,227	19.7	2.37	22.8	Hora méd.	5,420	0.23

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 20

S A N A T O R I O CHIARIN, SAN JUAN DEL RIO.		P O B L A C I O N			A C T I V I D A D E S				R E C U R S O S			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Número	%/ Con. Priv.S.J.R.	Promedio de días - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Número	Productividad.
Medicina General	Cons. extrema	Toda (Pública y Menos IMSS.)	53,760 (3)	5.7	Cons. ext.	30,645	35.1	-	-	Hora méd.	16,380 (13)	1.9
	Cons. urgencia Hospitalización				Cons. urg.					Cons. urg. Hospitalización		
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna Ginecología	Partos esperados.	2,397 (3) (6)	5.7	Consulta	136	-	1	-	Hora méd.	10	20
	Hospitalización				Partos					Partos		
Cirugía	Hospitalización	Toda (Pública)	53,760(3)		Egresos	63	(10)	-	-	Cama	(10)	(10)
	Cons. pediatría Hospitalización				Pac. día					525		
Pediatría	Cons. pediatría Hospitalización				Consulta	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
	Cons. estomat. pláticas				Pac. día	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Estronolofía	Cons. estomat. pláticas				Consulta	-	-	-	-	Hora Quont.	-	-
	Planificación familiar				Consultas	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Administración	Activ.				Activ.	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
	Antidistomelitt				Quadros completos	-	-	-	-		-	-
Vacunación	D.P.F.					-	-	-	-		-	-
	Análisis serológicos					-	-	-	-		-	-
Todos Programas Menos vacunación y administrac.	Consultas Hospitalización	Toda (Pública y Menos IMSS.)	53,760 (3)		Consultas	30,645	35.1	-	-	Hora méd.	16,380(13)	1.9
	Egresos				Egresos					Egresos		
	Menos vacunación y administrac.				Pac. día	525	8.4	2.64	-	Hora méd.	4,095(13)	0.13

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 21

SANATORIO MATERNO INFANTIL SAN JUAN DEL RIO.		POBLACION			ACTIVIDADES			RECURSOS				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Unidad	Univ. de Trabajo.	Coberetura %	Tipo	Numero	%/Con. Priv.S.J.R.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Numero	Productividad.
Medicina General	Cons. extrema	Toda Poblacion, Menos IMSS	53,760 (3)		Cons. ext. Cons. urtg. Egresos	2,600	3.0	-	-	Hora méd. Hora méd.	2,592 (8)	1.0
	Cons. urgencia Hospitalización									Cama		
Obstetricia y Ginecología	Atencion Materna Ginecología	Partos esperados	2,397 (3) (6)	4.0	Partos Egresos	96	3.8	1	-	Cama Cama	4	24
	Hospitalización	Toda Poblacion, Menos IMSS	53,760(3)		Egresos	-	-	-	-	Cama	64*(13)	0.30
Cirugía					Pac. día	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
	Cons. pediatrica Hospitalización				Consulta Egresos Pac. día	-	-	-	-	Hora méd. Cama Hora méd.	-	-
Pediatría					Consulta Pláticas	-	-	-	-	Hora Odont.	-	-
	Cons. estomat. Pláticas	Toda Poblacion, Menos IMSS	53,760(3)		Consulta Pláticas	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Planificación familiar					Consultas	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
	Administración				Activ.	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Vacunación	Antioftiomieliti D.I.T.				Cuadros completos	-	-	-	-		-	-
	Antisarampiónosa					-	-	-	-		-	-
Todos Programas	Consultas Hospitalización	Toda Poblacion, Menos IMSS	53,760 (3)		Consultas Egresos	2,600 96	3.0 3.8	-	-	Hora méd. Cama	2,592 (13) 4	1.0 24
	Mejores vacunación y administrac.				Pac. día	192	3.1	2.50	-	Hora méd.	645 (13)	0.30

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 22

SANATORIO DEL CARMEN. SAN JUAN DEL RIO.		POBLACION.			ACTIVIDADES				RECURSOS			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Numero	% / Con. Priv.S.J.R.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Numero	Produccion - dat.
P R O G R A M A	Medicina General	Cons. externa menos IMSS	53,760 (3)	8.7	Cons. ext.	3,092	3.5	-	-	Hora méd.	2,706	1.1
					Cons. urf. Hospitalización Egresos	18	-	-	Cama	4	56	
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna Ginecología	Partos Esperados	2,397 (3) (6)	8.7	Partos Egresos	204 (10)	(10)	1	-	Cama	(10)	(10)
					Pac. día	510	8.2	2.30	-	Hora méd.	677	0.75
Cirugía	Hospitalización	Toda Poblac. menos IMSS			Egresos	-	-	-	-	Cama	-	-
					Pac. día	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Pediatría	Cons. pediatría Hospitalización				Consulta Egresos Pac. día	-	-	-	-	Hora méd. Cama Hora méd.	-	-
					Toda Poblac. menos IMSS	53,760 (3)	-	-	-	Hora Odont.	-	-
Estomatología	Cons. asomat. Pílicas				Consulta Pílicas	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
					Administración familiar	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Vacunación	Antipoliomictit. D.P.F. Antisarampiónosa				Activ.	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
					Cuadros completos	-	-	-	-	-	-	-
Todos Programas Menos vacunación y administrac.	Consultas Hospitalización	Toda Poblac. menos IMSS	53,760 (3)		Consultas Egresos Pac. día	3,092 222 510	3.5 8.8 8.2	- - 2.30	- -	Hora méd. Cama Hora méd.	2,706 4 677	1.1 56 0.75

FUENTE: Recolección directa.

CONCENTRADO. MUNICIPIO TEQUISQUIAPAN.		POBLACION			ACTIVIDADES			RECURSOS			
P R O G R A M A	Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Numero	% / Con. Total	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Numero	Productividad.
Medicina General	Cons. externa	Toda Poblacion.	22,849	Cons. ext.	22,338 (7)	14.6 (7)	-	977.6 (7)	Hora méd.	13,271 (7)	1.65 (7)
	Cons. urgencia Hospitalización			Cons. urg.	55	6.6	-	2.4	Hora méd.	3(4)	18.3 (4)
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna	Partos Esperados	1,019 (6)	Consulta Partos	456	16.6	-	447.5	Hora méd.	469	0.97
	Ginecología	Mujeres + 15 años.	5,915	Figresos	270	8.8	1	265.0	Cama	13	16.5
Cirugía	Hospitalización	Toda Poblacion.	22,849	Egresos	22	12.9	-	1.0	Cama	2	11
				Pac. día	35	3.0	1.59	1.5	Hora méd.	146	0.24
Pediatría	Cons. odontológica Hospitalización	Niños 0-14 años	11,024	Consulta Egresos	2,334	22.9	-	211.7	Hora méd.	2,461	0.95
				Pac. día	32	5.5	-	2.9	Cama	2	16
Estomatología	Cons. estomat. Plásticas	Toda Pobl. Niños 0-5 años.	18,795	Consulta Plásticas	160	1.3	-	9.6	Hora Odont.	1,350	0.13
	Planificación familiar			Consultas	742	29.9	-	-	Hora méd.	750	0.99
Administración	Antipoliomielit D.P.T. Antisarampión	Niños de 0 años.	858	Activ.	-	-	-	-	Hora méd.	1,065	-
				Quadros completos	199	7.3	-	231.9		-	-
Todos Programas Menos vacunación y administración.	Consultas Hospitalización			Egresos	103	3.8	-	120.0		-	-
				Pac. día	88	3.1	-	102.6		-	-
Total	Consultas Hospitalización	Toda Poblacion.	22,849	Consultas Egresos	25,870	15.3	-	1,132.2	Hora méd. Cama	16,951	1.53
				Pac. día	379	7.6	-	16.6	Hora méd.	20	19
					822	5.0	2.17	36.0	Hora méd.	2,637	0.31

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 24

S.S.A. CONCENTRADO. TEQUILAQUILAPAN.		POBLACION			ACTIVIDADES				RECURSOS			
P R O G R A M A		Unidad	Univ.de Trabajo.	Cobertura %.	Tipo	Numero	%/Con. Tequisq.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Numero	Productividad.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Medicina General	Cons. externa	Toda Poblacion.	19,349		Cons. ext.	3,162	14.2	-	163.4	Hora méd.	3,316	0.95
	Cons. urgencia Hospitalización	Menos IMSS	(3)		Cons. urg. Pac. día	35	63.6	-	1.8	Cama	2	1.5
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna Ginecología	Partos esperados.	862	13.9	Consulta Partos Egresos	456	(12)	-	529.0	Hora méd. Cama	469	0.97
						120	44.4	-	139.2	Cama	9	1.2
Ginecología	Hospitalización	Toda Poblacion. menos IMSS	19,349(3)		Pac. día	274	44.8	2.28	14.2	Hora méd.	1,135	0.24
					Egresos	22	100	-	1.1	Cama	2	1.1
Cirugía					Pac. día	35	100	1.59	1.8	Hora méd.	146	0.24
					Consulta	2,334	(12)	-	120.6	Hora méd.	2,461	0.95
Pediatría	Cons. pediátrica Hospitalización	Toda Poblacion. menos IMSS	19,349(3)		Egresos Pac. día	14	43.8	-	0.7	Cama	2	0.24
						20	52.0	1.43	1.0	Hora méd.	54	0.24
Esotomacología	Cons. estomac. Pílicas	Toda Poblacion. menos IMSS	19,349(3)		Consulta Pílicas	180	100	-	9.3	Hora Odont.	1,350	0.13
					Consultas	742	(12)	-	38.3	Hora méd.	759	0.69
Administración					Activ.	-	-	-	-	Hora méd.	165	-
Vacunación	Antipoliomielit D.P.F. Antistrampionosa	Toda Poblacion. Menos IMSS	858 (3)	12.4	Cuadros completos	106	53.3	-	123.5			
						16	15.5	-	18.6			
Todos Programas	Consultas Hospitalización		19,349(3)		Consultas Egresos	6,694	25.9	-	346.0	Hora méd. Cama	6,996 (13)	0.56
						191	50.4	-	9.9		15	12.7
Menos vacunación y administrac.					Pac. día	416	50.6	2.18	21.5	Hora méd.	1,749 (13)	0.24

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 25

S.S.A. CENTRO "B" TEQUISQUIAPAN.		POBLACION			ACTIVIDADES				RECURSOS		
P R O G R A M A	Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Número	% / Con. SSA Tequis.	Promedio de días - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Número	Productividad.
Medicina General	Cons. extrema Hospitalización	Toda Población. Menos IMSS	19,349	Cons. ext. Cons. urg. Egresos Pac. día	2,523	79.8	-	-	Hora méd.	2,706	0.93
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna Ginecología	Partos esperados	862 (3) (6)	11.4	Consulta Partos Egresos	287 98	62.9 81.7	-	Hora méd. Cama Cama	308 6	0.43 16.33
Cirugía	Hospitalización	Toda Pobl. menos IMSS	19,349 (3)	Egresos Pac. día	22	100	-	-	Cama Hora méd.	2	11
Pediatria	Cons. pediátrica Hospitalización	Toda Pobl. menos IMSS	19,349 (3)	Egresos Pac. día	14 20	100 100.	-	1.43	Cama Hora méd.	2 54	-
Estomatología	Cons. estomat. Pláticas	Toda Población menos IMSS	19,349 (3)	Consulta Pláticas	358	48.2	-	-	Hora méd.	384	0.43
Administración	Antihelmintic D.P.T. Antisaramponosa	Toda Población menos IMSS	858 (3)	Activ. Cuadros completos	-	-	-	-	Hora méd.	120	-
Vacunación	D.P.T. Antisaramponosa	Toda Población menos IMSS	858 (3)	Cuadros completos	106 16 0	100 100 0	-	-	-	-	-
Todos Programas Menos vacunación y administrac.	Consultas Hospitalización	Toda Población menos IMSS	19,349 (3)	Consultas Egresos Pac. día	5,147 169	76.9 88.5	-	-	Hora méd. Cama	5,520 (13) 12	0.92 14

FUENTE: Recolección directa.

S.S.A. CENTRO "C". EL TEJOCOTE.		POBLACION			ACTIVIDADES				RECURSOS		
P R O G R A M A	Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Numero	%/Con. SSA. Tequis.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Numero	Productividad.
Medicina General	Cons. externa	Toda Poblac. Menos IMSS.	19,349 (3)	Cons. ext.	639	20.2	-	-	Hora méd.	610	1.05
	Cons. urgencia Hospitalización										
Obstetricia y Ginecología	Partos espe- rados.	Toda Poblac. (3)	862 (3) (6)	Partos	169	37.1	-	-	Hora méd.	161	1.05
	Atención Materna										
	Ginecología										
Ginecología	Hospitalización	Toda Poblac. menos IMSS.	19,349 (3)	Egresos	-	-	-	-	Cama	-	-
	Pac. día										
Cirugía	Hospitalización	Toda Poblac. menos IMSS.	19,349 (3)	Egresos	-	-	-	-	Cama	-	-
	Pac. día										
Pediatria	Cons. pediátrica Hospitalización	Toda Poblac. menos IMSS.	19,349 (3)	Consulta	355	-	-	-	Hora méd.	339	1.05
	Egresos Pac. día										
Estomatología	Cons. estomat. Prácticas	Toda Poblac. menos IMSS.	19,349 (3)	Consulta	-	-	-	-	Hora Odont.	-	-
	Prácticas										
Planificación familiar	Activ.	Toda Poblac. menos IMSS.	19,349 (3)	Consultas	384	51.8	-	-	Hora méd.	366	1.05
	Activ.										
Vacunación	Antipoliomelit D.P.T. Antisarampión	Toda Poblac. menos IMSS.	858 (3)	Cuadros completos	-	-	-	-	-	-	-
	Antipoliomelit										
	D.P.T.										
Todos Programas Menos vacunación y administrac.	Consultas Hospitalización	Toda Poblac. Menos IMSS.	19,349 (3)	Consultas Egresos Pac. día	1,547 22 86	23.1 11.5 20.7	-	3.91	Hora méd. Cama	1,476 (3) 3	1.05 7.53
	Consultas Hospitalización										

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 27

I.M.S.S. CLINICA T - 3 TEQUILAQUILAPAN.		POBLACION			ACTIVIDADES				RECURSOS			
P R O G R A M A		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Unidad		Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Numero	%/Conc. Teruis.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por - lib. por año	Tipo	Numero	Productividad.	
Medicina General	Cons. externa	Toda Población.	3,500	Cons. ext.	9,065 (7)	40.6 (3)	-	2,590 (7)	Hora méd.	3,459 (2)	2.6 (7)	
	Cons. urgencia		(2)	Cons. urg.	767	3.4	-	219.1	Hora méd.	293	2.6	
	Hospitalización			Egresos	20	36.4	-	5.7	Cama	1 (13)	58.4 (13)	
				Pac. día	50	36.5	2.50	14.3	Hora méd.	157 (13)	2.43 (13)	
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna Ginecología	Partos esperados	156 (2) (6)	Consulta Partos Egresos	- 150 -	- 55.6 -	- 1 -	- 961.5 -	Hora méd. Cama	4	37.5	
		Toda Población.	3,500 (2)	Pac. día	338	55.2	2.25	96.6	Hora méd.	781	0.1	
Cirugía	Hospitalización	Toda Población.	-	Egresos	-	-	-	-	Cama	-	-	
				Pac. día	-	-	-	-	Hora méd.	-	-	
Pediatría	Cons. pediatría	Toda Población	3,500	Consulta	-	-	-	-	Hora méd.	-	-	
	Hospitalización		(2)	Egresos	18	56.3	-	5.1	Cama	(A)	(A)	
				Pac. día	18	47.4	1	5.1	Hora méd.	(A)	(A)	
Estomatología	Cons. estomat. Pláticas	Toda Población.		Consulta Pláticas	-	-	-	-	Hora Odont.	-	-	
		Toda Población.		Consultas	-	-	-	-	Hora méd.	-	-	
Administración	Planificación familiar			Activ.	-	-	-	-	Hora méd.	900	-	
Vacunación	Anti poliomielit D.P.T.	Ninos de 0 años.	858	Quadros completos	68	34.2	-	79.3				
	Anti sarampión		(5)		64	62.1	-	79.6				
					64	72.7	-	74.6				
Todos Programas	Consultas Hospitalización	Toda Población.	3,500	Consultas Egresos	9,832	38.0	-	2,809.1	Hora méd. Cama	3,532 (13)	2.6	
			(8)		188	49.6	-	33.7		5	4.4	
					406	49.4	2.16	116.0	Hora méd.	933 (13)	6.33	

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 28

SOLIDARIO AL CAMPO. UNIDAD MEDICA RURAL. FONTEZUELAS		P O B L A C I O N			A C T I V I D A D E S				R E C U R S O S			
P R O G R A M A		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Numero	%/Con. Tequis.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Numero	Produccion, dad.
Medicina General	Cons. externa	Toda Pobl. menos IMSS.	19,349 (3)		Cons. ext.	1,785 (7)	8.0 (7)	-	-	Hora méd.	1,928 (3)	0.93 (3)
	Cons. urgencia Hospitalización				Cons. urg.	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna	Partos esperados			Partos	-	-	-	-	Cama	-	-
	Ginecología	Toda Población (3)	19,349 (3)		Egresos	-	-	-	-	Cama	-	-
	Hospitalización	Toda Pobl. menos IMSS (3)	19,349 (3)		Egresos	-	-	-	-	Cama	-	-
Cirugía					Pac. día	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
					Pac. día	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Pediatría	Cons. pediatría Hospitalización	Toda Población menos IMSS (3)	19,349 (3)		Consulta	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
					Egresos	-	-	-	-	Cama	-	-
Esimariología	Cons. estomac. Pláticas	Toda Población menos IMSS (3)	19,349 (3)		Consulta	-	-	-	-	Hora Odont.	-	-
					Pláticas	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Planificación familiar					Consultas	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Administración					Activ.	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Vacunación	Antipoliomielit. D.P.T.	Toda Población menos IMSS.	858 (3)	2.9	Cuadros completos	25	12.6	-	-			
	Anticampiomosis			2.7		23	22.3	-	-			
				2.8		24	27.3	-	-			
Totals Programas	Consultas Hospitalización	Toda Población - IMSS.	19,349 (3)		Consultas Egresos	1,785	6.9	-	-	Hora méd. Cama	1,928	0.93
	Menos vacunación y administrac.				Pac. día	-	-	-	-	Hora méd.	-	-

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 29

3 MEDICOS PRIVADOS. TEQUISQUIAPAN.	POBLACION			ACTIVIDADES				REGURSO			
	1 Unidad	2 Univ. de Trabajo.	3 Cobertura %	4 Tipo	5 Número	6 %/ Con. Tequisq.	7 Promedio de días - estancia.	8 No. de Atenciones por - Hab. por año	9 Tipo	10 Número	11 Productividad.
P R O G R A M A	Toda poblac. menos IMSS	19,349 (3)		Cons. ext.	7,559 (8)	29.2	-	390.7	Hora méd.	4,275	1.77 (8)
				Cons. urg. Hospitalización	-	-	-	-	-	Cama	-
Medicina General	Partos esperados Mujeres + 15 años.	19,349 (3)		Cons. urg.	-	-	-	-	Cama	-	-
				Egresos Pac. día	-	-	-	-	-	Hora méd.	-
Obstetricia y Ginecología	Partos esperados Mujeres + 15 años.	19,349 (3)		Consulta Partos	-	-	-	-	Cama	-	-
				Egresos Pac. día	-	-	-	-	-	Cama	-
Cirugía	Total Poblac. menos IMSS	19,349 (3)		Egresos	-	-	-	-	Cama	-	-
				Pac. día	-	-	-	-	-	Hora méd.	-
Pediatría	Niños 0-14 años.	19,349 (3)		Consulta	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
				Egresos Pac. día	-	-	-	-	-	Cama	-
Estronacología	Total Poblac. Niños 0-5 años.	19,349 (3)		Consulta	-	-	-	-	Hora	-	-
				Egresos Practicas	-	-	-	-	-	Odont.	-
Planificación familiar				Consultas	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
				Activ.	-	-	-	-	-	Hora méd.	-
Vacunación	Niños de 0 años.	19,349 (3)		Consultas	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
				Egresos Pac. día	-	-	-	-	-	Hora méd.	-
Todos Programas	Niños de 0 años.	19,349 (3)		Consultas	7,559 (8)	29.2	-	390.7	Hora méd.	4,275	1.77 (8)
				Egresos Pac. día	-	-	-	-	-	Cama	-
Menos vacunación v. administrac.											

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 30

CONCENTRADO MUNICIPAL DE EZEQUIEL MONTES.		POBLACION			ACTIVIDADES			RECURSOS			
P R O G R A M A	Unidad	Univ. de Trabajo.	Coberura %	Tipo	Numero	%/Con. Total.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Numero	Productividad.
Medicina General	Cons. extrema	13,313		Cons. ext.	6,999	4.6	-	525.7	Hora méd.	5,004	1.40
	Cons. urgencia Hospitalización			Cons. urt. Egresos Pac. día	-	-	-	-	-	Cama Hora méd.	-
Obstetricia y Ginecología	Partos espe- rados.	(6) 593	6.2	Consulta Partos Egresos	170 37	6.2 1.2	- 1	286.7 62.4	Hora méd. Cama	346 2	0.49 1.5
	Mujeres + 15 años.			Egresos Pac. día	-	-	-	-	-	Cama Hora méd.	-
Cirugía	Hospitalización			Egresos	-	-	-	-	Cama	-	-
				Pac. día	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Pediatría	Cons. Pediatría Hospitalización	6,368		Consulta Egresos Pac. día	505	5.0	-	79.3	Hora méd. Cama	1,027	0.49
										Hora méd. Hora Odont.	(15)
Estronmatología	Cons. estomat. Platicas	Niños 0-5 años		Consulta Platicas	-	-	-	-	Hora Odont.	-	-
										Hora méd.	130
Administración	Antipolientelit D.P.T. Antisarampiónesa	Niños de 0 años.	422	Activ.	-	-	-	-	Hora méd.	90	-
Tobas Programas Menos vacunación y administración.	Consultas Hospitalización	13,313		Consultas Egresos Pac. día	7,738 37 76	4.6 0.7 0.5	- - 2.05	581.2 2.8 5.7	Hora méd. Cama Hora méd.	5,507 2 738	1.19 15.5 0.10

FUENTE: Recolección directa.

CUADRO No. 31

S.S.A. CENTRO "C"		POBLACION					ACTIVIDADES			RECURSOS		
EZEQUIEL MONTES.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
P R O G R A M A	Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Número	% / Con. E. Montes.	Promedio de días - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Número	Productividad.	
Medicina General	Cons. externa	Toda Poblacion.	13,313	Cons. ext.	713	10.2	-	53.6	Hora méd.	1,449	0.49	
	Cons. urgencia Hospitalización		(3)	Cons. urg. Egresos	-	-	-	-	Cama	-	-	
Obstetricia y Ginecología	Atencion Materna Ginecología	Partos esperados	593	Consulta Partos Egresos	170 37 -	100 100 -	- 1 -	286.7 62.4 -	Hora méd. Cama	346 2	0.49 0.5	
	Hospitalización	Toda Poblacion.	13,313	Pac. día Egresos	76 -	100 -	2.05 -	5.7 -	Hora méd. Cama	735	0.15	
			(3)									
Pediatría	Cons. pediatrica Hospitalización	Toda Poblacion.	13,313	Consulta Egresos	505 -	100 -	- -	37.9 -	Hora méd. Cama	1,027	0.49	
	Cons. estomat. Pláticas	Toda Poblacion.		Consulta Pláticas	- -	- -	- -	- -	Hora Ocont.	-	-	
Planificación familiar	Cons. familiar	Toda Poblacion.	13,313	Consultas	64	100	-	4.8	Hora méd.	130	0.49	
	Administración			Activ.	-	-	-	-	Hora méd.	90	-	
Vacunación	Antipoliomielite	Toda Poblacion.	422	Cuadros completos	156	100	-	369.7	-	-	-	
	D.P.F.				99	100	-	234.6	-	-	-	
	Antisarampión				39	100	-	92.4	-	-	-	
Todos Programas Menos vacunación y administrac.	Consultas Hospitalización	Toda Poblacion.	13,313	Consultas Egresos	1,452 37	18.2 100	- -	109.1 2.8	Hora méd. Cama	2,952 (13) 2	0.49 0.5	
				Pac. día	76	100	2.05	5.7	Hora méd.	735 (13)	0.30	

FUENTE: Recolección directa.

7 MEDICOS PRIVADOS EZQUEL MONTES. P R O G R A M A	POBLACION			ACTIVIDADES					REGISTROS		
	1 Unidad	2 Univ. de Trabajo.	3 Gobernura %	4 Tipo	5 Número	6 % / Con. E. Montes	7 Promedio de dias - estancia.	8 NO. de Atenciones por Hab. por año	9 Tipo	10 Número	11 Producción
Medicina General	Cons. externa Cons. urgencia Hospitalización	Toda Población. 13,313 (3)		Cons. ext.	6,286 (8)	81.2	-	4,722	Hora méd.	3,555	1.77 (3)
				Cons. urg.	-	-	-	-	-	Hora méd.	-
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna Ginecología	Partos esperados Mujeres + 15 años. (3)		Consulta	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
				Partos	-	-	-	-	Camá	-	-
Cirugía	Hospitalización	Toda Poblac.		Egresos	-	-	-	-	Camá	-	-
				Pac. día	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Pediatría	Cons. pediatría Hospitalización	Niños 0-14 años. (3)		Consulta	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
				Egresos	-	-	-	-	Camá	-	-
Estomatología	Cons. estomat. Pláticas	Toda Pobl. Niños 0-5 años.		Consulta	-	-	-	-	Hora Odont.	-	-
				Pláticas	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Administración	Antipoliomelit D.P.P. Antisfarimpensos	Niños de 0 años. (3)		Activ.	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
				Quadros completos	-	-	-	-	-	-	-
Todos Programas Niños vacunación y administrac.	Consultas Hospitalización	Toda Población (3)		Consultas	6,286 (8)	81.2	-	472.2	Hora méd.	3,555	1.77 (3)
				Egresos	-	-	-	-	Camá	-	-
				Pac. día	-	-	-	-	Hora méd.	-	-

FUENTE: Recolección directa.

CONCENTRADO MUNICIPIO DE CADEREYTA.		POBLACION			ACTIVIDADES				RECURSOS		
P R O G R A M A	Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Numero	%/ Con. Total.	Promedio de dias - estancia.	Nº. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Numero	Productividad.
Medicina General	Cons. extrema Hospitalización	Toda Poblacion.	35,527 (4)	Cons. ext.	44,641 (7)	29.1 (7)	-	1,256.5 (7)	Hora méd.	24,402 (7)	1.83 (7)
				Cons. urrg. Hospitalización	216	25.8	-	6.1	Hora méd.	12	15
Obstetricia y Ginecologia	Atencion Materna Ginecologia	Partos esp. Partos Multiples + 15 años.	1,584 (4) (6) 8,457 (4)	Consulta	699	25.4	-	441.3	Hora méd.	823	0.55
				Partos	(10) 1,042	34.2	1	657.8	Cama	32	41.7 (10)
Cirugia	Hospitalización	Toda Poblac.	35,527(4)	Egresos	293	81.4	-	32.7	Cama	110	1.10
				Pac. día	3,733	14.5	-	416.8	Hora méd.	5,493	0.28
Pediatría	Cons. pediatrica Hospitalización	Niños 0-14 años.	17,642 (4)	Pac. día	866	73.9	10.31	24.4	Hora méd.	3,119	0.28
				Consulta	2,121	20.9	-	120.2	Hora méd.	2,625	0.91
Estomacología	Cons. estomac. Plásticas	Toda Poblac. - niños 0-5 años.	28,865 (4)	Egresos	411	70.6	-	23.3	Cama	20	2.5
				Pac. día	3,309	89.3	8.05	187.6	Hora méd.	3,345	0.29
Planificación familiar	Cons. Plásticas	Toda Poblac.	28,865 (4)	Consulta	2,638	19.5	-	91.4	Hora Odont.	(15)4,320	0.61
				Plásticas	-	-	-	-	-	-	-
Administración	Antipoliomielit D.P.T. Antisarampiónosa	Niños de 0- años.	1,337 (4)	Consultas	337	13.6	-	-	Hora méd.	2,066	0.16
				Activ.	-	-	-	-	-	-	-
Vacunación	Antipoliomielit D.P.T. Antisarampiónosa	Niños de 0- años.	1,337 (4)	Consultas	1,029	37.8	-	769.6	-	-	-
				Cuadros completos	1,231	45.8	-	920.7	-	-	-
Todos Programas Menos vacunación y administrac.	Consultas Hospitalización	Toda Poblacion.	35,527 (4)	Egresos	2,046	40.9	-	57.6	Cama	76	1.60
				Pac. día	9,361	56.8	4.58	263.5	Hora méd.	14,356	0.65

FUENTE: Recolección directa.

S.S.A. CONCENTRADO		POBLACION			ACTIVIDAD				RECURSOS			
CADEREYTA.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
P R O G R A M A		Unidad	Univ. de Trabajo.	Gobernura %	Tipo	Número	%/ Con. Cadereyta	Promedio de días - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Número	Productividad.
Medicina General	Cons. externa	Toda Poblacion.	35,527		Cons. ext.	2,768	62	-	77.9	Hora méd.	3,342	0.53
	Cons. urgencia Hospitalización		(4)		Cons. urg. Egresos Pac. día	16 37	7.4 2.5	- 2.31	0.5 1.0	Cama Hora méd.	3 82	5.66 6.45
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna Ginecología	Partos esperados Mujeres + 15 años.	1,584 (1) (6) 8,957 (1)	10.5	Consulta Partos Egresos Pac. día	699 166 16 394	(12) 15.9 5.5	- 1 -	441.3 104.8 1.8	Hora méd. Cama Cama	823 12	9.55 15.2
	Hospitalización	Toda Poblac.	35,527 (1)		Egresos Pac. día	-	-	-	-	Cama	-	-
Cirugía		Ninos 0-14 años.	17,642 (1)		Consulta Egresos Pac. día	2,121 24 73	(12) 5.8 2.2	- - 3.04	120.2 1.4 4.1	Hora méd. Cama Hora méd.	2,625 3 162	0.51 5 6.45
	Cons. estomat. plásticas	Foda Poblac. - ninos 0-5 años.	-		Consulta plásticas	-	-	-	-	Hora Odont.	-	-
Planificación familiar					Consultas	337	(12)	-	-	Hora méd.	446	0.76
	Administración				Activ.	-	-	-	-	Hora méd.	315	-
Vacunación	Antipoliomielite D.P.T. Antisarampión	Ninos. de 0-años.	1,337 (1)	9.7 12.0 2.8	Candros completos	129 160 37	12.5 13.0 2.3	- - -	96.5 119.7 27.7			
	Consultas Hospitalización	Toda Poblacion.	35,527 (1)		Consultas Egresos Pac. día	5,925 222 504	12.4 10.9 5.4	- - 2.27	166.8 6.2 14.2	Hora méd. Cama Hora méd.	(13) 7,236 15 1,440	0.52 13.33 0.35

FUENTE: Recolección directa.

S.S.A. CENTRO "B" CADEREYTA.		POBLACION			ACTIVIDADES			RECURSOS				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Número	%/ Con. SSA. Cad.	Promedio de días - estancia.	No. de Atenciones por - Hab. por año	Tipo	Número	Productivi- .dad.
Medicina General	Cons. externa	Toda Población.	35,527 (1)		Cons. ext.	1,926	69.6	-	-	Hora méd.	2,122	0.91
	Cons. urgencia Hospitalización				Cons. urg. Egresos Pac. día							
Ginecología y Obstetricia	Atención Materna Ginecología	Partos esperados. Mujeres + var. años.	1,584 (1) (6) 8,937 (1)	9.5	Consulta Partos Egresos	548 130 16	78.4 90.4 100	-	-	Cama Cama	604 6	0.91 27.66
	Hospitalización				Pac. día	372	94.4	2.24	827	0.45		
Cirugía	Hospitalización	Toda Población.	35,527 (1)		Egresos	-	-	-	-	Cama	-	-
					Pac. día	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Pediatria	Cons. pediatría Hospitalización	Niños 0-14 años.	17,642 (91)		Consulta Egresos Pac. día	1,292 24 73	60.9 100 100	-	3.04	Hora méd. Cama Hora méd.	1,424 3 162	0.91 0.45
								Consulta Pláticas	-	-	-	Hora Odont.
Planificación familiar					Consultas	122	36.2	-	-	Hora méd.	134	0.91
					Acdiv.	-	-	-	-	Hora méd.	225	-
Vacunación	Anticovid/antitet. D.P.T. Antisarampión/ant. Anisak	Niños de 0 años.	1,337 (1)		Cuadros completos	105 97 37	81.4 60.6 100	-	-	-	-	-
Todos Programas	Consultas Hospitalización	Toda Población.	35,527 (6) (1)		Consultas Egresos Pac. día	3,888 206 482	65.6 98.8 95.6	-	2.34	Hora méd. Cama Hora méd.	4,294 (1) 12 1,971 (13)	0.91 17.17 0.45

FUENTE: Recolección directa.

CONCENTRADO CENTROS DE SALUD "C"		POBLACION			AGTIVIDADES			RECURSOS				
CADEREYTA.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
P R O G R A M A		Unidad	Univ. de Trabajo.	Gobernura %	Tipo	Numero	% Con. SSA Cader.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por - Hab. por año	Tipo	Numero	Productivi- dad.
Medicina General	Cons. externa	Toda pobla- cion.	35,527 (1)		Cons. ext.	842	30.4	-	-	Hora méd.	1,220	0.69
	Cons. urgencia Hospitalización				Cons. urg. Egresos Pac. día	-	-	-	-	Cama Hora méd.	-	-
Obstetricia y Ginecología	Atencion Materna Ginecología	Partos es- perados. Mujeres + 15 años	1,584 (1) (6)	1.0	Consulta Partos Egresos	151 16	21.6 9.6	- 1	-	Hora méd. Cama	219 6	0.69 2.75
	Hospitalización	Toda Poblac (1)	35,527 (1)		Pac. día Egresos	22	5.6	1.38	-	Cama Hora méd.	367	0.06
Pediatría	Cons. pediatría Hospitalización	Niños 0- 14 años.	17,642 (1)		Consulta Egresos Pac. día	829	39.1	-	-	Hora méd. Cama Hora méd.	1,201	0.69
	Cons. estomat. Pláticas	Toda pobla- cion - niños 0-5 años.			Consulta Pláticas	-	-	-	-	Hora Odont.	-	-
Vacunación	Antipoliomielit D.P.T. Antisarampiónosa	Niños de 0 años.	1,337 (1)	1.8 4.7 0	Activ. Cuadros comple- tos	24 63 0	18.6 39.4 0	-	-	Hora méd.	90	-
	Administración	-	-		Activ.	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Todos Programas Menos vacunación y administrac.	Consultas Hospitalización	Toda Poblac.	35,527 (1)		Consultas Egresos Pac. día	2,037 16 22	34.4 7.2 4.4	-	-	Hora méd. Cama Hora méd.	(13) 2,952 4 367	0.69 2.75 0.69

FUENTE: Recolección directa.

S.S.A. CENTRO "C"		POBLACION					ACTIVIDADES					REGISTROS		
VIZARRON.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
P	R O G R A M A	Unidad	Univ. de Trabajo.	Gobernura %	Tipo	Numero	% / Con. SSA Cad.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por - Hab. por año	Tipo	Numero	Productivi- .dad.		
Medicina General	Cons. externa	Toda Poblacion.	35,527 (1)		Cons. ext.	465	16.8			Hora méd.	670	0.69		
	Cons. urgencia Hospitalización				Cons. urg.					Cons. méd.				
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna Ginecología	Partos esperados Mujeres + 15 años.	1,584 (1) (6)	0.4	Consulta Partos Egresos	41 6	5.9 3.6	.1		Hora méd.	39	0.69		
					Pac. día					Cama				
Cirugía	Hospitalización	Toda Poblacion.	35,527 (1)		Egresos					Cama				
					Pac. día					Hora méd.				
Pediatria	Cons. pediatrica Hospitalización	Niños de 0-14 años.	17,642 (1)		Consulta Egresos Pac. día	448	21.1			Hora méd.	643	0.69		
					Cama					Hora méd.				
Estomatología	Cons. estomat. Pláticas	Toda Poblacion - niños 0-5 años.			Consulta Pláticas					Hora Odont.				
					Consulta									
Planificación familiar					Consultas	71	21.1			Hora méd.	102	0.69		
					Activ.									
Vacunación	Antipoliomielit D.P.T. Antisaramponosa	Niños de 0 años.	1,397 (1)	1.8 4.7 0	Cuadros completos	24 63 0	18.6 39.4 0							
Todos Programas Menos vacunación y administrac.	Consultas Hospitalización	Toda Poblacion.	35,527 (1)		Consultas Egresos Pac. día	1,025 6 (11)	17.3 2.7			Hora méd.	1,476 3 (11)	0.69 2		

FUENTE: Recolección directa.

S.S.A. CENTRO "C"	POBLACION				ACTIVIDADES				REGURSO		
	EL DOCTOR.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
P R O G R A M A	Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Número	%/Con SSA. Cad.	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por Hab. por año	Tipo	Número	Productividad.
Medicina General	Cons. extrema	Toda Poblacion.	35,527 (1)	Cons. ext.	377	13.6	-	-	Hora méd.	550	0.69
	Cons. urgencia Hospitalización			Cons. urg. Egresos Pac. día	-	-	-	-	Cama Hora méd.	-	-
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna Ginecología	Partos esperados Mujeres + 15 años.	1,584 (1) (6) 8,957 (1)	0.6	Consulta Partos Egresos	110 10 -	15.8 6.0 -	-	Cama Hora méd.	160 3 -	0.69 3.33 -
	Hospitalización	Toda Poblacion.	35,527 (1)	Pac. día Egresos	22 -	5.6 -	2.2 -	-	Cama Hora méd.	369 -	0.06 -
Pediatría	Cons. Hospitalización	Niños de 0-14 años.	17,642 (1)	Consulta Egresos Pac. día	381 - -	18.0 - -	-	-	Cama Hora méd.	356 -	0.69 -
	Cons. Hospitalización	Toda Poblacion. - Niños 0-5 años.		Consulta Egresos Pac. día	- - -	- - -	- - -	-	Cama Hora méd.	- -	- -
Estomatología	Cons. estomat. Pláticas	Toda Poblacion. - Niños 0-5 años.		Consulta Pláticas	-	-	-	-	Cama Hora méd.	-	-
	Planificación familiar			Consultas	14.4.	42.7	-	-	Cama Hora méd.	210	0.69
Vacunación	AntiPoliomelit D.P.T. Antisarampionosa	Niños de 0 años.	1,337 (1)	Activ.	-	-	-	-	Cama Hora méd.	45	-
	Consultas Hospitalización	Toda Poblacion.	35,527 (1)	Consultas Egresos Pac. día	1,012 10 22	17.1 4.5 4.4	-	2.2	Cama Hora méd.	1,476(13) 3 369 (13)	0.69 3.33 0.69

FUENTE: Recolección directa.

I.N.I.S.S. CLINICA DE CAMPO. CADEREYTA.	POBLACION			ACTIVIDADES					RECURSOS		
	1 Unidad	2 Univ. de Trabajo.	3 Gobernura %	4 Tipo	5 Número	6 %/Con. Cadereyta	7 Promedio de dias - estancia.	8 No. de Atenciones por Hab. por año	9 Tipo	10 Número	11 Productividad.
P R O C R A M A	Toda Poblacion.	(4) (1)		Cons. ext.	34,729 (7)	77.8 (7)	-		Hora méd.	15,390 (7)	2.26 (7)
				Cons. urg.	2,284	5.1	-	Hora méd.	4,050	0.36	
Medicina General				Egresos	200	92.6	-	Cama	9	22.22	
				Pac. día	1,416	97.4	7	Hora méd.	2,317	0.81	
Obstetricia y Ginecología	Partos esperados	(4) (1)		Consulta	(7)	-	-	Hora méd.	-	-	
				Partos	756	72.6	1	Cama	15	65.57	
Ginecología				Egresos	277	94.5	-	Cama	15	65.57	
				Pac. día	3,099	83.0	3	Hora méd.	3,067	0.55	
Cirugía	Toda Poblacion	(4) (1)		Egresos	84	100	-	Cama	12	7	
				Pac. día	866	100	10	Hora méd.	3,119	0.25	
Pediatria	Niños 0-14 años.	(4) (1)		Consulta	(7)	-	-	Hora méd.	(7)	(7)	
				Egresos	387	54.2	-	Cama	17	22.76	
Estomatología	Toda Pobl. - niños 0-5 años.	(4) (1)		Pac. día	3,236	97.8	8.4	Hora méd.	3,153	1.02	
				Consulta	2,638	100	-	Hora Odont.	4,320	0.61	
Planificación familiar				Consultas	-	-	-	Hora méd.	1,620	-	
				Activ.	-	-	-	Hora méd.	1,680	-	
Vacunación	Niños de 0 años.	(4) (1)		Cuadros completos	900	87.5	-	Hora Méd.	3,375	-	
				D.P.T.	1,071	87.0	-				
Todos Programas	Toda Poblacion.	(4) (1)		Consultas	37,013	77.4	-	Hora méd.	21,060	1.76	
				Egresos	1,704	83.3	-	Cama	53	32.15	
Menos vacunación y administrac.				Pac. día	8,917	92.0	5.06	Hora méd.	12,286	0.70	

FUENTE: Recolección directa.

SANATORIO PRIVADO		POBLACION			ACTIVIDADES				RECURSOS			
CADEREYTA		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
P R O G R A M A		Unidad	Univ. de Trabajo.	Cobertura %	Tipo	Numero	%/ Cadereyta	Promedio de dias - estancia.	No. de Atenciones por - Hab. por año	Tipo	Numero	Productivi- dad.
Medicina General	Cons. externa	Toda pobla- cion.	35,527 (1)		Cons. ext.	4,860	10.2	-	136.8	Hora méd.	1,620	3.00
	Cons. urgencia Hospitalización				Cons. urg. Egresos	40	5.9	-	1.1	Hora méd.	5	24
Obstetricia y Ginecología	Atención Materna Ginecología	Partos esperados	1,584 (1) (6)	5.0	Partos Egresos	80 (10)	(10)	1	30.5	Cama Cama	(10)	(10)
	Hospitalización	Toda pobla- cion.	35,527 (1)		Pac. día	240	2.6	2.00	6.8	Hora méd. Cama	630	0.33
Cirugía	Cons. Pediatrica Hospitalización				Consulta Egresos Pac. día	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
	Cons. estomat. Pláticas				Consulta Pláticas	-	-	-	-	Hora méd. Odont.	(15)	-
Planificación familiar	Cons. estomat. Pláticas				Consulta Pláticas	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
	Administración				Activ.	-	-	-	-	Hora méd.	-	-
Vacunación	Anti poliomelite D.p.T.				Cuadros completos	-	-	-	-		-	-
	Antisarampiónosa											
Todos Programas	Consultas Hospitalización	Toda pobla- cion.	35,527 (1)		Consultas Egresos	1,860	10.2	-	136.8	Hora méd. Cama	1,620	3.00
	Menos vacunación y administrac.				Pac. día	240	2.6	2.00	6.8	Hora méd.	630	0.33

FUENTE: Recolección directa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- (1) ILPES, Discusiones sobre planificación, Siglo XXI, México pp. 6 y 12
- (2) Álvarez Béjar, Alejandro R., El Estado en el pensamiento de la CEPAL, Revista de Investigación Económica, U.N.A.M. Vol. XXXV, No. 138, Abril-Junio 1976.
- (3) OPS/OMS, Health Planning in Latin America, Scientific Publication No. 272, 1973, pag.2
- (4) ILPES, Obra citada, pp.17-21
- (5) Fassler, Clara. Hacia un enfoque crítico de la Investigación en Servicios de Salud, mimeo., México, D.F., Julio 1978.
- (6) OPS/OMS, Obra citada. pp.6-8
- (7) OPS/OMS, Health Planning in Latin America. Publicación Científica. No. 272. Washington, D.C., Cap. III y IV
- (8) OPS/OMS. Las Condiciones de Salud en las Américas, 1965-68. Publicación Científica No.207, Washington, D.C., 1970.
- (9) OPS. Coordinación de los Servicios Médicos. Discusiones Técnicas de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana. Publicación Científica No. 154. Washington, D.C., 1967.
- (10) OPS. Coordinación de la Atención Médica, Informe Final y Documentos de trabajo de un Grupo de Estudio. Publicación Científica. No.201, Washington, D.C., 1970.

- (11) OPS. Guía para la Coordinación de la Atención Médica. Publicación Científica, No. 234, 1972. Washington, D.C. pp.27-46.
- (12) OPS. Sistemas de Salud. Publicación Científica No.234. Washington, D.C., 1972.
- (13) Cordeiro, H. Práctica Médica en América Latina. Tendencias, Alternativas y Problemas de Pesquisa. Instituto de Medicina Social de UERJ. Trabajo presentado en la X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina en América Latina, 1977.
- (14) OPS/OMS. Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Documento Oficial 118. p.19, 1973.
- (15) Secretaría de Salubridad y Asistencia. Plan Nacional de Salud. México, Vol. II., 1974. p.90
- (16) Ibid, p.141
- (17) Ibid, p.148
- (18) Gramsci, A. La Formación de los Intelectuales. Ed. Grijalbo, México, 1967.
- (19) Portello, H., Gramsci y el Bloque Histórico. México, Ed. Siglo XXI, 3a. Edición, 1976.
- (20) Pollack, J.C. La Medicina del Capital, Mimiografiado.
- (21) Donangelo, C. Medicina y Estructura Social. Campo de Emergencia de Medicina Comunitaria. Tesis presentada para concurso libre de docencia en el Departamento de Medicina Preventiva, USP, 1976. mimiografiado. pp,38-41.

- (22) Kumate, J.; Cañedo, L.; Pedrotta, O. La Salud de los Me
xicanos y la Medicina en México. Ed. de El Colegio Nacion
al. México, 1975. pp.63-71.
- (23) Secretaría de Salubridad y Asistencia. Plan Nacional de
Salud, op.cit. pag.39
- (24) Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). La
Ciencia y la Tecnología en el Sector Medicina y Salud;
Diagnóstico y Política. Serie Estudios. México, 1976.
p.38,
- (25) *Ibid*, pag.35
- (26) Laurell, C. Algunos Problemas Teóricos y Conceptuales
de la Epidemiología Social. Maestría de Medicina Social,
U.A.M.-Xochimilco, México, 1976. Mimeografiado.
- (27) CONACYT, op.cit. pag.44
- (28) *Ibid*. pag.35
- (29) Kumate et.al., op.cit. pag.281
- (30) Secretaria de Salubridad y Asistencia. Diagnóstico de
Salud. Departamento de Recolección y Procesamiento de
Datos. Mimeografiado, 1977.
- (31) Secretaría de Industria y Comercio, Estados Unidos Mexi-
canos, Censo General de Población, 1970.
- (32) CONACYT, op.cit. pag.20
- (33) Kumate, et.al., op.cit. pag,224
- (34) Ministerio de Saude, Brasil, V Conferencia Nacional de
Salud, Tomo I, Brasilia, agosto de 1975.
- (35) CONACYT, op.cit., pag.53

- (36) Peña, H.C., et.al. Servicios Médicos del I.M.S.S., Doctrina e Historia, México, 1973.
- (37) CONACYT, op.cit., pag.57
- (38) Ibid, pag.57
- (39) Secretaría de Salubridad y Asistencia. Plan Nacional de Salud. México, 1974. pag.74
- (40) Borja, A.V. El Derecho a la Seguridad Social. Enfoque Económico. México, 1977. Mimeografiado. pag.9
- (41) Ibid. pag.10
- (42) CONACYT, op.cit., pag.53
- (43) Secretaría de Industria y Comercio. Estadísticas Hospitalarias. Serie V, No.1. Dirección General de Estadística, México, 1975. pp. 18-35
- (44) Instituto Mexicano de Seguridad Social. Servicios Médicos de Campo y Solaridad Social. Subdirección General Médica. México, 1976. pp.74-75
- (45) CONACYT, op.cit., pag.55
- (46) Senado de la República. CONASUPO 76. Talleres Gráficos de la Nación. México, 1976.
- (46) Instituto Mexicano de Seguridad Social. Servicios Médicos de Campo. op.cit., pag.144
- (48) Secretaría de Salubridad y Asistencia. Plan de Extensión de Cobertura. op.cit., pag.8
- (49) Secretaría de Industria y Comercio. Estadísticas Hospitalarias. Serie V, No.1. Dirección General de Estadística. México, 1975. pag.18

- (50) CONACYT, op.cit., pag.57
- (51) Testa, M. Comunicación Personal
- (52) Montoya, C. Curso de Planificación de Servicios de Salud. Mimeografiado, 1978.
- (53) Programas Básicos del Area y su Evaluación. La Habana, Cuba, 1975. pp.241-243
- (54) Para la elaboración del diagnóstico, nos basamos en datos provenientes de:
- Un diagnóstico elaborado por el I.M.S.S., Cadereyta.
 - Cuatro diagnósticos municipales, elaborados por el Departamento de Planificación y Evaluación de Servicios Coordinados, Secretaría de Salubridad y Asistencia.
 - Datos censales.

ANEXO I

Secretaría de Salubridad y Asistencia; tipo de unidades, recursos básicos y actividades.

HOSPITAL ESPECIALIZADO.

Cobertura; de más de 100,000 habitantes.

Recursos básicos: Cuerpo médico especializado, especialistas - auxiliares de diagnóstico y tratamiento anestesiología, farmacia de recuperación, personal paramédico especializado, departamento de enseñanza e investigación, personal administrativo y de intendencia, vehículo.

Actividades: Atención médica especializada, consulta externa, hospitalización, docencia, investigación y adiestramiento, - auxiliares de diagnóstico y tratamiento especializado, rehabilitación y farmacia.

HOSPITAL GENERAL.

Cobertura: de más de 100,000 habitantes.

Recursos Básico: Cuerpo médico especializado, especialistas - auxiliares de diagnóstico y tratamiento, anestesiología, farmacia de recuperación personal, paramédico especializado, departamento de enseñanzas e investigación, personal administrativo y de intendencia, vehículo.

Actividades: Medicina, cirugía, obstetricia y pediatría, especialidades básicas y alta especialidad, consulta externa, hospitalización, emergencia, cirugía buco-dento-maxilar, planificación familiar, medicina preventiva, rehabilitación, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento especializados, farma-

cia, docencia, investigación y tratamiento a todo nivel.

HOSPITAL URBANO.

Cobertura; de 30,000 a 99,999 habitantes

Recursos básicos: Cuerpo médico especializado, especialistas - auxiliares de diagnóstico y tratamiento, servicios paramédicos anestesiología, jefe de enseñanza, farmacia de recuperación, - personal administrativo y de intendencia, vehículo.

Actividades: Medicina, cirugía, obstetricia, pediatría y especialidades básicas, consulta externa, hospitalización, emergencia y dental, planificación familiar, servicios auxiliares de diagnóstico, farmacia, medicina preventiva, rehabilitación, - adiestramiento en servicio.

CLINICA Y CENTRO DE SALUD.

Cobertura: de 30,000 a 99,999 habitantes.

Recursos básicos: Médico pasante especialista; pediatría, - neumología, gineco-obstetricia, etc., epidemiólogo, dentista y pasante de nutrición, trabajadora social, laboratorio clínico, laboratorio de salud pública, radio-diagnóstico, farmacia de - recuperación, promotor social, agente sanitario, técnico en sa neamiento.

Actividades: Consulta externa, general y especialidades bási- cas, dental, planificación familiar, medicina preventiva; los 3 niveles servicios auxiliares de diagnóstico, farmacia, promo ción y educación para la salud, control sanitario y saneamiento, adiestramiento en servicio.

HOSPITAL RURAL Y CENTRO DE SALUD.

Cobertura: de 15,000 a 29,999

Recursos básicos: Médico general, cirujano general, pasante en servicio social, dentista y/o pasante, enfermeras generales, - instructoras, pasantes o auxiliares partera, instructora, técnico en anestesia, técnico laboratorista, agente sanitario, - promotor de saneamiento, promotor social, farmacia de recuperación, personal administrativo y de intendencia, adiestramiento auxiliar de comunidad en salud, vehículo y chofer.

Actividades: Medicina y cirugía generales, obstetricia de urgencia, consulta externa, hospitalización, atención domiciliaria y emergencia, planificación familiar, parto domiciliario, medicina preventiva primaria y secundaria, dental, promoción y educación para la salud, adiestramiento en servicio y desarrollo de recursos humanos, farmacia, control sanitario y saneamiento.

CLINICA RURAL.

Cobertura: de 2,500 a 14,999

Recursos básicos: Pasante en servicio social, auxiliar de enfermería o pasante, auxiliar de comunidad en salud, auxiliar de saneamiento, partera adiestrada, botiquín, vehículo.

Actividades: Medicina general, prenatal, atención médica de menores y adultos, consulta externa, visita domiciliaria y emergencia, planificación familiar, vacunaciones y diagnóstico oportuno, promoción y educación para la salud, botiquín, control sanitario y saneamiento.

ANEXO 2.

Instituto Mexicano de Seguridad Social: Tipo de Unidades, recursos básicos y actividades.

CM=Centro Médico.

Conjunto de dos o más hospitales, agrupados físicamente en un área, para la atención de paciente que requieran recursos especializados en las cuatro ramas de la medicina: interna cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría, con sus correspondientes especialidades.

Los hospitales que forman el Centro Médico, están relacionados entre sí para facilitar la atención integral del paciente.

Reciben enfermos procedentes de: Unidades de Adscripción y Concentración; de Unidades de Adscripción; de Hospitales Generales; de Hospitales de Especialidades, comprendido dentro de una circunscripción territorial determinada.

Proporciona atención de consulta externa, hospitalización y urgencias (las 24 horas).

La consulta externa es atendida por el mismo personal médico que tiene a su cargo la hospitalización.

No tiene catálogo de adscripción de derecho-habientes, ni cuenta con servicios de Médicos Familiares.

Realiza actividades de enseñanza e investigación.

HG=Hospital General.

Unidad médica para la atención de pacientes en las cuatro ramas de la medicina: interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y las especialidades derivadas de ellas.

Recibe enfermos enviados por Unidades adscritas al Sistema Médico Familiar, por servicios de urgencias o de otros hospitales del sistema, de acuerdo con las necesidades de los centros asistenciales de la región.

Proporciona atención de consulta externa, hospitalización y urgencias (las 24 horas).

La consulta externa es atendida por el mismo personal médico que tiene a su cargo la hospitalización.

Tiene un jefe de Enseñanza e Investigación para los fines de docencia.

No tiene catálogo de adscripción de derecho-habientes, - ni cuenta con servicio de Médicos Familiares.

HES=Hospital de Especialidades.

Unidad médica para la atención de pacientes en diferentes especialidades médicas, quirúrgicas y medicoquirúrgicas.

Recibe enfermos enviados por: Unidades adscritas al sistema Médico Familiar, por servicios de urgencias o de otros hospitales del Sistema, de acuerdo con las necesidades de los centros de la región.

La consulta externa es atendida por el mismo personal médico que tiene a su cargo la hospitalización.

Proporciona servicio de urgencia las veinticuatro horas.

Tiene un Jefe de Enseñanza e Investigación para los fines de docencia.

No tiene catálogo de adscripción de derecho-habientes, ni cuenta con servicios de Médicos Familiares.

HE=Hospital de Especialidad.

Unidad médica para la atención de pacientes, limitada a una especialidad médica, quirúrgica o médico-quirúrgica.

Las demás características son similares al Hospital de Especialidades.

UNIDADES DE ADSCRIPCION Y CONCENTRACION.

T1=Clínica Hospital Tipo 1.

Unidad para la atención de pacientes en las 4 ramas de la medicina: interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y algunas especialidades médico-quirúrgicas, generalmente más de 5 especialidades.

Adscripción:

Entre 45,000 y 100,000 derecho-habientes.

Recibe enfermos:

Del Sistema Médico Familiar que tiene la propia Unidad y de otras Unidades comprendidas en la circunscripción territorial.

Proporciona:

Servicios de consulta externa, de hospitalización y de ur

gencias las 24 horas.

Realiza:

Actividades de enseñanza e investigación, contando con -
servicio de anatomía patológica.

Tiene:

Servicio de Medicina Preventiva y Medicina del Trabajo.

Cuenta con:

Catálogo de adscripción de derecho-habientes.

T2=Clínica Hospital Tipo 2.

Unidad médica para la atención de pacientes en las 4 ramas de la medicina: interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y algunas especialidades médico-quirúrgicas.

Adscripción:

Entre 25,000 y 45,000 derecho-habientes.

Recibe enfermos:

Del Sistema Médico Familiar adscrito a la propia clínica-hospital y de las otras Unidades de la zona correspondiente.

Envía Enfermos:

A Clínicas-hospital T1, Hospitales Generales, de Especialidades o a Centros Médicos, según amerite el paciente. El tipo de especialidades varía de acuerdo con el apoyo de otras Unidades del Sistema y de las facilidades de transporte entre una y otra.

Proporciona:

Servicios de consulta externa, de hospitalización y de urgencias las 24 horas.

Realiza:

Actividades de enseñanza e investigación.

No tiene:

Servicio de Anatomía Patológica, los cursos son impartidos por la Unidad Médica T1 más cercana.

Tiene:

Servicio de medicina preventiva y medicina del trabajo.

Cuenta con:

Catálogo de adscripción de derecho-habientes.

T3=Clínica Hospital Tipo 3.

Unidad Médica para la atención de pacientes en: medicina general, cirugía, cirugía de urgencia, obstetricia y pediatría, de acuerdo con sus recursos.

Adscripción:

Hasta 25,000 derecho-habientes.

Recibe enfermos:

Del Sistema Médico Familiar adscrito a la propia Clínica Hospital y de las otras Unidades que pertenecen a la zona geográfica.

Envía Enfermos:

A consulta de especialidades y Hospitales Generales, que lo ameriten y a Clínicas-Hospital T2 y T1.

Proporciona:

Servicios de consulta externa, de hospitalización y de -
urgencias las 24 horas.

Realiza:

Actividades de enseñanza mediante la integración a los -
programas de la delegación correspondiente.

Tiene:

Catálogo de adscripción de derecho-habientes.