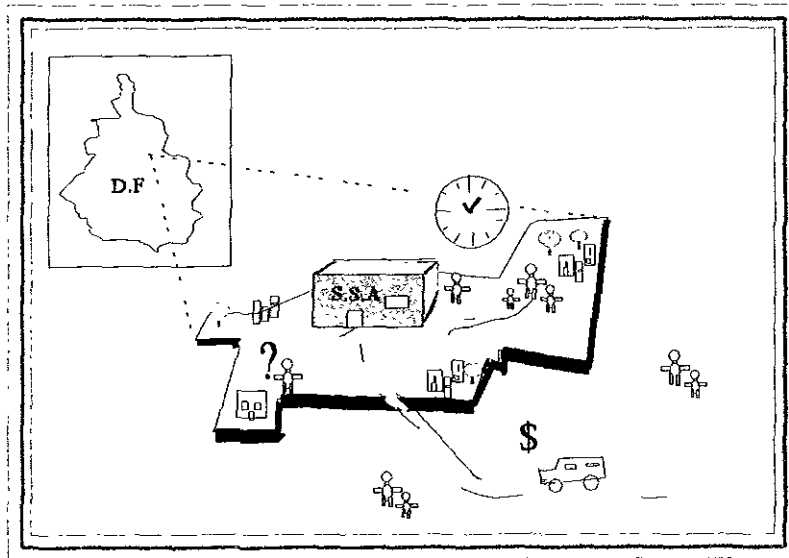


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

COLEGIO DE GEOGRAFÍA

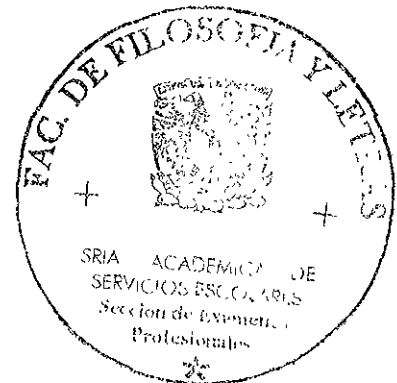


ANÁLISIS SOCIOESPACIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD PERTENECIENTES A LA SECRETARÍA DE SALUD EN LA DELEGACIÓN IZTACALCO: DISPONIBILIDAD, ACCESIBILIDAD Y UTILIZACIÓN.

Tesis de licenciatura

Presentada por:

Loraya Ceja Romero



C.U. México D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

270517

1999



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradezco :

A la Secretaria de Salud (S.S.A.), en especial al Dr. Fernando Zámano, al Lic. Gonzalo Arturo Caballero de la Dirección de Planeación de los Servicios de Salud Pública en el D.F. y al Dr. Manuel Chávez, director de la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco, por las facilidades brindadas en la realización de este trabajo.

A todas aquellas personas que participaron contestando la encuesta o dando sus comentarios. Ya que con ello el trabajo de campo resultó agradable y enriquecedor.

La labor del comité de revisión.

A mi familia y amigos:

S	A	L	E	J	A	N	D	R	A	K
C	T	H	W	O	I	R	A	M	T	J
V	L	M	A	R	G	A	R	I	T	A
I	Ñ	A	M	G	Q	Z	R	U	N	C
R	F	R	R	E	S	N	I	I	O	Q
G	X	T	B	I	Q	S	C	I	F	U
I	K	H	V	W	Z	E	A	E	E	E
N	G	A	P	Y	T	A	R	L	D	L
I	R	A	M	O	Z	E	D	Ñ	E	I
A	T	Ñ	E	R	E	B	C	F	A	N
R	O	D	N	A	N	R	E	F	T	E

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento del problema	2
Justificación	2
Objetivos	3
Métodos	4

CAPÍTULO 1

I.- CONCEPTOS FUNDAMENTALES.

I.1.- Salud	6
I.1.1.- El modelo biológico	7
I.1.2.- El modelo social	8
I.1.3.- Algunos conceptos de salud	8
I.2.- Servicios públicos	9
I.3.- Accesibilidad	12
I.4.- Disponibilidad	14
I.5.- Resistencia	15
I.6.- Disponibilidad efectiva	15
I.7.- Poder de utilización	15
I.8.- Utilización	16
I.9.- Clasificación de obstáculos y poder de utilización	16
I.10.- Características predisponentes en la utilización de los servicios	17
I.11.- Algunos antecedentes sobre estudios de accesibilidad, utilización y cobertura de servicios de salud	21

CAPÍTULO 2

II.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ÁREA DE ESTUDIO.

II.1.- Estructura general de los servicios de salud en México	31
II.1.1.- Organización general de los servicios de salud en la delegación Iztacalco	34
II.1.1.1.- Características generales del Centro de Salud Dr. Luis Mazzoti Galindo (región 1)	36
II.1.1.2.- Características generales del Centro de Salud Dr. Manuel Pesqueira (región 2)	38
II.1.1.3.- Características generales del Centro de Salud Ramos Millán (región 3)	39
II.1.1.4.- Características generales del Centro de Salud 2 de Octubre (región 4)	40

II.1.1.5.- Características generales del Centro de Salud Dr. José Zozaya (región 5)	41
II.2.- Características de la población en la delegación Iztacalco	42
II.2.1.- Características generales de la población en la región 1	43
II.2.2.- Características generales de la población en la región 5	48
II.2.3.- Características generales de la población en la región 2	53
II.2.4.- Características generales de la población en la región 4	57
II.2.5.- Características generales de la población en la región 3	60

CAPÍTULO 3

III.- DISPONIBILIDAD, ACCESIBILIDAD Y UTILIZACIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA DELEGACIÓN IZTACALCO.

III.1.- La muestra	64
III.2.- Disponibilidad productiva	71
III.2.1.- Disponibilidad por infraestructura	71
III.2.2.- Disponibilidad por equipamiento	72
III.2.3.- Disponibilidad productiva de recursos humanos	74
III.3.- Poder de utilización y Resistencia de los Centros de Salud de la delegación Iztacalco	76
III.3.1.- Poder de utilización	76
III.3.2.- Resistencia de los Centros de Salud	79
III.4.- Accesibilidad y utilización	81
III.5.- Análisis	83
III.6.- Accesibilidad espacial	92
CONCLUSIONES	96
BIBLIOGRAFÍA	100

INDICE DE CUADROS Y FIGURAS

CUADRO

1.1.-	Conceptos referentes a la accesibilidad	18
2.1.-	Aspectos físicos y de población en el D.F	31
2.2.-	Regionalización Operativa de la S.S.A. en la delegación Iztacalco	35
2.3.-	Índice de dependencia en la delegación Iztacalco (por regiones y por Centros de Salud)	45
2.4.-	Índice de Masculinidad (por regiones y por Centros de Salud)	47
2.5.-	Población ocupada por niveles de ingreso	53
2.6.-	Promedio de residentes por vivienda	56
2.7.-	Ingreso promedio	58
3.1.-	Resumen estadístico	69
3.2.-	Disponibilidad por infraestructura	72
3.3.-	Disponibilidad por equipamiento	73
3.4.-	Valoración de los recursos humanos	75
3.5.-	Capacidad de utilización de consultorios	75
3.6.-	Disponibilidad productiva	76
3.7.-	Factores del poder de utilización	77
3.8.-	Poder de utilización de los Centros de Salud en la delegación Iztacalco.	78
3.9.-	Resistencia por tiempo	80
3.10.-	Niveles de resistencia total por Centro de Salud en la delegación Iztacalco	81
3.11.-	Accesibilidad y utilización de los Centros de Salud en la delegación Iztacalco	82

FIGURA

2.1.- Infraestructura vial en la delegación Iztacalco	29
2.2.- Estructura general de los servicios de salud en México	33
2.3.- Regionalización Operativa de la S.S.A en la delegación Iztacalco	36
2.4.- Población por grupos de edades en la región 1	44
2.5.- Densidad de población en la delegación Iztacalco (por regiones)	45
2.6.- Crecimiento urbano y uso de suelo en las regiones 1 y 2	46
2.7.- Viviendas particulares propias y rentadas	48
2.8.- Población por grupos de edad en la región 5	49
2.9.- Pirámide de población de usuarios y su familia de los Centros de Salud pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco. Por grupos quinquenales.	50
2.10.- Pirámide de población de usuarios y su familia del Centro de Salud Dr. Luis Mazzoti Galindo. Por grupos quinquenales	50
2.11.- Pirámide de población de usuarios y su familia del Centro de Salud Dr. José Zozaya. Por grupos quinquenales	51
2.12.- Crecimiento urbano y uso de suelo en la región 5	52
2.13.- Población por grupos de edades en la región 2	54
2.14.- Pirámide de población de usuarios y su familia del Centro de Salud Dr. Manuel Pesqueira. Por grupos quinquenales	54
2.15.- Pirámide de población de usuarios y su familia del Centro de Salud 2 de Octubre. Por grupos quinquenales	55
2.16.- Pirámide de población de usuarios y su familia del Centro de Salud Ramos Millán. Por grupos quinquenales	55
2.17.- Población por grupos de edades en la región 4	57
2.18.- Marginalidad en la delegación Iztacalco	59
2.19.- Población por grupos de edades en la región 3	60
2.20.- Crecimiento urbano y uso de suelo en la región 3	62
2.21.- Crecimiento urbano y uso de suelo en la región 4	63
3.1.- Trayectoria origen-destino de usuarios de los Centros de Salud pertenecientes a la S.S.A. en la delegación Iztacalco.	70
3.2.- Zonas de influencia de los Centros de Salud pertenecientes a la S.S.A. en la delegación Iztacalco	93

INTRODUCCION

En un país como México en donde existen severos rezagos en servicios de salud, empleo, bajos salarios etc. resulta necesario ocuparse de tales situaciones. Y que manera más oportuna de hacerlo, que a través de un trabajo de tesis, en donde si bien muchas veces no se tienen toda la experiencia y herramientas necesarias para la realización de un trabajo de gran envergadura, se cuenta con el ánimo de hacer las cosas.

Además, cabe señalar que resulta interesante la elaboración de estudios que aborden este tipo de rezagos a través de la geografía, ya que esta tiende por excelencia a ser interdisciplinaria utilizando conceptos y técnicas de análisis comunes a otras disciplinas (tales como la economía, sociología, planeación urbana y regional entre otras) lo que le permite añadir consideraciones que en algunas ocasiones han sido ignoradas desde otras perspectivas.

De manera tal, y no pudiendo estudiar todos los temas a la vez, el presente trabajo es un análisis socioespacial en la delegación Iztacalco que aborda algunos aspectos fundamentales dentro del ámbito de los servicios de salud. En particular, de los servicios públicos pertenecientes a la Secretaría de Salud (S.S.A).

Para ello se basa en la noción de accesibilidad, concepto que alberga al mismo tiempo algunas características de la población y de los servicios y por ende íntimamente relacionado con la disponibilidad y utilización de los servicios de salud. Y que de entrada, da la idea de algo que se quiere o desea alcanzar y que para ello no sólo depende de nuestra voluntad.

Los primeros puntos engloban el planteamiento del problema y la justificación del trabajo; posteriormente al hacerse necesaria la definición inicial de los conceptos básicos que se manejan a lo largo del trabajo, a modo de un primer capítulo se incluye un Marco de referencia. En el se menciona entre otros conceptos el de salud, servicios públicos, disponibilidad, accesibilidad, utilización etc. Así como algunas características predisponentes en la utilización de servicios de salud y antecedentes de trabajos en los que se hacen estudios relacionados con el tema.

En el segundo capítulo se mencionan las características generales (*localización de los Centros de Salud, morbilidad general, población por grupos de edades, densidad de población, ingreso, índice de masculinidad, crecimiento urbano y uso de suelo, etc.*) de las cinco regiones en que divide la Secretaría de Salud en su Regionalización Operativa a la delegación Iztacalco. Al igual que aspectos relacionados con los usuarios de los Centros.

En el tercer capítulo se presentan las características de la encuesta " Población usuaria de Servicios

de Salud " (levantada mediante muestreo), un cuadro estadístico con una gran parte de los resultados de la misma (ya que otros de sus resultados son presentados desde el segundo capítulo), un mapa de trayectoria origen-destino de usuarios de los 5 Centros de Salud en esta delegación. La medición de la accesibilidad, tomando en cuenta la disponibilidad de los servicios y la utilización de los mismos.

Después del tercer capítulo se presentan las conclusiones y bibliografía.

Por último se puede decir que el estudio de la accesibilidad en servicios de salud es mucho más complejo de lo que pudieran sugerir las páginas de esta tesis, las cuales sólo pretenden ser una introducción a la riqueza de temas relevantes para la geografía, que ofrece esta área de investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los servicios médicos son un elemento importante en casi toda explicación que gire entorno a la salud de cualquier población. No obstante, la simple presencia de ellos no garantiza su utilización, o al menos, no de manera oportuna y con la frecuencia requerida. Ya que la operatividad de ellos se basa en la población potencial a atender, no en su población usuaria, sin considerar que la propensión de la población a utilizar los servicios de salud varía de acuerdo a sus características. Así como al acuerdo social del nivel mínimo aceptable de satisfactores que deben existir en un momento dado. Es decir, existen diversos factores que animan o inhiben el uso de estos servicios cuyo balance define los patrones de utilización. De manera que la diferencia entre ambas poblaciones al no considerarse generalmente, trae como consecuencia una utilización no óptima de los recursos disponibles.

El comprender lo anterior parece un tanto sencillo, de hecho, el hacer una lista de los factores que pueden afectar la utilización no es muy difícil. Sin embargo, esto es sólo un paso en la aprehensión de la esencia de una realidad que, en sí misma, es una totalidad compleja e indivisible. Por lo tanto evaluar la importancia relativa de estos factores en situaciones concretas es mucho más complicado (pero a la vez más interesante), y para los propósitos del análisis conviene proponer una división de la región a la cual se aplica el concepto a tratar: la *accesibilidad*. La cual se define, como *el nivel de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y los de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención*.

JUSTIFICACIÓN

En una época en la que las instalaciones y servicios de atención a la salud son más complejos que nunca, y que existe una brecha persistente entre lo que el conocimiento pone a la mano y lo que realmente se ha logrado con las prácticas sociales, la información que pueda generarse sobre el sistema de servicios

de salud sin duda alguna desempeña un papel importante debido en gran parte, a que todavía existen muchos comportamientos poco entendidos, tanto del entorno inmediato de la atención a la salud como del ambiente social y político más amplio que tienen consecuencias importantes en la manera en que el sistema se estructura.

Por lo anterior, a través de este estudio se pretende aprender a identificar y evaluar algunos factores correspondientes a la utilización de los servicios de salud. Y así generar elementos que en determinado momento puedan servir hacia una mejor organización y administración de los servicios, lo cual redundaría a su vez en una mejora en los niveles de vida de la población.

¿Por qué en la delegación Iztacalco?

Para responder esta pregunta se pueden señalar entre otras las siguientes razones:

1) Se presta para la escala del trabajo, siendo la de menor extensión en el D.F se puede recorrer fácilmente por una persona. Pero no por esa extensión alberga poca población, ya que es la más densamente poblada.

2) La S.S.A. cuenta sólo con cinco Centros de Salud dentro de esta delegación, aspecto que permite realizar una encuesta que abarque a todos ellos.

3) Se ubica entre una zona de contrastes (siendo ella misma una zona intermedia entre quien la rodea). Por un lado tiene como vecina a la delegación Cuauhtémoc, la cual, para 1990 ocupa el último lugar en marginalidad, según la CONAPO (Consejo Nacional de Población); su tasa de natalidad ha descendido sostenidamente con una pirámide poblacional que tiende a envejecer; esta delegación es una expulsora neta de población, entre 1980 a 1995 ha perdido el 32.10 % de la población. Por otro lado es vecina también de la delegación Iztapalapa y del Estado de México, entidades que a últimas fechas han reportado gran crecimiento en su población (no siendo paralelo a este crecimiento el de los servicios básicos) y donde los estándares de vida no son tan buenos.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Elaborar un análisis socioespacial de los servicios de salud de la S.S.A. en la delegación Iztacalco tomando como base la disponibilidad, accesibilidad y utilización de los mismos.

Objetivos Específicos:

a) Determinar áreas de influencia de las unidades de salud con base en la identificación de las trayectorias de origen-destino descritas por la demanda efectiva.

b) Identificar que obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención tienen mayor importancia relativa.

c) Definir algunas características de la población que influyan en la utilización de los servicios.

d) Identificar diferencias entre patrones de utilización y cobertura administrativa reportada en la Regionalización Operativa de la S.S.A. en el D.F.

MÉTODOS

Para los fines de este estudio se opta por el trabajo de campo, tanto de observación como de muestreo, para conseguir la información; complementándola con los datos obtenidos a través de censos, mapas, otras publicaciones y de personas involucradas en el área. Estableciendo los vínculos necesarios entre ambas escalas.

La información para el primer capítulo (aspectos teórico-conceptuales) se deriva de la revisión y selección de información contenida en libros, tesis, revistas y pláticas entabladas con algunas personas involucradas en el tema.

Para el segundo capítulo se emplean estadísticas oficiales que permiten dar un panorama general de las características del sistema de servicios de salud en México y en la delegación Iztacalco. Así como caracterizar a la población de cada una de las cinco regiones en que ha dividido la S.S.A a la delegación en su Regionalización Operativa.

En combinación con estas estadísticas oficiales también se emplean algunos resultados de la encuesta " *Población Usaria de Servicios de Salud* " (obtenida mediante muestreo), realizada en el periodo comprendido entre el 25 de junio al 3 de octubre de 1997 e integrada por 300 encuestas; la cual se circunscribe a la población que realmente utiliza los servicios de salud de la S.S.A. en la delegación Iztacalco, e incluye información referente a las tres categorías generales de obstáculos y poder de utilización mencionadas en el primer capítulo (de localización- poder de tiempo y transporte, financiera- poder financiero y organizacionales- poder de trato con las organizaciones).

La utilización de ambos tipos de estadísticas, permite hacer un análisis simultáneo de las características de la población contemplada dentro de las regiones o áreas de responsabilidad de cada Centro de Salud y de la población que realmente utiliza estos servicios, esté contemplada o no dentro de la región de responsabilidad. Cabe señalar que la población que se localiza dentro de cada región, no necesariamente acude a estos servicios o al menos no al Centro que le corresponde.

Para el capítulo tercero se hace una medición de la disponibilidad, accesibilidad y utilización; para esto también se hace una combinación de datos oficiales y resultados de la encuesta mencionada. Y como en realidad no existe un criterio universal para hacer esta medición, no obstante se tenga una idea general de lo que se debe tomar en cuenta, usualmente la medición queda orientada a criterio de quien la realiza. De tal manera, este trabajo no es la excepción y la medición queda a criterio de la autora.

Para esta medición, al elaborarse la encuesta " Población Usuaría de Servicios de Salud " se buscó la forma de obtener datos objetivos con su contraparte subjetiva. Así con los resultados obtenidos, se construyó un indicador en el que se combinan variables como: disponibilidad de tiempo libre, tolerancia a la demora, tiempo de espera para obtener una ficha y atención, ingreso familiar diario entre otras. Todo ello ajustándose a la definición de la accesibilidad empleada en este trabajo, que como ya se mencionó se define como: *el nivel de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y los de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención.*

CAPITULO 1

MARCO DE REFERENCIA MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Como toda experiencia directa, la problemática es sólo un conjunto de percepciones, que para que tenga algún significado, necesita ser procesada e interpretada con arreglo a ciertos esquemas conceptuales.

I. Conceptos Fundamentales

“ Los conceptos son productos de la creación humana y hacen posible al hombre describir y comunicar su percepción del mundo. Son asimismo elementos fundamentales del pensamiento y del raciocinio... Para conocer una realidad es necesario identificar sus elementos y ser capaz de explicarlos, trabajo en el cual el concepto constituye un instrumento indispensable... Los conceptos permiten y promueven la comunicación, en cambio la dificultan cuando adquieren distintos sentidos y significados ” (Barquín, 1994. Pag. 1).

Es pues necesario la definición inicial de los conceptos que se manejan a lo largo del trabajo, ya que esto marca el punto de partida que conlleve a una mejor comprensión y ubicación del mismo.

I.1- Salud

Como inicio del marco teórico-conceptual se evoca el concepto de salud. ¿ Por qué iniciar con este concepto ? pues bien, el concepto de salud es básico ya que este se relaciona con los servicios de salud. De la forma en que se considera lo que es la salud se decidirá acudir o no a un servicio de salud y se seleccionara la tecnología útil para prevenir o tratar la enfermedad entre otras cosas.

La salud, como concepto cotidiano, parece fácil de entender; de hecho cada uno de nosotros tiene una percepción de la noción de salud, en la cual la salud es vista a menudo como la ausencia de dolor, molestia o malestar, como buena condición física o alta capacidad de movimiento, como bienestar mental y físico o como la capacidad de desarrollar plenamente las actividades (Towsend, *et al.* 1988 -Citado por Garrocho, 1995. p.37), sin embargo a un nivel de análisis más profundo su significado puede resultar ambiguo y difícil de definir.

Un ejemplo de lo anterior, son los resultados de la encuesta realizada en una Escuela de Enfermeras de París (1979), en donde se encontró que no había ninguna definición o concepto de salud que fuera igual al otro; todas las enfermeras tenían una concepción diferente sobre la salud (San Martín, 1985).

Además, por si esto fuera poco, el concepto de salud varía a través del tiempo y según las distintas culturas. Así, se tiene que durante el romanticismo, llegó a estar de moda y por tanto, valorado socialmente padecer una enfermedad como la tuberculosis y más recientemente, a fines de los años sesenta los cuerpos femeninos anoréxicos supusieron la expresión de máximo refinamiento social (Arenas, 1992. p. 17).

El problema de definir conceptualmente la salud y la enfermedad es poco relevante para los profesionales de la medicina (Mooney, 1986 - Citado por Garrocho, 1995. p. 37). Sin embargo, desde un punto de vista más general que el puramente médico (el de la política social, por ejemplo), es importante delimitar el concepto para definir acciones, distribuir recursos y planear estrategias en contra de la enfermedad. La perspectiva de los problemas de salud y las políticas y acciones que se implantan en su favor pueden ser muy diferentes dependiendo de cómo se les entienda (Eylesy Woods, 1983; Jones & Moon, 1987- Citado por Garrocho, 1995. p. 37).

Básicamente, hay dos alternativas principales para definir y explicar la salud y la enfermedad: el modelo médico o biológico (llamado por algunos modelo biomédico) y el modelo social.

1.1.1 - El modelo biológico.

El modelo biológico considera al cuerpo humano como una máquina biológica. Coincidiendo un poco con el significado semántico del vocablo salud encontrado en el Diccionario de la Real Academia Española, en donde se dice que el origen de la palabra salud es de origen latino de *Salus*, *salutis*, poseyendo diversas acepciones, la primera de ellas, lo define como "Estado en el que el organismo ejerce normalmente todas sus funciones". También puede entenderse por salud, "libertad o bien público o particular de cada uno" (Arenas, 1992. p. 12).

Este modelo, es en cierto modo, una perspectiva de la ingeniería de la salud. Cuyo propósito primordial es la curación o corrección de enfermedades o problemas específicos de los individuos. En este modelo, la curación es más relevante que la prevención, aliviar la enfermedad es más urgente que promover la salud y el bienestar, y el examen y tratamiento de los individuos es más importante que mejorar las condiciones sociales de vida (Towsend, *et al.* 1988 - Citado por Garrocho, 1995. p. 38). Esta perspectiva plantea que la salud y la enfermedad se relacionan principalmente con las condiciones personales de vida y, por lo tanto, son asunto de responsabilidad individual más que de responsabilidad colectiva. Actualmente, éste es el modelo dominante de salud; y la biología molecular la cual asume que la enfermedad puede ser plenamente explicada por desviaciones de una norma biológica (somática), es su plataforma científica (Ashton, 1988 - Citado por Garrocho, 1995. p. 38)

1.1.2 - El modelo social

Desde la perspectiva de las ciencias sociales, en especial de la sociología médica, la salud y la enfermedad son simplemente juicios sobre fenómenos físicos y sociales. El estado de salud, entonces, es una etiqueta acordada entre un individuo y otros con los que éste interactúa (Stacey, 1977 - Citado por Garrocho, 1995. p. 40). Por lo tanto, los juicios acerca de la salud se construyen de acuerdo con las normas y perspectivas específicas del entorno social. Por ejemplo, del individuo afectado; de alguna persona relacionada con él (médico, enfermera, curandero); de los administradores de los sistemas de seguridad social que actúan de acuerdo a determinadas reglas sociales; de la comunidad científica y cada uno de estos grupos de personas juzgan desde diferentes perspectivas el estado de salud de un individuo y su juicio depende de sus percepciones, creencias, intereses y obligaciones (Shroeder, 1983 - Citado por Garrocho, 1995. p. 40).

1.1.3 - Algunos conceptos de salud

Existen muchas definiciones de salud tratando de proponer un objetivo ideal que sirva para que países con diversas situaciones culturales, económicas y servicios puedan usarlo como guía de sus políticas de salud. Sin embargo (y a pesar del intenso debate, que se da entre el modelo biomédico y el modelo social) hasta la fecha, no se ha logrado proporcionar definiciones operativas de salud y enfermedad que permitan traducir estos conceptos tan complejos en indicadores y medidas objetivas que puedan usarse para estudiar, evaluar y comparar la evolución y distribución de la salud y la enfermedad en o entre sociedades y regiones. En otras palabras no existen aún definiciones universalmente válidas, comprensivas y aceptadas y su ausencia es uno de los principales problemas en los estudios relacionados con la salud (Garrocho, 1995. p. 41).

Aún con lo anteriormente dicho a continuación se presentan algunas definiciones de salud. Mediante las cuales se pretende dar un panorama de hacia donde se han encaminado las propuestas entorno a este concepto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) que es una institución creada en 1946 con el propósito de promover y coordinar las acciones dirigidas a conservar la salud, combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico, mental y social de sus habitantes propone lo siguiente: *la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad* (Donabedian, 1988. p.162; Hernández, 1994. p. 11).

Esta definición es aceptada y reconocida casi en todo el mundo, sin embargo a lo largo de su existencia ha sido objeto de análisis de diferentes autores.

Entre los críticos más reconocidos de la definición de la OMS, destaca el epidemiólogo norteamericano Milton Terris, quien señala que la salud tiene dos aspectos, uno subjetivo y otro objetivo. El aspecto subjetivo es sentirse bien, el aspecto objetivo es la capacidad de funcionar; de la definición de la OMS habría que eliminar la palabra “completo”, ya que la salud no es un absoluto, hay distintos grados de salud. El término “enfermedad” debería sustituirse por “malestar” ya que es posible que la salud (sentirse bien) y la enfermedad coexistan. Por último es necesario definir la salud tanto en términos funcionales como subjetivos. Una versión modificada de la definición de la OMS propuesta por Terris sería así:

Salud es un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no únicamente ausencia de malestar o dolencia (Hernández, et al. 1994. p. 11-12).

Otra propuesta interesante es la elaborada por E. Dubos, ecologista francés, que define la salud como “ el estado de adaptación al medio y la *capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio*” (aquí cabe preguntar que es lo que considera como las mejores condiciones en este medio, ya que al no definir este punto queda abierta la definición, la cual puede variar dependiendo de quien la interprete). Esta definición tiene el mérito de no oponer la salud a la enfermedad, la medicina clínica a la salud pública, los médicos clínicos a los higienistas, como pasa con otras definiciones.

Una última definición que se aborda y que de una u otra forma contiene nociones de las anteriores y propuesta por Hernán San Martín (1985. p. 24) es la siguiente: *la salud no puede definirse como un estado estático y absoluto; ella es un fenómeno psicobiológico y social dinámico, relativo, muy variable en la especie humana. Corresponde a un estado ecológico fisiológico-social de equilibrio y de adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social. En este concepto de salud hay tres aspectos a considerar: un componente subjetivo (bienestar), otro objetivo (capacidad para la función), un tercero de tipo psico-social (adaptación social del individuo).*

1.2 - Servicios públicos

Como los servicios a tratar por el trabajo pertenecen a la Secretaría de Salud y son de carácter público es necesario definir lo que es un servicio de esta naturaleza.

Servicios. Bienes que no se materializan en objetos tangibles. El servicio es la realización del trabajo de los hombres con el fin de satisfacer necesidades ajenas, capaz de lograr la satisfacción directa o indirectamente sin materializar los bienes (Méndez, 1994. p. 158).

Los servicios son una serie de actividades muy diversas, cuya característica principal es la realización de un trabajo que no produce bienes tangibles, pero que sí satisface necesidades sociales; es decir, es la

prestación personal para que otra persona obtenga alguna satisfacción (Méndez, 1994. p. 159).

En términos teóricos los bienes y servicios pueden clasificarse como públicos y privados. Un bien privado es aquél que puede ser consumido individualmente o cuando mucho por un pequeño grupo de individuos (por ejemplo, una familia). Algunos ejemplos de bienes privados son: los alimentos, ropa, vivienda y algunos bienes de consumo duradero como automóviles o refrigeradores. De acuerdo con la economía neoclásica, los consumidores demandan distintas cantidades y calidades de bienes y satisfacen sus necesidades en el mercado, donde las relaciones entre la oferta y la demanda aseguran que la variedad de los bienes producidos corresponda a las preferencias de los consumidores (Samuelson & Nordhaus, 1996. p. 78).

Por tanto, el mercado solamente puede funcionar apropiadamente si se aplica el principio de exclusión. Es decir, si el consumo de A es contingente con el pago que hace A del bien o servicio, mientras B, quien no puede pagarlo, es excluido de adquirirlo o recibirlo (Musgrave & Musgrave, 1989 - Citado por Garrocho, 1995. p. 49). El principio de exclusión garantiza la posibilidad de que los oferentes generen ganancias y, por tanto, de que el mecanismo de mercado sobreviva y se desarrolle. Pero los bienes públicos no pueden ser distribuidos en los mercados privados, dado que tienen tres atributos especiales: no-rivalidad, no-exclusión y no-rechazo (Garrocho, 1995. p. 49).

No-rivalidad

Significa, por un lado, que una vez que un bien o servicio se le ofrece a un individuo, es posible ofrecerlo a todos los demás sin costo adicional; y, por otro, que consumidores adicionales pueden disfrutar del bien o servicio ofrecido sin afectar su calidad ni la cantidad consumida por el resto de los individuos.

No-exclusión

Se refiere a que una vez que se ofrece un bien o servicio a un individuo es imposible excluir a los demás. Nadie puede ser excluido de la posibilidad de disfrutar de los beneficios de un servicio público, aún cuando no exista la necesidad o el deseo de pagar por el bien o servicio.

No-rechazo

Significa que una vez que se ofrece un bien o servicio, todos los individuos lo pueden adquirir o consumir (Musgrave, 1958; Pinch, 1985 -Citado por Garrocho, 1995. p. 49). A los servicios públicos que reúnen estos tres atributos se les llama servicios públicos puros.

Pero en la realidad es muy difícil que se den de esta manera, por eso una definición más flexible que se puede derivar de la estructura conceptual anterior, diría que los servicios públicos son servicios comunitarios

disponibles simultáneamente a todos los ciudadanos con los mismos estándares de calidad. Estos servicios tienen el propósito de satisfacer o aliviar ciertas necesidades sociales, lo que implica que su manejo y distribución requiere necesariamente la definición y jerarquización de tales necesidades (Garrocho, 1995. p. 50).

Y si se quiere especificar en torno a los servicios públicos de salud en México existe lo siguiente:

Según la Ley general de Salud en su artículo 23 entiende por servicios de salud, todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad (Ley General de Salud, Título tercero Cap. I, p. 8). Y en su artículo 35 dice: son servicios Públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios (Ley General de Salud, Título tercero Cap. III, p. 10).

Los servicios públicos de salud se caracterizan porque el costo no se traslada al precio; el servicio es gratis o de bajo precio, con variantes que incluyen o no los medicamentos y servicios auxiliares (rayos x, laboratorio). El estado es el financiador, destinando a ello parte de sus ingresos provenientes de la tributación al conjunto de la población (Katz, *et al.* 1983. p. 59). Aquí es interesante señalar que en la medida en que el mecanismo tributario sea progresivo, los grupos sociales que aportan los fondos van a ser distintos que los que perciben los beneficios del servicio.

Inevitablemente, diversos factores afectan la pureza de los servicios públicos y por lo tanto de su disponibilidad, calidad y eficacia (Garrocho, 1995. p. 51). Por ejemplo los factores de jurisdicción se refieren a las diferencias cualitativas y cuantitativas que existen en la provisión de servicios públicos entre diferentes áreas o jurisdicciones político-administrativas (en México serían principalmente los estados y los municipios). Usualmente las áreas más ricas ofrecen más y mejores servicios públicos. Por lo tanto, los servicios públicos que puede recibir una persona están relacionados directamente con su localización individual (Garrocho, 1995. p. 51).

Diversos servicios públicos tienen una localización puntual en el espacio, lo que implica que los usuarios tienen que trasladarse hasta el punto de servicio para poder utilizarlos. Los factores de accesibilidad están relacionados, precisamente con los costos tangibles e intangibles que implica el traslado a los servicios públicos. Si bien, en teoría, dentro de cada área administrativa los bienes y servicios públicos deben ser igualmente disponibles para toda la población, la localización puntual de los servicios provoca que la distancia que los separa de los consumidores no sea la misma y, por tanto, que no sean igualmente accesibles para todos ellos. Aun si los servicios se ofrecen gratuitamente, los individuos tienen que pagar el costo de traslado

(precio de transporte, inconveniencias, tiempo, etc.) al punto de servicio; y mientras más largo sea el trayecto mayor será el costo de acceso. De acuerdo con los principios de la oferta y la demanda, los incrementos en el costo afectan negativamente la cantidad y calidad de los bienes y servicios que se pueden consumir. Es de esperarse, por tanto, que a cierta distancia el traslado alcance un precio tal que resulte incosteable utilizar el servicio (Garrocho, 1995. p. 52).

Los geógrafos y analistas urbano-regionales han estado muy interesados en la idea de accesibilidad y son numerosos los estudios sobre la influencia del espacio en el acceso y utilización de los servicios públicos y privados (Taylor, 1975; 1977 -Citado Por Garrocho, 1995. p. 52).

Un ejemplo de ello es el trabajo elaborado por Kunz en el que establece que la accesibilidad puede ser definida como la capacidad de superar las distancias para poder lograr los contactos (Kunz, 1984. p. 11). Y que esa accesibilidad no está determinada únicamente por la distancia euclidiana. El transporte juega un papel muy importante con respecto a ella, incluso algunas formas de comunicación como el teléfono, el radio, y la televisión. También dice que la accesibilidad es subjetiva, quedando su valoración determinada en gran parte por los individuos. Para explicar esto utiliza un ejemplo en donde es posible que teniendo dos vecinos y compañeros de trabajo que cuentan con un medio de transporte igual, el costo de acceso sea mayor para uno de ellos. Lo cual puede deberse a su ingreso menor, o al gasto ocupado en otras cosas, que no sean al acceso al trabajo (factores económicos) o bien, por cuestiones culturales y de formación ya que para uno una hora de viaje puede representar poco y para el otro, la misma hora puede representar mucho, también podría ser por aspectos psicológicos y hasta de condición física (Kunz, 1984. p. 13).

I.3 - Accesibilidad.

El concepto de accesibilidad aparece con frecuencia en los estudios de utilización de servicios de salud, pero sólo se le define en algunas ocasiones. La idea de accesibilidad es uno de esos conceptos que parecen de fácil comprensión hasta que se enfrenta el problema de definirlo y medirlo (Gould, 1965 -Citado por Garrocho, 1995. p. 160). El primer problema se refiere al uso de varios términos como sinónimos de accesibilidad (esto sucede particularmente con términos como disponibilidad y acceso), cada uno con sus propias variantes de significado. En consecuencia, la impresión general que deja la literatura acerca de este tema es la de una red intrincada de palabras y significados (Frenk, 1985, p. 440).

Según Frenk (1985. p. 438) parecería que el requisito primordial para definir claramente "accesibilidad" es evitar la confusión que se produce al usar varios términos simultáneamente como sinónimos. Como se verá más adelante, palabras como "disponibilidad" y "acceso" deberían restringirse a fenómenos que están relacionados con la accesibilidad, pero no son iguales a ella.

Este mismo autor, menciona que otro problema se refiere a la ambigüedad inherente a considerar la accesibilidad como propiedad ya sea de los *recursos* para la atención a la salud o de la atención a la salud, o de la *población* de usuarios potenciales de los servicios. Aunque también algunos autores combinan los atributos de los recursos y los de la población en sus conceptos de accesibilidad. Por ejemplo, Aday y Andersen establecen que se pueden distinguir dos aspectos fundamentales del acceso (o accesibilidad): el aspecto socio-organizativo y el geográfico. Entre los atributos socio-organizativos se encuentran todos aquellos relativos a los recursos que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del paciente para obtener atención médica, tales como el sexo del profesional, sus honorarios y especialización, etc. Por otro lado la accesibilidad geográfica se refiere a la "fricción del espacio" que es una función del tiempo y la distancia física que debe recorrerse para ser atendido. Concluyendo que la accesibilidad supone algo más que la mera existencia o disponibilidad de recursos en un momento determinado (Aday & Andersen, 1992. p. 605).

De manera similar Salkever (1976) parte de la idea de que la accesibilidad es un concepto *multidimensional*, es decir, que en un sistema de cuidados médicos puede intervenir una multitud de factores tales como barreras físicas, indisponibilidad temporal, largos periodos de espera y disponibilidad de servicios (Nájera, 1995. p. 39). Tomando los planteamientos de Aday y Andersen, habla de dos aspectos de la accesibilidad : a) Accesibilidad financiera, definida como la capacidad *individual* para costear la atención médica y b) Accesibilidad física, que Salkever define, en términos de Davis, como los costos de transporte, tiempo y búsqueda que supone el proceso de procurarse la atención. Según esta definición, accesibilidad financiera parece referirse a una característica del paciente y no de los servicios de salud. De esta manera, aunque los servicios de salud fueran muy baratos, un individuo podría no ser "capaz" de costearlos por tener otras necesidades que compiten en cuanto al gasto de su dinero (Frenk, 1985. p. 438-440).

Pero el enfoque principal que siguen estos y otros autores es yuxtaponer una serie de características supuestamente asociadas con la accesibilidad, sin referirse explícitamente al asunto más abstracto y fundamental de si la accesibilidad tiene que ver con una propiedad de los recursos de atención a la salud, con una característica de la población, o con algún tipo de relación entre la primera y la segunda (Frenk, 1985. p. 439).

Para Frenk una alternativa teóricamente más atractiva es la elaborada por Donabedian, ya que a diferencia de la mayoría de los tratados sobre este tema, al definir a la accesibilidad como el grado de "ajuste" entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud hace una propuesta específica acerca de las relaciones abstractas a las cuales se ha de referir el concepto. Esta idea también la adoptaron Pechansky y Thomas y se encuentra implícita en la definición que da Bashshur, quien concibe la accesibilidad como la relación funcional entre la población, las instalaciones, y recursos médicos; la cual refleja la existencia diferencial, ya sea de obstáculos, impedimentos y dificultades, o bien, de factores

facilitadores para los beneficiarios de la atención (Frenk, 1985. p. 439).

Al igual que la mayoría de los conceptos de las ciencias sociales el estudio de accesibilidad debe considerar sus límites en el espacio y tiempo. Lejos de ser atemporal y universal, el concepto de accesibilidad está restringido a cierta manera de concebir y llevar a cabo las funciones de aliviar el dolor, afrontar la enfermedad y promover el bienestar. Decir que algo es accesible vale tanto como decir que está fuera del individuo, el cual tiene que desearlo, buscarlo y finalmente , alcanzarlo. Por lo tanto, tiene sentido hablar de accesibilidad sólo cuando las funciones mencionadas, al menos en sus principales componentes, no se dejan al propio individuo, sino que más bien se delegan en cierta persona u organización; es muy probable que las dos situaciones extremas (atenerse meramente a las capacidades internas del individuo o por completo a los recursos externos) nunca hayan existido en pureza (Frenk, 1985. p. 440-441).

Después de lo anterior se plantea la definición a utilizar en este trabajo, la cual se deriva de la propuesta por Frenk (1985) que dice: **"Accesibilidad "** *es el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención.* A la cual se le sustituye la palabra grado por la de nivel ya que grado, implica nociones más cuantitativas, en cambio la palabra nivel da una noción más cualitativa, lo que permite manejar aspectos subjetivos en la interpretación (claro esta sin soslayar la parte objetiva). Queda por lo tanto el concepto de la siguiente manera:

"Accesibilidad " *es el nivel de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención.*

1.4 - Disponibilidad.

La disponibilidad se encuentra dentro de los conceptos que deben diferenciarse del de accesibilidad, ya que si bien se puede concebir el buscar y obtener atención como una gama continua de fenómenos pertenecientes al proceso de atención médica, también es posible discernir, dentro de este continuo, elementos o regiones distintas, cada una con su concepto correspondiente.

Disponibilidad: Se refiere a la presencia física de los recursos para la salud para cumplir con los propósitos del sistema, o sea la prevención, la curación, el control, la paliación y la rehabilitación. Todos ellos interactuando en un marco legal, social y político (Cordero & Boberith, 1983. p. 111).

Al analizar la disponibilidad de recursos conviene tener en cuenta los factores que afectan la productividad de los mismos, para que el aspecto importante del recurso ya no sea su simple presencia física sino en palabras de Donabedian, su capacidad para producir servicios. Así pues, se usara el término

"disponibilidad" en este sentido ampliado, para referirse a la *presencia de los recursos de la atención a la salud teniendo en cuenta la productividad, es decir su capacidad para producir servicios* (Frenk, 1985. p. 441; Arredondo & Melendez, 1992. p.40).

1.5 - Resistencia

Parece razonable suponer que entre cierta capacidad para producir servicios y el uso de los mismos existe un conjunto de fenómenos intermedios: en otras palabras, que la disponibilidad no implica utilización.

Para comprender la naturaleza de esta zona intermedia es menester introducir un nuevo concepto: el de resistencia.

La **"resistencia"** se puede definir como el *conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención, los cuales se originan en los recursos para la salud. Entre los obstáculos o factores disuasivos están el costo de los servicios, la ubicación de las fuentes de atención a la salud y ciertas características de las formas en que se organizan los recursos* (Frenk, 1985. p.442).

1.6 - Disponibilidad efectiva

Se debe aclarar que, el concepto de resistencia se refiere a obstáculos distintos de la falta de capacidad de producir servicios, ya que el nivel de capacidad está comprendido en el concepto de disponibilidad. De hecho, la noción de resistencia sirve para modificar el concepto de disponibilidad. En efecto se puede considerar la **"disponibilidad efectiva"** de los recursos como su *disponibilidad corregida según la resistencia que oponen a la búsqueda y obtención de servicios*. Esta distinción parece ser importante, pues se puede argumentar que, en la medida que presentan obstáculos extremos para su uso, ciertos recursos no están totalmente disponibles. Por tanto, conviene ajustar la cantidad de recursos disponibles, en función de su resistencia (Frenk, 1985. p. 442).

Debe tenerse claro que "disponibilidad", "resistencia" y "disponibilidad efectiva" son conceptos que se refieren a las características de los recursos de atención a la salud (Frenk, 1985).

1.7 - Poder de utilización

"Poder de utilización" es un término alternativo al término de acceso y análogo al de poder de compra, que se usa para designar la *capacidad de una persona o grupo de personas para adquirir algún bien o servicio*. En otras palabras para significar el conjunto de características de la población que permiten a ésta

buscar y obtener atención. "Poder de utilización" y "resistencia" son conceptos complementarios (Frenk, 1985. p. 442).

I.8 - Utilización

Así como la disponibilidad de recursos representa un extremo del proceso de búsqueda y obtención de la atención, utilizar los servicios viene a ser el otro extremo, el final del proceso. Así, la "*utilización*" representa el consumo real de los servicios (demanda efectiva) (Frenk, 1985. p.442).

I.9 - Clasificación de obstáculos y poder de utilización

Cuando se conceptualizó a la resistencia se habló de obstáculos a la búsqueda y obtención de la salud pero no se mencionó cuales podrían ser algunos de ellos. Lo mismo sucedió cuando se hablo de poder de utilización. Por ello a continuación se presenta una clasificación de los mismos elaborada por Frenk.

Clasificación de obstáculos:

Obstáculos de localización¹ - Se originan en la localización de las fuentes de atención a la salud, con sus repercusiones de distancias y tiempos de transporte (Frenk, 1985. p. 445).

Obstáculos financieros - se refiere a los precios que cobra el proveedor (Frenk, 1985. p. 445).

Obstáculos organizativos - Se originan en los modos de organización de los recursos de atención a la salud. Y se dividen en:

A la entrada - Representadas por las propiedades de la organización de los recursos que obstaculizan

¹ En la clasificación original (elaborada por J. Frenk 1985) estos aparecen como obstáculos ecológicos pero si se toman en cuenta los aspectos a que hace referencia parece más adecuado llamarlos de localización.

También, posteriormente a estas definiciones, Frenk en su libro *La salud de la población* (1994. p. 64) hace mención de la accesibilidad y retoma la definición de Donabedian concibiendo a la accesibilidad como el " grado de ajuste " entre las características de la población y las de los recursos, en el proceso de búsqueda y obtención de la salud. Y dice que existen cuatro formas fundamentales de accesibilidad. La primera es la geográfica, la cual se refiere al grado de ajuste entre la distribución espacial de la población y la de los recursos. Para que estos sean accesibles, deben localizarse cerca de la población donde vive. La segunda forma es la accesibilidad financiera, es decir, el grado en que los ingresos de los usuarios potenciales alcanzan para pagar el precio de los servicios. El costo a la población incluye no sólo el precio monetario directo, sino también el costo del transporte y el valor del tiempo utilizado en buscar y obtener la atención. La tercera forma es la accesibilidad organizacional la cual abarca los obstáculos a la utilización que se generan en los modos de organización de los recursos, por ejemplo, las demoras para obtener una cita o los horarios restringidos que no corresponden al tiempo libre de la población. Finalmente, se encuentra la accesibilidad cultural, que se refiere a la distancia entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales en aspectos tan cruciales como el idioma o las creencias sobre la salud.

Pero para este trabajo se decidió utilizar los términos anteriores, ya que si se observa tienen mucha semejanza con estas definiciones y se facilita más su comprensión.

el contacto inicial con el sistema de atención a la salud; tales como las demoras para obtener una cita (Frenk, 1985. p. 445).

Al interior de un establecimiento - Se refieren a las características organizativas que interfieren con la recepción oportuna de atención una vez que el paciente está dentro de un establecimiento de salud, ejemplo: el tiempo de espera para ver al doctor u obtener los servicios de laboratorio (Frenk, 1985. p. 445).

Clasificación de poder de utilización:

En correspondencia a los obstáculos de localización, está lo que podría llamarse el **poder de tiempo y transporte** de la población. En su caso los obstáculos financieros (los precios) tienen su contrapartida en el **poder financiero** (nivel de ingreso) de la población. Finalmente, el conjunto de capacidades que corresponden a los obstáculos organizativos pueden llamarse **poder de trato con las organizaciones**.

En la página siguiente se presenta de manera esquemática los conceptos y como se relacionan (cuadro 1.1).

1.10 - Características predisponentes en la utilización de los servicios

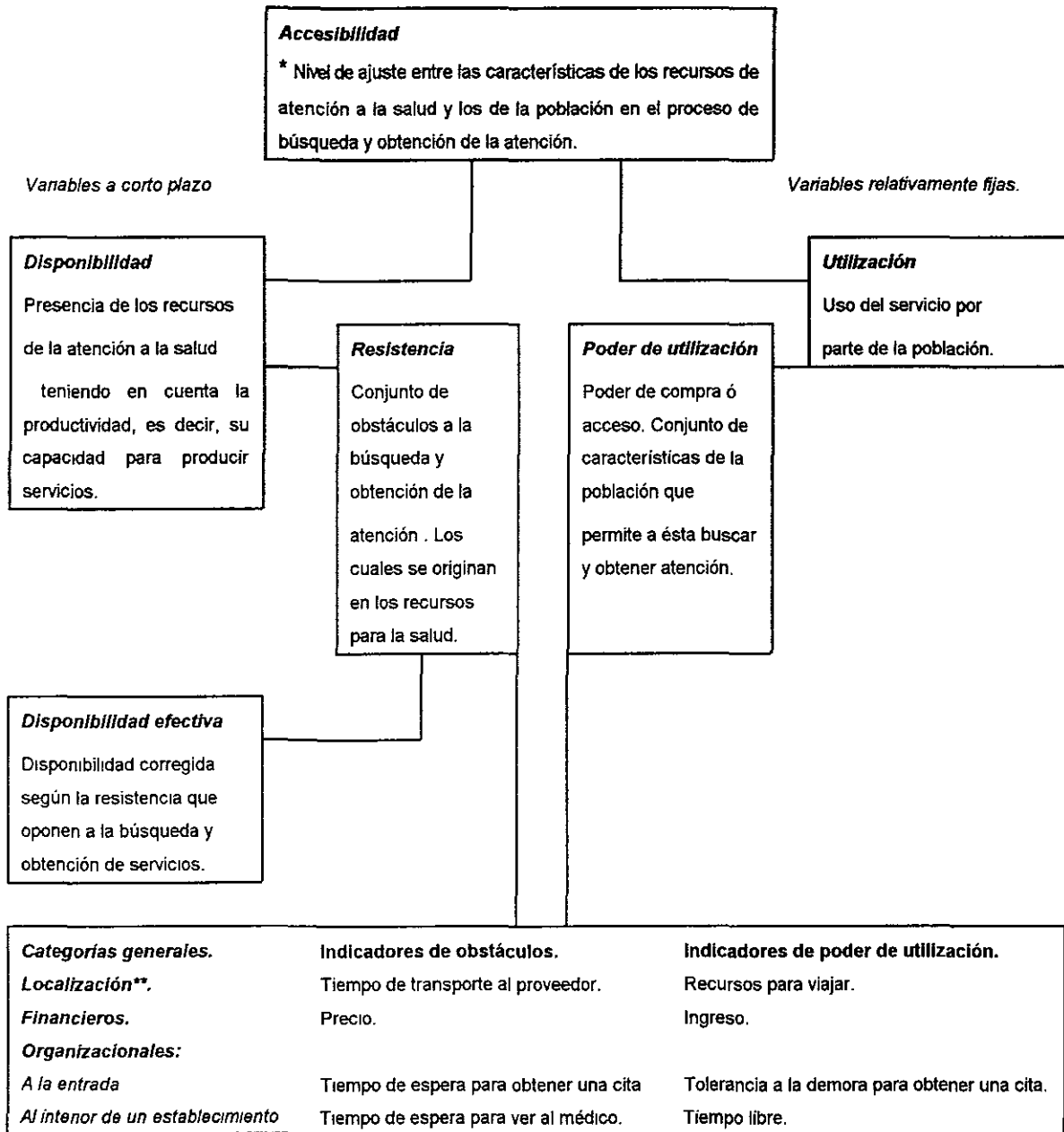
Si bien la mayoría de los estudios sobre la utilización de los servicios de salud no llegan a concretizar sobre las razones exactas que llevan a la gente a usarlos, es posible distinguir algunas características o indicadores predisponentes en la utilización de los mismos. Y de los cuales se hace mención a continuación.

Clase Social : Existe el supuesto de que los grupos de menor ingreso experimentan mayor necesidad de servicios de salud como resultado de sus deficiencias materiales tales como vivienda y alimentación las cuales inciden en su estado de salud. Además hay evidencias que aún cuando existen programas preferenciales, de atención a la salud dirigidos a los grupos más deprimidos, estos disponen a menudo de menor cantidad y calidad de los mismos.

Pero este concepto parece demasiado general, pues involucra muchas variables interrelacionadas (ocupación, ingreso, educación, patrones de consumo etc.).

También es más frecuente que los grupos de posición socioeconómica más elevada (definida en función de los niveles de educación y de ingresos) recurran a los servicios médicos, odontológicos y hospitalarios. Aunque las relaciones entre el nivel de ingresos y el uso de servicios son cada vez menos marcados (Rosentock, 1992. p. 406)

Cuadro 1.1.- CONCEPTOS REFERENTES A LA ACCESIBILIDAD.



* En la definición original aparece grado en lugar de nivel

** En la clasificación original (elaborada por Frenk, 1985) estos aparecen como obstáculos ecológicos pero si se toman en cuenta los aspectos a que hace referencia parece más adecuado llamarlos de localización

Elaboró: Zoraya Ceja R.

Sexo : En diversos estudios se sugiere que los patrones de utilización son diferentes de acuerdo con el sexo del usuario (Mechanicah, 1978; Briscoe, 1987 - Citado por Garrocho, 1995. p. 172). Según Mac Mahan (1980 - Citado por Nájera, 1996. p. 47) por las diferencias de morbilidad y los episodios no-mórbidos de salud en edad reproductiva, la mujer tiende a ser una mayor usuaria de servicios de salud. Aunque parece que si se omite la utilización de los servicios ginecológicos (sobre todo revisiones por embarazo y partos), los hombres usan más los servicios de salud que las mujeres (Levison, 1974; Coyaji, 1981 y otros. - Citado por Garrocho, 1995. p. 173); pero las mujeres aprecian más rápido los síntomas y reaccionan con mayor celeridad ante ellos (Pope & Hibbard, 1983 - Citado por Garrocho, 1995. p. 173).

Disponibilidad de seguridad social : Se considera que el acceso a la atención de la seguridad social es una dominante importante en la decisión de una persona de buscar atención médica fuera de su hogar y también en su elección de proveedor. Hay dos razones para ello: primero, en principio, sólo los afiliados a la seguridad social y las personas a su cargo tienen derecho a usar los servicios correspondientes. Por lo tanto, no sería de esperar que los que no son beneficiarios del sistema representaran parte de la demanda de la atención a la seguridad social. Segundo, los beneficios de la seguridad social incluyen atención, cuyo costo es pagado de manera indirecta, lo cual permite que la atención recibida no tenga un costo directo al momento de recibirla, lo cual sería aparentemente un incentivo considerable para que se utilicen dichos servicios en vez de otras opciones más caras (Bitran & McInnes, 1995. p. 26).

Cuando se está cubierto por los servicios de salud de las instituciones de seguridad social, la demanda por servicios públicos de salud se reduce (Lashman, 1975 - Citado por Garrocho, 1995. p.170).

Ingreso : En términos de la economía neoclásica, se considera que la demanda por cualquier bien o servicio proviene de los ingresos de que disponen los consumidores para gastar, los precios que deben pagar y sus deseos expresados en una función de utilidad (Musgrove, 1995. p. 1). Y que los incrementos en el ingreso generan aumentos en el consumo de bienes y servicios. Sin embargo, este argumento falla con frecuencia cuando se aplica a los servicios de salud. La explicación es que los incrementos en el ingreso generan mejorías en la calidad de vida y, por tanto, en los niveles de salud, lo que provoca que se reduzca la utilización de los servicios médicos (Bohland, 1984 - Citado por Garrocho, 1995. p. 170-171). Pero parece que la gente con mayores ingresos no necesariamente usan más servicios, sino servicios de mayor calidad y, por lo tanto, más costosos. El efecto de variaciones en el ingreso afecta al consumo de servicios de salud más en lo cualitativo que en lo cuantitativo (Heller, 1976; Akin, *et al.* 1985; Young, 1981 - Citado por Garrocho, 1995. p.171)

Edad : Se ha demostrado que la edad es un factor muy importante en la demanda de servicios de atención a la salud (Bitran & McInnes, 1995. p. 29). Y que existe una predisposición a que los grupos de

edades extremas y mujeres en edad reproductiva utilicen más los servicios de salud. Sin embargo por sus características dependen con frecuencia del apoyo de familiares o amigos para acudir a la unidad de servicio. Por lo tanto, las características de los posibles acompañantes afectan también los patrones de utilización (Victor & Vetter, 1986 - Citado por Garrocho, 1995. p.174) - en algunos casos se utilizan poco los servicios de salud debido a razones de movilidad más que de necesidad- (Garrocho, 1995. p. 174).

Niveles de necesidad : La necesidad es un concepto importante en la explicación de los patrones de utilización, ya que la gente busca atención en respuesta a una necesidad percibida (Leavitt, 1979; Akin, *et al.* - Citado por Garrocho, 1995. p. 172).

Se debe reconocer dos perspectivas posibles en cuanto al concepto de la necesidad de la atención de la salud: una necesidad según es percibida por el individuo, y la otra es dicha necesidad según la percibe la profesión médica donde ambas percepciones a veces concuerdan y otras no (Bitran & McInnes, 1995. p. 2).

Lugar de residencia : Este factor influye porque va a determinar la lejanía o cercanía al servicio, así como los riesgos de salud asociados con el contexto físico y las condiciones socioeconómicas.

La vivienda representa un puente entre las condiciones de vida y el ambiente, en tanto constituye el hábitat inmediato del ser humano. Por ejemplo: mientras que una vivienda en buenas condiciones puede proteger contra riesgos ambientales, las malas condiciones de vivienda se suman a los factores ambientales deletéreos al constituirse en fuente de contaminación. Entre los principales elementos que relacionan la vivienda con el ambiente se encuentra el aprovisionamiento de agua y el saneamiento básico (Frenk, 1994. p. 82).

Tamaño de la familia : El tamaño de la familia se relaciona con los niveles de salud individual debido a que afecta los recursos (comida, vivienda, cuidados) disponibles para los miembros de la familia (Popkin & Solon, 1976 - Citado por Garrocho, 1995. p. 174). También actúa en dos sentidos: primero, como promotor del uso de servicios en el caso de enfermedades infecciosas (Miners, 1978; Andersen, 1978 - Citado por Nájera, 1996. p. 47); y en segundo término, la subutilización de servicios preventivos entre familias numerosas por los grandes costos de oportunidad que ello implica (Mackinlay, 1981 - Citado por Nájera, 1996. p. 47). Es decir, si el padecimiento no se considera grave, ya que la atención propiciaría un descuido de las tareas domésticas por el tiempo sustraído destinado a ellas, actividades que se valoran más que la pérdida de ingreso por que se tiende a no tener un trabajo remunerado en las mujeres cuando los hijos son numerosos.

Escolaridad : La escolaridad está positivamente y fuertemente relacionada con la salud de la

población y con su esperanza de vida (Cochrane, *et al.* 1980 - Citado por Garrocho, 1995. p.175). A mayor nivel de escolaridad mayor conocimiento se tendrá de la disponibilidad de los servicios de atención a la salud así como los beneficios en su salud (Phelps & Newhose, 1974 - Citado por Nájera, 1996. p. 48).

Disponibilidad de información : Parece que es enorme la importancia potencial de la información y de los programas de educación sanitaria para la mejor utilización de los servicios de salud y la prácticas higiénicas de la población (Akin, *et al.*; 1985; Streatfield & Singrimbum, 1988; Spuyt *et al.* . 1967 - Citado por Garrocho, 1995. p.176). Pero también Lazarfeld y Kendall han demostrado que los grupos menos instruidos no leen periódicos, revistas y libros en la misma proporción que los grupos con mayor nivel de educación. Por otra parte, aunque esos grupos reciban la influencia del mismo medio de comunicación, es posible que presten atención a distintos aspectos del mismo material y que el conocimiento que recojan sea también distinto (Rosentock, 1992. p. 418).

Costo del servicio : Algunos investigadores sugieren que el costo del servicio inhibe el uso de los servicios médicos privados, cuando están disponibles los servicios públicos de salud gratuitos o de bajo costo (Akin *et al.*, 1985; Claquin, 1981; Von Etten, 1972; Heller, 1976; Akin *et al.*; 1981 - Citado por Garrocho, 1995. p. 182). Otros estudios muestran que muchos consumidores pagan servicios de salud privados ya sean tradicionales o modernos, aún cuando existen servicios de salud gratuitos y accesibles (Akin, *et al.* 1985; Young, 1981; Seyla, 1988 - Citado por Garrocho, 1995. p.182).

Costo de transporte : El costo de transporte es un factor importante que afecta la utilización de los servicios de salud (este se mide usualmente en términos de distancia tiempo o dinero). Pero la importancia de los costos de transporte para los patrones de utilización depende de las características individuales de los usuarios. La misma distancia, tiempo o costo económico pueden tener significados distintos para diferentes personas (Garrocho, 1995. p. 183).

Debe de considerarse que si bien estos indicadores son importantes para tomarse en cuenta en los diversos estudios que puedan realizarse sobre servicios de salud, son una aproximación parcial de la realidad y que deben ser entendidos como expresión de los efectos de las diversas acciones conectadas entre sí. Además la interpretación de cada uno no va a darse en una sola dirección; va a depender de quien haga el análisis, del lugar y del periodo de tiempo en que se haga el estudio entre otras cosas.

I.11 - Algunos antecedentes sobre estudios de accesibilidad, utilización y cobertura de servicios de salud.

En 1990 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como entidad responsable de proveer a

gran parte de la población trabajadora, a jubilados y sus familiares, como parte de su proceso de búsqueda de la calidad total. Elabora una encuesta al usuario y al prestador de servicio. Esta encuesta representa la segunda etapa del programa de trabajo para el desarrollo de encuestas en el IMSS y su aplicación se orienta hacia los servicios médicos institucionales, teniendo como objetivo lo siguiente:

Contar con información para evaluar la calidad y calidez de la atención médica a través de la percepción que tienen los directores, los médicos, las enfermeras y los usuarios de la unidad médica del IMSS, sobre los factores que intervienen en la prestación del servicio.

Para la encuesta se considera 5 poblaciones de estudio: directores de unidades médicas, personal médico y de enfermería, usuarios de consulta externa y de hospitalización.

El universo sobre el cual se aplicó, está relacionado con las unidades médicas del régimen ordinario del IMSS. Se trabajó sobre un marco muestral de 1100 unidades médicas, se excluyeron unidades de psiquiatría, infectología, rehabilitación y bancos de sangre.

En la definición de los médicos y enfermeras se tomó como referencia a los que trabajan en contacto directo con el paciente. En usuarios de consulta externa y de hospitalización se tomaron como punto de partida el número estimado de consultorios y egresos hospitalarios, que se presentan en una semana, en las unidades del universo de trabajo. No se considera a los usuarios de urgencias, quimioterapia, oncología, radioterapia y terapia intensiva.

Dentro de este trabajo se elaboró un cuestionario para cada población de estudio, por ejemplo el cuestionario para el usuario de consulta externa que consta de varias secciones tales como la sección referente a la accesibilidad, utilización de los servicios y percepción de la atención.

Con el que se obtuvo resultados como los siguientes:

En una caracterización del usuario de consulta externa, en primera instancia, se debe destacar que casi las dos terceras partes corresponden al sexo femenino, de manera preponderante en el D.F. y en los niveles especializados; en otros aspectos, se nota que la mayoría de estos usuarios se ubica en un rango de edad de 15 a 44 años y que prácticamente la mitad de ellos sólo cuenta con estudios de educación primaria.

En lo tocante a utilización de los servicios, se tiene que poco más de la mitad han sido derechohabientes del IMSS por más de cinco años y, con relación a su antigüedad como usuarios, se tienen dos grandes grupos: quienes reportan menos de un año y los que señalan más de cinco. Al medir las frecuencias de utilización, en los últimos tres meses, se tiene que las dos terceras partes de los usuarios han

asistido cuando menos una vez a la unidad médica (IMSS, 1990. p. 113).

Aunque es muy pequeño el número de usuarios de consulta externa que tienen derecho a servicios médicos fuera del instituto, al respecto se tienen dos hallazgos sorprendentes: casi la mitad de quienes reportan derecho en otra institución se han atendido en está y, por otro lado, independientemente de que se tenga derecho o no, la cuarta parte utiliza servicios médicos fuera del IMSS. Y más de estos últimos estima que la atención fue mejor (IMSS, 1990. p. 113).

En 1991 Bitran & McInnes en un documento titulado demanda de atención a la salud en América Latina: experiencia adquirida en la República Dominicana y el Salvador presentan datos sobre la demanda de atención a la salud obtenidos de dos estudios recientes sobre dicha demanda financiados por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID). El primer estudio fue realizado por el proyecto de Financiación de la Atención de la Salud en América Latina y el Caribe (HCF/LAC) en 1988 en Santo Domingo, República Dominicana. El segundo fue llevado a cabo por el proyecto de Recursos para la Salud infantil (REACH) en el Salvador, en 1989. Centrándose en la demanda de atención curativa de un médico para pacientes ambulatorios.

En el documento se describen y comparan las pautas de uso de la atención de la salud en Santo Domingo, República Dominicana, y San Salvador, El Salvador, empleando datos de dos encuestas de familias sobre la demanda de dicha atención. Se comparan las tasas de utilización de diferentes proveedores en una serie de variables que se ha demostrado son determinantes importantes en la demanda, incluidos los ingresos, seguros y beneficios de seguridad social, el precio, tiempo de espera y tiempo de viaje.

El estudio de la demanda de El Salvador se basó en una encuesta familiar de 2,885 viviendas, representando a 13, 896 personas, de todo el país. La muestra de la encuesta era probabilística, estratificada y de conglomerados iguales.

El estudio de la demanda en la República Dominicana, se basó en una encuesta de familias realizada en Santo Domingo en 1988. La muestra de Santo Domingo también era probabilística, estratificada y de conglomerados iguales, y consistió en 2,534 familias con un total de 11,565 individuos, de una población total en dicha ciudad de 1,820,000 personas. Debido a diferencias de comportamiento entre poblaciones urbanas, semiurbanas y rurales, en este estudio comparativo se incluyeron solamente las familias de la zona metropolitana de San Salvador (ZMSS), excluyéndose las del resto del país, dado que la muestra de la ZMSS consistía en 713 familias entrevistadas, que representaban a 3,200 personas. Se estimó que la población total de la ZMSS en el momento de la encuesta ascendía a 1,006,000 personas.

Si bien en las encuestas de Santo Domingo y San Salvador se recopiló información de una amplia variedad de servicios de atención a la salud, incluida la atención de pacientes hospitalizados y ambulatorios, tanto terapéutica como preventiva, este estudio comparativo se basa en datos relativos sólo a visitas de atención terapéutica y ambulatoria a un médico. Esta decisión se basó en varias razones. Primero, el estudio de la demanda de atención preventiva requiere de una serie de supuestos más complejos, pero inexplorados en su mayor parte, acerca del comportamiento individual. Por lo tanto, no se estudió la demanda de atención preventiva. Segundo, respecto de la atención hospitalaria, la encuesta reveló que los problemas de la memoria, particularmente la incapacidad de la gente para recordar información importante acerca de lo acontecido cuando estaban hospitalizados, excluía la realización de un análisis de la demanda de atención hospitalaria. Por último, en cuanto a la atención de pacientes ambulatorios, para el análisis sólo se retuvo la información relativa a las visitas a un médico. Esto se decidió para retener en el análisis un tipo relativamente homogéneo de servicio, tal como las visitas al médico. En el análisis no se incluyeron las visitas a curanderos, boticarios u otros proveedores. Las visitas al médico representan más del 80 % de todas las visitas de pacientes ambulatorios, por lo que la exclusión de los proveedores mencionados no redujo significativamente la muestra.

Las siguientes son la principales conclusiones deducidas del análisis descriptivo comparativo:

- Entre los residentes de San Salvador, la tasa de autoprotección de los problemas de salud es más alta que la de los dominicanos, pero la probabilidad de que busquen atención cuando están enfermos es la mitad que la de estos últimos.

- Los proveedores del sector privado representan un 58 % de la utilización de ambas ciudades; los proveedores del Ministerio de Salud Pública representan menos de un tercio de todas las visitas.

- Los proveedores del sector privado son visitados por los pobres con tanta frecuencia como los ricos, y los importes dedicados a la atención de proveedores privados son similares entre los ricos y los pobres.

- Casi la mitad de los beneficiarios de la seguridad social solicitan atención de proveedores que no pertenecen a dicho servicio.

- Más del 20 % de los usuarios de servicios de atención médica de la seguridad social no son elegibles para tal atención.

- El promedio de los precios de los proveedores privados es el más alto de las tres categorías de proveedores, pero el tiempo de espera medio para los servicios privados es el menor de los tres grupos

(Bitran & McInnes, 1995. p. 15-16).

Vázquez (1991. Tesis de Licenciatura en geografía) en un trabajo titulado correlación entre la oferta y la demanda de los servicios de salud para la población abierta en la subregión del Istmo oaxaqueño propone como algunos de sus objetivos los siguientes, establecer un diagnóstico de salud, precisar la distribución espacial, de los servicios de salud por tipo de unidad, evaluando los recursos (financieros, humanos y materiales) con que cuentan, determinando al porcentaje de la población que se beneficia con ellos; delimitar áreas de influencia de los servicios de salud, para detectar áreas desprotegidas o insuficientemente atendidas sobre la base de los lineamientos del modelo de atención a la salud para la Población abierta, así como de aquellos aspectos que debería considerar y determinar los factores geográficos, económicos, culturales e institucionales que no permiten o dificultan el acceso de la población a los servicios de salud entre otros.

No obstante que se plantea diversos objetivos que resultan interesantes, llega en sus conclusiones a consideraciones muy generales, de las que se pueden extraer las siguientes reflexiones:

- Los servicios de salud tienen un papel dentro del proceso salud-enfermedad, pero debe complementarse con otros requerimientos de la población: mejor salario, educación, alimentación, vivienda, etc. Recuérdese que la salud es un problema estructural, que no se va a resolver atacando sólo a uno de los elementos que la integran.

- La oferta de los servicios de salud tienen nexos débiles con las demandas que en este sentido tiene la población; definiéndose por una concentración geográfica en los espacios privilegiados; una insuficiencia en los recursos materiales, humanos y financieros, y en un desperdicio de los recursos comunitarios y en deficiencias en el funcionamiento de los programas de salud, teniendo todavía una fuerte importancia el nivel médico-curativo.

- La demanda de los servicios de salud se caracterizan por la existencia de un patrón epidemiológico mixto, y la diferenciación de éste según el espacio de que se trate. En las zonas menos desarrolladas las enfermedades infecciosas son más importantes, mientras que en las áreas más desarrolladas, las enfermedades crónico-degenerativas son primordiales.

Garrocho realiza un análisis socioespacial de los servicios de salud Infantil en el Estado de México (1995). Cuyos objetivos centrales son describir, analizar y explicar el patrón de utilización, identificar las principales variables que lo afectan y evaluar la importancia relativa de tales variables. En su trabajo selecciona cuatro unidades de los diferentes niveles jerárquicos del sistema de salud pública de la Zona Metropolitana de Toluca (2 consultorios rurales nivel I, una clínica subregional nivel II y un hospital regional nivel III). Para el

trabajo se utilizan fuentes de información de naturaleza diversa por ejemplo: para recabar información referente a las características de los usuarios (reales y potenciales) de las unidades de salud; se realizaron dos encuestas en la Zona Metropolitana de Toluca, una en unidades médicas y la otra en viviendas localizadas en áreas de bajo ingreso. La encuesta aplicada en las viviendas incluyó 200 cuestionarios. También se revisaron 1,500 registros médicos que sirvieron como principal fuente de información para analizar la influencia de diversas variables en los patrones de utilización. Algunas de las variables que utiliza son: distancia recorrida a las unidades de salud, tiempo y modo de transporte, tiempo de consulta, comodidad de la sala de espera, evaluación de los doctores entre otras.

Los resultados de su investigación sugieren que existen importantes desigualdades sociales y territoriales en relación con el acceso y la utilización de los servicios de salud en la región de estudio. Por ejemplo, las unidades rurales son altamente accesibles (aquí se hace referencia a la accesibilidad espacial) a los usuarios potenciales pero enfrentan serios problemas de subutilización debido a que sus servicios son catalogados como de baja calidad. El segundo nivel de servicio, la clínica, enfrenta dificultades más serias en términos de accesibilidad (espacial) y calidad de servicio, y el nivel más alto de atención; el hospital pediátrico regional, es evaluado por los usuarios como un servicio de alta calidad pero en contraste con las unidades rurales, es poco accesible (especialmente) a la población rural.

Nájera elabora un trabajo en 1996 (para su tesis de maestría) cuyo propósito fue identificar los factores socioeconómicos que modulan la interacción espacial entre oferta y demanda, y afectan el alcance de la cobertura de los servicios de salud de primer nivel en el Estado de México. Para ello toma una población constituida por los usuarios de servicios de salud que residen en 13 localidades ubicadas en la periferia del D.F. al interior de municipios conurbados de la zona metropolitana de la Ciudad de México (2,372 usuarios) y utiliza tres tipos de variables que son:

Variables independientes - ellas se engloban en los indicadores sobre los factores poblacionales que afectan la cobertura de los servicios de salud, tales como:

Necesidades de salud- motivos de atención según presencia de morbilidad y severidad percibidas.

Factores predisponentes- edad, sexo, tamaño de la familia, escolaridad, ocupación, condiciones materiales de vida.

Factores habilitadores- ingreso, seguridad social.

Variables intervinientes - utilizadas para medir la accesibilidad geográfica y se refieren a:

Obstáculos- distancias, tiempos y costos de viaje.

Poder de utilización- forma de transportación.

Variables dependientes - a partir de ellas se hace la comparación de los patrones de utilización con la cobertura administrativamente declarada por los servicios de salud.

A partir de este trabajo llega a hallazgos como los siguientes:

- Existe una notable desproporción entre los niveles de uso de los servicios de salud de la SSA declarados por la población (35.2 %), respecto a la cobertura potencial manifestada por los mismos servicios de salud (77.9 %). Siendo posible aseverar, por tanto que existe una notable desemejanza entre los conceptos de cobertura que conciben los proveedores y los percibidos por la población, lo cual es fundamental en el marco de acceso mismo a los servicios, ya que los proveedores calculan la oferta con base en la disponibilidad de recursos, en tanto que la población reconoce ciertas necesidades de salud, y en función de ellas, manifiesta su demanda de servicios hacia las instituciones que le corresponden por derecho.

- Si bien la Regionalización Operativa del Estado de México propone 2,354 "microregiones" de atención Primaria a la Salud (APS) para asignar a cada unidad un promedio de 3,00 personas sin seguridad social (de 500 a 600 familias por Unidad de Atención Primaria a la Salud) en un radio de 5 kilómetros, los patrones regionales de uso reflejan movimientos hacia unidades de salud ubicadas fuera del ámbito de influencia de localidades en donde se encuentran disponibles los servicios de la SSA.

- En forma complementaria, la baja frecuencia de uso imputable al sector privado por parte de la SSA (4.9 %) no se asemeja a lo reportado por la población entrevistada en este estudio: su contribución en la atención a la salud de esta población se encontró muy por encima de lo esperado, ya que alcanza un 44 %, es decir, diez veces más de lo reconocido por los servicios públicos.

- También menciona que una limitación importante para iniciar su trabajo fue la carencia de marcos teóricos de referencia integrales que permitieran una explicación unificada del proceso de búsqueda y obtención de la salud. Y que por ejemplo, no se encontraron, en la mayoría de los casos, resultados sobre la comparación de cobertura real respecto a la cobertura legal y/o potencial de los servicios. Del mismo modo, hubo pocas posibilidades de comparar los hallazgos sobre accesibilidad geográfica, ya que, en comparación con la metodología de otras investigaciones, se observa la falta de estandarización en los indicadores empleados.

CAPITULO 2.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL AREA DE ESTUDIO

El capítulo anterior abordó algunos aspectos conceptuales referentes al tema de trabajo sin definir aún el área de estudio. Por lo tanto este capítulo se evoca a ello.

En México se vive una época de transición y modificaciones profundas en los patrones epidemiológicos; pero estos cambios se dan con mayor intensidad en la Ciudad de México, por su carácter *concentrador*. Y es precisamente en ella donde se localiza la delegación Iztacalco, misma que conforma la zona de estudio en esta tesis.

La delegación Iztacalco se encuentra ubicada dentro de las siguientes coordenadas geográficas:

Al Norte 19° 25'

Al Sur 19° 22' de Latitud Norte

Al Este 99° 03'

Al Oeste 99°08' de Longitud Oeste

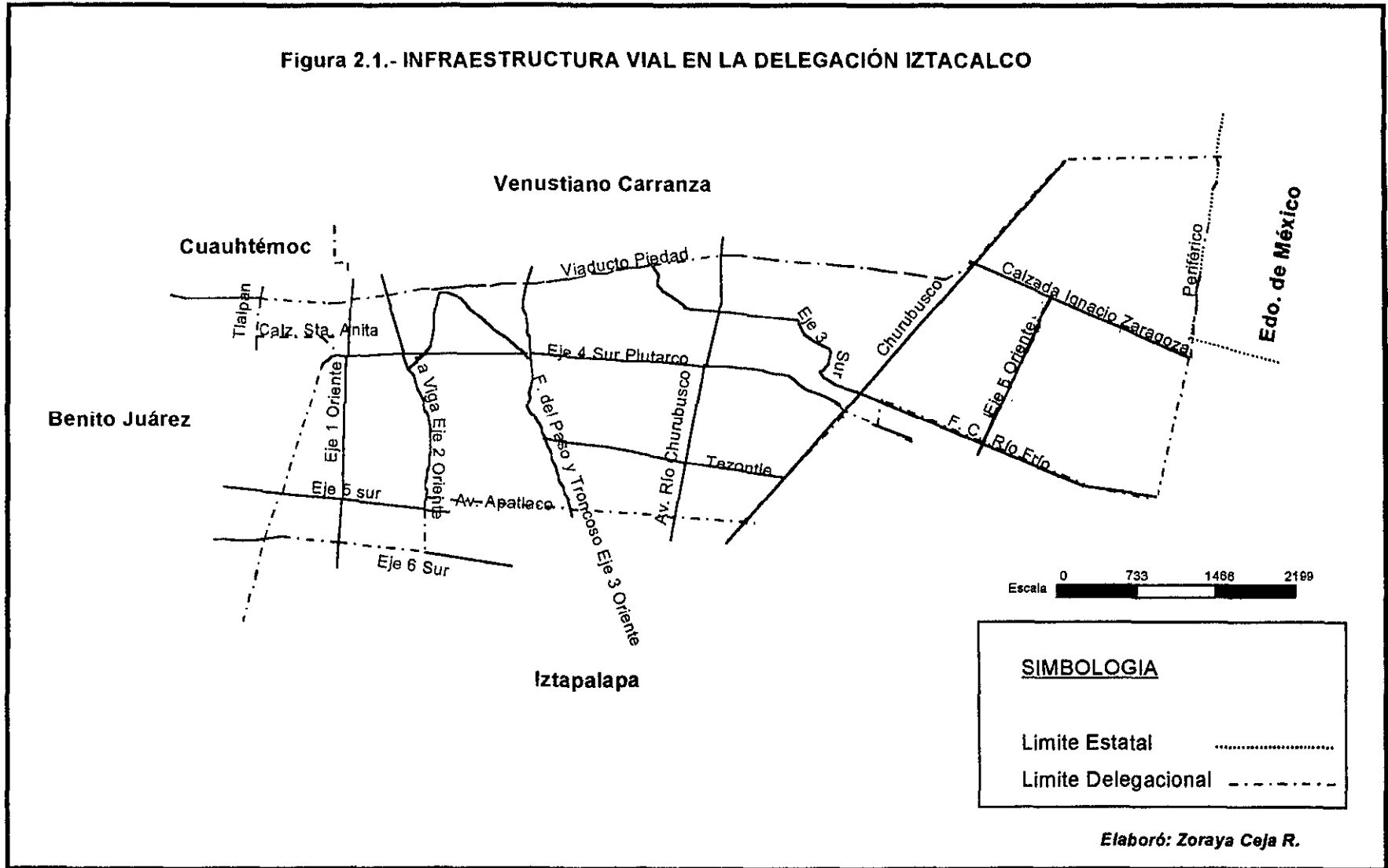
Lo que la establece en la zona oriente del Distrito Federal, limitando al Norte con la delegación Venustiano Carranza; al Sur con la delegación Iztapalapa; al Este con el Estado de México y con la delegación Iztapalapa, y al Oeste con las delegaciones Benito Juárez y Cuauhtémoc. El perímetro coincide con vialidades como, calzada de Tlalpan, Circuito Interior, el Viaducto Río de la Piedad, Río Churubusco, calzada Ignacio Zaragoza y diversos ejes viales que permiten una adecuada integración con la ciudad² (figura 2.1). La cual se ve afectada por una importante recarga en su estructura vial; debido a los movimientos de cruce que se generan con el acelerado crecimiento demográfico de la delegación vecina de Iztapalapa, del municipio de Nezahualcóyotl³ y en general de la zona oriente del Estado de México.

Actualmente, Iztacalco se considera una delegación consolidada, saturada en lo que a su ocupación de suelo se refiere, las áreas libres de construcción y sin aprovechamiento son limitadas y corresponden a terrenos baldíos. Su traza urbana fundamental deriva de sus vialidades perimetrales que se complementan

² De hecho en Iztacalco se localizan once vialidades primarias de la Ciudad (Programa Delegacional de Desarrollo Urbano. Diario oficial, 1997, segunda sección p. 20)

³ Si se considerara a la delegación Iztacalco y a las entidades con que limita (delegación Benito Juárez, Cuauhtémoc, Iztapalapa, Venustiano Carranza y municipio de Nezahualcóyotl) como una región y se tomara en cuenta a la población reportada por INEGI en 1995 de cada una de ellas. Se observaría que la delegación Iztapalapa posee el 35.75 % de población, mientras que el municipio de Nezahualcóyotl tiene el 26.00 %. Es decir, que tan sólo estas dos entidades albergan el 67.75 % de la gente en la región supuesta.

Figura 2.1.- INFRAESTRUCTURA VIAL EN LA DELEGACIÓN IZTACALCO



Elaboró: Zoraya Ceja R.

con vialidades secundarias constituyendo una retícula principal que da lugar a zonas homogéneas. Los corredores urbanos se desarrollan a lo largo de estas avenidas y de otras de menor jerarquía dentro de las colonias, consolidando los corredores de barrio; a su vez, internamente la mayor parte de las zonas están constituidas por retículas a excepción de algunas zonas de vivienda, que cuentan con supermanzanas o las zona patrimoniales que mantienen una traza de plato roto, pero que en todos los casos están estructuradas por una vialidad envolvente de mayor jerarquía (D.D.F., 1997a. p.17).

En cuanto a su superficie se refiere, esta se conforma por 23.39 km²; que la constituyen en la de menor superficie con 1.57 % del total del Distrito Federal y a la vez , representa el 7.6 % de la mayor de las delegaciones, que es Tlalpan (ver cuadro 2.1).

Esta delegación presenta algunas particularidades con respecto al D.F. Así que mientras la población en el Distrito Federal continúa creciendo, aunque a un ritmo menor que en años anteriores⁴, el crecimiento de la población en Iztacalco ha ido disminuyendo de tal forma que para 1990 tenía una población de 448, 322 habitantes; en 1997, esta cifra disminuye en un 8.71 % para situarse en 409,286 habitantes. No obstante esta disminución, la densidad de población es ligeramente superior a 3 veces la densidad del D.F.

Entre otras particularidades referidas propiamente a los servicios de salud están los siguientes:

- El promedio de integrantes de la familia de usuarios de los Centros de Salud en el D.F. es de 6.5 integrantes (Herrera, 1996. p.12), mientras que para los Centros de Salud en Iztacalco el promedio de integrantes es de 4.62⁵.

- Aún cuando resulte difícil señalar con precisión el monto del ingreso familiar de los usuarios de los servicios de salud en el D.F., se ha observado (con todas las reservas del caso) que en épocas en que el ingreso es bajo o prácticamente nulo, el ingreso promedio por familia es de 1.5 salarios mínimos (Herrera, 1996. p. 12). Por otro lado en Iztacalco el ingreso promedio por familia de usuarios es de 3.2 S.M.⁶

- En términos generales, puede decirse que la escolaridad del usuario de los servicios de salud pública es baja, yendo desde el analfabetismo hasta los 3.5 años de instrucción primaria en que se instala la media estadística (Herrera, 1996. p. 12). Pero en Iztacalco la población de 18 años y más (sin tomar en cuenta a la población con instrucción superior) tiene un promedio de escolaridad de 7.2 años; y la población con estudios

⁴ Conforme al XI Censo General de Población y Vivienda de 1990, la población ascendió a aproximadamente 8 millones 300 mil habitantes, y la proyección para 1996 la ubicaron en una cifra aproximada de 8 millones 800 mil habitantes

⁵ Ceja, 1997. Encuesta "Población Usuaria de Servicios de Salud".

⁶ Ceja, 1997. Encuesta "Población Usuana de Servicios de Salud".

a nivel superior representa el 7.15 %, de los cuales solo el 1.5 % los ha concluido⁷.

**Cuadro 2.1.- ASPECTOS FÍSICOS Y DE LA POBLACIÓN, EN EL D.F.
(POR DELEGACIONES)**

Delegación	Población total * (1995)	Superficie en Km ² **	Superficie en % **	Densidad hab./Km ² (1995)	Lugar por índice de marginalidad *** (1990)
Alvaro Obregón	676,930	77.20	5.19	8,768.52	7
Azcapotzalco	455,131	33.30	2.24	13,667.60	12
Benito Juárez	369,956	26.63	1.79	13,892.45	16
Coyoacán	653,489	53.40	3.59	12,237.62	15
Cuajimalpa	136,873	80.95	5.44	1,690.83	3
Cuauhtémoc	540,382	32.44	2.18	166,657.89	14
Gustavo A. Madero	1,256,913	86.62	5.82	14,510.65	9
Iztacalco	418,982	23.30	1.57	17,982.06	10
Iztapalapa	1,696,609	115.06	7.73	14,745.43	5
Magdalena Contreras	211,898	73.36	4.93	2,888.47	6
Miguel Hidalgo	364,398	46.40	3.12	7,853.40	13
Milpa Alta	81,102	283.75	19.07	285.82	1
Tláhuac	255,891	91.78	6.17	2,788.09	2
Tlalpan	552,516	304.99	20.50	1,811.59	8
Venustiano Carranza	485,623	33.42	2.25	14,530.91	11
Xochimilco	332,314	125.17	8.41	2,654.90	4
D.F.	8,489,007	1487.77	100.00	5,705.86	

Elaboró: Zoraya Ceja R.

Fuente * INEGI, 1995. Censo de población y vivienda, resultados definitivos. Distrito Federal. Tabulados básicos.
 ** Secretaría de Desarrollo Económico. Cdad. De México, D.F., 1997. Programa de Fomento Económico. Delegación Iztacalco 1997. D.D.F.
 *** D.D.F. 1997. Programa Delegacional de Desarrollo urbano, delegación Cuauhtémoc. Diario Oficial viernes 9 de mayo, segunda sección p.12.

II. 1 - Estructura general de los servicios de salud en México

En las últimas décadas en cuanto a los servicios de salud en México se refiere. Según Rodríguez & Yañez (1992) se pueden identificar cuatro épocas; los cuarenta con el impulso a los hospitales; los cincuenta

⁷ Ceja, 1997. Encuesta "Población Usuaria de Servicios de Salud".

con el énfasis en los distritos sanitarios; los sesenta con el crecimiento de los establecimientos para el primer nivel de atención a la salud en el medio urbano y rural, con los centros de salud A, B, C, así como el desarrollo de las campañas verticales, la estabilización de la lucha contra el paludismo, la detección temprana de lepra, tuberculosis y cáncer; y los setenta, en los que se apoyó la formación e integración de recursos humanos, principalmente médicos y odontólogos, y continuó la extensión de cobertura aunque con menos impulso. En esta década se empezó también a planificar, se definieron políticas y estrategias, y como resultado de esto se incrementó considerablemente al personal médico, paramédico, auxiliar y administrativo, y los presupuestos en salud crecieron como nunca. En los ochenta siguió la política de planificación y la extensión de cobertura, se prestó atención a las áreas marginadas urbanas, hasta que en 1982 se inició la crisis económica que aún no termina. Los ochenta son también los años de la evaluación de todo lo anterior. En esa década se retomaron también las políticas mundiales para acelerar el proceso de transformación de los sistemas nacionales de salud.

La estructura de servicios de salud que se proporcionan en México se puede agrupar en tres formas:

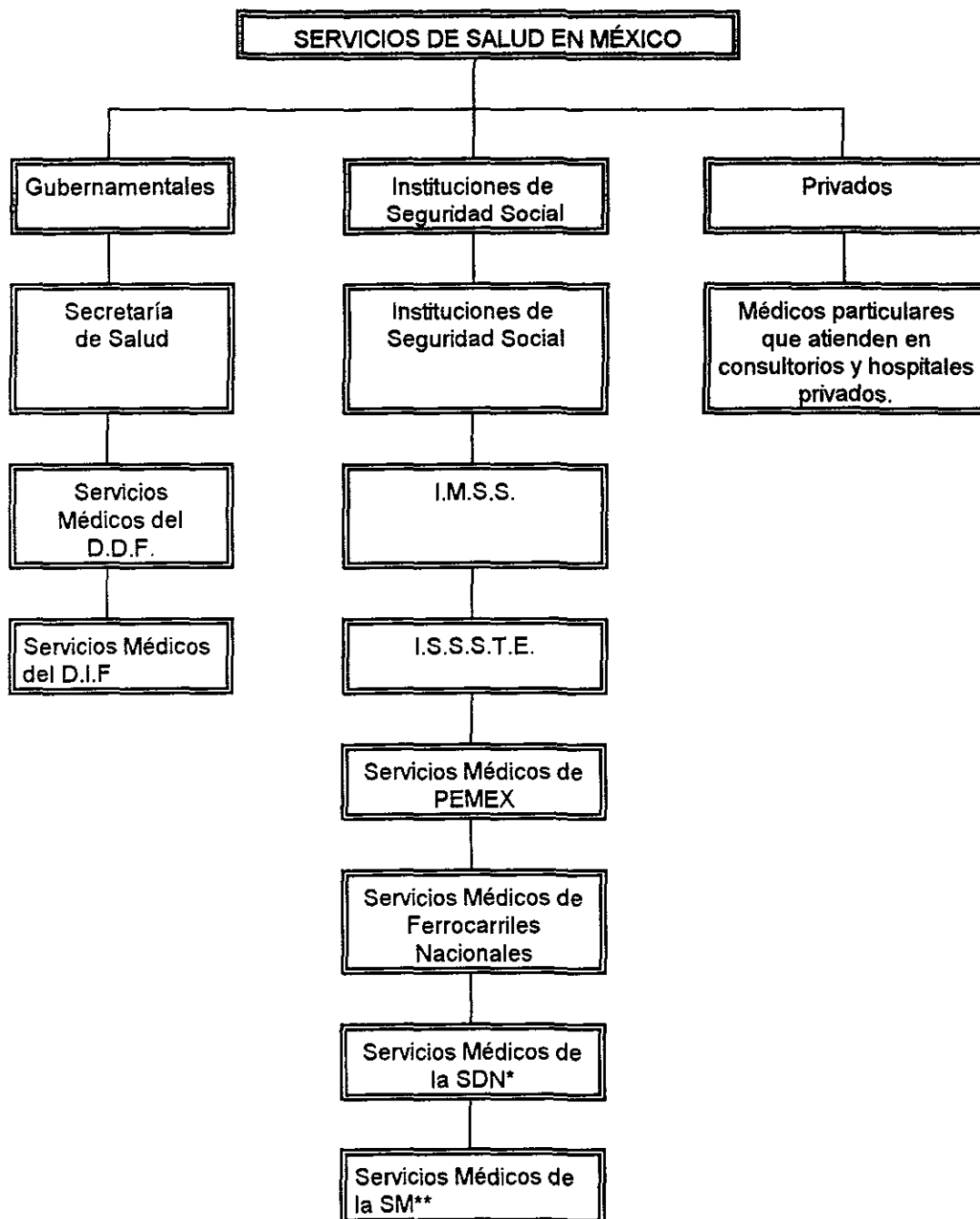
a) Los servicios gubernamentales de salud que atienden al principio del derecho de salud para todos los mexicanos. Estos están conformados por una serie de instituciones que proveen servicios a diferentes tipos de población. Las llamadas instituciones de servicios a población abierta proveen atención médica y asistencia social a población demandante que no posee una relación formal de trabajo y, por lo tanto, no tiene acceso a instituciones de seguridad social, y tiene su fuente principal de financiamiento en el presupuesto Federal y en los presupuestos de los Estados. Por ejemplo : Secretaria de Salud y los Servicios Médicos del D.D.F.

b) Instituciones de seguridad social que prestan servicios a la población que tiene una relación laboral formal con alguna empresa productora de bienes o servicios y su financiamiento puede ser bipartita y tripartita. Estas son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la más importante de ellas por la cantidad de asegurados, número de empleados y recursos físicos, materiales y financieros; el instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), etc.

c) Servicios privados. Conjunto de individuos, organismos e instituciones que desarrollan actividades de salud con bienes de propiedad particular. En él se incluyen tanto las instituciones e individuos que realizan actividades con un carácter lucrativo, como a las instituciones e individuos que desarrollan actividades no lucrativas.

Para tener una idea más clara de lo anterior, se presenta la figura 2.2.

Figura 2.2.- ESTRUCTURA GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO.



* Secretana de la Defensa Nacional

** Secretaría de Marina

II.1.1- Organización general de los servicios de salud en la delegación Iztacalco

Los servicios médicos que dispone la delegación Iztacalco están integrados de la siguiente forma:

5 centros de salud de la SSA, 3 clínicas del IMSS y 1 del ISSSTE, 2 hospitales del IMSS y uno pediátrico del D.D.F. y 3 consultorios de la delegación. Estos servicios cuentan en conjunto con 350 consultorios, 218 médicos (4.8 médicos por cada 10,000 habitantes), y 567 enfermeras, más el apoyo de 9 unidades médicas, un centro de socorro de la Cruz Roja, un centro de control de adicciones y un centro de control canino (D.D.F., 1994. p. 83).

Servicios de salud pertenecientes a S.S.A.

Como ya se mencionó los servicios de salud pertenecientes a S.S.A. en la delegación Iztacalco están compuestos por 5 Centros de Salud urbanos (unidades del primer nivel de atención⁸). Los cuales, por su tipo, se caracterizan por ubicarse en comunidades con una población mayor de 1500 habitantes en la localidad sede y una cobertura hasta de 36,000 habitantes en un área de influencia que no rebasa la isócrona de 30 minutos por el medio habitual de transporte.

El recurso humano para su operación es un médico general y dos auxiliares de enfermería por cada 3,000 habitantes, y un odontólogo por cada 9000 habitantes. Además puede contar con personal técnico de laboratorio y rayos X (S.S.A., 1994a. p. 11). Cada uno de estos Centros de Salud corresponde a una región, resultado de la Regionalización Operativa⁹ realizada por S.S.A en el D.F. en la que se divide a la delegación en 5 regiones, y operan bajo la responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria¹⁰ (ver cuadro 2.2 y figura 2.3).

⁸ Primer nivel de atención- constituye la puerta de entrada a los servicios de salud, y por tanto, comprende acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y su medio ambiente, enfocando los servicios a preservar la salud por medio de actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, protección específica, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación. Estos servicios se otorgan frente a padecimientos frecuentes y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica (S.S.A., 1994a. p.11)

⁹ La Regionalización Operativa de los servicios de salud para la atención de la población abierta, consiste en configurar zonas geográficas en las que exista la infraestructura necesaria para ofrecer con oportunidad y eficiencia servicios de primero y segundo niveles de atención (S.S.A., 1994b. p 2)

¹⁰ La Jurisdicción Sanitaria, es entendida como una unidad técnico-administrativa desconcentrada de los servicios estatales de salud, a la cual se le asignan recursos para realizar acciones integrales de salud pública, atención médica y regulación sanitaria. Comprende una extensión territorial determinada, de acuerdo a factores: demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos y culturales. Además cuenta con una estructura orgánico-funcional básica que le permite conducir y controlar la prestación de servicios de salud, con capacidad resolutoria para la atención a la salud de la población abierta a través de las unidades médicas del primero y segundo niveles de atención. Por último, establece relaciones de coordinación con los centros de salud y de vinculación con las unidades hospitalarias en su área de influencia, conformando así una red de servicios. Cuando en su ámbito geográfico no existen unidades médicas del segundo nivel, establece relaciones de coordinación con unidades de este tipo de otra jurisdicción (S.S.A ,1995 p. 18).

Cuadro 2.2.- REGIONALIZACIÓN OPERATIVA DE LA S.S.A. EN LA DELEGACIÓN IZTACALCO (1997)

Centros de Salud	Tipo	Ageb	Región	No. De Agebs*	Población de responsabilidad	% de población de responsabilidad
Dr. José Zozaya	T III ^{a)}	026-A	5	42	70,932	41 %
Dr. Manuel Pesqueira	T III	034-4	2	22	43,251	25 %
Dr. Luis Mazzoti Galindo	T III	010-9	1	12	24,221	14 %
2 de Octubre	T III	080-4	4	14	15,570	9 %
Ramos Millán	T II ^{b)}	103-7	3	14	19,031	11 %
Jurisdicción Iztacalco		026-A		104	173,005	100 %

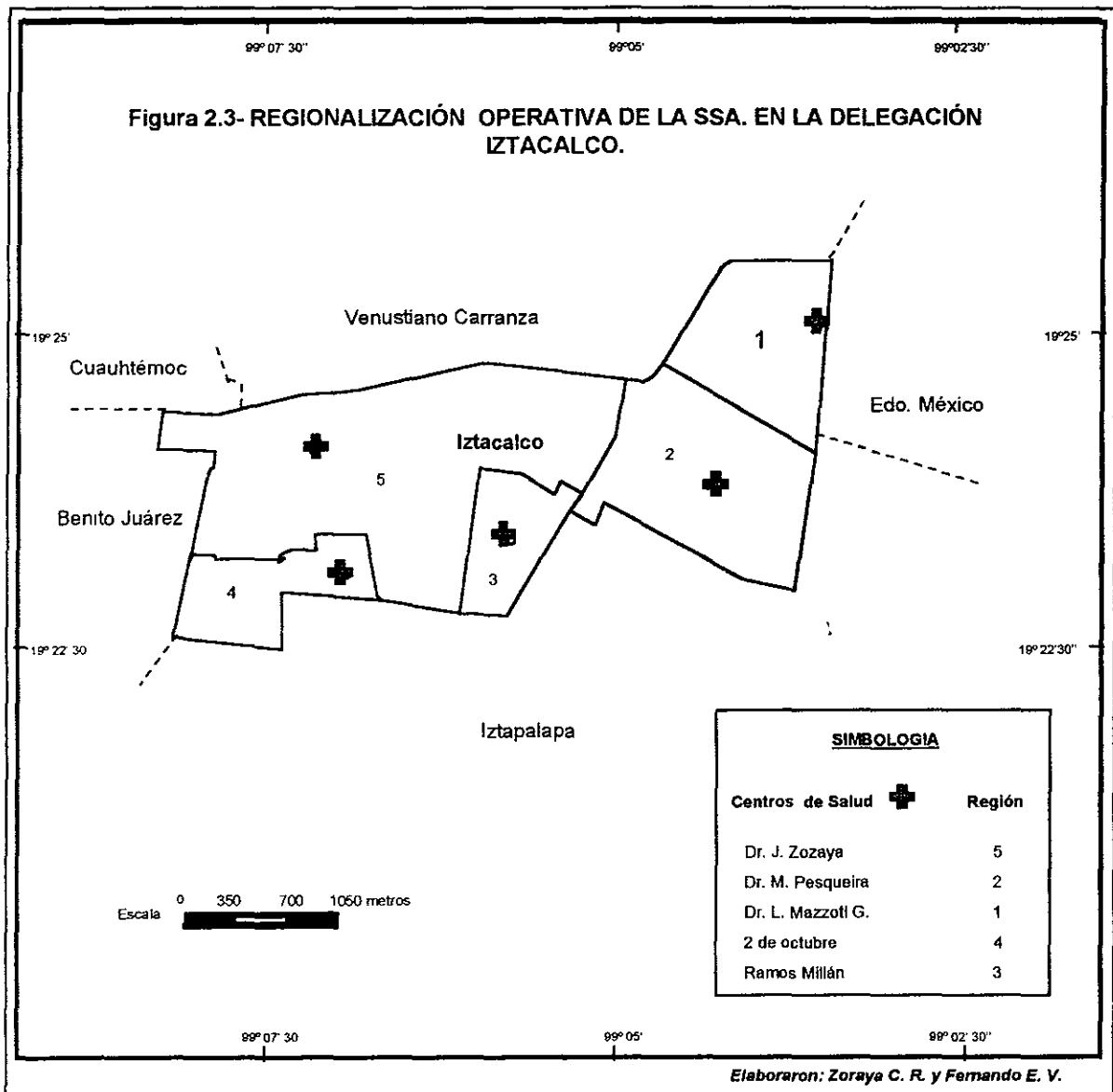
a) El centro de Salud Urbano T-III tiene bajo su responsabilidad aproximadamente 42,000 o más habitantes de población abierta, tiene 7 a 14 consultorios y cuenta con dirección y administración de la unidad, servicio de epidemiología. En unidades de 10 o más consultorios, existe la coordinación médica.

b) El centro de Salud Urbano TII tiene bajo su responsabilidad aproximadamente hasta 18,000 habitantes de población abierta, tiene 3 a 6 consultorios. A partir de 6 consultorios cuenta con dirección, epidemiología y administración de la unidad. El área administrativa contempla recursos humanos, financieros, materiales y servicios generales

* Ageb (Área geostadística básica)

Elaboró: Zoraya Ceja R.

Fuente: - Servicios de Salud Pública en el D.F. 1997. Estudio de Regionalización Operativa.
 - Dirección General de Programación y Desarrollo MCHA/grí. Nov. 1996 Distribución de la población total y de responsabilidad por centro de salud. Total de Agebs. Por centro de salud 1997.



Fuente: - Servicios de Salud Pública en el D.F. 1997 Estudio de Regionalización Operativa.

II.1.1.1 - Características generales del Centro de Salud Dr. Luis Mazzoti Galindo.

Centro de Salud Dr. Luis Mazzoti Galindo (Región 1) .

Este Centro fue abierto en agosto de 1971 y se localiza en Tomas Roche y calle 6, col. Pantitlán. A este centro le corresponde cubrir el 14 % de la población de responsabilidad dentro de la Jurisdicción

Iztacalco.

Cuenta a la fecha con los siguientes servicios: consulta externa, inmunización y curaciones, estomatología, vacunación antirrábica, farmacia, promoción social y familiar, recepción y control, caja, educación para la salud, epidemiología, orientación nutricional, laboratorio clínico y rayos X (con respecto a este último servicio, se cuenta con el equipo pero no está en función) y labora con 6 núcleos básicos¹¹ (2 completos y 4 incompletos) de lunes a viernes en turnos matutino y vespertino. Siendo en el primer turno cuando mayor movimiento se reporta, ya que en el segundo turno solo laboran un médico general y un odontólogo. En este turno disminuye también el número de usuarios, los cuales se concentran de 3 p.m. a 6 p.m.

Otro aspecto importante que se debe mencionar es el precio de los principales servicios, ya que de una u otra manera condicionan la asistencia o no de la gente a la unidad. De aquí que se tiene que la consulta general vale \$ 6.00, cifra que representa aproximadamente una décima parte del precio de consulta de un médico particular en Iztacalco¹² (este dato resulta interesante si se toma en cuenta que la evolución del poder adquisitivo del salario mínimo real en nuestro país ha ido cayendo de manera importante, pues de 1988 que era de \$ 7,259.33 pesos constantes de 1988 disminuyó en un 48.8 %, para llegar a \$ 4,075.8 en 1996); urgencias generales \$ 13.00, examen médico \$ 8.00, dental \$ 8.00 etc. (estos precios también corresponden a los demás centros de salud).

Por último, tratando de definir en forma general la personalidad de los Centros de Salud, en este caso del Mazzoti Galindo durante 1997, se dan los datos siguientes: El número de consultas externas ofrecidas por esta Unidad corresponde al 13.45 % de las consultas en la Jurisdicción lo que la coloca en el cuarto lugar por este concepto; en cuanto a consulta a embarazadas se tiene que el 48.08 % corresponde a usuarias por primera vez y un 51.92 % a usuarias subsecuentes, en planificación familiar el 40.04 % de usuarios acude por primera vez y subsecuentemente el 59.96%; en el rubro de accidentes y violencias el 58.94 % corresponde a varones y el 41.06 % a mujeres (de este 100 % el 31.79 % corresponde a personas en edades de 25 a 49 años, cuyos accidentes y violencias ocurrieron en la vía pública y en el hogar, principalmente); por último en los análisis de laboratorio se tiene que se realizaron un total de 23,086 estudios (en 4,866 personas) de los cuales el 96.0 % fueron hechos para pacientes de la unidad y el 4.00 % para pacientes de otra unidad.

¹¹ Núcleo básico- es la unidad funcional de los centros de salud, conformado por un médico familiar o general y dos enfermeras. Es responsable de la atención intramuros y de las actividades de campo. Y presta sus servicios a la población del área geográfica de su responsabilidad en un consultorio equipado, apoyado con un promotor de salud contratado exprofeso, por cada 3 núcleos básicos (S.S.A. 1995, p. 21).

¹² Ya que el costo promedio de consulta en la delegación Iztacalco es de \$60.00 aproximadamente (esto a decir de la gente encuestada y también preguntando en fuentes directas).

Morbilidad general.

Dentro de las 10 principales causas de morbilidad general en el año de 1996 según la demanda de atención en esta unidad médica se tiene:

En primer lugar con un 22.94 % las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (predominado en edades de 1 a 14 años con un 60 %); en segundo lugar, con 21.83 % se ubican las enfermedades en los tejidos dentarios duros (35.52 % en personas de 5 a 14 años); en tercer sitio las amibiasis con 4.53 % (45.05 % en edades de 5 a 24 años); le siguen las enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos (3.52%); infecciones de la nutrición (2.79 %); dermatitis y dermatosis (2.51 %); pie plano (2.42 %); laceraciones y heridas (1.73 %); infección intestinal (1.68 %); enteritis y colitis (1.67 %) y por último todas las demás causas concentran un 34.37 %.

II.1.1.2 - Características generales del Centro de Salud Dr. Manuel Pesqueira.

Centro de Salud Dr. Manuel Pesqueira (Región 2) .

A este Centro le corresponde una población de responsabilidad equivalente al 25 % de la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco. Tiene su domicilio en Sur 16 esq. con Ote. 245, col. Agrícola Oriental (fue abierto en noviembre de 1961); cuenta con los mismos servicios que el Centro de Salud Mazzoti Galindo, con la diferencia que en este Centro si se encuentra funcionando el servicio de rayos X, adicionándole el servicio de salud mental.

En 1997 este centro se coloca en el primer sitio de consultas externas obteniendo el 29.39 % del total Jurisdiccional, dejando en segundo término al Centro de Salud José Zozaya con un 4.75 % por debajo de este, siendo que al Zozaya le corresponde el 41 % de la población de responsabilidad. Aunque si se considera el hecho de que el Pesqueira labora con 14 núcleos básicos (7 completos y 7 incompletos) mientras que el Zozaya lo hace con 9 (5 completos y 4 incompletos), no resulta tan sorprendente.

Por otro lado, en consultas a embarazadas también ocupa el primer sitio con el 29.15 %, siguiéndole el 2 de Octubre con el 22.47 % y el Zozaya con el 21.76 %. De estas consultas el 61.3 % corresponde a usuarias de primera vez y el 38.63 % a usuarias subsecuentes.

En accidentes y violencias el 58.94 % se dan en varones¹³, y el 41.06 % en mujeres. Estando

¹³Pues tiene la mayor proporción de varones de todas las familias usuarias de los Centros de salud (ver figura 2.14).

repartido en su mayor parte en los grupos de edades que van de 5-14 años (27.24 %), de 25-49 años (25.04 %) y de 15 - 24 años (20. 47 %); sucediendo con frecuencia en la vía pública. La población atendida entre los 5 y los 49 años muestra que la distribución de accidentes y violencias es más intensa a menor edad¹⁴ y viceversa. La explicación reside en que al ser la población usuaria más joven de todos los Centros, se encuentran en edades productivas expuestos a accidentes; a la vez sus pocos hijos al verse con menores controles en sus acciones, los accidentes que sufren se intensifican en comparación con los de sus padres; al ser familias poco numerosas, aunque sus ingresos sean bajos elevan su ingreso percapita, lo que vuelve más factible su atención médica.

Morbilidad General

En 1996 las enfermedades del aparato respiratorio ocupan el primer sitio con un 30.80 %; le siguen las enfermedades del aparato digestivo (19.92 %); las enfermedades del aparato genito urinario (15.37 %); enfermedades infecciosas y parasitarias (7.16 %); enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos; enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo; etc.

II.1.1.3 - Características generales del Centro de Salud Ramos Millán.

Centro de Salud Ramos Millán (región 3).

Se ubica en Sur 159 entre Oriente 116 y Av. Tezontle, col. Ramos Millán, fue abierto en agosto de 1981. Labora con 7 núcleos básicos (6 completos en el turno matutino y uno incompleto en el turno vespertino). Es el Centro de Salud con menos servicios, ya que cuenta únicamente con: consulta externa, inmunización y curaciones, estomatología, farmacia, promoción social familiar, recepción y control, caja y epidemiología.

Este centro y el 2 de octubre tienen el mismo número de AGEBS y de núcleos básicos (para este último centro son 4 en el turno matutino y 3 en el vespertino, todos incompletos); pero al primero le corresponde el 11. 00 % de población de responsabilidad mientras que al segundo le corresponde únicamente el 9.00% de la misma.

En consultas externas, durante 1997, es el centro que tiene menor porcentaje de ellas ya que sólo alcanza el 12. 86 %, es decir, un 16.53 % por abajo del Pesqueira; también en consulta a embarazadas con

¹⁴ Se llega a esta relación a partir de lo siguiente: distribución de accidentes y violencias entre la distribución de la población de familias usuarias, ambos datos en cada grupo de edad (5-14, 15-24 y de 25-49 años).

7.21 % ocupa el mismo sitio, contra un 19.40 % del Mazzoti (que ocupa el penúltimo lugar).

Morbilidad General

Las 10 agrupaciones de enfermedades que predominan en 1997 son las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (48.35 %), principalmente en edades de 1-4 años; en segundo sitio están las enfermedades de los tejidos dentarios duros (19.77 %) cuya atención se concentra en edades de 5 a 14 años; como se puede observar estos dos rubros ocupan más de la mitad de los episodios mórbidos de la Unidad, mientras que no sobrepasan el 5 % cada una de las ocho agrupaciones siguientes:

Dermatitis y dermatosis	4.74 %
Infecciones intestinales	3.29 %
Gastritis y duodenitis	3.14 %
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y las no especificadas	2.36 %
Otras enfermedades del aparato genitourinario	2.04 %
Enteritis y colitis no infecciosas	1.93 %
Otros trastornos del ojo	1.42 %
Otitis media.	1.23 %

II.1.1.4 - Características Generales del Centro de Salud 2 de Octubre.

Centro de Salud 2 de Octubre (región 4)

Es el más reciente (creado en marzo de 1988); se encuentra en Guillermo prieto No. 73, colonia Benito Juárez y cuenta con los mismos servicios que el Centro de Salud anterior, eliminando la vacunación antirrábica, y añadiéndole la educación para la salud, laboratorio clínico y rayos X.

En 1997, el 2 de Octubre, a pesar de ser el centro con menor población de responsabilidad, se ubica en el tercer lugar de consultas externas en la Jurisdicción (19.65 %) y en el segundo de consultas a embarazadas (22.47%). De sus estudios de rayos X (en los que ocupa el primer lugar) 83.84 % son realizados para pacientes de la unidad, mientras que el 16.16 % son hechos a pacientes de otra unidad.

Principales causas de morbilidad general

En las causas más frecuentes del patrón de morbilidad general para 1996 se encuentran las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con 31.51 % (con una presencia mayor en edades de 1 a 4 años) como primera instancia; siguiéndole las infecciones de los tejidos dentarios duros con

7.93 % (predominando en los usuarios de 15 años y más), otras enfermedades del aparato genitourinario con 7.12 % (apareciendo más en el mismo grupo de edades que la enfermedad anterior); después continúan otras enfermedades con un valor que no sobrepasa el 5 % en cada una, y son las siguientes:

Otras enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	4.88 %
Infecciones intestinales	4.22 %
Dermatitis y dermatosis	3.97 %
Laceraciones y heridas	2.53 %
Otras enfermedades del aparato digestivo	2.50 %
Infecciones de la pulpa de los tejidos peripiciales	2.31 %
Otras enfermedades del aparato respiratorio	2.22 %

II.1.1.5 - Características generales del Centro de Salud Dr. José Zozaya.

Centro de Salud Dr. José Zozaya (región 5).

Esta Unidad es la de mayor antigüedad ya que fue abierta en mayo de 1958. También es el Centro que dispone de mayor variedad de servicios (los mismos que el Pesqueira más optometría). Se localiza en Corregidora 135 esquina con Plutarco Elías Calles, col. Santa Anita.

Le corresponde la mayor proporción de población de responsabilidad (41.00 % en 1997). De igual forma en estudios de laboratorio ocupa el primer sitio, de los cuales el 82.02 % son realizados a pacientes de la unidad y el 17.98 % a pacientes de otra unidad. Mientras que en el Pesqueira que ocupa el segundo lugar en este rubro, el 100 % de los estudios son hechos a usuarios del mismo centro, sucediendo algo similar en los estudios de rayos X .

Morbilidad General

Los 10 principales agrupamientos de causas de morbilidad general para 1997 en este Centro son las Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 28.60 % (predominando en edades de 5 a 14 años con el 29.57 %); le siguen las enfermedades de los tejidos dentarios duros 13.33 % (con un 39.74 % en edades de 5 a 14 años); después los trastornos de la menstruación y hemorragias anormales 5.84 % (presentándose el 53.83 % en edades de 15 a 24 años); los siete agrupamientos restantes no sobrepasan el 5 %, estas son:

Trastornos de la personalidad	4.16 %
Enteritis y colitis	4.16 %

Alteraciones de la visión	3.91 %
Dermatitis y dermatosis	3.42 %
Infecciones Intestinales	3.30 %
Gastritis y duodenitis	2.00 %
Enfermedad hipertensiva	1.85 %
Todas las demás	29.56 %

II.2 - Características de la población en la delegación Iztacalco.

Antecedentes

“ En la ciudad de México, la salida de la élite del centro de la ciudad se debió a una base social cambiante, en la cual la ostentación de la posición social a través de la vivienda y el consumo comenzó a sustituir la posición heredada por nacimiento. Una nueva élite política, la movilidad económica, los “ nuevos ricos “ y las clases medias que comenzaban a surgir aceleraron el desarrollo de propiedades en las zonas físicamente más atractivas de la (entonces) periferia. Esta se encontraba hacia el sur y el occidente por el Paseo de la Reforma,..., que había sido rediseñado para unir la residencia presidencial de aquel entonces (el castillo de Chapultepec) con el Palacio Nacional en el Zócalo. El congestionamiento en el centro de la ciudad se volvía problemático, y existía el temor a la exposición de enfermedades peligrosas; muchos miembros de las élites adineradas ya poseían “ casas de campo “ en los pueblos cercanos como Tacubaya, Mixcoac y Coyoacán. Durante el periodo anterior sólo ellos podían pagar un transporte de caballos, pero el mejoramiento de las carreteras facilitó un mayor y más continuo uso de estas residencias.

“ Los tranvías “ de caballos existían en el siglo XIX y de 1990 en adelante fueron paulatinamente sustituidos por tranvías eléctricos. Estos combinados con las líneas de ferrocarriles “ suburbanos “ hacia Tacubaya y la Villa de Guadalupe, permitieron a las clases pudiente y media, respectivamente, instalarse en las afueras, además de alentar la expansión hacia el norte y oriente de los barrios de la clase trabajadora (Vidrio, 1987 Citado por Ward 1991. p. 69). Cuando los ricos se cambiaron a los suburbios, sus residencias fueron utilizadas de manera diferente, con propósitos comerciales o subdivididos en departamentos para familias de la clase trabajadora. Si no se disponía de mansiones coloniales para convertirlos en vecindades con departamentos de un solo cuarto para las familias de bajos ingresos, entonces se construían con este fin específico. Una vez iniciado, se intensificó el proceso mediante el cual los ricos evacuaban las propiedades y los pobres las “ invadían “, con lo cual se aceleraron otros cambios en el uso de suelo y aumentaron la densidad, la congestión y la insalubridad.

“ Durante las décadas de 1930 y 1940 la expansión se dio en todas direcciones, pero fue más marcada en los desarrollos habitacionales a lo largo de las carreteras hacia el sur, algunas de las cuales comenzaron a incorporar a los pueblos cercanos a los recientemente ampliados Insurgentes y Calzada de Tlalpan. Subsecuentemente, las zonas intersticiales comenzaron a poblarse. A partir de la década de 1940 todas las clases sociales estaban involucradas en procesos de adquisición de terrenos, generalmente en diferentes direcciones. La apropiación del espacio y la segregación entre los grupos sociales se intensificó. En términos generales, los grupos de mayores ingresos se cambiaron al occidente y al sur, mientras que los pobres se instalaron en el oriente y el norte.

“Durante la década de 1950 comenzaron a privatizarse grandes extensiones de terrenos urbanos para convertirlos en fraccionamientos residenciales, pero esta privatización del espacio a menudo se logró ilegalmente gracias a la inapropiada disolución de terrenos ejidales, que fueron posteriormente convertidos en propiedades de la élite y las clases de mayores ingresos. A su vez, los ejidatarios vendían parcelas de

tierra a familias de bajos ingresos (Varley, 1987 -Citado por Ward, 1991. p. 69). En el otro extremo, algunos especuladores de bienes raíces privatizaban tierras del gobierno cedidas para el mejoramiento agrícola, que convertían y vendían a los pobres como terrenos sin servicios. Los terratenientes del oriente de la ciudad también vieron la oportunidad de capitalizar sus propiedades de escasa calidad vendiéndolas en pequeños terrenos con un mínimo de inversión de capital. Algunos asentamientos como la colonia Ramos Millán y la del aeropuerto, al oriente del Distrito Federal, fueron creados (si no es que ocupados) durante los primeros años de la década de 1950, antes de la ley de 1954 que prohibía cualquier nuevo fraccionamiento residencial. Así esta prohibición, aunque se hizo valer, no fue muy eficaz debido a que muchos asentamientos grandes habían sido establecidos o incluso poblados antes de la imposición de esta ley. En otros sitios, los terratenientes llegaban a acuerdos informales con las familias y, a cambio de cierto pago, se desentendían de la ocupación de parcelas en sus terrenos. Sin embargo, una característica importante de la prohibición es que estimuló el fraccionamiento de terrenos en el Estado de México (donde no se aplicaba esta ley), y en 1960 la expansión residencial hacia Naucalpan, Nezahualcóyotl y Ecatepec tenía ya algún tiempo de iniciada. Entre 1940 y 1970, el área construida de la ciudad creció casi siete veces, pasando de 117.5 kilómetros cuadrados a 747.4 km², y la población fue en aumento de manera proporcional “ (Delgado, 1988 -Citado por Ward, 1991. p. 72).

Durante los años 70 el mayor crecimiento urbano hacia el oriente se da en la delegación Iztapalapa. Los asentamientos creados en Iztacalco durante estos años se concentraron básicamente entre los límites de Iztapalapa y la Avenida Tezontle. Ya en el extremo oeste y la parte central se poblaron entre las décadas de 1940 y de 1950 agregándose a los asentamientos ya existentes de los barrios de Iztacalco y Santa Anita.

En los años 60 la proliferación de asentamientos en Iztacalco se frenó con la construcción de la Ciudad Deportiva. Para los años 70 el crecimiento de la ciudad le dio a esta delegación una situación de centralidad derivando primero, en que la superficie disponible fuese construida en departamentos o viviendas dentro de unidades habitacionales debido al mayor costo del suelo; que a su vez, tiende a elevar el costo de las viviendas, a dificultar su acceso por disminución de su oferta más el incremento de la población que traen como consecuencia la salida de población desde los años 80. Así el uso del suelo habitacional de la delegación de 1987 a 1996, decreció en 6 %, mientras que el uso mixto se incremento en 9 % (D.D.F, 1997a. p. 51).

Dadas las características de las familias usuarias comparadas con la población de cada área de responsabilidad (región) se ha considerado adecuado alterar el orden de las regiones, de manera que en lugar de partir con la región 1 y terminar con la 5 se comienza con la región 1 y se continúa de acuerdo a las similitudes obtenidas en el análisis.

II.2.1- Características generales de la población en la región 1

Localización del área de responsabilidad del Centro de Salud Dr. Luis Mazzoti Galindo.

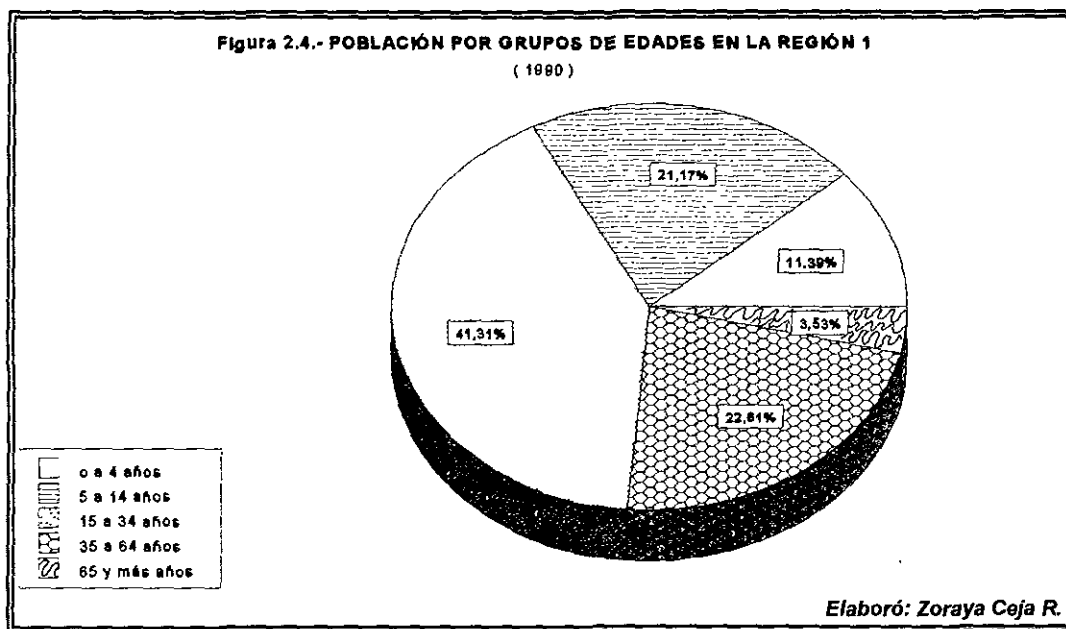
Se localiza al Noreste de la delegación Iztacalco. Limitando al Norte y Oeste con la delegación Venustiano Carranza; al Sur con la Calzada Ignacio Zaragoza y al Este con el Estado de México (figura 2.3).

Superficie:

Esta región cuenta con una superficie aproximada de 3.45 km², equivalente al 14.83 % de la superficie delegacional. Lo que la coloca en el tercer lugar de extensión territorial entre las 5 regiones.

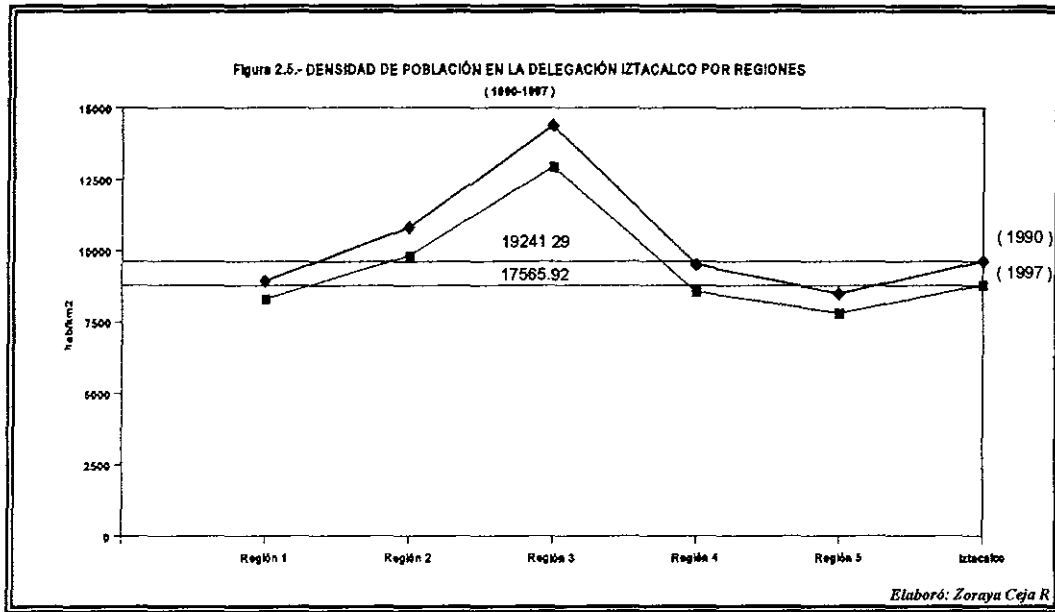
Población:

Para 1990 la región contaba con una población de 61,639 habitantes (la cual se integra conforme a la figura 2.4), pero para 1997 esta cifra decrece hasta llegar a 57,300 habitantes. La densidad poblacional que resulta de este último dato es de 16,608.69 hab/km² (estando ligeramente por debajo de la densidad delegacional) ver figura 2.5.



Fuente : -INEGI, 1990 XI Censo de población y vivienda del Distrito Federal. Resultados definitivos por AGEB urbana

La región 1 corresponde a una área de responsabilidad habitada entre 1950 y 1960 (figura 2.6), por ello concentra una considerable población mayor de 65 años. Sin embargo, presenta en las familias de usuarios una posición media entre los Centros, de la población que se incorpora a la población económicamente activa; además de la mayor proporción de mujeres (seguida por el Centro Zozaya). Estos tres aspectos derivan en un índice de dependencia elevado (cuadro 2.3).



Fuente : -INEGI, 1990. XI Censo de población y vivienda del Distrito Federal, Resultados definitivos por AGEB urbana.
 -Jurisdicción Sanitaria Iztacalco, 1997. Datos de distribución de la población total por centro de salud

Cuadro 2.3.- ÍNDICE DE DEPENDENCIA

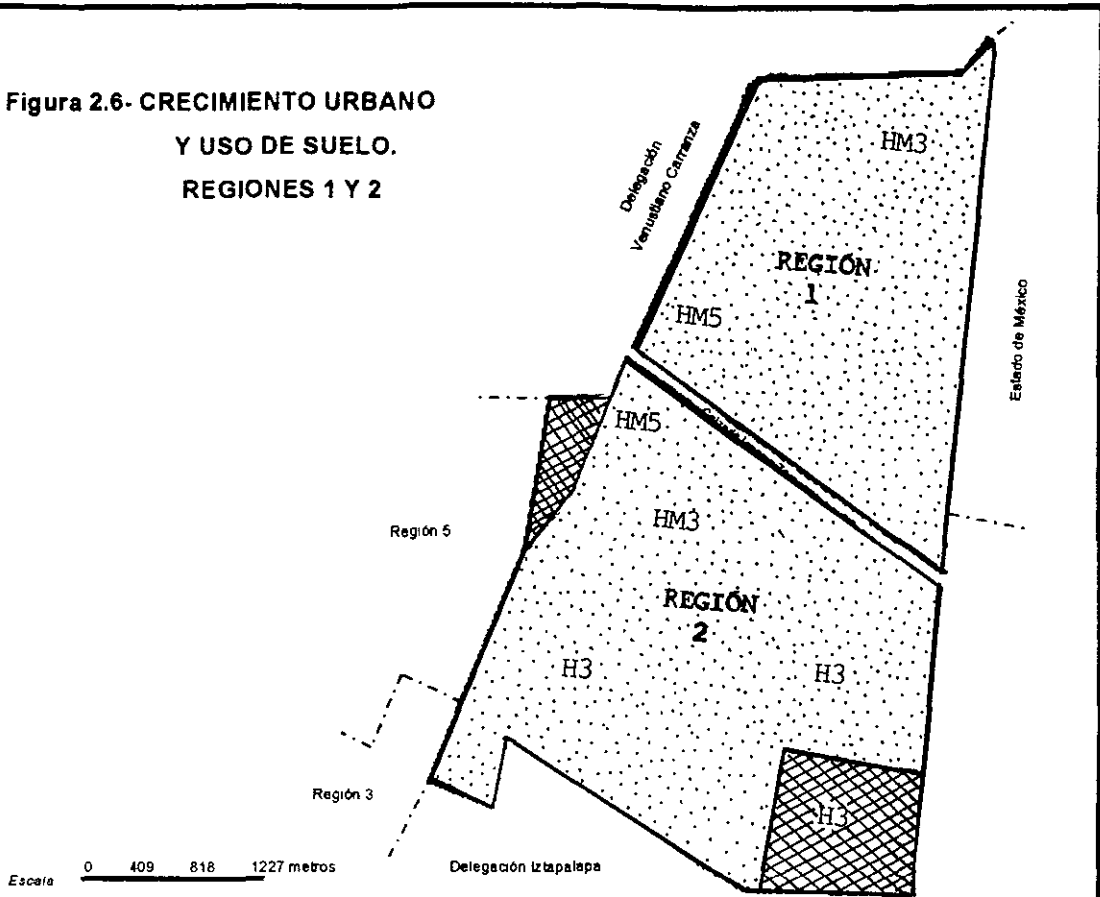
1990			1997		
Región	Según la fórmula de INEGI ^{a)}	Según Pob. des. / Pob. Oc.	Familias Usuarias de los Centros de Salud	Según la fórmula de INEGI	Según Pob. des. / Pob. Oc.
1	56.45	1.87	Dr. Luis Mazzoti Galindo	76.27	2.01
2	52.47	1.89	Dr. Manuel Pesqueira	56.88	1.97
3	56.62	1.94	Ramos Millán	69.41	1.94
4	48.80	1.79	2 de Octubre	73.59	2.04
5	50.98	1.76	Dr. José Zozaya	38.93	1.39
Iztacalco	52.50	1.83	Iztacalco	61.28	1.82

a) Índice de dependencia $\left[\frac{POB. 0-14 + POB. 65 \text{ y más}}{POB 15-64} \right] * 100$

Elaboró: Zoraya Ceja R.

Fuente - INEGI, 1990. XI Censo de población y vivienda del Distrito Federal, Resultados definitivos por AGEB urbana.
 - Ceja, 1997. Encuesta "Población Usuaria de Servicios de Salud"

**Figura 2.6- CRECIMIENTO URBANO
Y USO DE SUELO.
REGIONES 1 Y 2**



SIMBOLOGIA

Crecimiento Urbano



1950 - 1960



1960 - 1970

Uso de Suelo 1997



Habitacional

Zonas en las cuales predomina la habitación en forma individual o en conjunto de dos o más viviendas. Los usos complementarios son guarderías, jardín de niños, parques, canchas deportivas y casetas de vigilancia.



Habitacional Mixto

Zonas en las cuales podrán existir inmuebles destinados a vivienda, comercio, oficinas, servicios e industria no contaminante



Número de niveles

Número máximo de niveles de construcción permitidos, incluyendo planta baja.

Elaboró: Zoraya Ceja R.

Fuente -Unidad Estadística Urbana de la Subdelegación de obras y Subdesarrollo Urbano de la delegación Iztacalco, 1994 *Mapa de crecimiento urbano de la delegación Iztacalco.*

-Departamento del Distrito Federal 1997 *Plano de uso de suelo* (contenido en el Programa Delegacional de Desarrollo Urbano de la delegación Iztacalco)

En los Centros de mayor nivel de usuarios que no pertenecen a la delegación¹⁵: el Mazzoti (36.17%) y el 2 de Octubre (28.04%), tienen incrementos considerables de esta población dependiente de acuerdo con la fórmula de INEGI a niveles de casi el 20 % y 24%, respectivamente con relación a la dependencia de la población del área de responsabilidad.

Incrementos debidos a la presencia de usuarios al interior de cada área de responsabilidad con estructuras familiares distintas y menos favorables en comparación a las de los no asistentes; condiciones desfavorables que acentúan los usuarios de familias (con mayor número de niños y ancianos) provenientes de las otras delegaciones, la incorporación de estos últimos en el conjunto de usuarios en realidad marcan el área de influencia.

La elevada presencia de mujeres en las familias de usuarios por encima de la generalidad del área de responsabilidad (cuadro 2.4) se explica por el hecho de que las familias entre mejores condiciones tengan serán menos usuarias de los servicios públicos de salud, por lo que entre las familias numerosas (más presentes, donde hay menos asentamientos recientes: Mazzoti, Pesqueira y Zozaya) donde se concentra un mayor número de mujeres, los ingresos son, en lo general, menores que donde hay un mayor número de varones.

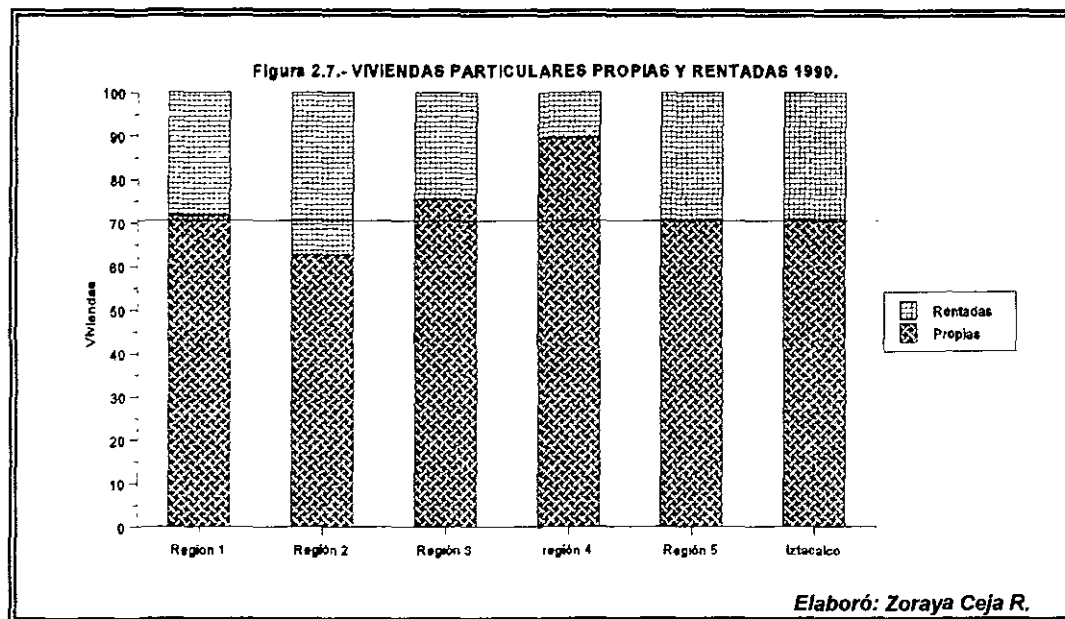
Cuadro 2.4.- ÍNDICE DE MASCULINIDAD			
1990		1997	
Regiones		Familias usuarias de los Centros de Salud	
1	95.19	Dr. Luis Mazzoti Galindo	77.78
2	92.60	Dr. Manuel Pesqueira	104.76
3	94.74	Ramos Millán	92.00
4	87.49	2 de Octubre	85.64
5	92.74	Dr. José Zozaya	85.24
iztaccalco	92.77	iztaccalco	87.73

Elaboró: Zoraya Ceja R.

Fuente . - INEGI, 1990 *XI Censo de población y vivienda del Distrito Federal. Resultados definitivos por AGEB urbana.*
 - Ceja, 1997 Encuesta "Población Usuaria de Servicios de Salud"

¹⁵ Este dato se obtiene de la encuesta " Población Usuaria de Servicios de Salud ", en la parte correspondiente a colonia de origen. En donde resulta que existen usuarios que residen en colonias que no pertenecen a la delegación Iztaccalco. Teniendo dentro de este rubro las proporciones siguientes para cada Centro de Salud. Mazzoti G. 36.17 %, Pesqueira 12.82 %, Ramos Millán 13.79 %, 2 de Octubre 28.04 % y Zozaya 14.86 %.

Las áreas de responsabilidad con mayor proporción de superficie destinada a asentamientos construidos hasta 1960, correspondientes al Centro Mazzoti y al Zozaya, presentan el menor número de ocupantes por vivienda, aunque en el caso del Pesqueira, este se incrementa por la mayor presencia de viviendas para renta que supera a los dos Centros mencionados (ver figura 2.7)



Fuente INEGI, 1990 XI Censo de población y vivienda del Distrito Federal, Resultados definitivos por AGEB urbana.

II.2.2 Características generales de la población en la región 5.

Localización de la zona de responsabilidad del Centro de Salud Dr. José Zozaya.

Se encuentra distribuida en su mayor parte en la zona Noroeste de la delegación, con una porción que penetra al Noreste y Sur de la delegación, colinda al Norte con las delegaciones Cuauhtémoc y Venustiano Carranza; al Sur con la delegación Iztapalapa, el eje 4 sur, con una fracción muy pequeña de la Avenida Ferrocarril Río Frío, con Prolongación Playa Erizo, con Juan Álvarez y Avenida Tezontle; al Este limita con Churubusco y Avenida Río Churubusco, y por último al Oeste con la delegación Benito Juárez.

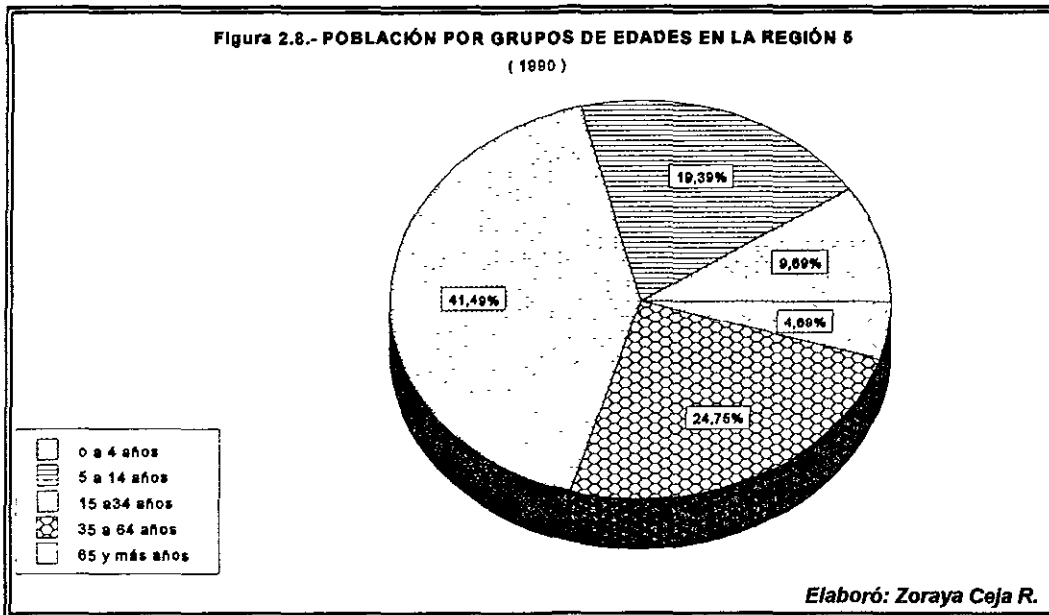
Superficie:

Esta región es la más extensa de las 5 regiones en que divide a la delegación la Regionalización Operativa de la SSA. Tiene un total aproximado de 10.75 km² que representa el 46.12 % de la superficie en

la Delegación.

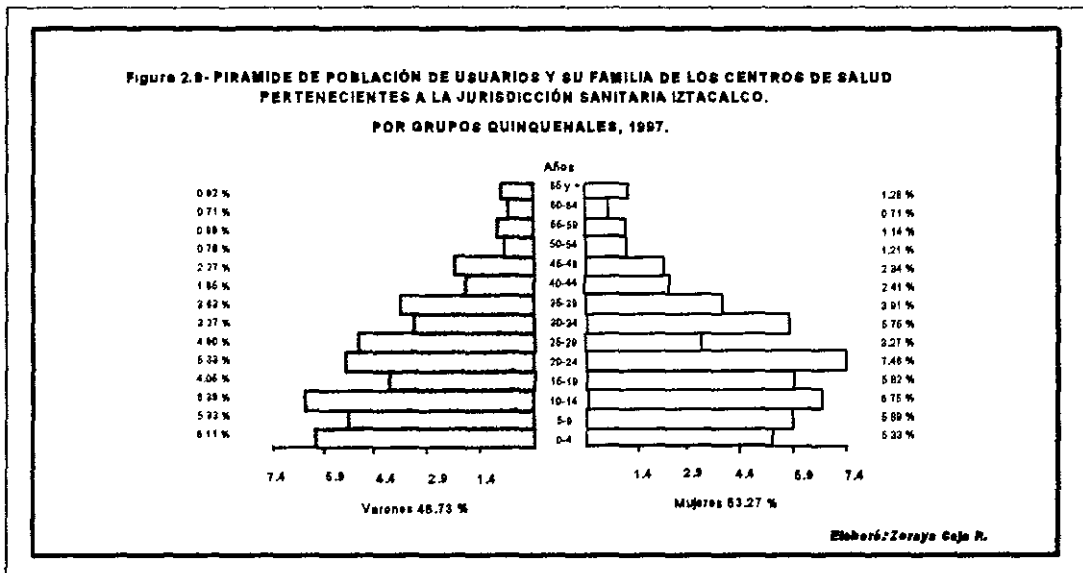
Población:

La región 5 es la más extensa y la más poblada de las cinco regiones, en 1990 tenía 182,833 habitantes (los cuales se integran conforme a la figura 2.8) y en 1997 esta cifra se ve modificada hasta llegar a 167,807 habitantes, no obstante lo anterior es la menos densamente poblada ya que tiene un promedio de 15,609.95 hab/km² (un 11.13 % por debajo del promedio delegacional).

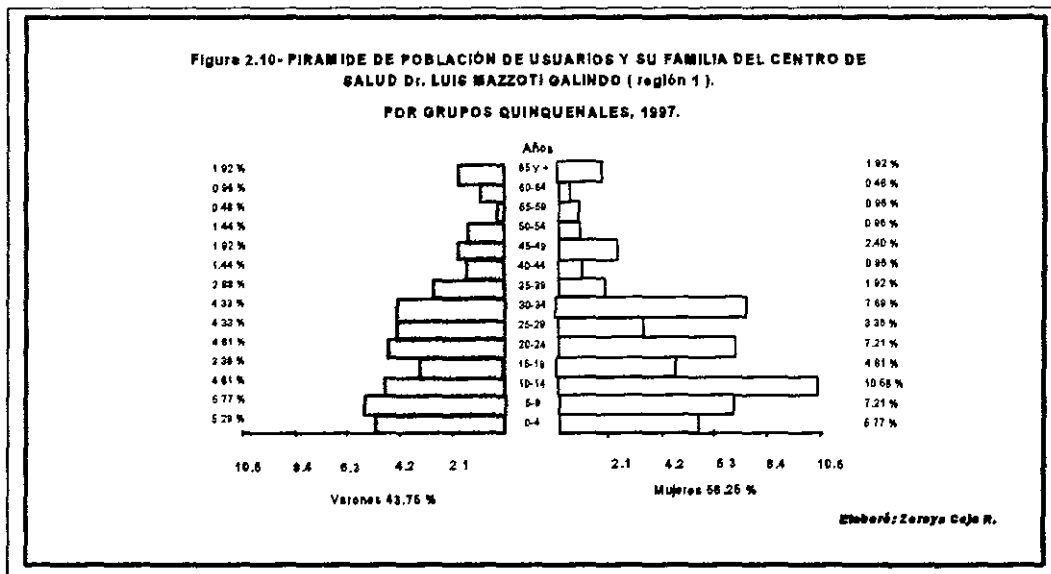


Fuente: INEGI, 1990 XI Censo General de Población y Vivienda. Distrito Federal, resultados definitivos por AGEB urbana.

El Centro Zozaya, distribuye su población en edades mayores, pero a diferencia del Mazzoti, en mayor cantidad en las edades que van de los 55 a los 64 años (figuras 2.9, 2.10, 2.11). Debido a que los asentamientos en su creación corresponden a una gran variedad de años (ver figura 2.12), esto contribuye a diversificar las edades de los residentes.

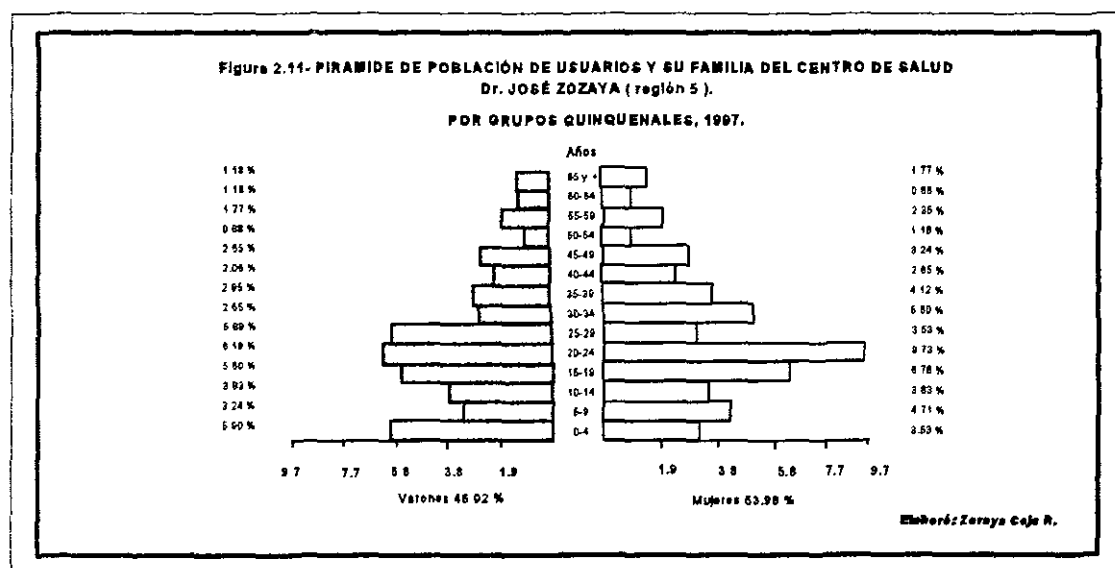


Fuente: Ceja, 1997. Encuesta " Población Usuaria de Servicios de Salud.



Fuente: Ceja, 1997. Encuesta " Población Usuaria de Servicios de Salud.

La familia de los usuarios del Centro Zozaya presentan a la mayor proporción de la población que se incorpora como fuerza de trabajo (figura 2.11, véase el grupo de 20-24 años) a diferencia de los otros Centros; por lo que deriva en el menor índice de dependencia entre los usuarios.



Fuente: Ceja, 1997, Encuesta " Población Usuaria de Servicios de Salud "

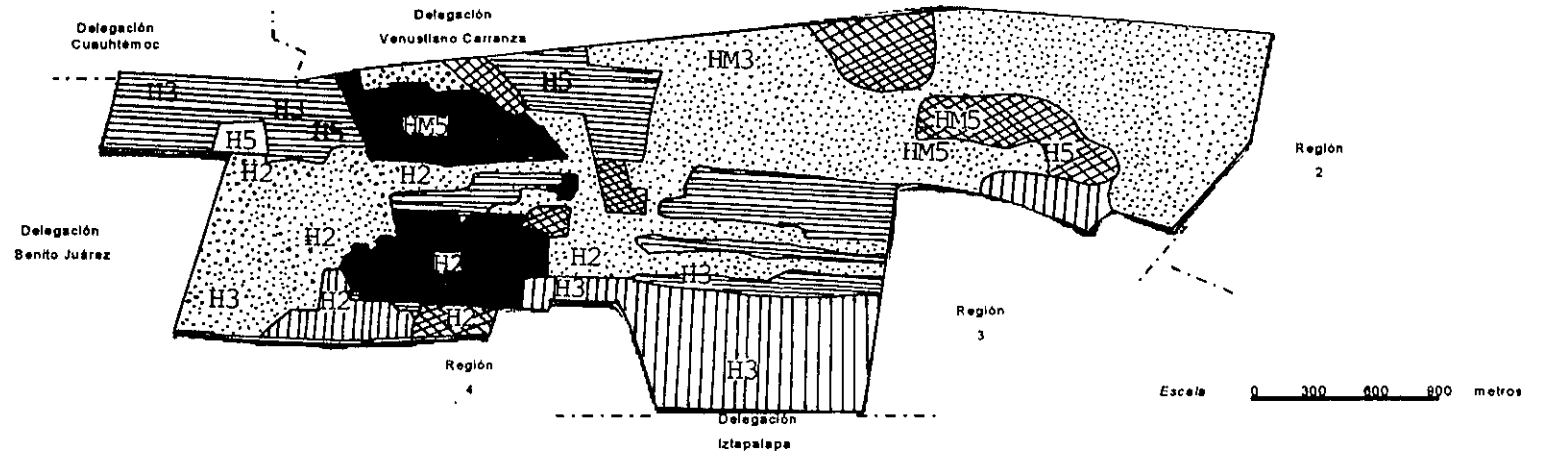
Al ser la población de edades más avanzadas entre los Centros, presenta una fuerte proporción de mujeres entre sus familias usuarias, estas tienden a ser de menor ingreso.

En esta área se encuentran los asentamientos más antiguos de la delegación Iztacalco; no obstante, la mayor parte de su superficie esta formada por asentamientos humanos entre 1940-1960, sobre superficies ejidales y de desecación del lago de Texcoco, relativamente amplias (comparadas con las actuales) y de bajo costo.

Situación similar se presenta para las regiones de los Centros Mazzoti y Pesqueira entre 1950 y 1960. Por lo tanto, los niveles de ingreso no difieren mucho por asentarse en el mismo proceso económico, siendo poco más elevado el ingreso en el Zozaya y menor en el área del Centro Mazzoti (cuadro 2.5).

Figura 2.12- CRECIMIENTO URBANO Y USO DE SUELO

REGIÓN 5



SIMBOLOGÍA

Crecimiento Urbano

	Antes de 1940
	1940 - 1950
	1950 - 1960
	1960 - 1970
	1970 - 1980
	1980 - 1990

Uso de Suelo 1997

	H Habitacional Zonas en las cuales predomina la habitación en forma individual o en conjunto de dos o más viviendas. Los usos complementarios son guarderías, jardín de niños, parques, canchas deportivas y casetas de vigilancia.
	HM Habitacional Mixto Zonas en las cuales podrán existir inmuebles destinados a vivienda, comercio, oficinas, servicios e industria no contaminante.
	2 Número de niveles Número máximo de niveles de construcción permitidos, incluyendo planta baja.

Elaboró: Zoraya Ceja R.

Fuente -Unidad Estadística Urbana de la subdelegación de Obras y Subdesarrollo Urbano de la delegación Iztacalco. 1994. *Mapa de crecimiento urbano de la delegación Iztacalco*.
-Departamento del Distrito Federal, 1997. *Plano de uso de suelo* (contenido) en el Programa Delegacional de Desarrollo Urbano de la delegación Iztacalco.

Cuadro 2.5.- POBLACIÓN OCUPADA POR NIVELES DE INGRESO 1990										
Ingreso Mensual en Salarios Mínimos	% Población por Región					% Población por Región respecto a la Delegación Iztacalco				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Con menos de 1	19.01	19.37	22.40	19.18	18.73	2.58	4.78	2.41	1.78	7.82
Entre 1 y 2	47.03	46.53	50.22	36.53	45.98	6.38	11.47	5.40	3.38	19.21
Con más de 2 y hasta 5	27.86	28.80	23.42	29.31	27.64	3.78	7.10	2.52	2.71	11.54
Con más de 5	6.10	5.29	3.95	14.97	7.66	0.83	1.30	0.42	1.39	3.20

Elaboró: Zoraya Ceja R.

Fuente: INEGI, 1990 XI Censo General de Población y Vivienda. Distrito Federal, resultados definitivos por AGEB urbana.

II.2.3- Características generales de la población en la región 2

Localización del área de responsabilidad del Centro de Salud Dr. Manuel Pesqueira.

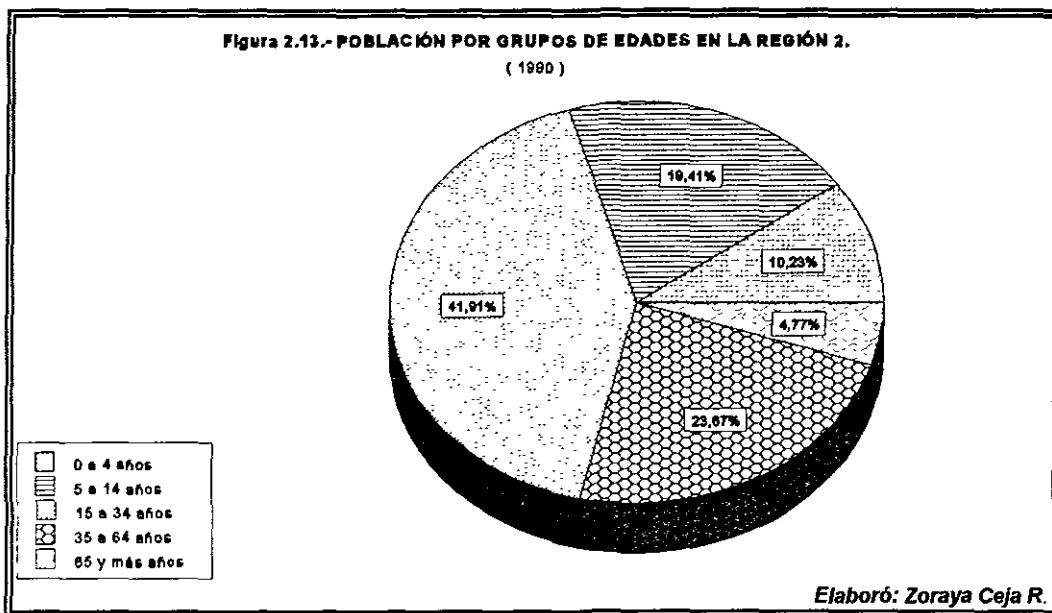
Esta región se ubica en la parte Noreste y Sureste de la delegación Iztacalco, limitando al Norte con la Calzada Ignacio Zaragoza; al Sur y al Este con la delegación Iztapalapa, y al Oeste con la Avenida Churubusco (figura 2.3).

Superficie:

La superficie de esta región está compuesta por 5.21 km² aproximadamente, teniendo una parte proporcional a la delegación equivalente al 22.37 %, lo que la pone en la segunda posición de las regiones, en cuanto a superficie se refiere.

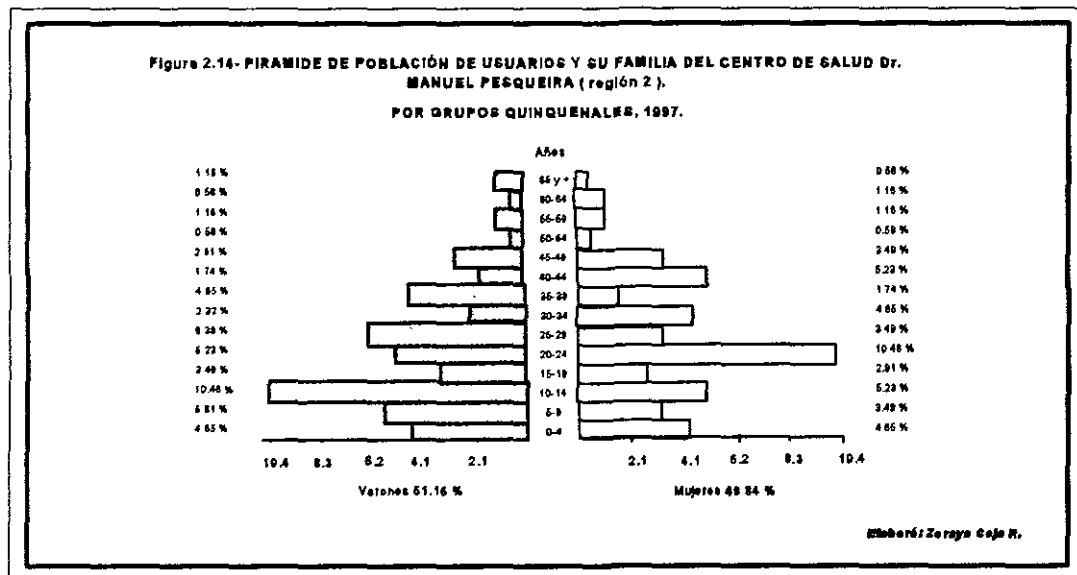
Población:

En la región anterior, el número de personas se ve disminuido de 1990 a 1997 y esta zona no es la excepción, ya que para el primer año mencionado, la población era de 112,811 personas (la cual se integra conforme a la figura 2.13) mientras que para el segundo año, la población se encuentra conformada por 102,322 personas. Alcanzando una densidad poblacional de 19,639.54 hab/km² (superior al promedio delegacional).

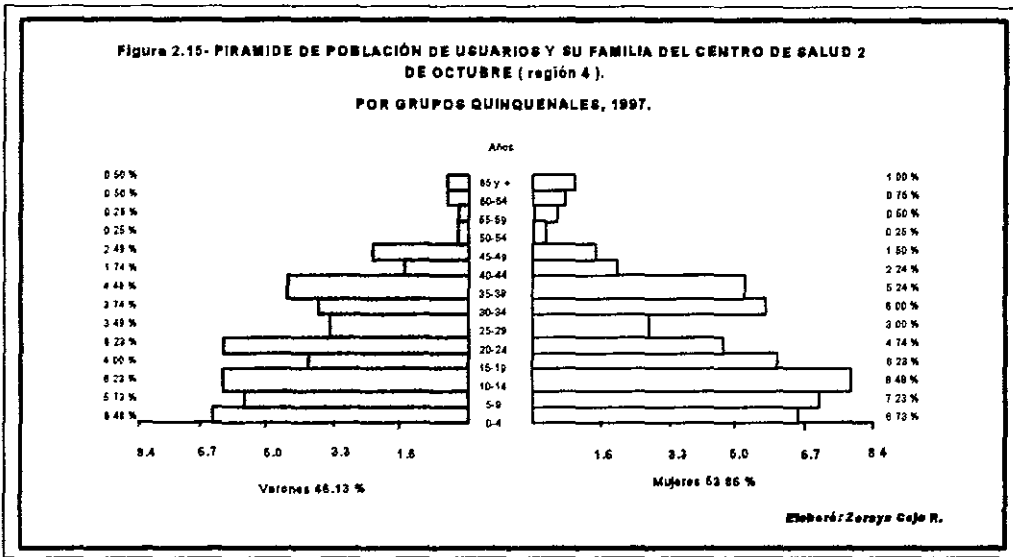


Fuente: INEGI, 1990. XI Censo General de Población y Vivienda. Distrito Federal, resultados definitivos por AGEB urbana, 1990.

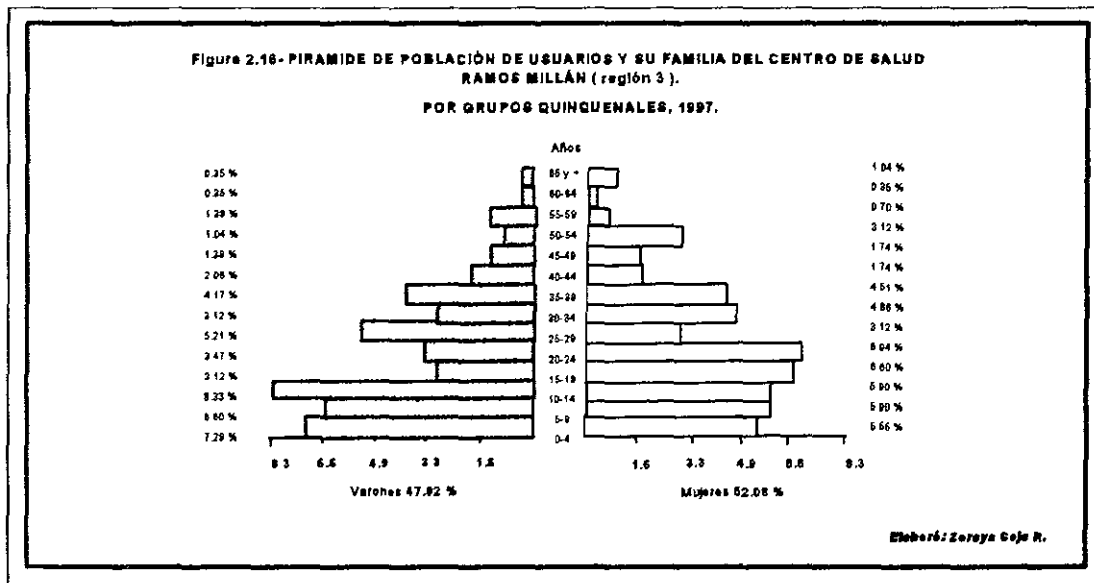
El Centro Pesqueira presenta una proporción intermedia de población en edades mayores a los 55 años (ver figuras 2.14, 2.15 y 2.16), ya que, al igual que el Centro Mazzoti, los adquirentes son adultos en ese momento (1950-1960, predominantemente).



Fuente: Ceja, 1997. Encuesta " Población Usuaría de Servicios de Salud.



Fuente: Ceja, 1997. Encuesta "Población Usuaria de Servicios de Salud."



Fuente: Ceja, 1997. Encuesta "Población Usuaria de Servicios de Salud."

El área de responsabilidad tiene una mayor presencia de mujeres que las familias usuarias del Centro, a causa de, que al menor número de población mayor corresponde una menor presencia de mujeres; también presenta una elevada población que se incorpora como fuerza de trabajo, lo que supone una reducción del índice de dependencia, que no se da, porque hay una fuerte presencia de menores de 14-10 años aunado al desempleo; así, la elevada población joven se asocia a una mayor población masculina; se contrarresta el efecto de la alta presencia de adolescentes por la migración joven activa que sustituye a la gente mayor (a la vez que densifica la ocupación de las casas) y contribuye a que sean las familias usuarias con el menor número de miembros (cuadro 2.6); este hecho asociado al tamaño aceptable de las viviendas originales, si se asocia a patrones culturales que favorecen a los hijos varones; esto trae una mayor salida de las hermanas de la casa de los padres, que se reemplaza en menor proporción por mujeres que llegan en edades reproductivas a formar familias con algunos de sus hermanos, lo que atenúa el ligero predominio natural de las mujeres en dichas edades.

Cuadro 2.6.- PROMEDIO DE RESIDENTES POR VIVIENDA			
Promedio de habitantes por vivienda 1990		Promedio de integrantes de las familias usuarias de los Centros de Salud 1997	
Regiones		Centros de Salud	
1	4.64	Dr. Luis Mazzoti	4.70
2	4.81	Dr. Manuel Pesqueira	4.30
3	5.15	Ramos Millán	4.80
4	4.90	2 de Octubre	4.90
5	4.68	Dr. José Zozaya	4.39
Iztacalco	4.78	Iztacalco	4.62

Elaboró: Zoraya Ceja R.

Fuente: - INEGI, 1990. XI Censo General de Población y Vivienda. Distrito Federal, resultados definitivos por AGEB urbana, 1990.
 - Ceja, 1997. Encuesta " Población Usuaria de Servicios de Salud ".

II.2.4 - Características generales de la población en la región 4

Localización del área de responsabilidad correspondiente al Centro de Salud 2 de Octubre.

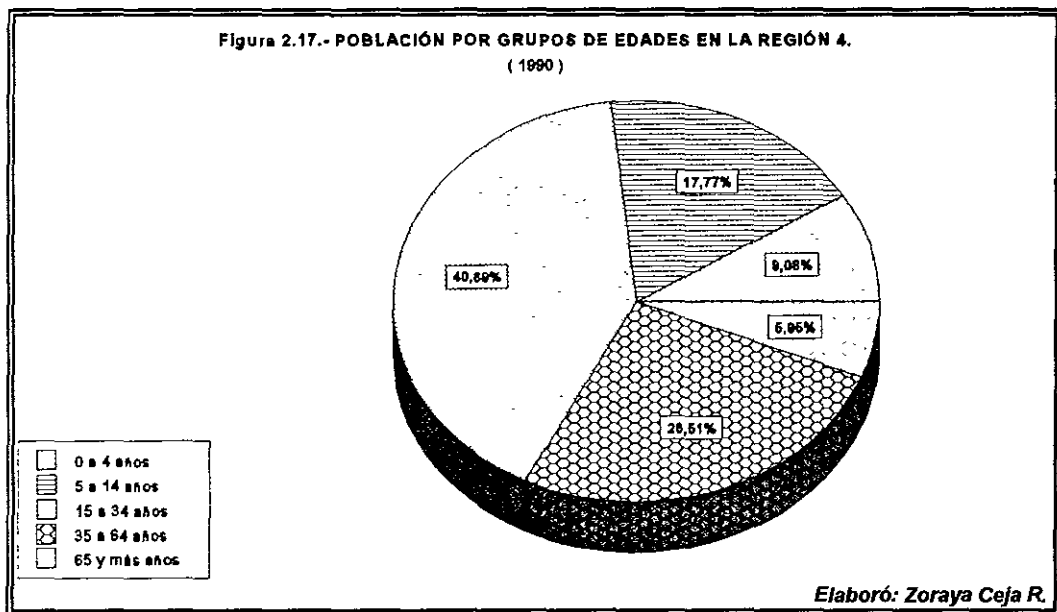
Se localiza en la parte Suroeste de la delegación. Limita al Norte con Prolongación Playa Erizo, Juan Alvarez y Avenida Tezontle; al Sur con la delegación Iztapalapa; al Este con el eje 3 oriente, y al oeste con la delegación Benito Juárez.

Superficie:

La extensión territorial de esta región es de aproximadamente 2.15 km². Y tiene un equivalente al 9.21 % de superficie delegacional. De tal forma que ocupa el 4 sitio en este rubro.

Población:

La población de esta zona era de 40,945 habitantes en 1990 (los cuales se distribuyen conforme a la figura 2.17) y de 36,836 para 1997, por lo que su densidad poblacional es de 17,133.02 hab/km² (solo un poco más baja que la densidad delegacional).



Fuente: INEGI, 1990. XI Censo General de Población y Vivienda. Distrito Federal, resultados definitivos por AGEB urbana.

En cuanto al ingreso individual de la población ocupada en 1990 por área de responsabilidad en orden decreciente se encuentran el Centro Zozaya, el Pesqueira, el 2 de Octubre, el Mazzoti y el Ramos Millán (cuadro 2.5).

Por familias de usuarios los del Centro Ramos Millán tienen un mayor ingreso que el Mazzoti, debido a la fuerte presencia de usuarios provenientes de Netzahualcóyotl que observa este último Centro.

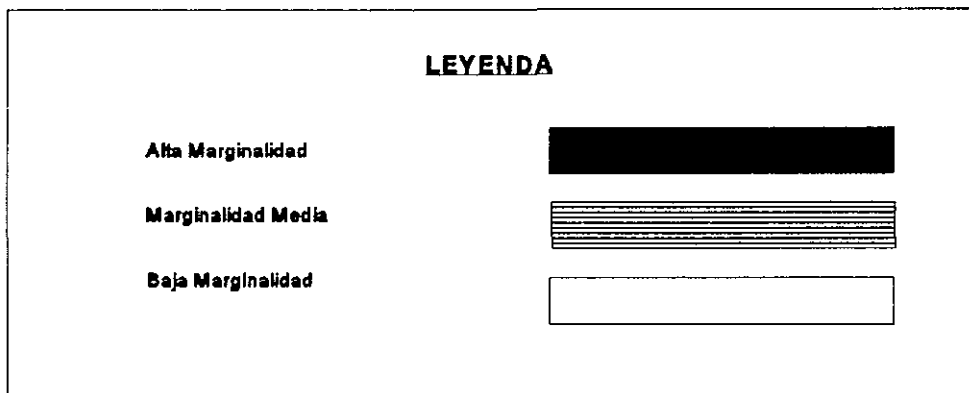
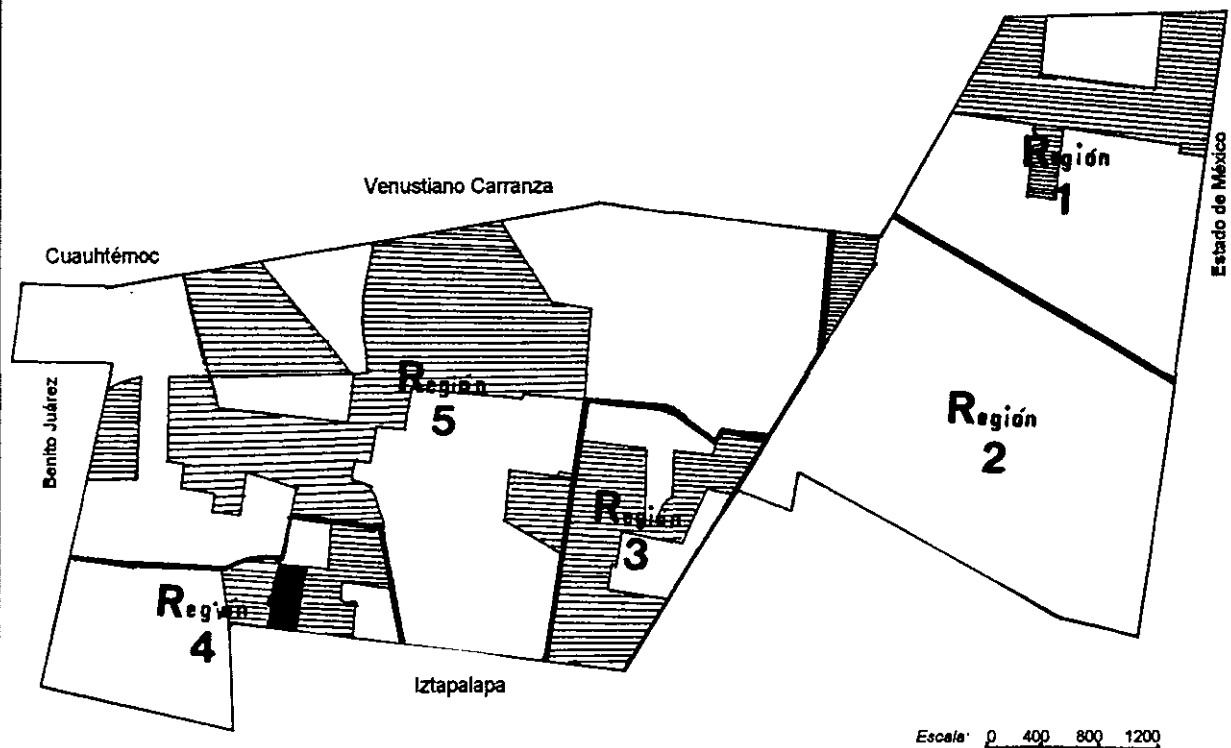
Por áreas de responsabilidad, el Centro 2 de Octubre presenta mejores ingresos que el Ramos Millán, sin embargo, su distribución es dicotómica, siendo favorable hacia la parte oeste donde se concentran los ingresos más altos y menos favorable hacia el este donde concentra básicamente a su población usuaria, (ver figura 2.18) seguida por la que se ubica hacia el sur fuera de la delegación; por lo que las familias usuarias presentan el menor ingreso percapita de todos (ver cuadro 2.7).

A la vez que son las más numerosas en miembros y las que tienen menos población en edad avanzada, pero cuentan con la mayor población infantil y adolescente, lo que los lleva a un elevado índice de dependencia, y al mayor promedio de habitantes por vivienda después del Ramos Millán, ambos aspectos le ubican con el menor número de viviendas para renta (10.58 %).

Cuadro 2.7.- INGRESO PROMEDIO 1997		
Centros de Salud	Familiar diario	Percapita
Dr. José Zozaya	\$ 93.87	\$21.41
Ramos Millán	\$87.08	\$18.14
Dr. Luis Mazzoti Galindo	\$83.84	\$17.84
2 de Octubre	\$83.28	\$17.00
Dr. Manuel Pesqueira	\$80.21	\$18.65
Iztacalco	\$85.66	\$18.61

Elaboró: Zoraya Ceja R.

Figura 2.18.- MARGINALIDAD EN LA DELEGACIÓN IZTACALCO



Elaboró: Zoraya Ceja R.

II.2.5- Características generales de la población en la región 3

Localización del área de responsabilidad correspondiente al Centro de Salud Ramos Millán.

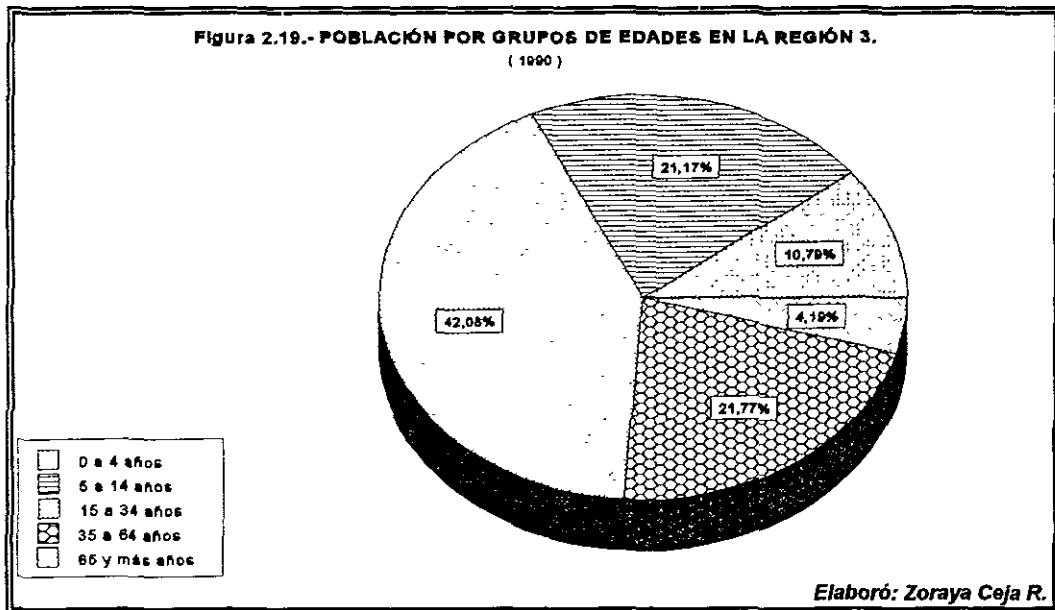
Ubicada en la zona Sureste de la delegación Iztacalco. Colinda al Norte en su mayor parte con el eje 4 sur y en menor proporción con la Avenida Ferrocarril Río Frío; al Sur y al Este con la delegación Iztapalapa, y al Oeste con la Avenida Río Churubusco.

Superficie:

Esta región ocupa el quinto sitio en cuanto a superficie se refiere ya que le pertenecen únicamente 1.74 km² aproximadamente. Lo que representa el 7.46 % de la extensión total en la delegación.

Población:

En 1990 la población ascendía a 50,094 habitantes (los cuales se estructuran conforme a la figura 2.19) de los cuales el 48.65 % correspondía al sexo masculino y el 51.35 % al sexo femenino. Para 1997 la población disminuye a 45,021 habitantes, dando como resultado una densidad poblacional de 25,874.14 hab/km² (un 47.30 % por arriba de la densidad delegacional).



Fuente: INEGI, 1990. XI Censo General de Población y Vivienda Distrito Federal, resultados definitivos por AGEB urbana.

El Centro Ramos Millán tiene características similares a las del 2 de Octubre en cuanto al área de responsabilidad. Entre sus diferencias, están que cerca de la mitad de su superficie surge como asentamiento

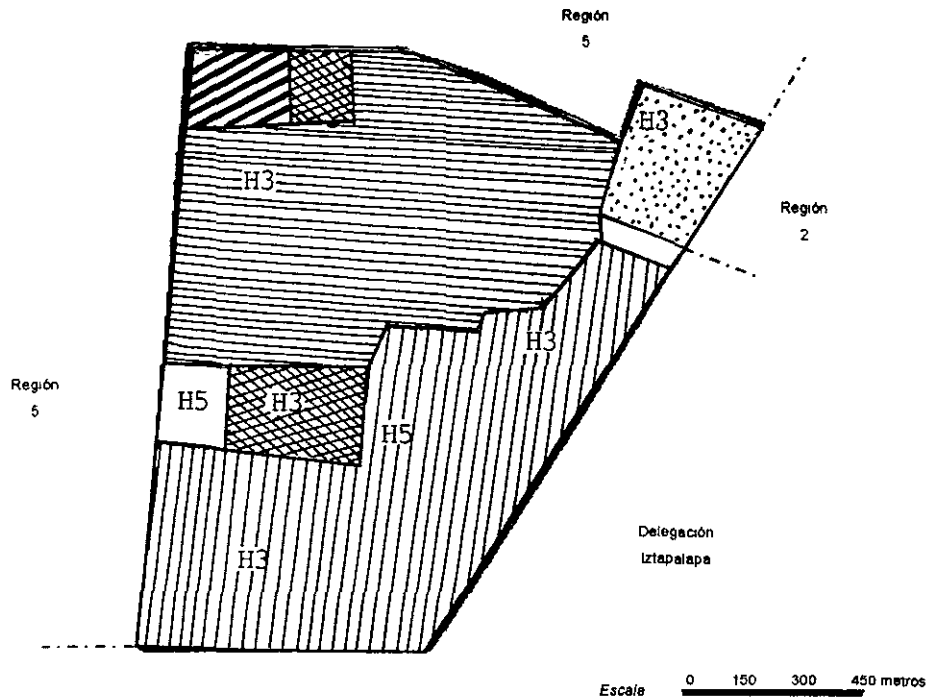
entre 1970 y 1995, dentro del predominio de periodos de estabilidad y deterioro económico (figura 2.20), por tan sólo 12 % entre 1970 y 1980 del área correspondiente al 2 de Octubre (figura 2.21), por lo que las condiciones adversas para la consolidación del lugar y sus residentes, en general, son mayores, para los del área de responsabilidad del Centro Ramos Millán. En contraposición las familias usuarias son de condiciones estables, con ingreso medio entre los Centros de Salud.

La superficie original destinada a las viviendas, se torna más reducida porque existe una densificación de los predios originales, más la presencia reducida de departamentos. Las viviendas (en el Censo de 1990) destinadas a la renta llegan al 24.56 % mayor al 2 de Octubre si se considera el menor espacio destinado a ello en los asentamientos previos a 1970.

Entre las familias usuarias del Centro, su nivel de población en edades mayores y de población infantil y adolescente, lo colocan en un índice de dependencia intermedio (conforme a la definición de INEGI) con los niveles de salario individual más bajo que se fortalecen por lo numeroso de los miembros del hogar que a nivel familiar reporta un ingreso medio entre los Centros (refiriéndose a las familias usuarias), por lo que aunque restringido, no se descarta la extensión de las familias con gente en edades productivas.

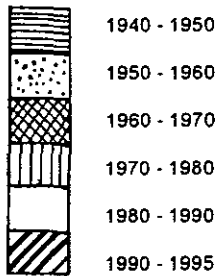
Las familias usuarias del Centro Ramos Millán presentan uno de los menores índices de dependencia, combinado con una baja disponibilidad productiva que dan un equilibrio entre las consultas externas y la población de responsabilidad; debido a su especialización de facto en el otorgamiento de certificados médicos, consultas dentales e infecciones agudas de las vías respiratorias superiores. Por que su bajo índice de dependencia económica permite que se distribuyan usuarios reales hacia el Zozaya, desplazamiento favorecido también por el menor nivel de los servicios; usuarios que se substituyen por los provenientes de Iztapalapa, principalmente.

**Figura 2.20- CRECIMIENTO URBANO Y USO DE SUELO
REGIÓN 3**





SIMBOLOGÍA

Crecimiento Urbano



Uso de Suelo 1997

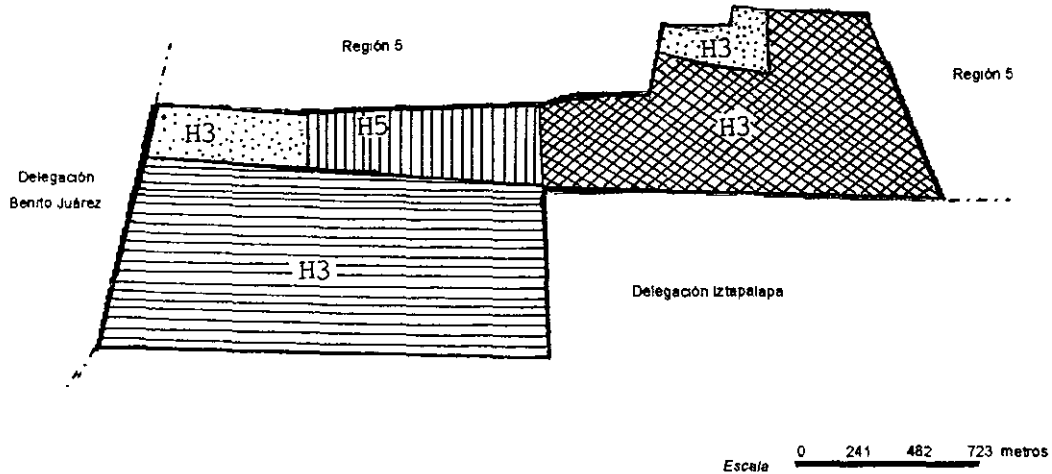
- | | |
|--|----------------------------|
|  | H Habitacional |
| Zonas en las cuales predomina la habitación en forma individual o en conjunto de dos o más viviendas. Los usos complementarios son guarderías, jardín de niños, parques, canchas deportivas y casetas de vigilancia. | |
|  | 3 Número de niveles |
| Número máximo de niveles de construcción permitidos, incluyendo planta baja. | |

Elaboró: Zoraya Ceja R.

Fuente: -Unidad Estadística Urbana de la Subdelegación de obras y Subdesarrollo Urbano de la delegación Iztacalco, 1994 Mapa de crecimiento urbano de la delegación Iztacalco.

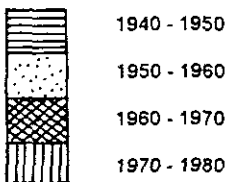
-Departamento del Distrito Federal 1997 Plano de uso de suelo (contenido en el Programa Delegacional de Desarrollo Urbano de la delegación Iztacalco)

**Figura 2.21- CRECIMIENTO URBANO Y USO DE SUELO
REGIÓN 4**





SIMBOLOGIA

Crecimiento Urbano



Uso de Suelo 1997

- | | |
|--|----------------------------|
|  | H Habitacional |
| Zonas en las cuales predomina la habitación en forma individual o en conjunto de dos o más viviendas. Los usos complementarios son guarderías, jardín de niños, parques, canchas deportivas y casetas de vigilancia. | |
|  | 3 Número de niveles |
| Número máximo de niveles de construcción permitidos, incluyendo planta baja. | |

Elaboró: Zoraya Caja R.

Fuente: -Unidad Estadística Urbana de la Subdelegación de obras y Subdesarrollo Urbano de la delegación Iztacalco, 1994 Mapa de crecimiento urbano de la delegación Iztacalco.

-Departamento del Distrito Federal 1997 Plano de uso de suelo (contenido en el Programa Delegacional de Desarrollo Urbano de la delegación Iztacalco)

CAPITULO 3

DISPONIBILIDAD, ACCESIBILIDAD Y UTILIZACIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA DELEGACION IZTACALCO.

Para llevar a cabo la medición de la accesibilidad en los Centros de Salud de la delegación Iztacalco se hizo necesario mediante muestreo el levantamiento de una encuesta (a la que se denominó "Población Usaria de Servicios de Salud"). Misma que se efectuó a la población que realmente utiliza los servicios de salud ubicados en esta delegación sean o no residentes de la misma, la cual incluye información referente a las tres categorías generales de obstáculos y poder de utilización (de localización, financieros y organizacionales).

III.1 La muestra.

Diseño de la Muestra

La población de estudio son las personas que utilizan los servicios de los Centros de Salud de la S.S.A. ubicados en la delegación Iztacalco y sus familias sean o no residentes de la misma. En el periodo comprendido entre el 14 de Julio al 3 de octubre de 1997.

El objeto o elemento bajo estudio es la persona que utiliza los servicios de los Centros de Salud en la delegación Iztacalco o familiar de esta.

La muestra se compone por el conjunto de usuarios y sus familiares obtenidos mediante encuesta durante una semana (lunes a viernes) por cada Centro de Salud.

Condiciones:

- El horario de encuesta se sujeta al intervalo de tiempo en que salen del Centro los usuarios. Es decir, que aunque existan horarios de servicio, no necesariamente los usuarios van a llegar cuando se abran los Centros de Salud, ni el último usuario va a salir cuando se cierran. A veces se termina de dar consulta a los usuarios, sin que por ello haya terminado el horario de servicio. Por otro lado, al ser diferentes los motivos de utilización, y a su vez, distintas las personas y el número de consultorios que ofrecen los servicios; el periodo de atención varía, por lo que en ocasiones pueden pasar 5, 10, 20 o más minutos para que salgan los usuarios del Centro.

- Se encuestó a quienes han utilizado cualquiera de los servicios del Centro de Salud, preferentemente a la salida, salvo que hubiese disposición de la persona para contestar antes.

Cuando el usuario no esta en condiciones de contestar se acepta que lo haga el acompañante; o acompañantes en los aspectos relacionados con la familia.

- El tiempo que dura la encuesta se determina por la disposición de la gente para contestar.

- No repetir la encuesta al mismo usuario o a otro usuario de la familia en diferente día; sin importar que el servicio utilizado sea distinto.

Como limitante se tuvo una capacidad de entrevista estable (1 persona) ante la distinta intensidad en la salida de los usuarios.

La encuesta se efectuó en los 5 Centros de Salud que conforman la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco. Correspondiendo al Centro Dr. J. Zozaya ser el primero en encuestar; esta decisión se tomo a partir del hecho de que esta unidad es la más antigua, tiene más variedad de servicios y comparte instalaciones con la Jurisdicción Sanitaria de tal forma de que en caso de tener algún inconveniente¹⁶, poder recurrir a ella. Ya que si bien se tenía idea de lo que se iba a hacer en teoría, en la práctica casi siempre surgen aspectos que no se tienen contemplados, máxime en un caso como éste en el que no existen muchos trabajos al respecto, o que de haberlos, no hacen tanto incapié en el método utilizado y sus porqués. Además, esto sirvió para que de una u otra manera se dieran cuenta en la Jurisdicción la forma en que se iba a desarrollar el trabajo y en el momento de acudir a los otros Centros a realizar la encuesta ya se tuviera un antecedente que facilitará el desarrollo de la misma.

Después, durante y al finalizar de aplicar la encuesta en el Centro de Salud Zozaya, se observó que gran parte de los usuarios provenían de la colonia Ramos Millán y también del Centro Ramos Millán (en algunos casos por carecer este de servicio de análisis clínicos y de rayos X), por tanto, que tenían cierta conexión entre uno y otro, así que se tomó la decisión de que fuera este el segundo Centro en aplicar la encuesta. A esta decisión, se aunó también el hecho de que en este periodo existe un predominio de consultas para sacar certificados médicos por lo que habría más gente que en otros periodos del año, aspecto que permitiría encuestar no sólo a usuarios frecuentes y regulares, sino también identificar usuarios que bajo otras condiciones no acudirían a este Centro, aún teniendo las características de la población abierta.

¹⁶ Ya sea con las personas encuestadas o con las personas que laboran en el Centro, con estas últimas problemas principalmente referentes al permiso de estar encuestando a los usuarios o al recelo que muestran por el tipo de preguntas dirigidas a los usuarios, que en algunos casos coinciden con otras hechas en encuestas de la misma Secretaría de Salud para evaluar la calidad del servicio, con las cuales mucho del personal no esta de acuerdo en que se lleven a cabo.

El tercer Centro en el que se levantó la encuesta fue el 2 de Octubre, Centro que se localiza más o menos en la misma zona que los dos anteriores.

Al finalizar con este Centro, aún quedaba por ver cual de los dos Centros restantes, sería el siguiente.

Pues bien, el flujo de los usuarios en el Centro 2 de Octubre permitió que la jornada de trabajo se extendiera en relación a la de los dos Centros anteriores, resultando ser un tanto extenuante (debe de considerarse que todas las encuestas fueron realizadas por una sola persona) y con el fin de evitar que pudiera surgir algún tipo de tedio, aún cuando entre cada periodo de encuesta se dejara pasar una semana. Se eligió el Centro de Salud Mazzoti como el penúltimo en encuestar, ya que este centro cuenta con menos servicios que el Pesqueira, menor población usuaria y además de estar menos familiarizada con esta zona.

Por último se realizó la encuesta en el Centro de Salud Pesqueira .

La encuesta

Como ya se mencionó, la encuesta " Población Usuaría de Servicios de Salud " incluyó información referente a las tres categorías generales de obstáculos y poder de utilización, y fue la siguiente:

1 Parte

Destinada a compilar datos referentes a las características del servicio, tanto de modo cuantitativo como cualitativo.

Datos de identificación	
Región _____	No. de encuesta _____
Centro de Salud _____	Fecha _____
Ubicación del Centro de Salud _____	Hora _____

Datos generales	
Motivo de utilización _____	
Frecuencia de utilización _____	
Acude solo Sí No	No. de acompañantes _____

Factores de localización

- 1.- Colonia de origen _____
- 2.- Tiempo de transporte a la unidad de Salud _____
- 3.- Tipo de transporte utilizado para llegar a la unidad de Salud _____
- 4.- Costo de transporte _____

- 5.- Como considera la distancia al Centro de Salud corta regular larga

Factores financieros

- 6.- Costo de la consulta _____
- 7.- Costo de medicamentos _____
- 8.- Otros gastos _____

- Considera que lo que gasta en consulta y medicamentos es poco regular mucho

Factores Organizacionales

- 10.- Tiempo de espera para obtener una ficha _____
- 11.- Tiempo de espera para ser atendido _____
- 12.- Tiempo de atención o consulta _____

- 13.- Considera que el tiempo de espera para ser atendido es corto regular largo

- 14.- De no estar aquí que estaría haciendo _____

2 Parte

Destinada a obtener las características de las familias usuarias.

Datos de identificación

Región _____	Fecha _____
Centro de Salud _____	Hora _____
Ubicación del Centro de Salud _____	No. de encuesta _____

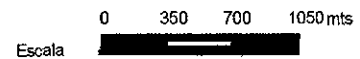
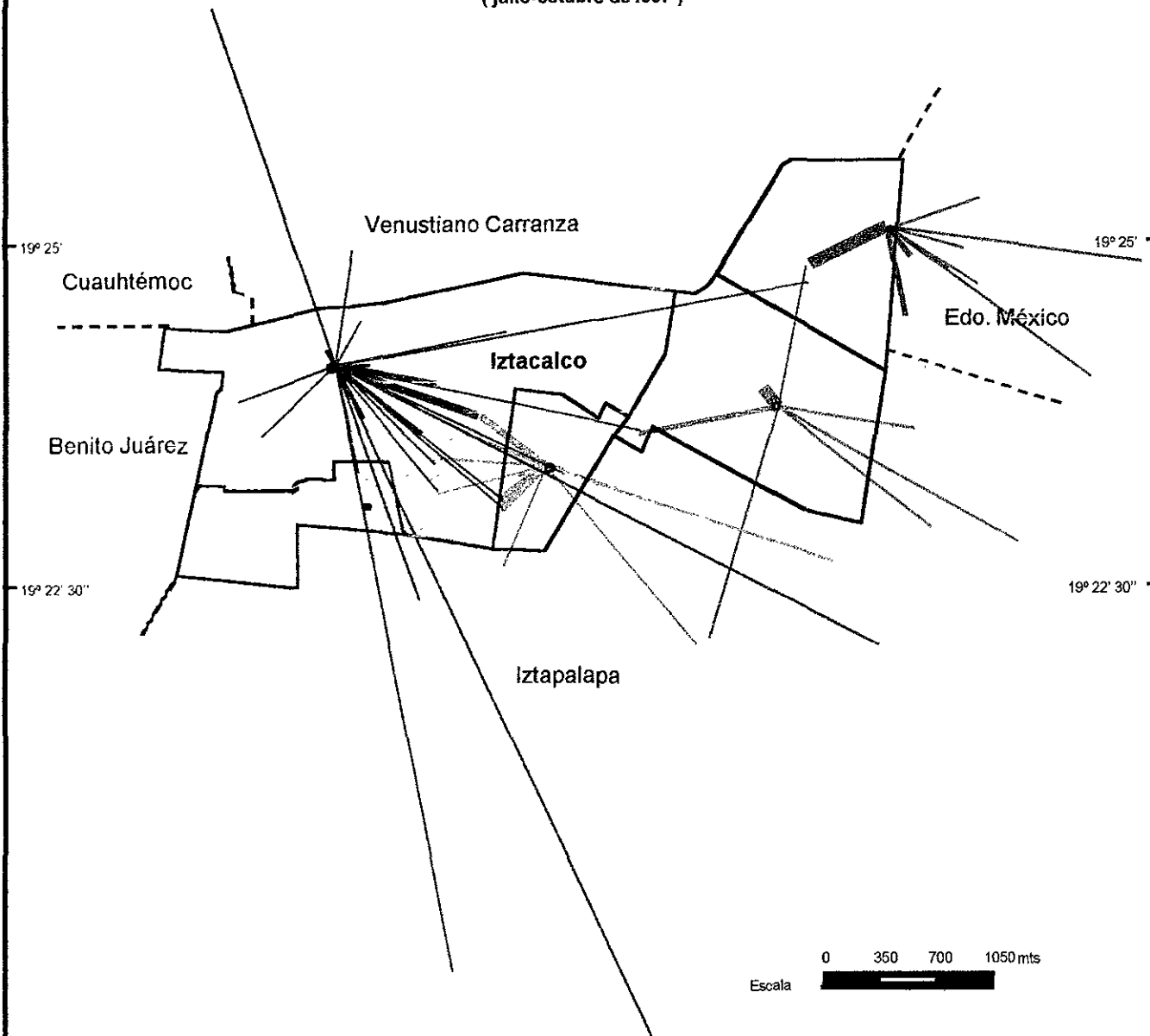
99° 07' 30"

99° 05'

98° 02' 30"

Figura 3.1.-TRAYECTORIA ORIGEN- DESTINO DE USUARIOS DE LOS CENTROS DE SALUD PERTENECIENTES A LA S.S.A. EN LA DELEGACIÓN IZTACALCO.

(julio-octubre de 1997)



SIMBOLOGIA

Centros de Salud

- José Zozaya
- M. Pesqueira
- L. Mazzoti G.
- 2 de octubre
- Ramos Millán

Porcentaje de usuarios por Centro

- 80 % - 75 %
- 40 % - 45 %
- 16 % - 25 %
- 6 % - 15 %
- 0 % - 5 %

Elaboraron: Zoraya Ceja R. e Israel Reyes P.

99° 07' 30"

99° 05'

98° 02' 30"

III.2 Disponibilidad productiva.

La disponibilidad se refiere a la presencia física de los recursos para la atención de la salud. Para su medición no existe un criterio universal (no obstante se maneje una idea general de que es lo que se debe de tomar en consideración), por lo que la mayoría de las veces su medición se orienta a criterio de quien la realiza y a la información de que pueda disponer. De tal forma que este trabajo no es la excepción. Al emplearse el concepto de la disponibilidad productiva que excluye a los recursos existentes no utilizados.

Se integra (a criterio) por la disponibilidad productiva de recursos humanos, de equipamiento y de infraestructura. Si se traduce esto a un lenguaje para su medición, se tiene que la *disponibilidad productiva* se obtiene de la suma ponderada de:

	Factor de ponderación
Disponibilidad productiva de recursos humanos	.45
Disponibilidad de equipamiento	.45
Disponibilidad de infraestructura	.1
	$\sum = 1$ (lo óptimo)

Se le da un valor igual a la disponibilidad de recursos humanos y a la de equipamiento, ya que una y otra se complementan. Los doctores, odontólogos, enfermeras, etc.; para llevar acabo su trabajo necesitan algo más que su mera presencia física, y ese algo más esta representado por el equipamiento y viceversa, de nada sirve tener el equipo si no se cuenta con el humano que haga función de este.

En cuanto a la ponderación de la disponibilidad por infraestructura, se le dió el valor de 0.1 porque no existe una diferencia marcada entre uno y otro Centro (todos tienen lo mismo, salvo el Centro Ramos Millán que carece de instalaciones de gas).

III.2.1 Disponibilidad por infraestructura

Esta engloba a las instalaciones eléctricas, agua entubada y drenaje entre otras (cuadro 3.2).

Cuadro 3.2 DISPONIBILIDAD POR INFRAESTRUCTURA					
Instalaciones	Centros de Salud				
	Dr José Zozaya	Dr. M. Pesqueira	Dr. L. Mazzoti G.	2 de Octubre	Ramos Millán
Agua entubada	X	X	X	X	X
Drenaje	X	X	X	X	X
Eléctricas	X	X	X	X	X
Gas	X	X	X	X	
Telefónicas	X	X	X	X	X
Valoración	1.0	1.0	1.0	1.0	0.8
<p>Todos se multiplican por (.1) su factor de ponderación.</p> <p style="text-align: right;"><i>Elaboró: Zoraya Ceja R.</i></p>					

Fuente: Jurisdicción Sanitana Iztacalco, 1997. Registro Nacional de Infraestructura para la Salud.

III.2.2 Disponibilidad por equipamiento

En ella se toman en cuenta materiales como sala de hidratación oral, laboratorio de análisis clínicos, rayos X, etc.

En la disponibilidad por equipamiento no se consideró a los consultorios (a pesar de que en el RENIS¹⁷ estos aparecen como equipamiento), ya que estos se consideran para estimar la disponibilidad productiva de recursos humanos, al igual, que en ésta disponibilidad se tomó a cierto personal para considerar el uso productivo del equipo. En ambos casos a criterio de la autora.

A cada equipo y material de la lista siguiente (cuadro 3.3) se le asignó un valor numérico referenciado a la existencia disponible o no, así como a la cantidad existente en otros Centros de la Jurisdicción Sanitaria, la valoración no es proporcional al número sino a criterio. La primera es 20.5, la valoración mínima, donde se asignó el valor " 1 " a todos los recursos materiales considerados, salvo el dental al cual se le dió 1.5 por ser el valor más común en los centros de salud, al poseer los consultorios de mayor ponderación; y la valoración a criterio, 24.5, es la más alta, resultado de la suma de la valoración máxima hecha de cada recurso material. El promedio de ambas da 22.5 equivalente al 100 % a $22.5 = 100 \%$.

¹⁷ Registro Nacional de Infraestructura para la Salud.

Sólo se considero el equipo en servicio, ya que el que se encuentra en existencia no es productivo.

La sumatoria del equipo en servicio ponderado (a criterio) de cada centro se divide entre 22.5 para obtener el valor proporcional de cada Centro que corresponde a su disponibilidad productiva de equipamiento.

Cuadro 3.3.-DISPONIBILIDAD POR EQUIPAMIENTO															
Recursos Materiales	Centros de Salud														
	Dr José Zozaya			Dr. M. Pesque.			Dr. Mazzoti G.			2 de Octubre			Ramos Millán		
	Exst.	Dispo	Valor	Exst.	Dispo	Valor	Exst.	Dispo	Valor	Exst.	Dispo	Valor	Exst.	Dispo	Valor
Sala de hidrat. oral	1	1	1.0	1	1	1.0	1	1	1.0	0	0	0.0	1	1	1.0
Lab. De análisis cl.	1	1	1.0	1	1	1.0	1	1	1.0	1	1	1.0	0	0	0.0
Peines de lab	9	9	3.0	5	5	2.0	2	2	1.0	3	3	1.5	0	0	0.0
Gabinete de radiol.	1	0	0.0	1	1	1.0	1	0	0.0	1	1	1.0	0	0	0.0
Equipo de rayos X	1	0	0.0	1	1	1.0	1	0	0.0	1	1	0.7	0	0	0.0
Unidad dental	3	3	1.5	3	3	1.5	2	2	1.0	2	2	1.0	3	3	1.5
Rayos X dental	1	1	1.0	1	1	1.0	1	1	1.0	1	1	1.0	0	0	0.0
Farmacia	1	1	1.0	1	1	1.0	1	1	1.0	1	1	1.0	1	1	1.0
Archivo clínico	1	1	1.0	1	1	1.0	1	1	1.0	0	0	0.0	0	0	0.0
Almacén	1	1	1.0	1	1	1.0	1	1	1.0	1	1	1.0	1	1	1.0
Refrg (red fría)	8	8	3.0	2	2	1.0	2	2	1.0	2	2	1.0	2	2	1.0
Autoclave	4	4	1.0	2	2	1.0	1	1	1.0	1	1	1.0	1	1	1.0
Otros vehiculos	1	1	1.0	1	1	1.0	0	0	0.0	1	1	1.0	0	0	0.0
Nutrición	1	1	1.0	1	1	1.0	0	.5*	0.5	0	.5	0.5	0	0	0.0
Trabajo Social	1	1	1.0	1	1	1.0	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0
Epidemiología**	1	1	1.0	0	.7	0.7	0	.7	0.7	0	.7	0.7	0	.7	0.7
Lab. Citología exf	1	1	1.0	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0
Mod Salud ment.	0	.9	0.9	1	1	1.0	0	.7	0.7	0	.8	0.8	0	0	0.0
Mod. Contra las adic	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0	1	1	1.0	0	0	0.0
Vac. antirrabica	0	1	1.0	0	1	1.0	0	1	1.0	0	0	0.0	0	1	1.0
Sumatoria	21.4			19.2			11.9			14.2			8.2		
Σ	21.4			19.2			11.9			14.2			8.2		
Promedio	22.5			22.5			22.5			22.5			22.5		
Proporción	0.95111			0.85333			0.52888			0.63111			0.36444		
* Cuando se tiene personal designado para cierta actividad y el centro no reporta el equipo necesario, se considera que dispone del asignado a otras actividades.															
** Epidemiología = 0.7 cuando hay 1 encargado															
Elaboró: Zoraya Ceja R.															

III.2.3 Disponibilidad productiva de recursos humanos

La disponibilidad productiva de recursos humanos se compone por el número de médicos generales, odontólogos, enfermeras, etc. Y se obtiene de lo siguiente:

Valoración de los recursos humanos (cuadro 3.4)

Capacidad de utilización de consultorios (cuadro 3.5)

La capacidad de utilización de consultorios es el total de consultorios donde: los destinados al servicio dental cuentan doble; y los de medicina general 1.5.

Estos valores se dan: para el caso de los consultorios de medicina general, casi todos laboran en el turno matutino, mientras que en la mayoría de los casos solo hay uno que labora en el turno vespertino; en contraposición los consultorios dentales laboran casi igual en ambos turnos.

La valoración de recursos humanos se obtiene de la suma siguiente:

Total de médicos contratados	} x 1.0
Médicos generales	
Odontólogos	
Cirujano trau. (internista)	
Psiquiatras	
Psicólogos	
Optometristas	
 Total de médicos pasantes	 } x 0.7
 Coordinadores de actividades	 } x 0.4
 Enfermeras en contacto con el paciente	 } x 0.01

Σ = capacidad de los recursos humanos del Centro " X "

Cuadro 3.4.- VALORACION DE LOS RECURSOS HUMANOS

	Centros de Salud									
	Dr. José Zozaya		Dr. M. Pesque.		Dr. Mazzoti G.		2 de Octubre		Ramos Millán	
	No	Valor	No	Valor	No.	Valor	No.	Valor	No.	Valor
<i>Med. Contratados</i>										
Medico general	12	12.0	15	15.0	5	5.0	6	6.0	7	7.0
Odontólogo	6	6.0	5	5.0	3	3.0	6	6.0	4	4.0
Psiquiatra	1	1.0	1	1.0						
Cir Trau. (interni.)							1	1.0		
Psicólogos	1	1.0	1	1.0						
Optometría	1	1.0								
Med. pasantes		4.9	3	2.1	2	1.4	5	3.5		
Coordin. de activi.			1	0.4						
Enfermeras	16	0.16	31	0.31	14	0.14	10	0.10	14	0.14
Σ Rec. Hum. disp.		26.06		24.81		9.54		16.6		11.14

Elaboró: Zoraya Ceja R.

Fuente: Junsdicción Sanitaria Iztacalco, 1997. Registro Nacional de Infraestructura para la Salud.

Cuadro 3.5.- CAPACIDAD DE UTILIZACION DE CONSULTORIOS

Consultorios	Centros de Salud														
	Dr José Zozaya			Dr. M. Pesque.			Dr. Mazzoti G.			2 de Octubre			Ramos Millán		
	Exst	Servi	Valor	Exst	Servi	Valor	Exst	Servi	Valor	Exst	Servi	Valor	Exst	Servi	Valor
Med. general	12	12	18	15	15	22.5	7	5	7.5	4	7	10.5	6	6	9
Odontología	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	4	1	1	2
Med. preventi.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
<i>Otras especialidades</i>															
Salud mental	3	3	3		1	1									
Psiquiatría	1	1	1	4											
Optometría	1	1	1												
Σ			26.0			26.5			10.5			15.5			11

Elaboró: Zoraya Ceja R.

Fuente: Junsdicción Sanitaria Iztacalco, 1997. Registro Nacional de Infraestructura para la Salud.

La disponibilidad productiva se obtiene de la suma ponderada de: la disponibilidad productiva de recursos humanos, la disponibilidad de equipamiento y la disponibilidad de infraestructura. Donde 1= a lo óptimo (cuadro 3.6).

Cuadro 3.6.- DISPONIBILIDAD PRODUCTIVA							
Centros de Salud	Disponib. De Infraest.	Factor de ponderación .1	Disponib. De Equipam.	Factor de ponderación .45	Disponib. Productiva de R. Humanos	Factor de ponderación .45	Disponibilidad Productiva
Dr. J. Zozaya	1	0.1	0.95111	0.428	$\frac{26.06}{26.00} = 1.0023$	0.451036	0.979035
Dr. M. Pesqueira	1	0.1	0.85333	0.384	$\frac{24.81}{26.50} = 0.9362$	0.421290	0.90529
Dr. Mazzoti G.	1	0.1	0.52888	0.238	$\frac{9.54}{10.50} = 0.9086$	0.408870	0.74687
2 de Octubre	1	0.1	0.63111	0.284	$\frac{16.60}{15.50} = 1.0710$	0.481950	0.86595
Ramos Millán	.8	0.08	0.36444	0.164	$\frac{11.14}{11.00} = 1.0127$	0.455715	0.699715

Elaboró: Zoraya Ceja R.

Fuente: Ceja, 1997. Encuesta " Población Usuaria de Servicios de Salud "

III.3 Poder de Utilización y Resistencia de los Centros de Salud de la delegación Iztacalco.

III.3.1 Poder de Utilización.

Como ya se mencionó, el poder de utilización es un término alternativo de acceso y análogo al de poder de compra, que se usa para designar la capacidad de una persona o grupo de personas para adquirir algún bien o servicio (Frenk, 1985. p. 442). Y la resistencia se puede definir como el conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención, los cuales se originan en los recursos para la salud (costo de los servicios y la ubicación de las fuentes de atención entre otras). De tal forma que poder de utilización y resistencia son conceptos complementarios (Frenk, 1985. p.442).

En este trabajo (a criterio de la autora) el poder de utilización operativo es la suma algebraica del poder adquisitivo y la combinación de la disponibilidad de tiempo libre y de la tolerancia a la demora.

Los 5 centros de salud, se presentan de acuerdo al poder adquisitivo de quienes los utilizan (cuadro 3.7).

Cuadro 3.7.- FACTORES DEL PODER DE UTILIZACIÓN			
Poder adquisitivo $PA = \frac{\sum_{y=1}^n \text{Ingreso familiar} - \text{Costo de la canasta básica}}{\text{Costo de la canasta básica}}$	Nivel	Σ Tiempo libre/Σ Tolerancia a la demora	Nivel
Dr. José Zozaya	0.136	Dr. José Zozaya	0.335
Dr. Manuel Pesqueira	0.012	Dr. Manuel Pesqueira	0.432
Dr. Luis Mazzoti Galindo	-0.107	Dr. Luis Mazzoti Galindo	0.440
2 de Octubre	-0.108	2 de Octubre	0.434
Ramos Millán	-0.020	Ramos Millán	0.501

Elaboró: Zoraya Ceja R.

Fuente Ceja, 1997. Encuesta " Población usuaria de Servicios de Salud ".

Al ingreso de cada familia se le resta el costo de la canasta básica para la Ciudad de México¹⁸.

Esta diferencia se divide entre el mismo costo de la canasta básica, la cual se ajusto de acuerdo al tamaño promedio de los hogares que reportaron los usuarios de cada Centro de Salud; así cada Centro presento un costo de la canasta básica diferente.

$$\text{Poder adquisitivo familiar} = \frac{Y \text{ fi} - \text{KCBI}}{\text{KCBI}} = \frac{\text{Ingreso familiar diario} - \text{Constante Costo de la Canasta Básica diaria por Centro}}{\text{KCBI}}$$

¹⁸ Publicada en el Diario Excelsior del día 12 de agosto 1996 p.1 y 24 que corresponde al II trimestre de 1996; donde se cita la Canasta obrera indispensable elaborada por el Centro de análisis multidisciplinario de la Facultad de Economía de la UNAM. La cual se paso a pesos corrientes del II trimestre de 1997, con el promedio del incremento del valor de la canasta básica a nivel nacional y del Índice de la inflación de la Ciudad. Incremento que se le asignó al valor publicado (\$ 75.73), para 5 personas, resultando \$ 95.30. Este se ajusto al número de miembros del hogar de las familias usuarias de cada Centro: Zozaya, \$ 83.7; Pesqueira, \$ 82.0; Mazzoti, \$ 89.6; 2 de Octubre, \$ 93.4; Ramos Millán, \$ 91.5. Para esto se utilizaron los cuadros III.3 y III.11 " Indicadores económicos del Banco de México.

$$\text{Poder adquisitivo del Centro} = \frac{\sum_{i=1}^n Y_i - \text{KCB}_i}{n}$$

KCB_i

En consecuencia, si el poder adquisitivo es mayor a " cero ", es factible la existencia de ahorro o capacidad de pago, en caso de que se requiera gastar en servicios médicos. El " 0 " se refiere a una generalidad y representa un valor de equilibrio entre el ingreso familiar y el costo de la Canasta Básica ajustada a cada Centro de Salud (no obstante, recuerdese que el costo de los Servicios médicos no se incluyen en dicha Canasta). Entre más negativo sea el valor del poder adquisitivo, será mayor la exigencia de distraer recursos de necesidades básicas cuando se requiera gastar en servicios de salud sin contar con seguridad social.

El supuesto de que entre mayor sea el poder adquisitivo de los usuarios del servicio médico, implica que los miembros de sus familias tienen un mayor costo de oportunidad vinculado al ingreso por lo que el número de acompañantes debe decrecer con respecto a las familias de los Centros de Salud de menor poder adquisitivo.

Esto es el costo de oportunidad asociado al tiempo que se aprecia en función del número de acompañantes y de la valoración del tiempo libre. Así, se establece de menor a mayor, la combinación de la disponibilidad de tiempo y de la tolerancia a la demora (cuadro 3.7).

El poder de utilización operativo, resulta de la suma algebraica del poder adquisitivo y la combinación de la disponibilidad de tiempo libre y de la tolerancia a la demora (cuadro 3.8)

Cuadro 3.8.- PODER DE UTILIZACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA DELEGACIÓN IZTACALCO	
$\sum_{i=1}^n \left(\frac{Y_i - \text{KCB}_i}{\text{KCB}_i} + \frac{\text{Tiempo libre } f}{\text{Tolerancia a la demora } t} \right)$	
Centros de Salud	Nivel
Dr. José Zozaya	0.49832
Dr. Manuel Pesqueira	0.51586
Dr. Luis Mazzoti Galindo	0.36131
2 de Octubre	0.34717
Ramos Millán	0.50788
<i>Elaboró: Zoraya Ceja R.</i>	

III.3.2 Resistencia de los Centros de Salud.

Obtención de la Resistencia por Gasto

Se obtiene de la sumatoria de la proporción del total de usuarios (consultas externas) de los Centros de Salud de cada Centro de Salud por el gasto total promedio de cada Centro de Salud

Dr. José Zozaya	$0.2464 * 51.78 = 12.758592$
Dr. Manuel Pesqueira	$0.2939 * 59.42 = 17.463538$
Dr. Luis Mazzoti Galindo	$0.1345 * 24.77 = 3.331565$
2 de Octubre	$0.1965 * 35.24 = 6.92466$
Ramos Millán	$0.1286 * 16.21 = 2.084606$

La sumatoria es el Gasto Total promedio por usuario o por familia de los 5 Centros de Salud, equivalente a \$42.56.

Estaría por comprobarse si quienes no asisten a los Centros de Salud siendo usuarios potenciales, presentan un equilibrio entre quienes poseen un poder de utilización deficiente y los de condición favorable.

Aquí se considera que se conserva la tendencia de distribución de los usuarios reales en los potenciales, con cierto sesgo a que no asistan los de menor poder adquisitivo, aunque requieran el servicio, en tanto que los que asisten a menor nivel de ingreso son usuarios más cautivos. Mientras que los de mayor poder adquisitivo tendrían una tendencia a ajustar su gasto para optar por una atención de mayor costo, salvo que descubran en estos centros alguna ventaja de costo o tiempo empleado. Como de hecho debe darse en los que poseen seguridad social que asisten a estos centros.

De dichos argumentos, se establece una tendencia a que utilicen más el servicio quienes realizan menor gasto. Razón por la cual al promedio del gasto se le da el valor de 0.4; siendo la Resistencia mínima igual a "0", si el gasto es cero, y la Resistencia por gasto máxima si el gasto es igual a 300 pesos, sea 1.

Obtención de la Resistencia por tiempo

La resistencia por tiempo (cuadro 3.9) se obtiene del promedio del tiempo de espera para obtener ficha más el tiempo de espera para recibir la atención que es 106 minutos al que se le asigna un valor de resistencia igual a 0.5.

Mientras que la resistencia máxima es el tiempo extremo de la sumatoria equivalente a 400 minutos,

considerándose como " cero " resistencia 3 minutos.

La resistencia para los Centros que están por debajo del promedio se calcula:

$$106.2 \text{ minutos} - 3 \text{ minutos} = \frac{103.2 \text{ minutos}}{50 \text{ centésimas de resistencia}} = 2.064 \text{ minutos} = 0.01 \text{ de resistencia.}$$

$$\text{Zozaya} = 67.5 - 3 = 64.5 / 2.064 = 31.25 \text{ centésimas de resistencia} = 0.3125$$

$$\text{Pesqueira} = 90.5 - 3 = 87.5 / 2.064 = 42.3934 \text{ centésimas de resistencia} = 0.4239 \quad \left\{ \text{Resistencia} \right.$$

$$\text{Mazzoti} = 73.5 - 3 = 70.0 / 2.064 = 33.9147 \text{ centésimas de resistencia} = 0.3391$$

La resistencia para los Centros que están por arriba del promedio se calcula:

$$400 \text{ minutos} - 106.2 \text{ minutos} = \frac{293.8 \text{ minutos}}{50 \text{ centésimas de resistencia}} = 5.876 \text{ minutos} = 0.01 \text{ de resistencia}$$

$$2 \text{ de Octubre } 159.5 - 106.2 = 53.3 / 5.876 = 9.078 \text{ cent. de resist.} = 0.0908 + 0.5 = 0.5908$$

$$\text{Ramos Millán } 169.0 - 106.2 = 62.8 / 5.876 = 10.6875 \text{ cent. de resist.} = 0.1069 + 0.5 = 0.6069 \quad \left\{ \text{Resistencia} \right.$$

Cuadro 3.9.- RESISTENCIA POR TIEMPO

Centros de Salud	A Proporción de usuarios	B Σ de tiempo de espera para obtener ficha y atención	A x B	Resistencia por tiempo
Dr. J. Zozaya	0.2464	67.5	16.632	0.3125
Dr. M. Pesqueira	0.2939	90.5	26.59795	0.4239
Dr. L. Mazzoti G.	0.1345	73.5	9.88575	0.3391
2 de Octubre	0.1965	159.5	31.34175	0.5908
Ramos Millán	0.1286	169.0	21.7334	0.6069
			Σ = 106.19085	

Elaboró Zoraya Ceja R.

Fuente - Jurisdicción Sanitana Iztacalco, 1997. Sistema de Información en Salud para Población Abierta Informe de actividades de la Unidad Médica 1er nivel de atención. (A)
 - Ceja, 1997. Encuesta " Población Usuaría de Servicios de Salud ".

Resistencia Total

La resistencia total se obtiene de la suma de la resistencia por tiempo más la resistencia por gasto entre dos (cuadro 3.10).

Cuadro 3.10.- NIVELES DE RESISTENCIA TOTAL POR CENTRO DE SALUD DE LA DELEGACIÓN IZTACALCO			
Centro de Salud	Resistencia por gasto	Resistencia por tiempo	Resistencia total
Dr. José Zozaya	0.4215	0.3125	0.367
Dr. Manuel Pesqueira	0.4393	0.4239	0.4316
Dr. Luis Mazzoti Galindo	0.2328	0.3391	0.28595
2 de Octubre	0.3312	0.5908	0.461
Ramos Millán	0.1523	0.6069	0.3796
<i>Elaboró: Zoraya Ceja R,</i>			

Fuente: Ceja, 1997. Encuesta "Población Usuaria de Servicios de Salud".

III.4 Accesibilidad y utilización.

La accesibilidad se define como el nivel¹⁹ de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y los de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención (Frenk, J; 1985). Y la utilización es el uso del servicio por parte de la población.

La accesibilidad en este trabajo se obtiene (a criterio de la autora) del producto de la disponibilidad productiva (D) por la división del poder de utilización (P) entre la resistencia total (R). Y la utilización esta representada por el número de consultas externas, estudios de laboratorio y estudios de rayos X (Cuadro 3.11).

¹⁹ En la definición original aparece grado en lugar de nivel.

Cuadro 3.11.- ACCESIBILIDAD Y UTILIZACION DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA DELEGACIÓN IZTACALCO EN 1997						
Centros de Salud	Accesibilidad $A = D \frac{P}{R}$	Utilización*				
		Número de Consultas externas en %	Número de estudios de laboratorio en %		Número de estudios de Rayos X en %	
			para pacientes de la unidad	para pacientes de otra unidad	para pacientes de la unidad	para pacientes de otra unidad
Dr. José Zozaya	1.3293	24.64	31.10	6.82	17.19	2.27
Dr. Manuel Pesqueira	1.0820	29.39	28.56		33.04	
Dr. Luis Mazzoti Galindo	0.9437	13.45	18.56	0.77		
2 de Octubre	0.6521	19.65	12.57	1.62	39.82	7.68
Ramos Millán	0.9362	12.86				

Elaboró: Zoraya Ceja R.

Fuente: * - Jurisdicción Sanitaria Iztacalco, 1997. Sistema de Información en Salud para Población Abierta. Informe de actividades de la Unidad Médica 1er nivel de atención. (A)
- Ceja, 1997. Encuesta " Población Usuaría de Servicios de Salud ".

El Centro Pesqueira presenta un equilibrio entre las consultas externas y la población de responsabilidad si se considera que la mayor proporción de usuarios que atiende se alcanza con el 12.82 % del total de usuarios los cuales provienen de Iztapalapa. Su disponibilidad productiva óptima se restringe a usuarios de consulta externa ya que no se canalizan pacientes de otras unidades para estudios de laboratorio y rayos X (cuadro 3.11).

En cambio, el Centro Zozaya presenta una sobrevaloración de su población de responsabilidad debido a que:

- Se sobre representa a la población potencial del Este de la región a causa de su menor índice de dependencia y a su mayor ingreso percapita, se inhibe el uso de un grupo importante de familias;

- Y no obstante su disponibilidad productiva es la mejor como se muestra en el hecho de que realiza el mayor número de análisis de laboratorio y de esta unidad 24 % se realizan para pacientes de otras unidades, a la vez les brinda servicios de rayos X (1997);

- Los dos aspectos anteriores derivan en una posición intermedia de usuarios pertenecientes a otras delegaciones entre los Centros de salud, de igual modo, al considerar factores adicionales a la consulta

externa y permitir la comparación entre la disponibilidad productiva y los servicios prestados, se atenúa la disparidad que se observa entre las consultas externas y la población de responsabilidad.

III.5 Análisis.

Centro de Salud José Zozaya

Las familias atendidas en el Centro de Salud José Zozaya son quienes presentan, tanto el mayor poder adquisitivo (\$21.38 percápita), como la menor disponibilidad del tiempo libre, lo que lo coloca en una tercera posición de poder de utilización de sus usuarios. Misma que se confirma al conservar dicha posición en la poca frecuencia de utilización de la atención con una tendencia a disminuir su demanda del servicio en términos regulares ó frecuentes, resultado de que opten por no asistir, salvo cuando no sea estrictamente necesario al poder contar con los mejores recursos, respecto a los otros centros, para conservar su salud; sin embargo, sí se sopesa su cuidado y el bajo costo de atención médica que ofrece el Centro ante el costo de otros servicios y bienes de consumo alternos, no se generan obstáculos fuertes para su utilización, pues son quienes más afrontan el gasto asistiendo por primera vez.

Su mayor poder adquisitivo les da las mejores condiciones para la atención médica, pues son quienes tienen mayor tendencia de usuarios con factibilidad de asistir antes a una atención particular, e incluso a asistir cotidianamente al servicio privado en padecimientos o necesidades que los Centros de Salud ofrecen. Además por su formación cultural tienden a la automedicación " con cierto conocimiento ".

Tiempo invertido en la obtención del servicio.

En lo que se refiere al tiempo que tienen que invertir los usuarios de este Centro de Salud para obtener el servicio, se observa que en promedio una persona invierte un total de 2 horas con 5 minutos distribuyéndose de la siguiente manera:

En tiempo de transporte se invierten en promedio 38 minutos por viaje redondo (y un promedio de 19 minutos si se toma en cuenta únicamente el tiempo invertido de la casa del usuario al Centro de Salud). Siendo el microbus-pesero (58%) la forma de transporte que predomina.

Para sacar una ficha se necesitan, en promedio, 7 minutos y medio, tiempo considerado como poco por los usuarios.

Un usuario tiene que permanecer en la sala de espera un promedio de 1 hora. Tiempo que

representa la mayor parte del total invertido en la obtención del servicio. Y es considerado por los pacientes en su mayoría como regular a largo, aunque también hubo algunos que consideraron que estaba bien el tiempo de espera, si se compara con otros lugares como el IMSS, ISSSTE e inclusive con los servicios particulares.

Su resistencia al tiempo de búsqueda de la atención es la menor, hecho que favorece que el 16.21% de los usuarios sea de quienes poseen seguridad social, aunque esta es la menor participación de asegurados entre los Centros de Salud, debido a que su mayor centralidad respecto a la ciudad, con asentamientos más consolidados económicamente, permita que las familias de los asegurados opten, en mayor grado, en caso de desistir de dicho beneficio en asistir a médicos particulares; o incluso, si se desea ahorrar, al Centro de Salud, justo donde a mayor integración del servicio se tiene una mayor resistencia por costo, que se contrarresta por la diversidad de la procedencia de los usuarios (donde se incluye un 14.86% de usuarios que viven en otras delegaciones), de cuyo poder adquisitivo aunado a la buena organización que reduce al mínimo el peso de las resistencias del Centro de Salud; se obtiene la mejor accesibilidad. Pues las relaciones expuestas no son afectadas por la disponibilidad productiva porque se encuentran en equilibrio óptimo sus componentes de equipamiento y de recursos humanos.

Gasto en la obtención del servicio

Ahora bien, en lo que a gasto se refiere resulta lo siguiente: el gasto promedio que tiene que realizar un usuario es de \$51.78 destinándose:

Un promedio de \$4.42 para gasto de transporte.

En consulta, \$4.70. Considerando como poco y muy poco en comparación a como están las demás cosas y al servicio obtenido.

En medicamento, \$36.48 (que es en lo que más se gasta). Las personas que tuvieron que hacer un gasto en la farmacia del Centro de Salud, consideran que cuando se logra encontrar el medicamento el gasto es poco, pero que cuando se tiene que comprar en una farmacia externa es de regular a mucho lo invertido.

Por último, \$6.06 es el promedio en otros gastos, tales como análisis, rayos X, amalgamas, etc.

El mayor gasto que efectúa el usuario de este centro, salvo el Pesqueira, corresponde con el requerimiento de un mayor poder adquisitivo donde el tiempo que dejen de trabajar los acompañantes conlleva el dejar de ganar mayores cantidades de dinero que el de otros centros, por ello, son quienes llevan el menor

número de acompañantes por usuario con 68.91%, explicación que se refuerza por poseer el ingreso diario familiar más alto de los 5 Centros de Salud (\$93.87).

Aquí también interviene el acompañante forzoso cuando el padecimiento ó las costumbres requieren del apoyo de un acompañante*, obviamente, entre más grande sea el tamaño de las familias es más factible que se reduzca el costo de oportunidad de cada acompañante, pues supone una mayor presencia de niños; pero son a los que no se les permite asistir solos y obliga a que alguien los atienda y cuide, se incrementa así el costo del tiempo total, pero la resistencia a la demora no va más allá del tedio del tiempo de espera que se puede reducir en mayor grado por la presencia de acompañantes. Esta situación es menos intensa que en los otros centros, pues a excepción del Centro Pesqueira, presenta a las familias más pequeñas. No obstante, los usuarios menores de 15 años ascienden al 60.12%, ligeramente abajo del promedio de todos los Centros de 60.52%.

* Doña Rosita.

Viuda de 63 años, tiene derecho al IMSS porque su esposo la dejó asegurada, pero le tiene más fe al Centro de salud, además la clínica que le corresponde (la Clínica 21) esta lejos de su casa y ella no sabe leer ni escribir. Por lo tanto, tiene que pedir que alguien la lleve y muchas veces no hay quien la lleve. Esta vez la acompañó su nuera porque "como los niños no tuvieron clases", si tenía tiempo; pero en otras ocasiones no, entonces ella mejor acude al Centro de Salud.

En general, el mayor uso de la atención de las mujeres se comienza a manifestar desde el grupo de edad de 10 a 14 años, el incremento continúa en la proporción de las mujeres atendidas respecto a los varones atendidos, sólo cesa entre los 25-29 años, producto del desempleo y subempleo existente en dichas edades, y termina hasta el grupo de 60-64 años, cuando repuntan los usuarios varones resultado de la merma de su salud e ingreso, a edades mayores el fallecimiento de los varones hace repuntar el predominio de la atención hacia las mujeres.

Finalmente, se compone la población de usuarios de 68.91% del sexo femenino y 36.08% del masculino, la edad promedio es de 26 años.

Consideraciones generales

Las personas que acuden a este Centro tienden a expresar comentarios a cerca de sus experiencias entorno a la atención que han tenido a lo largo de su vida en este lugar y en otras partes, ya sea en servicios particulares, en el IMSS, ISSTE u otra institución según sea el caso. De estos comentarios se puede mencionar lo siguiente:

-Muchas personas prefieren los servicios de salud particulares (dentro del primer nivel de atención)

no tanto porque consideren que son mejores que los que se imparten en otros lugares, en todos los aspectos, sino porque para la gente es importante el ser atendido en forma rápida, aspecto que les permite desempeñar otras actividades.

“ El servicio aquí (Centro de Salud) es bueno, pero si tuviera dinero acudiría mejor al doctor de la esquina de mi casa porque es más rápido ”.

“ Cuando alguno de mis hijos se enferma y tengo tiempo los traigo al Centro de Salud porque es más económico y nos atienden bien, pero cuando tengo que trabajar mejor los llevo con un médico particular porque es más rápido También tengo IMSS, pero ya se que cuando los llevo es casi seguro que voy a perder todo el día esperando a que nos atiendan ”.

-En cuanto a la atención que reciben por parte de la S.S.A. , consideran que en general es buena, dentro de las limitaciones que tiene esta institución y por lo poco que se paga para recibir la atención. cabe observar en este punto que la gente considera poco lo pagado por el servicio en relación a lo que se tendría que pagar en otro lugar; no así con respecto a su poder adquisitivo.

“ El servicio en general es bueno, si se compara con los servicios del ISSSTE estos son pésimos... Los servicios de la S.S.A. son buenos, ya que aunque a veces no hay todos los medicamentos que se requieren, al menos recetan para que uno los pueda comprar en otro lado . En algunas ocasiones que he estado enfermo y voy al IMSS y me mandan alguna medicina, voy a la farmacia de la clínica y resulta que no la tienen, le digo al doctor que me recete y que yo compro las medicinas en la calle, pero no quieren recetar así, y yo digo, bueno entonces que hago .”

“ En general el servicio es bueno, porque si se compara con otros servicios como el IMSS o incluso los privados, también uno tiene que estar esperando ”.

“ El servicio es bueno, pero lo único es la tardanza para ser atendido ”.

“ Los servicios del IMSS en medicina general son malos, en especialista son buenos. Los Servicios del ISSSTE son malos-pésimos Los servicios del Centro de Salud son buenos si se considera el presupuesto que tienen ”.

“ Los servicios de la S.S.A. son buenos, hemos tenido la oportunidad de ser atendidos con doctores particulares, en el IMSS, en el ISSSTE y nos gusta más venir al Centro de Salud Para mi el ISSSTE es de pésima calidad ”.

“ Aunque la consulta es de bajo costo (en el Centro de Salud), casi nunca encuentras la medicina que te recetan y la tenemos que comprar afuera y ahí es más cara. Por eso aunque muchas veces nos alcanza para la consulta no es tan fácil comprar el medicamento”.

-Dentro de los motivos que consideran para acudir a este lugar se pueden mencionar: la cercanía a su hogar o su trabajo, es el que conocen, porque no cuentan con otra opción, por los bajos costos, porque le tienen fe, etc.

" Yo vivo en Iztapalapa, pero trabajo aquí a la vuelta y para mí es más fácil pedirle permiso a mi jefe y venir en una carrerita, como soy diabético tengo que estar controlándome ... Por mi casa también hay un Centro de Salud, pero cuando salgo de trabajar ya está cerrado, además aquí mi jefe conoce a los doctores y el mismo me dice que venga"

" Aquí el servicio es bueno, además los análisis son mucho más baratos "

" Es un poco tardado, pero vale la pena el servicio, le tengo mucha fe a la S.S.A "

- En este centro muchas de las personas encuestadas al expresarse del servicio no solo se limitan a mencionar el trato exclusivo con el doctor, también hacen comentarios acerca de las instalaciones, más aún las que tienen o tuvieron alguna vez seguridad social, comentan si les parece que son las adecuadas, si existe limpieza, si les falta mantenimiento etc. En los otros cuatro Centros de Salud, son menos las personas que hacen referencia a este aspecto y sus comentarios se limitan más al trato con el personal (parecería ser que por los \$6 que pagan de consulta, no tienen tanto derecho a exigir sobre los aspectos anteriores).

Centro de Salud Dr. Manuel Pesqueira

El siguiente Centro de Salud, en orden decreciente de poder adquisitivo, es el Dr. Manuel Pesqueira, y en consecuencia la segunda menor disponibilidad de tiempo libre, o bien, la segunda mayor valoración del tiempo libre, como se aprecia al conservar dicha posición de quienes ha recibido la atención solos. Pero a diferencia del Zozaya, existe una tendencia a ir más frecuentemente a recibir atención. Porque se combina el aspecto positivo de poseer, en promedio, los usuarios de las familias más pequeñas de los 5 Centros²⁰; con el aspecto negativo del menor ingreso familiar de todos los Centros, la síntesis de ambos aspectos les coloca también en la segunda posición de poder adquisitivo.

A su vez, el menor ingreso los vuelve más apegados al Centro en la atención básica, que los usuarios del Zozaya, y a adaptarse lo mejor posible al servicio, pues son quienes efectúan el mayor gasto total en el Centro. Su gasto en consulta y en medicamentos es mayor que en el Zozaya, pero menor en transporte, ya que sus usuarios se concentran en la Colonia Agrícola Oriental (71.8%), facilitándose más el traslado a pie. Hecho que implica cercanía y menor tiempo de transporte en promedio, casi equivalente al más bajo, el Centro Ramos Millán; situación que destaca el 25.64% que acude al centro sólo, únicamente superado por el Zozaya con 31.08%, cuya Colonia principal de procedencia de los usuarios es la Ramos Millán (17.56%).

²⁰ Situación que para darse implica relaciones sociales favorables para la adquisición de habilidades y nivel educativo que no necesariamente implica mayores ingresos cuando se procede de familias de condición estable de una Colonia que proviene de mediados de los años cincuenta a principios de los sesenta.

Lo reducido de número de miembros por familia es resultado de relaciones sociales favorables para la adquisición de habilidades para ganar dinero y de nivel educativo existentes en la década de los 50tas. que les llevarán, en parte, a mayores niveles de ingreso.

Los límites entre la disponibilidad productiva que presenta el Centro y las condiciones de sus usuarios, son bastante próximos al equilibrio, lo cual favorece, aunado a la densidad de población donde se localiza, que concentre el mayor número de usuarios (de consultas externas) de los 5 Centros, 29.39%, por encima del Zozaya (24.64%).

Su mayor poder adquisitivo dado por una adecuada estructura familiar, atenúa el elevado gasto que realizan al interior del Centro de Salud, es decir, se da un buen nivel de ajuste entre un alto poder de utilización y una resistencia elevada. Los usuarios presentan una formación cultural (para preguntar, aclarar dudas) que les permite tener claridad sobre los alcances que para su atención ofrece el Centro, así, poder determinar cuando asistir o cuando recurrir a otra opción.

En general, la resistencia total tiende a ser inversa al poder adquisitivo siempre que no se altere por factores organizacionales que derivan en una demora excesiva como en los casos de los Centros Ramos Millán y 2 de Octubre. O en el caso del Centro Mazzoti cuyo nivel de organización da una baja resistencia por tiempo que aunada a una baja disponibilidad productiva da una reducción en el número de usuarios donde asisten quienes tienen padecimientos que no requieren un gasto elevado.

Respecto a la concentración de su población usuaria en la Agrícola Oriental, asociada a su integración dominante de mujeres (con una fuerte proporción en edades reproductivas). Su utilización se favorece porque el Centro se encuentra junto a otros servicios públicos, como escuelas, y a la actividad comercial, así se optimiza el uso del tiempo. Por ejemplo pueden llevar a los niños a la escuela, enseguida ellas sacan su ficha, reciben atención, al salir la cercanía de los comercios les permite hacer sus compras del día, recoger a los niños de la escuela; entre otras opciones sobre la combinación de acciones.

En el caso de los varones, estos deben recibir atención en los Centros de trabajo o en instituciones de seguridad social, pues están prácticamente ausentes, salvo los mayores de 34 años, cabe señalar que las edades ausentes de los 15 a los 34 años, es donde se asientan normalmente: el desempleo más intenso que se acentúa todavía más, con respecto a las demás edades, durante los períodos de deterioro económico.

En tanto que los usuarios ausentes mayores de 40 años ya poseen ocupación estable y pasaron su juventud ó madurez en condiciones económicas favorables, que les permitió forjar cierto patrimonio, que de no tener seguridad social (sólo el 21.27% de los usuarios), como es el caso, da cierta opción a la asistencia

privada.

Centro de Salud Ramos Millán

El Centro de Salud Ramos Millán es el que presenta una mayor variabilidad en los aspectos que comprenden el poder de utilización, segundo en ingreso familiar; se encuentra en segunda posición de las familias más numerosas (en el conjunto de los Centros), por ello, cae a la tercera posición en poder adquisitivo.

El mayor tamaño de la familia provoca que se genere a partir de este centro, y en los subsecuentes, una tendencia cada vez mayor, a presentar un conflicto entre los requerimientos de atención a la salud y otros gastos en el ámbito de las decisiones familiares, pues en promedio, el poder adquisitivo ya resulta negativo para adquirir la canasta básica, cuyo costo es equivalente a cero, ya no hay excedente para su empleo en gasto eventuales, porque su poder adquisitivo negativo requiere forzosamente una disminución en el consumo de los productos que se consumen cotidianamente, para disponer del dinero necesario en caso de enfermedad u otros gastos ocasionales.

Sin embargo, la disminución del tiempo libre es la mayor de todas, o bien, se acepta cuando la necesidad así lo condiciona; pues se atenúa la resistencia que implica el tener el tiempo promedio total invertido en la atención mayor a 3 horas, el mayor de todos los Centros de Salud, tiempo acentuado por poseer el menor tiempo de transporte y de consulta que pueden proporcionar cierta distracción a la persona.

La situación anterior se compensa forzando la ida al Centro de Salud, acompañado (87.93%), la mayor de todas. Junto con la realización de compras u otras actividades para aprovechar la salida a la calle, sobre todo para el 41.37% de usuarios que viven en la colonia.

En contraposición, la resistencia al gasto es mínima, lo que permite a sus usuarios tener un buen poder de utilización y evitar un nivel de ajuste desfavorable por el desequilibrio entre la oferta de servicios que proporciona y la demanda que reduce al mínimo el número de usuarios al mínimo. A pesar de que llega a él, el mayor número de usuarios residentes con seguridad social (38.96%), pero no es tan significativo si se considera que cuenta con el menor número de usuarios.

El aseguramiento proviene del esposo, seguramente, pues los usuarios son desde los 25 años, mujeres, y el resto, 79.19%, son usuarios menores de 15 años (el más alto de todos, lo que conduce a altos niveles de dependencia en la familia, con mujeres que de trabajar, su ingreso no resulta tan significativo como para considerar que el excesivo tiempo que demanda éste Centro vaya en detrimento del ingreso familiar, y

que el tamaño grande de las familias, sujeta a las mujeres a la atención del hogar, por ello, el ingreso medio de los compañeros y la relativa indiferencia en el costo del tiempo les da un nivel de ajuste aceptable.

Es de esta forma que se llega a un poder de utilización intermedio entre los Centros de Salud, posición debida a la baja cantidad de usuarios reales (12.86% del total), ya que las resistencias del Centro restringen su utilización como se muestra en que tengan el menor gasto en medicamentos a pesar de la posición intermedia de su poder adquisitivo, debido a que su utilización se concentra fuertemente en la expedición de certificados médicos, la diferenciación entre ingreso y gasto no es la óptima como en el Pesqueira, así, la utilización frecuente es mínima y cuentan dentro del total de sus usuarios con la segunda posición en poco uso (43.1%), hecho que a su vez facilita el conseguir acompañantes. Los usuarios buscan una atención más completa o en mejores condiciones, ante las restricciones que para su utilización tiene el Centro como se muestra en: que la asistencia por primera vez es mínima (15.51%), esto conlleva el buen conocimiento sobre lo que ofrece el Centro de Salud ante la población, y les lleva a buscar la atención a otros centros, como se aprecia en que los residentes de la colonia Ramos Millán integren el mayor aporte del total de usuarios del Centro Zozaya, 17.56%.

Esto significa que de presentar el Centro una mejor organización e incremento de la disponibilidad de recursos para la atención, se desembocaría en un incremento de la demanda que la Colonia Ramos Millán actualmente aporta a otros Centros. A la cual asisten quienes buscan un servicio que éste no ofrece, además ó en conjunción de las familias cuyo ciclo de vida y costo de oportunidad lleven también a ahorrar tiempo.

Centro de Salud Dr. Mazzoti Galindo.

El Centro Dr. Mazzoti Galindo, prácticamente no difiere en poder adquisitivo del Centro 2 de Octubre; no obstante, presenta una mayor disponibilidad del tiempo libre, ya que la frecuencia de utilización considerada como poca asciende a 44.68%, la mayor de todas, la cual, junto con el hecho de que el 61.7% de sus usuarios reside en la colonia Pantitlán favorece que tenga el Centro la segunda posición en número de acompañantes detrás del Ramos Millán, y con un considerable menor tiempo total para recibir la atención que éste. Así, ambos centros poseen semejante poder de utilización, pero gracias a su organización y el costo de los servicios que ofrece, ubican al Centro Dr. Mazzoti Galindo con la menor resistencia, obteniendo un mejor nivel de ajuste. Los usuarios son pocos (13.45% del total) pero conocen los tipos de servicio que ofrece, ya que los usuarios fuera de la delegación Iztacalco (que integran el 36.17%, el mayor de los 5 Centros), residen en las Cercanías, básicamente en el Municipio de Netzahualcoyotl.

Al localizarse en un asentamiento procedente de los años cincuenta, en la pirámide de usuarios, se observa a los fundadores y a sus hijos, que a su vez, junto con los inmigrantes jóvenes posteriores han tenido

un elevado número de hijos, pues las cercanías son receptoras de población durante los años sesenta y setenta, que le dan una tendencia a sus inmigrantes de ser de origen rural; en consecuencia, tienen un elevado número de niños usuarios menores de 15 años, 69.96%, que los lleva a un bajo poder adquisitivo, es decir, un elevado nivel de dependencia. Con un ingreso percapita de \$17.84, únicamente superior a los \$17.00 de los usuarios del Centro 2 De Octubre.

Centro de Salud 2 de Octubre.

Finalmente, el Centro de Salud 2 de Octubre es el de menor poder adquisitivo, que permite una mayor tolerancia a la demora, esto es debido a que el tiempo total invertido en la obtención de la atención y de esta en sí, es casi igual a la mayor de todas que ostenta el Centro Ramos Millán; pero difiere en una mayor atención al usuario que se observa en el tiempo de ésta y en el gasto de medicamentos, aspectos en los que supera también al Centro Mazzoti Galindo, sobre todo en el segundo.

Condiciones que señalan un tipo de atención más diversificada. Diversificación que también se observa en la procedencia de sus usuarios. Pues el campamento 2 de Octubre sólo aporta el 24.39% de los usuarios, el porcentaje más reducido después del que posee el Zozaya. Esta condición de mejor servicio se refleja aunada a la disponibilidad de tiempo dada por su menor ingreso favorece que tengan el mayor número de usuarios regulares (39.02) y frecuentes (19.51%), a los que podríamos considerar como cautivos.

El mayor tiempo del proceso de atención al usuario con respecto al Centro Mazzoti Galindo, al no traducirse en una mayor disponibilidad de tiempo, no se contrapone al uso regular, incrementando el costo de oportunidad del tiempo. Por lo que también en este Centro el ingreso debe estar a cargo, principalmente, del varón. De modo que se emplee el tiempo de la mujer, menos valorado económicamente.

Es así como se compensa la excesiva demora en la atención, esto hace que el nivel de ajuste desfavorable, en primera instancia, resulte aceptable, pues la resistencia al tiempo se paga con el tiempo de la mujer; además de contar una disponibilidad de recursos media, que sirve para atraer al 19.65% del total de usuarios en la delegación, a pesar de las desventajas expresadas en comparación con el Centro Mazzoti Galindo, con un 27.45% de asegurados que buscan servicio en el, entre sus usuarios; y un 28.04% de usuarios no residentes en Iztacalco, pero que viven a corta distancia.

Su pirámide de usuarios presenta una elevada presencia de niños (67.58%), menor a las proporciones del Centro Ramos Millán y Mazzoti Galindo, lo que implica cierto cambio favorable en las costumbres reproductivas, pues gran parte de los usuarios se encuentran en ellas, entre ellos los solteros y la factibilidad de que a un menor ingreso, un menor número de inmigración; menor ingreso que además contribuye a obligar

a los varones jóvenes entre los 15 y 39 años a asistir al servicio.

Accesibilidad Espacial

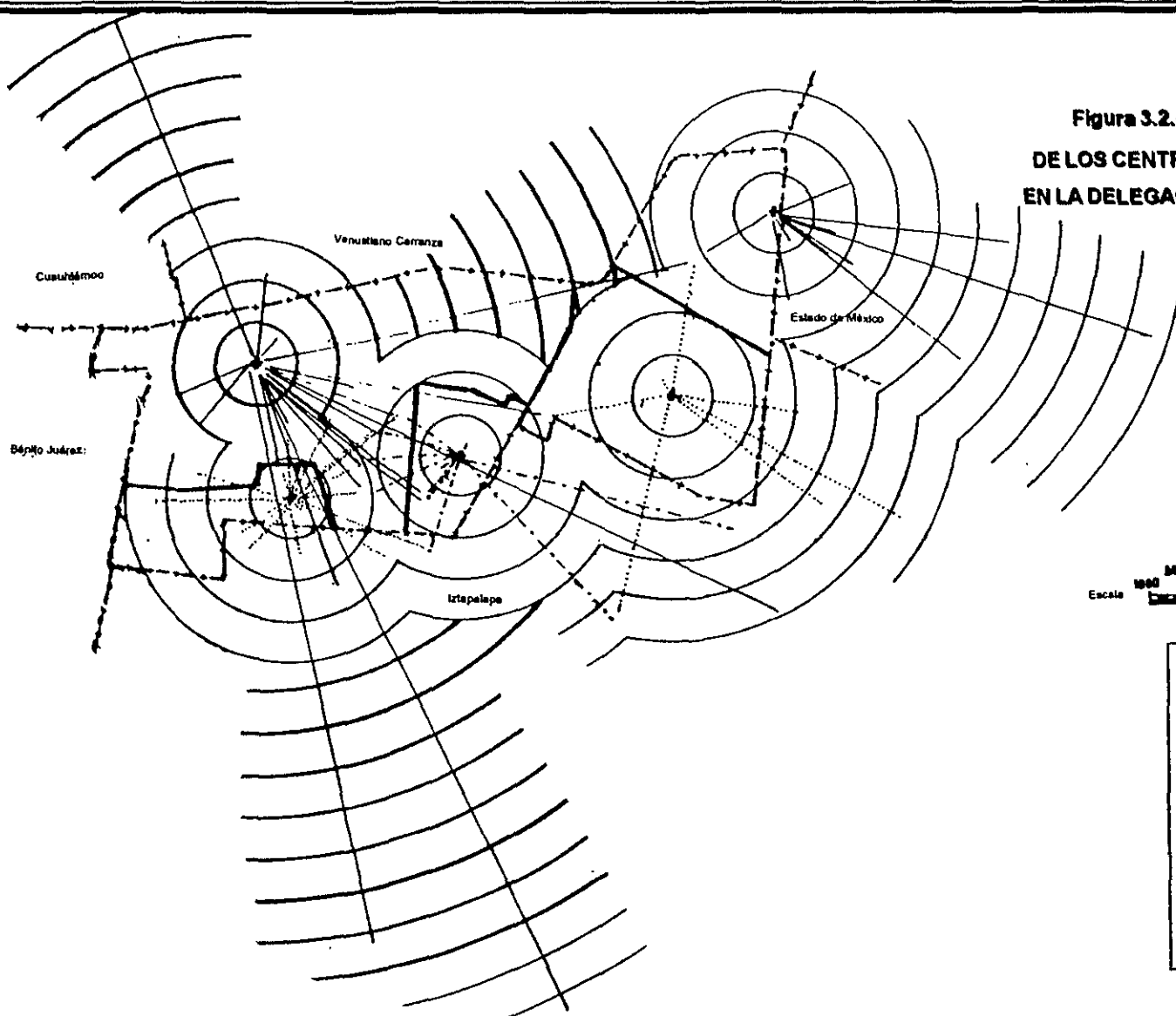
El *Centro de Salud Zozaya* es el que tiene la mayor zona de influencia entre los Centros (8.5 km), que obedece en gran parte a su antigüedad y localización. Fué el primero de los Centros en brindar sus servicios dentro de la delegación, siendo tres años después en que se funda el segundo Centro de Salud (Pesqueira) y veintisiete cuando se abre el último Centro (2 de Octubre) . La avenida sobre la que se localiza (Plutarco Elías Calles) fué y aún sigue siendo el paso forzoso de numerosa población que se dirige cotidianamente hacia la zona Centro para la realización de diversas actividades.

En la región que corresponde a este Centro se localizan los asentamientos más antiguos de la delegación, por lo que muchos de los hijos y familiares de la población fundadora al paso del tiempo han cambiado su lugar de residencia hacia otras zonas ubicadas ya sea en la misma delegación; o en Iztapalapa y el Estado de México, en donde el proceso de crecimiento de los servicios de salud no se ha dado a la par que el crecimiento de la población. De esta manera ya sea por costumbre o por la carencia real de estos servicios en su lugar de residencia (en algunos casos aunque exista el Centro de Salud, este no cuenta con el material físico y humano que la población requiere, además, en muchos casos su existencia es poco conocida) optan por acudir al Centro Zozaya.

Otra característica que distingue al Centro Zozaya de los otros Centros es que no aglutina a población usuaria de un sólo lugar (o al menos no de una forma tan marcada), esto se observa en la distribución por colonia de sus usuarios, en la cual la Colonia Gabriel Ramos Millán es la que más de ellos aporta (17.56 %), siguiéndole la Granjas México (9.45 %), San Miguel, Santa Anita, Juventino Rosas (con 6.75 % cada una), San Pedro, Iztacalco (con 5.40 cada una) y 12 colonias más cuyo porcentaje de usuarios no sobrepasa el 4.05 %. A estas colonias que pertenecen a la delegación Iztacalco (aunque no necesariamente a la región cinco, que es la que corresponde al Centro de que se esta hablando) hay que anexar un 14.86 % de Colonias que no pertenecen a la delegación, y que se ubican en la delegación Iztapalapa (Chimpak de Juárez, Magdalena Atlasolpa, Jalpa, etc.), Venustiano Carranza, Cuauhtemoc y en el Estado de México. Aunque si se denota una tendencia de usuarios provenientes de la parte sureste (figura 3.2).

Esta gran diversidad de colonias que aportan usuarios al Centro de Salud se favorece por las vías de comunicación, ya que si bien el 51.35 % de la población tiene que utilizar Microbús o combi, el tiempo de transporte promedio es de 38 minutos y medio el viaje redondo, tiempo que para los promedios de desplazamiento que se tienen en la ciudad, no resulta tan inconveniente. Además siendo uno de los Centros en el que el número de acompañantes es bajo, su promedio de gasto en transporte es de \$ 4.42, que sí se

**Figura 3.2.- ZONAS DE INFLUENCIA
DE LOS CENTROS DE SALUD PERTENECIENTES A LA S.S.A.
EN LA DELEGACIÓN IZTACALCO (JULIO-OCTUBRE DE 1997)**



SIMBOLOGIA

Limite delegacional - - - - -

Centros de Salud +

Equidistancia entre círculos igual a 0.5 Km

Las diferentes líneas que parten de los Centros de Salud corresponden a la trayectoria origen destino de los usuarios

Elaboró: Zoraya Ceja R

suma al de atención, resulta más económico que el pagar una consulta con un médico particular.

El *Centro Mazzoti* es el que sigue en cuanto a zona de influencia, equivalente a poco más de 4.5 km aproximadamente (figura 3.2). El 61.70 % de sus usuarios provienen de colonia Pantitlán (delegación Iztacalco) y de colonias como Juárez Pantitlán, Porvenir, Volcanes, Maravillas, Nezahualcóyotl, Agua Azul y Vicente Villada entre otras; estas colonias en su conjunto representan el 36.17 % de las personas que acuden al Centro y todas pertenecen al Estado de México. Por lo que muchas de las trayectorias origen destino se observan hacia el Este.

De los usuarios que acuden a este Centro el 63.82 % lo hacen a pie; y los demás viajan en microbús, camión e incluso taxi a través de dos vías de comunicación importantes como son la Avenida Pantitlán y Periférico (ubicadas a una cuadra del Mazzoti) en un tiempo promedio por viaje redondo de 23 minutos. Algunas de las personas que vienen del Estado de México hacen alusión a la existencia de un Centro de Salud más cercano, al que no acuden porque tiene menos servicios que este.

En cuanto a los otros *Centros de Salud*; el *Pesqueira* y el *Ramos Millán* tienen una zona de influencia cercana a los 4.0 km.

Al primero acuden principalmente personas que residen en colonias como la Agrícola Oriental, Rodeo y Pantitlán (en Iztacalco). Aunque también hay un 12.82 % de usuarios que viven en colonias como la Tepalcates, Guadalupe del Moral, Ejercito Constitucionalista, Ejercito de Oriente, etc. dentro de la delegación Iztapalapa.

Poco menos de la mitad de los usuarios del *Pesqueira* arriban al centro ya sea por Sur 16 (frente al Centro de Salud) o por la calzada J. Rojo Gómez (localizada a unas cuantas cuerdas del Centro) utilizando como medio de transporte el pesero ó microbús y gastando un promedio de \$2.74 en transporte. Mientras que en el *Ramos Millán* el 82.75% llega al Centro a pie y por lo tanto el gasto en transporte es casi nulo.

Las colonias donde viven los usuarios del *Ramos Millán* están orientadas al Este y Sur (de este Centro) básicamente. Dentro de ellas la que más usuarios concentra es la *Ramos Millán* con un 41.37 %; otras colonias que se pueden mencionar y que están ubicadas dentro de la delegación Iztacalco son: La Unidad Carlos Zapata Vela, Cuchilla Ramos Millán, Ampliación Ramos Millán, Infonavit Iztacalco y la Picos de Iztacalco.

De igual forma como sucedió en el *Pesqueira*; en el *Ramos Millán* también existen usuarios que provienen de Iztapalapa, y que habitan en colonias como Leyes de Reforma, Paseos de Churubusco, San José

Aculco, Guadalupe del Moral entre otras. También se llega a atender a personas que viven en el Estado de México y Tlaxcala, en muchos casos con parientes en Iztacalco, cuya forma de trabajo les obliga a pasar mas parte de su tiempo aquí que en su casa.

Por último, el Centro que tiene la menor zona de influencia es el *2 de Octubre* con poco menos de 2 km. Que a diferencia de los demás es radiada, ya que de igual forma los usuarios provienen del Norte, Sur, Este u Oeste. Aunque son dos las colonias que albergan al 46.34 % de usuarios, la Campamento 2 de Octubre y la Benito Juárez,

Esta menor zona de influencia puede explicarse a partir de que es el más reciente de todos los Centros, ya que viene funcionando desde 1988. Además no se ubica tan a la vista de vías importantes como los otros Centros, lo que podría ser un factor importante para atraer a gente de más lejos, que a su paso lo pudiera ver.

Esta menor zona de influencia, que en primera instancia podría parecer un tanto demeritoria con respecto a los demás; es compensada por su cantidad de usuarios, ya que en 1997 se ubicó en el tercer lugar de Consultas Generales (por encima del Mazzoti y el Ramos Millán).

Continuando con las colonias que albergan usuarios de este Centro están también Infonavit Iztacalco, Iztacalco, Jardines Tecma, San Miguel Iztacalco, Juventino Rosas, Santiago Sur, etc; todas ellas ubicadas en la delegación Iztacalco. Este centro a pesar de tener un a zona de influencia de 2 km, por encontrarse cerca de los límites de Iztacalco con Iztapalapa, también es receptor de usuarios de la última delegación citada. De tal manera se pueden observar usuarios de colonias como Apatlaco, El triunfo, Nueva Rosita, Ampliación Aculco y Ermita Zaragoza entre otras.

Cercano al 2 de Octubre se localiza otro Centro, pero dentro de la delegación Iztapalapa. No obstante mucha gente prefiere caminar un poco más y acudir al 2 de Octubre, porque ofrece un mejor servicio (a su propio decir).

CONCLUSIONES.

Dentro de las conclusiones se hacen dos tipos de consideraciones, las primeras bajo un contexto general y las segundas de manera un tanto más particular, no llevan un orden de importancia necesariamente.

En comparación con otros sitios del país, parecería ser que los habitantes de la Ciudad de México disfrutaban de un acceso privilegiado al gasto público, y los indicadores del bienestar social así lo reflejan (por ejemplo; según FUNSALUD, en 1991 Chiapas y Oaxaca tuvieron la misma esperanza de vida que el D.F y Nuevo León alcanzaron en 1970). Sin embargo, esto no significa que en ella el acceso a dichos recursos no se diferencié espacial ni socialmente.

Un ejemplo de ello se puede alcanzar a observar en este trabajo aún cuando se relacione básicamente a servicios de salud. Y se deriva de los cambios locacionales de la población del centro a la periferia metropolitana. En donde el crecimiento de la población se ha dado más rápido que el de los satisfactores colectivos, llámense de salud, vivienda, educación, salud etc..

Si se hace alusión a las trayectorias origen-destino de los Centros de Salud de la población de la delegación Iztacalco, se puede ver sin dificultad que tienen una tendencia general hacia donde se da el crecimiento de la ciudad.

De ahí que no resulte sorprendente cuando se pregunta a los usuarios de zonas de Iztapalapa y del Estado de México el por qué de su presencia en Centros de Salud de Iztacalco, y sus respuestas sean como las siguientes: “ es que no hay un servicio de salud por donde vivo ”, “ es que si lo hay pero no tiene nada ”.

Siguiendo un poco más con este tema, parecería paradójico para quien se dedica y no a la planeación de servicios casos como el de la delegación Cuauhtémoc. Que ocupando uno de los mejores índices generales de equipamiento en servicios de salud dentro del D.F., para ser más específico el segundo lugar a decir del D.D.F. este teniendo un despoblamiento importante. Y que delegaciones como Iztapalapa (para no mencionar al Estado de México) en donde aún se sigue reportando el aumento de población, el equipamiento en salud siga siendo deficiente. Iztacalco se encuentra dentro de un proceso intermedio entre estas delegaciones (ya es expulsora de población).

Ahora bien, otro aspecto que se debe mencionar y que de una u otra manera sale a relucir con este trabajo, es el cambio en cuanto a la estructura de la población (y que se menciona generalmente en los diagnósticos de salud pública) que trae consigo cambios en las necesidades de atención por parte de la población.

En la delegación Iztacalco, la pirámide de población tiende a hacerse cada vez más angosta en su base. Por lo que a la larga tal vez requiera de servicios más especializados en materia de padecimientos asociados a la industrialización y urbanización tales como: el cáncer, padecimientos mentales, las adicciones y las lesiones entre otras. Sin dejar a un lado los servicios para enfermedades tradicionales.

Un rasgo que permite apoyar la consideración anterior es la baja productividad que tiene el Centro Ramos Millán; que como ha de recordarse brinda el servicio de medicina general, pero carece de servicio de rayos X, análisis clínicos y psicología; servicios utilizados generalmente en la atención o detección de enfermedades asociadas al proceso de envejecimiento de la población y urbanización. Con esto no quiero decir necesariamente que si se otorgaran estos servicios, tendría un mayor número de usuarios; pero si queda claro el hecho de que existe población potencial, es la región más densamente poblada, y que decir del 17.56 % de usuarios que aporta al Centro Zozaya.

Un aspecto más que interviene en la utilización de los servicios de salud y que debe ser estudiado a fondo, en otro trabajo, es el económico. Debido a que cada vez hay más desempleo y empleo informal, la llamada "población abierta" ha tendido a incrementarse. Con ello crecen desde la óptica estatal, los contingentes que están fuera de la seguridad social. Gente que necesita servicios de salud y cuyo ingreso apenas permite cubrir sus necesidades básicas. Por ejemplo. En la delegación Iztacalco, que ocupa el 10 lugar por índice de marginalidad, para 1990 más de la mitad de la población ganaba menos de dos salarios mínimos. De ahí que cuando se consideró dentro del poder de utilización el ingreso familiar y el costo de la canasta básica (en la cual no están contemplados los costos de atención médica) resultó en muchos casos inalcanzable la segunda con el primero.

Considero que este trabajo es interesante desde el punto de vista práctico. Al enfocarse a la características de la población potencial y de los usuarios reales al mismo tiempo, permite subsanar cierta disociación que existe en los llamados diagnósticos de salud que realiza la S.S.A. por delegación, que para empezar no son diagnósticos de salud sino de servicios de salud. Ya que en ellos, por un lado para definir algunas de las características de la población (como población total, ingreso, % de población rural, etc.) a nivel delegacional se utilizan los datos que publica INEGI; y por otro lado, con respecto a la información de morbilidad se utilizan sus propias estadísticas. En otras palabras, no se habla estrictamente de la misma población, ya que la primera información se basa en la población potencial y la segunda esta referida a usuarios reales. Usuarios que no necesariamente residen en la delegación de que se habla, y cuyas características pueden ser distintas a las de la población contemplada en el diagnóstico.

La Ciudad de México, debería ser observada con mayor detenimiento, ya que enfrenta problemas fundamentales, incluyendo trabajo mal remunerado, vivienda e infraestructura precaria. Cuando uno hace

algún estudio de esta ciudad, cree que por tratarse de una ciudad tan importante a nivel nacional, se va a encontrar relativamente fácil la información que se requiere, pero no es así. Y no es porque se carezca completamente de ella, ya que existen datos valiosos. El problema radica en llegar a ella, adivinar quien la tiene. Al ocuparse cada cual o cada dependencia de lo suyo, se olvida de que para que exista una buena planeación de los recursos debe haber una mayor difusión e integración de la información.

En otro plano, el Centro que presenta mejor accesibilidad, de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, es el Centro Dr. José Zozaya. Porque cuenta con una alta disponibilidad productiva que se respalda con una disponibilidad de equipamiento casi óptima para el servicio que ofrece. Al incorporar al análisis a la población, a través del poder de utilización, ocupa una posición intermedia porque cuenta con el mayor poder adquisitivo al cual se contraponen en intensidad (relación inversa) la disponibilidad del tiempo libre y la tolerancia a la demora. Así el poder de utilización está en equilibrio; pero la resistencia total (atributo del Centro) en su componente tiempo es mínima, lo cual resalta el peso del poder de utilización esto contribuye a que obtenga la mayor accesibilidad una vez confrontada con su disponibilidad productiva.

Pienso que el Centro Zozaya va a seguir teniendo a corto plazo tendencias similares a las actuales, y con el tiempo si no se le anexa otro tipo de servicios más especializados (que con los presupuestos en salud que se manejan, Según FUNSALUD apenas en 1990 se recuperó el mismo nivel que en 1977 tenía el gasto público federal en salud como porcentaje del PIB, es cada vez un tanto más difícil), más bien la tendencia va a ser a que disminuyan sus usuarios. Y no porque exista menos población enferma, sino porque las necesidades de atención van a ser diferentes, debido a la dinámica poblacional.

La segunda posición en disponibilidad productiva y accesibilidad es el Centro Dr. M. Pesqueira, cuenta con una menor disponibilidad que el Zozaya. En cuanto a los factores que intervienen para llegar de la disponibilidad productiva a la accesibilidad, se tiene que el poder de utilización es el mayor de todos, a la vez que se conserva en mejor condición que su resistencia (a pesar de que su factor gasto es el mayor de todos), por ello la accesibilidad resulta favorable.

El Pesqueira al igual que el Zozaya; tiende a estabilizarse en su número de usuarios, puede crecer su número, gracias a su cercanía con la delegación Iztapalapa (que le aporta usuarios), pero no en gran proporción. Además que sus usuarios básicamente se concentran en el turno matutino.

La disponibilidad productiva del Centro Dr. Mazzoti G. es baja (la penúltima) debido a que requiere de una mayor disponibilidad productiva de recursos humanos (en la cual es el último lugar). Al incorporar la relación entre el poder de utilización y la resistencia, esta última es la menor de todos los Centros, lo cual eleva el peso del poder de utilización que se aprecia en una accesibilidad deficiente pero cercana a lo óptimo.

Los usuarios que provienen del Estado de México han permitido que El Mazzoti, tenga un nivel aceptable de usuarios, que puede incrementarse un poco con el deterioro económico de la población, pero que a medida en que se generen opciones reales en materia de servicios de salud dentro del Estado de México va a ir perdiendo usuarios (aunque esto cada vez se ve más lejano).

El 2 de Octubre, siendo el centro más reciente, presenta una mayor dinámica, ya que se conjuntan una población participativa y hasta cierto punto una buena organización del servicio, no obstante tener el menor nivel de ajuste (debido principalmente al bajo ingreso de sus usuarios y a los recursos insuficientes que tiene el Centro para atender la demanda). Lo que lo hace un buen candidato para ser receptor de los recursos financieros que se puedan disponer en un futuro. Ya que si bien se ha visto su area de influencia no es muy grande (poco menos de 2 km), los usuarios acuden con frecuencia regular, en ambos turnos y a todas las edades y sexo.

Por último, el Centro Ramos Millán, es de tipo TII a diferencia de los demás que son TIII, es decir, cuenta con menor equipamiento e infraestructura que lo ubican con la menor disponibilidad productiva (capacidad para ofrecer servicios). Sin embargo, cuenta con una accesibilidad casi equivalente al Centro Dr. Mazzoti G. Ello se debe a que cuenta con el poder adquisitivo medio de todos los Centros lo cual se ve fuertemente favorecido por contar con la mayor disponibilidad de tiempo libre y tolerancia a la demora que le dan un poder de utilización favorable, situación que se refuerza porque debido al tipo de servicio básico de atención que ofrece, presenta la menor resistencia a la búsqueda y obtención de la atención por gasto de todos los Centros.

Antes se mencionó que tal vez si contara con el servicio de rayos X y de análisis clínicos podría tener un número mayor de usuarios (aunque esto no implica que los usuarios que ha logrado captar el Zozaya de esta zona, modifiquen el patrón de costumbre adquirido precisamente por esta carencia del Centro y opten por acudir al Ramos Millán). Más bien pienso que los usuarios que podría atraer si se diera esta ampliación de servicios, junto con un buen cambio en su organización, serían externos a la delegación, aunque también hay que contemplar la competencia que tiene con los otros Centros en su delegación. Quizá otra opción sería el cierre de este Centro y la redistribución de su personal a los otros (aunque esto me parece un tanto drástico), pero mientras no sepa si su existencia justifique su costo de operación, mejor no hablo.

BIBLIOGRAFA

- Aday, L. & Andersen, R. 1992. Marco Teórico para el estudio del Acceso a la Atención Médica. En: Investigaciones en Servicios de Salud: una antología. OMS (Organización Mundial de la Salud). 1228 pp.
- Arenas, M. P. 1992. Protección Penal de la Salud Pública y Fraudes Alimentarios. Publicaciones del Instituto de criminología de la Universidad Complutense de Madrid. Editoriales de Derecho Reunidas (EDERSA). Madrid , España. p. 17
- Arredondo, A. & Meléndez, V. 1992. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. En: Revista Salud pública de México.enero-febrero 34 (1): 134-144.
- Barquín, M. 1994. Sociomedicina. Méndez Editores. México D.F. 826 pp.
- Bitran, R. A. & McInnes, D. K. 1995. Demanda de atención a la Salud en America Latina: experiencia adquirida en la República Dominicana y el Salvador. En: Diplomado Economía, Salud y Población (Economía de la salud). UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México) , Facultad de Economía. División Sistema Universidad Abierta. p. 2, 15, 16, 26, 29.
- CONACyT(Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología) y SSA (Secretaría de Salud). 1978. Investigación en servicios de salud. Memoria del seminario llevado a cabo los días 13, 14 y 15 de julio.
- Cordera, A. & Bobenrieth, M. 1983.Administración de Sistemas de Salud Tomo I y II.Editado por Armando Cordera y Manuel Bobenrieth. México D.F. 782 pp.
- Cruz, C., Zurita, B., et al. 1993. El sector privado en la prestación y el financiamiento del Sistema de Salud Mexicano. FUNSALUD. México. p. 6.
- D.D.F. 1997a.Programa Delegacional de Desarrollo Urbano Delegación Iztacalco. En: Diario Oficial. viernes 16 de mayo, segunda sección. D.D.F. (Departamento del Distrito Federal), 1994. Iztacalco. México D.F. 381 pp.
- D.D.F. 1997. Programa de Fomento Económico. Delegación Iztacalco 1997. D.D.F. Secretaría de Desarrollo Económico, Ciudad de México, D.F.

- D.D.F. 1997. Programa Delegacional de Desarrollo Urbano Delegación Cuauhtémoc. En: Diario Oficial. viernes 9 de mayo, segunda sección. p. 12.
- Donabedian, A. 1988. Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Edit. Biblioteca de la Salud. México D.F. 772 pp.
- Frenk, J. 1985. El concepto y la medición de accesibilidad. En: Revista Salud Pública de México. septiembre-octubre. p. 438-453.
- Frenk, J. 1994. La Salud de la Población. Hacia una nueva Salud Pública. Editorial FCE. México, D.F. 164 pp.
- Garrocho, C. 1990. Localización geográfica de los servicios de salud en un subsistema de asentamientos rurales del Estado de México: un intento de evaluación. En: Estudios Demográficos y Urbanos enero-abril. 5(1): 127-147.
- Garrocho, C. 1995. Análisis socioespacial de los servicios de salud: accesibilidad, utilización y calidad. Edit. El Colegio Mexiquense A..C.- DIF del Edo. México. Edo. México. 460 pp.
- Hernández, E., Aguilar, S., et al. 1994. Introducción a la Salud Pública. Villahermosa Tabasco, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud. 193 pp.
- Herrera, O. 1996. Servicios de atención a la salud en el contexto Metropolitano- perfil de los servicios y de los usuarios. En: Revista Economía Metropolitana. junio-1996 7(40): 11-13.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). 1990. Encuesta Nacional Sobre Calidad y Calidez entre usuarios y prestadores de servicios Médicos del IMSS, México. IMSS, Coordinación General de Delegaciones.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática), 1990. XI Censo General de Población y Vivienda. D.F., resultados definitivos por AGEB urbana 1990.
- INEGI. 1995. Distrito federal. Censo de población y vivienda 1995. Resultados Definitivos. Tabulados Básicos INEGI.
- Katz, J., et al. 1983. La salud en América Latina. Aspectos prioritarios de su atención. Editorial FCE. México D. F. 321 pp.

- Kunz, I. 1984. Estructura Urbana en México. El caso de Aguascalientes. Tesis de licenciatura. UNAM.
- Leal, R. & Ramírez, G. (compiladores). 1993. Servicios de atención a la salud en el contexto metropolitano. Edit. Cambio XXI. México D.F. 244 pp.
- Ley General de Salud. 1993. México, Editorial Porrúa .
- Méndez, S. 1994. Problemas Económicos de México. Editorial McGRAW-HILL. México, D.F. p. 158-159.
- Musgrove, P. 1995. Reflexiones sobre la Demanda por Salud en América Latina. En: Diplomado Economía, Salud y Población (Economía de la salud), UNAM, Facultad de Economía. División Sistema Universidad Abierta. p. 1, 26.
- Nájera , P. 1996. Cobertura regional, patrones de utilización y accesibilidad geográfica a los servicios de atención a la salud de Primer Nivel en el Edo. de México. Tesis de Maestría. UNAM.
- Nájera, P. & Infante, C. 1990. Cobertura potencial y cobertura real de servicios ambulatorios de salud en el Estado de México. El caso de tres comunidades marginadas en Atenco y Chalco Revista Salud pública de México. julio-agosto (4): 430-439.
- Rodríguez, J. & Yañez, L. 1992. Regionalización. En Revista de Salud Pública de México. Suplemento: 430-439.
- Rosentock, I. 1992. Por que la gente utiliza los Servicios de Salud. En: Investigaciones en Servicios de Salud: una antología. OMS. 1228 pp.
- Samuelson, P. & Nordhaus, W. 1996. Economía. Decimo quinta edición (quinta en español). Edit. McGRAW-HILL -INTERAMERICANA. Madrid. p. 78.
- San Martín, H. 1989. Economía de la salud. México. Edit. Interamericana, McGRAW-HILL. 651 pp.
- San Martín , H. 1985. Crisis mundial de la Salud ¿salud para nadie en el año 2000?. Edit. Ciencia-3. Madrid. 785 pp.
- S.S.A. 1994a. Manual de lineamientos para la elaboración del estudio de Regionalización Operativa. p. 11.
- S.S.A. 1994b. Estudio de Regionalización Operativa. p. 2.

S.S.A. 1995. Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta.

Vázquez, S. 1991. Correlación entre la oferta y la demanda de los servicios de salud para la población abierta en la subregión del Istmo Oaxaqueño. Tesis de Licenciatura. UNAM.

Ward, P. M. 1991. México: una megaciudad. Editorial Alianza. México D.F. 327 pp.