

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE SOCIOLOGIA

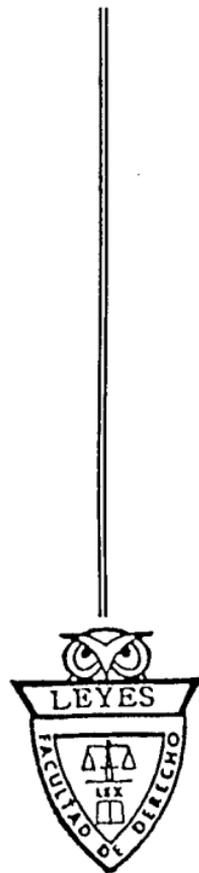
**LA SALUD PUBLICA EN EL SECTOR
GUBERNAMENTAL EN LA
CIUDAD DE MEXICO.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN:
LICENCIADO EN DERECHO

PRESENTA:

SILVIA GODINEZ VEGA





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Paginación

Discontinua



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE SOCIOLOGIA
GENERAL Y JURIDICA

No. L/77/01

ING. LEOPOLDO SILVA GUTIERREZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACION
ESCOLAR DE LA U.N.A.M.
P R E S E N T E .

La pasante de la licenciatura en Derecho **SILVIA GODINEZ VEGA**, solicitó inscripción en este H. Seminario a mi cargo y registró el Tema intitulado:

"LA SALUD PUBLICA EN EL SECTOR GUBERNAMENTAL EN LA CIUDAD DE MEXICO", asignándose como asesor de la tesis al LIC. ENRIQUE LARA TREVIÑO.

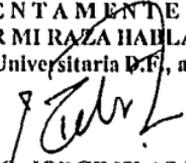
Al haber llegado a su fin dicho trabajo, después, de revisarlo su asesor; lo envió con la respectiva carta de terminación considerando que reúne los requisitos que establece el Reglamento de Exámenes Profesionales.

Ayudado en este y otro Dictamen, firmado por el Profesor Revisor DR. ARMANDO HERNANDEZ CRUZ, en mi carácter de Director del Seminario, tengo a bien autorizar su IMPRESIÓN, para ser presentado ante el Jurado que para efecto de Examen Profesional se designe por esta Facultad de Derecho.

La interesada deberá iniciar el trámite para su titulación dentro de los seis meses siguientes contados de día a día aquél en que le sea entregado el presente oficio, en el entendido de que transcurrido dicho lapso sin haberlo hecho, caducará la autorización que ahora se le concede para someter su tesis a examen profesional, misma autorización que no podrá otorgarse nuevamente sino en el caso de que el trabajo recepcional conserve su actualidad y siempre que la oportuna iniciación del trámite para la celebración del examen haya sido impedida por circunstancia grave, todo lo cual calificará la Secretaría General de la Facultad.

Le envió un cordial Saludo.

A T E N T A M E N T E .
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
CD. Universitaria D.F., a 13 de diciembre de 2001.


MTR. JORGE ISLAS LOPEZ
DIRECTOR DEL SEMINARIO



FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE
SOCIOLOGIA GENERAL Y JURIDICA
CIUDAD UNIVERSITARIA, D. F.

ENRIQUE LARA TREVIÑO
ABOGADO

México, D. F. A 19 de noviembre de 2001.

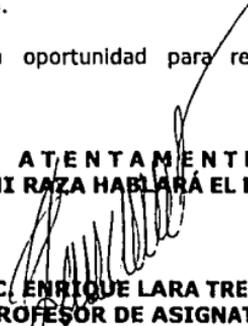
MAESTRO JORGE ISLAS LÓPEZ
DIRECTOR DEL SEMINARIO DE SOCIOLOGIA
GENERAL Y JURÍDICA DE LA H. FACULTAD
DE DERECHO DE LA U.N.A.M.
P R E S E N T E.

Por este conducto me dirijo a Usted para comunicarle que la alumna, **SILVIA GODINEZ VEGA** ha concluido la elaboración del trabajo de investigación denominado "**LA SALUD PÚBLICA EN EL SECTOR GUBERNAMENTAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO**" mismo que fue registrado oportunamente en el Seminario a su digno cargo y para lo cual fui designado asesor en la elaboración de dicho trabajo.

Deseo manifestarle que después de haber revisado el trabajo de referencia, considero que el mismo reúne suficientemente los requisitos que el reglamento exige para los de su tipo, por lo que me es grato enviárselo con mi **VOTO APROBATORIO**, solicitándole que en caso de no existir Inconveniente, se sirva autorizar su impresión.

Aprovechando la oportunidad para reiterarle la seguridad de mi distinguida consideración.

ATENTAMENTE.
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"



LIC. ENRIQUE LARA TREVIÑO.
PROFESOR DE ASIGNATURA
DEFINITIVO POR OPOSICIÓN.

*A mi mamá Consuelo Vega,
A mi hermana Beatriz Vargas,
Gracias por todo el apoyo y
La motivación que siempre me dan
Para seguir adelante.
Las amo mucho.*

*Al Dios Todopoderoso que ilumina
Mi camino.*

*A mi hijo Alejandro, a mis sobrinos
Nidia, Alberto y a mi esposo Ismael
Los quiero mucho... y
Si se puede.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México,
A la Facultad de Derecho,
Por haberme brindado la oportunidad
De pertenecer a tan distinguida institución.*

*Al Director del Seminario
Maestro Jorge Islas López
Por sus sugerencias para el
Presente trabajo.*

*Al Lic. Enrique Lara Treviño,
Gracias por su ayuda que me guió en la
Elaboración del presente trabajo.*

*A todas aquellas personas que en forma
Directa o indirecta intervinieron para
Concluir esta meta.*

Silvia.

LA SALUD PUBLICA EN EL SECTOR GUBERNAMENTAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	I
CAPITULO I	
<u>MARCO CONCEPTUAL</u>	
1.1 Concepto de Salud Pública	1
1.2 Asistencia Privada	5
1.3 Asistencia Social	6
1.4 Seguridad Social	8
1.5 División de Poderes.....	10
1.6 Neoliberalismo.....	14
1.7 Distrito Federal	20
1.8 Indicadores de la Salud Pública	23
CAPITULO II	
<u>NOCIONES HISTORICAS</u>	
2.1 Epoca Prehispánica	30
2.2 Epoca Colonial	30
2.3 Epoca Independiente	31
2.4 Epoca Revolucionaria	31
2.5 Epoca Post-Revolucionaria	32

CAPITULO III

ENTORNO JURIDICO

3.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	43
3.2 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	44
3.3 Ley de Planeación.....	45
3.4 Ley General de Salud.....	45
3.5 Ley de Salud para el Distrito Federal	46
3.6 Plan Nacional de Desarrollo	47
3.7 Secretaría de Salud.....	49
3.8 Sector Salud.....	50
3.9 Sistema Nacional de Salud	51
3.10 Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.....	53
3.10.1 Programa de Promoción y Fomento de la Salud	53
3.10.2 Programa de Salud Infantil y Escolar	54
3.10.3 Programa de Salud Reproductiva	54
3.10.4 Programa de Salud de las Poblaciones Adultas y Ancianas... 55	
3.10.5 Otros Programas de Salud para la Población General	56
3.10.6 Programas Regionales.....	57
3.10.7 Fomento Sanitario.....	58
3.10.8 Asistencia Social.....	58
3.10.9 Programa de Apoyo a las Tareas Sustantivas	59
3.10.10 Anexo A: Acciones Esenciales Irreducibles de Salud	60
3.10.10.1 Salud Pública.....	60
3.10.10.2 Atención Médica	61
3.10.10.3 Fomento Sanitario	62
3.10.10.4 Sistemas de información.....	62
3.10.11 Anexo B: Paquete Básico de Servicios de Salud.....	63
3.11 Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal	64
3.11.1 Marco Programático General.....	65

	Pág.
3.11.2 Marco Conceptual.....	66
3.11.3 Marco Jurídico y Metodológico.....	66
3.11.4 Objetivo General.....	67
3.11.5 Objetivo Específico.....	67
3.11.6 Operación de los Servicios.....	68
3.11.7 Recursos Institucionales.....	68
3.11.7.1 Jurisdicción Sanitaria.....	68
3.11.7.2 Centro de Salud.....	69
3.11.7.3 Centro de Atención Especial.....	70
3.11.8 Unidad Hospitalaria.....	70
3.11.9 Regionalización Operativa.....	70
3.11.10 Programa de Mejoría Continua de la Calidad de los Servicios.....	71
3.11.11 Vigilancia Epidemiológica.....	71
3.11.12 Información, Supervisión y Control.....	71
3.11.13 Evaluación.....	72
3.11.14 Paquete Básico de Servicios de Salud.....	72
3.11.15 Estructura.....	72
3.11.16 Dirección General.....	73
3.11.17 Secretaría Técnica.....	74
3.11.18 Dirección de Servicios de Salud.....	75
3.11.19 Subdirección de la Calidad de la Atención.....	75
3.11.20 Subdirección de Capacitación.....	76
3.11.21 Subdirección de Información, Educación y Comunicación para la Salud.....	76
3.11.22 Regulación Sanitaria.....	76
3.11.23 Coordinación de Hospitales.....	77
3.11.24 Planeación.....	79
3.11.25 Dirección de Administración.....	79
3.11.26 Dirección de Infraestructura.....	79

	Pág.
3.11.27 Asuntos Jurídicos.....	80
3.11.28 Contraloría Interna.....	81

CAPITULO IV

PROPUESTA SOCIAL EN MATERIA DE SALUD PUBLICA

4.1 Situación Actual.....	82
4.1.1 Educación	82
4.1.2 Vivienda	83
4.1.3 Alimentación	84
4.1.4 Marginación	84
4.1.5 La Salud de la Población	85
4.1.5.1 Algunas enfermedades de Importancia para la Salud Pública...	88
4.1.5.2 Riesgos para la Salud.....	89
4.2 Nuestra Propuesta	93
CONCLUSIONES.....	96
BIBLIOGRAFIA	100

INTRODUCCION

En nuestro país el crecimiento de la población se ha incrementado, trayendo como consecuencia desequilibrios, tanto sociales como económicos, repercutiendo esto en la falta de viviendas adecuadas, desempleo, delincuencia, inseguridad, pero sobre todo trajo consigo el aumento de enfermedades.

Es por ello que en el presente trabajo trataremos sobre la evolución de la Salud Pública, específicamente dentro del Distrito Federal, donde se concentra 8,591,309 habitantes, así como la mayoría de los servicios de salud. Considerando que la salud es una necesidad social, es necesario conocer y determinar las causas que deterioran el organismo humano, causando múltiples enfermedades. De igual forma es importante saber qué factores históricos y sociales han ido afectado la salud de la población.

Para atender este fenómeno de la salud pública se han ido creando Instituciones dedicadas a dicho problema, entre los que se encuentran:

- Hospitales Generales,
- Hospitales Psiquiátricos,
- IMSS, ISSSTE, Institutos Nacionales, entre otros.

La siguiente investigación se realizó con la finalidad de conocer de manera general, qué han hecho el gobierno para solucionar el problema de la Salud Pública.

En el Primer Capítulo se conceptualiza lo que es Salud Pública, Asistencia Privada, Asistencia Social y Seguridad Social. Se menciona también quienes son las autoridades correspondientes en legislar en la materia de salud, qué modelo neoliberal rige actualmente en nuestra sociedad y algunos indicadores de salud.

El Segundo Capítulo trata sobre la evolución histórica de la Salud Pública en México, desde nuestros antecesores en la época prehispánica hasta el presidente el Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León, se verán los problemas de salud que más afectan en su momento en estas etapas y los avances que se hicieron en esta materia.

En el Tercer Capítulo, se hará mención de forma simple acerca del marco jurídico que rige esta materia a nivel nacional; como es nuestra Constitución Política de los Estados Unidos

Mexicanos, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Ley de Planeación, Ley General de Salud, Ley de Salud para el Distrito Federal, también tratará acerca del Plan Nacional de Desarrollo en lo referente al rubro de la Salud, a la Secretaría de Salud, el Sector Salud, el sistema Nacional de Salud, el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, de los programas que se aplican en nuestra sociedad para prevenir, atender y mejorar la salud en la población en general y la que habita en la gran urbe que es el Distrito Federal.

Y por último hablaremos sobre la situación actual por la que atraviesa el Distrito Federal en Salud Pública, las enfermedades que más aquejan a los habitantes, y daremos una propuesta jurídica sobre el tema.

LA SALUD PUBLICA EN EL SECTOR GUBERNAMENTAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

- 1.1 Concepto de Salud Pública**
- 1.2 Asistencia Privada**
- 1.3 Asistencia Social**
- 1.4 Seguridad Social**
- 1.5 División de Poderes**
- 1.6 Neoliberalismo**
- 1.7 Distrito Federal**
- 1.8 Indicadores de la Salud Pública**

1.1 CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA

Para iniciar el desarrollo del presente trabajo, es necesario definir el concepto de salud pública, ya que por siglos la medicina fue un servicio remunerado por aquéllos que contaban con recursos económicos suficientes, pero al mismo tiempo fue y sigue siendo una dádiva para los pobres, su antecedente estuvo basado en el saneamiento ambiental y en el control de enfermedades transmisibles.

La Organización Mundial de la Salud fundada en julio de 1946, en su declaración de principios la señala como: " El goce del más alto grado de la salud que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica o social. Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida por la precisión de medidas sociales y sanitarias adecuadas ".

Hernán San Martín la define: " la salud es una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación física, psicológica, mental y social fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo como la manifestación de un proceso mórbido. Cada uno puede hacer de su estado de salud a través de su percepción, personalidad, educación, ingresos económicos, experiencia y el valor que le concede la vida humana ".

Milton Terris del New York Medical College considera " La salud tiene dos aspectos: uno subjetivo que se refiere a sentirse bien y el otro objetivo que implica la capacidad de función ", también modifica la definición de la O M S: " Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social de la capacidad para la función y no sólo la ausencia de enfermedad (en cualquier grado de invalidez) ".

R. Dubos ecologista la define " como el estado de capacitación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio ".

Winslow establece que la salud " es la ciencia y el arte de:

1. Impedir las enfermedades.
2. Prolongar la vida.

3. Fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para obtener:
- a) El saneamiento del medio.
 - b) El control de las enfermedades transmisibles.
 - c) La educación de los individuos para su higiene personal.
 - d) La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico oportuno y el tratamiento preventivo de las enfermedades.
 - e) El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno el nivel de vida adecuada para la conservación de la salud, organizando estos servicios de modo tal que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y la longevidad."

Hanlon afirma que la salud pública "tiene por meta alcanzar para la comunidad el más alto nivel y bienestar físico, mental y social, así como la longevidad, conforme a los conocimientos y recursos disponibles en determinado tiempo y lugar contribuyendo a la vida y al desarrollo más efectivo del individuo y de su sociedad".

En base a estos conceptos, la salud pública tiene funciones de carácter social, como el fomento a la salud, prevención de enfermedades, rehabilitación de inválidos, educación para la salud, entre otras, que favorezcan el equilibrio ecológico del individuo, de la población con su ambiente, para mantenerlo como miembro activo de la sociedad, también para curarlo y readaptarlo, en caso de enfermedad. Por eso es necesario mencionar que dentro de la administración de la salud pública interfieren acciones planificadas y organizadas de diversas disciplinas, como las ciencias sociales, entre otras que abordan leyes objetivas del desarrollo social y para la salud, ya que marca los aspectos o expresiones individuales a través de los cuales operan las determinaciones en los comportamientos sociales del hombre en la salud.

Las ciencias sociales que más colaboran en las ciencias de la salud son:

1. Administración: Ciencia o arte de organizar y dirigir, en salud aplica la "Teoría de la organización de servicios sociales y la teoría de sistemas sociales, que es el conjunto de relaciones sociales de estructuras y de estratificaciones de una sociedad, conjunto de un sector de producción bienes y servicios de ahí la

Importancia de esta ciencia dentro del sector salud pues contribuye en gran medida a una mejor administración de los recursos destinados a este rubro. ⁽¹⁾

2. Antropología: estudia los grupos étnicos humanos, sus características físicas, sociales culturales (etnología, arqueología, lingüística), la dinámica cultural de las poblaciones humanas, así como su organización social, o sea, su cultura, el proceso de aprendizaje, gracias a esta ciencia es más fácil saber cómo es que la sociedad ha ido evolucionando en cuanto a prevención para la salud.
3. Demografía: estudia la distribución geográfica cuantitativamente, su estructura, variaciones de la dinámica de la población, así como las desigualdades sociales frente a esos fenómenos ya que la salud y la enfermedad no es igual en la población, tienen distintas características como duración, gravedad, complicaciones, entre otras, así la demografía explica las desigualdades frente a la salud, enfermedad y muerte, mide fenómenos biológicos como la morbilidad, mortalidad, esperanza de vida, por eso sin la ayuda de esta ciencia sería imposible saber qué tipo de programa para la salud aplicar en cada caso.
4. Ecología: ciencia que estudia las relaciones de los seres vivos con su medio. El hombre es el principal causante de destrucción de sistemas ecológicos debido a los avances de la ciencia, los cambios de la vida moderna, alteran la naturaleza, sin considerar que a largo plazo repercute con su vida y con la de los demás seres vivos, a pesar de ser una ciencia que ha tenido su mayor auge en los últimos años, ha contribuido de gran manera a la prevención de enfermedades.
5. Economía: estudia las formas en que el hombre y la sociedad obtienen y emplean los bienes servicios (relaciones de producción), así como el funcionamiento del sistema médico, como el estatal, seguridad social, entre otros y del costo progresivamente alto de los servicios de salud y de las atenciones médicas, al igual que las otras ciencias, tiene una importancia primordial para la planeación y distribución de los recursos.
6. Estadística: se basa en la medición de los resultados en relación a objetivos concretos y precisos, por lo que a través de los resultados que se obtienen a través de ella es más fácil cuantificar los avances o retrocesos en materia de salud.

⁽¹⁾ Hernán San Martín. Salud y enfermedad. La Prensa Médica Mexicana, S.A. 4ta. Ed. México, 1984 p.29

7. **Etiología**: es la ciencia que estudia el comportamiento de los animales, incluyendo la del hombre en el área de la salud en análisis del comportamiento humano influyen hábitos, tradiciones, creencias, ignorancia entre otras condiciones sociales que interfieren en la actividad de cada uno, como todos sabemos los animales son transmisores de invariables enfermedades, ahí la importancia de hacer uso de dicha ciencia dentro del sector salud.

8. **Sociología**: estudia las estructuras, funciones y dinámica de las sociedades humanas y su influencia sobre nuestras vidas. La sociedad esta construida por individuos aislados, familias, grupos e instituciones que forman un sistema y subsistema de los cuales emergen las normas y valores que guían las relaciones humanas diarias.

La agrupación de individuos en sociedad (grupos socioeconómicos, clases sociales; grupos profesionales y otros) no es indiferente para la salud de la población, debido a que hay desigualdad social lo que ocasiona que haya enfermedad y muerte.

La sociología plantea al médico la necesidad de considerar al paciente no sólo como un organismo enfermo, así como una personalidad, como miembro de su familia y de un grupo, es decir, como una ubicación y valores precisos en la comunidad, enseña a que el individuo asuma responsabilidades, cierta autonomía en el cuidado de su salud y a no depender totalmente del médico y del sistema de salud. En nuestro siguiente tema hablaremos sobre los cambios y transformaciones que hay acerca de la evolución histórica de la salud pública enfocada en la sociedad capitalina que es el D.F., ya que es tan basto tratarlo a nivel nacional y además basta con analizarlo en este sector para darnos cuenta la repercusión que a nivel macro tiene.

La salud pública en un principio fue administrada por personas de reconocido espíritu humanitario, casi siempre personas mayores que más bien hacían uso de la experiencia, pero que carecían de conocimientos de higiene, ecológicos, científicos y administrativos suficientes para solucionar adecuadamente los problemas de salud que enfrentaban sus pacientes, posteriormente y a través del tiempo intervino el interés de los gobiernos por adquirir responsabilidad administrativa y social en salud pública e iniciaron la prevención de esta con el control de las epidemias y construyendo hospitales para pacientes con enfermedades infecciosas. Todos los países han aceptado el derecho a la salud de cada ciudadano, la responsabilidad de la comunidad a través de sus organismos pertinentes, de fomentar, prevenir, proteger y reparar la salud de sus integrantes. La legislación social se

ha enriquecido con la protección de la salud, especialmente, en la orientación preventiva social y con la aplicación de la administración científica. A continuación se explicarán cómo han ido transformando las etapas de la protección de la salud en el individuo y cómo es que con los diferentes programas de salud se ha buscado la prevención y curación diversas enfermedades.

1.2 ASISTENCIA PRIVADA.

" Es un sistema organizado de protección contra las consecuencias de riesgos que impiden a las personas el poder satisfacer por sí mismos sus necesidades elementales o provenientes de su actividad profesional, mediante el otorgamiento de prestaciones en especie y en dinero, con el producto de las aportaciones hechas por los propios asociados "

(2)

En la época romana existían fundaciones alimenticias, colegios y organizaciones, creadas y sostenidas exclusivamente por particulares con la finalidad de brindarse ayuda mutua, contra riesgos básicos y secundarios (como alimentación, vivienda, vestido, atención médica y riesgos de trabajo). Por lo que se puede examinar, que ya se tomaban en cuenta diversos elementos para la atención de la salud.

En la edad media caracterizado por el cristianismo estuvo investido de cuestiones religiosas sus antecedentes son:

- El Principio de Amor al Próximo y
- El Principio de la Caridad.

Estas acciones fueron llevadas a cabo por las asociaciones seculares, ayudaban en cuanto a la alimentación, atención médica, vivienda, vestido, existían las cofradías, los hospitales, casa cuna, orfanatos, hermandades y asociaciones de la caridad.

En México la asistencia privada esta integrada por múltiples instituciones como son: casas cunas, asilos, la Cruz Roja Mexicana, que se avoca principalmente a los accidentados, hospitales generales, en donde se atiende un gran número de la población; hospitales de especialidades, entre otras instituciones privadas.

(2) Cazores García Gustavo. Apuntes de Derecho de Seguridad Social. UNAM., México, 1996.p.10

Las características de la salud en México en asistencia privada son:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| a) Financiamiento | Particular |
| b) Pago de servicios | Acordado |
| c) Cobertura Legal | Demanda |
| d) Servicios personales | Primero y Segundo nivel |
| e) Bases Legales
Constitucional. | Código Sanitario, Ley Artículos 4° y 5° |
| f) Objetivos | Lucro |

1.3 ASISTENCIA SOCIAL

Antecedentes:

- a) En el Renacimiento empieza a surgir una corriente ideológica que es el "Humanismo", el cual pregonaba que el hombre es el eje del universo, por tal motivo debe ser respetado en su dignidad. Dicha corriente exige también al estado satisfacer el bien común.
- b) Escasez de recursos de la iglesia católica.
- c) Crecimiento demográfico.
- d) Transformación de una economía local e internacional.

Con la Revolución Francesa en 1793, en su constitución señala que la ayuda social es un deber sagrado, por lo tanto la sociedad está obligada a proporcionar medios de subsistencia a los ciudadanos en desgracia, proporcionándoles trabajo o asegurando el sustento a quienes se hayan incapacitados para trabajar. Así mismo, se incorporan garantías sociales e individuales, reconociéndose la obligación constitucional de asistir integralmente a sus gobernados.

También aparecen dos elementos fundamentales:

1. El Liberalismo y
2. El Individualismo

Nace el sistema mercantil, aparece la clase patronal (burguesa) y la clase trabajadora (obrera), con los principios del liberalismo-individualismo entre el patrón y trabajador son la libre contratación y el Estado gendarme (policía) y aparece el principio "dejar hacer, dejar pasar", el estado no intervenía en la relación de producción.

Esta corriente de trabajo como efectos la explotación de los trabajadores por la libre contratación, resumiéndose en la explotación del hombre por el hombre.

La Asistencia Social se define como: "el Conjunto de actividades y programas destinados a proporcionar servicios de apoyo a todas aquellas personas que se encuentran en un estado de debilidad social ya sea transitorio o permanente, con el propósito de hacer de estas personas Individuos con un nivel de vida semejante a aquéllos que disfrutan de salud física, mental y social completa y que por sí mismos son capaces de lograr una vida socialmente satisfactoria y económicamente productiva".⁽³⁾

Asistencia Social: "es un sistema organizado de protección contra la imposibilidad de satisfacer las necesidades elementales respecto de personas que por particulares condiciones económicas adolecen de recursos propios e Insuficientes para proveerse de tales satisfactorios, ubicándose en un estado de necesidad mediante el otorgamiento de prestaciones dadas por el Estado con recursos públicos".⁽⁴⁾

Las características de la asistencia social de la salud son:

- | | |
|--------------------------|---|
| a) Financiamiento | Estatal |
| b) Pago de los servicios | Impuestos globales de acuerdo a la situación socioeconómica de la familia y del padecimiento. |
| c) Cobertura Legal | Toda la población. |
| d) Servicios Personales | Primer Nivel, Segundo Nivel, Tercer Nivel |
| e) Bases Legales | Constitucional |
| f) Objetivos | Servicios a la comunidad. |

⁽³⁾ G. De Wit, Andres. La Salud Pública en México. ISSSTE; MÉXICO, 1975 p.28.

⁽⁴⁾ Cazares García, op. cit.p.15

1.4 SEGURIDAD SOCIAL

Como se explicó en el punto anterior, de las ideas liberales fueron transformándose al sistema capitalista que se fortaleció por la Revolución Industrial de finales del siglo XVIII y a lo largo del XIX, de acuerdo al Diccionario Enciclopédico Santillana define al Capitalismo: " Sistema socioeconómico basado en la acumulación e inversión de capital por individuos particulares que poseen los medios de producción y distribución de bienes y servicios. Se caracteriza por la motivación económica que busca el máximo beneficio privado, por la libre competencia, la fijación de precios y salarios en función de la oferta y la demanda, un sistema extendido del crédito, la libertad de contratación y un mercado de trabajo regido también por la libre competencia".

Las características básicas de éste sistema son:

- a) Los medios de producción – tierra y capital – son de propiedad privada. En este contexto el capital se refiere a los edificios, la maquinaria y otras herramientas utilizadas para producir bienes y servicios destinados al consumo.
- b) La actividad económica aparece organizada y coordinada por la interacción entre compradores y vendedores o productores que se lleva a cabo en los mercados.
- c) Tanto los propietarios de la tierra y el capital como los trabajadores son libres y buscan maximizar su bienestar, por lo que intentan sacar provecho posible de sus recursos y del trabajo que utilizan para producir, los consumidores pueden gastar como y cuando quieran sus ingresos para obtener la mayor satisfacción posible.
- d) Bajo el sistema capitalista el control del sector privado por parte del público debe ser mínimo; se considera que existe competencia, la actividad económica se controlará así misma; la actividad del gobierno sólo será necesaria para gestionar la defensa nacional, hacer respetar la propiedad privada y garantizar el cumplimiento de los contratos.

Apareció también el término de plusvalía que para el sistema capitalista es considerado como: el pago al propietario de un factor de producción (trabajo, energía) de una cantidad inferior al valor del producto. La teoría contraria al capitalismo es el socialismo – marxismo.

Con la Revolución Industrial, apareció el fenómeno del maquinismo que ocasionó condiciones laborales precarias en los obreros, había excesiva explotación del patrón hacia sus subordinados, el estado no intervenía debido a la falta de apoyo, los trabajadores se organizaron en asociaciones de trabajadores llamados sindicatos (1824), tenían como función defender a sus asociados, logrando que los patrones reconozcan sus derechos, en ellos influye una corriente ideológica el Socialismo sus exponentes Carl Marx y Engels que sintetizan los propósitos de los trabajadores. (1826-76), los objetivos teóricos de ésta eran la conquista del poder político por parte del proletariado, la supresión de las clases sociales y la colectivización de los medios de producción, además establece la teoría del valor del trabajo que conlleva el concepto de plusvalía sostiene que el capitalista paga al trabajador el costo de su producción, pero recibe el precio del mercado del producto, paga a costos externos (alquileres entre otros) y se embolsa el resto (la plusvalía) como ganancia.

Con el sindicato se dio la sindicalización, contratación colectiva, huelgas obteniendo de esta forma claridad en sus demandas, protección a los trabajadores contra consecuencias de los riesgos de trabajo, además de prestación en dinero, préstamos por una incapacidad permanente o total, o por fallecimiento. Las huelgas cobran una importancia trascendente en Europa.

En Alemania el primer ministro del imperio Alemán en 1800 Otho Von Bismarsk, propone al parlamento alemán que legisle o expida leyes sobre seguros sociales.

Aparece la Previsión Social se define como: " Sistema organizado de protección contra las consecuencias de los riesgos de trabajo, dirigido a los trabajadores asalariados, mediante el otorgamiento de prestaciones en especie y en dinero sostenido por recursos de los patrones"⁽⁵⁾

Resumiendo la Previsión Social surgió a causa de:

- Surgimiento de la clase trabajadora.
- Reconocimiento del Derecho de Asociación (sindicalización)
- La ideología socialista.
- Legislación sobre seguros sociales obligatorios.

Posteriormente en Inglaterra en 1942, en la Segunda Guerra Mundial, el Estado encarga al ex ministro de economía Sir. William Beveridge un plan de protección que subsanará las

(5) Cazares García, op.cit.p.20

deficiencias de la previsión social, concluye que el Estado, además del trabajador y patrón y el Estado tiene la obligación de contribuir para el mejoramiento de una sociedad productiva, para esto debe estar integrada por personas sanas y elabora un Plan Nacional de Seguridad Social que combate la indigencia, enfermedades, suciedad, ociosidad e ignorancia, integró seguros de enfermedad, desocupación, vejez, muerte y riesgos de trabajo, creó un sistema financiero donde aportaba el patrón, trabajador y el Estado (1944).

La Seguridad Social * es el medio por el cual se pretende garantizar al hombre su bienestar material y espiritual, presente y futuro, que permita su desarrollo integral en un marco de libertad y dignidad *⁽⁶⁾

Las características de la Seguridad Social en México son:

- | | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| a) Financiamiento | Tripartita |
| b) Pago de los servicios | Previo |
| c) Cobertura Legal | Asegurados |
| d) Servicios personales | Segundo y Tercer Nivel |
| e) Bases Legales | Ley del Seguro Social, Ley del ISSSTE |
| f) Objetivos | Servicios a la comunidad |

1.5 DIVISION DE PODERES.

De acuerdo con lo preceptuado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos la forma adoptada por el estado mexicano es la federal, Art. 40 *... Estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior pero unidos en una federación...*

Nuestra Carta Magna establece como se integra el Estado Mexicano:

El territorio, la población y el gobierno.

⁽⁶⁾ *ibid.*, p.23

El gobierno de la nación mexicana esta representado en su sentido amplio, por la integración y funcionamiento de tres poderes, como lo establece el Art. 49 constitucional, o sea, el Estado mexicano se divide para su ejercicio en los poderes legislativo, ejecutivo y judicial.

A) Poder Legislativo

Se deposita, según el Art. 50 de la Constitución, en un Congreso General que se divide en dos Cámaras una de Diputados y otra de Senadores.

Las dos Cámaras reunidas constituyen el Congreso General o Congreso de la Unión. La Cámara de Diputados esta integrada por 500 diputados, de los que 300 son electos de manera directa por el voto mayoritario de los ciudadanos, y 200 según el principio de representación proporcional y representan todos en conjunto y cada uno por si solo, precisamente a la nación, al pueblo, en el seno del Poder Legislativo y duran en su cargo tres años.

La Cámara de Senadores esta compuesta por 128 miembros electos por el voto directo de los ciudadanos pero, a diferencia de la otra Cámara representan en el Poder Legislativo a los estados o entidades federativas que componen los Estados Unidos Mexicanos (31 estados y el D.F.), y se eligen 4 senadores por cada entidad y duran en su cargo 6 años.

Las Cámaras de Diputados y Senadores tienen facultades expresas en la propia Constitución siendo la principal legislar, creando o modificando las leyes que el país requiere y funciona en períodos ordinarios y extraordinarios sesiones, los ordinarios se dividen en 2 períodos, el primero del 1° de septiembre(que se inician con la comparecencia del presidente de la república a rendir su informe anual) al 15 de diciembre de cada año, y el segundo del 15 de abril al 15 de julio; los extraordinarios pueden ser durante el resto del año si es convocado por la Comisión Permanente. Durante el receso del Congreso, o sea, durante los meses de enero a abril, julio y agosto, el Poder Legislativo esta representado para sus funciones constitucionales por la Comisión Permanente integrada por 15 diputados y 14 senadores, nombrados por sus respectivas cámaras en víspera de la clausura del período ordinario de sesiones.

B) Poder Ejecutivo

De acuerdo con el artículo 80 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos * se deposita el ejercicio del Supremo Poder Ejecutivo de la Unión en un solo individuo, que se denominará el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos. *

En México, el Poder Ejecutivo esta representado por el presidente de la República, quien concentra más poder que ninguna otra institución del país, es a la vez jefe del Estado mexicano, jefe del gobierno mexicano, y jefe de las Fuerzas Armadas de México. Como jefe del estado, el presidente de los Estados Unidos Mexicanos representa y simboliza la unidad nacional y la soberanía del pueblo mexicano.

El jefe del Poder Ejecutivo es electo cada seis años por una mayoría de ciudadanos, pero al llegar a su alto cargo no solo representa a esa mayoría, sino a todos los mexicanos. El Poder Ejecutivo se integra además con los secretarios de Estado, jefes de departamento y directores de instituciones descentralizadas y empresas del Estado o paraestatales.

La Constitución establece expresamente las facultades que tiene el presidente de la República, siendo sus principales obligaciones guardar y hacer guardar la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y las leyes que de ella emanen; desempeñar leal y patrióticamente el cargo, mirar en todo por el bien y prosperidad de la unión, o sea, de la federación, según se prevé en el texto del artículo 87 de la Constitución que el presidente pronuncia de viva voz al rendir su protesta del cargo ante los representantes de la nación.

El Poder Ejecutivo tiene en nuestro sistema republicano federal y representativo tres niveles básicos de expresión real en todo el país. Ellos son el Poder Ejecutivo de la Federación o presidente de los Estados Unidos Mexicanos; el jefe del Poder Ejecutivo de cada uno de los 31 estados (en el Distrito federal el gobernador es el presidente de la República, quien ejerce su mandato a través del jefe de Gobierno del Distrito Federal) y presidentes de los ayuntamientos, a quienes se les conoce como presidentes municipales. Al respecto, el artículo 115 establece que los estados adoptarán su régimen interior la forma de gobierno republicano, representativo y federal, teniendo como base de su división territorial y de su organización política y administrativa el Municipio Libre.

Cada municipio es administrado por un ayuntamiento de elección popular directa y no hay ninguna autoridad intermedia entre el ayuntamiento y el gobierno del estado, los municipios administrarán libremente su hacienda, y los estados y municipios en el ámbito de sus competencias, expedirán las leyes, reglamentos y disposiciones administrativas que

necesiten para sus fines legales. Los ayuntamientos están integrados por un número determinado de regidores, según la población de cada municipio, entre las que se distribuyen las áreas de trabajo o responsabilidad social.

Así en el seno de las tres grandes entidades, federación, estados y municipios, existe electo un titular de un poder ejecutivo, administrativo y político que no admite dentro de su jurisdicción y competencia otro poder más arriba, en su respectivo campo territorial y poblacional funcionan por igual los otros dos poderes: el Legislativo y el Judicial, pues la federación tiene su congreso general que comprende a la Cámara de Diputados y a la Cámara de Senadores y el Poder Judicial Federal. Los 31 estados tienen su poder legislativo, o sea, la Cámara local de Diputados para legislar y darse sus propias leyes (en el D.F., la rige la Asamblea de Representantes), así como sus propios poderes judiciales representados en los tribunales superiores de justicia de cada Estado. Los municipios cuentan con cuerpos colegiados que son los ayuntamientos reunidos con todos sus regidores, los que estén facultados para celebrar y aplicar reglamentos o disposiciones relativas al gobierno y administración municipales, e igualmente los municipios disponen de su poder judicial a través de los jueces municipales que existen para el conocimiento y resolución jurisdiccional de conflictos o problemas que por su baja cuantía o gravedad son de su competencia.

C) Poder Judicial

Conforme al Artículo 94 de la Constitución, el ejercicio del Poder Judicial se deposita en una Suprema Corte de Justicia, en un Tribunal Electoral, en Tribunales Colegiados en materia de amparo y Unitarios de Circuito en materia de apelación y en Juzgados de Distrito.

La administración, vigilancia y disciplina del poder Judicial de la Federación, con excepción de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, estarán a cargo del Consejo de la Judicatura Federal en los términos que conforme a las bases que señala esta Constitución, establezcan las leyes.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación se compone de once Ministros y funciona en Pleno o en Salas.

Los ministros de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, son nombrados por el Presidente de la República, siendo sometido sus nombramientos a la aprobación de la

Cámara de Senadores, la que otorgará o negará dicha aprobación dentro del término de treinta días. Los Magistrados de Circuito y Jueces del Distrito Federal son nombrados y adscritos por el Consejo de la Judicatura Federal.

Se debe destacar que mientras el Poder Legislativo elabora o aprueba las leyes del país, el Poder Ejecutivo es el responsable de velar por su aplicación y cumplimiento de estas, el Poder Judicial, a través de sus respectivos ministros, magistrados y jueces, es el órgano encargado de llevar a cabo la interpretación de las leyes para su justa y exacta aplicación en los casos concretos; es la responsable de velar por la seguridad jurídica de las personas y mediante el juicio de amparo, proteger a las personas contra violaciones a la Constitución y a las Garantías Individuales y sociales en que incurran las autoridades en perjuicio de aquellas.

1.6 NEOLIBERALISMO.

Tiene su antecedente en el liberalismo fundado en el valor de la libertad individual y uno de sus creadores fue Adam Smith, cuyos principios básicos formulados en el siglo XVIII, son:

- El individuo es la fuente de sus propios valores morales.
- El proceso de comercio e intercambio entre individuos tiene tanto propiedades de eficiencia para lograr el bienestar colectivo, como exaltación de la libertad.
- El mercado es un orden espontáneo para la asignación de recursos; el intercambio entre las naciones no sólo acrecentará la riqueza mediante la división internacional del trabajo, sino que tenderá a reducir las tensiones políticas y la guerra.
- La política pública debería limitarse a las pocas preocupaciones comunes de los individuos, la libertad, la seguridad, la justicia entre otras. Todo esto según el creador del liberalismo.

También se puede sintetizar conceptualmente como:

1. "Un compromiso con la libertad personal, definida como la no interferencia en las creencias y en la búsqueda de objetivos privados.

2. Una política de estricta libertad económica, a la que habitualmente se denomina *laissez faire* (dejar hacer).

3. Una doctrina del gobierno limitado y restringido a asegurar las funciones básicas de la organización de la sociedad, particularmente la libertad, la seguridad y la justicia.⁽⁷⁾

La decadencia del liberalismo comenzó a finales del siglo XIX, por la revolución Keynesiana que implica " la generalización del Estado de bienestar, entendido como aquél conjunto de acciones públicas tendientes a garantizar a todo ciudadano de una nación a un mínimo de servicios que mejore sus condiciones de vida."⁽⁸⁾

El neoliberalismo surge por ideas propugnadas por los ideólogos economistas burgueses como Friedrich Von Hayek y Von Mises.

Se comienza a aceptar la intervención del Estado para limitar a través de leyes las acciones monopólicas y oligarquicos. Influidos por el sindicalismo y el socialismo, los liberales comienzan a modificar su doctrina. Del viejo liberalismo han quedado inalterables dos premisas en materia económica: el libre mercado y la libre competencia.

Pero realmente detrás del neoliberalismo sigue existiendo el viejo liberalismo burgués que se basa en el principio del lucro personal en contrario a las necesidades y el bienestar de la gran mayoría laboriosa de la sociedad.

Los neoliberales y liberales son partidarios del sistema capitalista. El problema no es la intervención del estado, es al revés; las grandes empresas se han superpuesto al estado utilizándolo como instrumento para sus fines económicos.

La política neoliberal está expresada por las privatizaciones de las empresas del estado, el aumento de la superexplotación de los trabajadores, con la aplicación de la flexibilización laboral, el achacamiento del estado y la privatización del seguro social.

La crisis económica de 1929, que produjo la quiebra de la Bolsa de Valores de Nueva York, puso al desnudo las imperfecciones del liberalismo económico. Los monopolios y el

⁽⁷⁾ René Villarreal, Neoliberalismo y Liberalismo Social. F.C.E. 2ª Ed. México, 1986 p. 95

⁽⁸⁾ Anda Gutiérrez Cuauhtémoc. Entorno Socioeconómico de México. 1ª Ed. Limusa. México, 1996. P. 25

oligopolio habían concentrado excesivamente las riquezas, la superproducción desvarolizaba los productos industriales y agropecuarios, cayeron los valores de las bolsas, las empresas cerraron y la desocupación crecía como consecuencia de la gran depresión. Con esta crisis hizo necesaria la intervención del Estado. A partir de este momento el estado deja su posición de independiente y pasa a intervenir en la economía en forma directa, utilizando el gasto público, para impulsar la economía (impulsó obras públicas, inversiones de bonos estatales en la bolsa de valores entre otras acciones).

En la década de 1950 y principios de los 60, aparecen obras fundamentales de los economistas neoliberales y la escuela neoliberal de Viena de la segunda y tercera generación, en la que se distinguen Ludwig Von Mises y F. Von Hayek, las escuelas neoliberales norteamericanas, tales como: el monetarismo representado por Milton Friedman, la teoría del capital humano, creada por Gary Becker y T. Schultz, la escuela de los derechos de propiedad, propiciada por Ronald Coase, Douglas North y S. Pejovich y la escuela de la elección pública por James Buchanan y Gordon Tullock. En los años setenta, los gobiernos aplicaron como fundamento de la política económica el manejo de la demanda agregada y una política de gastos que tenía múltiples funciones como garantizar el pleno empleo, aplicar conexiones con el bienestar social, estimular el proceso de crecimiento en las economías de mercado, el acceso a la educación, la sanidad, la vivienda, las pensiones, el seguro al desempleo, entre otras medidas, que en cierta forma apoye a la población de bajos ingresos.

Pero después hubo una crisis económica que afecta fundamentalmente la perspectiva de la intervención del Estado surgiendo en ese momento "el Estado no es la solución, es el problema", le atribuyen que debido a su intervención hay desempleo, inflación, debilidad al crecimiento, burocratización e intervención estatal en las puestas en marcha de las funciones Keynesianas de bienestar, interferiría con el proceso de crecimiento y distorsionaría el funcionamiento del mercado al eliminar los incentivos para la acción de los agentes individuales, considerados centrales en el sistema económico.

Hacia 1980 en Estados Unidos e Inglaterra se radicalizó el sistema capitalista en el terreno económico, en lo que se denominó "Reaganomics" y es ahí en donde inicia el neoliberalismo, surgiendo una batalla interna contra el excesivo intervencionismo estatal. Se privatizaron las empresas, se disminuyeron los impuestos a los que más ganan, en el ánimo de que fuera la iniciativa privada quien se quedara, reinvirtiera y administrara esas diferencias en tasas impositivas. Poco a poco los países ricos adoptaron este modelo económico que incluye como principios básicos la apertura comercial, la libertad y la democracia.

Así el Neoliberalismo desarrolló ideas liberales clásicas como son:

- a) La importancia del individuo,
- b) El papel limitado del Estado, ya que su intervención gubernamental usualmente no funciona, y
- c) El valor del mercado libre, donde el intercambio voluntario de bienes y servicios satisfecerá habitualmente los requerimientos de los individuos con mucha mayor eficacia que el gobierno dentro de las restricciones de sus recursos limitados.

También afirma que si los individuos pueden libremente perseguir sus propios intereses, las consecuencias colectivas van a ser mucho más beneficiosas que la acción gubernamental.

El objetivo fundamental de la política económica neoliberal, es propiciar el funcionamiento flexible del mercado eliminando todos los obstáculos que se levantan a la libre competencia (donde todos los países compiten en condiciones de igualdad, según sus posibilidades), esto va ocasionando que en el mundo se adopten tipos de cambio flexible y haya un desmonte de todo tipo de protecciones, estímulos y ayudas a los productores.

En la última década todos los países de América Latina y el Caribe han realizado reformas estructurales como:

1. "La liberación comercial,
2. La política tributaria,
3. La desregulación financiera,
4. La privatización,
5. La legislación laboral y
6. La transformación del sistema de pensiones"

En América Latina con la ola de democratización, y la compleja tendencia internacional, apareció una tendencia *Economicista* y *Tecnocrática*, tenía como pretexto la reivindicación de la libertad de mercado, pero realmente está reorganizando a las sociedades por la fuerza en términos bipolares y excluyentes, beneficiando a las grandes potencias, empresarios, a los que detentan el poder y a los ricos.

Ha producido un nuevo fenómeno que son los *Excluidos Sociales* * son las personas quienes antes de las políticas de ajustes del modelo neoliberal estaban dentro del mercado.

laboral, y tenían acceso a la seguridad, a la justicia, a la salud, a la educación y hoy engrosan las estadísticas de los desempleados, marginados extremadamente pobres".⁽⁹⁾

Otra consecuencia es el surgimiento de los " *Estados Paralelos*, ésta categoría es conceptualizada con relación a organizaciones que funcionan al margen de la ley y que cuentan con el apoyo significativo de las poblaciones más necesitadas, estas pueden estar relacionadas con el narcotráfico, propiciando el aumento de la criminalidad y la marginalidad.

-⁽¹⁰⁾ Se ha reducido la efectividad de presión por parte de las masas.

El sistema neoliberal es el principio de la exclusión, hay desigualdad social, y en lugar de estar construida una cultura política participativa, y democrática, está resultando una cultura política fragmentada e individualista con un reducido capital social (" definido como el desarrollo de redes de solidaridad y de identidades colectivas. ")⁽¹¹⁾

El estado se minimiza:

- a) Amplía los gastos en defensa y seguridad,
- b) Hay reducción de los gastos en las funciones económicas (habitación, minería, industria, construcción, agricultura y transporte)
- c) Disminución de los gastos sociales (salud, educación, seguro social y asistencia social).

EL MODELO NEOLIBERAL EN MEXICO

Este modelo expandido en casi todos los países del mundo, se ha ensañado contra numerosos pueblos del tercer mundo cuyos gobiernos son presionados por instituciones financieras internacionales y por élites económicas nativas cuyos intereses e ideología coinciden con el capital corporativo transnacional, y han aplicado ajustes económicos sugeridos por los Chicago Boys e impuestos mediante el FMI, del Banco Mundial y de los intereses oligárquicos.

⁽⁹⁾ Rene Villarreal, op. Cit. P. 97

⁽¹⁰⁾ Ibíd p. 99

⁽¹¹⁾ Ibíd p. 100

En nuestro país la revolución neoliberal, se aplicó en el sexenio del Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, llamado " *Estrategia del Cambio Estructural* ", y que con el periodo del Lic. Salinas de Gortari se designó " *modernización económica* " que arranca con el Pacto de Solidaridad Económica decretado en 1987, extendiéndose hasta la actualidad, consiste en la reducción del gasto público programable, que conllevó el retiro del Estado de sus funciones económicas como inversionista, como agente activo del desarrollo económico, a través de la desregulación, la cancelación o reducción de los programas de fomento económico y la privatización de empresas públicas, la reducción de los salarios reales, la restricción de la oferta crediticia (para consumo e inversión), etc.

Como resultado de la aplicación prolongada y, persistente, se produjo una recesión: disminuyó la producción porque se contrajo la demanda, las mayores ventas al exterior no pudieron contrarrestar la contracción del mercado interno, disminuyó el empleo y ésta presionó a los salarios a la baja, deprimiendo la demanda agregada, la producción y la inversión (fue un sexenio de crecimiento cero).

A partir de 1984 se pone en marcha un proceso de apertura comercial denominado *nacionalización de la protección*, que va reduciendo aranceles y suprimiendo precios oficiales y permisos previos de importación, para desembocar en la adhesión de México al GATT (Acuerdo General de Aranceles y Comercio) en 1986, esto ocasionó la destrucción del aparato productivo mexicano creado en los años cuarenta que se había desarrollado a partir de un sistema proteccionista que cerraba las fronteras a productos y artículos del exterior que pudieran hacer competencia a los nacionales.

Al ingresar al GATT hubo liberación, es decir, demumbo de barreras arancelarias y no arancelarias, prohibiciones y permisos de importación, así el modelo neoliberal se precipita con el Pacto de Solidaridad Económica (1987), reduce aranceles hasta el 20%, además la prioridad principal de la estrategia económica deja de ser la generación de excedentes para servir la deuda externa, asume la estabilización de precios, hay aceleramiento en la apertura comercial, renegociación de la deuda externa, la inversión extranjera provocó endeudamiento para el país y enajenar activos nacionales para comprar en el exterior mercancías que compitan con las nacionales y presionen la inflación a la baja, esto se denominó "*Reaganomics Salinista: Endeudar al País.*"⁽¹²⁾

Las fases del neoliberalismo mexicano el neoconservadurismo que consiste en una política salarial no de mano invisible del mercado sino de mano dura de topes salariales y represión

⁽¹²⁾ René Villarreal, op. Cit. p. 100

sindical; oídos sordos a las demandas de los sectores empresariales afectados por las políticas neoliberales de apertura y abandono por el Estado de sus funciones en la promoción sectorial del desarrollo económico, además reprime al proletariado y a los estratos más desprotegidos.

Se dieron factores con el ingreso al GATT que nuestro país resintió: la apertura comercial y reconversión industrial que el gobierno realizó por su cuenta, dejó que los industriales mexicanos se las arreglaran como pudieran cada uno por su cuenta, con la reconversión tecnológica de sus industrias, ocasionó que sólo unas cuantas ramas industriales sobrevivieran y pudieran utilizar la reconversión tecnológica, cerrando así varias empresas pequeñas, ocasionando desempleo, el mercado nacional fue invadido por importaciones que desplazaron la producción nacional, ha producido endeudamiento externo, mayor apertura a la inversión extranjera, profunda dependencia financiera externa, el modelo neoliberal mexicano cada vez empobrece más a la población, ya que le quita al pobre para dárselo a los ricos.

1.7 DISTRITO FEDERAL

En nuestro país constituido de acuerdo al Art. 43 "Las partes integrantes de la Federación son los Estados de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán, Zacatecas y el Distrito Federal." ⁽¹³⁾ De este último hablaremos principalmente, ya que es considerado como una gran Urbe donde está concentrada la mayor parte de la población mexicana, las Secretarías, Oficinas de Gobierno, Institutos, Hospitales, Universidades, Centros de Investigación, entre otros. El Art. 44 de nuestra Carta Magna señala "La Ciudad de México es el Distrito Federal, sede de los poderes de la Unión y Capital de los Estados Unidos Mexicanos. Se compondrá del territorio que actualmente tiene y en el caso de que los poderes Federales se trasladen a otro lugar, se erigirá en el Estado del Valle de México, con los límites y extensión que le asigne el Congreso General."

⁽¹³⁾ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. Sista, S.A., México, 1994. Pág. 27

Y de acuerdo al Estatuto de Gobierno del D.F. es una entidad federativa con personalidad jurídica y patrimonio propio con plena capacidad de adquirir y poseer toda clase de bienes que le sean necesarios para la prestación de los servicios públicos a su cargo y en general, para el desarrollo de sus propias actividades y funciones. . . (Art. 2)

El Distrito Federal está dividido en 16 delegaciones creadas como órganos desconcentrados son:

1. Alvaro Obregón
2. Azcapotzalco
3. Benito Juárez
4. Coyoacán
5. Cuajimalpa de Morelos
6. Cuauhtémoc
7. Gustavo A. Madero
8. Iztacalco
9. Iztapalapa
10. La Magdalena Contreras
11. Miguel Hidalgo
12. Milpa Alta
13. Tiáhuac
14. Tlalpan
15. Venustiano Carranza
16. Xochimilco

Cada una cuenta con un Jefe Delegacional, electo en forma universal, libre, secreta y directa cada tres años, iniciando el 1° de octubre del año de la elección, deberán observar y hacer cumplir las resoluciones que emita el Jefe de Gobierno, Asamblea Legislativa, el Tribunal Superior de Justicia y demás autoridades jurisdiccionales.

Las Autoridades Locales de Gobierno que rigen al Distrito Federal, son:

1. La Asamblea Legislativa del Distrito Federal; que tiene la función de legislar, está integrada por 40 diputados electos según el principio de votación mayoritaria relativa, mediante el sistema de distritos electorales uninominales y 28 diputados electos por el principio de representación proporcional, mediante el sistema de listas votadas en una circunscripción plurinomial. Sólo participan los partidos políticos que cuenten con registro, son electos cada tres años, por cada propietario se elige un suplente.

2. El Jefe de Gobierno del Distrito Federal, tiene a su cargo el órgano ejecutivo de carácter local y la administración pública en la entidad, es elegido por votación universal, libre, directa y secreta, su elección se realizará cada seis años, en la misma fecha en que sea la elección del Presidente.

Su cargo dura seis años, a partir del día 5 de diciembre del año de la elección, algunas de sus facultades y obligaciones son:

- Iniciar leyes y decretos ante la Asamblea Legislativa
 - Promulga, pública y ejecuta las Leyes y Decretos que expida la Asamblea Legislativa,
 - Cumplir y ejecutar las leyes relativas que expida el Congreso de la Unión,
 - Formular proyectos de reglamentos sobre leyes del Congreso de la Unión, relativas al Distrito Federal.
 - Nombrar y remover libremente a los titulares de unidades, órganos y dependencias de la Administración Pública del Distrito Federal,
 - Nombrar y remover libremente al Presidente de la Junta de Asistencia Privada,
 - Presentar a la Asamblea Legislativa del Distrito Federal a más tardar el día treinta de noviembre, la Inicialiva de Ley de Ingresos y el Proyecto de Presupuestos de Egresos,
 - Formular el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal... entre otros.
3. El Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal; se encarga de la función judicial del fuero común, así el Consejo de la Judicatura del Distrito Federal, Jueces y demás órganos que su Ley Orgánica señale, impartirán justicia y vigilarán que la Ley se aplique.

El Ingreso y promoción de los servidores públicos a los órganos que ejerzan la función judicial, distintos del Tribunal Superior y el Consejo de la Judicatura, se hará mediante el sistema de carrera judicial, a través de un concurso interno de oposición que determine el Consejo de la Judicatura del Distrito Federal en base al número de vacantes a cubrir.

La Asamblea Legislativa resolverá en un plazo de 15 días, por el voto de la mayoría de sus miembros presentes, respecto de los nombramientos de los Magistrados del Tribunal Superior de Justicia que haya realizado el Jefe de Gobierno; duran seis años en el ejercicio de su cargo.

La administración, vigilancia y disciplina del Tribunal Superior de Justicia, de los juzgados y demás órganos judiciales estarán a cargo del Consejo de la Judicatura del Distrito Federal; la cual se integra por siete miembros:

Uno será el Presidente del Tribunal Superior de Justicia y del Consejo, un Magistrado, un Juez de Primera Instancia y un Juez de Paz, electos mediante insaculación; dos Consejeros designados por la Asamblea Legislativa y uno por el Jefe de Gobierno. Los Consejeros duran cinco años en su cargo.

1.8 INDICADORES DE LA SALUD PUBLICA

Como hemos señalado anteriormente, la salud y enfermedad obedecen a factores externos e internos, la salud es adaptación y equilibrio, enfermedad es desadaptación. Para la identificación de problemas y necesidades de salud, es necesario determinar los indicadores de salud que son útiles para ayudar a determinar la importancia de los problemas, las prioridades de salud, además sirven como medidas de evaluación cuantitativa como cualitativa de la eficacia de los servicios de salud a través de estadísticas.

Existen las siguientes categorías, de indicadores del sistema de salud:

1. *Los indicadores sociodemográficos:* son útiles para la determinación de necesidades de salud y servicios, analiza la estructura de la población, crecimiento o decrecimiento demográfico como la edad, sexo, el nivel socioeconómico.
2. *Los indicadores sanitarios:* señalan riesgos derivados de condiciones especiales del ambiente, físico y social, que ocasionan mortalidad, morbilidad e incapacidad.
3. *Los indicadores de utilización de los servicios de salud:* están basados sobre la hipótesis de que la utilización de servicios corresponde a las necesidades en materia de servicios, mide la morbilidad a partir de las estadísticas de admisión y tratamiento hospitalario.
4. *Los indicadores de recursos:* son humanos, físicos y financieros que expresan a los dos primeros en términos monetarios.⁽¹⁴⁾

De acuerdo al XII Censo General de Población y Vivienda 2000, los datos preliminares arrojados son:

⁽¹⁴⁾ García Vargas, Julián. La Planificación Sanitaria. Masson, S.A. 3ª. Ed. España, 1994. Pág. 64

EN POBLACION

Entidad	Total	Hombres	Mujeres
Estados Unidos Mexicanos	97,361,711	47,354,380	50,007,325
Distrito Federal	8,591,309	4,087,523	4,503,786

Sólo mencionaremos algunos indicadores de la salud en el Distrito Federal como:

Población total según sexo e índice de masculinidad, por delegación

Delegación	Población		
	Total	Hombres	Mujeres
<i>Distrito Federal</i>	8,591,309	4,087,523	4,503,786
Alvaro Obregón	685,327	325,866	359,461
Azcapotzalco	440,558	209,070	231,488
Benito Juárez	359,334	159,139	200,195
Coyoacán	639,021	298,692	340,329
Cuajimalpa de M.	151,127	71,390	79,737
Cuauhtémoc	515,132	240,472	274,660
Gustavo A. Madero	1,233,922	591,672	642,250
Iztacalco	410,717	195,283	215,434
Iztapalapa	1,771,673	858,952	912,721
M. Contreras	221,762	106,008	115,754
Miguel Hidalgo	351,846	159,006	192,840
Milpa Alta	96,744	47,700	49,044
Tláhuac	302,483	146,712	155,771
Tlalpan	580,776	278,570	302,206
Venustiano C.	462,089	218,228	243,861
Xochimilco	368,798	180,763	188,035

Fuente: INEGI. Distrito Federal, resultados preliminares XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

De acuerdo al cuadro estadístico, la delegación de Iztapalapa cuenta con mayor número de población constituida en su mayoría por población femenina, le sigue la delegación de Gustavo A. Madero, Alvaro Obregón y Coyoacán. La delegación Milpa Alta cuenta con menor número de población.

Población de 12 años y más por sexo y nivel de instrucción, según condición de actividad

Trimestre: Abril – Junio

Año. 1998

Sexo y Nivel De Instrucción	Población de 12 años y más	Condición de Actividad	
		Económicamente Activa	Económicamente Inactiva
<i>Distrito Federal</i>	6,734,225	3,849,643	2,884,582
Sin Instrucción	260,700	100,596	160,104
Primaria Incompleta	670,932	277,889	393,043
Primaria Completa	1,211,588	635,178	576,410
Secundaria ¹	2,377,860	1,335,477	1,042,383
Medio Superior y Superior	2,213,145	1,500,503	712,642
<i>Hombres</i>	3,169,046	2,395,552	773,494
Sin Instrucción	73,916	39,629	34,287
Primaria Incompleta	284,875	161,978	122,897
Primaria Completa	520,836	386,751	133,885
Secundaria ¹	1,025,353	783,689	241,664
Medio Superior y Superior	1,264,266	1,023,505	240,761
<i>Mujeres</i>	3,565,179	1,454,091	2,111,088
Sin Instrucción	188,784	60,967	125,817
Primaria Incompleta	388,057	115,911	270,146
Primaria Completa	690,952	248,427	442,525
Secundaria ¹	1,352,507	551,788	800,719
Medio Superior y Superior	948,879	476,998	471,881

¹Incluye a la población de 12 años y más que tiene secundaria incompleta y completa.

De acuerdo a este cuadro, hay más población femenina que masculina, pero hay más hombres económicamente activos, cuentan con mejor instrucción escolar de Nivel Medio Superior y Superior que la mujer.

Defunciones Generales Según Principales Causas de Muerte

1997

Clave Lista Básica de la CIE	Causa	Defunciones
	Total	46,884
25-28	Enfermedades del Corazón	8,595
27	Enfermedad Isquémica del Corazón	5,899
26	Enfermedad Hipertensiva	1,164
	Resto de las Enfermedades del Corazón	1,532
08-14	Tumores Malignos	6,079
101	Tumor Maligno de la Traquea, de los Bronquios y del Pulmón	662
113	Tumor Maligno de la Mama de la Mujer	558
091	Tumor Maligno del Estómago	499
	Resto de Tumores Malignos	4,360
181	Diabetes Mellitus	5,058
29	Enfermedad Cerebrovascular	2,662
291	Hemorragia Intracerebral y Otras Hemorragias Intracraneanas	904
	Resto de Enfermedades Cerebrovasculares	1,758
E47-E53	Accidentes	2,550
E471	Accidentes de Tráfico de Vehículos de Motor	1,264
	Resto de Accidentes	1,286
347	Cirrosis y otras Enfermedades Crónicas del Hígado	2,505
321-322	Neumonía e Influenza	2,355
45	Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal	1,775
454	Hipoxia, Asfixia y otras Afecciones Respiratorias del Feto Recién Nacido	1,052
	Resto de Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal	723
350	Nefritis, Síndrome Nefrótico y Nefrosis	1,242
E55	Homicidio y Lesiones Influidas Intencionalmente por otra Persona	1,072
325	Otras Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas	1,026
44	Anomalías Congénitas	896
184	Sida	889
323	Bronquitis Crónica y la No Especificada, Enfisema y Asma	740
19	Deficiencias de la Nutrición	537
	Resto de las Causas a/	8,803

Nota: La información se refiere a las defunciones de personas que tenían residencia habitual en la Entidad. Los grupos y causas que aparecen en este tabulado, así como su respectiva clave, corresponden al manejo establecido en la "Clasificación Internacional de Enfermedades" (CIE) en su 9ª. Revisión; éste es un documento normativo en la materia que contiene diferentes niveles de agrupación, entre los cuales se encuentra la denominada "Lista Básica de Causas de Muerte" recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para lograr la comparabilidad estadística del fenómeno a nivel internacional. Con base en las denominaciones que presenta esta lista, se seleccionaron y ordenaron decrecientemente las principales causas de muerte, según su frecuencia respecto al total.

a/ Incluye 161 casos de diarritmia cardíaca y 95 de signos, síntomas y estados morbosos mal definidos; tales distinciones se establecen conforme al acuerdo entre el INEGI y la Secretaría de Salud, para tener elementos de evaluación respecto a la calidad de la certificación médica de las causas de muerte.

Fuente: INEGI. Dirección Regional Centro; Dirección de Estadística en el Distrito Federal

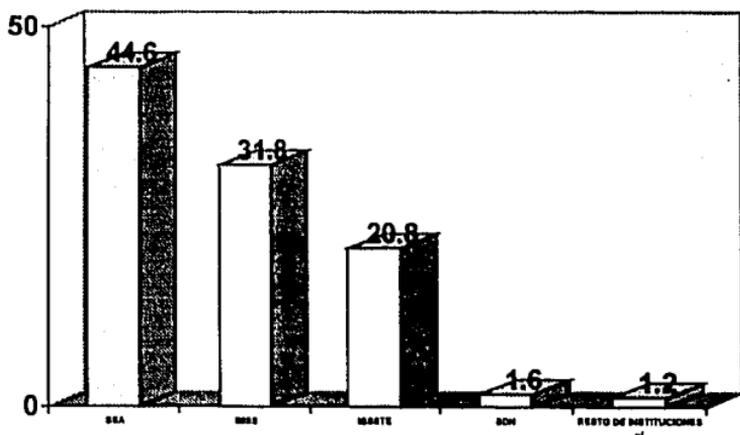
Respecto a la población derechohabiente en 1995, era del 53.75%, sin derechohabilidad era del 46.25% y en el año de 1997 cambia de la siguiente forma

Población Usuaria, Personal Médico y Unidades Médicas en Servicio de las Instituciones Públicas del Sector Salud según Institución.

1997.

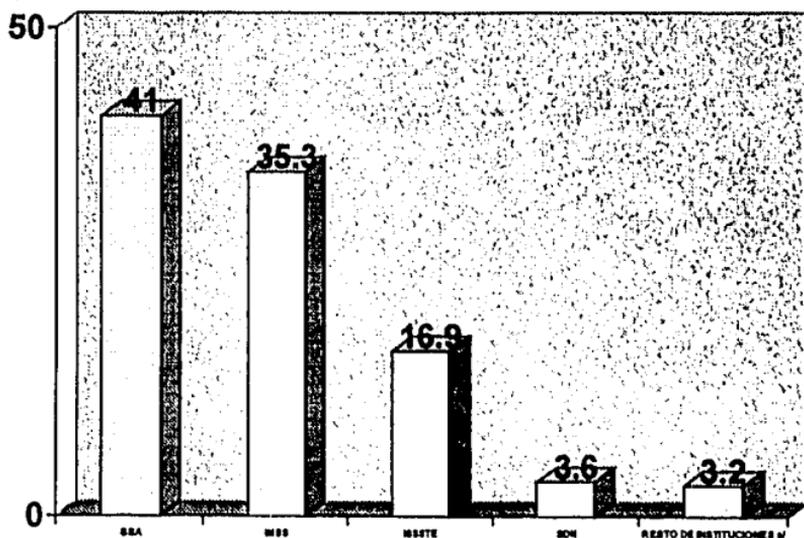
(Porcentaje)

Población Usuaria



En la presente gráfica podemos observar que la institución que tiene mayor demanda de atención a la salud es el Sistema de la Secretaría de Salud y quienes menos atienden son algunas otras Instituciones públicas

Personal Médico



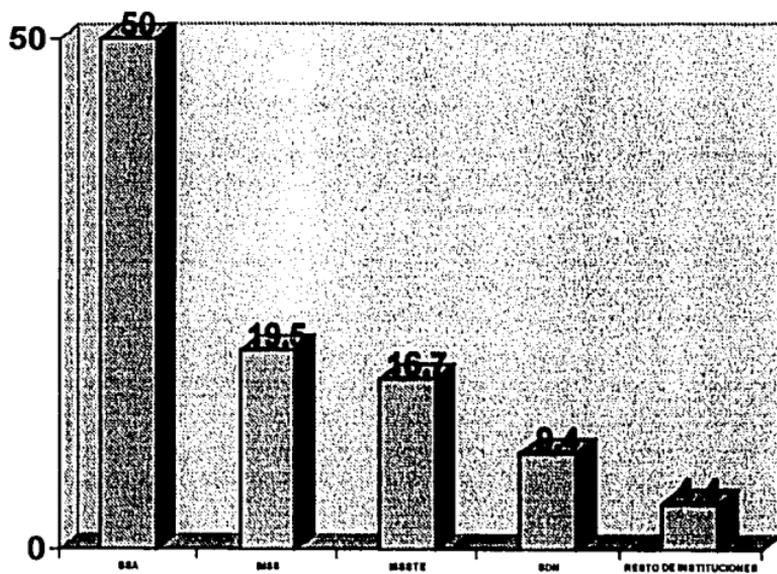
Al ser el Sistema de la Secretaría de Salud quien reporta atender un mayor número de pacientes, el grupo de médicos que prestan su servicio también es mayor que el de las demás instituciones representadas en esta gráfica.

a/ Comprende PEMEX, SM, IMSS-SOLIDARIDAD, CRUZ ROJA, INI y otra no especificada.

b/ Datos referidos al 31 de diciembre

Fuente: Cuadro 3.3.3

Unidades Médicas en Servicio



Esta gráfica muestra claramente qué instituciones son las que tienen el mayor número de unidades médicas para la atención de la salud.

a/ Comprende PEMEX, SM, IMSS-SOLIDARIDAD, CRUZ ROJA, INI y otra no especificadas.

b/ Datos referidos al 31 de diciembre

Fuente: Cuadro 3.3.3

CAPITULO II

NOCIONES HISTORICAS DE LA SALUD PUBLICA EN MEXICO

2.1 Epoca Prehispánica

2.2 Epoca Colonial

2.3 Epoca Independiente

2.4 Epoca Revolucionaria

2.5 Epoca Post - Revolucionaria

2.1 Epoca Prehispánica

La organización de los servicios de salud va desarrollándose de acuerdo a los procesos históricos sociales y de cada país.

En México, antes de la llegada de los españoles sólo hay como antecedente conocimientos terapéuticos empíricos que están sustentados en la botánica médica; otros recursos eran las sangrías, los masajes, el baño termal, dietas, tenían conocimiento de algunas enfermedades, pero sus prácticas curativas se realizaban según una concepción mágico-religiosa.

2.2 Epoca Colonial

La conquista de los españoles trajo consigo varios cambios en la salud, como epidemias, agentes infecciosos desconocidos por la población como la viruela, la peste, la sífilis, tifo, por tal motivo, disminuyó la población indígena, lo que favoreció el dominio hispánico.

Hernán Cortés fundó el primer hospital con el nombre "Hospital de la Purísima Concepción de Jesús."

En Michoacán, los fundadores de los primeros hospitales fueron Fray de San Miguel y Vasco de Quiroga.

En 1524 se creó el "Hospital de Jesús Nazareno", 1566 el "Hospital de San Hipólito" y el "Hospital de San Lázaro" en 1572 y su propagación en otros lugares de la Nueva España.

Hubo hospitales, hospicios, escuelas para huérfanos, asilos, centros de caridad, encaminados a salvar de la miseria a los ancianos y a los niños. Las instituciones de la beneficencia en la Colonia llegó a ser de 113.

En 1579 se crea la primera cátedra de medicina en la Universidad y el 1628 se estableció el Real Tribunal de Protomedicato, encargado de velar por la enseñanza de la medicina y por el ejercicio legal de la profesión, además realizó estudios sobre las medidas sanitarias que debían adoptar para evitar las epidemias de cólera.

Los virreyes De Croix y De Revillagigedo ordenaron la realización de la obra de desagüe del Valle de México.

2.3 Epoca Independiente

En la época independiente desaparecen muchos de los centros hospitalarios, debido a que no contaban con medidas de sustento, existía un enorme atraso del saber y en 1831 fue suprimido el Tribunal de Promedicato responsable del retraso y práctica médica (201 años de las restricciones de la Colonia). En 1831 se creó la Facultad Médica de México, en 1833 el gobierno de Gómez Farfás suprimió la antigua Universidad Pontificia, en 1841 surge el Consejo Superior de Salubridad que atendía los principales problemas de salubridad pública, posteriormente obtiene su autonomía e impulsa estudios sobre el tifo, realiza un código sanitario, se crea un laboratorio de microbiología, el Instituto antirrábico, en 1890, se funda el Instituto Médico Nacional, encargado del estudio de las enfermedades y plantas medicinales del país, y en 1891 se promulgó el Código Sanitario.

En 1900 se funda el Instituto Patológico Nacional y en 1902 se inicia la campaña contra el mosquito transmisor de la fiebre amarilla.

En 1905 se fundó el Hospital General y en 1910 el Manicomio General.

En el Porfiriato, se crea el Consejo Superior de Salubridad Pública, la cual dependía de la Junta Directora de Beneficencia.

En esta época hubo una gran labor de higiene debido al crecimiento económico y urbano causado por el porfiriato, en el Código Sanitario contenía disposiciones para el control e higiene de los alimentos, la lucha antirrábica, vigilancia de puertos y fronteras, regulaba la introducción de sistemas de agua potable y alcantarillado. Hubo una descentralización de las tareas sanitarias, también había una gran diferencia en la atención médica, pues existían hospitales que atendían a las colonias extranjeras como la española, inglesa y franco - suiza - belga.

2.4 Epoca Revolucionaria

En 1912 Francisco I. Madero creó la Academia Nacional de Medicina y en 1915 se funda la Policía Sanitaria Especial para combatir la tifo.

Durante el Congreso Constituyente de 1916 – 1917 se le otorga al Consejo de Salubridad, atribuciones superiores a las de una secretaría y el nuevo Estado Mexicano asume tareas de sanidad y asistencia social.

Con la revisión de los postulados de la Constitución de 1917, Carranza solicitó al Congreso Constituyente que se diera prioridad a la salud del pueblo. Se creó el Instituto de Higiene, destinado a la Investigación científica y la enseñanza y en la fundación de la Escuela de Salubridad e Higiene en 1922.

2.5 Epoca Post - Revolucionaria

En 1921 durante el gobierno de Alvaro Obregón se impulsó el saneamiento antípalúdico, se efectúa una campaña contra la fiebre amarilla, desratización de los principales puertos y ciudades fronterizas. Se organizó la Beneficencia Pública en el Distrito Federal y la Asociación Nacional de Protección a la Infancia.

En el período del presidente Plutarco Elías Calles (1924 – 1928) en el año de 1925 se funda la Escuela de Salubridad e Higiene, se promulga el nuevo Reglamento de Salubridad Pública y la publicación del Boletín del Departamento de Salubridad, se delimitan las funciones estatales y locales, hay impulso en la educación higiénica, en la higiene industrial y se reglamenta la propaganda de mercancías que pueden dañar a la población.

Emilio Portes Gil, Pascual Ortíz Rubio y Abelardo L. Rodríguez trabajaron en diferentes aspectos de salud como la lucha contra el alcoholismo, el servicio de higiene infantil, la campaña antituberculosa, la erradicación del paludismo, atención antirrábica, el saneamiento de la capital de la República. Cabe mencionar que en 1931 se promulgó la Ley Federal del Trabajo, iniciativa que estuvo a cargo del presidente Pascual Ortíz Rubio y con Abelardo Rodríguez se decreta un nuevo Código Sanitario que declara de interés público la unificación, coordinación y cooperación de los servicios sanitarios, en su período hubo una corriente sanitaria, se realizaron estudios de la calidad del agua y de la habitación rural.

Se concluye que a finales de los años treinta, la salud no era obligación del Estado, pues sólo existían acciones de saneamiento a través de campañas que atacaran a diversas enfermedades existentes en el país.

Con **Lázaro Cárdenas** (1934 – 1940), inicia la intervención del Estado en el campo de la salud con su Primer Plan Sexenal de Gobierno, las acciones que se aplicaron fueron:

- *1) La creación de servicios de higiene industrial para proteger la salud de los trabajadores, los servicios ejidales cooperativos, implantación del servicio médico en zonas rurales, la creación de la Comisión Investigadora de la Mujer y de los Niños Trabajadores (1936)
- 2) La creación de la Secretaría de Asistencia (1937), hubo el control de alimentos y bebidas, se constituyó la Comisión Nacional de la Habitación, además se implementaron campañas contra enfermedades transmisibles.
- 3) La creación de la Oficina General de Higiene Social y Medicina Ejidal. Los servicios de salud pública se extendieron a todas las entidades federativas (1938).
- 4) En 1939, se crea el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. ⁽¹⁵⁾

Cárdenas pone a consideración del Congreso el proyecto de Ley del Seguro Social, tomando en cuenta los riesgos más frecuentes en la clase trabajadora. Su proyecto no prosperó por el conflicto suscitado por la expropiación del petróleo.

Concluyendo puede señalarse que durante la época de la conquista, la colonia, la Revolución Mexicana y hasta finales de los años 30, la salud pública no era obligación del Estado, sus acciones estaban encaminadas a sanear las condiciones del país a través de campañas contra diversas enfermedades que afectaban peligrosamente la salud de la población.

Comienza la intervención del Estado en los servicios de salud con el Primer Plan Sexenal de Gobierno propuesto por el Presidente Lázaro Cárdenas. Como podemos observar este presidente dio un paso importante en lo que hoy es una de las instituciones que atiende a un grupo considerable de población trabajadora y derechohabiente.

Después con **Miguel Avila Camacho** (1940-1946) se cristalizaron las ideas del Instituto Mexicano del seguro Social, el día 19 de enero de 1943, se funda el Hospital Infantil de México, se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia (con la fusión de la Asistencia Pública y el

⁽¹⁵⁾ Ovalle Fernández Ignacio. Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas al año 2000. Salud. Siglo Veintiuno Editores. 3ª. Ed. México, 1985. Pág. 150.

Departamento de Salubridad), las labores asistenciales y sanitarias. Se crea la Lotería Nacional para la Asistencia Pública.

En 1946, se inaugura el "Instituto Nacional de Cardiología" y el "Hospital de Enfermedades de la Nutrición."

Sus políticas sociales estuvieron encaminadas a proporcionar abasto de agua potable, control sanitario de puertos, fomento al consumo adecuado de alimentos, programas habitacionales, vacunación antitíférica obligatoria, lucha contra padecimientos infecciosos, campaña contra paludismo, tuberculosis y represión a los traficantes de droga y cura de los viciosos, impulso a la educación higiénica entre otros. Su campaña de educación higiénica contribuyó a la prevención de algunas enfermedades.

Con **Miguel Alemán Valdés** (1946-1952), se creó el "Hospital Gea Gonzáles", no hubo un plan formal que llevara a cabo la atención de la Salud Pública, sólo se concretó a dar continuidad a las acciones emprendidas por el gobierno anterior, sentó las bases para la construcción de grandes obras públicas. De lo anterior se desprende que la salud no era considerada un problema grave para dicho presidente.

Adolfo Ruíz Cortines (1952-1958), encomendó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, generalizar los beneficios de la salud y la asistencia pública, a todos los niños que hayan sido víctimas del abandono, la desnutrición y la incomprensión humana, debido a esto se llevaron a cabo jornadas en pro de la niñez y el Congreso Nacional de Protección a la Infancia. Con dichas acciones la salud se vio beneficiada, pues es a nivel preventivo cuando mejores resultados se observan.

En 1954 se inició el programa de Bienestar Social Rural y en 1956 se continuó en el medio urbano.

Con **Adolfo López Mateos** (1958-1964), una de las acciones importantes en su gobierno referente a salud fue la transformación de la Dirección de Pensiones Civiles y Retiro en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE), con la finalidad de dar más posibilidades de atención a la población trabajadora al servicio del aparato gubernamental. Con esta acción se complementó la actividad que brindaba el IMSS, que es atender a la clase trabajadora y a su familia.

En 1961 se promulga la Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas y el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI).

Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970), en 1965 crea la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública y Seguridad Social (formada por la SSA, el IMSS y el ISSSTE), con el objetivo de lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos y aumentar la capacidad de los servicios en la población que carece de servicios de atención a la salud.

En 1968 se creó el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN), consideró importante este logro pues en dicho Instituto se atienden niños que al no tener el acceso al mismo, su curación o rehabilitación sería imposible.

Durante su gobierno se incrementó la eficiencia de los servicios médicos, intensificación de los programas de control y erradicación de padecimientos frecuentes, ampliación de los servicios de saneamiento físico, incorporación de los trabajadores urbanos a los beneficios de la seguridad social, así como la posibilidad de hacer llegar a los campesinos dichos beneficios, con esta acción la gente del campo dejó de ser inadvertida en cuanto a los servicios de salud.

Luis Echeverría Álvarez (1970-1976) En 1971 se expidió la Ley Federal para prevenir y Controlar la Contaminación Ambiental, en enero de 1972 se creó la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente, dependiente de la Secretaría de Salubridad.

En 1973 se llevó a cabo la Primera Convención Nacional de Salud. Lanzó la iniciativa de fundamentar un nuevo Plan de Salud para el país, se destacó por la lucha para preservar y mejorar el abatimiento de la contaminación; la salud como parte integrada de la educación; medidas de seguridad e higiene; mejoramiento de la nutrición, planeación unificada de la salud, la seguridad y el bienestar de la comunidad entre otros. Fue importante tomar como parte de la educación la salud, pues es una manera de enseñar a la gente a cuidar su entorno y por ende su salud.

En 1976 se crea el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y por decreto se crea el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

José López Portillo (1976-1986) En su gobierno se llevaron a cabo siete programas; atención preventiva, curativa, capacitación de la población para la autoprotección de la salud, saneamiento y mejoramiento del medio, formación y desarrollo de recursos humanos, investigación, ciencia y tecnología, producción de bienes.

En 1977 se aprobó el Plan Nacional de Planificación Familiar, el Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud al Medio Rural y Suburbano, el Programa Comunitario

Rural, también se fusionaron el INPI y el IMAN en el Sistema Nacional ara el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Patronato de Promotores Voluntarios como organismo público descentralizado. Al igual que los otros presidentes, también se avocó a la atención para la salud en su país.

En México las instituciones que atienden la salud pública están agrupadas en cuatro rubros y estos son:

- 1) *El gubernamental*, representado por la Secretaría de Salud y por los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal.
- 2) *Las Instituciones de Seguridad Social* integradas fundamentalmente por el IMSS y el ISSSTE.
- 3) Los servicios que prestan PEMEX, Ferrocarriles Nacionales de México, la Secretaría de la Marina.
- 4) *El Sector Privado* constituido por individuos y grupos.* ⁽¹⁶⁾

El sector gubernamental además de sostener médicos de las dependencias antes mencionadas otorga un financiamiento a los institutos médicos descentralizados como:

Instituto Nacional de Cardiología, Cancerología, Enfermedades Respiratorias, Neurología, Psiquiatría, Nutrición, Pediatría, Perinatología, Salud Pública, Hospital Infantil de México, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Instituto Nacional de la Senectud.

Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988), en 1983, la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambia de denominación por la Secretaría de Salud, y el Programa Nacional de Salud derivado del Plan Nacional de Desarrollo, llevó a cabo lo siguiente:

- "Aprovechó la infraestructura de los sexenios anteriores para la población abierta, la que no pertenece a las instituciones de seguridad social.

⁽¹⁶⁾ Zorrilla Arena L. Santiago. 50 Años de Política Social en México. De Lázaro Cárdenas a Miguel de la Madrid. Editorial Noriega. 3ª Ed. México 1989. P. 46

Reforzó las unidades de primero y segundo nivel con trabajos de rehabilitación y adecuado equipamiento. Se crearon más unidades de primer nivel, ampliación de la red de hospitales, con dicha ampliación hubo más oportunidad de atención a los que la requerían.

Respecto a la Asistencia Social, las acciones que ésta realiza son parte del derecho a la protección de la salud que consagra el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se mencionan las siguientes:

- Atender a las personas que, por carencias socio-económicas o problemas de invalidez, se ven impedidas para satisfacer sus necesidades básicas,
- Dar asistencia a menores y ancianos en estado de abandono,
- Promover el bienestar del senescente,
- Apoyar la educación y capacitación para el trabajo en personas con carencias socio-económicas,
- Prevenir la invalidez y la rehabilitación de inválidos.*⁽¹⁷⁾

Carlos Salinas de Gortari (1988-1994). Durante su gobierno se llevaron a cabo iniciativas para el bienestar social como el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), "este programa ofreció paleativas a corto plazo a las comunidades que el gobierno espera integrar más completamente a su sistema de patrimonio y lealtad político." ⁽¹⁸⁾

El programa estuvo orientado más a las comunidades y áreas que se consideran más importantes como son la clase desprotegida y marginada.

Las acciones de Solidaridad en materia de Salud, se enfocaron en principio a concluir las obras que se encontraban en proceso en 1989, como el Hospital de Camargo en Chihuahua, la clínica-hospital en Santiago Papasquiaro en Durango, el Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, Morelos y el Centro Neurosiquiátrico en Aguascalientes. Posteriormente la infraestructura de salud construida y ampliada enfocó sus servicios a la población indígena, campesina y urbano-popular. Al igual que Gustavo Díaz Ordaz, este presidente tomó en cuenta a la población rural en cuanto a servicios de salud.

También se inició el Programa IMSS – Solidaridad, con el objeto de ampliar la atención médica a la población carente de este servicio y de continuar las acciones del programa IMSS –

⁽¹⁷⁾ *Ibíd.* P. 248.

⁽¹⁸⁾ Barry Tom. México una Guía Actual, La Fuente Esencial sobre la Sociedad Mexicana, su Economía y Política. Editorial por Ser. 2º. Ed. México, 1993. P. 277.

COPLAMAR, lo que logró que se diera prioridad al primer nivel de atención, involucrar a la población en el cuidado y vigilancia de su salud, incorporar los recursos de la medicina tradicional, promover la coordinación inter-institucional.

Otro programa que se aplicó fue Hospital Digno que tuvo como finalidad "Lograr o mejorar la calidad y calidez de la atención médica, a través de:

- La suficiencia de equipos, insumos e instalaciones físicas decorosas,
- Un trato respetuoso a los usuarios y mejoramiento de los sistemas de información y orientación al público sobre los diversos servicios que se ofrecen en los hospitales,
- Máximo grado de limpieza e higiene,
- Comodidad y confort en los servicios del hospital, con prioridad en urgencias consulta externa,
- Participación activa de la comunidad en torno a sus hospitales su personal, fomentando la revaloración y reconocimiento de la sociedad sobre el papel que desempeñan como procuradores de salud y contribuyentes del bienestar social.* ⁽¹⁹⁾

En la aplicación de este programa sobresalen los hospitales: Materno Infantil en Guadalajara, del Niño en Toluca; en Michoacán: los hospitales: Psiquiátrico de Morelia, doctor Ramón Ponce e Infantil Eva Sámano de López Mateos; en Oaxaca: doctor A. Valdivieso y General de Potla de Geroero; en Veracruz: Psiquiátrico de Orizaba y General de Veracruz.

Ernesto Zedillo Ponce de León (1994-2000). En su mandato ha hecho un balance del Sistema Nacional de Salud, el cual enfrenta cuatro graves problemas: "la ausencia de incentivos a la calidad y eficiencia, el centralismo, las duplicidades y la cobertura insuficiente.

Ha planteado llevar a cabo una reforma al Sistema Nacional de Salud cuyas estrategias centrales son las siguientes: 1) la descentralización e integración de los servicios de atención a la población abierta, 2) la ampliación de la Seguridad Social en el medio urbano con capacidad de prepago, y 3) la ampliación de los servicios de salud estatales a la población marginada del medio rural y urbano, a través de la canalización de mayores recursos a la promoción de la salud y prevención de enfermedades (paquete básico).* ⁽²⁰⁾

⁽¹⁹⁾ Secretaría de la Contraloría General de la Federación. Programa Nacional de Solidaridad. Editorial Miguel Ángel Porrúa. 1ª Ed. México, 1994. P. 86

⁽²⁰⁾ Primer Informe de Gobierno. México, 1995.

En coordinación con la secretaría de Salud (SSA) inició la descentralización de los servicios de salud a los estados, se sentaron las bases para descentralizar las decisiones y acciones de la SSA y de las instituciones que atienden a la población abierta.

Creó diversas instancias para el mejor funcionamiento del sistema como el Gabinete de Salud y el Consejo Nacional de Salud.

Se buscó el fortalecimiento de programas que permitieran extender la cobertura de los servicios básicos a poblaciones que residen en las localidades de mayor marginación, a través de campañas de vacunación, nutrición y salud reproductiva, acciones para el control de principales enfermedades transmisibles en las inmunoprevencibles, diarreas, el cólera y las infecciones respiratorias agudas, se rediseñaron programas de promoción de la salud, fomento sanitario, prevención de riesgos, daños, protección al medio ambiente, la aplicación de programas para atender necesidades de salud y nutrición a población indígena a corto plazo en poblaciones en Chiapas y de la Sierra Tarahumara en el estado de Chihuahua.

En infraestructura mandó remodelar centros de salud en zonas marginadas, se continuó con la construcción del Centro Médico de Rehabilitación en la Ciudad de México, el Hospital General de Zamora, Michoacán, se creó el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA) que se aplicó en Chiapas, Oaxaca, Hidalgo, Guerrero y el Distrito Federal.

La asignación del presupuesto en unidades de tercer nivel está dirigida a fortalecer la infraestructura, para impulsar actividades, y en dar una mejor calidad de la atención.

Se actualizaron las Normas Oficiales Mexicanas en materia de regulación sanitaria, con la finalidad de simplificar trámites, reducir tiempos y fomentar el intercambio de bienes y servicios.

En la exportación de alimentos se definieron procedimientos simples para la emisión de constancias sanitarias y certificaciones. Regulación, control y vigilancia de los estupefacientes y psicotrópicos, estrechándose las relaciones con la Junta Internacional de Fiscalización de estupefacientes y con la Procuraduría General de la República.

La descentralización constituye uno de los puntos centrales del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 en materia de salud, para transferir facultades, atribuciones y recursos del Gobierno Federal a los gobiernos estatales y municipales con el fin de dar eficiencia a la operación local de los servicios, además de buscar una definición en las competencias y de responsabilidades en los sistemas estatales de salud. Con el Congreso Nacional de Salud, la secretaría de salud y los jefes de los Servicios de Salud de los estados se comenzó a llevar a cabo la

descentralización de tales recursos, así los estados tendrán la libertad y la responsabilidad de la asignación y manejo de todos los recursos asignados, salvo la construcción de hospitales de tercer nivel, para esto realizaron diagnósticos sobre las necesidades de infraestructura, equipo, recursos humanos e impartieron cursos de capacitación, se elaboró la Guía para la Descentralización del Programa de Regulación y Fomento Sanitario de Bienes y Servicios.

Se fortalecieron y reestructuraron: El Consejo Nacional de Vacunación, el cual se vinculó con la Dirección General de Epidemiología para la aplicación del Programa de Vacunación Universal, a la vez se crearon Consejos Estatales de Vacunación en todas las entidades federativas, quien vigilará sus procedimientos y contenidos es el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.

En Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, conjuntamente con el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA), han reforzado acciones para promover una sexualidad más saludable y fortalecer el Programa de Sangre Segura, se creó el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, Comités Nacionales de Lactancia Materna y de Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal en cada entidad federativa.

A través del Programa de Ampliación de la Cobertura de los Servicios de Salud se ha venido desarrollando una estrategia de reorganización de los servicios con el fin de ampliar en mediano plazo a la cobertura de alrededor de 10 millones de personas que por razones geográficas o culturales actualmente carecen de acceso regular a los servicios esenciales, a través de un paquete básico de servicios como medicina preventiva, nutrición infantil y salud reproductiva.

En materia de alimentación y nutrición, la SSA en coordinación con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y la Secretaría de Educación Pública, se orientaron acciones hacia la población desnutrida y desnutrida grave, por medio del Programa de Salud Escolar en que los médicos dan pláticas a los alumnos sobre nutrición, higiene y salud.

Con el Programa Hospital Digno, se instalaron Comités de Salud para establecer mecanismos de recepción y atención de quejas y de contraloría social con el fin de mejorar la calidad de los servicios.

En el área de prevención y control de enfermedades, se erradicó la poliomielitis y la eliminación de la difteria del territorio nacional, se controló la enfermedad de cólera, enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, la Secretaría de Salud integró programas del SIDA con los de Salud Reproductiva, Atención a Grupos Vulnerables y Atención a Adolescentes.

El nuevo Programa de Salud Reproductiva Integral comprendió acciones sustantivas en planificación familiar, atención materno-infantil, salud en la mujer y salud reproductiva para los adolescentes.

La Promoción de la Salud se llevó a cabo a través de la educación en planteles escolares de todos los niveles, como en las propias instalaciones de salud, con el fin de desarrollar una cultura de la salud. También se diseñó el Programa Deporte para la Salud, fomentando la práctica del ejercicio y actividades físicas, se actualizaron los programas contra el tabaquismo, el alcoholismo y farmacodependencia.

En salud ambiental se aplican dos programas, el Programa de Vigilancia y Certificación del Agua en los Sistemas de Abastecimiento Público y el Programa dirigido a la Identificación de Emergencias Ambientales.

Posteriormente, el esquema de vacunación se amplió, protegía sólo contra seis enfermedades, ahora previene doce enfermedades.

En 1997, se puso en marcha el Programa de Educación, Salud y Alimentación Progresiva, para intensificar el combate a la pobreza, con esfuerzos de instituciones federales y estatales para una mejor educación, salud y alimentación, centrando su atención en la familia, en niños y jóvenes. El Programa tiene tres componentes, la educación, salud y alimentación. Respecto a la salud se amplió la cobertura a los servicios de salud, mejoramiento en equipamiento a las unidades y capacitación al personal o se proporciona sin costo un paquete básico de servicios de salud, también se proporciona un suplemento nutricional a madres embarazadas o en lactancia y a niños menores de dos años para prevenir la desnutrición.

"En su último informe señaló que hubo avances significativos, ya que en los últimos cinco años, el gasto universal se incrementó en un 40 por ciento, el número de enfermeras y médicos aumentó casi 40 por ciento, se pusieron en marcha 4 mil unidades médicas, la cobertura es del 99 por ciento, con servicios básicos de salud y se evitó la quiebra del Instituto Mexicano del Seguro Social." ⁽²¹⁾ Según lo investigado respecto a la atención que este presidente dio al rubro de la salud, es considerable el número de programas y actividades enfocadas a dicho problema.

Para concluir con este tema mencionaremos que con la administración del Ing. Cuauhtémoc Cárdenas como Jefe de Gobierno del Distrito Federal, se implementó la Ley de Salud, además

⁽²¹⁾ Diario Milenio. 6º Informe de Gobierno. 2 de Septiembre del 2000. México. 2000 P. 10

de continuar con programas de mejoramiento de infraestructura hospitalaria, programas de vacunación, atención a la madre y al niño. Estos los continuó la Jefa de Gobierno del Distrito Federal la Lic. Rosario Robles, quien reportó en su Tercer Informe de Gobierno del Distrito Federal: "En el caso de la atención a la salud, se ha mantenido a la infraestructura disponible y la hemos aumentado.

Además de las obras de mantenimiento que se realizaron en 17 hospitales, 32 centros de salud, un reclusorio y la Escuela de Enfermería, se llevaron trabajos de rehabilitación y remodelación en seis hospitales y, en julio pasado, se iniciaron las obras de ampliación y remodelación mayor de los hospitales Tacubaya, Azcapotzalco, Topilejo y Cuauhtepac. En el caso del hospital Rubén Leñero, las obras de remodelación se iniciaron en la administración pasada sin contar con un proyecto ejecutivo, lo que provocó a instancias nuestras, la intervención de la Contraloría General y el consecuente retraso en los trabajos. Salvadas estas dificultades, el año pasado continuaron las obras que esperamos concluir para diciembre del presente.

Uno de nuestros principales compromisos fue combatir la mortalidad femenina por cáncer cervicouterino. Para ello, establecimos el Centro de Citología que nos permitió aumentar el análisis de 50 mil a 400 mil muestras; creamos 9 clínicas de displasia; operamos la red de unidades móviles de detección de dicho mal en coordinación y coinversión con la Red de Salud para las Mujeres en varias delegaciones; y avanzamos en las campañas de información y sensibilización de las mujeres en toda nuestra red de salud en el Distrito Federal.

Otras acciones relevantes fueron la creación de la Clínica de Prevención, Control y Atención de VIH –Sida, única en su género en todo el país, así como la puesta en marcha del programa de educación para la salud. Tres mil mujeres jóvenes visitaron a los casi 700 mil domicilios que son considerados los más pobres de nuestra ciudad, levantaron un diagnóstico de cada familia y nos permitieron establecer una base muy sólida para sustentar hacia el futuro una política pública integral hacia esos sectores, que considera, entre otros aspectos, la atención a los casos de violencia, de desintegración familiar, de adicciones, de soledad en los adultos mayores y de la problemática de los hogares encabezados por mujeres." ⁽²³⁾ Pero a pesar de los múltiples esfuerzos de todos los presidentes antes mencionados, así como del Jefe de Gobierno del Distrito Federal, en la atención de la salud, la experiencia diaria nos reporta que algo no está bien en cuanto a salud se refiere, pues es innumerable el número de población que día a día requiere de un servicio médico.

⁽²³⁾ Diario La Jornada. III Informe de Gobierno del Distrito Federal. 18 de septiembre del 2000. México, 2000.

CAPITULO III

ENTORNO JURIDICO

3.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

3.2 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

3.3 Ley de Planeación

3.4 Ley General de Salud

3.5 Ley de Salud para el Distrito Federal

3.6 Plan Nacional de Desarrollo

3.7 Secretaría de Salud

3.8 Sector Salud

3.9 Sistema Nacional de Salud

3.10 Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000

3.10.1 Programa de Promoción y Fomento de la Salud

3.10.2 Programa de Salud Infantil y Escolar

3.10.3 Programa de Salud Reproductiva

3.10.4 Programa de Salud de las Poblaciones Adultas y Ancianas

3.10.5 Otros Programas de Salud para la Población General

3.10.6 Programas Regionales

3.10.7 Fomento Sanitario

3.10.8 Asistencia Social

3.10.9 Programa de Apoyo a las Tareas Sustantivas

3.10.10 Anexo A: Acciones Esenciales Irreductibles de Salud

3.10.10.1 Salud Pública

3.10.10.2 Atención Médica

3.10.10.3 Fomento Sanitario

3.10.10.4 Sistemas de Información

- 3.10.11 Anexo B: Paquete Básico de Servicios de Salud**
- 3.11 Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal**
 - 3.11.1 Marco Programático General**
 - 3.11.2 Marco Conceptual**
 - 3.11.3 Marco Jurídico y Metodológico**
 - 3.11.4 Objetivo General**
 - 3.11.5 Objetivo Específico**
 - 3.11.6 Operación de los Servicios**
 - 3.11.7 Recursos Institucionales**
 - 3.11.7.1 Jurisdicción Sanitaria**
 - 3.11.7.2 Centro de Salud**
 - 3.11.7.3 Centro de Atención Especial**
 - 3.11.8 Unidad Hospitalaria**
 - 3.11.9 Regionalización Operativa**
 - 3.11.10 Programa de Mejoría Continua de la Calidad de los Servicios**
 - 3.11.11 Vigilancia Epidemiológica**
 - 3.11.12 Información, Supervisión y Control**
 - 3.11.13 Evaluación**
 - 3.11.14 Paquete Básico de Servicios de Salud**
 - 3.11.15 Estructura**
 - 3.11.16 Dirección General**
 - 3.11.17 Secretaría Técnica**
 - 3.11.18 Dirección de Servicios de Salud**
 - 3.11.19 Subdirección de la Calidad de la Atención**
 - 3.11.20 Subdirección de Capacitación**
 - 3.11.21 Subdirección de Información, Educación y Comunicación para la Salud**
 - 3.11.22 Regulación Sanitaria**

- 3.11.23 Coordinación de Hospitales**
- 3.11.24 Planeación**
- 3.11.25 Dirección de Administración**
- 3.11.26 Dirección de Infraestructura**
- 3.11.27 Asuntos Jurídicos**
- 3.11.28 Contraloría Interna**

3.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En su contenido original nuestra Carta Magna consagraba cuatro derechos fundamentales: educación, salud, alimentación y vivienda.

Por lo que respecta a la salud se identificaba como la higiene y salubridad en los centros de trabajo, la prevención de los accidentes laborales y la protección de la maternidad de la mujer trabajadora.

En nuestra Constitución de acuerdo a reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación se adicionó al artículo 4º lo siguiente:

"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución." ⁽²³⁾

En esto se consigna la garantía social: el derecho a la salud. Todo ser humano tiene en nuestro país ese derecho, y el Estado; en coordinación el nivel federal como el estatal tienen la obligación, conforme a las bases que dan las leyes, de prestar los servicios necesarios para proteger la salud de los habitantes de la República." Esta garantía no sólo se refiere a ser atendido médicamente en caso de enfermedad, sino también a la medicina preventiva o salud pública, o sea, recibir ayuda para evitar enfermedades, la educación en materia de salud dirigida a la población, así como preservar el medio ambiente (tierras, aguas y atmósfera) de la contaminación." ⁽²⁴⁾

El Congreso de la Unión legisla en materia de salubridad de acuerdo a la fracción XVI del Artículo 73 de la Constitución, las entidades federativas manejan determinados servicios, según los programas de regionalización de la administración pública federal. La normatividad y el financiamiento de los mismos quedan reservados a la Federación. En este sentido actualmente se cuenta con el Sistema Nacional de Salud y la Ley General de Salud.

⁽²³⁾ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ed. Porrúa, S.A., México, 1994. Pág. 4

⁽²⁴⁾ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Comentada. Secretaría de Gobernación. México, 1994. Pág. 12, 13

También queda establecido en el artículo 26 de nuestra Constitución que el Estado será el encargado de realizar un sistema de planeación democrática mediante la participación de diversos sectores sociales, se recogerán aspiraciones y demandas de la sociedad para incorporarlas al Plan Nacional de Desarrollo y a los programas de desarrollo.

La Ley faculta al Ejecutivo para establecer los procedimientos de participación y consulta popular, además de coordinar convenios con los gobiernos de las entidades federativas para que induzca y concierte con los particulares las acciones a realizar para llevar a cabo su elaboración y ejecución.

El Congreso de la Unión también participará según lo señale la Ley.

3.2 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Establece la organización de la Administración Pública Federal:

- **Centralizada** que está representada por la Presidencia de la República, las Secretarías de Estado, los Departamentos Administrativos y la Procuraduría General de la República, y
- **Paraestatal** constituida por Organismos descentralizados, Empresas de participación estatal, instituciones nacionales de crédito e instituciones nacionales de seguros y de fianzas y fideicomisos.

En el Artículo 9º de esta Ley señala:

"Las dependencias y entidades de la administración pública centralizada y paraestatal conducirán sus actividades en forma programada, con base en las políticas que para el logro de objetivos y prioridades de la planeación nacional del desarrollo, establezca el Ejecutivo Federal."⁽²⁵⁾

⁽²⁵⁾ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Ed. Porrúa, S.A. México, 1994 Pág. 9

3.3 Ley de Planeación

Los derechos sociales de la población son señalados en la Ley de Planeación de acuerdo al decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación del 5 de febrero de 1983, tiene como finalidad formar el proceso de la Planeación Nacional de Desarrollo, regular la integración y funcionamiento del Sistema Nacional de Planeación Democrática, dar las bases para que el Ejecutivo Federal coordine las actividades de planeación, promover y garantizar la participación democrática de los grupos sociales.

En el Artículo 2º de la Ley de Planeación se marcan seis principios básicos, de los cuales, en el apartado III, se consagra la igualdad de derechos, la atención de necesidades básicas de la población y la mejoría en todos los aspectos de la calidad de la vida, para lograr una sociedad más igualitaria.

El párrafo IV se refiere al respeto irrestricto a las garantías individuales, derechos sociales y políticos.

Para el fortalecimiento del pacto federal y el municipio libre el apartado V, trata de la promoción de descentralización de la vida nacional, para lograr un desarrollo equilibrado del país.

Respecto a la participación activa de la sociedad, el artículo 4º dice: "Es responsabilidad del Ejecutivo Federal conducir la planeación nacional del desarrollo con la participación democrática de los grupos sociales..."

3.4 Ley General de Salud

Esta Ley, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 7 de febrero de 1984, modificada por última vez el 14 de junio de 1991, abrogó entre otras disposiciones, al Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos del 13 de marzo de 1973.

La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Se considera autoridades sanitarias: al Presidente de la República, el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud, los Gobiernos de las Entidades Federativas, incluyendo el Departamento del Distrito Federal.

3.5 Ley de Salud para el Distrito Federal

Respecto de esta Ley, fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 19 de enero de 1987, en su Artículo 1º señala:

La presente Ley es de orden público e interés social y tiene por objeto:

- I. Regular las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud por parte de la población en el Distrito Federal y la competencia del Departamento del Distrito Federal en materia de salubridad local.
- II. Fijar las normas conforme a las cuales el Departamento del Distrito Federal ejercerá sus atribuciones en la prestación de los servicios de salubridad general, de acuerdo a la Ley General de Salud.
- III. Va a determinar la estructura administrativa y los mecanismos adecuados para que el Departamento del Distrito Federal participe con la Secretaría de Salud en la prestación de los servicios de salud como:
 - Coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud
 - En programa contra farmacodependencia
 - Control sanitario de productos y servicios, de su importación y exportación
 - Control sanitario del proceso de uso, mantenimiento, exportación, importación de equipos médicos, prótesis, entre otras.
 - Control sanitario de publicidad
 - Control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y cadáveres de seres humanos
 - Sanidad Internacional.

3.6 Plan Nacional de Desarrollo

De acuerdo al Artículo 26 de la Constitución General de la República y por el Artículo 5° de la Ley de Planeación, el Poder Ejecutivo Federal cumple con la obligación de elaborar y presentar el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y enviarlo al Honorable Congreso de la Unión para su examen y opinión.

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 propone cinco objetivos fundamentales:

- I. Fortalecer el ejercicio pleno de la soberanía nacional, como valor supremo de nuestra nacionalidad y como responsabilidad primera del Estado Mexicano.
- II. Consolidar un régimen de convivencia social regido plenamente por el derecho, donde la ley sea aplicada a todos por igual y la justicia sea la vía para la solución de los conflictos.
- III. Construir un pleno desarrollo democrático con el que se identifiquen todos los mexicanos y sea base de certidumbre y confianza para una vida política pacífica y una intensa participación ciudadana.
- IV. Avanzar a un desarrollo social que propicie y extienda en todo el país, las oportunidades de superación individual y comunitaria, bajo los principios de equidad y justicia.
- V. Promover un crecimiento económico vigoroso, sostenido y sustentable en beneficio de los mexicanos.⁽²⁶⁾

Respecto al Desarrollo Social objetivo de dicho Plan está orientado a establecer oportunidades equitativas mediante la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de los servicios de educación, salud y vivienda.

En relación al rubro de la salud se ha hecho una reforma al Sistema Nacional de Salud cuyo compromiso es:

- mejorar la calidad de los servicios mediante la reestructuración de las Instituciones y ampliar la cobertura de los servicios, fortaleciendo su coordinación e impulsando su federalización.⁽²⁷⁾

⁽²⁶⁾ Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000. México, 1995 Pág. 10

⁽²⁷⁾ Idem. Pág. 94

El Plan Nacional de Desarrollo contempla que hay alrededor de diez millones de personas que carecen de acceso regular a servicios de salud y subsisten grupos de población al margen de las condiciones mínimas de salubridad e higiene. Aun prevalecen importantes desigualdades regionales que se manifiestan en altas tasas de enfermedades infectocontagiosas, padecimientos de desnutrición y a la reproducción, sobre todo en regiones rurales dispersas y zonas urbanas marginadas.

El sedentarismo, la dieta inadecuada, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la falta de prevención efectiva de accidentes viales y laborales y las prácticas sexuales poco seguras, constituyen nuevos factores de riesgo.

En nuestro país hay enfermedades propias de la pobreza como el cólera, infecciones respiratorias agudas en los niños, la desnutrición, muertes maternas y perinatales que afectan a grupos de menores ingresos.

Con los cambios de los estilos de vida se originan enfermedades cardiovasculares, crónico-degenerativas, tumores malignos, padecimientos mentales, adicciones y lesiones.

En la alteración médica en las instituciones públicas contempla la existencia de tres grupos usuarios:

- a) Los afiliados a la seguridad social, que son unos 45 millones,
- b) Y los no asegurados que representan alrededor de 35 millones, este grupo incluye a quienes no participan en el sector formal de la economía, principalmente en el medio rural, y las clases medias autoempleadas que no están protegidas ni han adquirido un seguro médico privado. En su mayoría, este grupo utiliza los servicios públicos que ofrecen la Secretaría de Salud, el Programa IMSS-Solidaridad y los servicios estatales y municipales,
- c) El tercer grupo que tenga, o no acceso a la seguridad social tradicionalmente utiliza los servicios de la medicina privada.

Las instituciones del sistema de salud están segmentadas y operan de manera centralizada, ya que opera por separado acciones normativas, financieras y de provisión de servicios, lo cual origina una reducción en las posibilidades de dar una respuesta ágil y efectiva a los problemas y necesidades locales. Por eso es necesario la descentralización de los servicios de atención a la población no asegurada, se pretende delegar a todos los estados y al Distrito Federal las facultades, decisiones, responsabilidades y el control sobre la asignación y el uso de los recursos que permitan a las autoridades locales un funcionamiento descentralizado real. De tal

forma serán transferidos a los gobiernos estatales los servicios de la Secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad junto con los recursos y apoyos técnicos, operativos y organizativos necesarios para su operación.

La descentralización tiene otra finalidad acercar los servicios públicos de salud a cada comunidad, por eso también es importante la participación municipal a través del programa **Municipio Saludable** que alertará la participación de los Ayuntamientos con acciones como: instalación de agua potable, construcción de letrinas, alcantarillado, recolección de basura, control de fauna nociva, entre otras.

Para mantener la efectividad y la cobertura territorial de la política nacional de salud, los servicios estatales se agruparán en el Consejo Nacional de Salud cuyo acuerdo de creación fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de enero de 1995. El Consejo Nacional de Salud está integrado por el Secretario de Salud y los Jefes Estatales de Salud, funcionará como instancia permanente de coordinación entre la Federación y los estados que agrupará a los servicios estatales con el propósito de mantener la efectividad y la cobertura territorial de la política nacional de salud.

3.7 Secretaría de salud

La Secretaría de Salud fue creada con la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad, que anteriormente su objetivo era el de asignar recursos a los Servicios Coordinados de salud Pública. Actualmente es la responsable directa de planear, dirigir, coordinar y evaluar todas las acciones que en beneficio de la salud se llevan a cabo en todo el país.

La Secretaría de salud enfrenta algunos obstáculos para la adecuada distribución del personal de salud, para la ampliación de la cobertura de los servicios, ya que atiende a la población abierta que incluye desde empleados de elevados ingresos, desempleados, subempleados, campesinos e indígenas que viven en condiciones de alta marginación, además de que no cuentan con seguridad social.

Así, la Secretaría tratará de brindar mayor cobertura de servicios con la coordinación de Instituciones que la proporcionan, va a homogeneizar los programas de salud en el país a través de una integración del Sector Salud que mencionaremos en el siguiente punto, también

se están implantando medidas que tienden a consolidar un Sistema Nacional de salud, así como la formulación y aplicación de los programas que en conjunto integran el Programa Nacional de Salud.

3.8 Sector Salud

Con el propósito de implantar el Sistema Nacional de Salud y de formular un *Programa Nacional de Salud*, se constituyó en México a partir del año de 1982, el Sector Salud.

El Sector Salud está formado por diferentes instituciones que proporcionan servicios de salud en el país:

* El Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Social para los Trabajadores del Estado, el Departamento del Distrito Federal, todos bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. Lo integran además otros organismos y dependencias: los Institutos Nacionales de Salud dependientes de la propia Secretaría que son el de Cancerología, Cardiología, Enfermedades Respiratorias, Neurología y Neurocirugía, Nutrición, Pediatría, Perinatología, el Instituto Nacional de Psiquiatría y el Hospital Infantil de México, que juntos constituyen un Subsector y el Subsector de Asistencia Social que incluye el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) y los Centros de Integración (CI), Centros de Salud; y otros componentes: dos hospitales generales y el Patronato de la Asistencia Privada. * (28)

A continuación mencionaremos algunos objetivos que persigue el Sector Salud:

- a. Integrar a las instituciones de salud, que estaban tradicionalmente dispersas: Tiene como fin evitar duplicación de funciones, gastos innecesarios y resultados más limitados.
- b. Promover la programación integral en salud: A través de la Secretaría de Salud, que es la responsable en primera instancia de la salud colectiva por medio de un programación interinstitucional.

(28) Álvarez Alva Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva. Ed. El Manual Moderno, S.A. 1ª Edición México, 1998 Pág. 72

- c. **Autonomía técnica y organizativa de los integrantes del Sector:** cada institución tiene políticas especiales y características administrativas propias.
- d. **Concertar o Inducir a los sectores sociales y privados:** La salud es un derecho, pero también es una obligación de todos. Así que debe promoverse la participación activa de los integrantes del grupo social en los programas y actividades del Sector Salud, de manera especial la del personal de salud privado.
- e. **Infraestructura necesaria:** con este objetivo se pretende obtener un conocimiento profundo de las condiciones de salud del país, para capacitar al personal de salud, utilizar mejor los establecimientos de cada institución, proporcionarles más material y equipos médicos necesarios.

El Sector Salud debe vincularse con otros sectores de la estructura gubernamental como los sectores económicos, de educación, demográfico, ecológico, de investigación técnica y científica.

3.9 Sistema Nacional de Salud

El establecimiento de un Sistema Nacional de salud, con base a los objetivos del Sector Salud, ha constituido un avance para el otorgamiento de servicios de salud a toda la población del país.

El Sistema Nacional de Salud tiene dos orientaciones generales:

- 1° Ampliar la cobertura de los servicios, dando prioridad a los núcleos rurales y a los urbanos desprotegidos, armonizando los programas del Gobierno Federal, de los gobiernos estatales y de los sectores público y privado,
- 2° Elevar la calidad de los servicios a un mínimo satisfactorio, dando prioridad a la atención médica de los problemas de salud más frecuentes, por medio de acciones médico preventivas y de salud pública.

Los objetivos específicos del Sistema Nacional de Salud son:

- 1° Proporcionar servicios de salud a toda población y mejorar la calidad de los mismos. Aplicando actividades preventivas, curativas y de rehabilitación.
- 2° Desarrollo demográfico armónico. Fomentar la paternidad responsable, la planificación familiar, a través de la educación.
- 3° Bienestar social para menores, ancianos y minusválidos. El Sistema de Desarrollo Integral (DIF) estará encargado de este objetivo.
- 4° Desarrollo de la familia y de la comunidad. También será responsabilidad del DIF.
- 5° Mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente. Sensibilizar a la población sobre las condiciones inadecuadas del ambiente, lo cual origina enfermedades y promover su participación para el mejoramiento de este.
- 6° Impulsar la formación, administración y desarrollo de recursos humanos. Fomentar la actualización y distribución en las diversas zonas del país al personal de salud.
- 7° Coadyuvar a la modificación de patrones culturales. Consistente en el cambio de patrones negativos para la salud de la población en general a través de la educación para la salud.

Con el propósito de consolidar el Sistema Nacional de Salud y de apoyar su aplicación en todo el país, la Secretaría de Salud ha puesto en práctica las siguientes medidas estratégicas:

- *1° La Integración del Sector, es la dirección y coordinación por la propia Secretaría de los programas de todas las instituciones que proporcionan servicios de salud en el país.
- 2° La descentralización de los servicios, que implica la responsabilidad de los gobiernos estatales de administrar y otorgar atención médica integral a sus respectivas poblaciones.
- 3° La modernización administrativa para hacer más sencillo y fácil el otorgamiento de los servicios. ⁽²⁹⁾

⁽²⁹⁾ Alvarez Alva, Op. Cit. Pág. 74

3.10 Programa de Reforma del Sector Salud 1995 – 2000.

Tiene sus bases legales en los Artículos 4 y 28 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 9º de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 9º, 17, 22, 23, 27, 28, 29 y 32 de la Ley de Planeación, la Secretaría de salud, presenta el Programa de Reforma del Sector Salud, 1995 – 2000, el cual se inscribe dentro de los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000.

Este programa es el instrumento mediante el cual, el Gobierno de la República, se propone alcanzar los principales objetivos que en materia de salud, se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000, que son ampliar la cobertura de seguridad social, para evitar la duplicación en la operación de los servicios e introducir incentivos a la calidad de la atención; incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta a través de la descentralización de los servicios que prestan las instituciones que atienden a esta población y otorgar servicios esenciales de salud a la población actualmente no cubierta, como ya lo hemos mencionado anteriormente.

Para su realización, se tomó en consideración un amplio consenso de Foros Nacionales de Consulta Popular sobre salud, las condiciones demográficas y epidemiológicas de México. Los programas que contiene son de carácter nacional, se debe aplicar en todas las entidades federativas y deben proyectarse con decisión a los grupos que han carecido de atención a la salud, también deben precisar la participación de los demás sectores gubernamentales, los organismo no gubernamentales, de los sectores social y privado, y de la comunidad en general, y se contran en la atención de los problemas de salud de cada edad de la vida.

A continuación se exponen brevemente los programas de la Reforma del Sector Salud:

3.10.1 Programa de Promoción y Fomento de la Salud

Las acciones de salud persiguen el bienestar y el mejor nivel de vida de la población, a través de tres subprogramas que conforman este Programa:

1. *Salud Familiar.* Pretende dirigir la orientación y educación para la salud a las madres de cada familia ya que generalmente es la encargada de la educación de los hijos.

2. *Ejercicio para la Salud.* Debe promoverse en todas las edades, porque contribuye a la conservación de la salud física y mental, y coadyuva a prevenir problemas cardiacos, respiratorios y osteoarticulares que aparecen en la edad avanzada.
3. *Nutrición y Salud.* Se aplica a través de información y educación sobre el mejoramiento de la alimentación y la salud, con el apoyo de instituciones de salud, DIF, extrasectoriales y de la Secretaría de Educación Pública.

3.10.2 Programa de Salud Infantil y Escolar

Responde a las características distintivas del perfil epidemiológico en los menores de cinco años.

Contiene los siguientes subprogramas:

1. *Prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunación.* Consiste en la aplicación de vacunas contra la poliomielitis, la difteria, la tosferina, el tétanos, sarampión, tuberculosis, hepatitis B y Hemofilius influenza B.
2. *Prevención y control de las enfermedades diarreicas.* Se promueve instrucción para la prevención de estos padecimientos y el uso del suero oral
3. *Prevención y control de las infecciones respiratorias.* Es motivo de educación sobre las medidas elementales para prevenirlas y de atención médica oportuna cuando presentan signos de agravamiento.
4. *Salud en la escuela.* Pretende educar en salud a los escolares, prevenir enfermedades en la escuela, evitar accidentes y aplicar medidas que eviten la difusión de ciertos padecimientos transmisibles.

3.10.3 Programa de Salud Reproductiva

El Sector Salud denomina salud reproductiva a la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluta

libertad para decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Este programa se subdivide en:

1. *Planificación Familiar.* Garantiza el acceso universal de la población a información y orientación sobre los métodos anticonceptivos, debe realizarse con absoluto respeto a la libre decisión de la pareja sobre el número y espaciamiento de sus hijos.
2. *Salud Reproductiva en Adolescentes.* Por medio de acciones educativas proporciona información, para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA y orientación acerca de paternidad responsable.
3. *Salud de la madre y del recién nacido.* Orientación referente al cuidado de la mujer durante la etapa prenatal, el parto, el puerperio y el período neonatal.
4. *Disminución del riesgo preconcepcional.* Consiste en detectar y controlar, antes del inicio de la gestación, factores que puedan poner en riesgo la salud de la madre y el producto.
5. *Detección y control de cánceres cérvico – uterinos y mamario.* Incrementar la detección oportuna de estas patologías disminuyendo su impacto en la morbilidad femenina, con la autoexploración mamaria y papanicolaos.
6. *Prevención y control de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.* Propone difundir información para la prevención de enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA ayudándose con los canales de la comunicación (radio y televisión).

3.10.4 Programa de Salud de las Poblaciones Adulta y Anciana

Protege la salud de las poblaciones adultas y ancianas; en particular, para aquellas patologías que por su frecuencia y trascendencia significan una carga importante de enfermedad.

La atención a la salud de estas poblaciones se aborda a través de tres subprogramas:

1. *Prevención y control de la tuberculosis.* La tuberculosis es la enfermedad infecciosa que ocasiona el mayor número de muertes por un solo germen en el país. Se realizarán

acciones de prevención y tratamiento de contactos, vigilancia epidemiológica y educación para la salud.

2. **Detección y control de la hipertensión arterial.** Detectar y tratar la hipertensión debido a que ocasiona padecimientos cardiovasculares, se aplicarán acciones de educación.
3. **Detección y control de la diabetes mellitus.** Es un problema de salud pública debido a su alta letalidad y el incremento constante de su incidencia. Se realizarán detección periódica y oportuna de casos en la población mayor de 25 años a través de pruebas de laboratorio, se impartirá información y educación acerca de hábitos de higiene y alimentación.

3.10.5 Otros Programas de Salud para la Población General

1. **Programa de Salud Mental.** Su objetivo es promover la salud mental de la población y reducir los efectos sociales, producto de la trastornos psiquiátricos y de la conducta, se establecerán módulos de salud mental en centros de salud y hospitales.
2. **Programa de Salud Ambiental.** Tiene como misión identificar los riesgos ambientales promoviendo actividades de investigación y coordinando las actividades entre instancias gubernamentales, privadas, sociales e Internacionales y con la participación de la comunidad para realizar estrategias de control en fomento sanitario, generar normatividad en sustancias químicas y radiactivas.
3. **Programa de prevención de accidentes y lesiones.** Su objetivo es disminuir la morbilidad y mortalidad ocasionada por accidentes y lesiones en la población general a través de medidas de prevención que incidan en los factores de riesgos en el hogar, la escuela, el trabajo y las áreas públicas.
4. **Programa de salud bucodental.** Tiene como finalidad abatir la incidencia y prevalencia de enfermedades bucodentales a través de educación, aplicación de flúor.
5. **Programa contra adicciones.** Está dirigido a la lucha contra el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia, por medio de disposiciones legales para la venta, distribución del alcohol, tabaco y sustancias psicotrópicas, debe vigilarse. Para la información y promoción de la prensa, la radio y la televisión.

6. *Programa para la disposición de sangre segura.* Consiste en garantizar que la disposición de sangre y de sus componentes se lleve a cabo con la máxima seguridad, inocuidad y racionalidad, conforme a lo establecido por la legislación sanitaria y de acuerdo con los principios de ética médica, en el intento de reducir los riesgos a la salud de los donadores, receptores y personal de salud.
7. *Programa de Transplante.* Es beneficiar mediante transplantes a los pacientes garantizando el más alto grado de seguridad para la función y la vida tanto de los receptores como de los donadores vivos, con total apego a la legislación mexicana aplicable.

3.10.6 Programas Regionales

Los programas están encaminados a patrones epidemiológicos que se dan en ciertas regiones debido a la diversidad geográfica, demográfica, económica y social de nuestro país.

1. *Programa de prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.* Se refiere al paludismo, al dengue, a la enfermedad de Chagas, a la oncocercosis y a la leishmaniasis. Se aplican medidas de prevención y de educación.
2. *Programa para la prevención y control del cólera.* Es prevenir y controlar la morbilidad y mortalidad por cólera en el país, a través del reforzamiento de la vigilancia epidemiológica.
3. *Programa para la prevención y control de la rabia.* Su objetivo es disminuir la mortalidad por rabia en humanos, promoviendo intervenciones específicas en las poblaciones canina y gatuna.
4. *Programa para la prevención y control de brucelosis.* La brucelosis es la segunda zoonosis de importancia en México. Su prevención es sencilla: consumir leche o lácteos pasteurizados. La identificación oportuna de los enfermos y el seguimiento epidemiológico permiten conocer la fuente de contagio y actuar en consecuencia.

5. *Programa para la prevención y control del complejo teniasis / cisticercosis.* La educación de la población insistiendo en el consumo de carne de cerdo bien cocida es una medida preventiva eficaz, así como el tratamiento oportuno de la enfermedad.
6. *Programa de control de la lepra.* Plantea la conveniencia de establecer módulos para la prevención de incapacidades y rehabilitación de enfermos de lepra.
7. *Programa de vigilancia, prevención y control de las enfermedades por deficiencia endémica de yodo.* Se basa en la identificación de las zonas de alto riesgo donde prevalece la enfermedad, propician el consumo de sal yodada, la suplementación con yodo a todos los casos detectados.
8. *Programa de vigilancia y control de la intoxicación por picadura de alacrán.* Su objetivo es reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con la picadura de alacrán, a través de actividades de prevención, educación y rociado de insecticidas.

3.10.7 Fomento Sanitario

El fomento y vigilancia sanitaria representan una responsabilidad de la Secretaría de Salud que, como autoridad, no comparte con otras instituciones. Consiste en estudiar y proponer los instrumentos legales que deben cumplir los productores, industriales, comerciantes y prestadores de servicios para ofrecer a la sociedad productos y servicios seguros y efectivos. El objetivo del fomento sanitario es contribuir a proteger la salud de la población, mediante la detección de los riesgos para la salud, en especial los derivados de la producción, fabricación, distribución, comercialización y consumo de productos, bienes y servicios. Incluye cuatro programas: Control sanitario de bienes y servicios, Control y vigilancia de los medicamentos, Control y vigilancia de los dispositivos médicos, y Control sanitario de la publicidad.

3.10.8 Asistencia Social

La política asistencial que ha desarrollado el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), se ha venido orientando hacia una mayor integración en la operación y en los programas. Sin embargo, aún prevalecen en la práctica institucional carencias y vacíos en la

normalidad, dispersión de acciones, discrecionalidad en la asignación de los recursos y ausencia de focalización de la atención.

Las atribuciones que la Ley General de Salud confiere al DIF, no han sido asumidas en su cabalidad, por lo que hasta el momento ha cumplido parcialmente sus cometidos institucionales. Por eso es necesario resolver las restricciones y problemas del DIF, se realizarán acciones necesarias para llevar su reforma y consolidación que lo coloque en el conjunto de instituciones de la política social.

La imagen – objetivo que pretenden es avanzar hacia la Integración de un Sistema Nacional de Asistencia Social y Privada (SINASYP) que, operando en forma descentralizada, asegure la coordinación, la consistencia y la congruencia de las acciones, programas y normas bajo la coordinación del DIF como instancia rectora en materia de asistencia social, de acuerdo con las facultades que le confiere la Ley General de Salud.

Las estrategias para la reforma de la política asistencial son: *alcanzar la integridad*, a través de la orientación y continuidad a diversas acciones. *La complementariedad* para articular los esfuerzos de los tres niveles de gobierno. *La focalización* para llegar con mayor eficacia a los grupos prioritarios. *La coordinación y concertación*, para potenciar cobertura y resultados e integrar los esfuerzos diversos de la sociedad civil y gobierno. *La flexibilidad*, para ajustar acciones y medios a las condiciones ambientales y contextuales de los grupos.

3.10.9 Programas de Apoyo a las Tareas Sustantivas

El Sector Salud ha elaborado varios programas que orientan la organización y funcionamiento de los sistemas de salud. Ellos son:

1. Fortalecimiento de los sistemas de salud, con tres subprogramas: *Mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica; Mejoramiento de la gestión administrativa de los servicios de salud y Atención a la salud en casos de desastre.*
2. Redefinición del proceso de planeación, programación, presupuestación y evaluación.
3. Modernización y sistematización de las informaciones estadísticas y epidemiológicas.
4. Modernización Administrativa.
5. Desarrollo de recursos humanos.
6. Recursos e insumos para la salud.
7. Investigación en Salud.

3.10.10 Anexo A: Acciones Esenciales Irreducibles de Salud

Debido a la descentralización de los servicios de salud para la población abierta, es necesario la definición de un conjunto de acciones de salud que garantice dentro del marco de autonomía para el ejercicio de los recursos presupuestales por parte de los estados, la provisión de un grupo de intervenciones con las características siguientes:

- Que sea congruente a la política nacional de salud que propone el Programa de Reforma del Sector Salud 1995 – 2000.
- Que la instrumentación represente beneficios más allá de los límites geográficos de una entidad federativa.
- Que haya intervenciones con un alto rendimiento en términos de costo – efectividad.
- Intervenciones relacionadas con metas comprometidas internacionalmente.

El irreducible en materia de salud se concluye que está formado por un conjunto de intervenciones vinculados con programas sustantivos prioritarios de la administración (salud pública, atención médica y fomento sanitario). Su aplicación es a nivel nacional o en su caso regional cuando se trate del control o prevención de patologías.

El contenido programático se organiza en cuatro grandes prioridades:

3.10.10.1 Salud Pública

"Su objetivo central es contribuir de manera significativa en la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad asociados con ciertos estilos de vida y factores de riesgo específicos, a través de acciones de promoción, protección, prevención y control, así como impulsar el desarrollo de una cultura de la salud fortaleciendo los conocimientos, actividades y comportamiento social y su interacción con el medio ambiente a favor del bienestar individual, familiar y social." ⁽³⁰⁾

Este programa se subdivide en:

⁽³⁰⁾ Programa de Reforma del Sector Salud 1995 – 2000 Pág. 90

1.1 Promoción de la Salud

Contiene los siguientes programas:

- a. Salud Reproductiva
- b. Nutrición y Salud
- c. Salud Escolar
- d. Deporte para la Salud
- e. Salud Mental
- f. Accidentes y Lesiones no Intencionales
- g. Adicciones

1.2 Servicios Preventivos

Se concentran en los programas y actividades siguientes:

- a. Inmunizaciones
- b. Enfermedades diarreicas, cólera y parasitosis intestinal
- c. Infecciones respiratorias agudas
- d. Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo
- e. Tuberculosis
- f. Enfermedades de Transmisión Sexual
- g. Infección por VIH / SIDA
- h. Enfermedades Transmitidas por Vector
- i. Hipertensión Arterial
- j. Diabetes Mellitus
- k. Cánceres Cérvicouterino y Mamarlo
- l. Salud Bucodental

3.10.10.2 Atención Médica

Plantea los objetivos siguientes:

- Elevar el nivel de salud y bienestar de los grupos vulnerables mediante el otorgamiento de un paquete básico de servicios de salud.
- Promover el fortalecimiento de la capacidad general del personal directivo.
- Desarrollar programas de atención a la salud en casos de desastre y diseñar dispositivos sectoriales ante la eventualidad de emergencias sanitarias.

Contiene los siguientes programas:

1. Programa de ampliación de cobertura.
2. Programa de mejoramiento de la gestión administrativa.
3. Programa de atención a la salud en casos de desastre.
4. Programa de disposición de sangre segura.

3.10.10.3 Fomento Sanitario

Sus objetivos son:

- Contribuir en la protección de la salud mediante la detección y prevención de riesgos y daños a la salud, en especial los derivados de la producción, fabricación, distribución, comercialización y uso o consumo de productos, bienes y servicios.
- Garantizar la seguridad de los insumos para la salud que se comercializan en el territorio nacional.
- Identificar riesgos ambientales.
- Incrementar acciones de control sanitario de la publicidad

Los programas en que se subdivide son los siguientes:

1. Fomento sanitario de bienes, servicios y establecimientos.
2. Control y vigilancia de medicamentos, dispositivos, médicos, material de curación y de laboratorio.
3. Vigilancia de la calidad del agua y saneamiento básico.
4. Efectos del ambiente en la salud y atención de contingencias ambientales.
5. Vigilancia de la publicidad y prevención de fraudes a la salud.
6. Homologación y armonización con estándares internacionales.

3.10.10.4 Sistemas de Información

Van a permitir el control, seguimiento y evaluación de la operación de programas y servicios en las entidades federalivas. Mantendrán el nivel central, el cual tiene la facultad de ser la ventanilla única para la publicación y difusión de cifras con carácter oficial y contiene los siguientes sistemas:

- Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica.

- Sistema Nacional de Información Estadística en Salud
- Sistema de Evaluación y Seguimiento.

3.10.11 Anexo B: Paquete Básico de Servicios de Salud

De acuerdo a la Secretaría de Salud en nuestro país hay entre 8 y 10 millones de habitantes que no cuentan con acceso regular a servicios básicos de salud. Se trata en su mayoría de población rural dispersa que vive en condiciones de alta marginación y que se concentra en los estados del centro y del sur del país.

La estrategia que se utiliza para apoyar a las personas desprotegidas que no cuentan con seguridad social fue a través del Paquete Básico de Servicios de Salud el cual se define como: *el mínimo de intervenciones de salud que debe otorgarse a toda la población en respuesta a necesidades prioritarias (factores de riesgo, lesiones y enfermedades). Se trata de intervenciones – clínicas, de salud pública y de promoción de la salud – factibles de instrumentar, de bajo costo y alto impacto.*

Este se subdivide en 12 intervenciones que permiten ofrecer una atención integral a la salud como:

1. Saneamiento básico a nivel familiar.
2. Planificación Familiar.
3. Atención prenatal, del parto y del puerperio.
4. Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil
5. Inmunizaciones
6. Manejo de casos de diarrea en el hogar
7. Tratamiento antiparasitario de las familias.
8. Manejo de infecciones respiratorias agudas.
9. Prevención y control de tuberculosis pulmonar.
10. Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.
11. Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones.
12. Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud.

Para evitar Interpretación múltiple en la operación de este paquete el Consejo Nacional de Salud procedió a realizar diseño de protocolos, donde se definieron acciones diagnósticas, medidas de prevención, procedimientos de salud pública, insumos. Los agentes involucrados y

los sitios en los que habrán de prepararse los servicios. También se definió la frecuencia de cada actividad, periodicidad y el tiempo de su ejecución.

3.11 Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal

Surge el Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000, del Programa de Reforma del Sector Salud 1995 – 2000, y tiene como antecedente relacionado con el marco institucional que ha ofrecido servicios de salud a la población abierta en el Distrito Federal, a través de diferentes modelos de atención, a continuación se mencionarán los siguientes:

- En 1929, el Dr. Ignacio Chávez señaló la necesidad de integrar y coordinar las actividades que desempeñaba el Departamento de Salubridad, tanto en el D.F. como en el resto de los estados, para lograr la solidez técnico administrativa que diera la base para una atención integral a los problemas de salud.
- La Dirección de Salubridad en el Distrito Federal nació en el período presidencial de Lázaro Cárdenas (1934-1940). Se crearon centros de salud llevando sus beneficios a la población desprotegida con énfasis a la atención materno – infantil.
- En 1946 se inauguró el centro de salud "General Maximino Avila Camacho", representó la fusión de la medicina preventiva y la asistencial. Entre 1947 y 1952 se subdividió el Distrito Federal en 12 distritos sanitarios con el fin de coordinar las acciones de las campañas sanitarias. La atención integral tenía como base el expediente clínico familiar y las visitas educativas de campo de la enfermera y la trabajadora social.
- En 1978 se creó el Programa de Atención Primaria en las Areas Marginadas. Se integraron los centros comunitarios Tipo I.
- En 1981 nació el Programa de Atención a la Salud para Población Marginada en Grandes Urbes, dio origen a los centros de salud comunitarios Tipo II y Tipo III. Surgió el Programa de Medicina General Familiar y se integraron a los centros de salud módulos que otorgaban atención integral a los individuos y las familias.
- En 1982, por acuerdo del C. Secretario de Salubridad y Asistencia, comunicó oficialmente que los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal pertenecerían a la Subsecretaría

de Asistencia Médica y, por lo tanto, los hospitales dependerían de dichos servicios. La transferencia de estas nuevas atribuciones obligó a los servicios a regionalizar al Distrito Federal en dos zonas, para que, a través de dos jefaturas, se dirigieran, coordinaran y controlaran las acciones de salud emanadas del nivel central y se procesara la información procedente de las unidades aplicativas.

- En 1983 debido al crecimiento de la infraestructura se detectó la necesidad de reorganizar al Distrito Federal en cuatro regiones, las cuales controlarían a las jurisdicciones sanitarias y unidades hospitalarias correspondientes. En el diario Oficial de la Federación el Reglamento Interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en el cual se definía a los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal como órgano desconcentrado por territorio.
- En 1985, se reestructuró la Secretaría de Salud, se fusionaron las Subsecretarías de Regulación Sanitaria y la de Investigación y Desarrollo. A los Servicios de Salud Pública se le atribuyeron funciones de las Direcciones Generales de Regulación de los Servicios de Salud y de Inspección y Licencias Sanitarias.
- En 1988 desaparecieron las cuatro regiones y se consolidaron las 16 jurisdicciones sanitarias que corresponden a las 16 delegaciones políticas en el Distrito Federal.
- En 1992 la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud realizó la revisión al Modelo de Atención de Salud para la Población Abierta en el Distrito Federal.

3.11.1 Marco Programático General

La Secretaría de Salud, a través de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, asume los retos que representa la ampliación de la cobertura, la prestación de los servicios con mayor calidad y eficiencia, y la distribución equitativa de los beneficios del desarrollo hacia los grupos más vulnerables, a través de la reforma del Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta (MASPA).

El MASPA es el conjunto de elementos y acciones articuladas e idóneas, con estructuras y programas bien definidos y con normas específicas para su funcionamiento; responde a las necesidades en materia de salud y se constituye en un instrumento regulador de la prestación de servicios destinados a la población abierta. En el modelo se considera a la cobertura

universal como un elemento básico para extender la atención y dirigirla a los grupos más vulnerables tomándose en consideración a la medicina privada.”⁽³¹⁾

La calidad del servicio está encaminada a las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación, para esto es importante la participación de los trabajadores de la salud, de los aspectos administrativos, puede ser adaptado de acuerdo a cada jurisdicción sanitaria y se requiere también de la participación de la comunidad, pues son ellos, los ciudadanos quienes a través del cuidado de su salud, contribuyen a la disminución de enfermedades.

3.11.2 Marco Conceptual

En 1978 se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, celebrada en Alma-Ata, ahí se propuso a la Atención Primaria a la Salud como estrategia para alcanzar el objetivo de lograr la salud para todos.

México, como miembro de la Organización Mundial de la Salud, convino que “la salud es un derecho humano fundamental y un objetivo social para el mundo entero”, convino con las demás naciones, a asegurar una distribución más equitativa de los recursos de salud a través de la práctica de medidas de promoción y de prevención que disminuyan los riesgos de enfermedades, invalidez y muerte, así como la restauración de la salud perdida. Muy a pesar de reconocer que la salud es un derecho, es muy claro que hay mucha gente que no cuenta con un solo servicio médico.

De acuerdo al Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta, define el concepto de Atención Primaria como: *la forma de atención a la salud puesta al alcance de todos los individuos y las familias de una comunidad por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un costo accesible para la familia, la comunidad y el país.*

3.11.3 Marco Jurídico y Metodológico

Como ya mencionamos anteriormente su antecedente jurídico del Modelo de Atención a la Salud está basado en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa de Reforma del Sector

⁽³¹⁾ Secretaría de Salud. Memoria de Gestión de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal 1995-1997 Pág. 85

Salud 1995 – 2000, además en diversos instrumentos legales y metodológicos para desarrollar en forma operativa el proceso de planeación de los servicios, entre ellos destacan los siguientes:

- Ley General de Salud y sus Reglamentos
- Ley Estatal de Salud y sus Reglamentos
- Rotafolio de Información Básica
- Estudio de Regionalización Operativa
- Normas Oficiales Mexicanas y Normas Técnicas para la Prestación de los Servicios de Salud
- Manuales de Organización
- Manuales de Procedimientos
- Sistema Estatal de Información Básica
- Sistema Integral de Evaluación
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica

3.11.4 Objetivo General

Se pretende lograr una óptima organización de los Servicios de Salud del Distrito Federal, para asegurar a la población la disponibilidad y el acceso a servicios de salud de calidad, con plena satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios.

3.11.5 Objetivos Específicos

Son los siguientes:

- Determinar la estructura y organización de los servicios de salud que atienden a población abierta en el Distrito Federal, con criterios geográficos, demográficos y epidemiológicos.
- Asegurar la prestación permanente de servicios de salud mediante las redes de servicios de alta calidad.
- Garantizar la implantación y operación del paquete básico de servicios de salud.
- Prestar los servicios de salud, con la participación de todos los recursos institucionales, comunitarios públicos y privados disponibles.

- Favorecer la participación organizada de la población en la solución de sus problemas.
- Garantizar que la prestación de servicios sea con equidad y calidad.

3.11.6 Operación de los Servicios

Para que opere el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta, participan recursos:

- ◆ *Institucionales.*- Que es el personal profesional, técnico y administrativo adscrito a los centros de salud, unidades hospitalarias, unidades de atención especial y unidades administrativas.
- ◆ *Comunitarios.*- Son considerados el promotor voluntario, la procuradora de salud y la partera tradicional.

3.11.7 Recursos Institucionales

3.11.7.1 Jurisdicción Sanitaria

Es la unidad técnico administrativa dependiente de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, que funge como enlace entre el nivel operativo y el nivel central. Cuenta con recursos para planear, coordinar, supervisar y evaluar las acciones integrales de atención médica a población abierta, de salud pública y fomento sanitario. Cuenta con una estructura orgánica funcional que le permite conducir y controlar la prestación de los servicios de salud, con capacidad resolutoria suficiente para la atención a la salud de la población abierta a través de las unidades del primero y segundo nivel de atención.

Establece relaciones de coordinación entre los centros de salud y las unidades hospitalarias en su área de influencia, conformando una red de servicios; y cuando en su ámbito geográfico no existen unidades de segundo nivel de atención, establece relaciones de coordinación con hospitales de otra jurisdicción. Comprende a la extensión territorial correspondiente a una delegación política del Distrito Federal.

Las funciones más importantes de la jurisdicción sanitaria son las siguientes:

- ◆ Planear, coordinar y evaluar la operación del programa jurisdiccional de promoción de la salud con la participación de la comunidad,
- ◆ Coordinar el Comité Delegacional de Salud,
- ◆ Coordinar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica,
- ◆ Coordinar el Paquete Básico de Servicios de Salud, entre otras actividades.

3.11.7.2 Centro de Salud

Son las unidades del primer nivel de atención desarrollan acciones dirigidas al individuo, a la familia, a la comunidad y a su medio ambiente; los servicios están enfocados prioritariamente a preservar la salud por medio de actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, no requieren de recursos complicados, estimulan las formas de organización y participación comunitaria en los servicios.

Está organizado por núcleos básicos o sea, por un médico familiar o general y dos enfermeras, una trabajadora social y un odontólogo.

Los Centros de Salud se clasifican en tres tipos:

a) *Centro de Salud T - I*

Está integrado por uno a dos núcleos básicos, se ubica en áreas urbanas de baja concentración poblacional, cuenta con consultorio médico, sala de espera, área de curaciones e inmunizaciones y sanitario. Atiende hasta 1000 familias.

b) *Centro de Salud T - II*

Integrado por tres a seis núcleos básicos de salud, puede atender hasta 3000 familias, cuenta con un consultorio de odontología, puede llegar a contar con servicios de laboratorio clínico, tiene de dos a seis consultorios médicos, sala de espera, central de equipos y esterilización, inmunizaciones, dirección, administración, epidemiología, estadística, farmacia, salón de usos múltiples y sanitarios.

c) *Centro de Salud T - III*

Integrado por siete núcleos básicos o más, cuenta con siete a dieciséis consultorios, cuenta con odontólogo, sala de espera, salón de usos múltiples, área de curaciones e inmunizaciones, laboratorio, radiodiagnóstico, consultorio de optometría, área de trabajo social, de educación para la salud, enfermería, consultorio de salud mental, epidemiología estadística, dirección, administración, farmacia y almacén.

3.11.7.3 Centro de Atención Especial

Los servicios de Salud Pública en el Distrito Federal cuentan con centros de atención especial, cuyo objetivo es proporcionar atención médica especializada ambulatoria. Son centros de referencia de las unidades de primer nivel de atención. Realizan funciones de apoyo a la consulta externa del segundo nivel, apoyo ambulatorio, investigaciones clínicas en su área, programa de prevención y control de la rabia.

3.11.8 Unidad Hospitalaria

Comprende acciones dirigidas al individuo, a la familia y a la comunidad, de tipo preventivo, curativo y de rehabilitación. Se ofrece atención médica especializada para pacientes ambulatorios y de hospitalización, a personas que son referidas de los centros de salud o que se presentan espontáneamente y cuya atención requiere de la conjunción de tecnología, equipo y recursos materiales a cargo de personal especializado. Realizan acciones de vigilancia epidemiológica, prevención de enfermedades, enseñanza, investigación y educación para la salud. Tiene coordinación con la jurisdicción sanitaria para la vigilancia epidemiológica. Los hospitales de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, se clasifican en *hospitales generales* y *hospitales de especialidad*.

3.11.9 Regionalización Operativa

Los propósitos de la regionalización operativa consiste en garantizar el acceso a los servicios de salud de la población abierta en el Distrito Federal, para ello se necesita identificar las

necesidades de infraestructura y recursos humanos para la salud, establecer áreas de responsabilidad para las unidades de salud y los núcleos básicos de servicios, identificar necesidades de salud, y regionalizar con base a factores de marginalidad y proporcionar una mayor utilización de los servicios para la población abierta.

3.11.10 Programa de Mejoría Continua de la Calidad de los Servicios

Se pretende garantizar la prestación de servicios con un alto nivel de calidad en las 16 jurisdicciones sanitarias, los 7 hospitales y las oficinas centrales que conforman los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal. Con este programa se establecerán redes de servicios para dar una mejor atención a la población a través de un sistema de referencia que facilite el envío de los pacientes de una unidad operativa a otra de mayor complejidad o viceversa, con el propósito de brindar a los usuarios atención médica integral y oportuna en las unidades que, conforme al padecimiento del paciente y la capacidad resolutive de la unidad, resulten más convenientes.

3.11.11 Vigilancia Epidemiológica

Dentro de las actividades de salud pública, la vigilancia epidemiológica es una de las herramientas principales que se requieren para evaluar los daños a la salud en la población el grado de avance en las intervenciones, lo que permite disponer de información oportuna para la toma de decisiones. El insumo fundamental de la vigilancia epidemiológica es la información sobre morbilidad, mortalidad y los recursos utilizados para responder a las necesidades de salud de la población de responsabilidad, con el análisis de esta información se evalúa continuamente el avance de las actividades programadas.

3.11.12 Información Supervisión y Control

Debe haber un monitoreo y seguimiento de las acciones que se llevan a cabo en el modelo de Atención para la Salud que permita retroalimentar la toma de decisiones, deben establecerse mecanismos de control en el ámbito local, en interacción con las instituciones de atención a

población abierta y en corresponsabilidad con la comunidad y niveles de gobierno. Para eso hay un sistema de información que contiene datos sobre la salud, servicios otorgados y recursos utilizados que permite conocer el impacto de los programas y la modificación de los problemas de salud.

3.11.13 Evaluación

Participan todos los agentes que intervienen en el proceso, con el fin de analizar el grado de avance de programas de salud, a través de evaluaciones por encuestas, cuestionarios que se aplican a los prestadores de servicios, de la comunidad y de las autoridades de los prestadores de distintos niveles de administrativos dentro del sector en su conjunto.

3.11.14 Paquete Básico de Servicios de Salud

Es un conjunto de intervenciones en salud que deben de ser otorgadas a toda la población demandante en respuesta a necesidades prioritarias. Contiene acciones factibles de realizar, de bajo costo y alto impacto. Su aplicación constituye la estrategia fundamental para la aplicación de la cobertura de los servicios de salud. Las intervenciones del Paquete Básico de Servicios de Salud en el Distrito Federal son las siguientes: *Saneamiento Básico, Manejo de Casos de Diarrea, Tratamiento Antiparasitario, Control de Tuberculosis Pulmonar, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, Inmunizaciones, Nutrición y Crecimiento del Niño, entre otros.* Este paquete agrupa actividades concretas de promoción prevención, curación o rehabilitación, dirigida al individuo, a la familia, a la comunidad y al medio ambiente.

3.11.15 Estructura

Los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal se integran por cinco direcciones de área, una coordinación y cinco áreas de apoyo directo en la unidad central. Tiene a su cargo las 16 jurisdicciones sanitarias, 211 centros de salud, 4 centros de control canino, 3 centros comunitarios de salud mental, siete hospitales, 8 clínicas de especialidades. Primero haremos

mención en qué consiste el servicio que cada una de estas instituciones, sus objetivos y qué tipo de funciones realizan, así también se mencionará la ubicación de algunas de ellas.

3.11.16 Dirección General

El titular de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal tiene como objetivo y funciones:

Proteger, promover, recuperar y fomentar la salud Individual, familiar y comunitaria de la población abierta del Distrito Federal, mediante un sistema de servicios de salud autosuficiente, coordinado y escalonado, que permita la atención médica oportuna, así como la realización planeada y programada de acciones en materia de capacitación e Investigación por parte de las áreas sustantivas.

Planear, programar, dirigir, coordinar y controlar los servicios de Salud Pública y Atención Médica de Primer Nivel de Atención de las 16 Jurisdicciones Sanitarias y de las Unidades de Segundo Nivel a su cargo.

Contribuir en el desarrollo del proceso descentralizador de los servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, conducir y controlar el Servicio de Sanidad Internacional en el aeropuerto Internacional de la Ciudad de México.

Ejerce las funciones de Autoridad Sanitaria que le corresponden, o en su caso, le desconcentro o delegue el Secretario en acuerdo expreso.

Establecer la coordinación con los Institutos Nacionales de Salud y otras dependencias federales.

Expede, revalida o revoca autorizaciones en el ámbito de su competencia en proyectos de construcción, demolición y modificación de todo tipo de obras, y tratándose de establecimientos de salud, sólo autoriza las que sean privadas y de Primer Nivel de Atención.

Analizar la legislación aplicable al Distrito Federal en materia de salud.

Impone, sanciona y aplica medidas de seguridad.

Coordinar y promover los protocolos de investigación en materia de salud programados y desarrollados por las áreas sustantivas de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, para contar con los recursos humanos calificados, apegados a la normatividad y a los comités.

Autorizar la internación y salida de cadáveres del territorio nacional y su traslado del Distrito Federal a otra Entidad Federativa.

3.11.17 Secretaría Técnica

Depende directamente del titular de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal y sus actividades se establecieron de acuerdo con los lineamientos del Programa de Reforma del Sector Salud 1995 – 2000 en el cual se establecieron tres objetivos principales como: *ampliar la cobertura, promover la calidad y eficiencia de la prestación de servicios y concluir el proceso de descentralización.*

En este punto sólo mencionaremos algunas actividades que realiza como:

- Ampliar la cobertura para la atención a la salud a través de medición y ubicación geográfica de la marginación socioeconómica en el Distrito Federal, por medio del estudio de 1972 Areas Geoestadísticas Básicas (AGEBS), definidas por el INEGI y que integran a esta entidad.
- Cuenta con un sistema de información geográfica computarizado, en el que se cuenta con la traza urbana del Distrito Federal, contiene información sociodemográfica, los indicadores para el estudio de marginación, resultados de los AGEBS, ubicación de cada unidad médica de la secretaría de Salud, cuenta con información epidemiológica.
- Funcionamiento de los servicios médicos de urgencias. Llevarán a cabo un estudio para evaluar el funcionamiento de los servicios médicos de urgencias, en todos los hospitales que se encuentran ubicados en 29 municipios del Estado de México y en las delegaciones del Distrito Federal, esto permitió contar con información del servicio de urgencias acerca de la infraestructura y los recursos humanos en las áreas hospitalaria y prehospitolaria, las demandas de atención y de mortalidad en este servicio, y la calidad con que se otorga el servicio, así que posteriormente se creó el Sistema Metropolitano de Urgencias Médicas.

3.11.18 Dirección de Servicios de Salud

Tiene como propósito lograr la equidad y mejoría continua de la calidad de los servicios que ofrecen a la población no derechohabiente del Distrito Federal. Para ello se llevan a cabo programas de prevención, atención médica y vigilancia epidemiológica, sustentados en la promoción de la salud y la capacitación. Cuenta con:

- Una *Subdirección de Vigilancia Epidemiológica*, que va a proporcionar los elementos técnicos y normativos par el funcionamiento de las actividades en materia de control de enfermedades, vigilancia epidemiológica, promoción y educación para la salud y de saneamiento para el ambiente, maneja los programas de: vacunación universal, prevención y control del cólera, vigilancia epidemiológica de poliomielitis, parálisis flácida, tétanos neonatal, tétanos del adulto, difteria, tosferina, meningitis infecciosa, sarampión, saneamiento básico, prevención y control de accidentes y desastres, tuberculosis, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, fiebre reumática, cáncer gástrico, cirrosis hepática, entre otras. Cuenta con el Departamento de Epidemiología y Programa de Vacunación.

3.11.19 Subdirección de la Calidad de la Atención

Su objetivo es el de proporcionar y promover los instrumentos técnicos de control, monitoreo, evaluación, diseño y de los lineamientos básicos, para mejorar la calidad de la prestación de la atención médica de primero y segundo nivel, así como de los servicios de apoyo médico, maneja programas de consulta externa, servicios de apoyo, salud mental, prevención de padecimientos buco-dentales, entre otros.

Cuenta con el Departamento de Salud Reproductiva y Departamento de Atención Médica y el Departamento de Salud Escolar.

3.11.20 Subdirección de Capacitación

Tiene como finalidad mejorar la calidad de los servicios de salud mediante el fomento de la enseñanza y capacitación en el área de la salud pública de los prestadores de servicios, así como de los recursos en formación, tiene a su cargo el Departamento de Capacitación Médica y Paramédica y con el Departamento de Enseñanza de Pregrado y Posgrado.

3.11.21 Subdirección de Información, Educación y Comunicación para la Salud

Los objetivos principales de esta Subdirección son los de diseñar, aplicar y evaluar modelos de información, educación, comunicación, organización y gestión social en salud que contribuyan al fortalecimiento de los sistemas locales de salud y al mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad en el Distrito Federal, lleva a cabo los programas de apoyo a programas prioritarios, promoción y difusión de acciones de salud, salud familiar, salud municipal y ejercicios para la salud. Es apoyada esta Subdirección por el Departamento de Participación Social y el Departamento de Educación para la Salud.

3.11.22 Regulación Sanitaria

Los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal a través de la Dirección de Regulación Sanitaria, han desarrollado el Programa de Regulación y Fomento Sanitario como parte de las atribuciones y competencia que le son encomendadas para proteger y promover la salud de la población del Distrito Federal, consiste en: **a) proteger y promover la salud de la población; b) realizar la vigilancia sanitaria a establecimientos, productos y servicios; c) orientar, verificar y aplicar medidas de seguridad y d) sancionar las irregularidades sanitarias que constituyan un riesgo para la salud.**

La Dirección de Regulación Sanitaria desarrolla su programa de trabajo en el Distrito Federal en cada una de las 16 delegaciones políticas con una oficina central y seis oficinas foráneas, así como dos módulos extramuros de atención para trámites funerarios, ubicados en la delegación Alvaro Obregón y otro en la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal.

Cuenta con una Subdirección Técnica, Normativa y Administrativa, que valora la expedición de Licencias Sanitarias y atención de avisos de apertura de establecimientos, los dictámenes y autorizaciones, las sanciones y ejecuciones de inconformidades, también está la Subdirección de Verificación y Control Sanitario que realiza la vigilancia sanitaria a través de la supervisión continua de supervisión de los productos que se transportan, almacenan, elaboran y expenden en los establecimientos y grandes centros de abasto de la ciudad.

3.11.23 Coordinación de Hospitales

Como antecedente hacemos mención que la Unidad de Atención Primaria a la Salud y de la Atención Hospitalaria en el Distrito Federal fue creada en 1989, constituye uno de los antecedentes institucionales más importantes orientados a favorecer la planeación y la programación de los servicios de salud en el segundo nivel de atención.

En 1991, por instrucciones del Secretario de Salud, esta unidad cambió su denominación por la de Coordinación General de Hospitales en el Distrito Federal, con la finalidad de delegar funciones para coordinar y vigilar la aplicación de la normatividad emitida por las dependencias globalizadoras a las siguientes unidades hospitalarias: General de Ticomán, Nacional Homeopático, Juárez del Centro, de la Mujer, Juárez de México, General de México, General Dr. Manuel Gea González, los hospitales psiquiátricos: Fray Bernardino Álvarez, Infantil Dr. Juan N. Navarro y Campestre Dr. Samuel Ramírez Moreno, así como los Institutos Nacionales de Medicina de Rehabilitación, de Ortopedia y de la Comunicación Humana, con dependencia directa de la entonces subsecretaría de Servicios de Salud.

A partir de 1995, la hasta entonces Coordinación General de Hospitales, pasó a depender de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, cambiando nuevamente su denominación por Coordinación de Hospitales, adoptando nuevas funciones como promover acciones de apoyo a la gestión y trámites técnico-administrativos.

Este programa comprende acciones tendientes a favorecer que la atención médica se otorgue integral y permanentemente en el marco de los procesos de urgencias, consulta externa, cirugía, hospitalización y auxiliares de diagnóstico y tratamiento, atiende padecimientos que no tratan en el primer nivel de atención. Se contempla que estas acciones se den con calidad, oportunidad, continuidad, calidez, equidad, eficacia y eficiencia, así como lograr la satisfacción

del usuario y de los prestadores de servicios. Pretende llevarse a cabo tres grandes objetivos generales:

- Coadyuvar a la descentralización de los Servicios de Salud en el Distrito Federal.
- Coordinar, promover y apoyar las acciones que favorezcan el desarrollo de la capacitación e investigación en las unidades de la Coordinación de Hospitales.
- Organizar y coordinar esfuerzos que coadyuven a elevar la calidad y calidez del proceso de los servicios de salud en las unidades médicas hospitalarias.

Las unidades coordinadas son las siguientes:

- a) Hospitales Generales
 - Nacional Homeopático
 - General de Ticomán
 - Juárez del Centro
 - De la Mujer
 - Hospitales Infantiles del D.D.F.
- b) Hospitales Psiquiátricos
 - Infantil Dr. Jua N. Navarro
 - Fray Bernardino Alvarez
 - Dr. Samuel Ramírez Moreno
- c) Institutos Nacionales
 - De la Comunicación Humana
 - De Medicina de Rehabilitación
 - De Ortopedia

La Coordinación de Hospitales tiene a su cargo 13 programas clasificados en médicos, médico – administrativo y de capacitación y de enseñanza.

3.11.24 Planeación

La Dirección de Planeación, tiene a su cargo la planeación, programación, control, monitoría y evaluación de los programas, subprogramas y acciones, que se desarrollan en estos servicios; así como la Investigación socio – médica y operativa, los cuales son instrumentos de suma importancia para complementar la información requerida para la administración y la gestión de los servicios que se otorgan. Está conformada por:

- Subdirección de Planeación
- Subdirección de Sistemas y Procesos de Información
- Subdirección de Evaluación
- Subdirección de Estudios Sociomédicos y Operativos

3.11.25 Dirección de Administración

Su objetivo consiste en *promover las acciones necesarias en estricto apego a las normas, métodos y procedimientos establecidos por el nivel central para una óptima utilización de los recursos humanos, materiales, financieros y servicios generales, en apoyo a las labores sustantivas de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal.*

Tiene a su cargo cuatro subdirecciones de área:

Recursos Humanos, Recursos Materiales y Servicios, Control Presupuestal y Recursos Financieros.

3.11.26 Dirección de Infraestructura

Tiene como finalidad reorientar las acciones en materia de Conservación y Mantenimiento, así como de Infraestructura Física en los Servicios para atender en forma ordenada e integral las necesidades de Salud, en función del comportamiento de la demanda que solicite la población abierta.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Se encuentra integrada por una subdirección de conservación y mantenimiento que cuenta con tres departamentos, *de obra civil, de mantenimiento a equipos y de apoyo técnico.*

3.11.27 Asuntos Jurídicos

La Unidad de Asuntos Jurídicos se creó en 1984, con funciones de asesoría y enlace con la entonces Dirección General de Asuntos Jurídicos e Internacionales de la Secretaría de Salud.

Posteriormente en 1993, esa unidad de enlace se transformó en una unidad departamental, cuyo objetivo principal consistió en vigilar la aplicación e interpretación de los ordenamientos legales vigentes en la esfera administrativa, con estricto apego a la ley.

La Unidad Departamental de Asuntos Jurídicos tenía como funciones primordiales el brindar asesoría jurídica a las áreas adscritas a los Servicios de Salud Pública; además de realizar dictámenes preliminares de diversos instrumentos legales, elaboración de proyectos de convenios, contratos, acuerdos y otras actividades propias de la materia; además de elaborar iniciativas o proyectos de ley.

Con la publicación del Acuerdo Secretarial número 122, de fecha 21 de abril de 1995, en el Diario Oficial de la Federación, mediante el cual se delegaron facultades en materia jurídica a los jefes de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y al Titular de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, se pretendió efficientar la labor y brindar una atención directa a los asuntos que surgieran en su seno. Lo anterior, con la finalidad de fortalecer la autonomía operativa en el marco de las disposiciones legales que rigen esta actividad.

Las funciones que realiza son las siguientes:

- a) Formular denuncias de hechos, presentar querrelas en defensa de los intereses de la Secretaría, otorgar perdones legales y, en su caso, coadyuvar con el Ministerio Público en los procesos que afecten a estos servicios;
- b) Representar a la Secretaría ante Tribunales Judiciales, Administrativos o del Trabajo y autoridades administrativas federales y estatales;

- c) Imponer sanciones administrativas a los trabajadores incluyendo dictámenes de terminación de los efectos del nombramiento, con independencia de las funciones que ya se tenía asignadas;
- d) Elaborar informes correspondientes en los Juicios de amparo; que interponen los particulares por violaciones a su esfera jurídica por actos de autoridad.
- e) Resolver los recursos de inconformidad previstos en la Ley General de Salud;
- f) Elaborar anteproyectos de leyes, decretos, acuerdos circulares, órdenes y demás instrumentos necesarios para el desarrollo de las funciones de los Servicios de Salud Pública;
- g) Suscribir convenios, bases de coordinación o colaboración y contratos, previo dictamen de la Dirección General de Asuntos Jurídicos.

3.11.28 Contraloría Interna

Se llevan a cabo auditorías a las diferentes jurisdicciones sanitarias, oficinas centrales, hospitales, y centros de salud, para corroborar su funcionamiento y hacer las correcciones y sanciones pertinentes para el buen funcionamiento de las instituciones de salud.

CAPITULO IV

PROPUESTA SOCIAL EN MATERIA DE SALUD PUBLICA

4.1 Situación Actual

4.1.1 Educación

4.1.2 Vivienda

4.1.3 Alimentación

4.1.4 Marginación

4.1.5 La Salud de la Población

4.1.5.1 Algunas Enfermedades de Importancia para la Salud Pública

4.1.5.2 Riesgos para la Salud

4.2 Nuestra Propuesta

4.1 Situación Actual

Para tratar este punto, se acudió a diversas Instituciones que trabajan en la prevención y tratamiento de enfermedades, de las cuales mencionaremos al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y a la Secretaría de salud, donde se obtuvo la siguiente información que es la más actual hasta el momento de que se realizó esta investigación:

El Distrito Federal es el núcleo central de la zona metropolitana de la Ciudad de México y de la región centro del país, manifiesta un crecimiento poblacional diferenciado, tanto en el tiempo como en el espacio. Su población pasó de 3.0 millones de habitantes en 1950 a 6.8 millones en 1970, a 8.2 millones en 1990, mientras que en 1995 alcanzó 8.4 millones de personas, en 1997 alcanzó 8.5 millones de habitantes, en el capítulo uno haremos mención de que la población en el año 2000 es de 8.591,309 habitantes, es el último dato arrojado en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Es así como hemos observado que a mayor número de población, mayor ha sido el incremento en cuanto a enfermedades se refiere.

Hay delegaciones en el Distrito Federal que contienen más población que algunas entidades federativas, como sucede en la delegación de Iztapalapa, le sigue la delegación Gustavo A. Madero, donde se concentra la mayor población, la delegación que tiene menos población es Milpa alta. Al haber un mayor número de población el sistema de salud tiene que hacer un gran esfuerzo para operar en cada entidad delegacional y en sus jurisdicciones, ya que hay más demanda por servicios de salud. De igual manera el Sistema para la Salud, debe tomar en cuenta el número de población en cada delegación y así obtener un mejor resultado en sus programas de salud.

4.1.1 Educación

Con respecto al nivel educativo en el Distrito Federal fue reportado con una población del 95% alfabetizada y un 4% analfabeta.

Las jurisdicciones con más alto índice de analfabetismo fueron las de Iztapalapa, Gustavo A. Madero, Alvaro Obregón y Tlalpan. El promedio general de escolaridad fue de 7.6 años (primaria incompleta) siendo la más baja la jurisdicción de Milpa Alta, seguida por Cuajimalpa y Tiáhuac, todas ellas con un perfil más rural y de mayor marginación relativa. La poblacional de

16 y más años con instrucción superior alcanzó el 42 por ciento. Estos datos son del año de 1998, ya que actualmente el INEGI está analizando en el último censo esta información.

En el Distrito Federal se presenta uno de los niveles más altos, a nivel nacional, de escolaridad, pero aún así existe una eficiencia terminal baja, además de un bajo rendimiento. Esto puede atribuirse a que dentro de un amplio sector de la población no existen los recursos suficientes para sostener el costo del financiamiento de la escolarización, teniéndose que insertarse a la vida laboral desde una edad temprana, lo que se refleja de manera muy importante en las delegaciones con población de tipo rural y con ingresos bajos. Aunque pareciera que esto no tiene que ver con la prevención de enfermedades, es en este rubro de la educación en donde se debe enfatizar, aplicar y fomentar más la prevención para la salud, pues es ahí en donde se puede, recalcar la importancia de estas acciones por el tipo de población que está a nivel escolar, sobre todo en las primeras etapas de éste

4.1.2 Vivienda

Las condiciones de vivienda que presentan algunas personas, refleja en gran manera la situación en cuanto a salud se refiere de sus moradores, principalmente de aquellos que siendo un gran número de integrantes comparten un cuarto de 4 x 4 metros, en donde las condiciones sanitarias en las que se desenvuelven propician el surgimiento y contagio de enfermedades transmisibles y no dejamos atrás la disposición de los servicios básicos como son: agua y drenaje. En 1990, la disposición de agua potable se tenía en el 96% de las viviendas censadas, además el Distrito Federal contaba tan sólo con 18 procesadoras para el tratamiento del agua, distribuidas estas en 11 delegaciones de las 16 existentes. Por lo que es importante recalcar que por más programas de salud que se implementen, si el problema no se ataca de raíz como es el prestar más atención a los problemas de educación y vivienda, será imposible erradicar enfermedades.

Lamentablemente, la construcción y distribución equitativa de la vivienda de interés social ha ido disminuyendo en vez de incrementarse, debido a las políticas económicas implementadas en cada sexenio, manifiestan un abandono progresivo del carácter social de los organismos de vivienda y su transformación en financieras hipotecarias, los cuales representan riesgos directos o indirectos para la salud de la población, estos se manifiestan más en algunas delegaciones como las periféricas más rurales. El interés de tipo económico dejó atrás las necesidades de gente que no cuenta con recursos para obtener una vivienda digna.

Hay más desigualdades en la proporción de servicios públicos como el agua y el drenaje esto se puede observar en las delegaciones Xochimilco, Milpa Alta y Tláhuac, entre otras.

Donde se reporta mayor número de habitantes por vivienda es en la delegación Miguel Hidalgo es de 4.7, Milpa Alta, Cuajimalpa e Iztacalco con 4.6 habitantes por vivienda.

4.1.3 Alimentación

Este es también un rubro muy importante en cuanto a salud se refiere, pues se dice que uno es lo que come y el bajo nivel educativo de la población se relaciona con la alimentación, la carencia de programas de educación nutricional y los patrones de alimentación precarios favorecen que las enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, se incrementan de manera constante y alarmante en los últimos años, un caso muy palpable en los recientes reportes médicos es la diabetes, ya sea en niños, jóvenes o adultos.

La dieta del capitalino se caracteriza de acuerdo a la Secretaría de Salud, por la abundante ingestión de alimentos de origen animal, con alta proporción de grasas, pobre ingesta de fibra dietética y una carga excesiva de calorías.

Aunado a lo anterior el modo de vida urbano conlleva a una serie de riesgos para la salud como son: estrés, sedentarismo, sobrealimentación, alcoholismo, tabaquismo, farmacodependencia, exposición a contaminantes y cancerígenos, así como procesos de trabajo desgastantes, entre otros, que a medida que se incrementen, traerán consigo otro tipo de enfermedades, aumentando así el problema de salud en el Distrito Federal.

4.1.4 Marginación

El alto índice de pobreza extrema en el Distrito Federal se localizan en la periferia de la ciudad; en los límites urbanos al norte de Gustavo A. Madero, los límites de Iztapalapa con Tláhuac y el Estado de México, el sur de la delegaciones Magdalena Contreras, Tlalpan y Xochimilco, el surponiente de Cuajimalpa y Alvaro Obregón y la Jurisdicción de Milpa Alta y es en estas delegaciones en las que se debe prestar mayor atención para erradicar los problemas de salud.

Las áreas menos marginadas se ubican en el centro geográfico de la mancha urbana; en la Delegación Benito Juárez, la parte sur de las delegaciones Cuauhtémoc y Miguel Hidalgo, parte de Coyoacán y el oriente de Alvaro Obregón, sin embargo no se debe dejar de implementar programas a nivel preventivo, para que en lo posterior no representen un problema en cuanto a salud se refiere.

4.1.5 La Salud de la Población

El Distrito Federal, en materia de salud, presenta una imagen similar al de las capitales de los países en vías de desarrollo y muestra los importantes cambios ocurridos en las últimas décadas. Aún hay una proporción importante de la población que carece de acceso a los servicios de salud otorgados por las Instituciones de seguridad social, situación que a su vez refleja la necesidad de contar con una Institución de salud pública que sea capaz de brindar atención mediante los servicios de la medicina clínica a través de medidas de prevención.

Los cambios en la situación de la salud de la población del Distrito Federal se pueden agrupar en tres grandes áreas:

- a) Las que tienen su origen en los cambios de los hábitos dietéticos, en el sedentarismo, las enfermedades crónico-degenerativas y las cardiovasculares.
- b) Las que están ligadas a la pobreza, la desnutrición, las enfermedades transmisibles y la deficiente higiene personal, ambiental y laboral.
- c) Las que tienen su origen en factores sociales o del desarrollo como los accidentes, la violencia, las adicciones, las enfermedades de transmisión sexual y la contaminación, entre otras.

Como ya lo mencionamos en el capítulo anterior, la Secretaría de Salud a través de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, pretenden ampliar la capacidad de cobertura, mejorar la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios a toda la población urbana, pero en especial, aquélla que carece de los servicios que otorgan las Instituciones de seguridad social o privada, y que es denominada población abierta, a través de atención médica en los centros de salud, en los hospitales de segundo nivel, con los servicios de prevención (vacunación, centros de control canino, sanidad internacional y centros comunitarios de salud

mental) y los servicios de Regulación Sanitaria, estos servicios también se otorgan a los municipios de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México.

La población abierta de la ciudad de México, el 18.13% se encuentra localizada en la Jurisdicción de Iztapalapa, lo que equivale a casi 665 mil personas. La jurisdicción con la tasa más baja de la población abierta es la delegación Benito Juárez con 0.33% lo que equivale a 12 mil personas.

Con respecto a la mortalidad en el Distrito Federal, se ha caracterizado por una paulatina reducción de defunciones atribuibles a padecimientos infecciosos y la tendencia creciente de la mortalidad por enfermedades crónico degenerativas.

Así, de 1940 a 1970 debido a la pobreza, las principales defunciones eran por gripe, neumonía, diarrea, enteritis, tuberculosis y sarampión, después aparece con mayor frecuencia la diabetes mellitus en 1960.

Desde 1980 se han mantenido en primer lugar de mortalidad las enfermedades del corazón, en segundo lugar la neumonía o Influenza y a la enfermedad infecciosa intestinal en octavo lugar; los tumores malignos en tercer lugar; y a partir de 1990, las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la diabetes mellitus en los primeros tres lugares.

Para 1996-1997, el tercer lugar lo ocuparon los accidentes. La presencia de las enfermedades del corazón como causa número uno de mortalidad en el Distrito Federal, puede tener su origen en varias causas o suposiciones como son los cambios de hábitos dietéticos, el sedentarismo y el aumento del estrés, entre los más importantes.

Los tumores malignos se encuentran en segundo lugar dentro de las principales causas de mortalidad, también se encuentra el cáncer cérvico-uterino y el cáncer mamario en la mujer, el cáncer de la próstata seguido del cáncer de recto y del estómago.

La diabetes mellitus sigue en tercer lugar, esta evolución de la enfermedad se encuentra ligada a los cambios en los hábitos alimenticios hacia productos ricos en harinas y azúcares refinadas y pobres en verduras y frutas, también por la falta de control y seguimiento, por la población enferma, y a la falta de detección oportuna de la enfermedad y su manejo adecuado.

Los accidentes se ubicaron en cuarto lugar, reflejan el problema que para el Distrito Federal tienen las muertes accidentales, ya que los sitios de ocurrencia son los de tránsito, como los de mayor incidencia, seguido por los de áreas de recreo y los de vía pública.

Otras enfermedades que podemos mencionar son la neumonía e influenza, por los procesos infecciosos en el pulmón, además de la pobreza, la enfermedad período perinatal debido al mal manejo en el control del embarazo y durante el parto, las enfermedades cerebro vasculares, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado; así como el homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona.

También es importante señalar el alcoholismo, padecimiento estrechamente vinculado con otra de las principales causas de mortalidad general, interviene directamente al estar asociado con: alcoholismo – accidentes, alcoholismo – cirrosis hepática y alcoholismo – homicidio.

Afecta a grandes ciudades, tiene una gran repercusión a nivel mundial, afecta a la población en edad productiva y cada vez involucra a un mayor número de gente joven.

Respecto a la mortalidad infantil, es más alto en el primer año de vida que en edades siguientes, salvo en edades muy avanzadas, y es precisamente en esta edad en donde la mortalidad es más sensible a los efectos socio-económicos. Por ello la tasa de mortalidad es un indicador de utilidad del nivel de salud de una sociedad, así como del nivel de vida.

Las causas de mortalidad infantil se dan por padecimientos denominados como ciertas afecciones originadas en el período perinatal como la hipoxia, asfixia, afecciones respiratorias; en segundo lugar, anomalías congénitas, neumonía y anomalías congénitas, enfermedades infecciosas intestinales, accidentes, infecciones respiratorias, nefritis, síndrome nefrótico, nefrosis, septicemia, deficiencias de la nutrición y las enfermedades del corazón. Como consecuencia de las Campañas Nacionales de Vacunación, y el implemento de otras vacunas, han ido desapareciendo el sarampión, la poliomielitis, meningitis, como una de las principales causas de mortalidad. Lo que nos indica que efectivamente las campañas de vacunación han tenido una buena contribución a la erradicación de algunas enfermedades.

El panorama de las causas principales de mortalidad infantil en el Distrito Federal, revela que de éstas, la mitad están estrechamente vinculadas con la pobreza, y como no, si a menores recursos, menos acceso a una alimentación equilibrada, vivienda digna y educación, trayendo consigo dicho problema.

4.1.5.1 Algunas Enfermedades de Importancia para la Salud Pública.

Destacaremos en este punto al *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA o VIH)*, debido a que en el Distrito Federal, los primeros casos aparecieron en 1983, y se considera que estos primeros iniciaron su padecimiento en 1981, año que se ha establecido como el inicio de la epidemia mundialmente.

En 1993 en el Distrito Federal algunas jurisdicciones tenían un mayor número de casos con SIDA como en la delegación Cuauhtémoc con el 18%, Gustavo A. Madero con 14.5%, Iztapalapa con el 11.3%, Bonito Juárez con 9.5%, Azcapotzalco con 8.3% y Venustiano Carranza con 7.9%, entre las más representativas.

La manera de transmisión según factores de riesgo en 1993, fue del 48.4% por homosexuales, el 23.0% por heterosexuales, el 14.0% por bisexuales, el 8.2% por transfusión sanguínea, el 2.0% hemofílico, el 1.4% por transfusión perinatal, el menor grupo afectado fue el de usuarios de drogas intravenosas y exposición ocupacional a VIH, con un total de 2.1 por ciento.

La mortalidad causada por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ha presentado un crecimiento muy importante, ya que de ocupar en 1990 el lugar número quince en la lista de mortalidad general, ha ido ascendiendo en promedio un nivel cada año y para 1997 se encontraba en el lugar número once como causa de mortalidad general.

La población inicialmente ha variado, ya que en inicio la mayoría era homosexual, actualmente la distribución tiende a ser más homogénea entre la población con vida sexual activa. A pesar de que esta enfermedad es de las más actuales, se ha observado que las campañas para tratar de prevenirlas han sido insuficientes, pues el incremento en su contagio es cada vez mayor, por lo que el sector salud debe poner especial énfasis en dicho problema, pues como se sabe, aún no hay cura para ello, los tratamientos son demasiado caros y de no educar a la población para evitar que esta enfermedad se propague, podría representar un problema aún más grave de salud, no solo para el Distrito Federal, sino también para el país y el mundo entero.

Por lo que sería de gran importancia prevenir, sobre todo, desde la niñez en cuanto a cuidarse a sí mismos, evitar el contacto con adultos; en los adolescentes, lanzar campañas de usos anticonceptivos pues es mejor darles los medios, que tratar de convencerlos de no tener relaciones pues desgraciadamente el tipo de vida y los mensajes subliminales a través de todos los medios masivos de comunicación inducen a ello y es mejor enseñarlos a prevenir que tener cada día más y más jóvenes infectados.

Ahora nos referiremos a las principales enfermedades que en materia de salud mental padece la población y estas son: psicosis orgánicas, la dependencia a drogas, la depresión neurótica, trastorno depresivo, epilepsia, psicosis esquizofrénica, la reacción depresiva breve, el trastorno de la personalidad y otros diagnósticos. La depresión en todas sus formas constituye la causa más frecuente de consulta en los hospitales psiquiátricos. Muchas de las personas afectadas por este tipo de enfermedades no son tratadas por el hecho de que ellas mismas no consideran necesaria una atención médica para estos padecimientos.

4.1.5.2 Riesgos para la Salud

a) Adicciones

La adicción se define también *como la dependencia física o psíquica, que obliga a repetir su consumo y llevan a la neuroadaptación que se expresa en la tolerancia y el síndrome de abstinencia; una vez alcanzado este estado, provocan sufrimiento moral, daños a la salud individual y problemas sociales*⁽³²⁾ y muy a pesar de que esto no se considera un problema grave en nuestro diario vivir, nos encontramos cada día más con personas adictas.

Las adicciones en el Distrito Federal son un ejemplo de los fenómenos contemporáneos de la globalización que afectan de manera predominante a la población urbana, tanto por sus implicaciones en la morbi-mortalidad, como por su asociación con otros padecimientos propios de las grandes urbes.

Las adicciones son factores de riesgo que provocan otros problemas sociales o de salud como el cáncer, cirrosis, accidentes y violencias, generándose así un sin número de problemas relacionados con la salud.

En la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, se presenta con mayor frecuencia el uso de las drogas ilegales como la marihuana, el consumo de cocaína y los inhalables. El mayor consumo de drogas se presenta en la población de adolescentes y adultos jóvenes. Los grupos marginales y especialmente los menores que desarrollan actividades en la vía pública, las sustancias solventes inhalables son la droga de inicio más frecuente, antes del consumo de

⁽³²⁾ Gutiérrez, R.; González, L. Retrospectiva en la percepción del uso de alcohol y otras drogas en México. Las adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario. SSA, CONADIC. México, 1994.

alcohol y tabaco, por lo que urge la prevención y erradicación de estas para evitar problemas posteriores.

Desglosando la información del Sistema de Información de Drogas, elaborado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, reportó que la mayoría de los usuarios fueron hombres (91%), entre los 15 y 19 años de edad (27%), soltero (70%), de nivel socioeconómico bajo (56%), medio (44%), escolaridad de secundaria incompleta (25%), completa (21%) y sin ocupación (28%). Es importante que los padres de los menores obtengan más información sobre los efectos de la droga y que presten atención en el cuidado de sus hijos.

b) Contaminación

El aceleramiento de la urbanización trae aparejados serios problemas de contaminación del aire y de abastecimiento y contaminación del agua, que a su vez afectan las condiciones de salud y las expectativas de vida de la población urbana, especialmente de la más pobre y marginada.

En la Ciudad de México, alrededor de la década de los 60 se rompió el equilibrio entre sociedad y ambiente. Al concentrarse en la capital la mayor parte de los recursos del país, se ha originado un enorme y constante flujo migratorio, en la zona metropolitana de la Ciudad de México ha crecido a un ritmo desorbitante, que no se cuenta con recursos suficientes para dotarla de infraestructura, servicios y fuentes de trabajo.

Un contaminante se define como toda sustancia, forma de energía u organismo que en su forma natural o procesada, rompa el equilibrio ecológico, destruyendo o dañando a las diversas formas de vida en un área determinada, pudiendo ser su efecto de manera temporal o permanente.

La contaminación que afecta al Distrito Federal es la contaminación biológica como epidemias, la basura; la contaminación química que se da por el desarrollo tecnológico acelerado, la industrialización, los detergentes, los disolventes y plaguicidas; la contaminación física como los causantes de calor (térmica), por ruido y por radiaciones ionizantes que ocasiona mutaciones, cáncer, daños psiconeurológicos congénitos y otros.

Por último la contaminación atmosférica que es uno de los principales problemas que enfrentan la población de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. Es importante señalar que existen varios factores para la mala calidad del aire en la ciudad como los combustibles utilizados por los vehículos automotores, lo que ocasiona un aumento en la susceptibilidad a las enfermedades respiratorias no específicas, con síntomas similares a los del catarro común.

Se da un fenómeno particular con la contaminación del aire especialmente en época de invierno, es la Inversión térmica, las concentraciones de los contaminantes son elevadas, pueden presentar daños muy serios a la salud humana pues la contaminación es acumulativa.

Las medidas y acciones aplicadas para enfrentar esta contaminación en la Ciudad de México han considerado aspectos en el transporte colectivo, vialidad y aspectos de uso del suelo. Afortunadamente, en los últimos años algunos grupos de ecologistas han tratado de atacar este problema y aunque en una mínima medida poco a poco se avanza en este rubro. Un ejemplo de ello es el programa *Hoy no circula* y el reciclamiento de algunos materiales no degradables que aunque a simple vista no se vean grandes resultados, sí han contribuido a disminuir aunque en una mínima parte este problema de la contaminación, pero aún falta mucho por hacer en este aspecto.

c) El Agua

Este elemento tan importante en la salud del ser humano y sin embargo cada día es más escaso. El abastecimiento de este líquido, es otro de los problemas que enfrentan los habitantes de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, por el aumento poblacional e industrial que inciden en la sobreexplotación de los mantos acuíferos del Valle de México y del Río Lerma.

Esta sobreexplotación de los mantos acuíferos ha ocasionado hundimientos y alteraciones en la estructura del subsuelo, además de una degradación constante y en aumento del líquido vital. Si llegase a suceder escasez de agua, sería catastrófico, si se considera que se lleva agua a la ciudad desde cuencas remotas a altos costos, también hay que agregar la antigüedad y el mal estado de la instalación hidráulica que abastece a los habitantes de la ciudad, lo cual favorece la fuga de una gran cantidad de agua.

Del total de agua consumida en el Distrito Federal, se calcula que el 57% es para uso doméstico; el 14% al 16% industrial; 11% para servicios; 3% comercio y 15% usos públicos y pérdidas.

Los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal en colaboración con el Laboratorio Nacional, checan la distribución del agua, además de que cuenta con la proporción adecuada de cloro para su purificación, si subsisten problemas de contaminación es por los recipientes utilizados para su almacenamiento; tales como aljibes y tinacos, convirtiéndose en riesgos para la salud, vinculados con las enfermedades diarreicas agudas.

Es necesario que el agua que se ingiere sea hervida o que se utilicen algunas gotas de cloro para desinfectarla.

d) Basura

Respecto a la producción de desechos comúnmente llamada basura, se generan en el Distrito Federal, aproximadamente 27 mil toneladas diarias, de los cuales 10,056 toneladas son basura domiciliaria; 14,153 toneladas de basura industrial no tóxica y 2,498 toneladas son considerados como desecho industrial peligroso.

En los tiraderos de basura al cielo abierto, algunos localizados en áreas de recarga de los acuíferos o sobre drenes de escurrimiento superficial, provoca contaminación del suelo, aire y agua.

Son 16 los basureros localizados en municipios del Estado de México, que se hallan conurbados a la Ciudad de México. La recolección de basura se considera un servicio público y corresponde al Departamento del Distrito Federal dotar de equipamiento y recursos para la ejecución de esta tarea.

Lamentablemente, la población del Distrito Federal no tiene educación y cultura para apoyar en la recolección de basura, ni se cuenta en las calles con botes de basura, lo que ocasiona contaminación en el ambiente, el surgimiento de enfermedades y la propagación de roedores como la rata e insectos como la mosca, lo que ocasiona más fuentes de contaminación.

e) Riesgos Naturales

La Ciudad de México se asienta en su mayor parte, en el lecho del antiguo Lago de Texcoco, que antiguamente ocupaba las partes más bajas de la cuenca de México, y que se encuentra en el área geográfica del llamado eje volcánico mexicano. El suelo se hace sensible a los sismos y pueden surgir riesgos a los derrumbes, hundimientos, corrimientos de tierra, explosiones, incendios, rupturas y fugas en tuberías de agua y combustibles.

La región más susceptible a sufrir daños por sismos se encuentra localizada principalmente en el centro y oriente de la Ciudad.

Existen varias delegaciones con elevado riesgo a daños debido a fenómenos hidrometeorológicos (en zonas donde ha existido algún tipo de explotación minera) y que posteriormente se convirtieron en asentamientos humanos irregulares, puede ocasionar colapsos, hundimientos o derrumbes en épocas del año con precipitaciones pluviales fuertes.

Debe considerarse la actividad volcánica, el mayor riesgo para la Ciudad de México en caso de que el Popocatepetl hiciera erupción sería que las cenizas arrojadas podrían provocar que la red de drenaje fuera bloqueada, además de daños a los motores de combustible como a los aviones o automotores en la calle, los riesgos para la población son los ocasionados por la irritación conjuntival y al aparato respiratorio, se han hecho campañas como medidas de previsión en caso de sismo, incendios, alarma volcánica, implementándose en escuelas, oficinas privadas y gubernamentales.

4.2 Nuestra Propuesta

Como hemos analizado en nuestro trabajo, la salud es un derecho plasmado en nuestra Constitución, pero también es una obligación para todos. El Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000 y con el Programa de Reforma del Sector Salud, contienen programas y estrategias sobre promoción de la salud, atención médica, prevención y control de enfermedades.

El resto del cuerpo jurídico-legal relativo a la salud reglamenta el cumplimiento de las disposiciones constitucionales por los miembros de la sociedad.

En México existe una fuerte diferencia en la cobertura de los servicios de salud entre distintas clases sociales, lo que origina que las acciones de salud no se orienten a las necesidades más urgentes de la población. En el Distrito Federal se concentran la mayoría de los servicios de salud y aún así hace falta descentralizar éstos, reorganizar la estructura, el funcionamiento y la distribución entre la población de los servicios correspondientes.

Es necesario que el Licenciado en Derecho, a parte de litigar, de conocer las leyes, reglamentos en diversas materias, también debe tener un amplio conocimiento de todos los ámbitos y aspectos de la sociedad, independientemente del área en la cual se especialice.

En este trabajo podemos observar de qué manera repercute en la salud, el nivel socioeconómico, el medio ambiente, la educación, los hábitos higiénicos, las cuestiones culturales y familiares. Con base en lo anterior propongo para amparar el nivel de la salud en la población del Distrito Federal:

- Elevar el nivel de preparación de la población, a través de una educación masiva que contenga elementos de aprendizaje práctico, que produzca un impacto en la sociedad, en aspectos sociales que influyen negativamente en la salud, insistir en las medidas higiénicas personales, de vivienda, laborales, estas prácticas son tan sencillas que ayudan a evitar enfermedades. También deben darse cursos sobre la modificación de hábitos alimenticios, proponer medidas económicas, sencillas y prácticas para mejorar las condiciones de vivienda, reforzar los programas para evitar riesgos en el hogar, en la escuela, así como programas para la recolección de basura y reforestación.

Los subprogramas que contiene el Programa de Reforma del Sector Salud 1995 – 2000 son amplios y están enfocados a distintas poblaciones (preescolar, adolescentes, amas de casa, tercera edad), considero que se deben seguir aplicando, de igual forma, el de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, sólo que debe de dársele más difusión a través de los medios de comunicación como son: la radio y televisión, ya que tendría más impacto en la población, con la finalidad de concientizar a la población sobre la importancia de la salud y las repercusiones de la ausencia de ésta en la vida cotidiana.

También es necesario que haya programas alternativos para la suministración de agua y alcantarillado, en las colonias que carecen de estos servicios, ya que al no contar con ellos, siguen existiendo condiciones insalubres que traen como consecuencia un gran número de enfermedades.

Es necesario contar con programas sanitarios, ya que en las calles de la Ciudad se denota una gran cantidad de basura que arrojan los propios habitantes de la ciudad, por no contar con botes de basura para su desecho, ni hay un control con respecto a los animales domésticos que excretan en las calles y lo cual origina enfermedades infecto-contagiosas.

Es importante reforzar las campañas preventivas para evitar accidentes de tránsito, en el hogar, en el trabajo, identificar los sitios de mayor ocurrencia de accidentes, evitar en todo lo posible los accidentes relacionados con la ingestión de alcohol, e incrementar la educación en materia de vialidad que se debe tener en la Ciudad, tanto de conductores como peatones.

Con los jóvenes se debe insistir en la promoción y aplicación de los programas de salud reproductiva, paternidad responsable, VIH- SIDA, enfermedades de transmisión sexual y de adicciones.

Si se llevaran a cabo estas acciones de prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, habría una mayor participación de la sociedad, sobre todo ahora que estamos ante un modelo devastador que es el neoliberalismo, que en lugar de concientizar a la población cada vez queda más desprotegida por el gobierno y para éste implica más gastos y mayor trabajo, porque la población no tiene una cultura en la educación para la salud.

Finalmente creo que es necesario que se legislen modificaciones en las leyes de salud pública, así como en el artículo 3º Constitucional para que dentro de la Educación se incluya la Educación para la Salud, y así los ciudadanos tengan acceso a:

- Información sobre prevención de enfermedades desde el nivel preescolar, y que esto se haga por personal capacitado para ello o por los profesores, pues si bien es cierto que en algunas escuelas lo hacen, esto es al libre albedrío porque no hay una ley que obligue a que se haga.

De esta manera desde los planteles educativos la información será transferida hacia los hogares y por ende hacia toda sociedad, previniendo así innumerables enfermedades que provocan mortalidad y una excesiva demanda de servicios médicos.

CONCLUSIONES

PRIMERA. La salud y la enfermedad conforman un dinámico proceso bio-psíquico-social que está determinado fundamentalmente por la estructura económica y las relaciones sociales. La salud es una necesidad social, que está vinculada con las costumbres, tradiciones, actitudes y juicios de valor de las personas que se encuentran conformando los diversos grupos de una sociedad. A la salud le corresponde una participación preponderante en la vida socio-económica de una nación.

SEGUNDA En nuestro país, a lo largo de su historia en materia de salud se ha ido transformando:

- La época prehispánica existía una cultura por hábitos higiénicos, las personas eran muy limpias, sólo existían muertes por guerras o por hambre. En la actualidad, falta recobrar esta cultura para evitar enfermedades infectocontagiosas que atacan a la población.
- En la época colonial, las instituciones de salud proliferaron objetivos de atención para huérfanos, ancianos, población desprotegida, pobre, para su atención habían centros de caridad, la Junta del Protomedicato era la encargada de velar por el ejercicio y enseñanza de la medicina, no obstante a ello hubo un atraso científico en la medicina.
- En la época independiente, con la Revolución y la promulgación en la Constitución de la Fracción XVI del artículo 73, señaló la creación del Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General, encargado de vigilar y coordinar los programas de salud, fue un paso importante que nuevamente recobró la salud pública, y en base a esto se ha creado la Secretaría de Salud, encargada de vigilar todo lo concerniente a esta materia, que es en beneficio de la población.
- Con el proceso de industrialización en México, estimulado por un modelo de desarrollo económico que favoreció el crecimiento de algunas ciudades, sobre todo en la Ciudad de México, favoreció la inmigración a la ciudad

umentando velozmente su población residente hasta avanzar hacia los límites del Estado de México, Querétaro, Morelos y Puebla.

- TERCERA.** En la Ciudad de México, de acuerdo con el proceso de concentración de la población y demanda generada, se desarrollaron con mayor rapidez los sistemas de seguridad social y los modelos de atención especializada en este tipo de servicios. Esto favoreció como lugar central al proporcionar una mayor y mejor oferta en esta materia. En este sentido, las inversiones públicas en salud se dieron de manera concentrada, siguiendo la tendencia de la demanda, que para estos servicios, generaba una población en crecimiento, que llegaba a la capital del país, en busca de oportunidades de empleo, educación, salud y vivienda. El gobierno no consideró esto, no hubo una planeación en los servicios de salud, para las entidades pequeñas, quedando desprotegidos de atención de tercer nivel y la población tiene que desplazarse a las grandes urbes para solicitar ésta.
- CUARTA.** El comportamiento económico de los últimos años ha significado una presión creciente sobre los servicios de salud que otorga el gobierno, en particular, debido a la reducción en el empleo formal y el aumento del desempleo que son considerados como población abierta, debido a que no cuentan con seguridad social y que sólo pueden recibir atención de la salud con la iniciativa privada y con los servicios gubernamentales.
- QUINTA.** Con el modelo neoliberal que se está aplicando en el país, tiene distintos efectos directos e indirectos en la salud de la población, que el gobierno tiene que desarrollar acciones para atender a la población abierta o derechohabiente, debe de concientizarla para que participe conjuntamente en las acciones y programas de salud pública, ya que de no hacerlo, sus recursos serán insuficientes para atender a este tipo de población.
- SEXTA.** Es importante estudiar los Informes Presidenciales, en los cuales se recogen los acontecimientos, las demandas, las aspiraciones, los avances, retrocesos de la sociedad, en cada etapa del país, desde la perspectiva de los hombres que han estado al frente del Poder Ejecutivo de la Nación, ya que plasman año con año la situación en que se encuentra el país, permiten evaluar el grado de avance o estancamiento de la situación nacional. Lamentablemente, los programas en cuestión de salud se suspenden cada 6 años, muchos quedan trunco o se implementan otros. Si continuaran con los programas de salud

que verdaderamente favorecen a la población habría un gran avance, menos gastos, mayor capacitación para el personal de salud, en especial para la población, así se evitarían enfermedades, accidentes, mayor control de la basura, contaminación, entre otras y para esto es necesario reforzar la educación de la salud en forma masiva, que impacte a la sociedad, en las escuelas desde etapa pre-escolar, primaria, en los adolescentes, a las amas de casa, a nivel profesional, en la familia, que se sigan reforzando temas como alimentación balanceada, enfermedades transmisibles, la vacunación, higiene personal, de la vivienda, el medio ambiente y laboral, prevención de accidentes, las adicciones, enfermedades de transmisión sexual, la contaminación entre otras. También es necesario proveer a la población de agua potable, alcantarillado, orientar a la población sobre el mejoramiento de vivienda, la alimentación balanceada.

SEPTIMA. El Sistema Nacional de Salud se ha ido modificando actualmente, está conformado por diferentes Instituciones que proporcionan servicios de salud en el país como el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, el Departamento del Distrito Federal, los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, todos bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. Lo integran además otros organismos y dependencias como: los Institutos Nacionales de Salud, dependientes de la propia Secretaría que son el de Cancerología, Cardiología, Enfermedades Respiratorias, Neumología y Neurocirugía, Nutrición, Pediatría, Perinatología, el Instituto Mexicano de Psiquiatría y el Hospital Infantil de México, que juntos constituyen un subsector, y el Subsector de Asistencia Social que incluye el sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) y los Centros de Integración Juvenil, Centros de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, dos hospitales generales y el Patronato de la Asistencia Privada.

OCTAVA. A través del Programa de Reforma del Sector Salud 1995 – 2000 se han delineado mejores estrategias para la realización de varios programas, se instituyó la atención médica por niveles: el primero con acciones de medicina general, familiar y de salud pública, actuando para y con la población; el segundo, de atención hospitalaria, con servicios de urgencias, medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia, para casos cuya resolución no es posible en el primer nivel, el tercero de hospitalización para la atención de casos de gran complejidad diagnóstica y de tratamiento; esto ha funcionado

favorablemente, permite agilizar la atención a la población, además en el Programa también se contempla la descentralización de los servicios, dejando la responsabilidad de su desarrollo a las autoridades sanitarias de cada Estado o provincia, sosteniendo con ellas relaciones de coordinación con el Sector Salud, este se relaciona también con los Sectores Sociales y Privados.

NOVENA.

Si bien es cierto que a través de la historia han ido surgiendo cambios y estrategias encaminadas a mejorar la salud de los individuos, también lo es que la sobrepoblación ha rebasado los límites, ocasionando que las instituciones gubernamentales encargadas del rubro de la salud, como ya lo hemos especificado, dentro de la Ciudad de México, no tengan la capacidad de tener lo suficientemente controladas las enfermedades y que las Instituciones que prestan servicios médicos, cada vez sean más insuficientes.

No sólo es necesario proponer planes de trabajo en el rubro de la salud, es importante llevarlos a cabo. Los servicios de salud también deben ser llevados a las comunidades que no tienen acceso a ello y que los medicamentos los puedan adquirir de manera más barata, pues de qué sirve que tengan acceso a la consulta, si por la situación económica precaria, no obtienen los medicamentos, trayendo como consecuencia el deterioro de la enfermedad o la muerte

DECIMA.

Por último me parece importante señalar que en la medida de que cada uno de nosotros nos preocupemos por nuestra salud, estaremos contribuyendo a disminuir los problemas que se relacionan con ésta, pues no debemos esperar que todo nos sea dado por las instituciones encargadas para ello, sino preocuparnos por tener un nivel de salud digno de cada uno de nosotros como parte de una sociedad.

BIBLIOGRAFIA

Alvarez Alva, Rafael. *Salud Pública y Medicina Preventiva*. Ed. El Manual Moderno, S.A. 1ª. Edición. México, 1998. Pág. 72

Alvarez del Castillo, Enrique. *El Derecho Social y los Derechos Sociales Mexicanos*. Ed. Porrúa, S.A. 1ª. Edición. México, 1982.

Anda Gutiérrez, Cuauhtémoc. *Entorno Socioeconómico de México*. Ed. Limusa, S.A. 1ª. Edición. México, 1996. Pág. 25

Anda Gutiérrez, Cuauhtémoc. *Entorno Socioeconómico de México*. Ed. Limusa, S.A. 1ª. Edición. México, 1996.

Azuara Pérez, Leonardo. *Sociología*. Ed. Porrúa, S.A. 1ª. Edición. México, 1994.

Barry, Tom. *México una Guía Actual, La Fuente Esencial sobre la Sociedad Mexicana, su Economía y Política*. Ed. Por Ser. 2ª. Edición. México, 1993. Pág. 277.

Campos, Julieta. *¿Qué hacemos con los pobres?*. Ed. Aguilar, Nuevo Siglo. 1ª. Edición. México, 1995.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. Sista, S.A. México, 1994. Pág. 27

Chinoy, Eloy. *La Sociedad una Introducción a la Sociología*. Ed. Fondo de Cultura Económica. 18ª. Edición. México, 1996.

Cázarez García, Gustavo. *Apuntes de Derecho de Seguridad Social*. UNAM. México, 1996. Pág. 10

Cordera, Rolando y Tello, Carlos. *México, la Disputa por la Nación, Perspectivas y Opciones de Desarrollo*. Ed. Siglo XXI. 2ª. Edición. México 1989.

Cordera, Rolando y Tello, Carlos. *La Desigualdad en México*. Ed. Siglo XXI. 2ª. Edición. México 1986.

Del Valle, Alfredo. *Antología de la Sociedad*. Ed. SUA, UNAM. Sistema Universidad Abierta. México.

Diario La Jornada. *III Informe de Gobierno del Distrito Federal*. 18 de Septiembre del 2000. México, 2000.

Diario Milenio. *6º Informe de Gobierno*. 2 de Septiembre del 2000. México, 2000. Pág. 10

G. de Wit, Andrés. *La Salud Pública en México*. ISSSTE. México, 1975. Pág. 28

García Vargas, Julián. *La Planificación Sanitaria*. Masson, S.A.. 3ª. Edición. España, 1994. Pág. 64.

González Casanova, Pablo; Florescano, Enrique. *México, Hoy*. Ed. Siglo XXI. 9ª. Edición. México, 1985.

Gullón R., González L. *Retrospectiva en la Percepción del Uso de Alcohol y otras Drogas en México. Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario*. SSA - CONADIC. México, 1994.

Hernán San Martín. *Salud y Enfermedad*. La Prensa Médica Mexicana, S.A. 4ª. Edición. México, 1984. Pág. 29

F. Senior, Alberto. *Sociología*. Ed. Porrúa, S.A. 12ª. Edición. México, 1993.

Luis Ceceña, José. *México en la Órbita Imperial*. Ed. El Caballito. 17ª. Edición. México, 1970.

Martínez Morales, Rafael I. *Derecho Administrativo*. Segundo Curso. Ed. Herla, S.A. 9ª. Edición. México, 1997.

Mendieta y Núñez, Lucio. *Breve Historia y Definición de la Sociología*. Ed. Porrúa, S.A. 3ª. Edición. México, 1997.

Murillo, Francisco. *Estudios de Sociología Política*. Ed. Tecnos. 4ª. Edición. España, 1990.

Padilla Aragón, Enrique. *México, Desarrollo con Pobreza*. Ed. Siglo XXI. 16ª. Edición. México, 1989.

Primer Informe de Gobierno. México, 1995.

Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000. México, 1995. Pág. 10

Ortega Lomellín, Roberto. *El Nuevo Federalismo, La Descentralización*. Ed. Porrúa, S.A. 1ª. Edición. México, 1988.

Ovalle Fernández, Ignacio. *Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas al Año 2000*. Salud Siglo Veintiuno Editores. 3ª. Edición. México, 1985. Pág. 150.

René Villarreal. *Neoliberalismo y Liberalismo Social*. F.C.E. 2ª. Edición. México, 1986. Pág. 95

Roger D. Hansen. *La Política del desarrollo Mexicano*. Ed. Siglo XXI, S.A. 2ª. Edición. México, 1993.

Smith Adam. *La Riqueza de las Naciones*. Editorial Alianza. 5ª Edición. México, 2000.

Soberón, G.; Kumate, J. y Laguna, J. (comps). *La Salud en México, Testimonios, 1988*. Tomo I Fundamentos del Cambio Estructural.

Secretaría de la Contraloría de la Federación. *Programa Nacional de Solidaridad*. Editorial Miguel Ángel Porrúa. 1ª. Edición. México, 1994. Pág. 86

Soto Alvarez, Clemente. *Selección de Términos Jurídicos, Políticos, Económicos y Sociológicos*. Ed. Limusa, S.A. 3ª. Edición. México, 1990.

Zedillo, Ernesto. *La Política de Bienestar*. Documentos PRI, Comité Ejecutivo Nacional. Secretaría de Información y Propaganda. México, 1994.

Zorrilla Arena, Santiago. *50 años de la Política Social en México, de Lázaro Cárdenas a Miguel de la Madrid*. Ed. Limusa, S.A. 1ª. Edición. México, 1998.

LEGISLACION CONSULTADA

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Editorial Porrúa, S.A.

México, 1994.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Comentada.

Secretaría de Gobernación.

México, 1994.

Ley General de Salud.

Editorial Porrúa, S.A.

México, 1995.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Editorial Porrúa, S.A.

México, 1994.

Ley de Planeación.

Editorial Porrúa, S.A.

México, 1994.

Ley de Salud para el Distrito Federal.

Editorial Porrúa, S.A.

México, 1996.