



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN EL GOBIERNO DEL DISTRITO
FEDERAL, ESTUDIO DE CASO: PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA
SALUD FAMILIAR, RELATIVO A ENFERMEDADES CRÓNICO
DEGENERATIVAS, PERIODO (2000-2005)**

TESIS QUE PRESENTA

JOSUÉ JIMÉNEZ REYNOSO

**PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN CIENCIAS
POLÍTICAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (OPCIÓN ADMINISTRACIÓN
PÚBLICA)**



DIRECTOR DE TESIS

MTRO. CARLOS HERNÁNDEZ ALCÁNTARA

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*En agradecimiento la presente tesis va con dedicatoria a Dios y a mis padres:
Carlos Jiménez León y Teresa Reynoso Meyer.
Por su amor y comprensión, gracias. Los quiero mucho.*

*En reconocimiento, a mi amigo y director de tesis,
el Mtro. Carlos Hernández Alcántara.
Por su apoyo muchas gracias.*

ÍNDICE

<i>INTRODUCCIÓN</i>	5
<i>CAPÍTULO I. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD FAMILIAR EN EL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL</i>	
I.1. Antecedentes del Programa de Educación para la Salud Familiar en el Gobierno del Distrito Federal	13
I.2. Marco Jurídico de la Salud Pública Dentro del Orden Federal	17
I.3. Marco Jurídico de la Salud Pública en el Ámbito Estatal	18
I.4. Marco Jurídico de la Salud Pública al Nivel de Estatuto en el Gobierno del Distrito Federal	19
<i>CAPÍTULO II. EL SECTOR SALUD EN MÉXICO</i>	
II.1. Origen y Evolución de la Salud Pública en México	21
II.2. Estructura del Sector Salud	25
II.2.1. Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)	27
II.2.2. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	27
II.2.3. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	28
II.2.4. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)	29
II.2.5. Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)	30
II.2.6. Institutos Nacionales de Salud	31
II.2.7. Servicios de Salud Público Social	33
II.2.7.1. Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX)	33
II.2.7.2. Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM)	33
<i>CAPÍTULO III. SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL (SSDF)</i>	
III.1. Origen y Evolución de la Salud Pública en el Gobierno del Distrito Federal	36
III.2. Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF)	40
III.3. Sistema de Salud del Distrito Federal	40
III.4. Estructura Orgánica de la Secretaría de Salud del Distrito Federal	43

III.4.1. Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias	44
III.4.1.1. Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG)	45
III.4.2. Dirección General de Administración	46
III.5. Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial	47
III.6. Dirección General de los Servicios de Salud Pública del Gobierno del Distrito Federal	48
III.6.1. Coordinación del VIH SIDA	49
III.6.1.1. Programa de VIH-SIDA	49
III.6.2. Dirección de Atención Médica	51
III.6.2.1. Modelo Ampliado a la Salud (MAS)	51
III.6.3. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Medicina Preventiva	53
III.6.3.1. Programa de Vigilancia Epidemiológica	54
III.6.3.1.1. Subdirección de Enfermedades Crónico Degenerativas	55
III.6.4. Dirección de Promoción de la Salud y Adulto Mayor	55
III.6.4.1. Coordinación de Atención al Adulto Mayor	56
III.6.4. 1.1. Programa del Adulto Mayor	57
III.6.4.2. Coordinación de Educación para la Salud	58
III.6.4.2.1. Subdirección de Participación Social	60
III.6.4.2.2. Subdirección de Educación para la Salud	60
<i>CAPÍTULO IV. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD FAMILIAR, EN EL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL RELATIVO A ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS, PERIODO (2000-2005)</i>	
IV.1. Componentes Programáticos del Programa de Educación para la Salud Familiar.	61
IV.2. Definición de Educación para la Salud Familiar	66
IV.3. Enfermedades Crónico Degenerativas en el Gobierno del Distrito Federal, Periodo (2000-2005)	68
IV.4. Factores que Inhibieron Afrontar Correctamente el Problema de Salud Relativo a las Enfermedades Crónico Degenerativas	73

CONCLUSIONES	85
APÉNDICE	94
BIBLIOGRAFÍA	102
HEMEROGRAFÍA	105
FUENTES DE INTERNET	106

INTRODUCCIÓN

El tema de la presente investigación es el “Componente Programático” de enfermedades crónico degenerativas del Programa de Educación para la Salud Familiar, de la Dirección de Promoción de la Salud, perteneciente a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, con un alcance y una limitación que abarca del año 2000 al 2005.

La Justificación de la indagación en el estudio de las enfermedades crónicas degenerativas en el Distrito Federal, se debe principalmente:

1) Al aumento sostenido de enfermedades crónico degenerativas del año 1988 que fue cuando da inicio el programa de Educación para la Salud Familiar al año 2005 fecha en la que iniciamos nuestra investigación; 2) Posee la tasa Nacional más alta de las enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares; 3) El acrecentamiento en la tasa estandarizada de los padecimientos crónico degenerativos; 4) El 56.26 por ciento de las defunciones en el año 2004, fueron por causa de las enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares; y 5) Según la Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México del 2003, para el año 2015 se registrarán 70 muertes en el DF a causa de enfermedades crónico degenerativas (87.5 por ciento) por cada 10 defunciones a causa de padecimientos infecciosos (12.5 por ciento). De hay su gran importancia de su exposición.

La situación en que se encontraba la atención a las enfermedades crónico degenerativas al iniciar el Programa de Educación para la Salud Familiar se refleja en las causas principales de mortalidad general del Distrito Federal de 1998, que sirvió como punto de partida para implementar dicho Programa, arrojando los siguientes datos: enfermedades de corazón

100.3 por ciento (en todos los casos la tasa es por 100 mil habitantes); tumores malignos 74.5 por ciento; diabetes mellitus 63.3 por ciento; enfermedades cerebro vasculares 32.5 por ciento. Con las anteriores estadísticas se estableció entonces impulsar estrategias de promoción de la salud, con el propósito de elevar las condiciones de vida y de salud de la población del Distrito Federal. Sin embargo esto no sucedió, se halla un aumento sostenido de muertes por enfermedades crónico degenerativas del año 2000 al 2005 en el Distrito federal, entre las que se encuentran: Las enfermedades del corazón, diabetes, cáncer y cerebrovasculares, ascendieron del 52.67 por ciento en el año 2000, por el 56.26 por ciento en el año 2004 del total de las defunciones.

En la medida en que los individuos son sanos, útiles y productivos, en esa medida el Estado es próspero y vigoroso. La prosperidad y el bienestar de los individuos son la clave para que un Estado sea fuerte, prospero y apto para gobernar a la sociedad. Si los individuos y la sociedad no viven bien, es imposible que el Estado pueda vivir bien, entonces se evidencia la falta de aptitud para dotar a la sociedad de mejores condiciones de vida. El nivel de salud de un país, en gran medida indica el grado de desarrollo social y económico que ha alcanzado.

La salud de una población refleja y engrandece sus cambios en todos los ordenes. La salud esta ligada al destino general de la nación. El avance social, económico, el bienestar social y la estabilidad política dependen de la buena salud. En resumen podríamos decir que no puede haber un progreso general sin un sistema de salud que atienda las aspiraciones de toda una población.

La importancia social de las enfermedades crónico degenerativa, es que la vida es el primer valor de los individuos, su instinto más básico es el de la conservación, de hecho todas nuestras estructuras tratan de sujetarse para mantenerse en esa situación. La enfermedad

trastoca esas esferas y además de alterar al individuo puede afectar a muchos individuos, ambos rasgos de linean la importancia social de la enfermedad y podemos definirla en los siguiente puntos: determinadas enfermedades pueden afectar aun gran número de personas (alta prevalence) por ejemplo diabetes, hipertensión, su existencia implica en ocasiones: acelerar la muerte, aporta sufrimiento e incapacidad, consumo de recursos, cuidado, fármacos, origina ausencia e incapacidad laboral. Sólo individuos sanos pueden generar un mejor trabajo y riqueza social. La salud por lo tanto, constituye parte del capital humano que determina la viabilidad y calidad de supervivencia de un país.

El derecho a la salud es general, sus beneficios son individuales, es aquí donde la capacidad del Estado es real y visible. En nuestro tiempo la ciencia de la administración se convierte, con base en los principios de la ciencia política, en el conocimiento de los fundamentos del “gobierno en acción”, es decir del que hacer concreto, de los quehaceres institucionales de cometidos del poder público que se identifican con la administración pública, puesto que los habitantes no son una generalidad, sino suma de individuos de carne y hueso, a quienes hay que beneficiar con políticas de gobierno y con programas de carácter administrativo.

¿Qué correspondencia existe entre los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal de la SSDF, y el Programa de Educación para la Salud Familiar para atender el aumento de enfermedades crónico degenerativas? Debido a que los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, a conferido dicha responsabilidad a la Dirección de Promoción de la Salud, por medio de la Coordinación de Promoción a la Salud y a su vez de la Subdirección de Educación para la Salud ha hecho participe al Programa de Educación para la Salud Familiar dar cumplimiento en establecer e impulsar estrategias de promoción de la salud, con el propósito de elevar las condiciones de vida y de salud de la población del Distrito Federal, a través del fortalecimiento de la participación ciudadana, la toma de decisiones -

acciones y la contraloría social en materia de salud, en los niveles individual, familiar y colectivo.

Los Programas de Promoción de la Salud, son una herramienta social, en el que la población a través de sus organismos representativos, pueden prevenir, combatir y curar enfermedades, favoreciendo en esta forma la conservación y el mejoramiento de la salud, condición indispensable para la preservación y desarrollo de la vida.

Por ello, la presente investigación tiene como objetivo prioritario explicar los factores que inhibieron afrontar los problemas de salud de manera eficaz, en los niveles individuales, familiares y colectivos concernientes a las enfermedades crónicas degenerativas por parte del Programa de Educación para la Salud Familiar, periodo (2000-2005).

¿Qué impide afrontar el problema de la salud de manera eficiente en los niveles, individual, familiar y colectivo relativo a las enfermedades crónico degenerativas del Programa de Educación para la Salud Familiar del Distrito Federal, y cumplir con el objetivo de establecer e impulsar estrategias de promoción de la salud, con el propósito de elevar las condiciones de vida y de salud de la población del Distrito Federal?

Para contestar dicha interrogante, la presente investigación esta articulada mediante dos hipótesis:

- 1) A una mayor inconsistencia organizacional, de planeación, operación y ejecución en el Programa de Educación para la Salud Familiar, mayor es el aumento sostenido de las enfermedades crónico degenerativas.
- 2) A menor coordinación administrativa entre la Secretaría de Salud Federal y la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mayor tasa de enfermedades crónicas degenerativas en la población del Distrito Federal.

El estudio se estructuró, para la comprobación de estas hipótesis en cuatro capítulos y un apéndice:

1) Antecedentes del Programa de Educación para la Salud Familiar en el Gobierno del Distrito Federal; 2) El Sector Salud en México; 3) La Secretaría de Salud del Distrito Federal; y el 4) Programa de Educación para la Salud Familiar, en el Gobierno del Distrito Federal, Relativo a Enfermedades Crónico Degenerativas Periodo (2000-2005).

En la investigación, se utilizara la estadística descriptiva, para los problemas asociados a la descripción, resumen y análisis de los datos de las gráficas de mortalidad general a nivel Nacional y en el Distrito Federal, como resultado de esto, utilizaremos la estadística inferencial que permita hacer una pronóstico de los alcances que puede llegar a tener sino se aplica correctamente los programas de salud pública en el Distrito Federal.

Para la operatividad de este modelo se regionalizó el Distrito Federal en 83 regiones, que lo forma un Coordinador General, 10 Coordinadores Regionales, 100 capacitadores en servicio y 1000 educadoras. La base de las actividades de las educadoras es la microregión que esta conformada por 500 familias o 3000 habitantes, quienes serán su responsabilidad. La microregión se delimita a partir de las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB), que son la división geográfica hecha para los censos poblacionales. A su vez, un conjunto de AGEBS, forma una región y dichas regiones sirven con base para proporcionar los servicios de salud a la población que habita en ella. Finalmente las regiones de cada Delegación Política, integran una Jurisdicción Sanitaria.

La composición del trabajo, se forma de la siguiente manera. En su primer capítulo, se da una descripción del principio y evolución del Programa de Educación para la Salud Familiar. Su origen parte de las bases de la resolución de la Asamblea Mundial de Salud realizada en 1977. Su evolución, empieza en septiembre de 1978, en la Conferencia

Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma-Ata, URSS, se adoptó como la Estrategia Fundamental, para el logro de la meta SPT-2000. En el Distrito Federal se aprobó en el año de 1988, Bajo la dirección del Ingeniero el Ing. Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano. Además se hace mención del marco jurisdiccional, donde la ley define las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, por parte de la federación y las entidades federativas, y en el ámbito de Estatuto en el Gobierno del Distrito Federal.

El segundo capítulo, hace referencia a la inclusión que existe de la Secretaria de Salud del Distrito Federal en el Sector Salud Federal, en donde ambas partes contribuyen para el logro de las metas, todas las partes constitutivas de la organización se afectan entre sí y se contribuyen las unas de las otras. De igual forma se establece que es competencia de la SSA establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como coordinar los programas de servicios de salud de la Administración Pública Federal.

La estructura del Sector Salud se considera en tres modalidades de sectorización: administrativa, programática y público social.

Sector Administrativo. Lo constituyen propiamente lo que es el sector salud y se subdivide en dos Subsectores básicos:

Subsector de Asistencia Asocial. Es coordinado por el DIF; está conformado por el Instituto Nacional de la Senectud y por los Centros de Integración Juvenil.

Subsector de Institutos Nacionales de Salud. Que es coordinado por la SSA y está formado por el Hospital Infantil y los Institutos Nacionales de Cancerología, Cardiología, Enfermedades Respiratorias, Perinatología y Psiquiatría.

Sector Programático. Conformado por las Entidades de la Administración Pública Federal que prestan servicios de salud como el IMSS, el ISSTE e instituciones de seguridad social.

Sector Público y Social. Se integra por el propio administrativo, el programático y por organismos que brindan servicios de salud, sin ser ésta su actividad sustantiva como el Gobierno del Distrito Federal, Petróleos Mexicanos, entre otros.

El tercer capítulo existe una continuidad del segundo, y como tal debe de leerse para señalar que es precisamente del Sector Público y Social, del Sector Salud donde corresponde la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), se realiza un estudio pormenorizado de todas las metas y objetivos que necesitan ser presentados en forma clara, precisa y concisa, de sus Direcciones Generales, porque todas ellas tienen que ver entre sí, para lograr los objetivos del programa de Educación para la Salud Familiar. Las tareas, funciones, actividades se explican porque tienden al logro de las metas y objetivos que se requieren, ello se debe a que hay una interacción de sus atribuciones, componentes. Su presencia y actuación conllevan al fin buscado. De igual forma se presenta la estructura de la organización, para mostrar sus principales funciones, sus relaciones y los canales de autoridad formal, así como el nivel jerárquico y autoridad relativa de cada uno de los órganos que la componen.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal se integra por dos entidades administrativas, el primero de ellos es el Organismo Público desconcentrado llamado Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, y el segundo, Organismo Público Descentralizado (Servicios de Salud Pública del Distrito Federal).

Su estructura se integra de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias; Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial; Dirección General de Administración y Dirección General de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, integrada por la Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor, de donde se desprende el Programa de Educación para la Salud Familiar.

El cuarto capítulo está dedicado básicamente al Programa de Educación para la Salud Familiar, en atención a los Componentes Programáticos.

Sobre esa base en septiembre de 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma-Ata, URSS, se adoptó como la Estrategia Fundamental, para el logro de la meta SPT-2000. Dentro de las estrategias de APS se contempla elementos llamados “Componentes Programáticos.”

Los Componentes Programáticos se refieren a que los programas de salud orientados a resolver los problemas más comunes de acuerdo a los estudios hechos en cada zona.

En el Distrito federal se adoptaron: Participación Ciudadana y Organización de la Comunidad; Salud Reproductiva y Sexual; Vigilancia de la Nutrición; Enfermedades Infecto- contagiosas; Enfermedades Crónico Degenerativas; Accidentes y Violencia; Salud Ambiental y Salud Mental. Asimismo se analizan y abordan los factores que inhibieron afrontar correctamente el problema de salud relacionado con las enfermedades crónico degenerativas. Para ello fue necesario entre otras las funciones de la Secretaría de Salud Federal, la Secretaría de Salud del Distrito Federal y el Programa de Educación para la Salud Familiar.

Consta de igual forma de un apéndice donde se encuentran las gráficas de las principales causas de mortalidad general del distrito federal y a nivel nacional con el fin de corroborar los datos expuestos en la investigación; de la misma manera podemos observar los organigramas de la estructura de la Secretaría de Salud del distrito Federal.

Las acciones realizadas por el Programa de Educación para la Salud Familiar, se inclina decididamente hacia la renovación de los hábitos y de las actitudes, su meta última es la obtención de una conducta higiénica de la población.

CAPITULO I. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD FAMILIAR DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

I.1. Antecedentes del Programa de Educación para la Salud Familiar del Gobierno del Distrito Federal

El Programa de Educación para la Salud Familiar del Distrito Federal, tiene sus bases en la resolución de la “Asamblea Mundial de Salud realizada en 1977,”¹ en donde se declaró: que la principal meta de salud en los siguientes decenios sería alcanzar, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, un grado de salud que les permitirá llevar una vida social y económicamente productiva. Como respuesta a las evaluaciones de los servicios de salud, en donde se mostró que la mayoría de la población mundial no tenía acceso a una atención apropiada, surgió la definición de “Atención Primaria de Salud” (APS) que tras la adopción de la meta de “Salud para Todos en el año 2000” por los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), fue ampliamente difundida y recomendada en todo el mundo. En septiembre de 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma-Ata, URSS, se adoptó como la Estrategia Fundamental, para el logro de la meta SPT-2000.

El Programa de Educación para la Salud Familiar (EDUSFAM) se inició con el análisis de las familias que tienen carencias importantes en lo relativo a ingresos económicos, empleo vivienda, alimentación, educación, condiciones de higiene y otras. Se tomaron datos del INEGI, tanto del censo de 1990, como de las estimaciones de 1995. Así comprobaron que existían alrededor de “4.5 millones de personas de población abierta de las cuales el 26.1

¹ Uribe Iglesias del Carmen Susana, “¿En qué se Fundamenta el Programa de Educación para la Salud Familiar?”, Manual Introductorio para Educadoras de Salud del GDF, Enero 1999, Pág.17.

por ciento vivían con un alto grado de marginación, el 42.5 tienen marginación media; y 31.4 por ciento viven con un grado menor de marginación... en números reales en la Ciudad de México, 1, 196, 000 cuentan con un alto grado de marginación; 1, 955, 000 tienen una marginación media y 1, 444, 400 viven con grado de menor marginación.”² Ante este panorama, la Secretaría de Salud del Distrito Federal, decidió atender las necesidades de mantenimiento y promoción de la salud de manera organizada, por lo que diseñó un programa educativo mediante la visita de casa por casa y la atención iba dirigida al mantenimiento y promoción de la salud, a la prevención de enfermedades curativas y al control de padecimientos crónico degenerativos.

Cada familia debía ser visitada en su domicilio para corroborar los datos y llenar una célula en la que se registraría otra información para conocer directamente los riesgos que tienen para la salud; o en caso de existir daños, orientarlos para el debido uso de los recursos de atención que tiene la Secretaría de Salud del Distrito Federal u otros centros de ayuda asistencial del propio Gobierno de la Ciudad de México.

Para llevar a cabo este importante trabajo la “La Jefatura de Gobierno del Distrito federal aprobó en 1988, la creación del Programa de Educación para la Salud Familiar.”³ Bajo la dirección del Ingeniero el Ing. Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano; el Director General del ISSADF y Secretario de Salud del Distrito Federal el Dr. Gustavo Baz Díaz Lombardo (El Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal (ISSADF) perteneció a esta Secretaría hasta el 31 de diciembre de 1988); la Directora General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, la Dra. Mirella Loustalot Laclette. “En 1988 se realiza la contratación de 3 mil jóvenes de sexo femenino, que debían vivir en la región a visitar, contar con estudios

² Omaña Mendoza Enrique, “Programa de Educación Familiar”, La Voz de Nuestra Salud, Vol.2., Núm. 1. , Abril del 2000. , Pág.13.

³ Ibidem.

mínimos de secundaria y someterse antes de iniciar las entrevistas a los domicilios”⁴; y en “1999 se inicia El Programa de Educación para la Salud Familiar de manera operativa con la visita de 720,000 hogares”⁵.

“El Nuevo Modelo de Atención en Salud contempla tres niveles de atención.”⁶

El primero constituido por el Núcleo Básico de Salud integrado por un médico, una enfermera, una trabajadora social y una educadora en salud familiar, que son los encargados de actuar en el primer nivel por cada tres mil habitantes. El primer contacto familiar y comunitario se lleva a cabo a través de la Educadora Familiar, ya que identifica las familias prioritarias, detecta el riesgo y daño de las personas, educa a la población, orienta y canaliza a las personas con situaciones específicas de salud y conserva el contacto a fin de darle seguimiento necesario hasta la resolución del problema.

El segundo nivel se desarrolla en los centros de salud; en ellos los otros integrantes del núcleo básico realizan el diagnóstico, prevención y control médico de todos los casos que no requieren atención especializada, o bien son canalizados a algún hospital general, pediátrico y materno infantil.

El tercer nivel, constituido por los hospitales de subespecialidades que atienden a la población referida del nivel anterior.

“En el año 2000 el gobierno del Distrito Federal en el Programa de Educación para la Salud Familiar constaba de un Coordinador General, 10 Coordinadores Regionales, 100

⁴ Ibidem.

⁵ Secretaría de Salud del Distrito Federal, “Programa de Educación para la Salud” <http://www.df.gob.mx/secretarias/salud/progmriorit/progeducación.html> (recuperado el 13 de junio del 2000).

⁶ Secretaría de Salud del Distrito Federal, “Nuevo Modelo de Atención en Salud”, <http://www.df.gob.mx/secretarias/salud/sistemasalud/nuevomodelo.html> (recuperado el 13 de junio del 2000).

capacitadores en servicio y 1000 educadoras.”⁷ Para el 2005 cuenta “con un Coordinador General, 19 Coordinadores Regionales, 95 Capacitadores y 12000 Educadoras en salud.”⁸

La base de las actividades de las educadoras es la microregión que esta conformada por 500 familias o 3000 habitantes, quienes serán su responsabilidad. La microregión se delimita a partir de las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB), que son la división geográfica hecha para los censos poblacionales y que fue retomada para la operación del Programa, tomando en cuenta las colonias, barrios y el número de sus habitantes. A su vez, un conjunto de AGEBS, forma una región y dichas regiones sirven con base para proporcionar los servicios de salud a la población que habita en ella. Finalmente las regiones de cada Delegación Política, integran una Jurisdicción Sanitaria.

“Para su operatividad de este modelo se regionalizó el Distrito Federal en 83 regiones para el primer nivel, 7 regiones para materno-infantil, 11 regiones para atención pediátricos y 8 para atención quirúrgica y de medicina interna.”⁹ Y para su funcionamiento el Programa de Educación para la Salud Familiar seguirá las recomendaciones hechas en los Componentes Programáticos de la APS, sin embargo dichos Componentes se ajustan a las necesidades de salud de la población del Gobierno del Distrito Federal, por lo que fue modificado en su contenido que dando de la siguiente forma: Participación Ciudadana y Organización de la Comunidad; Salud Reproductiva y Sexual; Vigilancia de la Nutrición; Enfermedades Infecto- contagiosas; Enfermedades Crónico Degenerativas; Accidentes y Violencia; Salud Ambiental y Salud Mental.

⁷ Uribe Iglesias del Carmen Susana, op.cit., Pág. 5.

⁸ Secretaría de Salud del Distrito Federal, “Organización y Funcionamiento para la Operación de los Programas a Cargo de la Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor, Manual de Inducción DPSAAM”, SSDF. , Enero del 2004, Pág. 11.

⁹Secretaria de Salud del Distrito Federal, “Nuevo Modelo de Atención en Salud.” , Op.Cit.

I.2. Marco Jurídico de la Salud Dentro del Orden Federal

Nuestra Constitución plasma el derecho a la protección de la salud comprometiéndose el Gobierno mexicano a buscar el más alto grado de bienestar físico y mental del individuo abarcando a toda la sociedad a través de la educación, prevención, promoción e investigación. El artículo 4º constitucional establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud en él se señalo que “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 73º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.”¹⁰

En el precepto constitucional se observa que se consigna el derecho a la protección de la salud y al mismo tiempo se establece la responsabilidad del Estado en la materia. La salud de una población refleja y engrandece sus cambios en todos los ordenes. La salud por lo tanto esta ligada, al destino de la nación. El avance social, económico, el bienestar social y la estabilidad política dependen de la buena salud. En resumen podríamos decir que no puede haber un progreso general sin un sistema de salud que atienda las aspiraciones de toda una población.

Es competencia de la SSA establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como coordinar los programas de servicios de salud de la Administración Pública Federal y los agrupamientos por funciones y programas que determinen, de acuerdo a lo publicado en el “Diario Oficial de la Federación del 29 de diciembre de 1982” y sustentado en el artículo 39º de la Ley Orgánica de la Administración Publica Federal.

¹⁰ Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, (comentada)*, México: Ed. UNAM. , 1985. , Pág. 11.

“En 1983 se Promulga la Ley General de Salud, con lo que por primera vez en la historia legislativa de México, la asistencia social es considerada como materia de salubridad general”¹¹

“El 7 de febrero de 1984 se publica en el Diario Oficial de la Federación”, la Ley General de Salud y dicha Ley reglamenta “la protección de la Salud de toda persona en los términos del artículo 4º”¹² con el fin de contar con elementos jurídicos básicos para dar efectividad al derecho constitucional a la protección de salud.

I.3. Marco Jurídico de la Salud Pública en el Ámbito Estatal

En 1983 se promulga la Ley General de Salud, estableciendo las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, la reparación de competencias entre federación y los estados y los rubros específicos de la salubridad general.

De acuerdo con la Ley General de Salud en su artículo 13º inciso B. “La competencia entre la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedara distribuida conforme a lo siguiente: corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales.” Entre las que se encuentran la de organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general; coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del sistema nacional de salud, y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el primero; formular y ampliar programas locales de salud, en el marco de los sistemas estatales de salud y de acuerdo con los principios y objetivos del plan nacional de

¹¹ Soberón Guillermo, Kumate Jesús, et al. , (Compilador), *La Salud en México: Testimonios 1988. Desarrollo Institucional... Asistencia Social*, México: Ed. Fondo de Cultura Económica. , Tomo III. Vol. 2. 1988. , Pág. 149.

¹² Enciso Minor Eduardo, *Ley General de Salud*, México: Ed. Mexicana S.A. de C.V., 2002. , Pág. 17.

desarrollo; llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local les competan; elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes; vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de esta ley y demás disposiciones aplicables, y las demás atribuciones específicas que se establezcan en esta ley y demás disposiciones generales aplicables. A través de esta Ley los Estados pueden realizar acciones de naturaleza legislativa, administrativa y jurisdiccional.

De igual forma el artículo 19 de la Ley General de Salud “ La federación y los gobiernos de las entidades federativas... aportan los recursos Materiales, humanos y financieros que sean necesarios para la operación de los servicios de salubridad general que afecto se celebren.”¹³ “Corresponde a los Congresos Estatales a través de los ordenamientos correspondientes, dar vigencia al derecho a la protección de la salud incorporados en la Constitución general”¹⁴

I.4. Marco Jurídico de la Salud Pública a Nivel Estatuto en el Gobierno del Distrito Federal.

“El Distrito Federal, es una entidad federativa con personalidad jurídica y patrimonio propios, en donde el Titular de la Administración Pública es el Jefe de Gobierno del Distrito Federal”¹⁵, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 1º, 2º, 8º, del Estatuto del gobierno Federal; 1º, 2º, 12º, de la Ley Orgánica de la Administración Pública y en los artículos 2º, 3º, 5º, 17º y 23º, establece que dentro de su estructura orgánica cuenta con la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

¹³ Ibidem. Pág. 24.

¹⁴ Soberón Guillermo, Kumate Jesús, et al. , (Compilador), *La Salud en México: Testimonios 1988. Fundamentos de Cambio Estructural*, México: Ed. Fondo de Cultura Económica. , Tomo I. , 1988. , Pág. 115.

¹⁵ Leyes y Códigos de México, *Estatuto de Gobierno y Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal*, México: Ed. Porrúa. , 20ª Edición. , 2002. , Pág. 169.

De acuerdo al artículo 29° de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal. La Secretaría de Salud corresponde el despacho de las materias relativas a la formulación, ejecución, operación y evaluación de las políticas de salud del Distrito Federal Por medio de la Ley de Salud para el Distrito federal se hace efectivo el derecho a la salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 1987. “Funciones de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.”¹⁶ De acuerdo a la presente Ley, el derecho a la protección de la salud tiene la finalidad del el bienestar físico, mental, social del hombre y la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.

¹⁶ Ibidem. Pág. 285.

CAPÍTULO II. EL SECTOR SALUD EN MÉXICO

En el presente capítulo, se muestra la estructura de la organización del Sector Salud, con el fin de entender sus principales relaciones y canales de autoridad formal con la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a fin de conocer los objetivos, atribuciones, y funciones de dichas Secretarías. De la misma manera se abordan los instrumentos de organización de las Instituciones de Salud, que componen la SSA.

Estos instrumentos de organización nos revelan:

- a) La división de funciones.
- b) Los niveles jerárquicos.
- c) Las líneas de autoridad y responsabilidad.
- d) La naturaleza lineal o staff del departamento.
- e) Las relaciones que existen entre los diversos departamentos o secciones.

Se hace referencia a la inclusión que existe de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en el Sector Salud Federal, en donde ambas partes contribuyen para el logro de las metas, todas las partes constitutivas de la organización se afectan entre sí y se contribuyen las unas de las otras.

II.1. Origen y Evolución de la Salud Pública en México

“Puede afirmarse que antes de la Revolución no existía órgano encargado de la atención de la salud de todos los habitantes de la República. Funcionaba en el Distrito y en los territorios federales el Consejo Superior de Salubridad, cuerpo central dependiente de la

Secretaría de Gobernación que actuaba fundamentalmente como autoridad local de sanidad y beneficencia pública...”¹⁷

El consejo no podía extender su jurisdicción a todo el país por obstáculos de orden legal, por lo que su acción era muy limitada, el gobierno federal sólo atendía los problemas de salud en los estados o municipios de modo directo y accidental.

“La Constitución de 1917 determina los servicios de salud en nacionales, locales y municipales.”¹⁸ El Consejo de salubridad como organismo nacional, tiene facultad jurídica para emitir disposiciones y normas de observancia general y obligatoria y depende del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría. El departamento de Salud Pública, por su parte, se crea como un organismo ejecutivo de higiene. De tal modo se respetan la autonomía y los derechos locales y municipales, excepto en casos de salubridad general. En la década de los treinta se dan los primeros pasos para la organización de los Servicios Sanitarios Coordinados en los Estados y Territorios. El 1º de enero de 1931 se crea el Servicio de Sanidad Federal en los Estados para fortalecer las organizaciones locales. Un año después, en enero de 1932, nace la Oficina de Servicios Coordinados de Salubridad en los Estados. Así, mediante convenios entre Departamento y los gobiernos estatales se pone en práctica una política sanitaria en todo el país. Para dotar de sustento legal a la organización de los servicios sanitarios coordinados en los estados y territorios se reforma el Código Sanitario en 1924 “Diario Oficial de la Federación, 31 de Diciembre de 1934”. En 1937 se modifica la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado y se crea la Secretaría de Asistencia Pública, “Diario Oficial de la Federación, 31 de

¹⁷ Yáñez Campero Valentín H, La Administración Pública y el Derecho a la Protección de la Salud en México, México: Ed. INAP., 2000., Pág. 19.

¹⁸ Yáñez Campero Valentín H. Op.Cit. Pág. 22.

Diciembre de 1937” y que debe sustituirse el concepto de beneficencia pública por el de asistencia pública.

El Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia mantienen relaciones de trabajo y como resultado de ello se realiza el Primer Congreso Nacional de Asistencia celebrado del 15 al 22 de agosto de 1943 se advierten los nexos indisolubles de por medio asistencia médica y salubridad pública al afirmarse que la salubridad pública en sus aplicaciones humanas es siempre asistencia médica. Dos meses después de la celebración de dicho Congreso se expide el Decreto, por el que se fusionan la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública y se crea la Secretaria de Salubridad y Asistencia. En 1943 la Ley del Seguro Social entra en vigor, cumpliendo lo establecido en la fracción XXIX del artículo 123 constitucional. El 30 de diciembre de 1959, el H. Congreso de la Unión aprueba la Ley que transforma a la Dirección de Pensiones Civiles (Creada en 1924 y reformada en 1946) en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Dicha Ley entra en vigor el 1º de enero de 1960 y sufre modificaciones en los años de 1972, 1974, 1975, 1981, 1983 y 1992. “El 13 de enero de 1977 se crea y organiza el Sistema Nacional para el desarrollo de la Familia (DIF). Esta institución surge dada la afinidad de los objetivos y programas que el Instituto Mexicano de Protección a la infancia y el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez tenían, cuyo objetivo es promover el bienestar social del país.”¹⁹

Al inicio de la administración del Presidente Miguel de la Madrid, se adoptan medidas trascendentales en lo que se refiere al sector salud. El 29 de diciembre de 1982 al publicarse en el Diario Oficial de la Federación el derecho de reforma y adiciones a la Ley Orgánica

¹⁹ Soberón Guillermo, Kumate Jesús, et al. , (Compilador), Tomo III. , Volumen 2. , Op.Cit. Pág. 56.

de la Administración Pública Federal, cuyo artículo 39 corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Esta reforma facultad y es de su competencia de la SSA establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como coordinar los programas de servicios de salud de la Administración Pública Federal y los agrupamientos por funciones y programas que determinen. A este tipo de sectorización se le denomina “programática” ya que las entidades sectorizadas no guardan ninguna relación funcional o jerárquica con la cabeza del sector, sino que es una coordinación de programas y se circunscriben únicamente al sector salud, ya que los servicios de salud a cargo de la administración pública federal se sitúan en el sector administrativo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia pero también en instituciones externas del sector como son IMSS, ISSSTE, GDF, PEMEX y otras, por lo que fue necesario implementar una forma especial de coordinación para lograr la integración de servicios de salud sin afectar la autonomía patrimonial, técnicas administrativas y operativa de las entidades que brindan este tipo de servicios.

“En 1983 se promulga la Ley General de Salud,”²⁰ estableciendo las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, la reparación de competencias entre federación y los estados y los rubros específicos de la salubridad general.

Al asumir la Presidencia de la República el 1º de diciembre de 1994, Ernesto Zedillo Ponce de León promueve el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, como parte de esta serie de reformas, el nuevo artículo 26 constitucional determina que el Estado debe integrar un Sistema Nacional de Planeación Democrática, por lo que en el marco de esta disposición, el Poder Ejecutivo Federal, presenta a la nación el Plan Nacional de Desarrollo

²⁰ Ibidem. Pág. 149.

1995-2000 y se erige como el instrumento mediante el cual el gobierno se propone alcanzar los objetivos en materia de salud, que son ampliar la cobertura de la seguridad social.

En el 2003 se implementa el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), siendo un plan de seguro universal para la población que no son derechohabientes en las instituciones de seguridad social. Se convierte en Ley en la primavera del 2003 “Diario Oficial de la Federación, 4 de julio del 2003” y entro en operación en el 2004, su brazo operativo es el Seguro Popular de Salud (SPS). Es un mecanismo de protección financiera que garantiza el acceso a la atención médica mediante la aportación de las familias beneficiarias y el subsidio establecido por el gobierno federal ofrecido mediante el Catalogo de Beneficios Médicos (CABEME) y se divide en servicios esenciales y son los que conforman el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) y servicios de alto costo y se financia a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

II.2. Estructura del Sector Salud

La estructura del sector salud considera tres modalidades de sectorización: administrativa, programática y público social.

Sector Administrativo. De acuerdo a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal lo constituyen propiamente lo que es el sector salud y se subdivide en dos Subsectores básicos:

Subsector de Asistencia Asocial. Es coordinado por el DIF; está conformado por el Instituto Nacional de la Senectud y por los Centros de Integración Juvenil.

Subsector de Institutos Nacionales de Salud. Coordinado por la SSA y está formado por el Hospital Infantil y los Institutos Nacionales de Cancerología, Cardiología, Enfermedades Respiratorias, Perinatología y Psiquiatría.

Sector Programático. Conformado por las Entidades de la Administración Pública Federal que prestan servicios de salud como el IMSS, el ISSTE e instituciones de seguridad social.

Sector Público y Social. Se integra por el propio administrativo, el programático y por organismos que brindan servicios de salud, sin ser ésta su actividad sustantiva como el Gobierno del Distrito Federal, Petróleos Mexicanos, entre otros. La Secretaría de Salud se concentrará en el papel rector y normativo del sector salud.

“Estructura del Sector Salud”²¹

Sector Administrativo	SSA
Subsector Asistencia Social	Instituto Nacional de la Senectud. Centro de Integración Juvenil. Hospital Infantil.
Subsector Asistencial Social	Instituto Nacional de Cancerología. Instituto Nacional de Cardiología. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Instituto Nacional de neurología y Neurocirugía. Instituto Nacional de Nutrición. Instituto Nacional de Perinatología. Instituto Nacional de Psiquiatría.
Sector Programático	Instituto Mexicano del Seguro Social. Instituto de Seguridad y servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Instituciones de Seguridad Social.
Sector Público y Social	Sector Administrativo. Sector Programático. PEMEX. ISSFAM. GDF.

²¹ Yáñez Campero Valentín H. Op.Cit. Pág. 78.

II.2.1. Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)

El Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia mantienen relaciones de trabajo y como resultado de ello se realiza el Primer Congreso Nacional de Asistencia celebrado del 15 al 22 de agosto de 1943 se advierten los nexos indisolubles de por medio asistencia médica y salubridad pública al afirmarse que la salubridad pública en sus aplicaciones humanas es siempre asistencia médica. Dos meses después de la celebración de dicho Congreso se expide el Decreto, por el que se fusionan la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública y se crea la Secretaria de Salubridad y Asistencia.

Es competencia de la SSA establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como coordinar los programas de servicios de salud de la Administración Pública Federal y los agrupamientos por funciones y programas que determinen, de acuerdo a lo publicado en el “Diario Oficial de la Federación del 29 de diciembre de 1982” y sustentado en el artículo 39º de la Ley Orgánica de la Administración Publica Federal.

II.2.2. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

“El primer antecedente del Seguro Social fue el Departamento de Seguros Sociales creado a principios de 1941, el cual dependía de la Secretaría de Trabajo y Prevención Social... se convirtió en ley conforme al Decreto del 31 de diciembre de 1942, publicado en el Diario Oficial el 19 de enero de 1943. Se estableció así el Sistema del Seguro Social”²²

Es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyo objetivo fundamental consiste en establecer y desarrollar los programas de seguridad

²² Soberón Guillermo, Kumate Jesús, et al. , (Compilador), *La Salud en México: Testimonios 1988. Desarrollo Institucional...IMSS, ISSSTE*, México: Ed. Fondo de Cultura Económica. , Tomo III. Vol. 1. , 1988. , Pág. 15.

social, para todos los trabajadores protegidos por la Ley Federal del Trabajo, que incluyen: prestaciones económicas y sociales, actividades recreativas y culturales, así como la asistencia médica para el trabajador y sus familiares. Es una organización tripartita, en donde se encuentran los esfuerzos conjuntos de los empresarios, trabajadores, y gobierno.

La conducción Tripartita del Instituto se manifiesta en la labor de los órganos superiores; la Asamblea General, el consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y el Comité Técnico del Sistema de Ahorro para el Retiro.

Dentro de la estructura orgánica institucional se han establecido dos niveles fundamentales: el nivel central de carácter normativo y el delegacional de funciones operativas.

II.2.3. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Es un organismo público descentralizado y bipartita con personalidad jurídica y patrimonio propio. “Este Instituto fue creado por la Ley del 31 de diciembre de 1959.”²³

Tiene como propósito fundamental prestar servicios sociales a los trabajadores de organismos públicos que por Ley o Acuerdo Presidencial sean incorporados a su régimen, a los pensionistas de las dependencias y organismos referidos anteriormente, a los senadores y diputados que integran el H. Congreso de la Unión durante el tiempo de su mandato Constitucional, siempre que hayan acordado individual y voluntariamente su incorporación al régimen de seguridad social de Instituto. En otras palabras, el ISSSTE incorpora a todos aquellos trabajadores y derechohabientes, que se rigen por el apartado B del artículo 123 constitucional y por la Ley del ISSSTE.

Las prestaciones con carácter obligatorio proporcionadas por la Institución son de asistencia médica y seguridad social y fondo de pensiones a sus derechohabientes. Su estructura orgánica del Instituto se integra de las siguientes unidades: Dirección General,

²³ Ibidem. Pág. 256.

Contraloría General, Subdirección Médica, Subdirección General de Prestaciones Económicas, Subdirección General de Protección al Salario, Subdirección General de Servicios Sociales y Culturales, Subdirección General Jurídica, Subdirección General de Administración, Administración General de Obras y Mantenimiento, Subdirección General de Finanzas y la Subdirección General de Abastecimiento. Esta Institución ha venido orientado sus acciones al mejoramiento de la organización de sus servicios, buscando una mayor productividad y eficacia, así como a promover la desconcentración de funciones y recursos.

II.2.4. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

Es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios. Tiene como propósito fundamental, promover el bienestar social y prestar al efecto servicios de asistencia social, conforme a las normas de la Secretaría de Salud; apoya el desarrollo de la familia y de la comunidad; fomenta la educación, para la integración social; impulsa el sano crecimiento físico-mental de la niñez; propone a la dependencia que administre el Patrimonio de la Beneficencia Pública programas de asistencia que contribuyan al uso eficiente de los bienes que lo competente, con sujeción a lo que disponga la ley relativa; opera establecimientos de asistencia social en beneficio de menores en estado de abandono, de ancianos desamparados y de minusválidos sin recursos; realiza estudios e investigaciones de la familia, de los menores, de los ancianos y los minusválidos; presta servicios de asistencia jurídica y de orientación social a los menores, ancianos y minusválidos sin recursos; interviene en el ejercicio de tutela de los menores que corresponda al Estado, en los términos que marca la ley. La Dirección General se integra por la siguientes Subdirecciones: de Desarrollo; General de operación comunitaria; De

Concertación con los Estados; de Apoyo Alimentario en Centros Interinstitucionales; y de Orientación y Evaluación de Proyectos Alimentarios.

La Subdirección General de Asistencia y concertación tiene las Subdirecciones de: Rehabilitación; Asistencia Social; Coordinación de Programa; Promoción Comunitaria; y del Programa de Desarrollo Integral del Adolescente.

La Oficialía mayor esta integrada por las siguientes Direcciones: Recursos Humanos; Programación; Organización y Presupuesto; Recursos materiales y Servicios Generales.

La Contraloría Interna tiene dos Subcontralorías: de Normatividad y Control; y de Auditoría y Supervisión.

La labor que realiza el DIF se orienta principalmente a solucionar causas profundas que originan los problemas y no tan solo sus manifestaciones más apremiantes. También al Sistema le corresponde preservar los Valores éticos, morales y socioculturales que garantizan la solidez e integración de la familia en el presente y el futuro de México.

II.2.5. Sistema de Protección Social de Salud (SPSS)

En el 2003 se implementa el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), siendo un plan de seguro universal para la población que no son derechohabientes en las instituciones de seguridad social. Se convierte en Ley en la primavera del 2003 “Diario Oficial de la Federación, 4 de julio del 2003” y entro en operación en el 2004, su brazo operativo es el Seguro Popular de Salud (SPS). Es un mecanismo de protección financiera que garantiza el acceso a la atención médica mediante la aportación de las familias beneficiarias y el subsidio establecido por el gobierno federal ofrecido mediante el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) y se divide en servicios esenciales y son los que conforman el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) y servicios de alto costo y se financia a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

II.2.6. Institutos Nacionales de Salud

Instituto de Cancerología. Se creó como organismo público descentralizado, el 18 de diciembre de 1946 para otorgar servicios de atención especializada, efectuar investigaciones en salud, formar y desarrollar recursos humanos de alto nivel profesional para la salud; así como brindar asistencia al paciente canceroso de escasos recursos económicos.

Instituto Nacional de Cardiología. Fue creado como organismo público descentralizado el 18 de abril de 1944, con finalidad de otorgar servicios de atención médica especializada y realizar estudios de investigación y dominio de las enfermedades de corazón.

Instituto Nacional de Neurología. Creado como un organismo público descentralizado el 27 de febrero de 1952, servicios de atención especializada en neurología, neurocirugía y psiquiatría.

Instituto Nacional de Nutrición. El 22 de octubre de 1946, fue creado como organismo público, para otorgar servicios de atención médica especializada con padecimientos relacionados con la nutrición.

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Fue creado el 14 de enero de 1982, como organismo público, con el fin de desarrollar y promover investigación básica y aplicada para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades respiratorias.

Instituto Nacional de Pediatría. Fue creado el 19 de abril de 1983 como organismo público descentralizado, con la finalidad de efectuar investigaciones clínicas, epidemiológicas y básicas en las distintas disciplinas que componen la pediatría.

Instituto de Perinatología. Fue creado el 19 de abril de 1983, como organismo público descentralizado, para otorgar servicios de atención médica especializada proporcionada a

mujeres con embarazo de alto riesgo, así como los servicios para la reproducción, crecimiento y desarrollo humano.

Instituto Mexicano de Psiquiatría. Fue creado el 26 de diciembre de 1979, como organismo descentralizado, realizando investigaciones científicas en el campo de la psiquiatría y la salud mental.

Instituto Nacional de Salud Pública. Fue creado el 26 de enero de 1987 como organismo público descentralizado, para elevar la calidad académica de la educación superior en salud pública mediante el apoyo de la investigación, reforzando la investigación en infectología.

Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Fue creado el 18 de mayo de 1939. Para generar y difundir información estratégica para contribuir a la erradicación, eliminación o control epidemiológico de problemas prioritarios de salud.

Instituto de la Comunicación Humana. Se fundó en 1952, proporcionando atención a los enfermos con problemas de comunicación, y facilitando el diagnóstico y tratamiento, rehabilitación e investigación de los padecimientos que afectan a la audición, la voz y el lenguaje.

Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación. Fue formado el 12 de abril de 1976 como órgano desconcentrado, sus objetivos: investigar causas, mecanismos y repercusiones de la invalidez, así como métodos y procedimientos para su prevención y tratamiento en sus diversas formas; formar y capacitar recursos humanos en rehabilitación, tanto profesionales como técnicos; normar las acciones de rehabilitación integral de los inválidos del sistema neuromuscoloesquelético que se llevan a cabo en las dependencias afines.

Instituto Nacional de Ortopedia. Fue creado en 1976 como órgano desconcentrado, para atender enfermedades y lesiones del sistema neuromuscoloesquelético, en cirugía,

rehabilitación, servicios paramédicos y enseñanza e investigación.“Desarrollo Institucional... Institutos Nacionales de Salud.”²⁴

II.2.7. Servicios de Salud Público Social.

Sector Público y Social. Se integra por el propio administrativo, el programático y por organismos que brindan servicios de salud, sin ser ésta su actividad sustantiva como el Gobierno del Distrito Federal, Petróleos Mexicanos, ISSSFAM, entre otros.

II.2.7.1.Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX)

“El 21 de marzo de 1938, en conformidad con la condición decretada, se crean los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos.”²⁵ Actualmente, este sistema constituye una consolidación institucional de protección, de servicios de salud y de atención médica para los trabajadores, los jubilados y sus familiares.

Su marco legal está integrado básicamente por: 1) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en particular por el artículo 4º constitucional que consigna el derecho a la salud de todos los mexicanos y el artículo 123º. Las leyes contendrán, al efecto, las sanciones procedentes de cada caso. La Ley General de Salud; La Ley Federal de Trabajo; El contrato Colectivo de Trabajo entre Petróleos Mexicanos y el Sindicato Revolucionario de Trabajadores petroleros de la República Mexicana.

II.2.7.2. Instituto de Seguridad Social de la Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM)

El Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, es un organismo público descentralizado federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene

²⁴ Soberón Guillermo, Kumate Jesús, et al. , (Compilador), *La Salud en México: Testimonios 1988. Desarrollo Institucional... Institutos Nacionales de Salud*, México: Ed. Fondo de Cultura Económica., Tomo III. Vol. 3., 1988., 263. Págs.

²⁵ Soberón Guillermo, Kumate Jesús, et al. (Compilador), *La Salud en México: Testimonios 1988. Desarrollo Institucional... Otras Instituciones de la Administración Pública Federal*, México: Ed. Fondo de Cultura Económica.,Tomo III. Vol. 4., 1988., Pág. 119.

como objetivo brindar bienestar a los militares en servicio activo o en situación de retiro y a sus derechohabientes, en materia de salud, vivienda y educación. Tiene como base los antecedentes de 1926, fecha en que se publica la "Ley de Retiros y Pensiones del Ejército y Armada Nacionales", misma que da origen a la Dirección de Pensiones Militares, que posteriormente con la publicación de la "Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas", dando por resultado lo que actualmente es el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, que con fecha 29 de Julio de 1976 entra en vigor para otorgar a los militares en activo y retiro, a sus derechohabientes y pensionistas, las prestaciones y servicios a que tienen derecho. El Instituto de Seguridad Social para la Fuerzas Armadas Mexicanas, tiene como misión el proporcionar prestaciones de carácter Social, Económico y de Salud a los Militares en Activo, situación de Retiro, a sus Derechohabientes, Pensionistas y Beneficiarios, con un alto grado de calidad y conforme a las normas legales vigentes. La Junta Directiva, se compone por tres miembros designados por la Secretaría de la Defensa Nacional, tres por la Secretaría de Marina, y dos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y además un comisario como supervisor nombrado por la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo. Las Atribuciones de la Junta Directiva: discute anualmente para su aprobación o modificación los presupuestos, la memoria y los planes de inversiones y de labores; vigila que las inversiones se hagan de acuerdo con las disposiciones de Ley y sus reglamentos; ordena que se practique auditoría, cuando lo estime conveniente, para determinar la exactitud de los estados financieros y comprobar los avalúos de los bienes, materia de operaciones del Instituto; en general, realizar todos aquellos actos y operaciones legalmente autorizados y los que fuesen necesarios para la mejor administración o gobierno del Instituto. La Dirección General tiene como funciones: representar al Instituto; notificar cada año a la

Junta Directiva, un informe pormenorizado del estado del Instituto; somete a la decisión de la Junta Directiva todas aquellas cuestiones que sean de la competencia de la misma; asiste a las sesiones de la Junta Directiva, con voz pero sin derecho a voto, en sus ausencias concurrirá a ellas quien asuma sus funciones; formula y presentar a la Junta el balance, los presupuestos de ingresos y egresos, la memoria y los planes de inversión y de labores del Instituto, correspondientes a cada ejercicio anual; administra los bienes del Instituto; dictar las normas de administración y funcionamiento del Instituto y elaborar los programas de manejo y explotación de sus bienes. Para su funcionamiento el Instituto cuenta con las Direcciones siguientes: Dirección de Vigencia de Derechos y Control de Pago; Dirección de Prestaciones; Dirección Médica; Dirección de Construcciones; Dirección de Finanzas; Dirección Administrativa; Dirección Jurídica.

CAPITULO III. SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL (SSDF)

III.1. Origen y Evolución de la Salud Pública en el Gobierno del Distrito Federal

La Secretaría de Salud del Distrito Federal es resultado de la evolución de los servicios médicos que el Gobierno del Distrito Federal ha venido impulsando; así como de las diversas acciones jurídicas y normativas, que en el pasado, puso en práctica.

A continuación se destacan de forma cronológica, algunas de las acciones de organización más relevantes, precursoras de la actual estructura administrativa.

“El primer hecho significativo ocurrió en el 15 de diciembre de 1909, con la creación de la Oficina de Servicios Médicos adscrita a la Jefatura de Policía, denominada Puesto Central de Socorros en Victoria y Revillagigedo en el centro de la Ciudad”²⁶. “En 1911 se cambia su nombre por el de Cruz Verde”²⁷, y continuó funcionando como un centro de auxilio médico, además se constituyó en el antecedente de los Servicios Médicos Legales.

Durante 1913, la Cruz Verde fue clausurada por el Presidente Victoriano Huerta, manteniendo en funciones las secciones médicas de las comisarías. Ocho años después, en 1921, se reanudaron las actividades de la Cruz Verde.

Se dieron nuevos cambios en el año de 1929, con la incorporación de los servicios médicos en los reclusorios, correccionales, y oficinas de tráfico; también se creó la Policlínica de la Policía. En 1933, se inauguraron los puestos periféricos de Balbuena, Santa Julia Mixcoac y General Anaya. Fue en 1935 cuando los servicios médicos dejaron de depender de la Policía y se integraron a la Dirección General de Acción Social del Departamento del

²⁶ Soberón Guillermo, Kumate Jesús, et al. (Compilador), Tomo III. Vol. 4. , Op. , Cit. , Pág. 17.

²⁷ Ibidem. Pág. 18.

Distrito Federal, en 1943, se fundó el Hospital de la Cruz Verde, más tarde llamado Dr. Rubén Leñero.

Por otra parte, en respuesta a la escasa producción de recursos para la atención médica y debido al crecimiento acelerado de unidades de atención en el país, en 1946, se fundó la Escuela de Enfermería de la Cruz Verde.

Para 1953 se efectuó un nuevo proceso de reforma administrativa con la centralización de todas las unidades médicas del Departamento del Distrito Federal, a través de la creación de la Dirección de Servicios Médicos. En 1958 surgió el primero de los Hospitales Infantiles con que cuenta la dependencia.

“El 1º de enero de 1960, la Oficina de Servicios Médicos de la Dirección General de Acción Social del Departamento del Distrito Federal se transforma en Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal y adquiere así la jerarquía e independencia necesarias para proseguir las funciones que la ciudad demandaba.”²⁸

Con la Ley Orgánica de 1962, se instituyó la Dirección de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, y para 1970 se creó la Dirección General de Servicios Médicos, la cual estaba adscrita a la Oficialía Mayor del Departamento del Distrito Federal. Otro cambio significativo fue en 1991, cuando la Dirección General de Servicios Médicos se incorporó a la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social. En junio de 1996 se reestructuró la Dirección de General de Servicios Médicos debido al programa de austeridad, desapareciendo las Jefaturas Regionales que coordinaban a los hospitales de su área.

El escenario actual comienza a construirse en la pasada administración, el 16 de julio de 1997; cuando se erigió el Instituto de Servicios de Salud, con el propósito de dar cabida a

²⁸ Ibidem. Págs. 21 y 22.

las funciones recién adquiridas como resultado de la descentralización de los servicios de salud para población abierta de la Secretaría de Salud Federal. En efecto, se creó por decreto el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Pública del Distrito Federal el 3 de julio de 1997. También en esta fecha se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Convenio de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta del Distrito Federal; con este instrumento jurídico inició formalmente la construcción de una figura rectora del sector salud.

El 29 de diciembre de 1998, se publicó la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal que contiene la creación de la Secretaría de Salud, con vigencia a partir del 1° de enero de 1999; el propósito de esta reforma fue avanzar en la institución de un órgano normativo en salud y consolidar la coordinación y operación funcional de los servicios de salud a población abierta de la Ciudad de México.

El primero de abril del 2000, se aceptó una nueva reestructuración de la Secretaría, la cual fue reforzada mediante la creación de otras áreas sustantivas, orientadas a apoyar la prestación de servicios a la población, destacando la creación de la Subsecretaría y la Dirección General de Regulación Sanitaria.

A partir del 1 de agosto de 2000 fue autorizada una nueva reestructuración de la Secretaría, en la que principalmente se crea la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, de acuerdo al artículo 63 Bis del Reglamento Interior, con la correspondiente reducción de la estructura de la oficina de la Subsecretaría de Servicios de Salud.

Así mismo, se cancela la estructura de la Comisión para la Protección de Insumos para la Salud, fortaleciéndose con parte de esos recursos la estructura de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial con la creación de la Dirección de Información y de dos Subdirecciones dependientes de ella.

El 28 de diciembre de 2000, se publica en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal, donde se confieren nuevas atribuciones a esta Secretaría, acordes a la Estructura Orgánica con vigencia a partir del 1 de enero del 2001.

A la Secretaría de Salud de acuerdo a la Ley citada, corresponde el despacho de las materias relativas a la formulación, ejecución, operación y evaluación de las Políticas de Salud del Distrito Federal, adquiriendo el carácter normativo y operativo del sistema de salud del Distrito Federal.

En junio del mismo año, fue autorizada una nueva reestructuración, vigente a partir del 1 de julio del 2001, fortaleciéndose principalmente las Direcciones Generales de Planeación y Coordinación Sectorial, Servicios Médicos y Urgencias, y de Administración.

El 1 de octubre del 2004 se publica en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el Decreto por el que se modifica el Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal en sus artículos 7 y 65 y que incrementan las atribuciones de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias; se deroga el artículo 66, desapareciendo la Dirección General de Medicamentos e Insumos para la Salud y el artículo 67 que modifica atribuciones de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial.

El 15 de octubre del mismo año, con el dictamen 26/2004 se autoriza la reestructuración de la Secretaría, fortaleciendo a la Oficina de la Secretaria con áreas que refuercen los procesos de adquisición, almacenamiento y abasto de insumos y medicamentos y a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias con áreas de la extinta Dirección General de Medicamentos e Insumos para la Salud.

El 3 de noviembre del 2004 con oficio CGMA/3108/04, se emite una fe de erratas, modificando el dictamen 26/2004, cancelando del Ámbito Regional de la Dirección

General de Servicios Médicos y Urgencias la Jefatura de Unidad Departamental Unidad Médica Tlahuac y registrando la Jefatura de Unidad Departamental Unidad Médica Topilejo, adscrita a la Dirección del Hospital Materno – Infantil Topilejo.

Finalmente el 2 de febrero del 2005 a través de oficio CGMA/0228/05 se autoriza incrementar la estructura orgánica de la Secretaría a partir del 1 de febrero del 2004, modificando nuevamente el Dictamen 26/2004, con la creación de tres plazas: una Dirección del Hospital, una Subdirección Medica y un Líder Coordinador de Proyectos “B”, por la apertura del Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez.

III.2. Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF)

El 29 de diciembre de 1998, se publicó la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal que contiene la creación de la Secretaría de Salud, con vigencia a partir del 1° de enero de 1999; el propósito de esta reforma fue avanzar en la institución de un órgano normativo en salud y consolidar la coordinación y operación funcional de los servicios de salud a población abierta de la Ciudad de México. Su objetivo es planear, coordinar, formular y apoyar las políticas, programas y servicios de salud de las dependencias, órganos desconcentrados y entidades de la administración pública del Distrito Federal, que realizan actividades en materia de salud.

III.3. El Sistema de Salud del Distrito Federal

El sistema de salud del Distrito Federal se integra por dos entidades administrativas, el primero de ellos es el Organismo Público desconcentrado llamado Dirección de General de Servicios Médicos y Urgencias, que contienen los siguientes componentes:

Siete hospitales generales; un hospital de especialidades; una red de 11 hospitales pediátricos; siete hospitales materno infantiles; 18 clínicas de excelencia, funcionando en 12 hospitales de la red; seis servicios médicos en reclusorios. Uno de ellos con atención

hospitalaria; 400 médicos legalistas adscritos a las agencias del Ministerio Público; dos centros toxicológicos; una escuela de enfermería y servicios de primer nivel de atención con 64 consultorios y 26 unidades móviles.

Y el segundo, Organismo Público Descentralizado (Servicios de Salud Pública del Distrito Federal) que cuenta con los siguientes componentes:

16 Jurisdicciones Sanitarias; 211 Centros de Salud, generales y especializados; un hospital general (Ticomán); un servicio de Vigilancia Epidemiológica; una dirección de Regularización Sanitaria; el Centro Dermatológico “Ladislao de la Pascua”, un taller de producción institucional.

Con ello la Infraestructura de salud del Distrito Federal se resume de la siguiente forma:

- a) 27 hospitales de los cuales: 8 son Generales; 10 Pediátricos; 8 Materno Infantiles; 1 Hospital de Especialidades.
- b) 1 Centro Regulador de Urgencias Médicas.
- c) 16 Jurisdicciones Sanitarias.
- d) 211 Centros de Salud.
- e) 6 Clínicas de Especialidades, incluyendo a la clínica Condesa orientada a la atención del VIH.
- f) 2 Centros Toxicológicos.
- g) 42 Servicios Médicos en Agencias del Ministerio Público.
- h) 6 Áreas de Servicios Médicos en Reclusorios.
- i) 2 Centros de Atención Canina.
- j) La Torre Médica Tepepan.
- k) 3 Clínicas Comunitarias
- l) La Escuela de Enfermería.

m) Recursos Humanos 23 mil Trabajadores.

Cuenta con la participación de instancias de coordinación intersectorial e intrasectorial.

Intrasectorial: “Consejo Estatal contra las Adicciones; Consejo Estatal de Vigilancia de Vacunación; Consejo Estatal de Vigilancia Epidemiológica; Consejo de lucha contra el Tabaquismo; Consejo de Salubridad General; Consejo Nacional de Salud; Comité Estatal del Programa de Estímulos a la Eficiencia y Calidad del Personal de Enfermería; Comité Estatal del Programa de Estímulos a la Eficiencia y Calidad del Personal Médico y Odontológico; Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico del Sector; Comisión para la Protección de Insumos Y Dieciséis Comités Delegacionales de Salud.”²⁹

Intersectorial: “Consejo Asesor de Desarrollo Urbano del Distrito Federal; Consejo Consultivo de Abastecimiento del Distrito Federal; Consejo de Desarrollo Social del Distrito Federal; Consejo de Prevención del Delito; Consejo Directivo de Atención a la Salud Integral del Escolar; Consejo Directivo de la Junta de Asistencia Privada; Consejo Promotor para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad; Comisión de Salud Reproductiva y Planificación Familiar del Consejo de Población del Distrito Federal; Comisión Metropolitana del Medio Ambiente; Comité de Protección Civil del Distrito Federal; Comité de Informática; Programa Pro Mujer; Grupo de Protección contra la Abeja Africana; Sistema de Servicios Comunitarios Integrados Y Grupo de Planeación del Sistema de Información del Gobierno del Distrito Federal.”³⁰

Cuenta con el apoyo del Sistema de Servicios Comunitarios Integrados (SECOI), que es un sistema que implementa una red de ofertas de servicios sociales de primer nivel y

²⁹ Secretaría Salud del Distrito Federal, “Participación en Instancias de Coordinación Intersectorial e Intrasectorial”, <http://www.df.gob.mx/secretarias/salud/sistemasalud/participintereintra.html> (recuperado el 28 de junio del 2000).

³⁰ Ibidem. <http://www.df.gob.mx/secretarias/salud/sistemasalud/participintereintra.html> (recuperado el 13 de junio del 2000).

segundo nivel, que tiene como eje rector brindar salud a la población abierta y se canalizan los siguientes:

Centros de Desarrollo Comunitarios; Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF); Delegaciones; Secretaría de Educación Pública (SEP); Centros especializados de las Organizaciones no Gubernamentales; Hospitales; Centros de Desintoxicación; Centros de Rehabilitación y se encuentra apoyada con 289 unidades médicas privadas

III. 4. Estructura Orgánica de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

Dentro de la atribuciones de la Estructura de la Secretaría de Salud del Distrito Federal se encuentran las de vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de la Ley General de Salud, la Ley de Salud para el Distrito Federal y demás disposiciones aplicables; coordina la participación de todas las instituciones de los sectores públicos, social y privado en la ejecución de las políticas de salud del Distrito federal.

Sus objetivos son: planear, organizar, dirigir, operar, controlar y evaluar el Sistema de Salud del Distrito Federal, los servicios de atención médica y salud pública, las instituciones de prestación de servicios de salud abierta; además de organizar, ejecuta las acciones de regulación y control sanitario en materia de salubridad local y la prestación de los servicios de salubridad general a que se refiere la Ley de Salud para el Distrito Federal.

(Organigrama de la Secretaría de Salud, apéndice B. Gráfica 1).

A continuación se presenta las Direcciones Generales de la estructura de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con el fin de marcar responsabilidades en el cumplimiento de la atención de la salud en la población del Distrito Federal; y de igual forma determinar de donde se creó el Programa de Educación para la Salud Familiar objeto de nuestra investigación, así mismo dar a conocer de manera sintetizada, pero precisa los principales

programas alternos que acompañan la atención de la salud de las Direcciones Generales de la Secretaría de Salud del DF. De esta manera se agregan sus organigramas que se encuentran en el apéndice B y que está marcado con un número de gráfica para su mejor identificación y comprensión.

III.4.1. Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias

Su objetivo es garantizar el cumplimiento de las políticas y programas del Gobierno del Distrito Federal en materia de Salud, mediante el diseño y conducción de estrategias operativas, así como a través de la supervisión y evaluación de los servicios médicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Entre sus atribuciones se encuentran las de organizar, operar y controlar la prestación de los servicios de atención médica permanentes y de urgencias de las unidades hospitalarias a su cargo.

Asimismo colabora en el sistema de salud del Distrito Federal organizado y coordinado por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mediante la prestación de los servicios hospitalarios y de urgencias; ejecuta los programas de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal relativos a la prestación de servicios hospitalarios y de urgencias; establece las necesidades institucionales de medicamentos, insumos y equipo médico de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; establecer y actualizar el Cuadro Institucional de Medicamentos, Insumos y Equipo médico de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; garantiza la calidad, seguridad, eficiencia, efectividad y uso racional de medicamentos en los servicios de las Unidades Administrativas, Unidades Administrativas de Apoyo Técnico-Operativas adscritas a la Secretaría. A través de su Coordinación Hospitalaria, tiene como objetivo, dictamina mecanismos de seguimiento y evaluación de los servicios hospitalarios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y proponer medidas, proyectos y

documentos técnico normativos, para mejorar la calidad de los mismos; valora los resultados de los procesos de atención médica y servicios hospitalarios; amplía nuevos proyectos en el ámbito de la calidad, para asegurar la excelencia de la atención médica en todos los hospitales de la Red; fortalece la difusión y cumplimiento de la normatividad aplicable a la prestación de servicios hospitalarios; evalúa que en el desarrollo de proyectos específicos y de calidad de la atención se apliquen criterios médicos basados en evidencias; fija el funcionamiento de los Comités Técnico Médico Hospitalarios en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; proporciona la ampliación de la cobertura, mediante la optimización de los recursos, la regionalización y, en su caso, la oferta de nuevos servicios; afirma el desarrollo del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos en los hospitales de la Secretaría; desarrolla los procesos integrales de supervisión de las unidades de atención médica. (Organigrama de Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, apéndice B. Gráfica 2).

III.4.1.1. Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG)

El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos abarca a las “familias no aseguradas residentes en el DF.

El PSMMG tiene carácter resolutivo general a partir del 14 de junio del 2001 publicado en la Gaceta Oficial del DF. , en el que se exime de pago de derechos por los servicios médicos que presta el Gobierno del Distrito Federal, a la población abierta residente en el Distrito Federal.

Los únicos requisitos para ser incluido en el programa son comprobar la residencia en el DF y la ausencia de aseguramiento e inscribirse en el padrón para recibir una credencial. Con este procedimiento, las familias se convierten en derecho-habientes de la Secretaría de Salud, o sea, se formaliza su condición de sujetos de derechos.

La gratuidad permite concretar la extensión de los servicios individuales a las personas empadronadas, inicialmente, del primer y segundo nivel ampliado, que son los que se ofrecen en la SSDF.

III.4. 2. Dirección General de Administración

Su meta es Brindar apoyo al titular de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en la administración de los recursos humanos y materiales, así como en el ejercicio de los recursos financieros programados para la operación de los servicios de la Dependencia.

Dentro de sus facultades esta la de coadyuvar en la programación y participa en la administración de los recursos humanos y materiales, así como en los recursos financieros destinados a los gastos por servicios personales y materiales de las Dependencias, conforme a las políticas, lineamientos, criterios y normas determinadas por la Oficialía Mayor y la Secretaría de Finanzas; auxilia a las Dependencias en los actos necesarios para el cierre del ejercicio anual, de conformidad con los plazos legales y criterios emitidos por la Secretaría de Finanzas; regular la integración de los datos que requieran las Dependencias para presentar sus informes trimestrales de avance programático-presupuestal y la información para la elaboración de la Cuenta Pública; participar en el registro de las erogaciones realizadas por las Dependencias; asistir en la coordinación, integración y tramitación de los programas que consignan inversión, así como dar seguimiento a su ejecución; elaborar el registro sobre el estricto control financiero del gasto, en cuanto al pago de nómina del personal de base y confianza, así como a los prestadores de servicios profesionales, bajo el régimen de honorarios o cualquier otra forma de contratación. (Organigrama de la Dirección de Administración, apéndice B. Grafica 3).

III.5. Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial

Su propósito es proponer las políticas en materia de salud de manera articulada al programa de Gobierno del Distrito Federal, instrumentar los planes y programas necesarios para su consecución y evaluar el impacto y los resultados de las mismas, así como ejercer la autoridad sanitaria que delegue el titular de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Dentro de sus atribuciones se encuentran: Impulsar las acciones de participación, concertación e inducción con los sectores social y privado para la elaboración y ejecución de los programas que requiere el Sistema de Salud del Distrito Federal; establecer las acciones de coordinación sectorial, para la organización y funcionamiento de los grupos interinstitucionales de trabajo que integran el Sistema de Salud del Distrito Federal; definir las políticas, estrategias, normas y procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios de salud a cargo de los organismos públicos descentralizados sectorizados a la Secretaría de Salud, así como vigilar su cumplimiento; ejercer el control, vigilancia y fomento sanitario en el Distrito Federal, conforme a lo que señale la Ley General de Salud, sus reglamentos y la Ley de Salud para el Distrito Federal, con el apoyo del organismo público descentralizado de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal.

Por medio de su Dirección de Políticas de Salud, Planeación y Evaluación. Su objetivo es Instrumentar las políticas de salud, llevar a cabo la planeación, programación, control presupuestal, así como evaluar el Sistema de Salud del Distrito Federal. Entre sus funciones se encuentran la de instrumentar la política pública de salud en el ámbito de competencia de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; desarrollar y operar propuestas para la desconcentración de funciones de la Secretaría de Salud y del organismo público descentralizado sectorizado a ella; establecer y operar el modelo de planeación de la

Secretaría de Salud; a través de su Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial, se encuentran la de proponer procedimientos y políticas de coordinación, para el desarrollo del sistema de salud del Distrito Federal; plantear mecanismos de coordinación con los sectores público, social y privado que apoyen el cumplimiento de las políticas de salud del Gobierno del Distrito Federal; coordinar la operación de los grupos interinstitucionales de salud, para la ejecución de las acciones sectoriales; elabora la normatividad fundamenta la instalación, operación y control de las instancias de coordinación de la Secretaría de Salud, orientadas al fortalecimiento del sistema de salud del Distrito Federal; contribuye al proceso de desconcentración de los servicios de salud a población abierta del Distrito Federal; atiende las solicitudes de asesoría para la elaboración de documentos técnico-normativos, generados por las diversas áreas de la Secretaría, coordinando y supervisando que se apeguen a los lineamientos establecidos; integrar la propuesta del modelo de atención a la salud a población abierta del Distrito Federal y la información de la cuenta pública en materia de salud que requiera ser enviada a la Secretaría de Finanzas. (Organigrama de Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, apéndice B. Gráfica 4).

III.6. Dirección General de los Servicios de Salud Pública del Gobierno del Distrito Federal

Su objetivo es coordinar el funcionamiento de las unidades operativas mediante el establecimiento y desarrollo de programas y procedimientos en materia de servicios de salud, para ofrecer servicios que respondan a las necesidades de la población de responsabilidad.

En sus atribuciones se encuentran las de organizar, operar y evaluar la prestación de los servicios de salud pública, de atención médica de primer nivel del Distrito Federal; colaborar con las dependencias y entidades públicas en la prestación de servicios de atención médica de segundo y tercer nivel; extender actividades tendientes al mejoramiento

y especialización de los servicios a su cargo; promover los programas de capacitación y formación de recursos humanos para la atención de la salud, vinculados con los servicios a su cargo; desarrollar programas de investigación relativos a los servicios de salud pública y de atención médica; promover la ampliación de la cobertura en la prestación de los servicios a su cargo, apoyando las políticas y programas que para tal efecto dicten y formulen las autoridades competentes; atraer y administrar los recursos que le sean asignados, así como las cuotas generadas por la prestación de los servicios bajo su responsabilidad, conforme a lo que se determine en las disposiciones aplicables. (Organigrama de la Dirección General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, apéndice B. Gráfica 5).

III. 6.1. Coordinación del VIH SIDA.

Asegura la ejecución de acciones de prevención de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como planear e implementar estrategias de atención, educación y apoyo social para las personas afectadas por el virus.

III. 6.1.1. Programa de VIH-SIDA

El gobierno del Distrito Federal, tomó la decisión de establecer el Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México que coordina e integra los recursos humanos, materiales y financieros para lograr una sociedad capaz de mantener su desarrollo en presencia de la epidemia, mitigar el impacto que está teniendo en las capas más desprotegidas de la sociedad y para alcanzar un incremento en la calidad y los años de vida de los afectados por el virus. Uno de los primeros pasos de este Programa fue el establecimiento de un Comité de Bioética, constituido en su mayoría por gente externa a la Secretaría de Salud del DF, con el propósito de dar una dimensión ética a la salud pública y colectiva, ayudando además en la definición de prioridades en la distribución y aplicación de los recursos

financieros disponibles. La infección por VIH se caracteriza por el largo periodo de tiempo que transcurre entre que una persona ya infectada con el virus presenta síntomas de enfermedad. Durante todo este tiempo la única manera de saber si una persona ya adquirió el virus es mediante una prueba de diagnóstico de laboratorio. La mejor propuesta para enfrentar este problema es contar con Centros de Consejería y Diagnóstico Voluntario (CCDV), donde se puede acudir a obtener información y de así desearlo, tener el diagnóstico. Existen ya en el DF 20 CCDV localizados en centros de salud de todas las delegaciones políticas que proporcionan servicios de consejería y diagnóstico voluntario, confidencial y gratuito. La infección con VIH se concentra en personas en edad reproductiva, asimismo, se sabe que las mujeres infectadas pueden transmitir el virus a sus bebés durante el embarazo, parto o lactancia. Por esta razón, se ha establecido un Programa de Prevención de la Transmisión Materno infantil del VIH (PPTMI-VIH), que permitirá reducir considerablemente la infección de niños y niñas de la Ciudad de México. Como parte de este Programa se está capacitando al personal de salud que atiende mujeres embarazadas, integrando además aspectos desde la perspectiva de género, derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos y calidad de la atención. Para atender el problema de las personas ya infectadas por el virus, existe la atención médica especializada integral en la Clínica Especializada Condesa, donde se brinda atención con especialistas y apoyo social y psicológico. Asimismo, está en funcionamiento el Programa de Medicamentos Antirretrovirales Gratuitos, que se encarga de proporcionar los medicamentos contra el virus a personas residentes de nuestra ciudad que no dispongan de seguridad social o privada. Existen acuerdos de colaboración con diversa instituciones federales para atención a adultos y niños.

Adicionalmente, el Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México contempla la realización de un gran número de acciones preventivas en grupos poblacionales vulnerables y trabaja en colaboración con el Instituto de la Juventud del DF, INMUJER-DF, el Instituto de Asistencia e Integración Social, Servicios Médicos de Reclusorios. También existen programas de colaboración con la Comisión de Derechos Humanos del DF y con diversas organizaciones civiles que realizan actividades relacionadas a la prevención del VIH/SIDA.

III.6.2. Dirección de Atención Médica

Dirige el diseño e implementación de las estrategias operativas para la prestación de la atención médica en unidades de primer nivel de atención del Gobierno del Distrito Federal y coadyuvar a la consolidación del Modelo Ampliado de Atención a la Salud.

III.6.2.1. Modelo Ampliado a la Salud (MAS)

En el Modelo de Atención Ampliada a la Salud (MAS) surge en el año 2002, establece a la promoción de la salud como la base para el desarrollo de una cultura en la salud. Considera las particularidades geodemográficas y socio-sanitarias de la población capitalina, así como la situación organizacional del sistema de salud, la legislación y la normatividad sanitaria. Pretende corregir las experiencias de los modelos de atención instrumentados con anterioridad, para superar la fragmentación, superposición e ineficiencias y ampliar el acceso y los servicios prestados.

Este modelo constituye las bases sobre las cuales la Secretaría puede concretar los compromisos en materia de atención a la salud del gobierno del Distrito Federal de: Garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad; Ampliar y asegurar el acceso de la población no-asegurada y mayor de 70 años a una intervención oportuna y adecuada, mediante la gratuidad de servicios de primer y segundo nivel ampliado, y a los medicamentos al momento de necesitarlos; construir gradualmente un sistema integral y único de urgencias

en la capital; ampliar la participación ciudadana y la contraloría social; usar con eficiencia y transparencia los recursos públicos de salud.

Estos compromisos tienen como objetivos garantizar el derecho a la protección de la salud de los capitalinos para mejorar las condiciones generales de salud y disminuir la desigualdad ante la enfermedad y la muerte, contribuyendo a elevar su calidad de vida. Los compromisos en salud y el MAS tienen como horizonte temporal el mediano plazo y pueden ser desarrollados por la administración actual; retoma las prioridades derivadas del diagnóstico de salud; describe las características deseables de los servicios de salud y desarrolla sus principales componentes.

Cuida la seguridad sanitaria de toda la población, dando prioridad a los grupos más desprotegidos y amplía la cobertura de servicios integrales de primero y segundo nivel a los residentes del DF no-asegurados, complementando la protección de servicios de salud garantizada a los asegurados de la seguridad social.

Pone a disposición de la comunidad una amplia gama de actividades de atención a las personas, la familia y la colectividad, con acciones anticipatorias, promocionales, preventivas y restaurativas.

Atiende el daño específico a la salud con una respuesta suficiente y funcional de los servicios en los aspectos organizativos, técnicos, de conocimiento actualizado y con calidad.

Ofrece los servicios por niveles de complejidad de la atención, en donde la puerta de entrada al sistema son los niveles menos complejos, y garantiza la referencia dentro de la red de servicios.

III.6.3. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Medicina Preventiva

El propósito es Participar con la Secretaría de Salud del Distrito Federal en la vigilancia epidemiológica y el fomento sanitario, de acuerdo con la normatividad vigente, a fin de prevenir riesgos y daños a la salud de los habitantes del Distrito Federal. Entre sus facultades se encuentra la de coordinar la planeación, ejecución y evaluación de los programas de Vigilancia Epidemiológica, Medicina Preventiva, de los sistemas operacionales de información e insumos, que coadyuven en la prestación de los servicios que se otorgan en las unidades de primer y segundo nivel; organiza y coordina los sistemas de vigilancia epidemiológica del primer y segundo nivel, para garantizar la atención oportuna y de calidad a la población, así como la orientación en la prevención ante problemas de carácter epidemiológico o situaciones de emergencia; establece los lineamientos y elementos técnico normativos, para el desarrollo de las actividades sustantivas de las Coordinaciones que integran la Dirección de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica; sistematiza un banco estatal de información de vigilancia epidemiológica, confiable y oportuno de los programas que comprenden su área de responsabilidad, en coordinación con la Dirección General de Planeación; conduce y determina las evaluaciones y análisis de estudios prospectivos y proponer con oportunidad ajustes a los programas operativos, para elevar la eficiencia en la atención de la población, en coordinación con la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal; forma los procedimientos y actividades preventivas durante y posterior a la ocurrencia de eventos sociales, meteorológicos y desastres naturales, para garantizar la prevención, detección y control de enfermedades; efectúa y desarrolla las actividades de fomento sanitario en la entidad en apoyo de la

Secretaría de Salud del Distrito Federal; promueve y desarrolla las actividades de saneamiento básico en el Distrito Federal.

III.6.3.1. Programa de Vigilancia Epidemiológica

La vigilancia epidemiológica, entendida como “inteligencia sanitaria”, es un proceso de estudio sistemático y permanente de hechos de salud y daños a la salud, cuya finalidad es proveer de bases sólidas de información para organizar la respuesta inmediata y práctica de salud pública, la comunicación de riesgos a la población y la evaluación de los resultados de las acciones. La SSDF, asume a la vigilancia epidemiológica como herramienta esencial de la prevención y control de enfermedades, para identificar e intervenir oportunamente en brotes y epidemias, así como para identificar y actuar sobre un conjunto significativo de riesgos individuales y colectivos. Se busca incrementar el cumplimiento por las instituciones del sector, pues aunque es obligatoria frecuentemente no se observa.

La SSDF refuerza el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la ciudad y ejerce activamente su liderazgo sectorial para que las diversas instituciones públicas y privadas notifiquen oportuna, sistemática y permanentemente de acuerdo con la normatividad. Además se propone impulsar en el sector, el establecimiento de sistemas de alertas y sitios centinelas que permitan la inmediata acción anticipatoria. A pesar de ser un procedimiento rutinario, silencioso y permanente, la vigilancia epidemiológica requiere redefiniciones periódicas en sus contenidos y procesos para garantizar su validez, confiabilidad y efectividad. Con esta finalidad se ha constituido la comisión de análisis epidemiológico, que realiza el seguimiento crítico de los datos e investiga problemas específicos emergentes.

III.6.3.1.1. Subdirección de Enfermedades Crónico Degenerativas

Entre sus funciones esta la de difundir y vigilar la correcta aplicación de las Normas de vigilancia Epidemiológica de las enfermedades crónico degenerativas en las Jurisdicciones Sanitarias, para el seguimiento y la clasificación clínico epidemiológica de casos; integrar y difundir periódicamente los resultados del análisis del Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Crónicas, a partir de los datos recabados y validados por las Jurisdicciones Sanitarias y el Sector Salud; propone estrategias alternativas para la prevención y control de enfermedades crónico degenerativas en el Distrito Federal

III.6.4. Dirección de Promoción de la Salud y Adulto Mayor

Entre sus metas se encuentra asegurar el desarrollo de los programas de promoción de la salud y atención al adulto mayor, en las unidades médicas de primer nivel de atención de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, con el propósito de coadyuvar a mejorar las condiciones de salud de los habitantes del Distrito Federal.

“Dentro de sus prerrogativas se encuentran las de dirigir, coordinar, supervisar y evaluar los programas y acciones de promoción y educación para la salud orientados a la población residente en el Distrito Federal acorde con las políticas establecidas por la Secretaría de Salud del Distrito Federal.”³¹; establecer las estrategias que garanticen la promoción, educación para la salud y la participación social comunitaria; divulga la normatividad nacional e internacional en materia de promoción de la salud; amplía modelos educativos integrales en materia de promoción y educación para la salud en el Distrito Federal;

³¹Secretaría de Salud del Distrito Federal, “Funciones de Unidades Administrativas” <http://www.salud.df.gob.mx/conten/view/960/27/> (recuperado el 22 marzo del 2006).

desarrolla y promueve programas de Atención Integral dirigidos al Adulto Mayor; ordena, supervisar y evaluar las acciones de atención integral a los adultos mayores; dirige la operación de los programas de promoción de la salud y atención a los derechohabientes de la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 años, residentes en el Distrito Federal; regular y evaluar los programas que opera el personal de educación para la salud comunitaria en las Jurisdicciones Sanitarias del Distrito Federal; ordenar el diseño de material educativo y de promoción de salud, que permita el desarrollo de habilidades y la promoción de los derechos sociales entre la población; sistematiza las acciones de información, educación y comunicación en promoción de la salud en el ámbito jurisdiccional.

III.6.4.1. Coordinación de Atención al Adulto Mayor

Garantizar la operación y evaluar las acciones de atención al adulto mayor, con la finalidad de contribuir a elevar las condiciones materiales y de salud, a través de la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 años, residentes en el Distrito Federal.

Asegurar la ejecución y evaluar los programas de atención al adulto mayor y salud comunitaria que operan en las Jurisdicciones Sanitarias del Distrito Federal; integrar diagnósticos sobre las condiciones sociales y de salud de la población adulta mayor, que goza de la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 años, residentes en el Distrito Federal; vincularse con las dependencias del Gobierno del Distrito Federal para la realización de acciones conjuntas que conlleven a la mejor operación de los programas de atención al adulto mayor y salud comunitaria; elabora y proponer programas para la atención de personas adultas mayores; mantener actualizado el Padrón de Adultos Mayores que gozan de la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 años, residentes en el

Distrito Federal; garantiza el seguimiento y atención de las solicitudes de nuevo ingreso a la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 años, residentes en el Distrito Federal.

III.6.4.1.1. Programa del Adulto Mayor

“El 31 de diciembre de 2003 se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el reglamento de la Ley que Establece el Derecho a la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 años. Residentes en el Distrito Federal”³². “Y por Primera vez en el país. El Jefe de Gobierno plasma este derecho en una iniciativa de ley que fue aprobada por la Asamblea Legislativa Del Distrito Federal en noviembre de 2003.”³³

Una de las políticas del gobierno del Distrito Federal es la priorización de la atención a grupos sociales actualmente marginados. En este marco, la Secretaría de Salud del Distrito Federal plantea la necesidad de atender de manera integral la salud de las personas adultas mayores para mejorar sus condiciones de salud, disminuir las desigualdades ante la enfermedad, la muerte y el acceso a la protección a la salud y contribuir a la elevación de su calidad de vida. Para elevar la calidad de vida de las personas adultas mayores de manera integral, es necesario trabajar en función de lograr una mejoría en sus condiciones materiales específicas, mediante acciones generales. Sin embargo, también es necesario responder a las necesidades subjetivas y particulares de cada individuo y comunidad.

1. Apoyo alimentario (\$730.05) como primera paso para instituir una pensión ciudadana que contribuya a mejorar las condiciones de vida y salud de las personas adultas mayores de 70 años, residentes en el Distrito Federal.

³² Secretaría de Salud del Distrito Federal, “Organización y funcionamiento para la Operación de los Programas a Cargo de la Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor”, Manual de Inducción DPSAAM, Enero del 2006. , Págs. 7 y 8.

³³ Ibidem. Págs. 7 y 8.

2. Promoción de la salud, entendida como el proceso que proporciona a la población los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla. Conocimiento de sus derechos y obligaciones, información sobre salud, participación, organización.

a) Promueve la generación y recuperación de redes sociales y de apoyo; suscita la participación activa de los adultos mayores en la transformación de sus problemas de salud y de su comunidad; impulsa la utilización de la cartilla de salud para las personas adultas mayores como una herramienta para la promoción de la salud; origina una cultura del envejecimiento solidaria y de respeto; fomenta la participación de la comunidad en la detección y solución de los problemas sociales y de salud de las personas adultas mayores.

3. Servicios médicos y medicamentos gratuitos en la red hospitalaria y centros de salud del GDF.

4. Trabajo interdisciplinario, es decir un equipo compuesto por personas formadas en diferentes disciplinas profesionales y técnicas, desde distintas vertientes de las ciencias, cuyos conocimientos específicos, capacidades, habilidades y experiencias se complementan facilitando un trabajo integral acorde con la realidad y, por lo tanto, más efectivo.

5. Acercar los servicios de salud al domicilio de las personas adultas mayores y fortalecer el trabajo comunitario.

6. Trabajo con los familiares de las personas adultas mayores para reconocer la importancia de su participación como miembros de la familia y prevenir el maltrato y el abandono.

III.6.4.2. Coordinación de Educación para la Salud

“Su objetivo es establecer e impulsar estrategias de promoción de la salud, con el propósito de elevar las condiciones de vida y de salud de la población del Distrito Federal, a través

del fortalecimiento de la participación ciudadana, la toma de decisiones-acciones y la contraloría social en materia de salud, en los niveles individual, familiar y colectivo.³⁴»

Su labor es diseñar modelos de acción que promuevan la participación de la comunidad organizada en la gestión y contraloría social en salud; asegurar la ejecución de las acciones de promoción de la salud dirigidas a la población del Distrito Federal; evalúa las estrategias y acciones establecidas en materia de promoción de la salud en el ámbito de las Jurisdicciones Sanitarias; diseña y difundir material educativo y de promoción de la salud, que permita el desarrollo de habilidades y la promoción de los derechos sociales entre la población a quién está dirigido; establece criterios para la ejecución de acciones de información, educación y comunicación educativa para la salud que se desarrollen en la Dirección de Promoción a la Salud y Atención al Adulto Mayor; asegurar y promover la capacitación de la comunidad y del personal institucional en materia de promoción y participación social en salud, priorizando las estrategias de formación de grupos, promotores y redes sociales; fungir como área normativa, en materia de promoción de la salud, en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal de las Jurisdicciones Sanitarias; establecer vinculación con instituciones públicas y privadas para el buen desarrollo de las acciones de promoción de la salud; coordinar programas de capacitación al personal en materia de promoción y educación para la salud, así como aspectos de participación social, en coordinación con la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial.

³⁴ Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal, “Coordinación de promoción a la Salud” <http://www.salud.d.f.gob.mx/funciones/estructura-ssdf.ppt#364,69,diapositiva69>. (recuperado 20 de enero del 2006).

III.6.4.2.1. Subdirección de Participación Social

Entre en sus funciones se encuentra proponer y aplicar el desarrollo de instrumentos metodológicos para la promoción y fortalecimiento de la organización de redes de participación social en el ámbito delegacional; delinea e instrumenta programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social; coordina la operación de acciones interinstitucionales encaminadas a la operación de programas de organización comunitaria y generación de redes de participación social en salud.

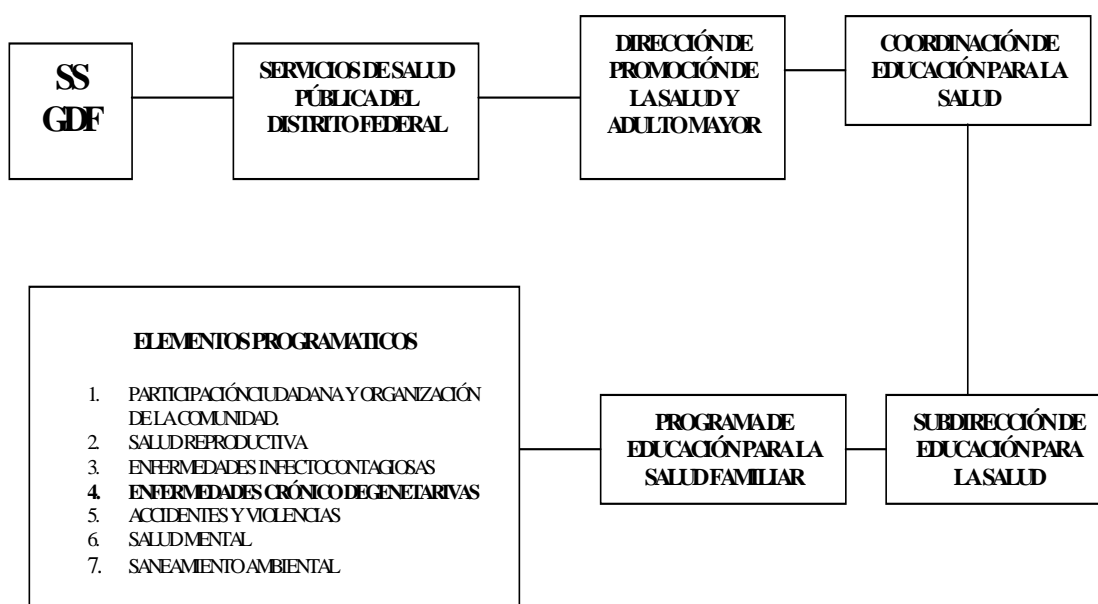
III.6.4.2.2. Subdirección de Educación para la Salud

Su función es desarrollar y operar modelos de capacitación para el personal de salud y comunitario involucrado en la operación de los programas de promoción de la salud y presentarlos para su integración al Programa Anual de Capacitación; asesorar a los responsables de los proyectos de promoción de la salud en la metodología para la elaboración y operación de los modelos de capacitación; participar en la detección de necesidades de capacitación del personal responsable de los programas de promoción de la salud en el nivel central y jurisdiccional.

CAPÍTULO IV. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD FAMILIAR EN EL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL, RELATIVO A ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS, PERIODO (2000-2005)

IV.1. Componentes Programáticos del Programa de Educación para la Salud Familiar

Estructura del Programa de Educación para la Salud Familiar



La Organización Mundial de la Salud (OMS), definió la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”³⁵ La salud es “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento de los factores sociales en los que vive inmerso el individuo o la colectividad”.³⁶ “ La salud no sólo es la ausencia de enfermedad, sino un

³⁵ Salleras San Martín Luis, *Educación Sanitaria, Principios, Métodos, Aplicaciones*, Madrid: Ed. Díaz de Santos, S.A., 1988., Pág. 14.

³⁶ Íbidem. Pág. 17.

estado de completo bienestar físico y mental...”³⁷ Y sobre estas bases en septiembre de 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma-Ata, URSS, se adoptó como la Estrategia Fundamental, para el logro de la meta SPT-2000.

Dentro de las estrategias de APS se contempla elementos llamados “Componentes Programáticos”. Los Componentes Programáticos se refieren a que los programas de salud orientados a resolver los problemas más comunes de acuerdo a los estudios hechos en cada zona. Los componentes recomendados en la Conferencia Internacional de Alma-Ata en 1978 son: Atención Materno Infantil; Inmunizaciones; Planificación Familiar; Control de Enfermedades Diarreicas; Enfermedades Respiratorias Agudas; Enfermedades Parasitarias, Enfermedades Ocupacionales, Enfermedades de Transmisión Sexual; Control, Prevención y Rehabilitación de Enfermedades Crónicas – Degenerativas; Alimentación y Nutrición; Saneamiento Ambiental; Salud Mental; Salud Dental y Prevención de Accidentes.

Para lograr el cumplimiento de los objetivos y el funcionamiento del Programa de Educación para la Salud Familiar se seguirán las recomendaciones hechas en los Componentes Programáticos de la APS, sin embargo dichos Componentes se deberá ajustar a las necesidades de salud de la población del Gobierno del Distrito Federal, por lo que fue modificado en su contenido que dando de la siguiente forma: Participación Ciudadana y Organización de la Comunidad; Salud Reproductiva y Sexual; Vigilancia de la Nutrición; Enfermedades Infecto- contagiosas; Enfermedades Crónico Degenerativas; Accidentes y Violencia; Salud Ambiental y Salud Mental. *Participación Ciudadana y Organización de la Comunidad*. Se parte del supuesto que una comunidad organizada, con

³⁷ Moctezuma Barragán Gonzalo, Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud, México: UNAM., 2001., Pág. 5.

una participación conciente y sostenida de la población, logre su propio desarrollo, sea por ello que las acciones relevantes se dirigen a fomentar y dar a conocer entre sus ciudadanos sus derechos (salud, educación, trabajo, vivienda), obligaciones (autocuidado de sus derechos, participación razonada, ausencia de afectación a terceros) y compromisos compartidos con los servidores públicos en materia de salud (programas de desarrollo en salud comunitaria mejora la prestación de servicios para la salud, apoyos y acciones para los programas de salud); programa y realiza acciones de salud con participación de la comunidad y sus grupos, en coordinación con el equipo ciudadano de salud (médico, enfermera y trabajadora social).

Salud Reproductiva y Sexual (salud y género). Considerando el enfoque de género (masculino y femenino) y los aspectos de la salud reproductiva y sexual de los individuos, se pretende proporcionar la información y educación para evitar los problemas de salud relacionados con estos aspectos mediante las acciones de promover el sano desarrollo reproductivo y sexual de la perspectiva de género; informa y educar a la familia sobre sexualidad, maternidad sin riesgos, planificación familiar responsable e informada, lactancia materna, desarrollo sexual en la adolescencia y enfermedades de transmisión sexual; asimismo fomentar la participación ciudadana para elaborar y desarrollar los programas de educación para la sexualidad y reproducción sanas, dirigidos a grupos de la comunidad (niños, adolescentes, trabajadores, madres de familia), orientar para la asistencia al centro de desarrollo de atención que corresponda, a las personas con daños a la salud reproductiva.

Vigilancia de la Nutrición. Uno de los problemas más frecuentes que enfrentan las familias son los ocasionados por las deficiencias de nutrientes como las proteínas, vitaminas, minerales, grasas o carbohidratos. Para poder incidir en algunos de éstos elementos, es

necesario instruir, educar sobre las necesidades de nutrición, en las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo de los individuos.

Enfermedades Infectocontagiosas. Este grupo de enfermedades (diarreicas, enfermedades respiratorias agudas, entre otras), el Programa propone las siguientes acciones, educar a la familia sobre aspectos protectores de las enfermedades infecto-contagiosas, por ejemplo medidas higiénicas en el manejo de alimentos, utilización de ropa adecuada según la temporada; capacita a la familia para la identificación de factores de riesgo (falta de drenaje, agua, baño entre otros); protege la población susceptible con esquemas completos de vacunación; impulsa la participación ciudadana en el desarrollo y difusión de programas de las enfermedades infecto-contagiosas, referir a las personas afectadas alguna de estas enfermedades al centro de Salud correspondiente.

Enfermedades Crónico Degenerativas. A diferencia del grupo anterior de enfermedades, estos padecimientos (enfermedades de corazón, diabetes mellitus, cáncer, entre otras) afectan más a los adultos aunque de igual manera, con una información y educación adecuada, pueden prevenirse, por lo que el Programa establece las acciones a realizar por la Educadora en Salud Familiar estará dirigida a: educar y promover a las familias sobre factores protectores de las enfermedades crónicas degenerativas, por ejemplo hacer ejercicio, alimentación adecuada; enseñar a la familia en la identificación de factores de riesgo asociados (por ejemplo: tabaquismo, obesidad, vida sedentaria, estrés) a las enfermedades crónico degenerativas; promocionar la participación ciudadana, de organizaciones sociales y autoridades locales en el desarrollo y difusión del Programa e indicar a las personas con daños a la salud por enfermedades crónico degenerativas para su asistencia al centro de salud correspondiente.

Accidentes y Violencias. Este grupo de problemas (accidentes de tránsito, del hogar, homicidios, suicidios y otros) se dirige a educar a las familias sobre factores protectores de los accidentes en el hogar, en la vía pública, y en trabajo; instruye a la familia sobre los factores protectores de la violencia e inseguridad pública; enseña a la familia a identificar factores de riesgo asociados a los accidentes y violencias; generar la participación ciudadana para la prevención de accidentes y violencias en coordinación con autoridades locales; encausar la asistencia a la unidad de salud, correspondiente a las personas con daños de accidentes o víctimas de violencias.

Salud Mental. La salud mental es parte de la salud integral de las familias aunque en la actualidad existe mucha desinformación con relación a estos padecimientos (depresión, ansiedad, neurosis y otras), ya sea para su identificación como para su atención y tratamiento, es por ese motivo que en el Programa se contempla las siguientes acciones a realizar por la Educadora en Salud Familiar; prepara a la familia sobre factores protectores de la salud mental en la infancia, adolescencia, etapa adulta y adulta mayor; adiestra a la familia en la identificación de factores de riesgo asociados (maltrato a menores, madre ausente, abandono, alcoholismo, violencia familiar, entre otros) a los trastornos de la infancia y adolescencia; identifica factores de riesgo asociados a problemas de salud mental: adicciones, epilepsia, esquizofrenia y depresión; promueve la participación ciudadana para la búsqueda y desarrollo de redes de apoyo familiar y comunitario; orientar la asistencia al Centro de Salud correspondiente a las personas afectadas por problemas de salud mental.

Saneamiento Ambiental. Como parte de la situación de salud familiar, es necesario desarrollarse en un ambiente limpio y favorable, por este motivo el Programa contempla las siguientes acciones relevantes a realizar: dar a conocer a la familia sobre factores

protectores del saneamiento de la vivienda, de la comunidad y del entorno ecológico, por ejemplo: sembrar árboles, disposición adecuada de basura; educa a la familia para identificación de riesgos ambientales; localiza factores de riesgo ambiental que afectan la salud familiar: falta de agua, drenaje, exposición a adicciones, disposición inadecuada de basura, entre otros.; genera la participación ciudadana para la dotación de servicios públicos como: agua, drenaje, disposición de basura adecuada, alumbrado público, entre otros; en coordinación con autoridades locales y organizaciones sociales.

IV.2. Definición de Educación para la Salud Familiar

Para poder entender el alcance del Programa de Educación para las Salud Familiar es imprescindible partir de su definición en esta investigación, y de esa forma tener una perspectiva aún más amplia de la acción del presente Programa.

El Programa de Educación para la Salud Familiar se introduce con el objetivo de garantizar el derecho a la salud, consagrado en la Constitución Política, “fin de mejorar la salud, prevenir la enfermedad, prevenir la mortalidad prematura, reforzar la calidad de vida, reforzar la capacidad confrontar los problemas”.³⁸

Es un “Hecho social, consiste en un proceso de adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas, así como promoción, formación y transformación de hábitos, costumbres y formas de comportamiento.”³⁹

La Educación en la salud es una “Función social, una disciplina que el pueblo a través de sus organismos representativos, ha establecido para prevenir, combatir y curar enfermedades, favoreciendo en esta forma la conservación y el mejoramiento de la salud,

³⁸ Hawe Penélope, *Evaluación en Promoción de la Salud, Guía para Trabajadora de la Salud*, Barcelona: Ed. Masson., 1993., Pág. 3.

³⁹ Escamilla Gómez Carlos Adrián, *U n Programa Moderno de Educación*, México: Ed. Murgía., 1964., Pág.13.

condición indispensable para la preservación y desarrollo de la vida.”⁴⁰ Resulta así que la educación y la salud tienen un propósito y finalidad coincidente y complementaria, ambos tienden a procurar el bienestar, la superación y el progreso del género humano. La educación para la salud familiar se inclina decididamente hacia la “renovación de los hábitos y de las actitudes... su meta última es la obtención de una conducta higiénica de la población”⁴¹. “La salud es uno de los elementos de bienestar de la comunidad y la educación uno de los factores en el mejoramiento de la salud”⁴². “La educación en la salud es un proceso representado por cualquier influencia sobre el individuo que haga capaz de adquirir conocimientos, aptitudes, actitudes y comportamientos que acepte su grupo social.”⁴³

La educación en la salud es la impartición de conocimientos, permitiendo el desarrollo de aptitudes y la adopción de actitudes acordes a un grupo social, motivando a los individuos a un cambio de conducta, permitiendo beneficiar no solamente al individuo como tal, sino a la familia y más adelante a la propia comunidad, La educación para la salud así como su promoción es “un proceso de capacitación de las personas para aumentar su control sobre su propia salud y mejorarla, para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social completos, para alcanzar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades.”⁴⁴

Educación para la salud, empieza con la valoración de tu propia salud, ningún programa de salud es realmente útil sino obtiene la aceptación de la población y su participación activa en él; lo más importante es cambiar favorablemente hábitos, creencias y actitudes de la población en materia de salud y así los buenos preceptos sean incorporados a los medios de

⁴⁰ Ibidem. Pág. 137

⁴¹ Aguirre Beltrán Gonzalo, *Programas de Salud en la Situación Intercultural, IMSS*, México: Ed. Fondo de Cultura Económica. , 1994. Pág. 165.

⁴² Ibidem. Pág. 167.

⁴³ Álvarez Nava Rafael, *Educación para la Salud*, México: Ed. Manual Moderno., 1995., Pág. 3.

⁴⁴ Hawe Penélope, Op. Cit., Pág. 3.

vida de la comunidad, el educación para la salud tiene como parte fundamental la capacitación de los individuos con el fin de hacerlos más conscientes de sus problemas de salud y de la necesidad de buscar soluciones a través de sus propios esfuerzos, con el cual se obtendrá un mejoramiento real en las condiciones de vida, para ello es necesario promover una actitud mental en la población respecto a su responsabilidad en los asuntos que afectan su salud, la comunidad debe ser sensibilizada respecto a sus verdaderas necesidades a través de la acción educativa.

La Educación en la Salud tiene como fin “impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad... y alcanzar el desarrollo de un mecanismo social asegurando a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud...”;⁴⁵ de igual manera la “promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud...”⁴⁶

IV.3. Enfermedades Crónico Degenerativas en el Gobierno del Distrito Federal, Periodo (2000-2005)

Crónico “Chronic. Se refiere a enfermedad de larga duración que experimenta muy pocas modificaciones. Dicha enfermedad suele tener una iniciación gradual (el término no se refiere a la gravedad de la enfermedad)”⁴⁷

Las enfermedades crónico degenerativas “son el resultado de los comportamientos asumidos y de las expectativas habidas a lo largo de la vida.”⁴⁸

Deriva de la palabra “Crónico (enfermedad o trastorno), se desarrolla lentamente y persiste durante un largo período de tiempo, generalmente el resto de vida del sujeto.”⁴⁹

⁴⁵ Muñoz Amato Pedro, *Introducción a la Administración Pública*, México: Ed. Colección de Textos Universitarios., 1986., Pág.18.

⁴⁶ Kisnermán Natalio, *Salud Pública y Trabajo Social*, Buenos Aires Argentina: Ed. Hurmanitas. , 1990. , Pág. 7.

⁴⁷ Ruiz Lara Rafael (Traductor), *Diccionario Médico*, Barcelona: Ed. Teide. , 4ta Edición. , 1998. , Pág. 148.

⁴⁸ García Martínez Alfonso, *Las Personas Mayores desde la Perspectiva Educativa para la Salud*, Murcia, España: Ed. Universidad de Murcia., 2002., Pág. 107.

Enfermedades Crónico Degenerativo “ Termino aplicado a enfermedades de larga duración. la curación puede llevarse a cabo de mucho tiempo y casi siempre es más difícil de obtener que en las enfermedades agudas”⁵⁰

En definición las enfermedades crónico degenerativas “Son pues, enfermedades de larga duración con periodos de remisión y recaídas; no son producidas por agentes microbianos. Son debidas a complejos factores, en los que intervienen la multiefectividad (un factor de riesgo como el tabaco produce múltiples efectos, como la cardiopatía isquemia, la bronquitis crónica o el cáncer de pulmón o vejiga, etc). También en el determinismo de estas enfermedades hay una multicasualidad, por ejemplo la enfermedad cardiovascular está producida por muy diversos factores de riesgo, el fumar, la hipertensión (HTA), las hiperlipemias, etc. Existe, pues, un determinismo etiológico en el que intervienen factores físicos, químicos, sociales, etc. Se destaca, pues, la importante connotación de esta enfermedad.”⁵¹

La evolución de la enfermedades crónico degenerativas va de ser una enfermedad tendiente a ser agudas a enfermedad tendiente a ser crónica, parte de un corto período de latencia a un largo período de latencia, pasa de ser de naturaleza infecciosa o transmisible a naturaleza no infecciosa o no transmisible, de unicausal a multicausal (o multifactorial), de específicas a frecuente falta de especialidad, parte de aquellas causadas por agentes biológicos infectivos a las causadas por virus, agentes físico-químicos mutagénicos o agentes psico-sociales y culturales, de enfermedades frecuentemente no invalidantes a

⁴⁹ Medicina y Ciencias de la Salud, *Diccionario Mosby Pocket*, Madrid: Ed. Harcoun Brace., 4ta Edición., 1988., Pág. 245.

⁵⁰ Vilahur Pedrals Santiago (Traductor), *Diccionario Médico para la Familia*, Barcelona: Ed. Labor., 1962., Pág.25.

⁵¹ Del Rey Calero Juan, *Método Epidemiológico y Salud de la Comunidad*, España: Ed. MC. Graw-Hill. 1989., Pág. 2.

enfermedades habitualmente invalidantes, de enfermedades comprensibles al nivel celular de organización a las comprensibles al nivel molecular de organización.

“Para el 2005 de acuerdo con los resultados preliminares, la población que reside en el territorio mexicano, es de 103.1 millones de personas; de ellas, 53.0 millones son mujeres y 50.1 millones hombres y en el DF hay 8 millones 670 mil habitantes”⁵².

El estado en que se encontraba la atención a las enfermedades crónico degenerativas al iniciar el Programa de Educación para la Salud Familiar se refleja en las causas principales causas de mortalidad general del Distrito Federal de 1998, que sirvió como punto de partida para implementar dicho Programa arrojando los siguientes datos: enfermedades de corazón 100.3 por ciento (en todos los casos la tasa es por 100 mil habitantes); tumores malignos 74.5 por ciento; diabetes mellitus 63.3 por ciento; enfermedades cerebro vasculares 32.5 por ciento (apéndice A); agregando que en un porcentaje del 100 por ciento del total de las enfermedades crónico generativas, “los padecimientos del corazón tenían el 30.5 de muertes por esta causa; los tumores malignos 15.7 por ciento; Diabetes Mellitus el 12.4 por ciento y las enfermedades cerebrovasculares el 6 por ciento en el Distrito Federal”⁵³ y así establecer e impulsar estrategias de promoción de la salud, con el propósito de elevar las condiciones de vida y de salud de la población del Distrito Federal, sin embargo existe un aumento sostenido de muertes por enfermedades crónico degenerativas del año 2000 al 2005 en el Distrito federal, entre las que se encuentran: Las enfermedades del corazón, diabetes, cáncer y cerebrovasculares, ascendieron del 52.67 en el 2000, por el 56.26 por ciento en el 2004 de las defunciones en el Ciudad de México. El crecimiento sostenido de

⁵² Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, “Población de México, 2005”<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyecto/conteo2005/default> (recuperado el 15 de julio del 2006).

⁵³ Secretaría de Salud del Distrito Federal “ Principales Causas de Mortalidad General Distrito Federal”
<http://www.df.gob.mx.secretarias-salud/cmas99mortalidad/mgeneralhtml> (recuperado el 22 de julio del 2000).

las Enfermedades del corazón subió de 99.4 por 100 mil habitantes en 2000, a 113.3 al 2004, Diabetes Mellitus ascendió de 73.2 por 100 mil habitantes en 2000, a 89.4 al 2004. Tumores Malignos crecieron de 70.4 por 100 mil habitantes en el 2000, a 76.6 en el 2004. Enfermedades Cerebrovasculares aumento de 32.6 por 100 mil habitantes en el 2000, a 33.1 en el 2004.

Con respecto a la tasa estandarizada las Enfermedades de Corazón en el 2000, fue de 79.7 por 86.3 en el 2004, en relación con la tasa Nacional del 69.0 en el 2000 por 73.3 en el 2004; con respecto a la tasa estandarizada de la Diabetes Mellitus en el 2000, a 59.2 por 69.2 en el 2004, en relación con la tasa Nacional del 46.8 en el 2000 por 59.0 en el 2004; de acuerdo a la tasa estandarizada de los Tumores Malignos en el 2000, a 58.1 por 60.7 en el 2004, en correspondencia con la tasa Nacional del 55.2 en el 2000 a 58.0 en el 2004; con respecto a la tasa estandarizada de las Enfermedades Cerebrovasculares en el 2000, a 26.2 por 25.2 en el 2004, en relación con la tasa Nacional del 25.5 en el 2000, por 25.6 en el 2004.

A continuación se enlistan las 15 principales causas de mortalidad general en la Ciudad del Distrito Federal: Enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedad cerebro vascular, enfermedades del hígado, accidentes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, afecciones en el periodo perinatal, influenza y neumonía, insuficiencia renal, agresiones (homicidios), malformaciones congénitas, bronquitis crónica, enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA), desnutrición. (Apéndice C Y D).

Apreciamos que las causas de muerte por problemas perinatales ya no ocupan los primeros sitios como antaño y esto se debe a que nuestro sistema sanitario ha hecho énfasis en las actividades de prevención primaria en las enfermedades infecciosas y agudas, y en los problemas de salud materno-infantil. Los cambios en el perfil de morbi-mortalidad que se

sucedan en la ciudad requieren el fortalecimiento de la promoción, prevención y detección oportuna de las principales causas de muerte: las enfermedades del corazón (isquémicas), las enfermedades cerebrovasculares, Diabetes *Mellitus*, y de entre los cánceres, el cérvico-uterino, mamario y prostático.

El perfil de mortalidad general de la población del DF se caracteriza por tener como las cuatro primeras causas de muerte a padecimientos crónico degenerativos –los del corazón, la diabetes, el cáncer y las enfermedades cerebrovasculares en el quinto lugar a las enfermedades del hígado, donde destaca la cirrosis hepática –relacionada con desnutrición, consumo de alcohol o hepatitis– seguida por los accidentes y por las causas perinatales y la influenza y neumonía comúnmente asociadas con carencias en la atención médica.

Aun así, es relevante observar que las enfermedades pulmonares y el VIH son más altas en el DF, mientras que la tasa de homicidio es más baja en la capital que en el país en su conjunto, 9.0 contra 10.8, al igual que la mortalidad por accidentes, 24.3 contra 35.5.

La vida es el primer valor de los individuos, sin ella hay sufrimiento, dolor, incapacidad, muerte y la sociedad ven afectado su desarrollo, por ello el estudio de la administración pública en la salud es trascendental para alcanzar un camino de mayor felicidad.

“Según la Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México del 2003, para el año 2015 se registrarán 70 muertes en el DF a causa de enfermedades crónico degenerativas por cada 10 defunciones a causa de padecimientos infecciosos”⁵⁴. Tales fallecimientos por enfermedades crónico degenerativas estarán relacionadas con una mala alimentación, el estudio del Instituto Nacional de Nutrición arroja que más del 40 por ciento de los habitantes del DF ignoran la relación entre su

⁵⁴ Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición Zona Urbana metropolitana, “Salud en el Distrito Federal,” <http://www.slan.org.mx/docs/enurba-2002final.pdf> (recuperado el 26 de febrero del 2006).

alimentación y enfermedades como el cáncer, los problemas cardiovasculares, la obesidad, entre otros. Los capitalinos, de acuerdo con el documento, tienen un consumo excesivo de azúcares, grasas saturadas, harinas, y alimentos de origen animal. Además, al día sólo consumen 13.6 gramos de fibra, proporcionada por frutas y verduras, sólo la mitad de lo recomendado para una nutrición saludable.

IV.4. Factores que Inhibieron Afrontar Correctamente el Problema de Salud Relativo a las Enfermedades Crónico Degenerativas

El Programa de Educación para la Salud Familiar, perteneciente a la Dirección de Promoción de la Salud, subordinado a la Dirección General de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y preceptuado por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, sufre muchos de los problemas que aquejan al Sector Salud para poder y esto impide “Establecer e impulsar estrategias de promoción de la salud, con el propósito de elevar las condiciones de vida y de salud de la población del Distrito Federal, a través del fortalecimiento de la participación ciudadana, la toma de decisiones - acciones y la contraloría social en materia de salud, en los niveles individual, familiar y colectivo,” objetivo de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

A pesar de que la ciudad cuenta con la concentración más alta de servicios de salud del país. Sin embargo, padece una mayor fragmentación por la forma en que se efectuó la descentralización en la ciudad. Por un lado, quedaron como organismos descentralizados autónomos y sectorizados con la Secretaría de Salud Federal los grandes hospitales federales (General de México, Juárez México, GEA González y de la Mujer) y los Institutos Nacionales de Salud, al igual que los servicios de salud mental.

Por el otro, el convenio de descentralización entre la Sector Salud Federal y el Gobierno del Distrito Federal (GDF), firmado en julio de 1995, constituye un obstáculo importante para

la integración orgánica entre los servicios hospitalarios y de urgencias del DF y los servicios de salud pública. En tanto que en los estados se crearon organismos públicos descentralizados dependientes de los gobiernos locales, que integran las estructuras, presupuestos y programas federales, estatales y municipales, incluyen los servicios hospitalarios y los servicios médicos del DIF, en el Distrito Federal se propició la fragmentación de los servicios al descentralizar la estructura y recursos de la Dirección General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, sin integrarlos a la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Esto determina que los servicios de salud para la población sin seguridad social quedasen divididos en dos entidades administrativas: la del primer nivel en el Organismo Público Descentralizado (OPD) Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y la de los hospitales en la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF). Se trata de dos estructuras orgánicas y presupuestales, con programas de acción diversos, distintas culturas organizacionales y condiciones jurídicas y laborales diferentes. En estas circunstancias, la fusión de los Servicios de Salud Pública en la SSDF se dificulta y la coordinación operativa con la red hospitalaria no es efectiva, dado que no funciona un mecanismo de referencia y contrarreferencia entre las unidades de primero y segundo nivel. Por un lado, la SSA no ha permitido la integración orgánica del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (OPD), a la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Esto obliga a mantener dos estructuras paralelas lo que genera costos administrativos altos y problemas operativos complejos. Por otro lado, significa que la Federación no contribuye financieramente a la operación de los 26 hospitales, lo que constituye un problema, ya que todos los demás estados reciben una aportación para la atención hospitalaria.

Las facultades de regulación sanitaria tampoco se transfieren en ese convenio, lo que limita la capacidad de la SSDF para garantizarla seguridad sanitaria de la ciudad.

Como problema adicional está que los presupuestos de operación y de inversión del OPD no han crecido en términos reales lo que ha provocado mayor deterioro de las unidades, del equipamiento y un estancamiento de la infraestructura física de primer nivel, la federación tampoco ha proporcionado ningún presupuesto para apoyar a los hospitales de la ciudad, a diferencia de lo ocurrido en otros estados.

Las restricciones en el acceso oportuno al tratamiento requerido obedecen a varias causas. La primera, tiene relación con los obstáculos intrínsecos a los propios servicios. Los problemas de fondo son, por un lado, la fragmentación de los servicios en varios subsistemas y, por el otro, el prolongado desfinanciamiento de las instituciones de salud. Esto se expresa en el déficit de unidades de atención y su inadecuada distribución geográfica. La mayoría de las instalaciones pertenecientes a la SSDF –26 hospitales, 210 centros de salud, diez clínicas de especialidad y dos toxicológicos– fueron construidas antes de los años ochenta del siglo pasado y son insuficientes para atender a los cerca de cuatro millones de capitalinos no-asegurados. De esta manera, la ubicación de los servicios corresponde a la distribución de la población de aquellos años; situación que se traduce en una falta de servicios en las zonas periféricas donde actualmente se concentra la mayoría de la población pobre, como son las delegaciones del sur-oriental, del sur y del sur-poniente de la ciudad. Por otra parte, la autonomía de los grandes hospitales e institutos de salud federales limita el libre acceso de los capitalinos a éstos por sus criterios de admisión de pacientes y sus altos costos. Asimismo, particularmente los hospitales de la SSDF son el reflejo de la estructura demográfica y los problemas de salud de la época cuando fueron

construidos, que no corresponden a las necesidades actuales. Por ello, hay nueve hospitales pediátricos y ninguna clínica de atención geriátrica integral.

De la misma manera, ni la orientación de los hospitales, ni el llamado “Paquete Básico” de los centros de salud corresponden a la patología más importante que presenta la población en la actualidad. Por ejemplo, a pesar de que las causas principales de muerte en la ciudad son las enfermedades crónico degenerativas, la red de hospitales tiene un médico internista por cada 40 mil adultos, mientras que hay un pediatra por cada 3,213 niños. Otros problemas inherentes a los servicios de salud de la ciudad son su fraccionamiento entre distintas instituciones, la carencia de un mecanismo operante de referencia y contrarreferencia entre los centros de salud y hospitales de la SSDF, así como la duplicidad de servicios. Esto evidencia la falta de una red integral de servicios y un desarrollo no planeado de éstos, que redundan en cierta ineficiencia en el uso de los recursos. La ausencia de un sistema único es particularmente seria en la atención de las urgencias, ya que frecuentemente significa retrasos críticos en la canalización de pacientes graves, que repercuten en el incremento de la mortalidad o la discapacidad. La falta de una atención oportuna provoca, de esta manera, altos costos humanos, sociales y económicos, individuales y colectivos. El déficit de unidades médicas en la zona metropolitana, tanto para la población no-asegurada como para la asegurada, hace que la presión sea alta sobre los hospitales de la SSDF, particularmente los generales traumatológicos y materno-infantiles. Esta situación se agrava por el crecimiento de la población conurbada del Estado de México, que tiene un rezago cada día mayor, en su infraestructura de salud. Actualmente un 23 por ciento de los pacientes internados en los hospitales del GDF, no son residentes de la capital y provienen en su mayor parte de los municipios vecinos. A la deficiente y desigual calidad de los servicios, que tiene su origen en el deterioro generado durante

muchos años de desfinanciamiento y abandono, se añadía además la presencia de corrupción y el desvío de los escasos recursos. A ello se agrega la persistencia de una añeja cultura institucional, en la cual la prestación del servicio se percibía como un favor y no un derecho de los ciudadanos.

Ante la falta de los recursos necesarios en los hospitales y centros de salud, el enfermo sólo podía acceder al tratamiento requerido aportando dinero o insumos y medicamentos. Por ello el tratamiento muchas veces se pospuso o nunca se dio.

El Programa de Educación para la Salud Familiar, implica un largo periodo de gestación, ha fracasado por la inhabilidad del Gobierno del Distrito Federal de lograr darle continuidad de un régimen a otro, esto provoca un mayor índice de enfermedades de corazón, diabetes mellitus, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares.

Primeramente empieza con el cambio de cuadros directivos. Lo que significa comenzar a familiarizarse con la estructura de la organización y la rama de que se ocupa, además de ir pensando en nombrar su equipo de colaboradores. Aunando a ello el periodo de familiarización y capacitación de la función a desarrollar y si hay iniciativas y programas la falta de experiencia.

Cuando se introducen los cambios de personal, empiezan las modificaciones de políticas, y empiezan a implementarse, los cambios de Gobierno no encuentran continuidad con el pasado, puesto que toda obra sólo vive por el autor que la convalida, y no por la idea o propósito que la mueve. Los nuevos gobiernos se sienten con la libertad absoluta para sus acciones, sin ningún compromiso adquirido de anteriores generaciones, y sin que siquiera se discuta o se aproveche alguna lección del pasado. La falta de institucionalismo propicia que no se desarrolle una tradición administrativa que fortifique el accionar presente. A

continuación dichas afirmaciones se hacen presentan en el funcionar de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

“La Jefatura de Gobierno del Distrito federal aprobó en 1988, la creación del Programa de Educación para la Salud Familiar.”⁵⁵ Bajo la dirección del Ingeniero el Ing. Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano. A partir del 5 de diciembre de 1997 hasta el 5 de diciembre del 2000, el sistema de salud estuvo controlado por los siguientes directivos: Jefe de Gobierno del Distrito Federal, del 5 de diciembre de 1997 a 29 de septiembre de 1999. El Ing. Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano; a partir de 29 de septiembre de 1999 a 5 de diciembre del 2000, la Licenciada. Rosario Robles Berlanga, Jefe de Gobierno del Distrito Federal; en la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social, la Lic. Clara Jusidman Bialostozki, (El Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal (ISSADF) perteneció a esta Secretaría hasta el 31 de diciembre de 1988); el Director General del ISSADF y Secretario de Salud del Distrito Federal el Dr. Gustavo Baz Díaz Lombardo; la Directora General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, la Dra. Mirella Loustalot Laclette; el Director General de Servicios Médicos y Urgencias, el Dr. Arturo García Cruz; el Director General de Planeación y Coordinación Sectorial, el Lic. Fernando Chacón Sosa y el Director de Regularización Sanitaria, el Dr. Eugenio Torres Pombo. Del 2000 al 20005, el sistema de salud estuvo controlado por los siguientes directivos: Jefe de Gobierno. Andrés Manuel López Obrador; Secretaría de Salud del DF. Dra. Asa Cristina Laurell; Director General de Planeación y Coordinación Sectorial. Dr. Alejandro Vargas García; Directora General de Servicios Médicos y Urgencias. Dra. Leticia Villaseñor Martínez; Directora General de Administración. Mtra. Angélica Ivonne Cisneros Lujan; Directora General de Servicios de

⁵⁵ Omaña Mendoza Enrique, Op.Cit., Pág.13.

Salud Pública. Mtra. Elsa J. Veites Arévalo. Al realizar un análisis de la atención a la salud de la administración de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), se detectó que los servicios de salud otorgados están principalmente enfocados a la atención médica curativa expectativos y reparadores de los daños a la salud y donde las acciones de promoción, educación y prevención son significativamente menores en cantidad, calidad y recursos incorporados, como se puede constatar en los siguientes programas ejes de su política de salud para los habitantes de la Ciudad de México: A) Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG), en el se exime de pago de derechos por los servicios médicos que presta el Gobierno del Distrito Federal, a la población abierta residente en el Distrito Federal. Se deriva de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias. Es un Programa de servicios de medicamentos y atención médica permanente; B) Programa de VIH/SIDA. Asegurar la ejecución de acciones de prevención de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como planea, e implementa estrategias de atención, educación y apoyo social para las personas afectadas por el virus. Cabe resaltar que la educación solo se brinda en las personas afectadas.

Su propósito es mitigar el impacto que está teniendo en las capas más desprotegidas de la sociedad para alcanzar un incremento en la calidad y los años de vida de los afectados por el virus. Proviene de Dirección General de los Servicios de Salud Pública del Gobierno del Distrito Federal. Es un Programa enfocado a la prestación de los servicios de salud pública y atención médica del Distrito Federal; C) El Programa Modelo de Atención Ampliada a la Salud (MAS), surge de la Dirección de Atención Médica. Su diseño e implementación es una estrategia operativa para la prestación de la atención médica en unidades de primer nivel de atención del Gobierno del Distrito Federal, además de garantizar la seguridad sanitaria de la Ciudad de México. D) Programa de Atención Integral en Salud y Apoyo

Alimentario a las Personas Adultas Mayores. Es un Programa Social, se imparte la promoción de la salud y atención al adulto mayor. Contribuye a elevar las condiciones materiales y de salud, a través de la pensión alimentaria para adultos mayores de 70 años, residentes en el Distrito Federal. Surge de la Coordinación de Atención del Adulto Mayor y no de la Coordinación de Promoción de la Salud, enfatizando que no es un Programa derivado de la Subdirección de la Educación para la Salud.

En el periodo de Gobierno del Lic. Andrés Manuel López Obrador, los servicios de salud otorgados están principalmente enfocados a la atención médica y reparadores de los daños a la salud. Las acciones de promoción, educación y prevención son significativamente menores en cantidad, calidad y recursos incorporados.

Como se puede constatar a continuación: “El 35.3 por ciento (3,148,884) del presupuesto asignado por la Secretaría de Salud va destinado a Programas Sociales, pero solamente un programa atrae todo el presupuesto social y es el Programa de Atención Integral en Salud y Apoyo Alimentario a las Personas Adultas Mayores y el otro 64.7 por ciento (5,772,402)”⁵⁶ a programas de atención a la salud. ¿Dónde queda el destinado a los Programas de Educación a la Salud? si es presupuestado en atención a la salud ¿Qué Programa se responsabiliza para tal tarea? Ante tal situación el Programa de Educación para la Salud Familiar, ha fracasado por la inhabilidad del Gobierno del Distrito Federal de lograr darle una continuidad al Programa de Educación para la Salud Familiar de un régimen a otro, esto provoca una menor atención a la educación para la salud y mayor índice de enfermedades de corazón, diabetes mellitus, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares.

⁵⁶ Asa Ebba Christina Laurel. Op. Cit, 53.

Otro factor importante que contesta la interrogante anterior es que a una mayor inconsistencia organizacional, de planeación, operación y ejecución en el Programa de Educación para la Salud Familiar, mayor es el aumento sostenido de las enfermedades crónico degenerativas.

El personal del Programa de Atención Integral en Salud y Apoyo Alimentario a las Personas Adultas Mayores, es el mismo que utiliza el Programa de Educación para la Salud Familiar, y cuenta con la misma estructura en modelo de atención, con la única diferencia que es para adultos mayores. Existe una excesiva departamentalización y carga de trabajo al doble, sin embargo la prioridad ya no la tiene el Programa de Educación en la Salud.

“En el año 2000 el gobierno del Distrito Federal en el Programa de Educación para la Salud Familiar constaba de un Coordinador General, 10 Coordinadores Regionales, 100 capacitadores en servicio y 1000 educadoras”⁵⁷. Para el 2005 cuenta “con un Coordinador General, 19 Coordinadores Regionales, 95 Capacitadores y 12000 Educadoras en salud.”⁵⁸

No siendo suficiente esto, a pesar de que el personal de educación para la salud pertenece a la Dirección General de servicios de Salud Pública del Distrito Federal, Las educadores en salud, laboran para a una distinta coordinación (Atención al Adulto Mayor) en objetivo y atribuciones para la que fueron contratadas (Programa de educación para la Salud Familiar).

Al quedar descubierta el área de atención a la salud, es necesario apoyar el Programa de Educación para la Salud así que introducen el Programa del Modelo de Atención Ampliada a la Salud y se establece como la base para el desarrollo de una cultura en salud, donde los promotores son alumnos y maestros de primaria, cuando las funciones y actividades tienen

⁵⁷ Uribe Iglesias del Carmen Susana, Op.Cit., Pág.5

⁵⁸ Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2004. Op.Cit. Pág. 11.

un rango de prestadores de servicios profesionales. Quedando con ello descubierta la atención a las enfermedades crónico degenerativa por parte de personal capacitado. Del mismo modo no contempla los tres niveles de atención que el Programa de Educación para la Salud Familiar. El primero constituido por una enfermera, una trabajadora social y una educadora de salud familiar, que son los encargados de actuar en el primer nivel por cada 3000 habitantes. El primer contacto familiar y comunitario, identifica las familias prioritarias, detecta el riesgo y daños de las personas, educa a la población, orienta y canaliza a las personas con situaciones específicas de salud y conserva el contacto a fin de darle seguimiento necesario hasta la resolución del problema.

El segundo nivel se desarrolla en los centros de salud; con ellos los integrantes del núcleo básico realizan el diagnóstico, prevención y control médico de todos los casos que no requieran atención especializada, o bien son canalizados a algún hospital general, pediátrico y materno infantil.

El tercer nivel, constituido por los hospitales de subespecialidades que atienden a la población referida del nivel anterior.

De igual forma la Coordinación de Atención médica en que se deriva el programa de Atención Ampliada, su objetivo y atribución son las de dirigir el diseño e implementación de las estrategias operativas para la prestación de la atención médica en unidades de primer nivel de atención y no las de establecer e impulsar estrategias de promoción de la salud, con el propósito de elevar las condiciones de vida y de salud de la población del Distrito Federal, a través del fortalecimiento de la participación ciudadana, la toma de decisiones-acciones y la contraloría social en materia de salud, en los niveles individual, familiar y colectivo, es decir se hacen que hacen distintos a su organización.

Otro punto es reducción de personal. En 1988 se realiza la contratación de 3 mil jóvenes de sexo femenino. En el año 2000 el gobierno del Distrito Federal en el Programa de Educación para la Salud Familiar constaba de un Coordinador General, 10 Coordinadores Regionales, 100 capacitadores en servicio y 1000 educadoras. Para el 2005 cuenta con un Coordinador General, 19 Coordinadores Regionales, 95 Capacitadores y 12000 Educadoras en salud. Laboran fuera de su AGEB. La Microregión se delimita a partir de las Áreas Geoestadísticas Básicas, que son la división geográfica hechas para los censos poblacionales.

El propósito inicial del Programa fue que las educadoras en salud laboraran en su propia comunidad, debido al gran beneficio que se tiene de conocer a la población, sin embargo, la estrategia se cambio causando graves problemas entre por mencionar algunos: traslado de un AGEB a otro AGEB, causando perdida de tiempo, desconocimiento de la nueva zona, gastos, problemas de seguridad, etc. Estos elementos disminuyen la posibilidad de realizar un aceptable trabajo de atención a la salud.

El Modelo Operativo del Programa de Educación para la Salud Familiar pasa hacer el Modelo Operativo del Programa de Atención Integral en Salud y Apoyo Alimentario a las Personas Adultas Mayores. El cual estaba constituido por un Coordinador General; Coordinadores Regionales; Capacitadores en Servicio y Educadoras Familiares en Salud.

El Coordinador General, es responsable de dirigir, asesorar, supervisar y evaluar el desarrollo del Programa, con el apoyo de los Coordinadores Regionales y la Jurisdicción Sanitaria.

Coordinadores Regionales. Se encargan de coordinar, supervisar, asesorar y evaluar las actividades del Programa en las Jurisdicciones Sanitarias que correspondan.

Capacitadores en Servicio. Tienen la responsabilidad de capacitar, supervisar y evaluar las educadoras familiares en Salud, en las diferentes tareas que tiene a su cargo.

Educadoras Familiares en Salud. Encargadas de realizar el trabajo y actividades que establece el Programa.

Por lo anterior expuesto es necesario que la administración entendida como un “sistema de procedimientos... proporcione una mejoría constante en las condiciones y niveles de vida,⁵⁹ “promueve aquellas acciones que garanticen una vida próspera y sana,”⁶⁰ y de esa manera “contribuya a la felicidad y al interés común,”⁶¹ las necesidades, los problemas y las carencias de la sociedad con respecto a la salud “únicamente pueden subsanarse con el curso de la administración pública.”⁶²

Es necesario la aplicación de una administración en las funciones de salud pública en la cual se incluya un conjunto de medidas que tiendan asegurar un nivel óptimo de la salud de la población (planeación, organización, financiación y evaluación de los programas de salud) para cumplir con cinco aspectos básicos: “promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud y reubicación de los enfermos.”

⁵⁹ Berrones Uvalle Ricardos, *Un Testimonio de Gestión y Modernización Administrativa; El Gobierno del Estado de Sinaloa*, México: Ed. UNAM., 1992. , Pág. 17.

⁶⁰ Berrones Uvalle Ricardos, *La Teoría de la Razón de Estado y la Administración Pública*, México: Ed. Plaza y Valdez. , 1992. , Pág. 262.

⁶¹ Ídem Pág. 17.

⁶² Ídem Pág. 16.

CONCLUSIONES

El “Componente Programático” de enfermedades crónico degenerativas, parte de la siguiente forma, primeramente del Programa de Educación para la Salud Familiar, posteriormente de la Coordinación de Promoción de la Salud, y así sucesivamente le sigue la Subdirección de Educación para la Salud, Dirección de Promoción de la Salud de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, Secretaría de Salud del Distrito Federal, integrante del Sector Público Social de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

El Programa de Educación para la Salud Familiar del Distrito Federal, tiene sus bases en la resolución de la Asamblea Mundial de Salud realizada en 1977. Para llevar a cabo este importante trabajo la Jefatura de Gobierno del Distrito federal aprobó en 1988, la creación del Programa de Educación para la Salud Familiar bajo la dirección del Ingeniero el Ing. Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano; el Director General del ISSADF (El Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, perteneció a esta Secretaría hasta el 31 de diciembre de 1988) y Secretario de Salud del Distrito Federal el Dr. Gustavo Baz Díaz Lombardo y la Directora General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, la Dra. Mirella Loustalot Laclette y dar cumplimiento en cumplir con el objetivo de la SSDF de establecer e impulsar estrategias de promoción de la salud, con el propósito de elevar las condiciones de vida y de salud de la población del Distrito Federal, a través del fortalecimiento de la participación ciudadana, la toma de decisiones - acciones y la contraloría social en materia de salud, en los niveles individual, familiar y colectivo. Y así cumplir con la protección de la salud de toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Sin embargo el Programa de Educación para la Salud Familiar (EDUSFAM) del Gobierno del Distrito Federal tiene inconsistencias organizacionales, de planeación, operación y ejecución, que inhibieron afrontar el problema de las enfermedades crónico degenerativas de manera eficaz. ¿Qué datos confirman dicha afirmación?

Al iniciar el Programa de Educación para la Salud Familiar se levantó un registro de las causas principales causas de mortalidad general del Distrito Federal de 1998, que serviría como punto de partida para implementar dicho Programa arrojando los siguientes datos: enfermedades de corazón 100.3 por ciento (en todos los casos la tasa es por 100 mil habitantes); tumores malignos 74.5 por ciento; diabetes mellitus 63.3 por ciento; enfermedades cerebro vasculares 32.5 por ciento. Con las anteriores estadísticas se estableció entonces impulsar estrategias de promoción de la salud, con el propósito de elevar las condiciones de vida y de salud de la población del Distrito Federal. Sin embargo no se logro tal fin, existe:

- Un aumento sostenido de muertes por enfermedades crónico degenerativas que ascendieron del 52.67 en el 2000, por el 56.26 por ciento en el 2004 de las defunciones en el Distrito Federal. El crecimiento sostenido de las Enfermedades del corazón subió de 99.4 por 100 mil habitantes en 2000, a 113.3 al 2004, Diabetes Mellitus ascendió de 73.2 por 100 mil habitantes en 2000, a 89.4 al 2004. Tumores Malignos crecieron de 70.4 por 100 mil habitantes en el 2000, a 76.6 en el 2004. Enfermedades Cerebrovasculares aumento de 32.6 por 100 mil habitantes en el 2000, a 33.1 en el 2004.
- Con respecto a la tasa estandarizada las Enfermedades de Corazón en el 2000, fue de 79.7 por 86.3 en el 2004, en relación con la tasa Nacional del 69.0 en el 2000 por 73.3 en el 2004; con respecto a la tasa estandarizada de la Diabetes Mellitus en el 2000, a

59.2 por 69.2 en el 2004, en relación con la tasa Nacional del 46.8 en el 2000 por 59.0 en el 2004; de acuerdo a la tasa estandarizada de los Tumores Malignos en el 2000, a 58.1 por 60.7 en el 2004, en correspondencia con la tasa Nacional del 55.2 en el 2000 a 58.0 en el 2004; con respecto a la tasa estandarizada de las Enfermedades Cerebrovasculares en el 2000, a 26.2 por 25.2 en el 2004, en relación con la tasa Nacional del 25.5 en el 2000, por 25.6 en el 2004. A continuación se enlistan las 15 principales causas de mortalidad general en la Ciudad del Distrito Federal: Enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedad cerebro vascular, enfermedades del hígado, accidentes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, afecciones en el periodo perinatal, influenza y neumonía, insuficiencia renal, agresiones (homicidios), malformaciones congénitas, bronquitis crónica, enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA), desnutrición.

¿Cuáles son los factores que inhibieron al Programa de Educación para la Salud Familiar afrontar correctamente el problema de salud del Distrito Federal relacionado con las enfermedades crónico degenerativas?

- A pesar de que la ciudad cuenta con la concentración más alta de servicios de salud del país. Sin embargo, padece una mayor fragmentación por la forma en que se efectuó la descentralización en la ciudad. Por un lado, quedaron como organismos descentralizados autónomos y sectorizados con la Secretaría de Salud Federal los grandes hospitales federales (General de México, Juárez México, GEA González y de la Mujer) y los Institutos Nacionales de Salud, al igual que los servicios de salud mental. Por el otro, el convenio de descentralización entre la Sector Salud Federal y el Gobierno del Distrito Federal (GDF).

- El convenio de descentralización entre el Sector Salud Federal y el Gobierno del Distrito Federal (GDF), firmado en julio de 1995, constituye un obstáculo importante para la integración orgánica entre los servicios hospitalarios y de urgencias del DF y los servicios de salud pública. Los servicios de salud para la población sin seguridad social quedaron divididos en dos entidades administrativas: la del primer nivel en el Organismo Público Descentralizado (OPD) Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y la de los hospitales en la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF).
- Se trata de dos estructuras orgánicas y presupuestales, con programas de acción diversos, distintas culturas organizacionales y condiciones jurídicas y laborales diferentes. En estas circunstancias, la fusión de los Servicios de Salud Pública en la SSDF se dificulta y la coordinación operativa con la red hospitalaria no es efectiva, dado que no funciona un mecanismo de referencia y contrarreferencia entre las unidades de primero y segundo nivel.
- Por un lado, la SSA no ha permitido la integración orgánica del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (OPD), a la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Esto obliga a mantener dos estructuras paralelas lo que genera costos administrativos altos y problemas operativos complejos. Por otro lado, significa que la Federación no contribuye financieramente a la operación de los 26 hospitales, lo que constituye un problema, ya que todos los demás estados reciben una aportación para la atención hospitalaria. Las facultades de regulación sanitaria tampoco se transfieren en ese convenio, lo que limita la capacidad de la SSDF para garantizarla seguridad sanitaria de la ciudad. Como problema adicional está que los presupuestos de operación y de inversión del OPD no han crecido en términos reales lo

que ha provocado mayor deterioro de las unidades, del equipamiento y un estancamiento de la infraestructura física de primer nivel la federación tampoco ha proporcionado ningún presupuesto para apoyar a los hospitales de la ciudad, a diferencia de lo ocurrido en otros estados.

- La mayoría de las instalaciones pertenecientes a la SSDF –26 hospitales, 210 centros de salud, diez clínicas de especialidad y dos toxicológicos– fueron construidas antes de los años ochenta del siglo pasado y son insuficientes para atender a los cerca de cuatro millones de capitalinos no-asegurados
- El “Paquete Básico” de los centros de salud, no corresponden a la patología más importante que presenta la población en la actualidad.
- La inhabilidad del Gobierno del Distrito Federal de lograr darle continuidad al Programa de Educación para la Salud Familiar de un régimen a otro. Primeramente empieza con el cambio de cuadros directivos. Cuando se introducen los cambios de personal, empiezan las modificaciones de políticas, y empiezan a implementarse o modificarse nuevos programas, dando prioridad a ellos. El cambios de gobierno no encuentran continuidad con el pasado, puesto que toda obra sólo vive por el autor que la convalida, y no por la idea o propósito que la mueve, en tal caso el programa de Educación de Educación para la Salud Familiar.
- La falta de institucionalismo propicia que no se desarrolle una tradición administrativa que fortifique el accionar presente.
- La atención a la salud de la administración de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), se detecta que los servicios de salud otorgados están principalmente enfocados a la atención médica curativa expectativos y reparadores de los daños a la salud y donde

las acciones de promoción, educación y prevención son significativamente menores en cantidad, calidad y recursos incorporados.

- Incremento de funciones. El personal del Programa de Atención Integral en Salud y Apoyo Alimentario a las Personas Adultas Mayores, es el mismo que utiliza el Programa de Educación para la Salud Familiar, y cuenta con la misma estructura en modelo de atención.
- Excesiva departamentalización. Los educadores en salud, laboran para a una distinta coordinación (Atención al Adulto Mayor) en objetivo y atribuciones para la que fueron contratadas (Programa de educación para la Salud Familiar).
- Falta de personal capacitado. Al quedar descubierta el área de atención a la salud, es necesario apoyar el Programa de Educación para la Salud así que introduce el Programa del Modelo de Atención Ampliada a la Salud y se establece como la base para el desarrollo de una cultura en salud, donde los promotores son alumnos y maestros de primaria, cuando las funciones y actividades tienen un rango de prestadores de servicios profesionales. Quedando con ello descubierta la atención a las enfermedades crónico degenerativa por parte de personal capacitado. Del mismo modo no contempla los tres niveles de atención que el Programa de Educación para la Salud Familiar. El primero constituido por una enfermera, una trabajadora social y una educadora de salud familiar, que son los encargados de actuar en el primer nivel por cada 3000 habitantes. El primer contacto familiar y comunitario, identifica las familias prioritarias, detecta el riesgo y daños de las personas, educa a la población, orienta y canaliza a las personas con situaciones específicas de salud y conserva el contacto a fin de darle seguimiento necesario hasta la resolución del problema. El segundo nivel se desarrolla en los centros

de salud; con ellos los integrantes del núcleo básico realizan el diagnóstico, prevención y control médico de todos los casos que no requieran atención especializada, o bien son canalizados a algún hospital general, pediátrico y materno infantil. El tercer nivel, constituido por los hospitales de subespecialidades que atienden a la población referida del nivel anterior.

- Reducción de personal. En 1988 se realiza la contratación de 3 mil jóvenes de sexo femenino. En el año 2000 el gobierno del Distrito Federal en el Programa de Educación para la Salud Familiar constaba de un Coordinador General, 10 Coordinadores Regionales, 100 capacitadores en servicio y 1000 educadoras. Para el 2005 cuenta con un Coordinador General, 19 Coordinadores Regionales, 95 Capacitadores y 12000 Educadoras en salud.
- Laboran fuera de su AGEB. La Microregión se delimita a partir de las Áreas Geoestadísticas Básicas, que son la división geográfica hecha para los censos poblacionales. El propósito inicial del Programa fue que las educadoras en salud laboraran en su propia comunidad, debido al gran beneficio que se tiene de conocer a la población, sin embargo, la estrategia se cambió causando graves problemas entre por mencionar algunos: traslado de un AGEB a otro AGEB, causando pérdida de tiempo, desconocimiento de la nueva zona, gastos, problemas de seguridad, etc. Estos elementos disminuyen la posibilidad de realizar un aceptable trabajo de atención a la salud.
- El Modelo Operativo del Programa de Educación para la Salud Familiar pasa hacer el Modelo Operativo del Programa de Atención Integral en Salud y Apoyo Alimentario a las Personas Adultas Mayores. El cual está constituido por un Coordinador General;

Coordinadores Regionales; Capacitadores en Servicio y Educadoras Familiares en Salud.

- Se realizan quehaceres distintos a su organización. De igual forma la Coordinación de Atención médica en que se deriva el programa de Atención Ampliada, su objetivo y atribución son las de dirigir el diseño e implementación de las estrategias operativas para la prestación de la atención médica en unidades de primer nivel de atención y no las de establecer e impulsar estrategias de promoción de la salud, con el propósito de elevar las condiciones de vida y de salud de la población del Distrito Federal, a través del fortalecimiento de la participación ciudadana, la toma de decisiones-acciones y la contraloría social en materia de salud, en los niveles individual, familiar y colectivo.
- El incremento en el número de actividades específicas que la organización realiza. El incremento de departamentos o de unidades dentro de la organización, conduce a realizar una sustitución de actividades generales por actividades específicas. Un incremento en la importancia de los objetivos específicos del departamento (Atención al Adulto Mayor) en relación con los objetivos globales de la organización (Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor), que consiste en construir e impulsar estrategias de promoción de la salud, con el propósito de elevar las condiciones de vida y de salud de la población del Distrito Federal, a través del fortalecimiento de la participación ciudadana, la toma de decisiones - acciones y la contraloría social en materia de salud, en los niveles individual, familiar y colectivo.

Para nuestro país la salud representa una inversión en el futuro. La salud contribuye al crecimiento económico. La construcción de un nuevo esquema es impostergable para garantizar que el derecho a la salud se haga realidad y abarque a toda la población, por lo que es indispensable ubicarla como política de Estado y no de gobierno.

Resulta indispensable diseñar una estrategia de reorganización de los servicios de salud y de coordinación intersectorial que haga frente a las enfermedades crónico degenerativas, a este respecto debe reservarse un papel central a los programas de comunicación y educación, que son fundamentales para promover cambios de conducta orientados a la adopción de estilos de vida más sanos y a fomentar la cultura de la salud. La distribución desigual de los distintos padecimientos y de recursos dedicados a su combate, exige políticas que permitan abordar de manera más eficiente y equitativa los problemas de salud. De entrada es necesario un cuidadoso y exhaustivo estudio de los marcos jurídicos vigentes, a fin de contar con pautas sustentadas, que hagan factible el ejercicio expedito y simplificado de los principales programas y acciones de atención a la salud, del Gobierno del Distrito Federal, y Gobierno Federal. La Secretaría de Salud debe retomar y profundizar la estrategia del Programa de Educación para la Salud Familiar, esto permitirá que los modelos de atención se adapten a la realidad local, para así enfrentar los problemas con una clara circunscripción territorial, al mismo tiempo la existencia de instancias normativas, que permitan perseguir los propósitos de equidad, calidad y eficiencia. Es necesario establecer un paquete de servicios esenciales de salud, que tengan prioridad en la promoción de salud y las medidas preventivas. Se trata de fortalecer la atención primaria sin descuidar los servicios de hospitalización. Hay que involucrar a toda la población, tanto usuaria como no usuaria, en el mejoramiento de sus condiciones de salud en forma individual,, familiar y comunitaria. El Sistema de Salud debe responder a las nuevas condiciones de salud. El panorama descrito en la presente investigación permite vislumbrar cuáles podrían ser las prioridades de un sector renovado y las acciones que tienen que ajustarse al programa de Educación para la Salud Familiar y así consagrar el derecho a la protección a la salud estipulado en artículo 4º de nuestra Constitución.

APÉNDICE

APÉNDICE A. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL, DISTRITO FEDERAL 1998

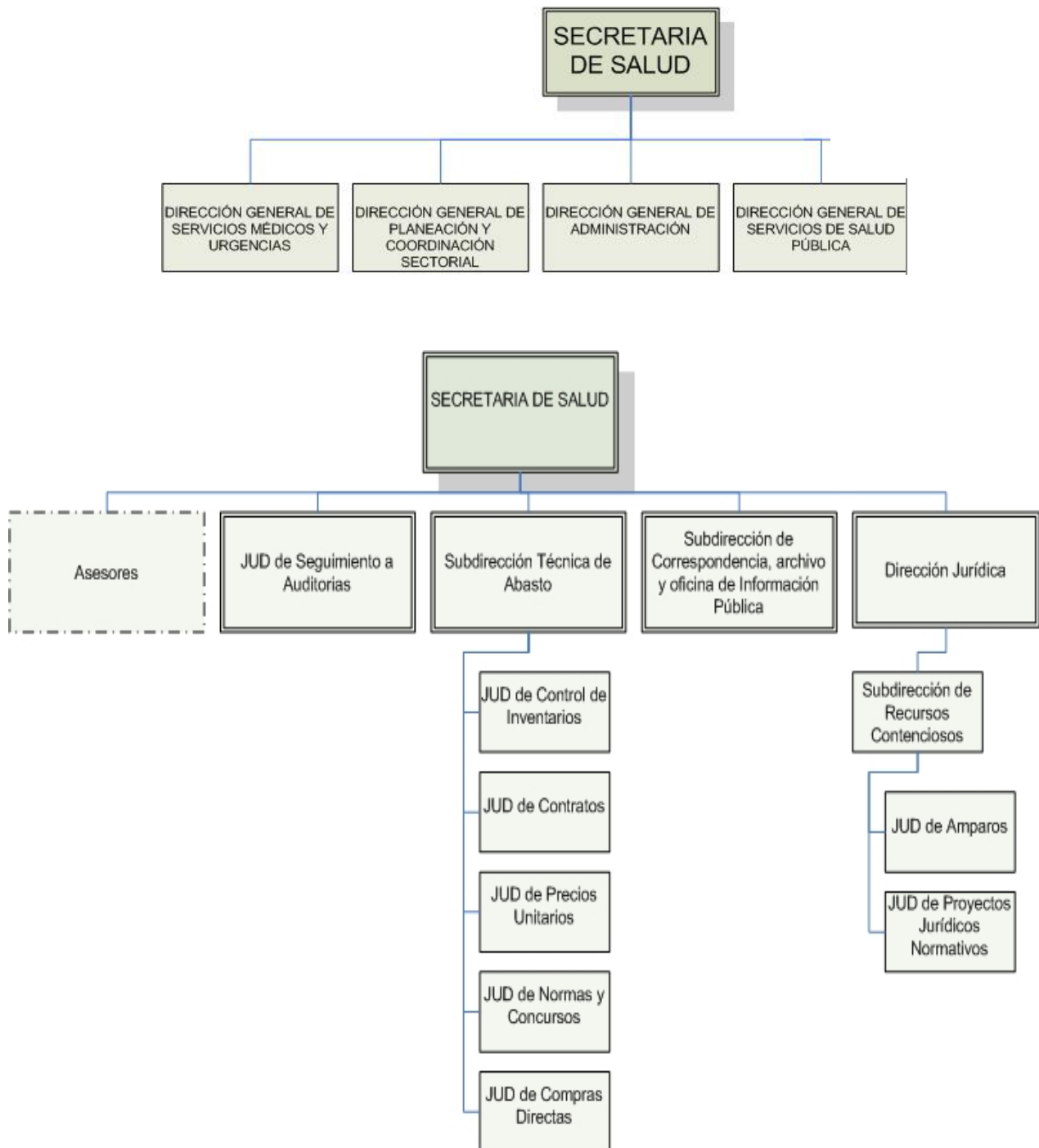
No	CAUSA	CASOS	TASA
1	Enfermedades del Corazón	8,563	100.3
2	Tumores Malignos	6,357	74.5
3	Diabetes Mellitus	5,404	63.3
4	Enfermedades Cerebrovasculares	2,771	32.5
5	Cirrosis y otras Enfermedades Crónicas del Hígado	2,709	31.7
6	Neumonía e Influenza	2,114	24.8
7	Accidentes de Tráfico de Vehículo de Motor	1,457 695	17.1
8	Afecciones Originadas en el Periodo Perinatal, Hipoxia, Asfixia y otras Afecciones Respiratorias del Recién Nacido	1,430 748	16.7
9	Nefritis, Síndrome Nefrótico y Nefrosis	1,075	12.6
10	Homicidios y Lesiones Infligidas Intencionalmente por Otra Persona	717	8.4
11	Disritmia Cardiaca	143	1.7

Tasa por 100 Mil Habitantes

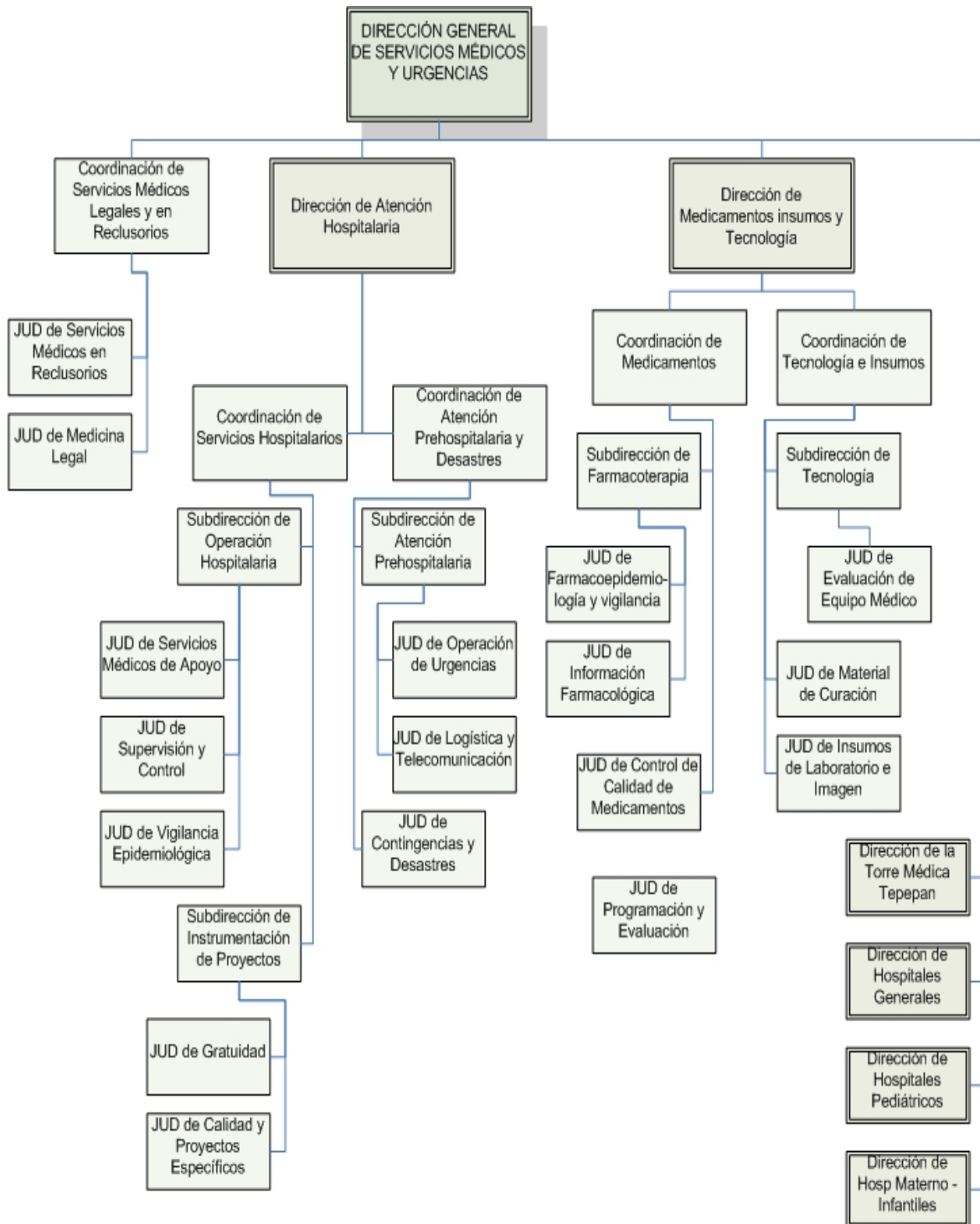
<http://www.df.gob.mx/secretarias/salud/saludypoblación/mortalidad.html>

APENDICE B. ORGANIGRAMAS DE LA ESTRUCTURA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

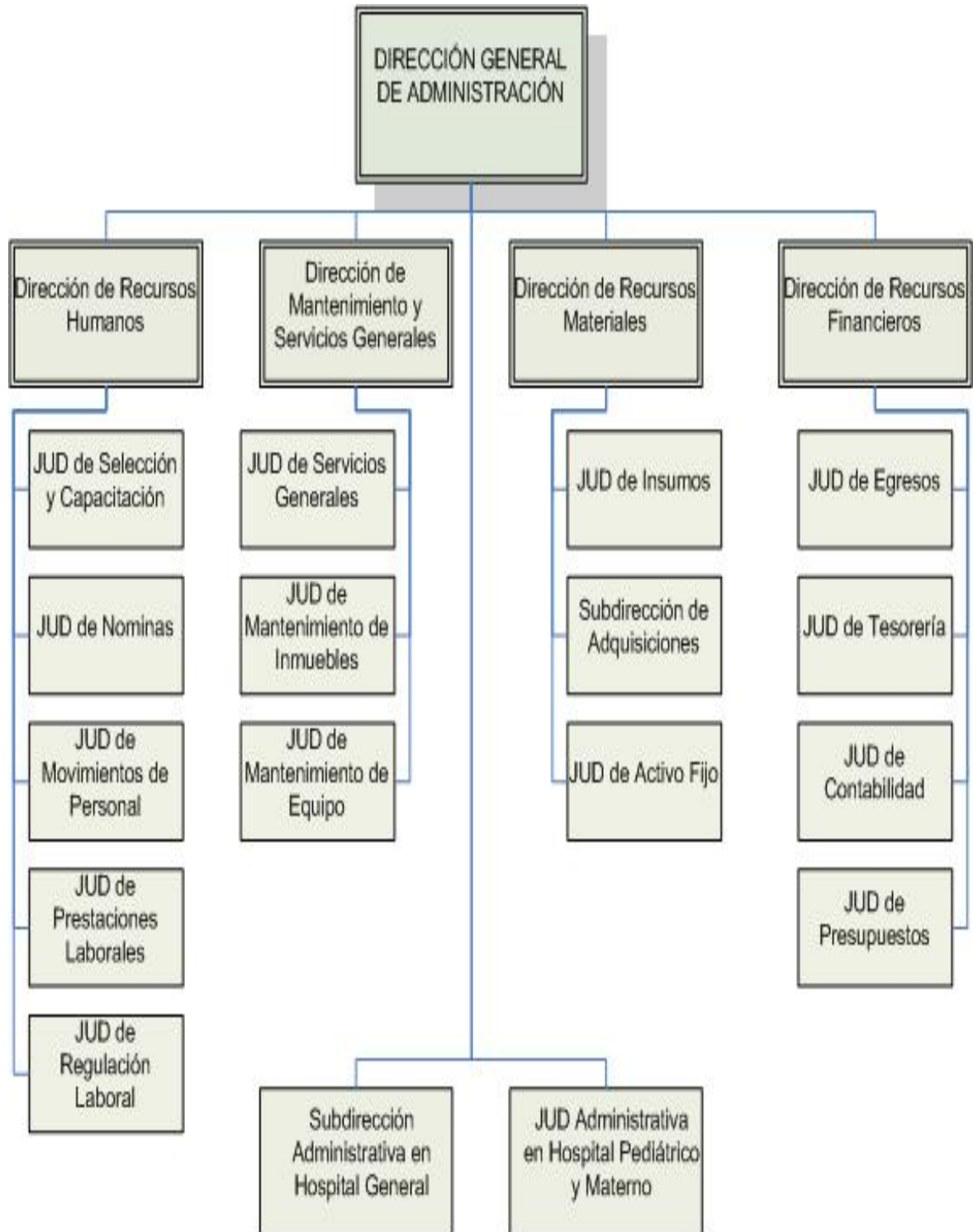
Grafica 1. Organigrama General de la Secretaria de Salud del Distrito Federal



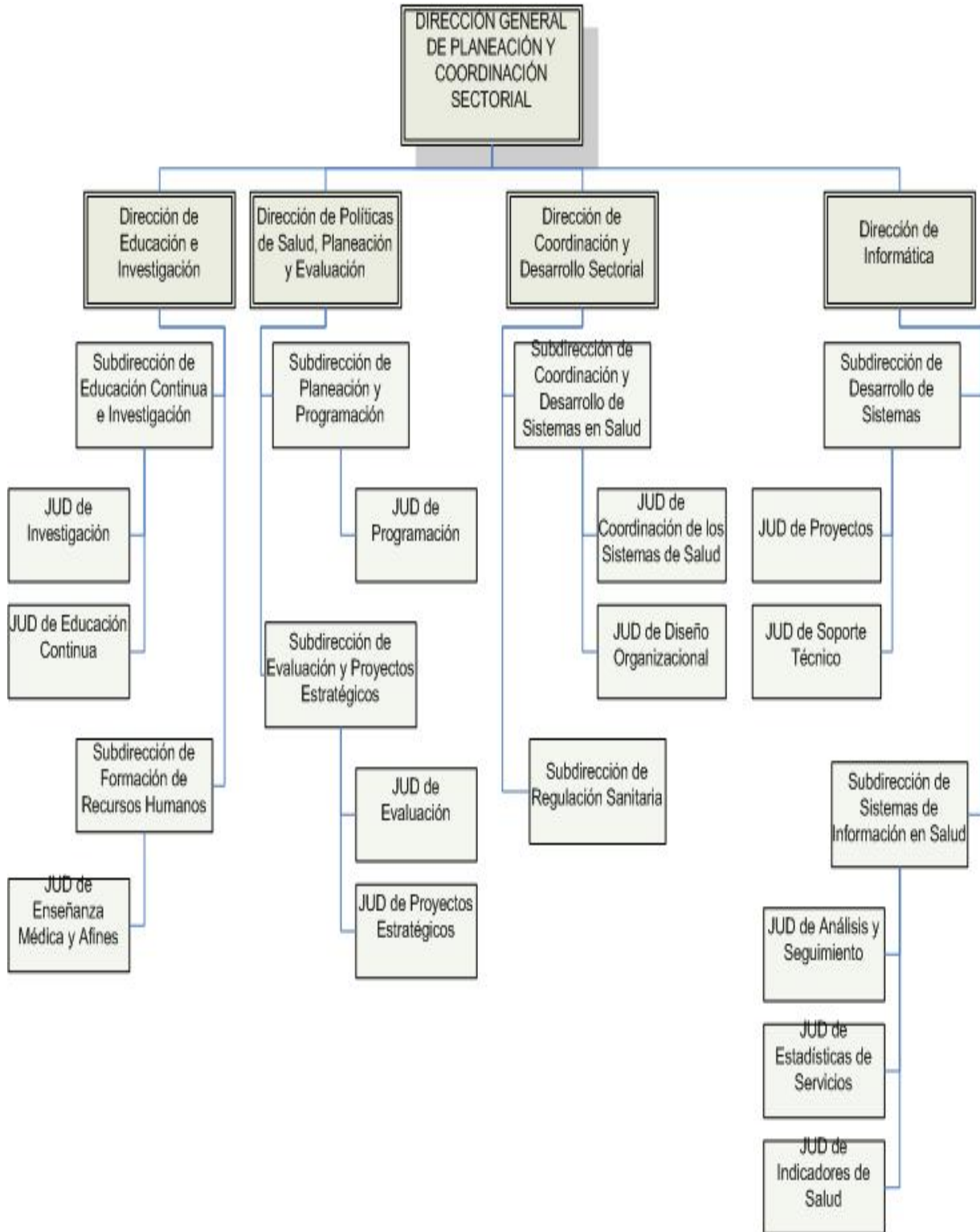
Gráfica 2. Organigrama de Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias.



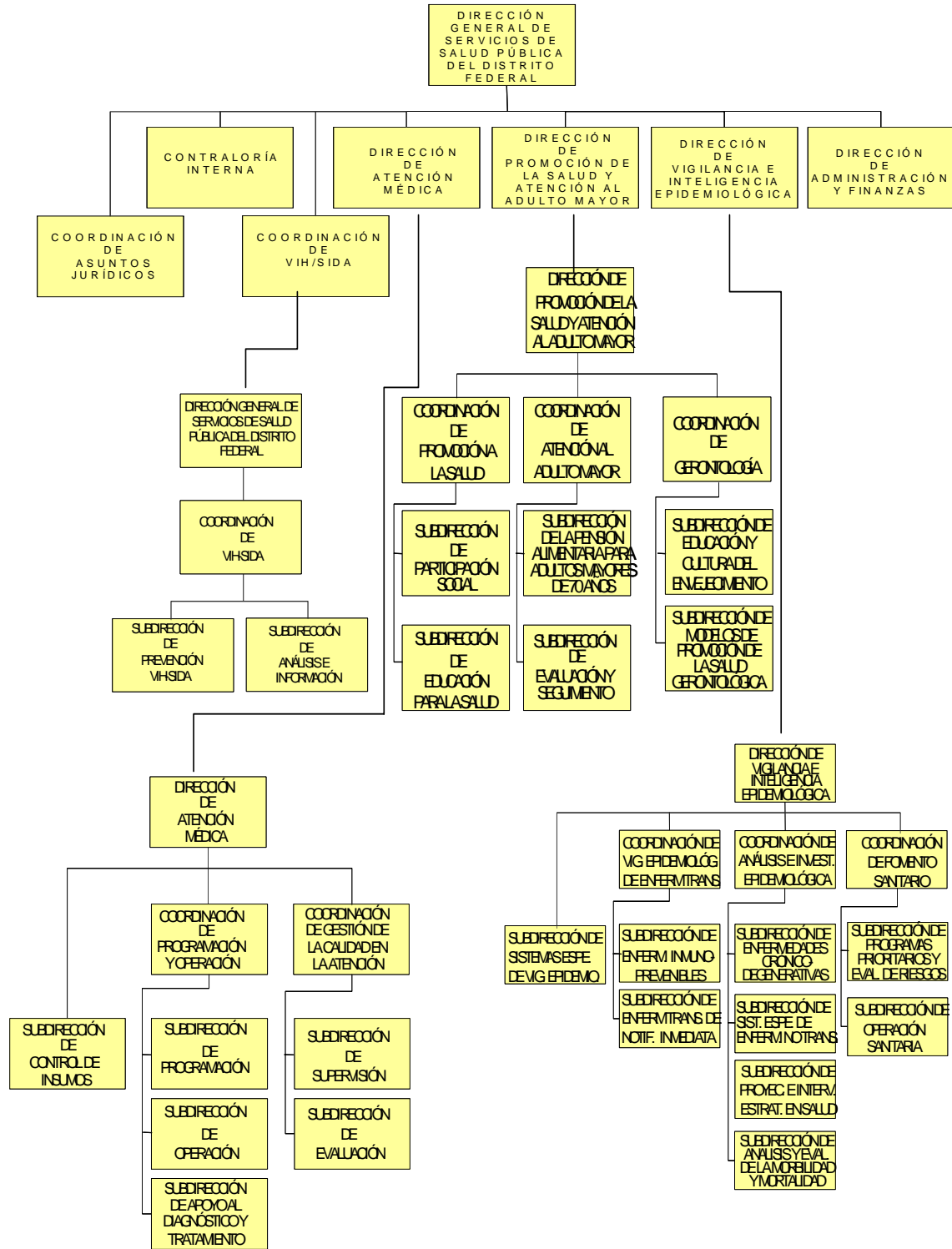
Gráfica 3. Organigrama de Dirección General de Administración



Gráfica 4. Organigrama de Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial.



Gráfica 5. Organigrama de la Dirección General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal



APÉNDICE C. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL NACIONAL Y DISTRITO FEDERAL 2000 - 2001

Orden	Núm. Causa	Nacional		Distrito Federal			
		Tasa*		Tasa*		Estandar.**	
		2000	2001	2000	2001	2000	2001
1	Enfermedades del corazón	69.0	69.2	99.4	100.9	79.7	77.6
	Enfermedades isquémicas del corazón	44.3	44.9	67.2	70.6	53.7	54.0
2	Diabetes <i>Mellitus</i>	46.8	49.1	73.2	76.4	59.2	59.6
3	Tumores malignos	55.2	55.2	70.4	71.8	58.1	57.4
4	Enfermedades cerebrovasculares	25.5	25.3	32.6	31.5	26.2	24.3
5	Enfermedades del hígado	27.5	27.4	30.3	30.5	25.2	24.5
	Enfermedad alcohólica del hígado	13.6	13.4	13.4	12.8	13.3	10.4
6	Accidentes	35.5	34.8	24.3	25.7	22.3	23.3
7	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	19.5	17.9	18.1	17.1	23.0	21.8
8	Influenza y neumonía	12.4	11.2	14.6	15.1	12.9	12.7
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	11.0	10.9	13.3	13.2	10.6	10.0
10	Agresiones (homicidio)	10.8	10.1	9.0	9.7	8.3	9.1
11	Malformaciones congénitas ,deformidades y anomalías cromosómicas	9.6	9.0	10.6	9.6	13.1	11.8
12	Insuficiencia renal	8.6	9.1	9.5	9.3	7.8	7.4
13	Enf. por virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA)	4.2	4.2	7.1	6.9	6.2	6.0
14	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	7.1	6.8	7.0	6.6	5.7	5.1
15	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	9.0	8.5	6.0	5.6	5.0	4.6
16	Septicemia	3.2	3.3	3.9	4.3	3.4	3.8
17	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	3.5	3.7	3.7	4.3	3.5	4.0
18	Úlcera gástrica y duodenal	2.8	2.6	3.6	3.3	2.9	2.6
19	Enfermedades infecciosas intestinales	5.2	4.8	3.8	3.0	3.7	2.8
20	Infecciones respiratorias agudas	1.7	2.2	3.4	3.0	3.3	2.8
	Anemias	3.2	3.3	2.1	2.1	1.7	1.8
	Síndrome de dependencia del alcohol	3.0	3.0	1.8	1.8	1.6	1.6
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	8.7	9.1	3.9	4.6	3.6	4.0
	Las demás causas	56.5	54.5	71.4	76.8	63.5	62.8
Total		439.5	435.2	523.2	529.2	446.3	437.9

* Tasa por 100 mil habitantes.

** Para estandarizar las tasas por grupo de edad se tomó como población estándar la del país.

Fuentes: Poblaciones CONAPO, Estimaciones de la población en México 1996-2030; Defunciones INEGI

APENDICE D. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL NACIONAL Y DISTRITO FEDERAL 2001-2004

O r d e n	Causa	Nacional				Distrito Federal							
		Tasa ^{1/}				Tasa ^{1/}				Estándar ^{2/}			
		2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
01	Enfermedades del corazón	69.2	72.1	74.5	73.3	100.9	103.0	107.9	113.3	77.6	78.9	82.2	86.3
02	Diabetes Mellitus	49.1	53.3	56.8	59.0	76.4	80.3	86.3	89.4	59.6	62.4	67.0	69.2
03	Tumores malignos	55.2	56.9	57.6	58.0	71.8	72.1	75.3	76.7	57.4	57.4	59.7	60.7
04	Enfermedades cerebrovasculares	25.3	25.8	25.8	25.6	31.5	32.5	31.8	33.1	24.3	25.0	24.3	25.2
05	Enfermedades del hígado	27.4	27.6	28.1	27.9	30.5	29.5	30.9	30.5	24.5	23.7	24.8	24.5
06	Accidentes	34.8	34.6	34.0	32.7	25.7	25.4	26.3	23.3	23.3	23.2	23.9	20.9
07	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	10.9	11.7	12.6	13.3	13.2	12.9	14.9	16.6	10.0	9.7	11.2	12.4
08	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	17.9	18.0	16.4	15.7	17.1	16.8	17.2	16.5	21.8	21.2	21.4	20.2
09	Influenza y Neumonía	11.2	11.4	11.5	11.7	15.1	13.2	12.1	11.8	12.7	11.2	10.3	10.0
10	Insuficiencia renal	9.1	8.6	9.0	9.2	9.3	9.8	8.9	9.6	7.4	7.8	7.2	7.6
11	Agresiones (homicidio)	10.1	9.8	9.7	8.8	9.7	9.3	9.7	9.5	9.1	8.8	9.1	8.9
12	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9.0	8.9	9.5	8.6	9.6	9.4	9.0	8.9	11.8	11.4	10.9	10.6
13	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	6.8	6.7	6.9	6.4	6.6	6.0	6.7	6.2	5.1	4.6	5.1	4.8
14	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA)	4.2	4.3	4.4	4.5	6.9	6.2	6.3	5.9	6.0	5.4	5.5	5.2
15	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	8.5	8.7	8.7	7.9	5.6	5.2	5.6	4.9	4.6	4.2	4.5	3.9
16	Septicemia	3.3	3.5	3.6	3.4	4.3	3.8	4.5	4.3	3.8	3.4	3.8	3.7
17	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	3.7	3.8	3.9	3.9	4.3	3.6	4.3	3.7	4.0	3.4	4.0	3.5
18	Infecciones respiratorias agudas	2.2	2.4	2.1	2.2	3.0	4.2	3.4	3.4	2.8	4.0	3.1	3.1
19	Úlcera gástrica y duodenal	2.6	2.7	2.7	2.6	3.3	3.5	3.3	3.1	2.6	2.7	2.5	2.3
20	Enfermedades infecciosas intestinales	4.8	4.5	4.4	4.0	3.0	3.0	3.0	3.0	2.8	2.8	2.7	2.7
	Anemias	3.3	3.2	3.3	3.4	2.1	1.8	2.3	2.2	1.8	1.4	1.9	1.8
	Síndrome de dependencia de alcohol	3.0	2.9	2.9	2.5	1.8	1.5	1.6	1.5	1.6	1.3	1.3	1.2
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	9.1	9.2	9.6	9.0	4.6	3.8	4.1	2.9	4.0	3.5	3.6	2.6
	Las demás causas	54.5	60.6	55.1	60.7	76.8	79.4	75.9	78.6	62.8	61.8	64.8	63.6
	Total	435.2	446.1	453.1	448.3	529.2	533.1	551.3	555.4	437.9	439.1	451.6	481.9

^{1/}Tasa por 100 mil habitantes

^{2/}Tasa estandarizada por grupo de edad tomando como población estándar la del país

fuente: SSDF/INEGI

Asa Ebba Christina Laurel, "Mejores Condiciones de Salud", *Universo de Salud*, Vol.4. Núm. 26. , Junio 2006. , Pág.13

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Beltrán Gonzalo, Programas de Salud en la Situación Intercultural, IMSS, México: Ed. Fondo de Cultura Económica, 1994., 234. Págs.
- Álvarez Nava Rafael, Educación para la Salud, México: Ed. Manual Moderno., 1995., 122. Págs.
- Berrones Uvalle Ricardo, Un Testimonio de Gestión y Modernización Administrativa, El Gobierno del Estado de Sinaloa, México: Ed. UNAM, 1992., 331. Págs.
- Berrones Uvalle Ricardo, La Teoría de la Razón de Estado y la Administración Pública, México: Ed. Plaza y Valdez., 1992.
- Del Rey Calero Juan, Método Epidemiológico y Salud de la Comunidad, España: Ed. MC. Graw-Hill., 1989., 580. Págs.
- Enciso Minor Eduardo J., Ley General de Salud, México: Ed. Mexicana S.A. de C.V., 2002., 402. Pág.
- Escamilla Gómez Carlos Adrián, Un Programa Moderno de Educación, México: Ed. Murgía., 1964., 265. Págs.
- García Martínez Alfonso, Las Personas Mayores desde la Perspectiva Educativa para la Salud, Murcia, España: Ed. Universidad de Murcia., 2002., 182. Págs.
- Hernán San Martín, Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva, Barcelona: Ed. Masson., 1989., 270. Págs.
- Hawe Penélope, Evaluación en Promoción de la Salud, Guía para Trabajadora de la Salud, Barcelona: Ed. Masson., 1993., 362. Págs.

- Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, (comentada), México: Ed. UNAM., 1985., 358. Págs.
- Kisnermán Natalio, Salud Pública y Trabajo Social, Buenos Aires, Argentina: Ed. Hurmanitas., 1990., 246. Págs.
- Leyes y Códigos de México, Estatuto de Gobierno y Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, México: Ed. Porrúa., 20ª Edición., 2002., 1533. Págs.
- Moctezuma Barragán Gonzalo, Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud, México: Ed. UNAM., 2001., 161. Págs.
- Medicina y Ciencias de la Salud, Diccionario Mosby Pocket, Madrid: Ed. Harcoun Brace., 4ta Edición., 1988., 1051. Págs.
- Muñoz Amanato Pedro, Introducción a la Administración Pública: Relaciones Humanas y Administración de Personal, México: Ed. Fondo de Cultura Económica., 1986., 209. Págs.
- Pastor Guillermo, Estadística Básica, México: Ed. Trillas: SEP., 1998 (reimp.2001)., 198. Págs.
- Ruiz Lara Rafael (Traductor), Diccionario Médico Barcelona: Ed. Teide., 4ta Edición., 1998., 659. Págs.
- Salleras San Martín Luis. Educación Sanitaria, Principios, Métodos, Aplicaciones, Madrid: Ed. Díaz de Santos. S.A., 1985., 268. Págs.
- Soberón Guillermo, Kumate Jesús, et al., (Compilador), La Salud en México: Testimonios 1988. Fundamentos de Cambio Estructural, México: Ed. Fondo de Cultura Económica., Tomo I., 1988., 381. Pág.

- Soberón Guillermo, Kumate Jesús, et al., (Compilador), *La Salud en México: Testimonios 1988. Desarrollo Institucional... IMSS, ISSSTE*, México: Ed. Fondo de Cultura Económica. , Tomo III. Vol. 1., 1988., 323. Págs.
- Soberón Guillermo, Kumate Jesús, et al., (Compilador), *La Salud en México: Testimonios 1988. Desarrollo Institucional... Asistencia Social*, México: Ed. Fondo de Cultura Económica. , Tomo III. Vol. 2. , 1988., 196. Págs.
- Soberón Guillermo, Kumate Jesús, et al., (Compilador), *La Salud en México Testimonios 1988. Desarrollo Institucional... Institutos Nacionales de Salud*, México: Ed. Fondo de Cultura Económica., Tomo III. Vol. 3., 1988., 263. Págs.
- Soberón Guillermo, Kumate Jesús, et al. (Compilador), *La Salud en México: Testimonios 1988. Desarrollo Institucional... Otras Instituciones de la Administración Pública Federal*, México: Ed. Fondo de Cultura Económica., Tomo III. Vol. 4., 1988., 165. Págs.
- Vilahur Pedrals Santiago (Traductor), *Diccionario Médico, para la Familia*, Barcelona: Ed. Labor., 1962., 815 Págs.
- Yáñez Campero Valentín H, *La Administración Pública y el Derecho a la Protección de la Salud en México*, México. Ed. INAP., 2000., 146. Págs.

HEMEROGRAFÍA

- Asa Ebba Christina Laurel, “Mejores Condiciones de Salud”, Universo de Salud, Vol.4. Núm. 26., Junio 2006., Pág.13.
- Héctor Hiram Hernández Bringas, “Mortalidad en la Población”, Demos, Carta Demográfica sobre México, Núm. 13. Enero del 2000., Pág. 31.
- Omaña Mendoza Enrique, “Programa de Educación Familiar”, La Voz de Nuestra Salud, Vol.2., Núm. 1. , Abril del 2000., Pág. 13.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal, “Organización y Funcionamiento para la Operación de los Programas a Cargo de la Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor”, Manual de Inducción DPSAAM., Enero del 20004., Pág. 11.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal, “Organización y funcionamiento para la Operación de los Programas a Cargo de la Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor”, Manual de Inducción DPSAAM., Enero del 2006., Págs. 7 y 8.
- Uribe Iglesias del Carmen Susana, “¿En qué se Fundamenta el Programa de Educación para la Salud Familiar?”, Manual Introductorio para Educadoras de Salud del GDF, Enero 1999. , Pág.17.

FUENTES DE INTERNET

- Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición Zona Urbana metropolitana, “Salud en el Distrito Federal,” <http://www.slan.org.mx/docs/enurba-2002final.pdf> (26 de febrero del 2006).
- Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, “Población de México, 2005” <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyecto/conteo2005/default> (15 de julio del 2006).
- Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal, “Coordinación de Promoción a la Salud” <http://www.salud.d.f.gob.mx/funciones/estructura-ssdf.ppt#364,69,diapositiva69> (20 de enero del 2006).
- Secretaria de Salud del Distrito Federal, “Funciones de Unidades Administrativas”, <http://www.salud.df.gob.mx/conten/view/960/27/> (22 marzo del 2006).
- Secretaria de Salud del Distrito Federal, “Nuevo Modelo de Atención en Salud” <http://www.df.gob.mx./secretarías/salud/sistemasalud/nuevomodelo.html> (13 de junio del 2000).
- Secretaría de Salud del Distrito Federal, “Programa de Educación para la Salud” <http://www.df.gob.mx/secretarias/salud/progmpriorit/progeducación.html> (13 de junio del 2000).
- Secretaría de Salud del Distrito Federal “Principales Causas de Mortalidad General DistritoFederal”<http://www.df.gob.mx.secretariassalud/cmas99mortalidad/mgeneralhtl> (22 de julio del 2000).