



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA. DE MÉXICO

FACULTAD DE ECONOMÍA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN CONTÍNUA Y VINCULACIÓN
SEMINARIO DE TITULACIÓN EN ECONOMÍA PÚBLICA

**INTERVENCIÓN DEL ESTADO EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS
DE SALUD DE LA POBLACIÓN NO ASEGURADA
EN EL DISTRITO FEDERAL 2000 - 2005**

ENSAYO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ECONOMÍA

PRESENTA

MARÍA DE LOS ANGELES ZERMEÑO HERNANDEZ

ASESOR

LIC. JAVIER MERAZ MARTÍNEZ



MEXICO, D. F.

2007



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.

A mis Padres:

Dedico estas líneas con todo mi cariño a estos dos grandes seres maravillosos que me dieron la existencia y me formaron...Soy lo que ellos me inculcaron.

Gracias por sus desvelos, por sus horas incansables de trabajo, por su soledad.

Gracias mil gracias

Que dios los bendiga donde quiera que estén.

¡Cumplí!

Nena.

Dedico esta muy especialmente al hombre que ha sido mi apoyo, mi guía, mi refugio a todas las adversidades que se me han presentado, que hemos ido caminando hombro con hombro a lo largo de estos 28 años de casados.

Gracias con todo mi amor para ti

Nena

Esta es una pequeña muestra de que en la vida se logra lo que uno se propone: Hijos le dedico este esfuerzo como prueba de que ustedes también lo pueden lograr. En la vida nada es difícil, uno lo hace difícil. Toma esta como guía para su camino que inicia y culminen con éxito en todo lo que emprendan.

A mis hijos

Amir, Shari y Hady

Los amo

Mama.

Para mis hermanos Tere, Rafael y Lucero les dedico este esfuerzo aunque muy pequeño pero significativo con mucho cariño para ustedes.

Este es un homenaje póstumo para un gran guerrero que lucho hasta el último momento de su existencia.

Leoncito te lo prometí y te cumplí.

Para ti guerrero valiente y luchador aun en momentos muy difíciles te dedico este con todo mi cariño.

Tú hermana

Nena.

Agradezco infinitamente al Lic. Javier Meraz Martínez, su guía, sus consejos, su apoyo para elaborar este ensayo, con toda mi admiración por usted.

Ángeles.

Para mis compañeros adjuntos este es un agradecimiento profundo lleno de admiración ya que me apoyaron durante todo el desarrollo de mi trabajo:

Lic. Jorge Benito Vivas Paredes.

Lic. Jorge Ortega Cedillo.

Lic. Fausto Estrada Rodríguez.

*Muchas gracias.
Ángeles*

*Dedico este trabajo para
un ángel que dios me puso en el camino, ese
ángel es usted maestra J. V. C.*

Con admiración y respeto

Ángeles

INDICE

	Página
INTRODUCCION.....	3
CAPITULO I MARCO TEÓRICO.....	10
1.1 El Estado Mexicano.....	10
1.2 Funciones del Estado.....	10
1.3 Justificación de la Intervención del Estado.....	11
1.4 Fallas de Mercado.....	14
1.5 Fallas de la Información.....	15
1.6 Tendencias del Comportamiento del Mercado.....	17
CAPITULO II MARCO LEGAL.....	22
2.1 La Institucionalización de la Seguridad Social en México.....	22
2.2 Ley General de Salud.....	24
2.3 Programa Nacional de Salud 2001-2006.....	25
2.4 Derecho Social Garantizado.....	25
2.5 Seguridad Social.....	26
2.6 Sistema de Salud Pública.....	29
CAPITULO III ORIGENES E INFRAESTRUCTURA DE LA SECRETARÍA DE SALUD.....	32
3.1 Antecedentes.....	32
3.2 Organización.....	36

	Página
3.3 Población de Responsabilidad.....	36
3.4 Infraestructura.....	37
3.5 Prestación de Servicios.....	43
3.6 Condiciones Socio demográficas.....	44
CAPITULO IV	
ANÁLISIS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN NO ASEGURADA 2000–2005 E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS GRATUITOS EN EL DISTRITO FEDERAL.....	49
4.1 La Importancia para los Sistemas de Salud, la Participación del Estado.....	49
4.2 Pobreza Urbana 2002–2005.....	55
4.3 Tendencias de la Política Nacional en Salud.....	57
4.4 Los Efectos Socioeconómicos en el Distrito Federal ante la Reducción de los Ingresos que percibe el Distrito Federal.....	61
4.5 Financiamiento y Gasto del Distrito Federal.....	68
4.6 Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos.....	69
CAPITULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	76
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	85
BIBLIOGRAFÍA.....	98

INTRODUCCIÓN

Este ensayo de investigación “Intervención del Estado en el acceso a los servicios de salud de la población no asegurada en el Distrito Federal 2000 – 2005” pretende explicar como las clases marginadas y desprotegidas en el Distrito Federal, tienen una serie de problemas tanto de carácter cultural, social y económico al acceso de los servicios de salud, por lo que las instituciones gubernamentales de acuerdo a sus políticas y distribución, atienden a las clases aseguradas sin tomar en cuenta a las clases sociales a que se hace referencia, lo que conlleva a que la población marginada y población abierta, no tenga un progreso tanto en su persona como en el aspecto económico, dando un resultado de una mala o nula atención médica, donde al padecer alguna enfermedad y no atenderse adecuada y oportunamente, va en deterioro de su desarrollo, mermando su productividad y a su vez su ingreso familiar, siendo esto un factor determinante de su estatus social.

Con este ensayo se pretende ofrecer un panorama general de la intervención del Estado, que en el caso de la Ciudad de México que esta identificado como el “Gobierno del Distrito Federal” (GDF) donde ha sido pieza fundamental en la evolución de la atención de esta población desprotegida, a través de los servicios de salud con que ha contado la capital de la República durante las últimas cinco décadas; sin dejar de reconocer el reto que implica atender las necesidades de salud de este vasto sector, así como la problemática que resulta de ser la ciudad mas grande del mundo. En este sentido de ideas, el objetivo general de este ensayo será: Identificar la intervención del estado (GDF) en la evolución que han tenido los servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) y las alternativas con que cuenta la población marginada de la Ciudad de México, para atender sus problemas más inmediatos de salud.

A fin de dar cumplimiento a este objetivo general, se han planteado tres objetivos específicos que a continuación se mencionan:

1. Identificar las estrategias de intervención del Estado (GDF) a favor de los servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal
2. Verificar que estas alternativas sean acordes con las actuales necesidades de salud.
3. Valorar si la infraestructura disponible es suficiente para brindar los servicios de salud a la población que la requiere.

Lo anterior compromete aún más al Estado a señalar que la conservación de la salud es un derecho que tienen todos los mexicanos, mismo que se encuentra plasmado en el artículo cuarto constitucional^{1/}. Para dar cumplimiento a este compromiso, se dispone de toda una infraestructura a nivel nacional de la cual el Distrito Federal es la entidad federativa con la mayor concentración de servicios de salud del país, pero este sistema está altamente fragmentado con servicios diferenciados en función de la capacidad de pago o de prepago de la población. A través de este sistema se atiende el total de la población residente, tanto la beneficiaria de la seguridad social pública, como aquella que no es derechohabiente de ésta, que se conoce con el nombre de población abierta y además, a una parte de la población conurbada.

El sistema de salud del D.F. está constituido por tres sectores que cuentan con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y prestación de servicios, lo que le hace un sistema desarticulado y segmentado acorde a la inserción laboral de la población que atiende así como a su nivel de ingresos o capacidad de pago:

- a) Sector público para la población no asegurada o abierta.
- b) Sector de la seguridad social para personas afiliadas a la seguridad social.
- c) Sector privado.

^{1/} Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Editorial Porrúa, México 1980.

Esta fragmentación de los servicios en varios subsistemas de distintas instituciones y el prolongado desfinanciamiento a que se han visto expuestas, se ha traducido en un déficit de unidades de atención, del conjunto de las instituciones y su inadecuada distribución geográfica. Esta ubicación de los servicios, corresponde a la estructura demográfica y los problemas de salud previos a los años ochenta. Situación que se ha traducido en una falta de servicios en las zonas periféricas donde actualmente se concentra la mayoría de la población pobre como es la zona sur-oriente, sur y sur poniente de la Ciudad de México. A esto se agrega la autonomía de los grandes hospitales e institutos de salud federales, que impide que los capitalinos tengan libre acceso a éstos por sus criterios de admisión de pacientes y sus altos costos.

Aunque no existe consenso en como definir la exclusión social en salud, uno de los enunciados mas acabados es el planteado por la Organización Panamericana de la Salud para quien representa un fenómeno pluri-causal, heterogéneo y dinámico que trasciende al sector salud, y el cual se le puede entender como “la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros grupos de la sociedad disfrutan”.

El condicionamiento laboral para ingresar al Seguro Social es otro determinante de la desigualdad social en el acceso de los beneficios plenos del sistema de salud. El principio de gratuidad al usar los servicios solo existe para los asegurados y sus familias, mientras que el resto de la población tiene que pagar para obtener el tratamiento y los medicamentos. Señalando el complejo aspecto cultural de desigualdad en el acceso a los servicios donde interviene la falta de información, la discriminación contra determinados grupos y la poca conciencia sobre los derechos de los ciudadanos.

Otro motivo de la desigualdad en el acceso a los servicios requeridos era y seguirá siendo los escasos recursos proporcionados por la federación al Distrito Federal, que son entre los más bajos per cápita de las entidades federativas. Cerca del 90% del

presupuesto transferido corresponde al pago de los salarios de los trabajadores que laboran en los Servicios de Salud Pública o sea la mitad de todo el personal de la SSDF. Por ello a partir del 2001 el Gobierno de la Ciudad ha dado prioridad a la salud en el presupuesto local incrementándolo en 62.3% con relación al 2000. Por cada peso que la federación gasta en la salud de los capitalinos el GDF dedica dos pesos. Por otra parte la SSDF subsidia a los Institutos de Seguridad Social y a la entidad federativa del Estado de México, porque atiende a los derechohabientes y Mexiquenses sin recibir ninguna compensación por estos servicios.^{2/}

Al abordar este tema es inevitable el identificar en primer término que es lo que esta sucediendo en otros países, debido a que no es un problema que aqueje únicamente al nuestro, tal es el caso de que se estima que cerca del 20 por ciento de los 500 millones de latinoamericanos y caribeños están excluidos de la atención médica, y que 240 millones ^{3/} no cuentan con un seguro, sea público o privado, de cobertura mínima de salud. Esto se puede traducir hacia una negación al derecho del cuidado de la propia vida, que se imbrica a otros procesos estructurales de empobrecimiento generalizado, desigualdad y fragmentación social. Esta interrelación se explica como resultado de la combinación de diferentes procesos sociales, políticos, económicos y culturales que atentan contra los valores de la igualdad y solidaridad en y contra de la satisfacción de las necesidades humanas. Esta degradación ha sido reconocida como expresión de la exclusión social que aumenta cada día mas con la disrupción y estallido social, que sin embargo no ha llegado a constituirse en una verdadera prioridad en las agendas políticas.

Los resultados de más de veinte años de política dominante encaminada al constante ajuste y cambio estructural además del proceso de crisis general de las políticas sociales, han provocado con modalidades y niveles diversos el desfinanciamiento, deterioro y descrédito de algunas instituciones.

^{2/} Laurel Asa Cristina. Reducción de la Exclusión en la Salud, removiendo el obstáculo económico. La experiencia del Gobierno del Distrito Federal. Págs. 14,15.

^{3/} Ibidem.

Esta posición ha propiciado que en los últimos años, la mayoría de las reformas mercantilistas al sector salud, hayan abierto las puertas a las fuerzas del mercado y a la proliferación de las aseguradoras privadas con el único interés de convertir al sector salud, en una empresa de capitalización financiera. En esta tendencia de modelo asistencial y de focalización individual se acentúa aún más las comprobadamente clases sociales más pobres, cuyas consecuencias han llevado a la fragmentación de las acciones, la falta de coordinación entre los organismos gubernamentales, la creación de fondos especiales sin garantías de continuidad y en el uso político clientelar de los programas de salud. En su conjunto estas medidas no solo han dejado de resolver la histórica desigualdad y limitación de la protección en salud de millones de ciudadanos, sino que las han intensificado.^{4/}

En este marco todos los esfuerzos deben estar orientados a atender y medir los factores que originan la exclusión en salud, así como de las características de los excluidos e instrumentar estrategias y acciones en su contra a evaluarlas. Este propósito tiene la doble perspectiva de lograr mediante acuerdos políticos un acceso igualitario del cuidado a la salud, asegurando una cobertura efectiva para los que carecen y están excluidos de los beneficios de los sistemas de protección de la salud; así como el construir una herramienta de análisis para evaluar las intervenciones destinadas a mejorar el estado de salud.

De este planteamiento se deben retomar tres elementos importantes:

- a) El insustituible papel del Estado y su centralidad como responsable del bienestar de los ciudadanos y como garante de los derechos sociales.
- b) La política como el instrumento de negociación y de acuerdo entre las fuerzas económicas y políticas en la salvaguarda y garantía del interés general.

^{4/} Laurel Asa Cristina. Reducción de la Exclusión en la Salud, Removiendo el Obstáculo Económico. La Experiencia del Gobierno del Distrito Federal. Págs. 14,15.

- c) La universalidad de la protección en salud, como la estrategia central de combate a la exclusión y a la disolución social.

A fin de dar repuesta a estos elementos, el Estado (GDF) ha creado e impulsado Políticas de Salud, que aunque con diferentes estrategias de intervención operativa, tienen un propósito en común “La protección de la salud”. Dichas estrategias están identificadas como:

- La gratuidad en el acceso a los servicios médicos y medicamentos, como mecanismo de garantía de este derecho a los ciudadanos residentes en el Distrito Federal no beneficiarios de la seguridad social a través del “Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos”.
- El fortalecimiento de las instituciones públicas y el diálogo social como relación positiva entre el Gobierno y la participación social de una ciudadanía activa y solidaria.

El presente ensayo consta de cinco capítulos los cuales se describen brevemente a continuación:

En el capítulo primero se definirá la economía del bienestar, las principales causas por las que interviene el Estado en el Sector Salud, así como los problemas por los que atraviesan tanto el mercado como el Estado para proporcionar los servicios sanitarios, se plantea la existencia de las fallas del mercado donde se explica porque es importante la intervención del Estado para darle seguimiento a esta problemática y deficiencias.

A su vez se hace mención de la existencia de monopolios u oligopolios que vienen a darle una mala perspectiva al mecanismo de los precios, haciéndolos que tengan por consiguiente un mal funcionamiento dentro del sistema de la economía libre, dando esto el surgimiento de los bienes públicos que no son suministrados y si lo son lo

hacen en forma insuficiente por parte del mercado, tocando el tema también de la problemática existente en cuanto la información que se tiene.

En el capítulo segundo se menciona el Marco Legal, la institucionalización de la seguridad social en México, objetivos del Plan Nacional de Salud y objetivo del Sistema de Salud Pública

El capítulo tercero, describe el origen e infraestructura de la Secretaría de Salud, su formación, sus antecedentes y su evolución.

En el capítulo cuarto, se analiza la problemática de la población económicamente activa que no tiene acceso a los servicios de salud, donde se hace un enfoque de la problemática de pagar un servicio médico de alto costo, repercutiendo en su ingreso familiar, tendencias de política nacional en salud, el establecimiento del “Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos”, que es y en que consiste.

Por último en el capítulo quinto, se habla de la evaluación y tendencias sobre los resultados obtenidos; del “Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos”.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se abordará en que consiste el Estado mexicano como motor principal dentro de la economía y desarrollo del país, sus funciones, las fallas del mercado ante la oferta y la demanda en el sector salud, su importancia y tendencias dentro del marco competitivo.

1.1 El Estado Mexicano.

Se parte de una definición de un Estado contractual donde se refiere a la concepción del Estado como un contexto social que se da entre gobernados y gobernantes, los gobernados admiten disminuir su libertad y cargar los costos de las acciones del gobierno a cambio de los beneficios que resulten de un orden constitucional que está representado por la Constitución en el artículo 25 y 26.^{1/}

1.2. Funciones del Estado.

El Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que impera solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la Nación.^{2/}

Las funciones que desempeña el Estado Moderno son cada vez mayores, entre estas se encuentran:

^{1/} Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos artículos 25 y 26 Editorial Porrúa México 1980 pág. 23.

^{2/} Stiglitz, Josep E. La Economía del Sector Público, segunda edición 1995. Antoni Bosh-Barcelona. Pág. 11,12.

- a) Asignación de recursos.- esta función se ocupa de la provisión eficiente de los bienes públicos. El Estado a través del presupuesto, gasto e ingreso público.

- b) Función de distribución del ingreso. Se parte de que el mercado puede ser eficiente en la asignación de los recursos donde nunca llegará a una distribución oportuna del ingreso, por esta razón el Estado interviene a través del gasto o ingreso público buscando reducir la inequidad en la distribución de una economía.

- c) Función de estabilización. El Estado puede intervenir manipulando las políticas fiscales y monetarias para estabilizar la economía y promover el crecimiento; o sea a corto plazo que pretende mantener el nivel aceptable de conocimiento de la renta y el empleo.

- d) Función de coordinación. Se refiere a la necesidad que el gobierno armonice las funciones presupuestales.

1.3 Justificación de la Intervención del Estado.

Existe un gran debate entre quienes están a favor de la intervención del Estado en economías de los países y quienes están en contra, sin embargo por las funciones, acciones y actividades que realiza el sector público a través de todas sus instituciones se puede afirmar que existen elementos para justificar la intervención del Estado. Cabe mencionar que la importancia que se le de a dichas funciones dependerá del país del cual se haga mención.

Históricamente el grado de desarrollo que se ha presentado en las economías de los países ha mostrado que este depende de las transacciones económicas en el mercado, del comportamiento del sector privado, de la economía de los bienes y servicios, de las leyes y normas de la duración del bienestar social y de la

infraestructura proporcionados por el Estado, sin embargo el sector público de la economía tuvo un auge importante en el siglo XX. El papel del Gobierno trascendió su función tradicionalmente reservada a la administración de las finanzas públicas a través de programas de gasto para proveer de bienes y servicios públicos básicos a la población y a la obtención de ingresos para financiar los programas de gasto público.^{3/}

El sector público juega un importante papel en el desarrollo económico de los países porque:

- a) Contribuye a mejorar la asignación de los recursos y su empleo en la economía al corregir fallas e insuficiencias de los mercados.
- b) Mejorar la distribución del ingreso y la riqueza a través de la política social.
- c) A la estabilización de la economía por medio de la política fiscal y monetaria.
- d) Crea confianza y certidumbre a través del mantenimiento y vigilancia del sistema legal regulatorio de la economía.

Las fallas del mercado son seis, las cuales justifican la intervención del Estado:

- 1.- Competencia imperfecta
- 2.- Bienes públicos
- 3.- Externalidades
- 4.- Mercados incompletos
- 5.- Información incompleta
- 6.- Paro y otras perturbaciones económicas^{4/}

^{3/} Ayala Espino, José. Economía del Sector Público Mexicano. Facultad de Economía, UNAM. Grupo editorial Esfinge. México 2001 pág. 27.

^{4/} Stiglitz, Joseph E. Economía del Sector Público 2ª edición, 1995. Publicado por Antoni Bosh-editor. Pág. 95.

Estas fallas obedecen a que en determinadas situaciones la economía es eficiente, lo que origina nuevos procesos en donde el actuar del mercado no es eficiente en el sentido de Pareto y da lugar a fallas del mercado como lo señala Stiglitz.

En 1766 Adam Smith en su obra “La Riqueza de las Naciones” afirma que la competencia inducía a los individuos a la búsqueda de sus propios intereses privados, a fomentar el interés público como si fueran conducidos por una mano invisible que al buscar su propio interés, frecuentemente promueve el de la sociedad mas eficazmente que si realmente pretendiera promoverlo, que no era necesario recurrir al Estado ni a ningún sentimiento moral para ser el bien, señalaba que se sirve al interés público simplemente cuando cada individuo hace lo que le remunere su propio beneficio.^{5/}

Dada la existencia de los mercados competitivos, esto puede generar una desigual distribución de la renta, dejando algunas personas sin la capacidad para vivir, lo que conlleva a la existencia de un Estado el cual vele por los intereses de los ciudadanos, también cuidará de los derechos de la propiedad así como sus representados.

El primer teorema de Pareto fundamental indica que en determinadas circunstancias los mercados competitivos originan una asignación de recursos que tienen la propiedad de no permitir una asignación de recursos de estos que puedan mejorar el bienestar de una persona sin empeorar la de otra, lo que se denomina como asignación eficiente en el sentido de Pareto.

El segundo teorema señala que en una economía competitiva puede alcanzar todo los puntos de la curva de posibilidades de utilidad siempre que la distribución inicial de los recursos sea correcta; asimismo el teorema afirma que si no nos gusta la distribución de la renta se genera el mercado competitivo, no es necesario que se deje

^{5/} Stiglitz Joseph E. Economía del Sector Público segunda edición 1995 publicado por Antoni Bosh. Pág. 103.

de utilizarlo, lo único que debe de hacerse es redistribuir la riqueza inicial y dejar actuar a dicho mercado.

1.4 Fallas de Mercado.

Fallo de competencia.- Para que funcione la mano invisible ha de haber competencia entre varias empresas que ofrecen un mismo bien, ya que si por el contrario hay pocas o una sola, puede darse un mercado monopolista, lo que indica que no hay competencia y que dicha empresa puede fijar el precio que quiera en el producto o servicio que ofrece. El hecho de que haya varias empresas que producen un mismo bien, conlleva a que estas mejoren la calidad y el precio de los productos que ofrecen en el mercado, con lo que la sociedad sale beneficiada en su conjunto donde puede elegir un producto que satisfaga más de sus necesidades en cuanto a calidad y precio, sin embargo resulta más beneficioso que exista una sola empresa siempre y cuando se regule esta, por que de otra manera restringe la producción para elevar su precio.

Bienes públicos.- Existen algunos bienes que no son suministrados por el mercado, o si lo son la cantidad suministrada es insuficiente, por ejemplo:

Como el caso del Sector Salud, o bien los apoyos a la Defensa Nacional o los apoyos a la navegación; estos bienes son llamados bienes públicos puros, ya que toda la sociedad puede disfrutar de ellos y no es posible excluir a ninguna persona de sus beneficios.

Externalidades.- Es una falla de mercado definida como el efecto de las actividades de producción o consumo, de un ajuste sobre el consumo o producción de otro agente, si representa una disminución al bienestar son definidos externalidades negativas y si originan un beneficio se conoce como las externalidades positivas. El Estado interviene más para corregir las negativas y lo hace defendiendo los derechos de propiedad o aplicando impuestos compensatorios.

Mercados incompletos.-Un mercado completo proporcionaría todos los bienes y servicios cuyo costo de abastecimiento fuera inferior al precio que las personas estén dispuestos a pagar, en tanto los mercados privados no suministran adecuadamente los bienes y servicios, aún cuando el costo suministrado sea inferior a lo que los consumidores estén dispuestos a pagar, existen varios tipos de mercados: mercados de seguros aquí vemos que las empresas privadas no proporcionan un seguro para aquellos riesgos importantes de los cuales los individuos enfrentan, los gobiernos han puesto en marcha una serie de programas de seguros, para seleccionar al menos una parte de este fallo de mercado. El mercado de capitales: el Estado interviene aquí para regular las imperfecciones de los mercados de capital (mercados complementarios) la ausencia de un mercado de este tipo puede ocasionar muchos problemas para un determinado grupo o servicio, por ejemplo: el Programa Nacional de Vacunación requiere la coordinación del Estado con los proveedores de productos biológicos y su distribución hacia las unidades operativas para poder poner en marcha los programas públicos.

1.5 Fallas de la Información.

Por otra parte las fallas del mercado han configurado la intervención del Estado en la salud, a consecuencias de los excesivos costos, la limitada cobertura de los seguros; pero la realidad el mercado en el ámbito de la salud esta plagado de imperfecciones, donde alguna de las cuales llevan a realizar excesivos gastos, en primer término tenemos la información incompleta cuando los consumidores van al médico y lo que están comprando en gran medida son sus conocimientos e información proporcionada por este.^{6/}

Cabe señalar que la intervención del Estado para remediar las fallas de información va mas allá de estas sencilla medidas de protección al consumidor, la información es en muchos aspectos un bien público, ya que suministrar información a una persona mas,

^{6/} Ibidem, pág. 99.

no supone reducir la cantidad con que cuenta otra. La eficiencia requiere que se difunda gradualmente o con más precisión ya que únicamente se cubre el coste real de transmitirla.

El paro, la inflación y el desequilibrio.- Un fallo importante del mercado es el elevado paro de trabajadores y maquinas que ha afectado periódicamente a las economías capitalistas, sin embargo cabe señalar que estas recesiones y depresiones han sido mucho mas moderadas a partir de la Segunda Guerra Mundial, esto se debe en parte a las políticas económicas seguidas por los gobiernos en el ámbito de la organización para la cooperación y desarrollo económico, la tasa de paro ha presentado a principios de los años ochenta alrededor de un 10%, dicho porcentaje se considera bajo en comparación con la gran depresión ocurrida en 1929 , en las que se llegó a alcanzar entre 20 y 30 %.^{7/}

Se pueden presentar algunas de la situaciones antes mencionadas, por lo tanto existir una falla de mercado consecuentemente surge la necesidad de la intervención del Estado. La teoría de las fallas del mercado no propone la intervención gubernamental todo el tiempo y en todo lugar, por el contrario, solo justifica las intervenciones públicas temporalmente, hasta el punto donde la curva de posibilidades de la producción alcanza un nuevo nivel de equilibrio competitivo y eficiente en el sentido de Pareto, y además asume que la intervención del Estado no es una solución perfecta a las fallas del mercado, pero si es un mecanismo que ayuda a que mejore su funcionamiento.

Dichas fallas nos encontramos que pueden ocurrir tanto del lado de la demanda como de la oferta; las fallas del lado de la demanda se pueden mejorar cuando ocurren algunas de estas situaciones.

^{7/} Ibidem, pág. 101.

1.6 Tendencias del Comportamiento del Mercado.

En la actualidad es difícil encontrar comportamientos del mercado que cumplan con los supuestos que establecen las teorías, para que se de una libre competencia generalmente se encuentra totalmente llenos de inconsistencias, por lo cual es poco realista suponer que la información que existe de ellos es completamente libre de costos, lo que sucede en realidad es justamente lo contrario generalmente cuando se busca información que no existe y para adquirirla hay que pagar un costo; la cual se tendrá que analizar para poder emitir un juicio de orden nacional sobre el mismo. Por lo que resulta imposible que tanto los consumidores como los productores conozcan la naturaleza y el precio de todos los bienes.

En la actualidad existen algunos economistas (los escritores mercantilistas más representativos fueron: Antonio Serra, Antoine Monthretien y Thomas Mun donde sus ideas fundamentales mercantilistas eran: a.- La actitud favorable para vender; b.- El “horror” a los bienes, c.- El deseo de acumular dinero, d.- La oposición a la usura) que consideran que existen mercados imperfectos y sostienen que los supuestos de que las empresas tienen información perfecta sobre la productividad los trabajadores o que los inversionistas conocen el rendimiento de sus distintas inversiones que no son supuestos de orden realista sino por el contrario, con lo que cuentan es con información imperfecta transformando el funcionamiento y resultado de los mercados competitivos; de tal forma que el conocimiento imperfecto de la información, logra que los mercados fallen en algunas de las siguientes situaciones:

- a) Los productores ofrecen un exceso de algunos bienes y muy pocos de otros.
- b) Los consumidores unilateralmente pueden dejar de consumir ciertos bienes.
- c) Los mercados no logran desarrollarse al máximo.

La información incompleta se presenta cuando los precios de mercado no están transmitiendo toda la información necesaria y esto tiene efectos sobre los elementos

económicos ya que originan un sentimiento de incertidumbre lo que pone en riesgo los mercados.

Por otro lado la información incompleta puede reforzar la permanencia de mercados incompletos dando como resultado un desabasto de bienes y servicios, dándolos mucho más caro de su precio original aquel que los expende.

La tendencia de asimetría de la información nos refiere que cuando cierto grupo involucrado en el cambio de bienes y servicios tiene más acceso fácil y barato a la información lo que dará mayor poder de negociación que utilizará en su beneficio, perjudicando a la parte que desconoce los procedimientos.

Este tipo de maniobras origina que los mercados se encuentren estancados o que existan pocos oferentes o pocos demandantes, con las tendencias actuales en los mercados se ha dado un avance significativo con respecto a si existe la información perfecta y completa pero que no resuelve los problemas de información.

Como pacientes los consumidores deben de confiar en sus médicos sobre el tratamiento farmacológico, intervenciones quirúrgicas, así como otros procedimientos necesarios. Como carecen de conocimientos de medicina no pueden valorar y evaluar correctamente los consejos médicos donde es posible que ni siquiera puedan saber si un médico esta certificado. Toda esta falta de información esta justificada, porque el Estado interviene en la concesión de permisos para ejercer la medicina tanto en la regulación de los medicamentos que pueden ser suministrados a los pacientes.

Estos problemas de información son mucho más graves que los que tienen los consumidores en otras áreas, en virtud de que no compran regularmente procedimientos médicos, probablemente si se pudiera uno remitir a indicadores de resultados y aún así no tener la información apropiada, incluso las aseguradoras también tienen problemas relacionados con los médicos y los pacientes, por lo tanto deben de confiar en los procedimientos necesarios y útiles, enumerando la

competencia limitada, la información imperfecta reduce el grado efectivo de competencia por las mismas razones la heterogeneidad de los servicios médicos dificulta las comparaciones de precio y calidad e impide que se difunda eficazmente la información. Por otra parte también es reducida la competencia entre hospitales; la mayoría de la ciudades pequeñas cuenta con pocos hospitales en caso de una emergencia no hay mucho que elegir.

La ausencia de ánimo de lucro.- Es otra forma importante entre los mercados médicos y los mercados competitivos convencionales, es importante el papel que desempeñan las organizaciones sin fines de lucro en la provisión en la asistencia sanitaria, hoy la mayoría de los hospitales en muchos países industrializados, son instituciones sin fines de lucro, la consecuencia de ausencia de mercado son magnificadas por la forma en que el Estado y las compañías aseguradoras reembolsan a los hospitales sus gastos, que en la mayoría de los casos después de analizar las fallas de mercado y aunado a que las aseguradoras, no quieren dar pólizas a gente de alto riesgo, la preocupación por la falta de cobertura de algunos grupos de alto riesgo de la población y que concretamente son los ancianos es uno del los principales motivos que justifican la intervención del Estado.^{8/}

Por otra parte hay otra respuesta posible, dado que los pacientes no saben que atención es la necesaria y la correcta de acuerdo a su padecimiento.

Una de las razones por las que interviene el Estado en la salud, no tiene ninguna relación con la eficiencia, incluso aunque los mercados fueran absolutamente eficientes. Muchos creen que no debe negarse la asistencia a la salud a ninguna persona, independientemente de su ingreso; si se debiera elegir los atributos, deberían de ser la edad, la condición social, aún más como lo establece el artículo 4º constitucional “ninguna persona debe de ser excluida de gozar el derecho a la salud” y los servicios médicos que son diferentes a otras mercancías.

^{8/} Stiglitz Joseph E. Economía del Sector Público 2ª edición, 1995. Publicado por Antoni Bosh-editor. Pag. 351.

El derecho a la vida y el acceso a los servicios médicos no deben ser controlados por el mercado, en la idea de que hay servicios que deben ser suministrados a todas las personas, independientemente de su ingreso se le conoce a esto como igualitarismo específico; el Estado moderno ha asumido la responsabilidad de la seguridad social, a pesar de que se diferencie, ya que se autofinancia con cuotas de empresas y trabajadores, finalizando diríamos dentro de la economía de bienestar y al no cumplirse las condiciones que determinan el mercado para que exista una libre competencia, es necesaria la participación del gobierno al existir mercados incompletos en el Sector Salud, donde ha sido importante la participación de la sociedad para establecer un programa público de seguros médicos, y que la gente no tenía acceso a ellos; es necesario entonces que el gobierno se haga responsable de cierta producción pública para resolver el problema de la salud, donde implemente programas de gastos médicos mayores para las personas de la tercera edad. Ya que las primas que se cobran en el Sector Privado para cubrir estas necesidades son altísimas, de tal forma que es ahí donde interviene el Sector Público.

Así mismo el mercado de la Salud no se puede comparar con otro tipo de mercados, por ejemplo el de automóviles ya que las necesidades son contadas y se ocurre con poca frecuencia, por lo cual la decisión de compra al respecto es más difícil para la mayoría de la población.

En otro orden de ideas, los beneficios de la atención a la salud no son de carácter individual sino familiar los cuales repercuten en la comunidad y en la sociedad en su conjunto.

Las campañas de vacunación, el tratamiento de enfermedades transmisibles, el tratamiento de enfermedades crónico degenerativas que benefician a toda la población, aún los cuidados de la salud en las personas significan insumos de desarrollo económico así como una inversión en el capital humano de un país,

prevaleciendo el fin total de no permitir que ningún individuo sufra deterioro evitables en sus niveles de salud.

En consecuencia nos encontramos que el mercado de la Salud esta lleno de imperfecciones e incertidumbres donde las tendencias en la actualidad ponen de manifiesto, que las necesidades de salud son limitadas así como los recursos son limitados por ello es necesario reflexionar sobre que será mas recomendable en un futuro para la salud de la población. Para ello será necesario identificar las bases legales en que se fundamenta la prestación de los servicios de salud a la población.

CAPITULO II

MARCO LEGAL

En este capítulo se describe como se da la garantía del derecho a la salud dentro del marco legal, se explica brevemente en que consiste la Ley General de Salud, el Programa Nacional de Salud, 2001-2006; el Derecho Social Garantizado, que es la Seguridad Social y sus características, el Sistema de Salud Pública que aborda las políticas de éste, el cual influirá en los niveles de salud y desarrollo de la comunidad, tomando en consideración la capacidad de oferta y disponibilidad y accesibilidad del servicio médico de la población mas desprotegida en el Distrito Federal.

2.1 La Institucionalización de la Seguridad Social en México

La asociación economía y salud es un binomio que ha estado ligado a la historia de México, en el que generaciones han tratado de brindar grandes apoyos, sin que éstos hayan logrado cubrir por completo las necesidades reales, es decir los esfuerzos por importantes que sean, han sido insuficientes, pero a la vez también es digno de reconocer que los avances son importantes. Este compromiso con la sociedad tiene todo un soporte legal enmarcado en:

El principio básico dentro del marco de la institucionalidad del sistema del bienestar social, se tiene como base fundamental los artículos 4º y 123, que este último hace referencia al derecho a la seguridad social dentro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; “a que todos los asalariados y que toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil, de tal forma que dará como resultado la creación de empleos y la organización social para el trabajo conforme lo marca la ley”. Las fracciones de este artículo relacionadas con la salud son II, V, XIV, XXIX del apartado A y XI del apartado B.

El marco del sistema de salud debe de tener una serie de cambios donde se pone de manifiesto que las actuales estructuras administrativas y legales se han vuelto obsoletas en este momento, representando esto una falta de calidad y garantía así como que la infraestructura ha sido insuficiente; por lo cual se crean nuevos organismos e instituciones necesarias que coadyuvan al propósito final del derecho a la salud, como un derecho universal.

Entre los principales puntos de la legislación mexicana del ensayo que nos ocupa, tenemos como se mencionó anteriormente al Capítulo 4º Constitucional que se refiere muy concretamente a: que toda persona tiene derecho a la protección a la salud.

Proteger la salud de la población mexicana es un compromiso que se asume totalmente en el artículo 4º constitucional, y que se ve reflejado en la Ley General de Salud que se concentra en tres aspectos sumamente importantes: a) Las políticas a seguir, b) Las estrategias implementadas, así como el Programa de Salud dentro del Plan Nacional de Desarrollo.

La Constitución señala 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 lo dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución.^{1/}

Toda familia tiene derecho a disfrutar de una vivienda digna y decorosa, la ley establece los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar dicho objetivo.

El deber de los padres es preservar el derecho a los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud mental y física, donde la ley establece y determina los apoyos a la protección de los menores a cargo de las instituciones públicas y con una

^{1/} Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Editorial Porrúa, México 1980.

clara intervención del estado, observamos que a partir de estos principios de legislación jurídica se sientan las bases para definir una política encaminada a organizar y estructurar de manera completa un modo eficiente y equitativo del sistema de salud, donde el objetivo fundamental es acrecentar la calidad y la calidez de atención al paciente como algo primordialmente valioso para la sociedad.^{2/}

2.2 La Ley General de Salud

En el año de 1983 se incorpora al artículo 4º constitucional, en el cual se establece como garantía social que toda persona como se menciona anteriormente tiene acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación así como de las entidades federativas en materia de salubridad general; con esta reforma se da pie a la creación “de la Ley General de Salud Pública”, siendo publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, donde se faculta a la Secretaría de Salubridad y Asistencia a la coordinación del Sistema Nacional de Salud, siendo este el organismo regulador de todo el aparato del Sistema de Salud, definiendo los campos de la salubridad general y que principalmente sienta las bases para la descentralización de los servicios de salud fundada en el decreto del 30 de agosto de 1983, donde se establecen y determinan los mecanismos del programa de los servicios de salud de la Secretaría.

El 21 de enero de 1985 fue reformada la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, haciéndose entre otras modificaciones el cambio de nombre de la Secretaría de Salubridad y Asistencia por el de Secretaría de Salud, dichas modificaciones efectuadas a la Ley Orgánica se encaminaron a una nueva organización y presentación de los servicios de salud específicamente dirigida a la población abierta, dando como resultado un serie de cambios fundamentales en el esquema de organización y funcionamiento de la estructura administrativa cuyo propósito final es el

^{2/} Ayala Espino José, Economía del Sector Público Mexicano., Facultad de Economía. UNAM, marzo 2005, Capítulo 22 págs. 538, 539.

de consolidar el Sistema Nacional de Salud con la descentralización y sectorización de los elementos que lo integran.

2.3 Programa Nacional de Salud 2001-2006

Este anticipa la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario plural de alta calidad, participativo y vinculado al desarrollo. En el año de 2005 todo mexicano tendrá acceso a un seguro de salud independientemente a su capacidad de pago, su nivel de riesgo o su filiación laboral; éste seguro a su vez, le garantizará el acceso a los servicios bajo un modelo integrado de atención a la salud; se atenderá de manera preferencial las necesidades de los grupos mas vulnerables, cuyo objetivo principal es el de reducir en lo posible las brechas de salud que pudieran existir entre los diferentes subgrupos de la población, donde las contribuciones al sistema de salud serán proporcionales a la capacidad de pago y los beneficios se distribuirán atendiendo principalmente a las necesidades de la población, éste proceso lo facilitará la acumulación de los recursos financieros de fondos predominantemente públicos.^{3/}

2.4 Derecho Social Garantizado

Acceso gratuito a los servicios médicos.

Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral.

^{3/} Plan Nacional de Salud 2001-2006. La Democratización de la Salud en México “Hacia un Sistema Universal de Salud” pág. 75

Fundamento

- Artículo 4º constitucional
- Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales suscrito, en 1981.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos suscrito en 1999. Aprobada por la Asamblea Legislativa el 26 de abril de 2006, Gaceta Oficial del D.F. Núm. 58 (559.74 KB).^{4/}

2.5 Seguridad Social

La seguridad social se refiere al conjunto de seguros y prestaciones sociales de la cobertura universal que se ha implantado en los países capitalistas desarrollándose a lo largo de este siglo, teniendo su origen en los movimientos sociales de fines del siglo XIX; todo esto conlleva a resumirse que la seguridad social forma una red de organismos funciones e instituciones que han tenido un importante papel para el desarrollo económico del país; ocupándonos específicamente en el caso de México, la seguridad social a pesar de su insuficiente desarrollo ha tenido un importante papel en la modernización y crecimiento económico, siendo este un mecanismo de protección a los grupos mas vulnerables de la sociedad. En sentido amplio el sistema de seguridad social cubre un conjunto de actividades que realiza el sector público en torno al bienestar de los individuos, sus familias y grupos sociales organizados, en distintos países del mundo se han desarrollado diferentes sistemas de seguridad social partiendo de su grado de desarrollo y sus posibilidades económicas, tipo de régimen político así como tradiciones culturales.

El cuadro siguiente indica, las principales características del Sistema de Seguridad Social.

^{4/} Página de Internet <http://www.salud.df.gob.mx>.

Cuadro 1. Principales Características del Sistema de Seguridad Social		
SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL	Seguro Social	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de pensiones. • Sistema del ahorro para el retiro. • Seguro contra el desempleo. • Prevención y atención a los accidentes del trabajo. • Capacitación y reentrenamiento laboral. • Salud de la población asegurada.
	Salud Pública	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de salud pública de la población no asegurada (hospitales públicos, centros de salud, etc). • Vacunaciones. • Epidemias de enfermedades endémicas.
	Asistencia Social	<ul style="list-style-type: none"> • Combate a la pobreza. • Desarrollo a la comunidad. • Atención a la población vulnerable.
	Desarrollo Social	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de agua potable, alcantarillado y letrinas. • Cultura, deporte y esparcimiento
	Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Vivienda a trabajadores que cotizan en alguno de los sistemas gubernamentales. • Infraestructura para el desarrollo de la vivienda.

Fuente: Economía del Sector Público Mexicano, Ayala Espino José, Facultad de Economía. UNAM, marzo 2005. Pág. 495.

Las características del sistema de seguridad social tiene un carácter institucional en el marco estatal y obligatorio gestionada por la administración, pero en ciertos casos coexisten en ella otras organizaciones de la seguridad social de menor nivel para atender los ámbitos profesional, sectorial y mutualistas que son el resultado de acuerdos especiales entre distintos grupos de patronos y obreros, o bien resultado de la unión de profesionales liberales como también de las uniones mutualistas voluntarias.

La seguridad social como sistema es una de las creaciones institucionales más importantes del capitalismo contemporáneo, este sistema se ha desarrollado en una multiplicidad de formas y con cobertura de la población y prestaciones muy desiguales. Este es un sistema muy dinámico que se adapta a las situaciones siempre cambiantes de la existencia humana y de la vida social, estando presente como derecho en las Constituciones de la mayoría de los estados modernos, siendo su propósito fundamental el proteger al individuo y familias de las inestabilidades y amenazas que de manera natural se presentan en la vida normal de las personas; su muerte de los seres mas cercanos, la pérdida del empleo y la enfermedad.^{5/}

^{5/} José Ayala Espino, Economía del Sector Público Mexicano, Facultad de Economía. UNAM, marzo 2005, capítulo 20 pag. 493-495.

Cuadro 2. Estructura de la Población sin Seguridad Social por Edad y Sexo (porcentaje del total de cada grupo)		
Grupo de edad	Hombres	Mujeres
15 - 19	16.3	16.1
25 - 29	11.3	10.9
35 - 39	9.7	8.3
45 - 49	5.7	5.9
60 - 64	3.3	3.1
70 - 79	1.9	2.1
80 y mas	1.2	1.7
TOTAL	100.0	
Números absolutos	18,634,589	20,178,733

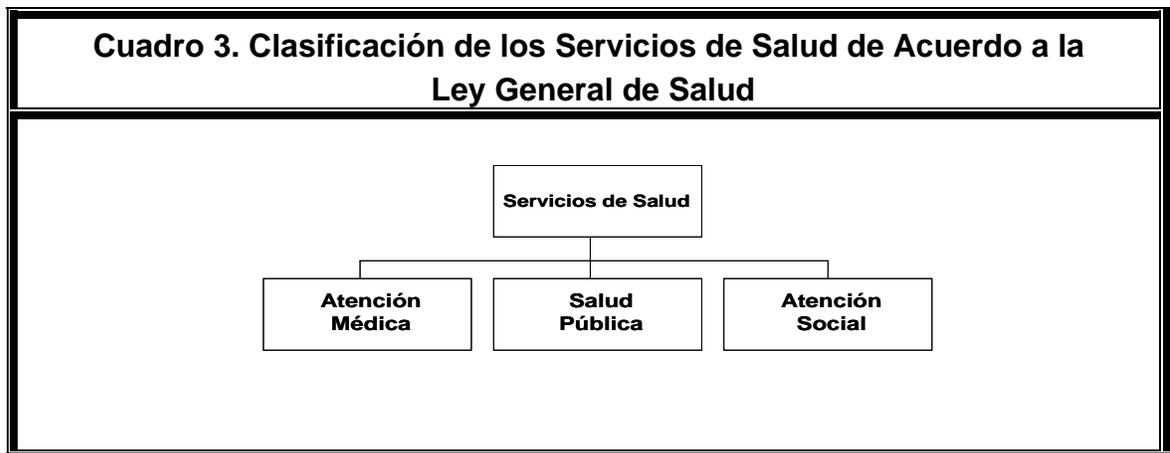
Fuente: Encuesta Nacional sobre Seguridad Social Secretaría del Trabajo (3) Economía del Sector Público. Mexicano, Ayala Espino José, Págs. 495-499

2.6 Sistema de Salud Pública

Se trato el tema de seguridad social como antecedente a la salud pública, motivo especial de este ensayo, consecuentemente se plantea que la salud pública en México ha sido un componente importante de la política social, seguida por el Estado, del cual se desprende que falta mucho por realizar para cubrir en su totalidad las necesidades de salud de la población teniendo como consecuencia éste el desarrollo mexicano, que se debe en gran medida al sistema público de salud, que es uno de los elementos para el bienestar de la población de escasos recursos y quizás el mas importante revistiendo un avance creciente en la economía mexicana, al igual que otras economías de otros países ya sean desarrollados o en vías de desarrollo. El gasto en el sector salud ocupa un lugar cada vez más importante como porcentaje del gasto público del producto interno bruto (PIB), traduciéndose esto que el gasto de salud es una inversión en capital humano, pues permite que las personas alcancen un nivel adecuado de calidad de vida contribuyendo esto al desarrollo económico del país.

La salud del conjunto de la población tiene importantes implicaciones de orden público en México, se reconoce a la salud como un derecho social, esto aunque no se cumpla plenamente ya que los mexicanos llegan a tener acceso a los servicios de salud públicos o privados.

Las políticas para promover el desarrollo de una sociedad finalmente influirá en los niveles de salud, dando esto concretamente el desarrollo de la comunidad, tomando en consideración la capacidad, la oferta, la disponibilidad y la accesibilidad de estos servicios y de las necesidades que demanda la población en materia de salud; esto viene a determinar los indicadores básicos para el acuerdo a los puntos anteriormente señalados donde el Estado tenga y pueda diseñar y evaluar las políticas públicas en este campo que es motivo de nuestro ensayo, tomando como parteaguas el acelerado crecimiento demográfico, la concentración de la gran población económicamente activa en la gran urbe del Distrito Federal, la dispersión de la población rural tiene consecuencias críticas sobre los recursos a la salud así como su acceso a ellas, considerando el rezago social en materia de servicios urbanos y seguridad y aún inclusive del medio ambiente, es un factor determinante que agrava significativamente los problemas de la salud pública.



Fuente: Economía del Sector Público Mexicano, Ayala Espino José, Facultad de Economía. UNAM, marzo 2005. pág. 541.

Por ello en el siguiente capítulo se mencionan los orígenes e infraestructura con que cuenta la secretaría de Salud del Distrito Federal a fin de dar atención médica a la población abierta mas desprotegida.

CAPITULO III

ORIGENES E INFRAESTRUCTURA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

En este capítulo se relatan los orígenes e infraestructura de la SSDF, su etapa de descentralización de los Servicios Médicos del Distrito Federal, la creación y objetivo del Seguro Social y el ISSSTE, habiendo tres instituciones, una del orden público, otra social y otro privado; la infraestructura y distribución de los hospitales y centros de salud. Se plantea en los años ochenta por primera vez la necesidad de buscar nuevas opciones para resolver los problemas de salud de la clase más desprotegida.

3.1 Antecedentes

Para poder referirnos a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, resulta importante citar sus verdaderos orígenes, señalando que la Secretaría de Salud data del año de 1943 en una nueva etapa económica del país, que se caracterizaba por la industrialización, la urbanización, la alfabetización y el desarrollo de una amplia clase social media, donde el desarrollo estableció una estrecha alianza entre trabajadores industriales y el gobierno federal; por estas fechas también se estableció el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Donde se llega a un acuerdo institucional que permitiera encausar los mayores beneficios de cada uno de los modelos de política de salud que se encontraban ya probados, ampliando la cobertura al sector industrial, y de esta forma reduciendo los conflictos a que se daban lugar en sus diferentes objetivos.

Remontándonos un poco en el marco de la descentralización de los Servicios de Salud para la población abierta del Distrito Federal en el año de 1997, donde se busco asegurar a la población la adecuada organización y acceso a los Servicios de salud de

primer y segundo nivel mediante la creación de un nuevo sistema de prestación de servicios, se formalizó el Convenio de la Coordinación y Colaboración entre la Secretaría de Salud del Distrito Federal el 12 marzo 2003, donde se establecen los mecanismos de coordinación de carácter técnico, jurídicos y administrativos con el fin de garantizar los recursos tanto humanos, naturales y de financiamiento necesarios para la adecuada organización.

El IMSS se creó para canalizar contribuciones tipo tripartita en apoyo a la industrialización de las principales ciudades, bajo la condición gubernamental y la oferta pública de servicios integrales, esto como consecuencia de la escasa oferta de servicios privados en materia de salud, así con el fin gubernamental de prestar servicios médicos integrales que estaban estrictamente dirigidos en apoyo al crecimiento económico, lo cual trajo como resultado rendimientos crecientes significativos durante décadas.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia fue creada por la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad donde su objetivo principal era asignar recursos a los Servicios Coordinados de Salud Pública, la cobertura asistencial se amplió para cubrir de manera integral a la población que quedó desprotegida al margen de la seguridad social donde se incluyó la mayor parte de los campesinos.

En 1959 se crea también el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuyo objetivo fue consolidar la diversidad del sistema de pensiones y prestaciones de los burócratas federales, este propició la relación política entre el gobierno y diversos grupos estratégicos encaminados a la producción y crecimiento económico.

En el caso de la salud del Gobierno Federal lanzó una iniciativa para ampliar sustancialmente la cobertura a la población marginada con el apoyo de los recursos derivados del petróleo.

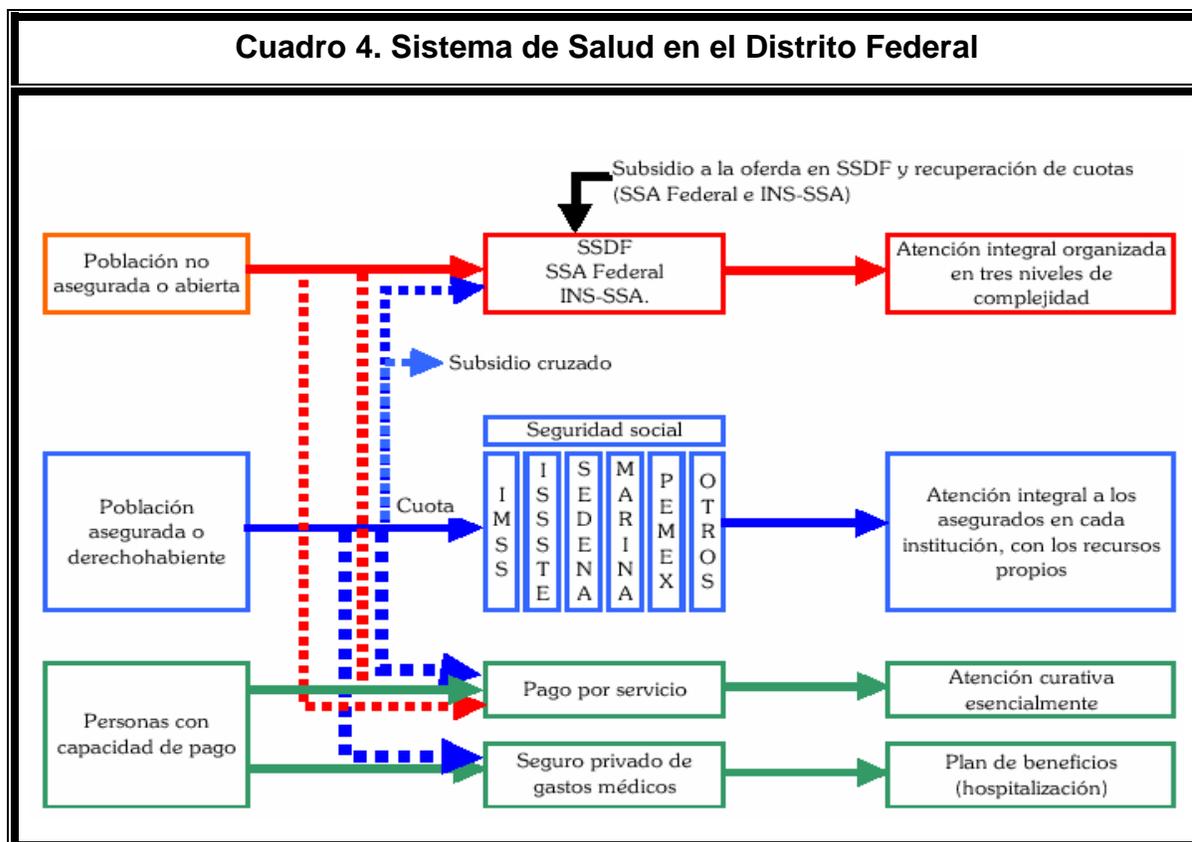
Durante la época de los ochenta, se inició la descentralización de los servicios de salud, consolidando los programas a escala central y a su vez transfiriéndolos principalmente a 13 estados de la república (Aguascalientes, Baja California Sur, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tabasco y Tlaxcala) además del Distrito Federal.

El sistema de salud contempla servicios de seguridad social para trabajadores, servicios para la población abierta fundamentalmente marginada con limitada capacidad económica y los servicios privados orientados a la población de mas altos ingresos, originando con esto el surgimiento de numerosas e importantes estructuras administrativas muy heterogéneas y difíciles de administrar.

Se estima que los trabajadores afiliados por Petróleos Mexicanos (PEMEX) y Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) proporcionan una cobertura a nivel nacional de 4.8 millones de personas en total (estimación de la SSA para 1997). Los autoempleados y trabajadores de la economía informal, tienen la opción de afiliarse al IMSS si lo desean, pero en la práctica la afiliación voluntaria es baja; la población no asegurada (población abierta) constituye un grupo de población heterogéneo formado por habitantes de zonas rurales y de algunas zonas urbanas marginadas, donde tienen acceso a los servicios públicos de salud proporcionados por la SSA a través de los servicios estatales y por el Departamento del Distrito Federal (DDF), en la Ciudad de México este grupo representa 3.4 millones de personas. Existe además un pequeño sector privado que proporciona servicios de calidad diversa a personas de todos los niveles de ingreso, se estima oficialmente en 3.6 millones de personas en 1996 que representa menos del 5 por ciento de la población total.

Por otra parte se da el caso de la gente muy pobre quienes tienen un nivel medio de ingreso que utilizan los servicios médicos privados y que generalmente pagan de su bolsillo; es difícil medir con precisión el uso de los servicios de salud privados pero

pueden ascender hasta el 33 por ciento de las consultas médicas de los grupos de menores ingresos.^{1/}



Fuente: Laurel Asa Cristina, Reducción de la Exclusión en la Salud, removiendo el obstáculo económico. "La experiencia del Gobierno del Distrito Federal". noviembre 2004, pág. 38.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal es la encargada de la formulación y conducción de las políticas de salud en la Ciudad de México, y su orientación responde a la garantía de la protección del derecho a la salud a través del Programa de Acceso Gratuito a la Atención Médica Integral y a los Medicamentos; centra su atención en la población mas desfavorecida de la ciudad, desde la perspectiva de construcción de la ciudadanía y de la responsabilidad pública para garantizar los derechos. Esta orientación la lleva adelante en un entorno nacional de reforma del sector salud que ofrece la competencia y promoción de la medicina privada como

^{1/} Kumate Rodríguez Jesús, "50 años de Salud Pública en el Distrito Federal". Subsecretaría de Servicios de Salud. Pág. 57-61.

solución a los problemas. Y cuya esencia consiste en introducir el aseguramiento universal aunque voluntario para dar sustento económico a la lógica, de competencia mercantil en la prestación de servicios de salud.^{2/}

3.2 Organización

El convenio de descentralización entre la Secretaría de Salud Federal y el GDF firmado en julio de 1997, propició 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 SSDF. Este convenio propició la fragmentación en los servicios al descentralizar la estructura y recursos del primero, sin integrarlos al segundo; por lo que se cuenta hoy en día con dos estructuras orgánicas y presupuestales, programas de acción diversos, distintas culturas organizacionales y condiciones jurídicas y laborales diferentes. La SSDF cuenta con poco más de 23 mil trabajadores afiliados a dos distintos sindicatos, el Sindicato Único de Trabajadores de GDF (local) y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (nacional).

3.3 Población de Responsabilidad

La población de responsabilidad de la SSDF en cuanto a las acciones de salud pública es la totalidad de los residentes del DF y su universo teórico de atención individualizada en salud son los aproximados 3.9 millones de personas que habitan en la entidad y que carecen de seguridad social pública; de entre ellos, un aproximado 5 por ciento se auto-excluye de esta atención por recurrir al sector privado.

^{2/} Laurel Asa Cristina, Reducción de la Exclusión en la Salud, Removiendo el Obstáculo Económico. La experiencia del Gobierno del Distrito Federal. Págs. 38,39.

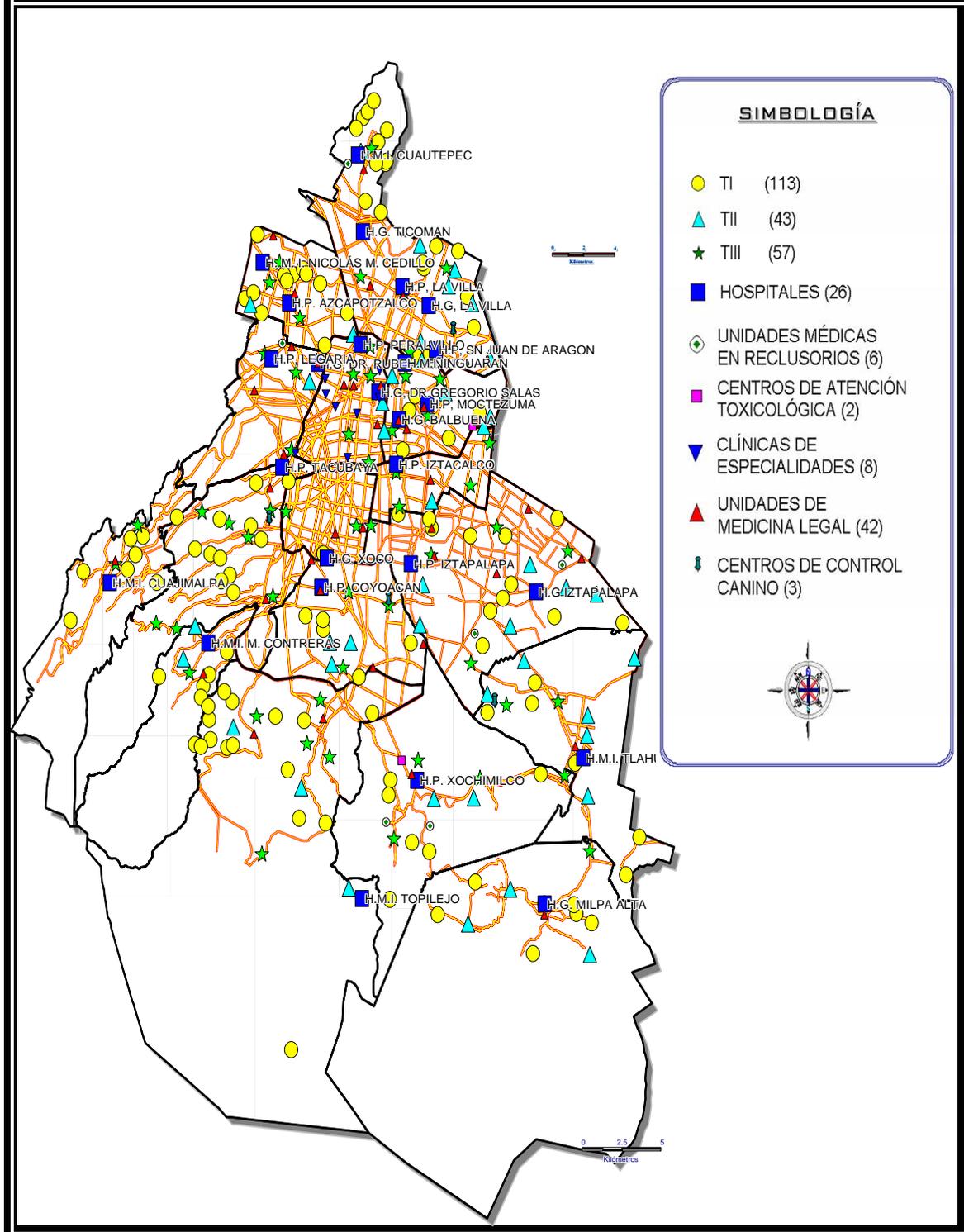
3.4 Infraestructura

La Secretaría de Salud cuenta con 26 hospitales que proceden de tiempos y situaciones de planeación diversas en materia de infraestructura y diseño. Muchos de los actuales hospitales fueron construidos en las zonas que en la actualidad no representan la mayor demanda de servicios, no obstante continúan siendo el principal recurso de atención para la población residente en el DF y en las entidades federativas circunvecinas. Existen 214 centros de salud de diversos tamaños y ubicación. (Ver cuadros 5,6,7).

Cuadro 5. Topología de los Hospitales Distrito Federal, 2001		
Generales	Materno Infantiles	Pediátricos
La Villa	Cuauhtépec	Villa
Gregorio Salas	Nicolás M. Cedillo	San Juan de Aragón
Rubén Leñero	Inguarán	Azcapotzalco
Balbuena	Cuajimalpa	Peralvillo
Xoco	Magdalena Contreras	Legaria
Iztapalapa	Topilejo	Tacubaya
Milpa Alta	Tláhuac	Moctezuma
Ticomán		Coyoacán
		Iztacalco
		Iztapalapa
		Xochimilco
TOTAL	8	7
		11

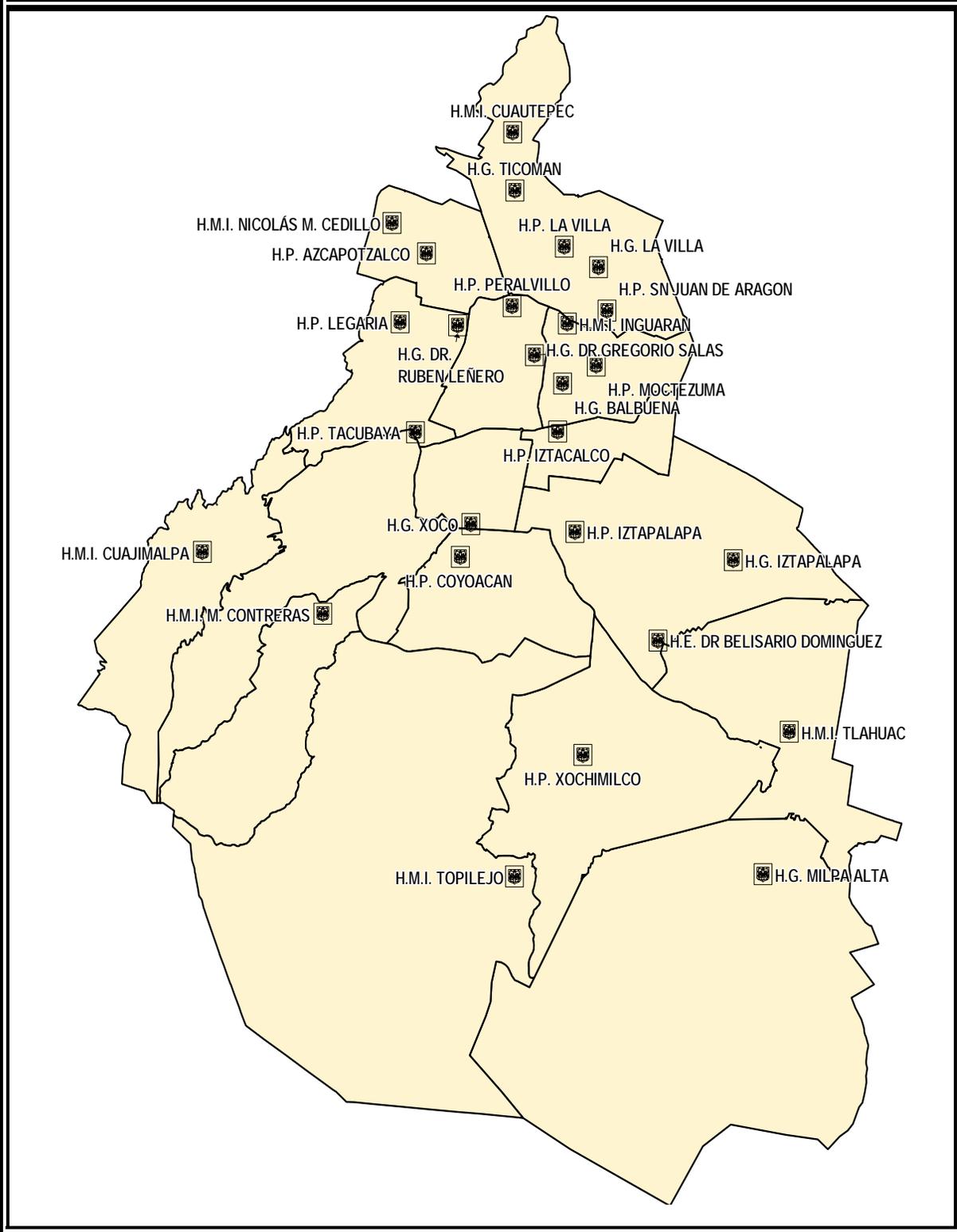
Fuente Secretaría de Salud del Distrito Federal, SISPA/Registro Nacional de Infraestructura para la Salud, 2001.

CUADRO 6. INFRAESTRUCTURA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL POR DELEGACIÓN POLÍTICA



Fuente: Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2001

CUADRO 7. HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL



Fuente: Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2001.

La SSDF también es responsable de la atención médica del sistema de reclusorios de la Ciudad de México, cuenta con cinco unidades médicas en reclusorios, un Centro de Sanciones Administrativas, dos centros toxicológicos, así como con 47 unidades médicas legales que se encuentran ubicadas en las agencias del Ministerio Público del Distrito Federal.

En conjunto el primero y segundo nivel de atención proveen a la SSDF de 2,293 camas censales, 875 no censales y 1,864 consultorios médicos. (cuadro 8)

Cuadro 8. Recursos Materiales en Unidades Médicas de la Secretaría de Salud, Distrito Federal, 2001			
Categorías	Niveles de Atención		
	Primero	Segundo	Total
Camas censales	19	2,274	2,293
Camas no censales	0	875	875
Incubadoras	0	249	249
Total de consultorios	1,453	411	1,864
Consultorios Generales	967	61	1,028
Consultorios especializados	393	328	721
Otros consultorios	93	22	115
Laboratorios de análisis clínicos	67	30	97
Laboratorios de patología	0	7	7
Gabinetes de rayos X	53	32	85
Equipos de rayos X	169	110	279
Quirófanos	0	74	74
Bancos de Sangre	0	5	5
Salas de expulsión	5	22	27

Fuente: Secretaría de Salud del Distrito Federal, SISPA/Registro Nacional de Infraestructura para la Salud, 2001.

La SSDF cuenta con 5,109 médicos, 87.2 por ciento (4,459) están en contacto directo con el paciente, de ellos, 46 por ciento se encuentran en el primer nivel de atención y el 54 por ciento en el segundo. El 33.7 por ciento de los médicos son especialistas, de ellos, 19.7 por ciento son pediatras, 12.1 por ciento obstetras, 11.2 por ciento cirujanos y 3.9 por ciento médicos internistas. El 12.7 por ciento del total de médicos cumple labores de dirección, planeación, enseñanza e investigación, epidemiología y otras actividades. En el sistema existen 5,866 enfermeras que constituyen el 67 por ciento de los recursos paramédicos de la Secretaría de Salud. De las enfermeras, 37 por ciento se encuentran en el primer nivel de atención, mientras que 63 por ciento están en el segundo nivel; de ellas, 53 por ciento son generales y 10 por ciento especialistas. El 9.5 por ciento del personal paramédico es técnico auxiliar de diagnóstico y tratamiento y 39.9 por ciento se encuentra en labores administrativas (Ver cuadro 9)

Cuadro 9. Personal Médicos y Paramédico con que cuenta la SSDF, 2001			
Categoría	Nivel de Atención		
Recursos Médicos	Primero	Segundo	Total
Total de Médicos	2,383	2,726	5,109
Médicos Generales	1,004	349	1,353
Médicos Especialistas	410	1,316	1,726
Pediatras	15	326	341
Gineco-obstetricia	19	191	210
Cirugía	13	182	195
Medicina Interna	4	64	68
Otras Especialidades	359	553	195
Residentes	32	332	364
Pasantes ^{1/}	187	238	425
Odontólogos ^{2/}	416	175	591
En otras labores ^{3/}	334	316	650
Recursos Paramédicos	Primero	Segundo	Total
Total de Paramédicos	3,825	4,982	8,807
Total de Enfermeras	2,185	3,681	5,866
Enfermeras Generales	767	2,360	3,127
Enfermeras Especialistas	1	629	630
Auxiliares de Enfermería	348	137	485
Otras	1,069	555	1,624
Paramédicos en Servicios Auxiliares de diagnóstico y tratamiento ^{4/}	342	498	840
Otros ^{5/}	1,298	803	2,101
Administrativos	1,862	1,654	3,516
Otros personal ^{6/}	314	2,130	2,444

^{1/} Incluye 226 internos de pregrado.

^{2/} Incluye 17 Odontólogos Especialistas.

^{3/} Incluye Médicos en labores administrativas, enseñanza e investigación, epidemiología y otras actividades.

^{4/} Incluye Químicos, Biólogos, Odontólogos, Laboratoristas en rehabilitación, Anestesiólogos, Radiólogos e Histopatólogos.

^{5/} Incluye personal en Trabajo Social, Farmacólogos, Nutriólogos, Psicólogos, otro personal profesional, estadísticos, Dietistas y Citotecnólogos.

^{6/} Incluye personal de archivo clínico, conservación y mantenimiento, intendencia y otro tipo de actividad.

Fuente Secretaría de Salud del Distrito Federal, SISPA/Registro Nacional de Infraestructura para la Salud-2001.

3.5 Prestación de Servicios

La SSDF es la responsable de los servicios colectivos de salud para toda la población y da seguimiento a los sistemas de vigilancia y alertas epidemiológicas; jornadas de vacunación nacionales; así como campañas de promoción de la salud. También lo es en la prestación de servicios individuales de hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, salud sexual y reproductiva, control del niño sano y salud prenatal. Para tal efecto coordina a todas las instituciones públicas de salud en la capital que la auxilian en este propósito.

La SSDF otorga servicios de salud a las familias y personas no aseguradas por las instituciones públicas de seguridad social residentes en el Distrito Federal. Estos servicios se ofrecen a través de dos formas: vía la inscripción al Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) de la SSDF y que permite el acceso universal sin costo alguno a los medicamentos y la atención oportuna y adecuada en el momento en que se requiere en las unidades médicas de la SSDF; o bien, mediante el pago de una cuota de recuperación acorde con la situación socio-económica del demandante, en el caso de no estar inscrito en el PSMMG o de no cumplir con los requisitos para afiliarse a él.

Hasta la aparición del PSMMG en el 2001 la población que se atendía en la SSDF tenía que pagar por atenderse en los servicios del sector público, exceptuando solamente del pago las acciones del Paquete Básico. El PSMMG, por el contrario, incluye los servicios colectivos e individuales que ofrece la red de servicios de primer nivel y los hospitales del DF de manera integral, junto con un cuadro institucional de medicamentos constituido en 2003 por: 390 claves, referidas a 283 medicamentos del nivel hospitalario; 93 claves equivalentes a 77 medicamentos, del primer nivel de atención y 17 medicamentos antirretrovirales.

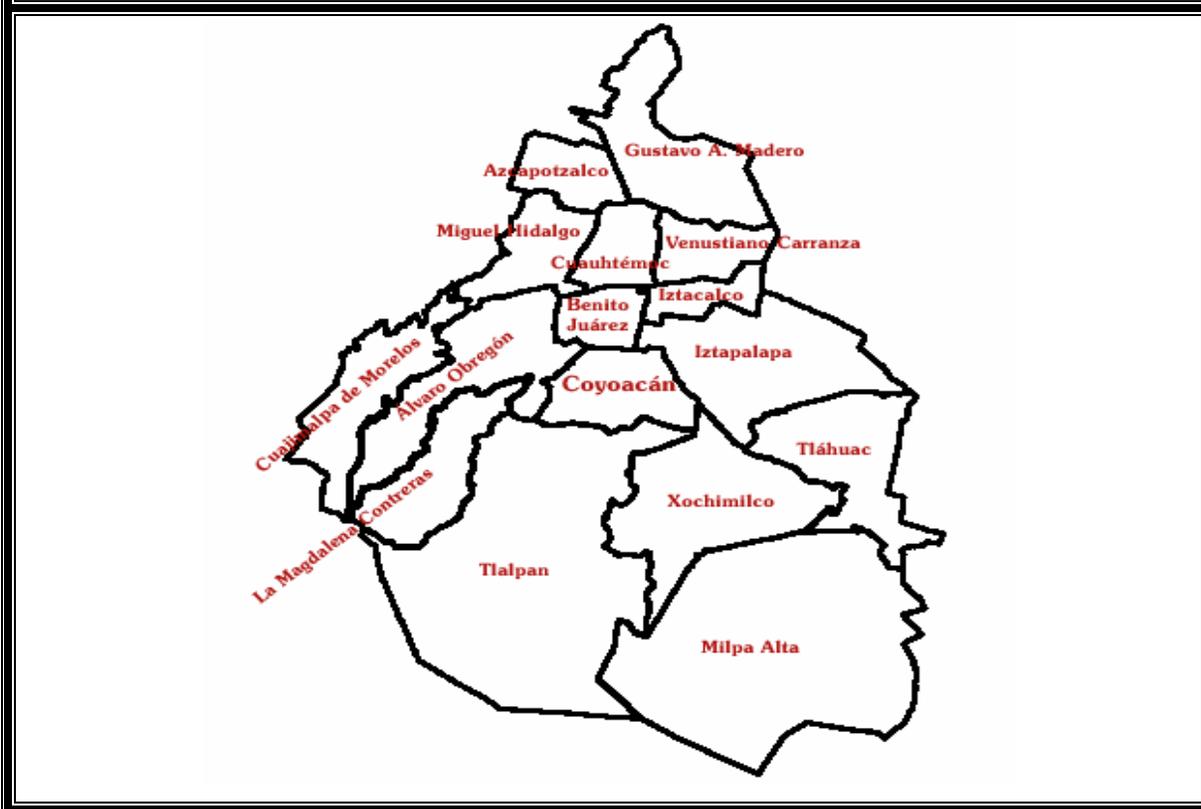
3.6 Condiciones Socio-Demográficas

La Ciudad de México junto con la Zona Metropolitana, constituye la mayor concentración humana de la República Mexicana. Es también el centro gubernamental, industrial, comercial, financiero y educativo más importante. Cuenta con 18.5 millones de habitantes de los cuales 8.6 millones corresponden al Distrito Federal y de ellos 4.1 son hombres y 4.5 mujeres, en una extensión territorial según marco geoestadístico de 2005 de 1,486 Km², (0.1 por ciento del total del territorio nacional) que se distribuye en dieciséis Delegaciones, con una densidad de población de 50 habitantes por Km².^{3/}

La estructura de gobierno en el Distrito Federal está compuesta por un área de nivel central y 16 delegaciones políticas, que tienen igual jerarquía y cuyos gobiernos son electos democráticamente cada tres años. La jefatura de Gobierno se elige cada seis años, en 1997 por primera vez conserva autonomía limitada como entidad federativa, por ser la sede de los poderes federales. Las jefaturas delegacionales constituyen el segundo orden de gobierno del Distrito Federal. (Ver cuadro 10).

^{3/} Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), Perspectivas estadística del Distrito Federal, México 2005. www.inegi.gob.mx.

Cuadro 10 Delimitación Geográfica del Distrito Federal



Fuente: Reducción de la Exclusión en la salud, removiendo el obstáculo económico. La experiencia del Gobierno del Distrito Federal. Pág. 24

El Producto Interno Bruto por habitante en el Distrito Federal es 3.4 veces mayor que el promedio nacional y la participación de la entidad en el producto del país es del 23 por ciento. El DF es el principal productor de riqueza de México; a diferencia de la mayoría de las entidades donde el producto por habitante decreció entre los años 1980 y 1998, en la Ciudad de México creció un 27 por ciento, lo que es señal de aumento sostenido de la productividad. La rama económica más dinámica es la de los servicios que aporta dos tercios del producto; que ocupa a siete de cada 10 capitalinos y genera el 90 por ciento de los nuevos empleos. El sector más dinámico es el de actividades bancarias, financieras y de seguros, con alcance nacional e internacional.

Servicios como comercio, restaurantes y hoteles, que representan el 41 por ciento de los establecimientos, tienen un escaso dinamismo.^{4/}

La Ciudad de México está subordinada a la política económica nacional, limitando su capacidad para generar empleo, y cuenta con baja capacidad recaudatoria (sólo el impuesto predial y algunos derechos). A pesar de ello, tiene independencia para introducir programas innovadores, institucionalizar nuevos derechos y estrategias de universalización; fortalecer las instituciones públicas y reorientar gasto hacia programas sociales.

De acuerdo con la información de COPLADE del 2000, el DF contaba con una población de 8,568,838 habitantes; de ellos 3.5 millones de personas, 41 por ciento de la población, residen en zonas de alta y muy alta marginación, con una profunda degradación del ambiente social y ecológico así como con serias carencias de servicios; 2.1 millones habitan en zonas de media marginación; 2.8 millones en áreas consideradas como de baja y muy baja marginalidad. (Ver cuadro 11).

Cuadro 11. Población Urbana Según Grado de Marginación en el Distrito Federal, 2000		
Grado de marginación	Población del Distrito Federal	Porcentaje
Muy Bajo	1,545,959	21.7
Bajo	1,348,710	19.2
Medio	2,172,315	25.4
Alto	1,641,650	15.7
Muy Alto	1,860,204	18.0
Total	8,568,838	100.0

Fuente: Coordinación de Planeación y Desarrollo Gobierno del Distrito Federal.

^{4/} Laurel Asa Cristina. Reducción y Exclusión en Salud, Removiendo el obstáculo económico. Pág. 24.

Esta situación significa, según cálculos de Julio Boltvinik (Boltvinik, 2002), usando el método de medición integrada de la pobreza, que 3.3 millones de capitalinos viven en pobreza extrema (38.3 por ciento) y otros 2.3 millones (26.6 por ciento) en pobreza moderada.^{5/}

Es decir que casi el 65 por ciento de la población de la capital puede ser considerada como pobre (con 5.6 millones de personas), lo que convierte al DF en la segunda ciudad del país por el número de pobres.

El porcentaje de población urbana de la ciudad es de 99.8, y se distribuye de la siguiente manera: las delegaciones Gustavo A. Madero e Iztapalapa concentran el mayor número de habitantes, en ambos casos superior al millón; para el resto de las delegaciones la población total oscila entre trescientos mil y seiscientos mil habitantes, con excepción de Cuajimalpa y Milpa Alta. Esta última tiene la mayor tasa de crecimiento media anual (4.3 por ciento) seguida de Tláhuac (3.9 por ciento) y Xochimilco (3.1 por ciento), que concentran el área rural de la ciudad.^{6/}

Según los datos de COPLADE de entre la población residente las mujeres constituyen el 52.2 por ciento (4,476,434) mientras que los hombres el 47.8 por ciento (4,092,029). La distribución por grupos de edad señala que el grupo de 15 a 64 años es el mayoritario con 67.6 por ciento, seguido del de 0 a 14 años con 26.4 por ciento y el grupo de 65 y más años con 6 por ciento. El índice de dependencia en el DF en 2000 de 47.9 por ciento, inferior al registrado una década atrás (54.7). En cambio, la edad mediana de la población en el 2000 aumentó a 27 años de 23 que se tenía, respectivamente.

El promedio de hijos nacidos vivos, fallecidos y sobrevivientes por mujer del DF en el 2000 fue 2.0, 0.1 y 1.9 respectivamente, con una distribución por delegación dispar. El promedio de hijos nacidos vivos por mujer no llega a 2.0 en las delegaciones de

^{5/} Presupuestación, Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud en México (2002) Programa de Organización de Servicios de la Salud OPS/OMS.

^{6/} Laurel Asa Cristina. Reducción y Exclusión en Salud, Removiendo el Obstáculo Económico. Pág. 26.

Xochimilco (1.5), Miguel Hidalgo (1.8), Benito Juárez (1.8) y Coyoacán; mientras que el promedio de fallecidos sobrepasa la media nacional principalmente en las delegaciones de Cuajimalpa, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa, Magdalena Contreras, Milpa Alta, Álvaro Obregón, Venustiano Carranza y Tláhuac con 0.1 cada una.

La población nacida en el DF, que vive en otra ciudad del país, creció ligeramente de 4.0 por ciento en 1990 a 4.8 por ciento en 2000, siendo la población que más emigra por delegación, las de Miguel Hidalgo (7.9 por ciento) y Benito Juárez (6.8 por ciento) y las de menor migración, Milpa Alta (2.7 por ciento) y Xochimilco (3.7 por ciento). Sin embargo, la población nacida en otras entidades federativas que vive en la ciudad disminuyó en los últimos diez años al pasar de 24.1 por ciento en 1990 a 21.2 por ciento en el 2000.

Por esta razón es que dicho ensayo se enfoca a la intervención del estado a los servicios de salud con la finalidad de implementar la atención universal de los mismos a través del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos.

CAPITULO IV

ANÁLISIS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN NO ASEGURADA 2000–2005 E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS GRATUITOS EN EL DISTRITO FEDERAL

En este capítulo se plantea la importancia por la falta de cobertura de algunos grupos de alto riesgo, particularmente niños y ancianos; mediante el establecimiento del Programa de servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, el Gobierno del Distrito Federal pretende dar una cobertura de servicio medico integral y cubrir este rezago en materia de salud.

4.1 La Importancia para los Sistemas de Salud, la Participación del Estado

En México la salud pública ha sido un componente importante de la política social seguida por el Estado, aunque falta mucho por hacer para satisfacer plenamente las necesidades.

La conformación de los sistemas modernos de atención a la salud se han caracterizado prácticamente en todo el mundo por una amplia intervención del Estado; sin duda esto ha producido grandes beneficios que se han traducido en la construcción de instituciones, la ampliación de la cobertura de los grupos mas desprotegidos, el reconocimiento a la atención de la salud como un derecho a la salud, concluyendo en una mejoría en los niveles de salud de la población; mas sin embargo esta situación se ha visto opacada por las fallas de la intervención del Estado como el burocratismo, el clientelismo, la exclusión social y la corrupción.

Ante estas realidades la reforma del Estado que es un punto central de debate en nuestro tiempos considerando principalmente los aspectos sociales, con el fin de financiar y producir los servicios de salud.

Las propuestas precedentes sobre la organización del sistema de salud por funciones ha incorporado varios elementos para una reforma del Estado en materia de salud, donde el Estado su función principal será: la modulación, el financiamiento y la prestación de los servicios de salud, la reforma del Estado se enfoca principalmente a delimitar el papel del Estado frente a la sociedad, tomando en consideración su ejecución eficiente, responsable y competitiva por parte de las organizaciones del gobierno, fincado en una forma lógica de la reforma del Estado encaminado finalmente a la desburocratización de la vida social, interviniendo conjuntamente para el futuro del sistema de salud; la descentralización, la asignación de presupuestos públicos y las bases para un nuevo tipo de relación entre el sector público y privado.

La reasignación de competencia hacia el nivel local y la distribución equilibrada del poder de decisión a lo largo y ancho del país son elementos indispensables para un sistema de salud moderno.

Por lo que se refiere al financiamiento, la desigualdad en la distribución del peso de la enfermedad y las imperfecciones del mercado, hacen necesario e indispensable un mecanismo para la agregación nacional de riesgos, así como la prevención de prácticas discriminatorias para los enfermos, por ello no conviene fragmentar el financiamiento en un multitud de fondos locales, donde la notable disparidad entre las entidades federativas, la descentralización y por si misma puede agravar las inequidades.^{1/}

^{1/} Economía y Salud-Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México, Fundación Mexicana para la Salud. Pág. 241

La preocupación por la falta de cobertura de algunos grupos de alto riesgo de la población especialmente los ancianos, ha constituido uno de los principales motivos por la que ha aumentado la intervención del Estado.

En años recientes el Estado ha reorientado los recursos públicos para la atención de políticas sociales, particularmente de la salud, la educación, y la capacitación y el adiestramiento, así como el combate a la pobreza; en efecto mas de la mitad actualmente y dentro del gasto social, el gasto en salud incluyendo el laboral pasó de 11.6 en 1984 a 21.7% en 1992, además el gasto total del gasto en salud que incluye tanto el gasto público como el privado, ha constituido a partir de 1990 mas del 4% del producto interno bruto en promedio anual.^{2/}

Para muchos gobiernos el principal objetivo es concentrar sus recursos y atención en compensar las diferencias de mercado y financiar eficientemente los servicios que benefician en particular a los pobres.

- Las condiciones de salud de la población.
- El comportamiento humano en cuanto ingresos y educación
- El monto y la eficacia del gasto en el sistema de salud
- La variedad de las enfermedades presentes determinadas en gran parte por el clima y la geografía

Las diferencias en cuanto al gasto en salud son un punto de partida existente en la búsqueda de explicaciones a las distintas condiciones de salud, según el Banco Mundial en 1994 en los países desarrollados el gasto en salud ascendió en un 8% con relación al PIB en América Latina fueron tan solo del 2% y en el caso específico de México los resultados tan solo del 2.1% en relación con la misma variable; sin embargo la determinación de los mecanismos de la selección para orientar el gasto

^{2/} Ayala espino José. Economía del Sector Público Mexicano, UNAM, Facultad DE Economía 2001-2005, Editorial Esfinge, pág. 553.

público en la salud dependerá de la demanda, sus costos administrativos de sus requisitos técnicos y el nivel de apoyo político que convergen.

Se plantea como problema típico de los sistemas de salud aquellos factores ajenos al sistema de salud pública que obstaculizan o facilitan el acceso de la población a los servicios de salud, poniendo en evidencia la importancia de las políticas intersectoriales donde se contemplan desde: las barreras topográficas, la calidad de los sistemas de comunicación hasta la diferencia o la homogeneidad cultural o étnica de la población, otros factores se relacionan con el nivel de desarrollo social, tales como el analfabetismo o bien con el signo de desarrollo económico como la estructura y la concentración del ingreso. Las reivindicaciones en materia de salud planteadas por las organizaciones con poder político ejercen también un poder importante en los aspectos inherentes al sistema de salud donde se tocan aspectos importantes:

- 1.- Grado de cobertura
- 2.- Tipo y monto de las cuotas
- 3.- Monto del gasto social destinado a la salud
- 4.- El marco institucional^{3/}

Las fallas de los mercados de asistencia sanitaria generan ineficiencias y pueden contribuir a los crecientes costos que han avivado los recientes debates sobre la política sanitaria donde podemos citar como esta ineficiencia como la excesiva provisión de asistencia sanitaria inadecuada. La pobreza cita Stiglitz es una de las principales causas por las que interviene el estado en la sanidad donde es preocupante la posibilidades que las personas muy pobres no recibieran la debida asistencia médica sanitaria, donde muchos piensan que no debe negarse la asistencia a la salud a ninguna persona cualquiera que sea su ingreso, donde debe tomarse en cuenta la edad; por consiguiente cita el autor que el acceso a los servicios

^{3/} Ayala Espino José, La Brecha de la Equidad, Santiago de Chile 1997. Economía del Sector Público Mexicano, UNAM, Facultad de Economía 2001-2005, Editorial Esfinge. pag. 540.

médicos no debe ser concentrado por el mercado, donde este servicio debe de ser suministrado a cualquier persona y bajo el mismo trato donde se considera según Stiglitz como el igualitarismo específico donde el sistema sanitario se enfrenta a tres problemas fundamentales a principios de los años 90:

- a.- Una elevada y creciente población sin asegurar.
- b.- Unos elevados y crecientes costos sanitarios.
- c.- Unos crecientes gastos sanitarios federales.^{4/}

La importancia que implica el Distrito Federal como punto convergente para la población económicamente activas y abierta, como centro económico del país ya que este se encuentra altamente concentrado por muy distintas y diversas clases sociales e ideológicas como resultado de una mala planeación en las grandes ciudades, trae consigo una marcada desigualdad en la distribución del espacio geográfico, así como de la riqueza económica y donde principalmente se manifiestan las políticas económicas encaminadas a alcanzar el desarrollo económico e integral que genera bienestar a toda la sociedad, así mismo dada esta desigualdad se manifiesta de forma preponderante el acceso que tienen todas aquellas clases mas desprotegidas a los servicios de salud: motivo del presente ensayo, esto conlleva urgentemente a un proceso de descentralización y creación de infraestructura que favorezca el otorgamiento de mayor participación del estado y los involucrados de acuerdo a las necesidades de cada estado, a implementar nuevos mecanismos y estrategias para un perfecto otorgamiento de los servicios de salud que tan urgentemente se requieren.^{5/}

^{4/} Stiglitz E. Joseph, Economía del Sector Público pag. 360,364, capítulo 12 (la sanidad).

^{5/} Rea Prieto José Guadalupe, Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) Desarrollo Regional y Política Estructural en México, Perspectivas OCDE 1998 para la versión en español “Disminución de la Asignación de Presupuesto al Gobierno Federal 2000-2005 pag.5.

La Salud Pública es uno de los componentes mas importantes de la política social seguida por el estado, por ello mucho del desarrollo de México se debe al sistema público de salud. El gasto de salud ocupa un lugar cada vez más importante como porcentaje del gasto público del producto interno bruto (PIB) recientemente se ha concluido que el gasto en salud es una inversión en capital humano, pues permite que las personas alcancen un nivel adecuado de vida, lo que conlleva al crecimiento económico del país. Además es una inversión porque tiene diferentes tasas de rendimiento por ejemplo, la inversión en el gasto en salud de los niños tiene mayor rendimiento a futuro que el gasto que se tenga a los ancianos, el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil hacen que los servicios de salud enfrenten crecientemente una población de mayor edad con padecimientos crónico degenerativos; cuya prevención y tratamiento demandan mayor cantidad de recursos detectando un gran problema que para el desarrollo de la infraestructura de la salud no existe todavía una regionalización operativa universal, es decir donde las instituciones crean de modo interactivo los mismos servicios y niveles de atención donde se dirigen los mismos esfuerzos hacia los mismos problemas pero con diferentes estrategias y se instrumenta una gran variedad de modelos con peculiaridades muy propias, donde hace falta un factor integrador que permita establecer una red de servicios de alta funcionalidad.

El Estado reconoce y asume la responsabilidad de la salud de la población, asigna ciertas obligaciones a los gobiernos estatales y municipales y deja cierta responsabilidad en manos del individuo y de las colectividades; la protección a la salud es una responsabilidad del gobierno que puede ser ejercida directamente o lo delega en las divisiones políticas y administrativas del país.^{6/}

^{6/} Ayala Espino José, Economía del Sector Público Mexicano. Facultad de Economía UNAM-marzo 2005. Pág. 560.

4.2 La Pobreza Urbana 2002-2005

En la Ciudad de México se manifiesta la devastación social a lo largo de dos décadas de Políticas de ajuste y cambio estructural donde en el Distrito Federal, alberga al 21.3% de su población, esto es a 1.8 millones de personas en zonas de muy alta marginación con una profunda degradación del ambiente social así como una serie de carencias y servicios y otros 4.1 millones en zonas de alta y media marginación, 1.1 millones viven en áreas consideradas como de baja marginación y otro 4.1 millones en zonas de muy baja, según un censo de adultos mayores levantados a principios de 2001, alrededor de 200 mil personas de 70 años residen en áreas de alta y media marginación, pero la pobreza no se circunscribe a los territorios de miseria según Boltovnick usando el método “de medición integrada de la pobreza” 3.3 millones de capitalinos viven en pobreza extrema (38.3%) y otros 2.3 millones (26.6%) en pobreza moderada, es decir con el 65% de la población de la capital se puede considerar como pobre, a pesar de la magnitud de la pobreza urbana la política nacional de combate a la pobreza abandonó a los marginados urbanos y en mayor medida a los del Distrito Federal, ya que no solo se eliminó el subsidio a algunos productos básicos, sino que la entidad fue excluida de los fondos destinados a la lucha contra la pobreza, así se profundizó el estancamiento de la infraestructura social y física que el primer gobierno electo apenas empieza a revertir entre 1998-2000; el empobrecimiento prolongado y masivo es el primer determinante importante de las diferentes condiciones de la salud en la ciudad, estas son impactadas por la precariedad del trabajo, los bajos ingresos y el crecimiento de la atención y conflicto; por ello las enfermedades relacionadas con la pobreza como en los padecimientos de la sociedad moderna; las enfermedades crónico degenerativas, el cáncer y las lesiones intencionales o accidentales y los problemas relacionados con adicciones, etc.

El termino pobreza utilizado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL); se consideran pobres aquellos hogares cuyo ingreso por persona no alcanza para cubrir

los requerimientos mínimos de alimentación, salud, educación, vestido y calzado, vivienda y transporte público.^{7/}

En estudio realizado por SEDESOL titulado “ Que dicen los pobres “ , para el año 2000 se concluyó: que la gran mayoría de las personas sin importar el lugar donde viven consideran que el principal cargo que en un hogar deben de cubrir cuando los recursos son escasos es la alimentación, sin embargo cuando se compara esta respuesta con otros gastos esta tiende a variar de acuerdo a la región por ejemplo: la zona centro solo el 3 por ciento de las personas mencionó este rubro señalando también que el gasto más grande es en Medicamentos y Servicios de la Salud el cuál representa menos del 1 por ciento.

Se observan las Delegaciones con mayor número de trabajadores inscritos en algún sistema de seguridad social, son las Delegaciones de Milpa Alta con el 64.57 por ciento de su población, Cuajimalpa de Morelos con el 52.53 por ciento, Xochimilco con el 51.50 por ciento e Iztapalapa con el 51.31 por ciento de sus trabajadores inscritos en un sistema de Seguridad Social; en contraste con las Delegaciones con mayor número de trabajadores no derechohabientes; Azcapotzalco con el 63.13 por ciento, Benito Juárez con el 58.12 por ciento y Coyoacan con el 55.66 por ciento de su población que no cuenta con servicios de seguridad social; lo anterior refleja la falta de seguridad en el trabajo así como una redistribución en el mercado laboral que se ubica fundamentalmente en las actividades terciarias (cuadro 12). Esto viene seguido a consideración que la falta de trabajo indirectamente afecta a las familias y a su vez el gasto en atención médica mermando lo ya tan citado el aspecto de la salud.^{8/}

^{7/} Rea Prieto José Guadalupe. (pobreza patrimonial) Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2001-2006 pág. 19 “Disminución de la asignación del presupuesto al Gobierno del Distrito Federal 2000-2005. UNAM 2006 -tesis página 123.

^{8/} Ibidem.

Cuadro 12. Población según Derechohabiencia			
(Porcentajes)			
Delegación	Derechohabientes	No Derechohabientes	No Especificado
Azcapotzalco	34.49	63.13	2.38
Coyoacán	40.81	55.66	3.53
Cuajimalpa	52.53	42.57	4.91
Gustavo A. Madero	44.67	53.40	1.93
Iztacalco	43.24	54.29	2.47
Iztapalapa	51.31	46.73	1.95
Magdalena			
Contreras	46.89	49.85	3.26
Milpa Alta	64.57	33.91	1.52
Alvaro Obregón	47.12	50.02	2.86
Tlahuac	49.45	48.25	2.30
Tlalpan	48.54	48.69	2.78
Xochimilco	51.50	45.89	2.61
Benito Juárez	37.04	58.12	4.83
Cuauhtemoc	42.83	53.30	3.87
Miguel Hidalgo	40.83	53.94	5.23
Venustiano Carranza	45.13	52.25	2.63

Fuente: Estadísticas de la SSDF 2005 con base a INEGI.

4.3.- Las Tendencias de la Política Nacional en Salud

El sistema de salud esta hoy mas fragmentado con servicios diferenciados en función de la capacidad de pago o prepago, en el sistema descentralizado para la población sin seguridad social la cobertura universal y gratuita solo abarca 13 acciones de la salud pública y de atención a los individuos y las familias, esto se refleja en un déficit de recursos para garantizar la cobertura de primer y segundo nivel de atención a la población no asegurada, que en algunos estados se puede caracterizar “como un desastre universal” situación en la que el Distrito Federal no se encuentra gracias a las medidas tomadas por el gobierno del Distrito Federal.

Detrás del estancamiento y deterioro de los servicios públicos para la población abierta esta el prolongado desfinanciamiento que se inició en 1983, en su peor momento la caída presupuestal llegó a más del 50 por ciento percapita, desde entonces ninguna institución con excepción del IMSS-Solidaridad ha recuperado su anterior nivel de ingreso gasto, el aumento del subsidio fiscal a los servicios del IMSS del cinco al 30 por ciento de sus ingresos no cubrió el déficit existente, porque se caracterizó principalmente a disminuir la cuota patronal que para cinco salarios mínimos de 8.6 al 5.2 por ciento sobre el salario, y para 25 salarios mínimos del 8.8 al 2.5 por ciento.

El gasto público de salud en México cuya cifra es de 2.6 por ciento del producto interno bruto (PIB) está entre los más bajos del continente y comparado con países en una fase similar de desarrollo. El crónico subfinanciamiento y su efecto sobre el déficit de recursos físicos y humanos son centrales en la problemática del sector salud, además de la insuficiencia financiera el presupuesto está mal distribuido entre los distintos grupos de la población; así el 0.74 por ciento del PIB es para los no-asegurados que constituyen el 59 por ciento de la población, mientras que el 1.86 por ciento de la población corresponde a los asegurados, esto representa el 41 por ciento de la población total.

El gobierno federal justifica el bajo gasto público en salud en la falta de ingresos fiscales, pero existe un subsidio oculto a la medicina privada, es así como los gastos médicos privados son deducibles de pago de impuestos; deducción que favorece particularmente a la población de altos ingresos, el monto de la pérdida de ingresos fiscales en este rubro es desconocido, pero se estima en una cantidad similar al presupuesto federal para la población no asegurada.

El desfinanciamiento público en salud y su impacto sobre la prestación de servicios de calidad, explican en gran medida el incremento del gasto en salud de los hogares que según la encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares del INEGI pasa del

2.9 por ciento del gasto monetario total en 1984 a 3.5 por ciento en el 2000, el 10 por ciento de las familias mas pobres no tiene recursos para atenderse, ya que en el 2000 sólo el 49 por ciento gastó en salud, en comparación con el 86 por ciento del 10 por ciento de las familias con los ingresos mas altos; la desigualdad en el gasto relativo es además desfavorable para las familias mas pobres ya que estas dedican el 5.2 por ciento de su gasto total en la salud, mientras que las familias con ingresos mas altos gastan el 3.5 por ciento.

El gasto en medicamentos representa en promedio el 36 por ciento del gasto en salud y llega al 47 por ciento para los hogares más pobres en comparación del 31 por ciento de los hogares de más altos ingresos en el 2000. En este contexto de desfinanciamiento fragmentación y disminución de la capacidad de respuesta de las instituciones públicas de salud se ofrece la competencia y la promoción del sector privado como la solución a los problemas del sector salud. La esencia de la Reforma Nacional en marcha se enfoca al aseguramiento universal, aunque voluntario para dar sustento económico a la lógica competencia mercantil en la producción de servicios de salud, con el fortalecimiento de una mezcla público privada tanto los administradores del financiamiento como los prestadores de servicio compiten por los “clientes”. Este modelo llamado Pluralismo estructurado, que se ha aplicado en Colombia sin mucho éxito y que es similar a lo que en EUA se conoce como (Managed-care) cuya crisis económica y social es ampliamente conocida.^{9/}

En este modelo “de pluralismo estructurado” la responsabilidad del Estado se restringe a garantizar un mínimo de servicios a los comprobadamente pobres y subsidiar un seguro que da derecho a recibir algunos otros servicios; al Estado le corresponde también regular las actividades de los agentes administradores de fondos y prestadores de servicio; las propuestas para garantizar este modelo se encuentran muy avanzados, el Programa Nacional de Salud 2002-2006 que postula la

^{9/} Laurel Asa Cristina, Programa de Salud 2002-2006 Gobierno del Distrito Federal Secretaria de Salud, México Ciudad de la Esperanza. pág 9.

introducción del Seguro Popular Voluntario con un subsidio estatal que ofrece cobertura de unas 80 intervenciones incluyendo medicamentos.

El sistema de salud del Distrito Federal sufre muchos de los problemas que aquejan al sistema nacional, a pesar de que la ciudad cuenta con la concentración mas alta de servicios de salud en el 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 por la Secretaría de Salud los grandes hospitales federales (Hospital General de México, Juárez de México, Gea González y el de la Mujer) catalogados como hospitales de tercer nivel; así como los Institutos Nacionales de Salud al igual que los servicios de salud mental.

Por otro lado tenemos el convenio de descentralización entre la Secretaría de Salud Federal y el Gobierno del Distrito Federal (GDF) firmado en julio de 1997, el cual constituye un obstáculo importante para la integración orgánica entre los servicios hospitalarios y de urgencias del Distrito Federal así como de los Servicios de Salud Pública; en tanto que en los estados se crearon Organismos Públicos Descentralizados dependientes de los gobiernos locales que integran la estructura, presupuestos y programas federales, estatales y municipales donde se incluyen los servicios hospitalarios y los Servicios Médicos del DIF. En el Distrito Federal se originó la fragmentación de los servicios al descentralizar la estructura y los recursos de la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, sin que fueran integrados con el Instituto de Salud del Distrito Federal, hoy Secretaría de Salud del Distrito Federal. Esto trae como resultado que los servicios de salud para la población sin seguridad social queden divididos en dos entidades administrativas: la de primer nivel en el Organismo Público Descentralizado(OPD) “Servicios de Salud Pública en el 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 directa, distintas formas de organización así como condiciones jurídicas y laborales diferentes.^{10/}

4.4 Los Efectos Socioeconómicos en el Distrito Federal, ante la Reducción de los Ingresos que Percibe el Gobierno del Distrito Federal.

A partir de 1997, en el Distrito Federal se instrumenta una nueva forma de hacer política; donde un partido Político de Izquierda a Llegado al Gobierno de la Ciudad mediante el proceso de votaciones ante una Sociedad cada vez más cambiante y compleja donde se demanda una serie de cambios sustanciales tanto en el ámbito Nacional como local, y no obstante de carácter mundial que requiere cambios de carácter muy importantes que le permitan atender sus diversas necesidades incluyendo la confianza y el respeto a sus Gobernantes e Instituciones; se analizarán las acciones que el Gobierno del Distrito Federal llevo a cabo para atender de forma conjunta con mayor posibilidad de abarcar la cobertura y eficiencia de las demandas de lo ciudadanos; además de retomar algunos acuerdos que el Gobierno del Distrito Federal en conjunto con diversos Estados y Municipios conurbados a realizado para dar atención a todas las demandas ciudadanas que viven en la Zona Metropolitana.^{11/}

De acuerdo a lo establecido en el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2001-2006, el nuevo Gobierno se guiara por los principios de honestidad profesionalismo, transparencia, eficacia y austeridad a fin de poder recuperar la confianza de los ciudadanos y aprovechar al máximo los recursos con los que cuenta.

El Distrito Federal se conforma con 8.6 millones de habitantes donde concurren 3.5 millones de personas más que la visitan, para realizar alguna actividad económica aunado a que es la entidad en la que concentran los tres poderes esto da como

^{10/} Laurel Asa Cristina, Programa de Salud 2002-2006 Gobierno del Distrito Federal, Secretaria de Salud, México Ciudad de la Esperanza, pag 11.

^{11/} Ibidem, pág.9.

resultado que el nivel de demandas ciudadanas tienda a incrementarse y a diversificarse

Por esto y debido a la escasez de recursos la gobernabilidad de esta ciudad se vuelve cada vez más compleja, por ello la necesidad del actual Gobierno por cambiar la forma de gobernar de recuperar la credibilidad de sus habitantes y fortalecer sus instituciones.

A continuación se hace referencia a los principales objetivos del Programa General de Desarrollo del Distrito Federal para el período 2001-2006:

1.- Convenios

2.- Educación

3.- Ingreso

4.- Salud

Se proporcionan Servicios Médicos a la Población no asegurada incrementando el nivel de cobertura y mejorando el Nivel de los Servicios.

La construcción de Centros de Salud y Hospitales se realizara en las zonas donde vive la gente más pobre a fin de garantiza una adecuada cobertura al finalizar el sexenio.

5.- Seguridad

6.-Social

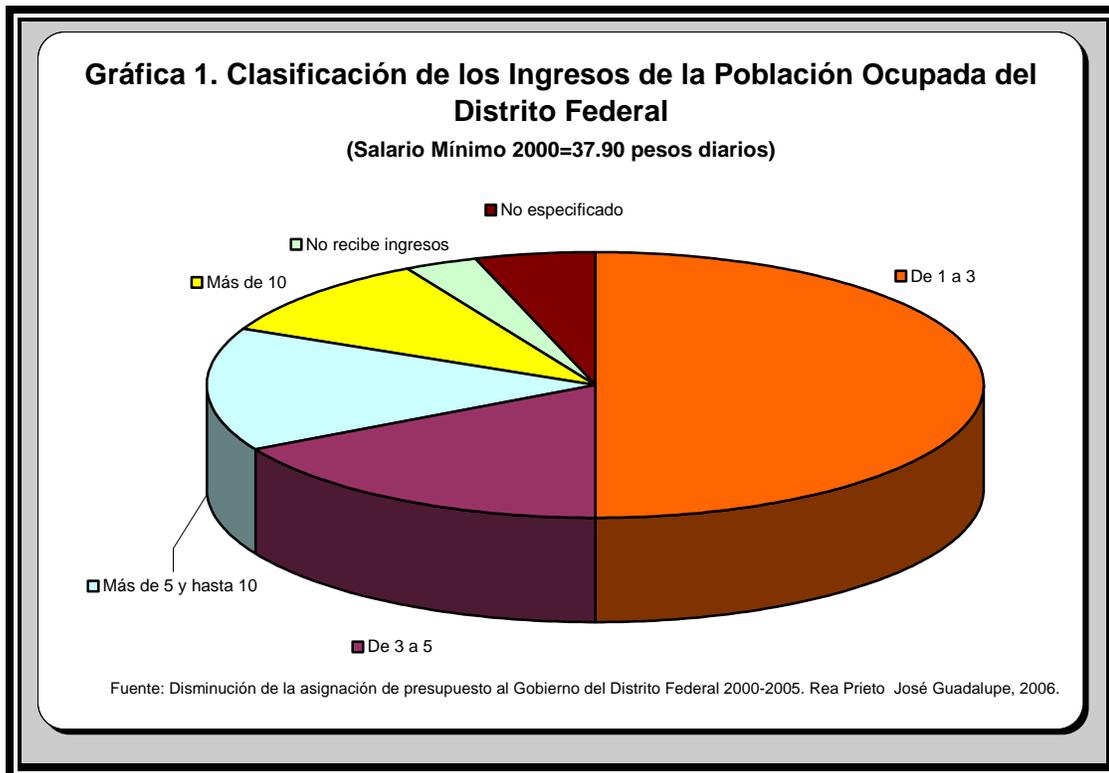
7.-Vivienda.

Estos objetivos demandan una Sociedad más participativa así como una fundamental coordinación con las zonas conurbadas que le permitan al Gobierno del Distrito Federal atender las necesidades de la población que diariamente acude a esta gran urbe.

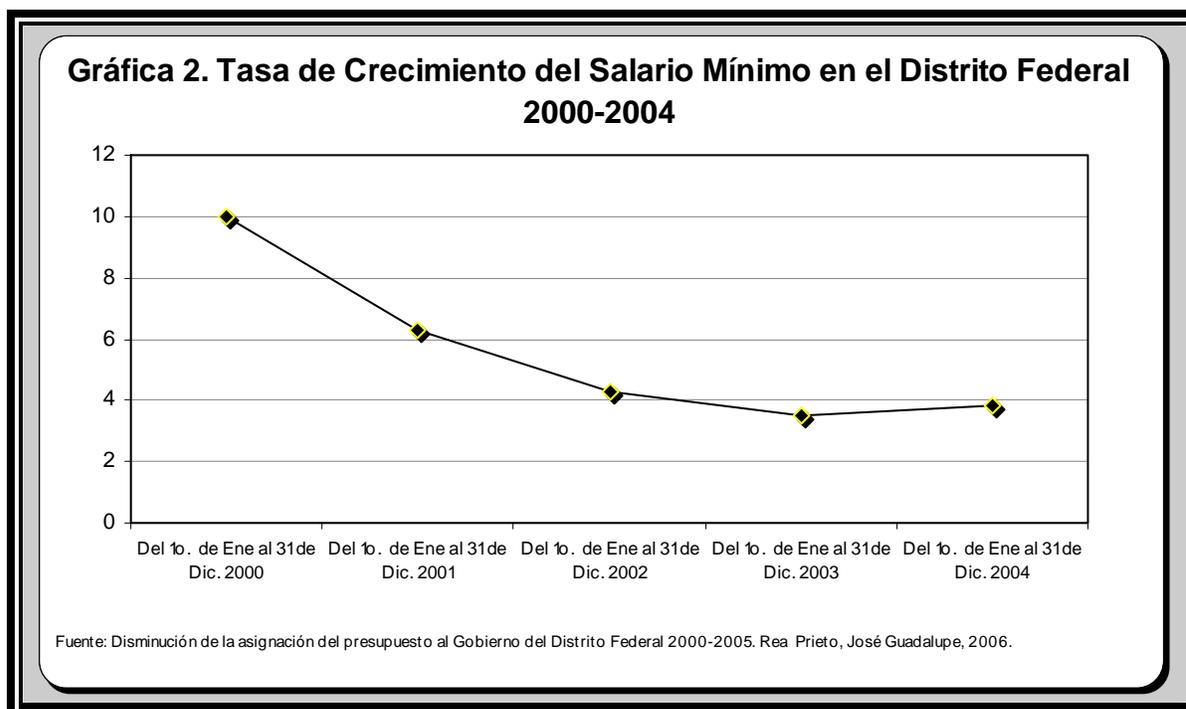
Muchas de las acciones que se mencionan y se plantean en el Programa referido 2001-2006 dan continuidad a los implementados a partir de 1997, cuando uno de los objetivos fundamentales era la descentralización de funciones y responsabilidades hacia las Delegaciones sin importar a que partido político pertenecían; siendo esta una tarea específica del Gobierno Capitalino de cambiar la forma de gobernar.

Para el año de 2001, el presupuesto del Distrito Federal se ubicó en 70,000 millones de pesos, mismos que el Lic. Andrés Manuel López Obrador quiere distribuir en familias de bajos ingresos así como una mejor calidad de vida para todos los ciudadanos y la generación de mejores oportunidades educativas, cuya estrategia sería la discrecionalidad con responsabilidad de manera que se vieran fortalecidas las estructuras e infraestructuras consistentes, más sin embargo López Obrador reconoce en última instancia que es vulnerable fiscalmente donde su objetivo primordial es limpiar la Secretaría de Hacienda del Distrito Federal, mediante el nombramiento de funcionarios agresivos en la recaudación de impuestos así como la reducción de tasas de evasión fiscal, aumentando las tarifas y volverlas progresivas etc.

Los rezagos del Gobierno de la Ciudad, se reflejan en los capitalinos y no estadísticas de cualquier organismo e Institución por ello es importante mencionar que el 50 por ciento de los capitalinos perciben de 1 y hasta 3 salarios mínimos (SM) en el año 2000 que prevalece en el Distrito Federal era de 37.90 pesos diarios. (Ver gráfica 1)



En el período comprendido de 1999 a 2004, la tasa de crecimiento anual del salario en el Distrito Federal presenta una tendencia decreciente de 1999 a 2000 en el incremento del SM, fue superior al 10 por ciento, sin embargo del 2001 con respecto al 2000 dicho incremento fue solo del 6.46 por ciento; dicha tendencia sigue siendo decreciente de tal forma que para el año 2004 con respecto del 2003 este incremento fue del 3.64 por ciento, crecimiento que fue ligeramente superior al registrado en el año anterior, que fue del 3.56 por ciento (Ver gráfica 2) donde se observa la tendencia del salario mínimo del Distrito Federal en el período 1999-2004.



Dada la gran crisis por la falta del empleo y el bajo ritmo de crecimiento económico en el período comprendido que citamos anteriormente el salario mínimo en general en el Distrito Federal presenta una tendencia decreciente donde el incrementó al salario mínimo fue superior al 10 por ciento, sin embargo y el 2001 al 2000 dicho incrementó fue solo del 4.6 por ciento, dicha tendencia continua siendo de creciente de tal forma que del año 2004 con respecto al 2003 este incrementó solo fue del 3.64 por ciento, cabe mencionar dicho proceso sobre el salario mínimo ya que este es un punto medular donde las familias más desprotegidas han visto mermados sus ingresos en el gasto destinado al rubro de la salud, es por ello el obstáculo tan grande que tienen al acceso a los Servicios Médicos.^{12/}

La organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE), durante un foro en el que se alude a la competitividad del área metropolitana de la Ciudad de México

^{12/} Rea Prieto José Guadalupe, Disminución de la asignación de presupuesto al Gobierno del Distrito Federal 2000-2005, UNAM 2006 Capítulo 3 Pág. 98.

(AMCM), donde se pone especial atención en el Distrito Federal, y señala que el mercado informal persiste en el D.F. y tiene un alto costo social para la urbe, lo que coadyuva a que se mantengan bajos los niveles de educación, nula capacitación para el trabajo y principalmente escaso desarrollo humano, esto se traduce como se menciona al principio de este ensayo en una merma en el ámbito general de la familia teniendo que ver muy específicamente con el aspecto de la salud.

En el ámbito social se han instrumentado diversos mecanismos de apoyo a la población en especial dirigidos a los adultos mayores, madres solteras, personas con discapacidad y estudiantes entre los cuales cabe destacar:

El 14 de febrero del 2001, se llevó cabo una resolución de carácter general en la que se exime de pago de derechos por los servicios médicos que presta el Gobierno del Distrito Federal a la población abierta, a las personas que no contaban con algún régimen de seguridad social, que tuvieran residencia mínima de tres años y que habitarán en zonas determinadas.^{13/}

El 27 de noviembre del 2001 se publicó un acuerdo mediante el cuál se modifico el programa de apoyo a la atención médica medicamentos gratuitos para adultos mayores residentes en el D.F, elaborándose a su vez un padrón de adultos de 250,000 mayores de setenta años en lugar de 200,000.

Al finalizar el 2001 se atendieron en los diferentes hospitales y consultorios de las delegaciones del Distrito Federal un total de 49,490 personas por concepto de Consulta General. Concluyéndose la remodelación y rehabilitación de 6 Hospitales Generales y un Centro de Salud; a partir del 2001 el Gobierno del Distrito Federal incorporó un Programa llamado "Programa Integrado Territorial para el Desarrollo Social "(PITDS), cuyo fin era fortalecer el gasto en materia social hacía la población

^{13/} Rea Prieto José Guadalupe, ver Cuenta Pública 2001 Gobierno del Distrito Federal. Disminución de la Asignación de presupuesto al Gobierno del Distrito Federal 2000-2005. UNAM 2006.. pág. 115.

más desprotegida, estos apoyos están integrados con recursos propios del Distrito Federal y por transferencias hechas por la Federación (Ver cuadro 13).

Cuadro 13. Importes Proporcionados por el GDF a los Diversos Grupos Vulnerables Programa Integral Territorial Desarrollo Social						
(Millones de pesos)						
Tipo de Apoyo	2004	%	2005	%	2006	%
Adultos Mayores	2,839.0	48.6	3,246.0	53.3	3,416.0	52.6
Viviendas en conjunto	128.0	2.2	640.0	10.5	956.0	14.7
Ampliación y Rehabilitación de vivienda	1,420.0	24.3	800.0	13.1	665.0	10.2
Rescate de unidades habitacionales	75.0	1.3	71.0	1.2	73.0	1.1
Créditos a Microempresarios	158.0	2.7	106.0	1.7	100	1.5
Becas para trabajadores desempleados	152.0	2.6	94.0	1.5	80.0	1.2
Apoyo a personas con discapacidad	138.0	2.4	580.0	9.5	619.0	9.5
Apoyo a niños y niñas en condiciones de pobreza y vulnerabilidad	269.0	4.6	142	2.3	156.0	2.4
Desayunos escolares	108.0	1.8	312.0	5.1	328.0	5.0
Apoyo a producción rural	549.0	9.4	101.0	1.7	104.0	1.6
PIEPS			45.0	0.7	46.0	0.7
FOCOMDES			50.0	0.8	52.0	0.8
ALIANZA			5.0	0.1	5.0	0.1
Desarrollo Social			1.0	0.0	1.0	0.0
TOTAL	5,836.0	100.0	6,092.0	100.0	6,497.0	100.0

Fuente: Estadísticas de la SSDF con base en datos de la Cuenta Pública 2004 y Presupuesto de Gastos 2005-2006.

Este representa los importes proporcionados por el Gobierno del Distrito Federal a los diversos grupos vulnerables del Distrito Federal período 2004-2006, entre estos grupos encontramos los adultos mayores que tienen una participación del 50 por ciento del total de los apoyos proporcionados durante 2005-2006.

4.5 Financiamiento y Gasto del Distrito Federal

El financiamiento para el Programa de Salud del Gobierno del Distrito Federal se realiza principalmente a través de recursos locales. En 2003, las aportaciones federales representaron sólo el 24.7 por ciento del total de recursos destinados por el GDF a la salud (Ver cuadro 14).

Cuadro 14. Presupuesto según Origen y Destino de los Recursos, SSDF 2000-2003								
Recursos	2000		2001		2002		2003	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Programa de Salud								
Recursos Federales: Rama 33 "FASSA"								
Servicios de Salud Pública del DF	1,210,928	34.7	1,523,430	27.2	1,640,720	24.3	1,759,430	24.7
Recursos del Gobierno del Distrito Federal								
Ejercido en la Secretaría de Salud	2,201,086		2,736,043		2,831,697	41.9	2,607,625	36.6
Transferencia al OPD			18,000		20,000	0.3	9,000	0.1
Ejercido en la Secretaría de Obras			44,748		69,000	1.0	68,793	1.0
Subtotal Salud GDF	2,201,086	63.1	2,798,791	49.8	2,920,697	43.2	2,85,417	37.7
Total Salud (Federal y GDF)	3,412,014	97.8	4,322,221	77.0	4,561,417	67.5	4,444,848	62.3
Programas Sociales								
Adultos Mayores			1,213,033		2,061,291		2,547,820	
LICONSA			65,856		137,344		139,204	
Total Programas Sociales	75,023	2.2	1,278,889	23.0	2,198,635	32.5	2,687,024	37.7
Total de Recursos del GDF	2,276,109	65.3	4,077,680	72.8	5,119,331	75.7	5,372,441	75.3
TOTAL	3,487,037	100.0	5,601,110	100.0	6,760,051	100.0	7,131,872	100.0

Fuente: Dirección General de Administración de la SSDF y Dirección de Administración y Finanzas de la DGSSP.

El presupuesto local se divide en el dedicado a los programas sociales y el dedicado a salud pública y la atención directa al paciente. En 2003 el GDF erogó 2,685 millones de recursos locales en dos programas sociales a través de la SSDF.

La inversión en salud en 2003 ascendió a 4,444 millones de pesos de los cuales 1,759 millones son recursos federales y 2,685 millones recursos del GDF ejercidos por la SSDF, el OPD y la Secretaría de Obras. Es de señalar que todo el presupuesto para ampliación y construcción de las unidades médicas (centros de salud, clínicas comunitarias y hospitales) proviene de recursos locales. De 2001 a 2003 la inversión acumulada en los programas de salud ha sido de 13,328,486 millones.^{14/}

4.6 Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal

La Dra. Asa Cristina Laurell, Secretaria de Salud del Distrito Federal propone un Programa Nacional de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos. Señalo la falta de recursos económicos, que es el principal problema al que se enfrenta la población para acceder a los Servicios de Salud, por lo que considero que es necesario que el Gobierno Federal aplique un Programa Nacional de gratuidad de servicios y medicamentos gratuitos, para garantizar este derecho.

La funcionaria señalo que hasta ahora el único gobierno que cuenta con un programa de este tipo es la administración capitalina, la cual se encuentra incapacitada económicamente para atender la demanda de servicios médicos de gente que no radica en el Distrito Federal, en cuyas entidades de origen es deficiente la atención por lo que frecuentemente recurren a los servicios que ofrece el Gobierno del Distrito Federal.

^{14/} Laurel Asa Cristina, Reducción en la Exclusión en la Salud, removiendo el obstáculo económico, la experiencia del Gobierno del Distrito Federal. Secretaria de Salud del D.F. Pág.44.

Dejando en claro que la Secretaría de Salud local se enfrentaba a la necesidad de cobrar sus servicios a estas personas provenientes de los distintos estados, ya que la Secretaría no se encontraba en condiciones de exentarlos, ya que se trabajaba únicamente con recursos locales.

La Secretaría de Salubridad Federal opto por impulsar el Seguro Popular, que además de obligar a pagar a los Asegurados una parte de este beneficio este era lento que solo puede incorporar al 14.3 % de la demanda anual.

Precisó que el programa de gratuidad que ofrece la Secretaría de .Salud se hayan inscrito 550 mil familias de alta y media baja marginalidad en tanto que estos servicios en la capital han registrado únicamente del año 2000 a la fecha entre 20 y 40 por ciento debido a que la gente requiere de estos programas de gratuidad servicios y medicamentos, para acudir oportunamente a los Centros de salud y recibir atención que se requiere “ de esta forma es como el gobierno de la ciudad ve que se garantice el derecho a la salud.

Se plantea también el aspecto de hospitalización que es uno de los mas caros, se contempla que el 22 por ciento de la población que se atiende en los hospitales del Distrito Federal por parte del Gobierno Federal es de otros estados; sin embargo hay hospitales en los que el 50 por ciento provienen principalmente del Estado de México, donde los servicios especializados son deficientes, por ejemplo tenemos en el Distrito Federal el Hospital Pediátrico de Tacubaya que atiende niños quemados, en el que llegan pacientes de Querétaro, Puebla y Morelos, otro ejemplo es el Hospital Pediátrico de Legaria que se especializa en Neurología.^{15/}

Por toda esta problemática se hace necesario y urgente establecer el programa motivo de este ensayo.

^{15/} Ramírez Bertha Teresa, (Periódico La Jornada del día 11 de febrero del 2004) escribe.

Correlativamente en 2001 se encontraron en el diagnóstico realizado por la nueva administración de la Ciudad problemas importantes como: obstáculos al acceso oportuno al tratamiento requerido y desigualdad en el acceso a servicios suficientes de calidad, por razones económicas y culturales y de posición laboral y ausencia de mecanismos de financiamiento estable suficiente y equitativo y solidario.

Los recursos gratuitos para la población no asegurada se restringía a un paquete básico de 14 Intervenciones y 19 medicamentos al igual que en el resto de las entidades federativas y la atención inicial de las urgencias. Para el resto de los servicios los usuarios tenían que pagar una cuota de recuperación y los medicamentos.

Aunque la población no asegurada no estuviera excluida del acceso a los servicios en términos absolutos tendía a posponer la atención y el tratamiento adecuado por el costo que implicaba experimentando con ello su riesgo de vida y complicaciones que pueden provocar incapacidad.

De esta manera la atención en los servicios públicos contribuirá importantemente al llamado “gasto catastrófico de salud “y la desigualdad ante la enfermedad y la muerte.

Esto significaba que la población no asegurada estimada en un 40 por ciento de los residentes del Distrito Federal, no gozaba de sus garantías individuales, el derecho social a la protección de la salud no era de carácter universal en la capital.

La justificación de este programa se basa en el fundamento en el artículo cuarto Constitucional, el programa de Salud del Gobierno del Distrito Federal 2002-2006 establece como su principal objetivo, hacer realidad el derecho a la protección a la salud y avanzar en la vigencia de la gratuidad, la universalidad y la integridad en la atención a la salud mediante una política que construye el camino para asegurar este derecho a partir del fortalecimiento público y solidario.

En consecuencia la Secretaría de Salud del Distrito Federal incorporo al programa de salud del año 2002-2006 del Gobierno el "Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos" comprometiéndose como autoridad sanitaria a garantizar que a través de los servicios Públicos se proporcione la igualdad en el acceso a la atención medica y los medicamentos a la población que carece de un aseguramiento en el Sistema Público de la Seguridad Social. Para llevar a cabo este objetivo se autorizo al Gobierno del Distrito Federal un incremento presupuestal en recursos fiscales de la ciudad, con el fin de asegurar la prestación de los servicios así como los medicamentos requeridos.

Es importante hacer mención que las cuotas de recuperación que se cobraban en el centro de salud representaba el 2 por ciento del presupuesto orientado a la Salud, por lo que la eliminación no representó ningún sacrificio fiscal dando esto como resultado que si se redujo el obstáculo económico de acceso.

"El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos" considera específicamente la atención integral a la salud individual, ya que las intervenciones a la Salud Pública y colectivas son y siguen siendo gratuitas, además de que constituye, de esta forma la principal estrategia del Gobierno del Distrito Federal para avanzar al cumplimiento universal del derecho a la protección de la salud en la Capital. Contribuye así mismo a democratizar la salud, a remover los obstáculos socioeconómicos, al acceso equitativo, al tratamiento requerido a través del fortalecimiento de la institución pública.

Los objetivos del Programa en el ámbito general es: "Garantizar el derecho a la protección de la salud con la suficiente equidad, así como un igual acceso a los servicios de la Secretaría de salud del Distrito Federal".

Ante la misma necesidad a la población no asegurada con residencia mínima de tres años en el Distrito Federal así como a los adultos mayores de 70 años y más también con residencia en el Distrito Federal.

Los objetivos particulares de dicho programa son:

- 1.- Inscribir a las familias y personas no asegurados residentes en el Distrito federal al programa y proporcionar una identificación que los acredite como el derechohabiente en los servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal o sea, formalizar su condición de sujetos de derecho.
- 2.- Proporcionar sin costo todos los servicios preventivos, diagnóstico, curativos y de rehabilitación ofrecidos en las Unidades Médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y los Servicios de Salud Pública a los derechohabientes y a los adultos mayores de 70 años o más.
- 3.- Proporcionar gratuitamente a los derechohabientes y adultos mayores residentes en el Distrito Federal, los medicamentos del cuadro institucional autorizado y prescrito por un médico de estas unidades médicas en sus farmacias.
- 4.- Cubrir sistemáticamente a los derechohabientes y a los adultos mayores de 70 años y más residentes en el Distrito Federal, con las acciones integradas a la salud.

Las estrategias del programa consisten en:

- a.- Organizar, coordinar, operar, supervisar y evaluar a través de un plan estratégico que permita dar seguimiento, a los procesos jurídicos, administrativos, financieros y técnicos requeridos para su cumplimiento.
- b.- Identificar los procesos y niveles de participación de las unidades administrativas que van a operar y supervisar dicho programa.
- c.- Designar las áreas y personal responsable para dar cumplimiento y seguimiento al programa.

- d.- Desarrollar las relaciones que permitan la coordinación y colaboración entre el Organismo Público Descentralizado y Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y la Secretaría de Salud del Distrito Federal, cuyo objetivo será operar, supervisar y evaluar el programa.
- e.- Planear, dirigir, coordinar y controlar así como evaluar la atención médica y abasto de medicamentos para la población no asegurada.
- f.- Informar y rendir criterios sobre los recursos ejercidos.
- g.- Impulsar la participación ciudadana en la toma de decisiones y contraloría social del programa.

Estrategias de operación

Prestación de servicios y medicamentos

La prestación de servicios a los derechohabientes del programa es la responsabilidad de la Secretaría de Salud del Distrito Federal siendo ésta en forma directa a través de las unidades hospitalarias de la Secretaría y de las unidades médicas del OPD de conformidad con el Convenio de coordinación y colaboración firmado por ambos organismos, cuyo fin será garantizar el cuidado y el abastecimiento de medicamentos.

El funcionamiento del programa en lo que se refiere a los medicamentos y material de curación se realizará mediante la captación de recursos fiscales autorizados en el presupuesto anual de la Secretaría de Salud y del Organismo Público Descentralizado de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, así también se recurrirá a las partidas integradas tradicionalmente en la operación de las unidades médicas mediante el abastecimiento de medicamentos e insumos con los que se garantiza la adecuada operación de los servicios y de esta forma dar cumplimiento con el objetivo fundamental de gratuidad de este programa.

Beneficios garantizados

Servicios médicos y diagnóstico

Los derechohabientes de la SSDF tendrán con carácter estricto la indiscriminación ni distinción alguna con derecho a recibir los medicamentos que existan en la institución, así también los que están incluidos en el cuadro institucional, además de los servicios preventivos, diagnóstico y curativos y de rehabilitación que se prestan en las unidades médicas de la SSDF y de los Servicios de Salud Pública; los servicios auxiliares de diagnóstico y rehabilitación solo serán gratuitos cuando el médico de la unidad médica del GDF los prescriba como parte del trabajo institucional.

En la atención de urgencias, la gratuidad se extiende a todos sus pacientes hasta su estabilización.

Los servicios médicos que se otorgan a los derechohabientes por parte de la SSDF son.

- 1.- Consulta externa general y de especialidad
- 2.- Terapia de rehabilitación
- 3.- Estudios de laboratorio
- 4.- Estudios de rayos X, ultrasonidos y tomografías
- 5.- Atención del embarazo, parto y puerperio inmediato^{16/}

^{16/} Laurel Asa Cristina, .Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal. Actualización para el periodo 2002-2006. Febrero 2004. Secretaria de Salud Secretaria de Salud.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La política de gratuidad desarrollada por el Gobierno del Distrito Federal, desde julio del 2001 cumple el compromiso de universalizar el derecho a la protección de la salud; no condiciona la inclusión, el tiempo y pago de una cuota, evita una nueva segmentación del sistema de Salud y ofrece todos los servicios de la institución, cumpliendo con la equidad entendida como igual acceso a los servicios disponibles ante la misma necesidad, adicionalmente no crea nuevas y costosas estructuras, donde la inscripción no requiere de estudios individuales y la prestación del servicio no supone un sistema de separación administrativa de fuentes de financiamiento y de insumos.

El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, ha dado la pauta para que la población abierta carente de recursos tenga a su alcance toda una gama de recursos para la obtención de un sistema medico integral, reflejandose un mejor nivel de vida, donde el ingreso familiar se traduce en tener un mejor poder adquisitivo, las familias tienen por consiguiente una capacidad de ahorro que lo dirigen hacia otros rubros de su gasto; al ahorrar en el servicio médico se ven favorecidos en general, ya que en la actualidad el enfermarse deroga un alto costo; Este programa ha beneficiado al Distrito Federal en la cobertura Universal, ha impulsado la generación de empleos provocando el crecimiento económico de la ciudad; la cobertura medica preocupada por la Salud de las familias pendiente de estos ha favorecido el sistema general de salud y de los derechohabientes; dándose una profunda transformación en la estructura socioeconómica, misma que pretende sentar las bases para un conocimiento sostenido y de mayor certidumbre, el cual habrá de mejorar el ingreso generando así un incremento en la demanda de atención medica y una mayor canalización de recursos al gasto social, que beneficiará directamente al sector salud.

Este Sector es importante en el ámbito macro económico en el que se genera empleos, demanda de insumos de otros lugares, estimulando así cadenas productivas, incrementará sustancialmente la cultura medica del derechohabiente así como sus valores en materia de salud como también su participación de acción comunitaria; En el comportamiento epidemiológico se contempla la generación de una patología que observa algunas enfermedades transmisibles y el surgimiento de las no transmisibles como las crónico degenerativas dentro de las principales causas de mortalidad. Por otro lado la evolución demográfica, el avance tecnológico, el impacto de los medios de comunicación y la demanda permanente por la resolución de los problemas de la población, han aumentado la complejidad de la oferta y la demanda de los servicios de salud, ha generado diferentes modalidades de atención proporcionando servicios integrales que contemplan desde la atención preventiva hasta unidades de alta complejidad, modelos de regionalización e integración de sistemas de salud y la conformación de instituciones de servicios basados principalmente en el esquema económico nacional.

El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) contempla servicios de seguridad social para trabajadores la población abierta fundamentalmente marginada y de limitada capacidad económica; los servicios privados están orientados a la población de más altos ingresos dando esto como resultado un número importante de estructuras administrativas muy heterogéneas y difíciles de administrar.

El cambio económico social político y cultural que ha tenido el país es acompañado por un importante proceso de transición demográfico repercutiendo en el campo de la salud: Este proceso ha obligado a cambiar el marco institucional y la organización del sistema de salud para enfrentar las necesidades de modernización del país, en donde una gran parte de la población vive en condiciones de extrema marginación y sigue sin acceder a los beneficios de los servicios de salud, y continua enfrentando serios padecimientos infecciosos, perinatales y de nutrición. Por todo ello la Secretaría de Salud del Distrito Federal al implementar el Programa de Servicios Médicos y

Medicamentos Gratuitos, alcanza diversos objetivos fundamentales, dirigidos a la población no asegurada, entre los que destacan:

- Mejor nivel de salud
- Mejor calidad de vida
- Mejor desempeño laboral o escolar
- Mejor ingreso
- Mejor poder adquisitivo

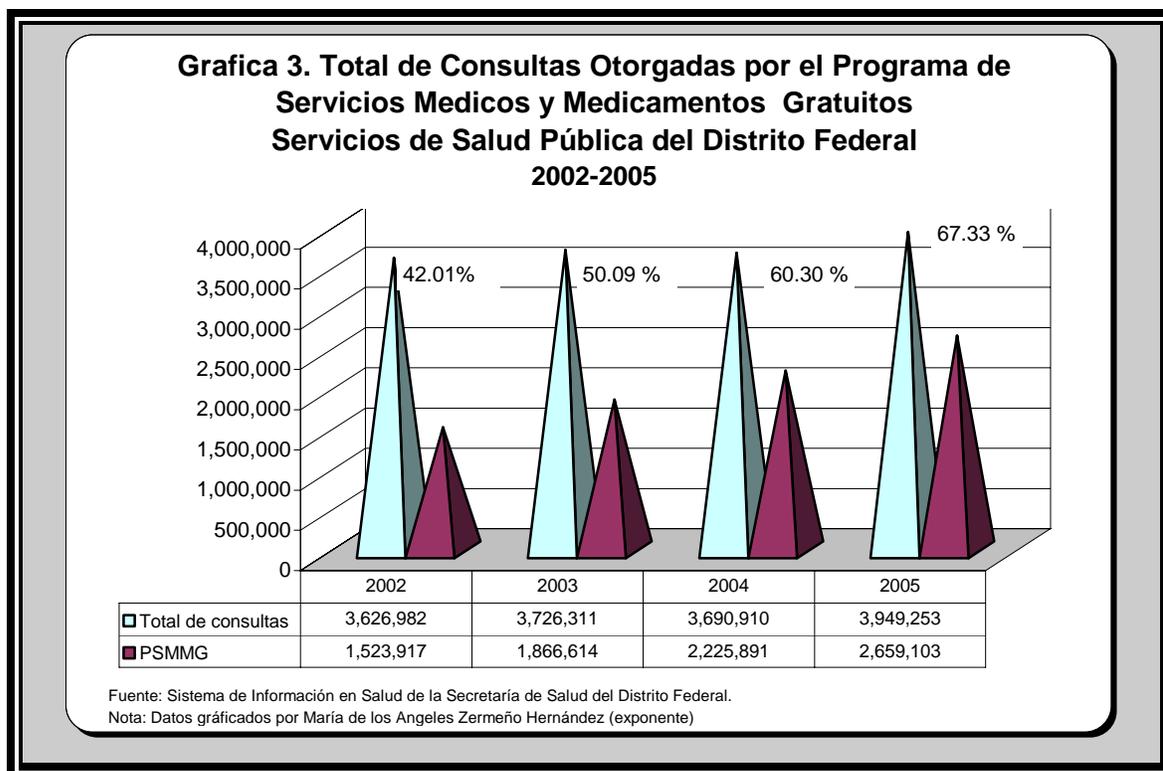
Al establecer el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, el Gobierno del Distrito Federal, da una especial importancia a la salud, ya que éste es un factor que influye en el desarrollo económico para la población; generando:

- Mayor oportunidad de fuentes de empleo, a través de una población sana, vía crecimiento económico del país.
- Crecimiento de la producción
- Crecimiento de la economía
- Crecimiento del PIB

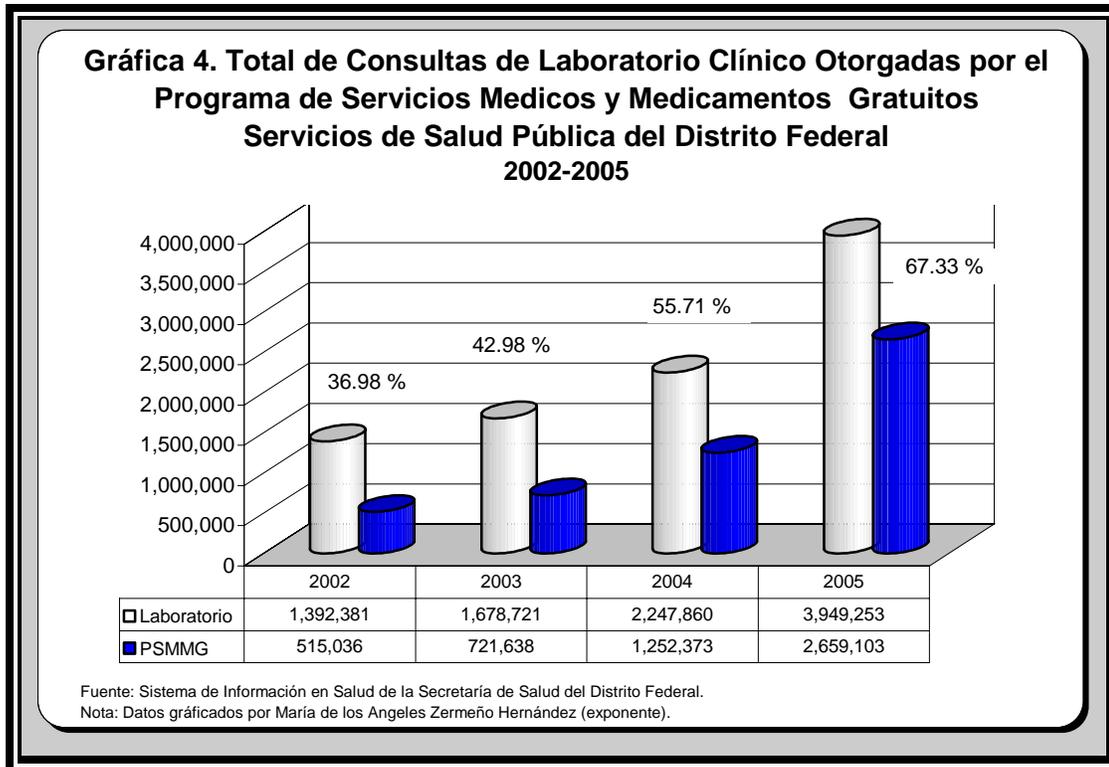
Y en general las familias y sus miembros manifiestan un desarrollo económico integral, esto significa que al tener un buen servicio médico, el hombre se encuentra en mejores condiciones para laborar y tener mayor ingreso y por consiguiente un mejor estatus social; beneficiando al Distrito Federal este programa en su contexto de salud y economía.

En el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, se observa el incremento progresivo de un 8.9 por ciento en la demanda de los servicios que se otorgan en el primer nivel de atención (Centros de Salud) al brindarse 322,271 consultas más en el año 2005 con respecto al 2002, de las cuales el 67.33 por ciento (2,659,103) fueron con gratuidad en el 2005, siendo que en el año 2002 ascendía al

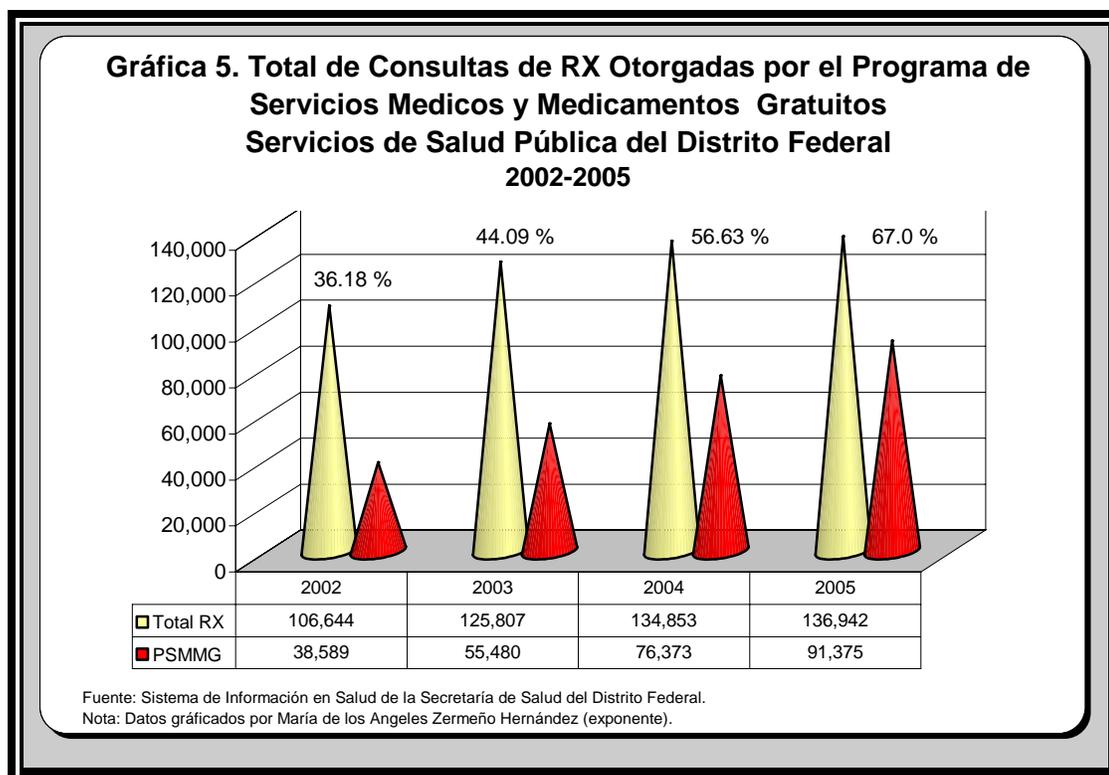
42 por ciento (1,523,917) esto es muy importante dado el carácter tan personal de la relación médico - paciente. (Ver gráfica 3).



Esta tendencia en la evolución de los servicios que se prestan en el marco de dicho programa, también muestra un crecimiento desde su implementación en 2002 donde se observa conjuntamente que en el caso de los laboratorios se tuvo un incremento para el 2005 del 77.9 por ciento (1,085,758) de estudios realizados, de los cuales el 72.4 por ciento (1,796,169) fueron de gratuidad mientras que en el 2002 fue del 36.9 por ciento (515,036). (Ver gráfica 4).



Para el servicio de Rayos X el incremento de estudios realizados fue del 28.4 por ciento (30,298) de 2002 al 2005, de los cuales el 66.7 por ciento (91,375) fueron de gratuidad en este último año, en tanto que en el 2002 fue del 36.1 por ciento (38,589) de gratuidad del total de los estudios practicados. (Ver gráfica 5).



El incremento sostenido de los servicios prestados dentro del PSMMG, muestran que está en camino de consolidarse como práctica institucional, venciendo la cultura Organizacional de Prestación de Servicios Médicos como una dádiva, reemplazándola por una que les proporcionará como derecho social exigible para todos los ciudadanos, hecho que se vio consumado al constituirse como Ley en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal el 26 de abril de 2006 y publicada en la Gaseta Oficial del D.F. el 24 de mayo del mismo año “Decreto por el que se crea la Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal, que carece de seguridad social laboral”

El impacto del PSMMG, y la exención de pago, que se otorga a la población no asegurada sobre la economía familiar es muy considerable, como se muestra en el cuadro 15.

Cuadro 15 Ahorro Total Estimado para las Familias del PSMMG y Exentas de Pago 2002- 004, SSDF			
Servicios Otorgados	Atenciones a Derechohabientes PSMMG	Total de Beneficio PSMMG (pesos)	Total de Ahorro (pesos)
Consulta externa	13,331,600	98,488,438	98,488,438
Rayos X	504,246	4,211,173	4,211,173
Laboratorio	7,806,101	143,910,679	143,910,679
Medicamentos		152,788,066	152,788,066
Insumos y Medicamentos VIH		128,274,623	128,274,623
Total de Centros de Salud	21,641,947	527,672,976	527,672,976

Fuente: Informe de Trabajo 2005. Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

Donde se estima por gastos directos que la cifra se remonta a un ahorro familiar de 527,672,976 pesos al momento que los Servicios de Salud Pública del D.F. absorbió el costo de los medicamentos, material de curación, laboratorio y consulta; así de esta forma los ahorros acumulados entre el 2002-2004 por las familias no aseguradas, significa que el PSMMG, no solo ha protegido a estos grupos contra gastos excesivos médicos no programados, sino que además ha dado la oportunidad de tener a su disposición recursos para la satisfacción de otras necesidades básicas.

La política de gratuidad es una forma del Gobierno del Distrito Federal de garantizar el derecho a la protección de la salud sino además es un mecanismo solidario, y redistribuye la riqueza social; siendo de importancia mayor ya que el perfil socio económico de los derecho-habientes de dicho programa demuestra que en comparación del conjunto de los capitalinos, éstos tienen ingresos más bajos, menor escolaridad y viven con mayor frecuencia en zonas pobres de la ciudad.

La política de gratuidad desarrollada desde Julio del 2001, cumple cabalmente los criterios de una política dirigida a universalizar el derecho a la protección de la Salud cumpliendo con la equidad entendida como igual acceso a los servicios que se

ofrecen a toda la población que se ve beneficiada; y que en el presente mediante las medidas establecidas ha venido a ser un parteaguas en el Sector Salud asegurando y dando acceso garantizado, a todo este contexto poblacional que se encuentra más vulnerable y que satisfaga las necesidades y que responde a las expectativas de la población.

RECOMENDACIONES

- Con el propósito de asegurar y facilitar la atención médica integral del primero y segundo nivel a la población no asegurada; se recomienda concluir la fusión de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.
- A fin de incrementar la inscripción de familias no aseguradas al Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, se debe programar una campaña de amplia cobertura a través de los principales medios de comunicación, tales como la radio y televisión para dar a conocer las políticas y objetivos del PSMMG. Y conozcan sus derechos en el ámbito de la salud.
- Dar a conocer a la población del Distrito Federal, los resultados obtenidos del PSMMG a fin de que ésta, identifique los beneficios que proporciona dicho programa, mediante trípticos, pláticas, y visitas domiciliarias de las trabajadoras sociales y educadoras para la Salud.
- Promover mayor apoyo financiero por parte del área Federal y del Estado del Gobierno del Distrito Federal, para fortalecer la infraestructura y recursos con el propósito de garantizar la calidad de los servicios otorgados a la población no asegurada, se recomienda proponer ante la Cámara de Diputados se reconsidere la ampliación de presupuesto a este sector tan importante.

- Fortalecer la sensibilización y capacitación del personal de Salud, para brindar un servicio integral de mejor calidad y calidez al paciente, tanto en el primer nivel como en el segundo nivel de atención a la salud.
- Asegurar el presupuesto suficiente que garantice la adquisición oportuna de insumos en las unidades operativas, para el oportuno abastecimiento de recetas de medicamentos; y así también para los servicios de apoyo clínico (Laboratorio, RX, Tomografía, Servicio Dental).
- Implementar un proyecto de evaluación sistematizado a corto plazo, que permita reorientar y fortalecer las políticas del programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos.

GLOSARIO DE TERMINOS

ACTIVIDAD ECONÓMICA

Conjunto de acciones que tienen por objeto la producción, distribución y consumo de bienes y servicios generados para satisfacer las necesidades materiales y sociales.

ÁREA METROPOLITANA

Fusión urbanística de un conjunto de localidades de 2,500 o más habitantes (o cualquier cabecera municipal, independientemente de su tamaño), de las cuales al menos una tiene 50,000 o más habitantes (de acuerdo con el último censo o conteo de población). Además, entre estas localidades de diferentes municipios o entidades federativas existe continuidad en su amanzanamiento, de acuerdo con su representación cartográfica.

AMCM Área Metropolitana de la Ciudad de México

BIENESTAR SOCIAL

Se refiere al bienestar alcanzado en la satisfacción de las necesidades básicas fundamentales de la sociedad que se expresan en los niveles de salud, educación, alimentación, seguridad social, vivienda, desarrollo urbano y medio ambiente.

El bienestar social, en términos económicos se puede medir en función del intercambio del producto per cápita real; el aumento en la participación del gasto social respecto al total de egresos, mejoría en la distribución de ingreso, aumento del empleo y fortalecimiento en la balanza de pagos; en el ámbito social se mediría por el incremento en los niveles de salud, educación, vivienda, alimentación y erradicación de la pobreza extrema; desde el aspecto ecológico a través del combate a la

contaminación, reforestación de áreas verdes y fortalecimiento de la red hidráulica y su dosificación, entre otros.

BUROCRACIA

Es la estructura de organización del personal mediante la cual se realizan actividades gubernamentales, a través de una división de tareas basadas en la especialización funcional, establece una jerarquía bien delimitada que opera según el conjunto de normas y reglamentos que definen los derechos y deberes de los participantes.

CENSO

Conjunto de datos estadísticos que comprenden universos definidos para un período determinado. Abordan diferentes fenómenos de la vida de un país tales como los demográficos, económicos y sociales. Se realizan generalmente cada cinco o diez años. En México existen diferentes tipos de censos: agrícola, ganadero, ejidal; económicos (industrial, comercial y servicios); y los de población y vivienda.

COMPETITIVIDAD

Expresión utilizada para comparar la estructura de costos del proceso de producción, principalmente mano de obra y materias primas, tecnología, diferenciación de productos y tamaño del mercado, entre otros factores, de un productor con respecto a otros productores internos o externos de productos con igual calidad.

COSTO DE OPORTUNIDAD

De una decisión es el valor del bien o servicio al que se renuncia.

CRECIMIENTO ECONÓMICO

Incremento del producto nacional sin que implique necesariamente mejoría en el nivel de la población, se expresa en la expansión del empleo, capital, volumen comercial y consumo en la economía nacional.

Aumento de producción de bienes y servicios de una sociedad en un período determinado. El crecimiento económico se define, generalmente, como el resultado que se obtiene, por ejemplo, al relacionar el valor del Producto Interno Bruto de un período respecto al mismo u otros períodos anteriores.

DDF

Departamento del Distrito Federal.

DEMOCRACIA

Gobierno en el que el pueblo ejerce la soberanía eligiendo a sus dirigentes (democracia electoral).

DESARROLLO ECONÓMICO

Transición de un nivel económico concreto a otro más avanzado, el cual se logra a través de un proceso de transformación estructural del sistema económico a largo plazo, con el consiguiente aumento de los factores productivos disponibles y orientados a su mejor utilización; teniendo como resultado un crecimiento equitativo entre los sectores de la producción. El desarrollo implica mejores niveles de vida para la población y no solo un crecimiento del producto, por lo que representa cambios cuantitativos y cualitativos. Las expresiones fundamentales del desarrollo económico son: aumento de la producción y productividad per cápita en las diferentes ramas económicas, y aumento del ingreso real per cápita.

DESARROLLO SOCIAL

Proceso de cambio en el perfil de una economía, orientado a canalizar en montos suficientes los beneficios del crecimiento y del ingreso nacional a los sectores sociales.

DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA

Acción a transferir autoridad y capacidad de decisión en organismos del sector público con personalidad jurídica y patrimonio propio, así como autonomía orgánica y técnica (organismos descentralizados). Todo ello con el fin de descongestionar y hacer más ágil el desempeño de las atribuciones del Gobierno Federal.

Asimismo, se considera descentralización administrativa a las acciones que el Poder Ejecutivo Federal realiza para transferir funciones y entidades de incumbencia federal a los gobiernos locales, con el fin de que sean ejercidas y operadas de acorde a sus necesidades particulares.

DF

Distrito Federal

EMPRESAS PÚBLICAS

Organismos y/o empresas descentralizados dependientes del Estado dedicados a la producción de bienes y servicios para la venta en el mercado y cuyas operaciones económicas y financieras se encuentran incluidas en el Presupuesto de Egresos de la Federación (control directo) o sólo las relativas a las transferencias de recursos que reciben para apoyar su financiamiento (control indirecto), su propósito fundamental no es el lucro sino la obtención de objetivos sociales o económicos.

Entidades de derecho público con personalidad jurídica, patrimonio y régimen jurídico propio, creadas o reconocidas por medio de una ley de H. Congreso de la Unión o decreto del Ejecutivo Federal para la realización de actividades mercantiles, industriales y otras de naturaleza económica, cualquiera que sea su denominación y forma jurídica.

ENTIDAD

Persona, sociedad, corporación u otra organización.

Término genérico con que se denomina en la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal a quienes realizan gasto público como son: Los Poderes Legislativo y Judicial, la Presidencia de la República, las dependencias (Secretarías de Estado, Departamentos Administrativos y la Procuraduría General de la República) los organismos descentralizados, los organismos autónomos, las empresas de participación estatal, las instituciones nacionales de crédito, las organizaciones auxiliares de crédito, las instituciones nacionales de seguros y finanzas y los fideicomisos. La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal define sólo como entidades a los organismos descentralizados, empresas de participación estatal mayoritaria y los fideicomisos públicos en los que el fideicomitente es el Gobierno Federal a los organismos y empresa señalados que, de acuerdo a las disposiciones aplicables son considerados entidades paraestatales.

EQUIDAD

Atributo de la justicia, que cumple la función de corregir y enmendar el derecho escrito, restringiendo unas veces la generalidad de la ley y otras extendiéndola para suplir sus deficiencias, con el objeto de atenuar el rigor de la misma.

Principio fiscal que establece que un sistema impositivo es equitativo cuando las personas que se encuentran en las mismas condiciones, reciben el mismo trato, y las que se encuentran en diferentes condiciones son objeto de trato diferente.

ESTADO (PODER PÚBLICO)

Entre abstracto que se expresa en forma concreta en el gobierno de una Nación. Cuerpo político de una Nación. Concepto de la más amplia expresión de la Administración Pública Central de un país. Espacio territorial cuya población unida por el mismo idioma, costumbres e historia se organiza soberana e independientemente bajo una forma de gobierno plenamente aceptada.

GDF

Gobierno del Distrito Federal.

IMSS

Instituto Mexicano del Seguro Social.

INEGI

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.

INGRESO

Son todos aquéllos recursos que obtienen los individuos, sociedades o gobiernos por el uso de riqueza, trabajo humano, o cualquier otro motivo que incremente su patrimonio. En el caso del Sector Público, son los provenientes de los impuestos, derechos, productos, aprovechamientos financiamientos internos y externos; así como de la venta de bienes y servicios del Sector Paraestatal.

El flujo de dinero o bienes que recibe un individuo, un grupo de individuos, una empresa o ala economía a través de un período específico. Se puede originar por la

venta de servicios productivos (como el caso de sueldos, intereses, ganancias, renta ingreso nacional); puede representar una donación (por ejemplo, una herencia o el ingreso de un fondo de fideicomiso) o un pago de transferencias, como un cheque de bienestar: el ingreso puede ser en dinero, pero también en “especie”, por ejemplo, el uso de un automóvil de la compañía por parte de un ejecutivo de negocios. Su característica esencial consiste en que es un flujo que se agrega a la riqueza de una unidad económica determinada.

INSTITUCION

Establecimiento, empresa o persona moral fundada con aspiraciones de permanencia cuyos intereses son independientes de las personas físicas que lo integran.

ISSSTE

Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado.

LEY

Norma Jurídica de carácter obligatorio y general dictada por el poder legítimo para regular conductas o establecer órganos necesarios para cumplir con determinados fines, su inobservancia conlleva a una sanción por la fuerza pública. Resolución del Congreso de la Unión o de las legislaturas de los Estados. Se caracteriza por ser general, abstracta e impersonal. En sentido normativo es todo enunciado que impone cierta conducta como debida. Es la ley reglamentaria cuando desarrolla o detalla algún precepto constitucional; orgánica, cuando crea instituciones o derechos; o prescriptiva, cuando regula ciertas conductas.

MERCADO

Cualquier lugar que tenga como objeto poner en contacto a compradores y vendedores, para realizar transacciones y establecer precios de intercambio.

MONOPOLIO

Existencia en el mercado de una sola empresa como única vendedora de un producto en particular, que no tiene sustituto y que ejerce un dominio total sobre el precio.

Explotación exclusiva y sin competencia de alguna actividad económica industrial o comercial, en virtud de un privilegio o como resultado de la libre competencia en el mercado, lo cual le posibilita ser la única vendedora u por lo misma fija el precio del bien o servicio que ofrece.

OCDE (ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACION Y DESARROLLO ECONÓMICO)

Organismo internacional que tiene como principales objetivos:

- a) impulsar el mayor crecimiento posible de la economía y el empleo, elevar el nivel de la vida de los países miembros en condiciones de estabilidad financiera y contribuir al desarrollo de la economía mundial.
- b) promover el desarrollo económico de los países miembros:
- c) impulsar la expansión del comercio mundial sobre bases multilaterales y no discriminatorias acordes con las normas internacionales.

Sus tres protocolos se firmaron en París el 14 de diciembre de 1960 . En la actualidad el Organismo se integra por 25 países que sustentan su estrategia de crecimiento en

modelos de mercado, democracia y libre comercio. Alemania, Australia, Bélgica, Dinamarca, Francia, Grecia, Irlanda, Islandia, Italia, Luxemburgo, Noruega, Países bajos, Portugal, Reino Unido , Suecia, Suiza, Turquía; Estados Unidos, Canadá, España, Japón, Finlandia, Nueva Zelanda y México.

OPD

Organismo Público Descentralizado

OPS

Organización Panamericana de la Salud

PIB

Producto Interno Bruto

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

Instrumento rector de la planeación nacional del desarrollo que expresa las políticas, objetivos, estrategias y lineamientos generales en materia económica, social y política del país, concebidos de manera integral y coherente para orientar la conducción del quehacer público, social y privado.

Documento normativo a largo plazo, en el que se definen los propósitos, la estrategia general y las principales políticas del desarrollo nacional, así como los Programas de Mediano Plazo que deben elaborarse para atender las prioridades sociales, económicas y sectoriales del mismo.

POBLACION TOTAL

Personas censadas, nacionales y extranjeras, que residen habitualmente en el país. El monto poblacional está referido a la fecha oficial del Censo. Incluye a los mexicanos que cumplen funciones diplomáticas en el extranjero, así como a sus

familiares, quienes son censados en sus respectivas adscripciones; también está incluida la población sin vivienda y los mexicanos que cruzan diariamente la frontera para trabajar en otro país. No se incluye a los extranjeros que cumplen con un cargo o misión diplomática en el país, ni a sus familiares. En la Consulta multidimensional de datos (Población total), esta definición corresponde tanto al concepto de Población total con estimación como Población total sin estimación. La única diferencia estriba en el segundo excluye la estimación de 1 730 016 personas correspondientes a 425 724 viviendas sin información de ocupantes.

PODER ADQUISITIVO

Capacidad de compra de bienes y servicios que tienen los individuos a través de los sueldos y salarios que perciben.

PRESUPUESTO

Estimación financiera anticipada, anual de los egresos e ingresos necesarios del Sector Público Federal, para cumplir con las metas de los programas establecidos. Asimismo, constituye el instrumento operativo básico que expresa las decisiones en materia de política económica y de planeación.

PRODUCTO INTERNO BRUTO

Es la suma de los valores monetarios de los bienes y servicios producidos por un país en un año. Solamente considera los incrementos de valor que se fueron adicionando en cada una de las fases a esos incrementos de valor se les denomina precisamente "Valor Agregado".

PROGRAMA

Instrumento normativo del sistema de planeación democrática cuya finalidad consiste en desagregar y detallar los planteamientos y orientaciones generales del plan nacional, mediante la identificación de objetivos y metas. Según el nivel en que se elabora puede ser global, sectorial, institucional o específico. De acuerdo a su temporalidad y al ámbito territorial que comprende puede ser nacional o regional y de mediano y corto plazo, respectivamente.

PSMMG

Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos.

REGIONALIZACION

Delimitación geográfica que se realiza en consideración de elementos comunes, sean económicos, sociales, culturales, geográficos, administrativos y/o políticos. La regionalización de un territorio constituye un marco adecuado para la adopción de decisiones que promuevan el desarrollo del país dentro del proceso de planeación.

SALARIO

En la retribución que debe pagar el patrón al trabajador por su trabajo. El salario se fija contractualmente y se establece por unidad de tiempo, por unidad de obra, por comisión, a precio alzado o de cualquier otra forma convenida. El salario se integra con los pagos hechos en efectivo, por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie, y cualquier otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo.

SALARIO MÍNIMO

Cantidad menor que debe recibir en efectivo el trabajador por los servicios prestados en una jornada de trabajo. Pueden ser generales por una o varias áreas geográficas y extenderse a una o más entidades federativas, o pueden ser profesionales para una rama determinada de actividad económica o para profesiones, oficios o trabajos especiales dentro de una o varias áreas geográficas. Los salarios mínimos se fijan por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos integrada por representantes de los trabajadores, patrones y el Gobierno, la cual se puede auxiliar de comisiones especiales de carácter consultivo. El salario mínimo de acuerdo con la ley deberá ser suficiente para satisfacer las necesidades normales de un jefe de familia en el orden material, social y cultural, y para proveer la educación básica a los hijos.

SALARIO NOMINAL

Retribución del patrón al trabajador en moneda de curso legal del monto establecido por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, o por el contrato colectivo de trabajo, contrato ley o por el contrato individual de trabajo que se haya fijado. Representa el valor de la retribución percibida por un trabajador en términos monetarios.

SALARIO REAL

Es el valor que resulta de dividir el salario nominal entre el índice nacional de precios al consumidor.

SEGURIDAD SOCIAL

Sistema implantado por el Gobierno Federal, bajo un enfoque integral de bienestar del trabajador y su familia, que consiste en proporcionar atención a las necesidades

básicas en materia de salud, capacitación, cultura, recreación, apoyo financiero y protección del trabajador en casos de accidente, jubilación, cesantía y muerte.

SSA

Secretaría de Salud Federal.

SSDF

Secretaría de Salud del Distrito Federal.

SSPDF

Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

SEDESOL

Secretaría de Desarrollo Social.

SM

Salario Mínimo.

BIBLIOGRAFIA

Ayala Espino José 2001-2005 Economía del Sector Público, Universidad Nacional Autónoma de México.

Ayala Espino José, Limites del Mercado, Limites del Estado en México
Instituto Nacional de Administración Pública. 1992.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Editorial Porrúa México 1980.

Diccionario de Economía Pública Moderna México, Cátedra Extraordinaria Ignacio
Ramírez, Facultad de Economía UNAM.

Diccionario de Economía Santiago Zorrilla Arena, José Silvestre Méndez.

Descentralización de los Sistemas de Salud una Responsabilidad Compartida, Juan
Ramos de la Fuente, Mercedes Juan, Consejo Nacional de Salud, Secretaria de
Salud.

Disminución de la Asignación de Presupuesto al Gobierno del Distrito Federal
2000-2005.

Economía y Salud Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México,
Fundación Mexicana para la Salud A.C. Economía y Salud.

Gaceta Oficial del Distrito Federal, Gobierno del Distrito Federal México Ciudad de la
Esperanza 24 mayo, 2006.

Indicadores Sociodemográficos de México (1930-200), Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática.

Informe de trabajo Secretaria de Salud 2005, Gobierno del Distrito Federal México Ciudad de la Esperanza.

Plan Nacional de Salud 2002-2006, Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal, Actualización para el periodo 2004-2006, Secretaria de Salud, Laurel Asa Cristina.

Producción de la Exclusión en Salud, removiendo un obstáculo Económico.

La experiencia del Gobierno del Distrito Federal Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

Secretaria de Salud, pagina de Internet <http://www.Secretaria de Salud>.

Stiglitz E. Joseph La Economía del Sector Público, Barcelona España, Antoni Bosh Editor.

50 Años de Salud Pública en el Distrito Federal, Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal.