



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
COLEGIO DE GEOGRAFÍA



ACCESIBILIDAD Y COBERTURA DE LAS UNIDADES DE
MEDICINA FAMILIAR DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL EN EL DISTRITO FEDERAL

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO
DE LICENCIADA EN GEOGRAFÍA

PRESENTA:

ANGELA BEATRIZ ORTEGA LÓPEZ

ASESORA DE TESIS:

DRA. MARÍA DEL CARMEN JUÁREZ GUTIÉRREZ

MÉXICO, D.F.

AGOSTO, 2009



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.

ÍNDICE

| | Página |
|---|--------|
| Introducción | 5 |
| Capítulo 1. Perspectivas cognoscitivas sobre seguridad social, accesibilidad y cobertura de la atención primaria de salud | |
| 1.1 Posiciones teóricas | 8 |
| 1.2 Antecedentes conceptuales | 17 |
| 1.3 Tendencias investigativas | 23 |
| Capítulo 2. Desarrollo histórico y cobertura real de las Unidades de Medicina Familiar del IMSS en el Distrito Federal | |
| 2.1 Marco Histórico | 27 |
| 2.2 Metodología para el cálculo de índices de cobertura real | 52 |
| 2.3 Cobertura real de Unidades de Medicina Familiar | 52 |
| 2.4 Cobertura de Recursos Humanos | 65 |
| 2.4.1 Cobertura real de Médicos Familiares y No Familiares | 66 |
| 2.4.2 Cobertura real de Enfermeras | 73 |
| Capítulo 3. Accesibilidad física y social de las Unidades de Medicina Familiar del IMSS en el Distrito Federal | |
| 3.1 Metodología para el cálculo de índices de accesibilidad física | 78 |
| 3.1.1 Accesibilidad física por tiempo de viaje domicilio-UMF | 88 |
| 3.1.2 Accesibilidad física por costo de viaje domicilio-UMF | 94 |
| 3.2 Ubicación de las Unidades de Medicina Familiar | 100 |
| 3.3 Accesibilidad social | |
| 3.3.1 Género y régimen social | 103 |
| 3.3.2 Edad | 104 |
| 3.3.3 Programación de citas | 105 |
| 3.3.4 Tiempo en sala de espera | 107 |
| 3.3.5 Calificación de las Unidades de Medicina Familiar | 110 |
| Conclusiones | 119 |
| Recomendaciones | 126 |
| Bibliografía | 127 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | Página |
|--|--------|
| Figura 2.1. México: Población adscrita a médico familiar y Unidades de Medicina Familiar, por Entidad Federativa, 2006. | 51 |
| Figura 2.2. Distrito Federal: Localización de las Unidades de Medicina Familiar del IMSS, 2000. | 55 |
| Figura 2.3. Distrito Federal: Población total, 2000. | 57 |
| Figura 2.4. Delegaciones del IMSS: Población adscrita a médico familiar, 2000, 2003 y 2006. | 62 |
| Figura 2.5. Distrito Federal: Índice de cobertura real de Unidades de Medicina Familiar del IMSS, 2000,2003 y 2006. | 63 |
| Figura 2.6. Distrito Federal: Evolución de la cantidad de médicos familiares y no familiares, por delegaciones del IMSS, 2000, 2003 y 2006. | 68 |
| Figura 2.7. Distrito Federal: Evolución de la cantidad de médicos familiares y no familiares, por delegaciones del IMSS, 2000, 2003 y 2006. | 70 |
| Figura 2.8. Delegaciones del IMSS: Evolución de la cantidad de enfermeras, 2000, 2003 y 2006. | 75 |
| Figura 2.9. Distrito federal: Índice de cobertura real de enfermeras por delegaciones del IMSS, 2000, 2003 y 2006. | 77 |
| Figura 3.1. Promedio del <i>tiempo</i> de viaje del domicilio a la UMF, según cantidad promedio de población adscrita a médico familiar, por UMF encuestada, 2008. | 83 |
| Figura 3.2. Promedio del <i>costo</i> de viaje del domicilio a la UMF según cantidad de población adscrita a medico familiar, delegación Suroeste 3, 2008. | 86 |
| Figura 3.3. Distrito Federal: Porcentaje del <i>tiempo</i> de recorrido domicilio-UMF, delegación suroeste 3 y Sureste 4, 2008. | 88 |
| Figura 3.4. Distrito Federal: Cantidad de personas según el <i>tiempo</i> de recorrido del domicilio a la UMF del IMSS, 2008. | 91 |
| Figura 3.5. Sur del Distrito Federal: Accesibilidad por <i>tiempo</i> de viaje del domicilio a las unidades de medicina familiar, IMSS, 2008. | 93 |
| Figura 3.6. Distrito Federal: Porcentaje del <i>costo</i> del viaje domicilio-UMF del IMSS, delegación Suroeste 3 y Sureste 4, 2008. | 94 |
| Figura 3.7. Distrito Federal: Cantidad de personas según el <i>costo</i> de recorrido del domicilio a la UMF del IMSS, 2008. | 97 |

| | Página |
|---|--------|
| Figura 3.8. Sur del Distrito Federal: Accesibilidad por <i>costo</i> del viaje del domicilio a las unidades de medicina familiar, IMSS, 2008. | 99 |
| Figura 3.9. Comparación de los porcentajes de satisfacción con la ubicación de las unidades médicas, por delegación IMSS. | 100 |
| Figura 3.10. Porcentajes de calificación de las UMF del IMSS, 2008. | 111 |

ÍNDICE DE CUADROS

| | |
|---|-----|
| Cuadro 2.1. Distrito Federal: Unidades de medicina familiar según delegación del IMSS, 2000. | 56 |
| Cuadro 2.2. Distrito Federal: Cobertura real de las unidades de medicina familiar del IMSS, 2000, 2003 y 2006. | 59 |
| Cuadro 2.3. Distrito Federal: Cantidad de cubículos y/o consultorios, 2000, 2003 y 2006. | 64 |
| Cuadro 2.4. Distrito Federal: Cobertura real de médicos familiares y no familiares, por delegaciones del IMSS, 2000, 2003 y 2006. | 67 |
| Cuadro 2.5. Distrito Federal: Consultas otorgadas por delegación IMSS, 2000, 2003 y 2006. | 71 |
| Cuadro 2.6. Distrito Federal: Cobertura real de enfermeras, por delegaciones del IMSS, 2000, 2003 y 2006. | 74 |
| Cuadro 3.1. Índice de accesibilidad por <i>tiempo</i> de recorrido domicilio –UMF. | 85 |
| Cuadro 3.2. Índice de accesibilidad por <i>costo</i> de recorrido domicilio –UMF. | 87 |
| Cuadro 3.3. Tiempo de viaje y porcentaje del viaje domicilio-UMF, por UMF de las delegaciones Suroeste 3 y Sureste 4. | 90 |
| Cuadro 3.4. Índice de Accesibilidad por costo de viaje domicilio-UMF. | 95 |
| Cuadro 3.5. Sur del Distrito Federal: Género y condición de derechohabiente por UMF, por delegación del IMSS, 2008. | 103 |
| Cuadro 3.6. Edad y género de la población adscrita a médico familiar encuestada por UMF. | 105 |
| Cuadro 3.7. Programación de consultas según edad de la población entrevistada, por delegación IMSS. | 106 |

| | Página |
|---|--------|
| Cuadro 3.8. Tiempos de espera en sala por unidad médica, delegaciones Suroeste 3 y Sureste 4, 2008. | 107 |
| Cuadro 3.9. Porcentaje de personas según el tiempo que pasa en sala de espera antes de la consulta por UMF, 2008. | 108 |
| Cuadro 3.10. Porcentaje de personas según el tiempo de espera en sala antes de la consulta, 2008. | 108 |

INTRODUCCIÓN

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (Harvard-Davis, 1975 citado en Pritchard, 1985). Para que un individuo pueda mantener dicho estado, requiere de diversos servicios, entre estos destacan los de salud en una primera fase denominada de Primer Contacto o Atención Primaria.

A través de la Seguridad Social se busca garantizar el derecho a la salud, que constituye su prestación en especie más importante. Para cubrir esta necesidad el estado mexicano creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año de 1943, encargado de proporcionar seguridad social a los trabajadores del sector privado y los familiares dependientes de éstos.

La Atención Primaria se otorga a través de las Unidades de Medicina Familiar (UMF). Estos servicios tienen como “...enfoque principal la prevención de enfermedades y conservación de la salud, a través de actividades de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos frecuentes, cuya solución sea factible mediante el empleo de recursos poco complejos, en atención ambulatoria” (Secretaría de Programación y Presupuesto, 1985).

El IMSS se ha preocupado por tomar en cuenta a los derechohabientes con la finalidad de proporcionarle una mejor calidad en sus servicios médicos, ubicándose cerca de ellos y con la capacidad física y humana para una atención adecuada.

De tal manera que con los años que tiene de funcionamiento del IMSS, una de las principales iniciativas generales es la de mejorar el nivel de salud de los trabajadores y sus familias, a través de reforzar la calidad de la atención, ampliar la cobertura de los servicios y fortalecer

los programas existentes. Sin embargo, los índices de accesibilidad y cobertura de las UMF del IMSS en el Distrito Federal se ven afectados, ya que el número de personas para las que se calculó el servicio ha crecido y se rebasa la capacidad del inmueble y del personal.

Hipótesis

La accesibilidad y cobertura de las Unidades de Medicina Familiar del IMSS ubicadas en el Distrito Federal se ve reducida por el aumento de derechohabientes y la insuficiencia de personal e inmuebles.

Objetivo general

Evaluar los índices de accesibilidad y cobertura de las Unidades de Medicina Familiar del IMSS en el Distrito Federal.

Objetivos particulares

1. Reconocer el desarrollo histórico de las Unidades de Medicina Familiar del IMSS en el Distrito Federal.
2. Evaluar la distribución de las Unidades de Medicina Familiar del IMSS en el Distrito Federal.
3. Identificar el crecimiento de población derechohabiente.
4. Demostrar la insuficiencia de instalaciones y personal para atención médica.
5. Construir índices de accesibilidad y cobertura de las UMF.
6. Explicar la accesibilidad y cobertura de las UMF del IMSS en el Distrito Federal.

La tesis presenta tres capítulos. El primer capítulo se conforma del marco teórico que fundamenta el desarrollo de la seguridad social, por otra parte el marco conceptual permite

revisar las definiciones básicas de los temas a desarrollar. En el marco de referencia se realizaron grupos de los materiales revisados según su temática.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco histórico, el cual aborda desde los inicios de la seguridad social hasta la actualidad, se enfatiza el desarrollo de la seguridad social en México en particular del Instituto Mexicano del Seguro Social. En el mismo capítulo se explica el tema de cobertura real de las Unidades de Medicina Familiar del IMSS, la cual se estimó para las UMF, médicos familiares y no familiares, y enfermeras. Dicho análisis de datos se realizó a partir de datos estadísticos generados por el IMSS y permite tener un panorama general de la cobertura que tienen las unidades médicas en el Distrito Federal.

En el tercer y último capítulo se analiza la accesibilidad. Ésta se divide en dos, física y social, la física se puede estimar por el tiempo del viaje del domicilio de la población adscrita a médico familiar a la unidad médica, y del costo que éste representa. La accesibilidad social se evalúa a partir de la calidad del servicio que se presta, el cual es evaluado por la población adscrita a médico familiar.

CAPÍTULO 1. PERSPECTIVAS COGNOSCITIVAS SOBRE SEGURIDAD SOCIAL, ACCESIBILIDAD Y COBERTURA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

1.1. Posiciones teóricas

Los servicios de salud que se otorgan en áreas urbanas como el Distrito Federal, deberán tener en cuenta satisfacer las necesidades de su población. Es necesario tener información acerca de la población que demanda el servicio para planificar de una manera racional los servicios de salud, de tal modo que se tomen en cuenta las necesidades particulares para este tipo de servicios. La principal información es la ubicación de las unidades de atención para la salud, así como la forma en que están organizados los servicios que prestan, su distribución geográfica, la cantidad de personal que en ella labora, el acceso y la disponibilidad de los establecimientos para la población potencialmente usuaria, la eficiencia con que operan los servicios, así como la manera en que son valoradas y atendidas las necesidades de salud de la población que cubre.

Para entender los patrones de distribución de los servicios en un territorio, es necesario retomar la *Teoría del Lugar Central* expuesta por Walter Christaller en 1933. Dicha teoría “pretende explicar deductivamente la organización del territorio a partir de razonamientos económicos y de la consideración explícita de la variable espacial” (Garrocho, 1992). Esta teoría brinda un marco analítico general, en el que se puedan analizar los sistemas de asentamientos. Proporciona una plataforma de referencia contra la que se puede comparar y contrastar la organización funcional de las actividades que se registran en la realidad.

El problema planteado por Christaller consistía en explicar la distribución de núcleos urbanos, los cuales tienen un patrón de distribución espacial relacionado a centros de producción y de venta de servicios requeridos por la población que ahí habita y la población circundante, estos

asentamientos son *centralidades*. “Centralidad es la importancia que tiene un asentamiento para su región circundante como oferente de bienes y servicios. Por tanto, puede ser medida por la cantidad de bienes y servicios que la localidad ofrece a la población que reside fuera del asentamiento” (Garrocho, 1992).

El tipo de servicios y bienes que se ofrecen a una población son de diversos tipos, por ejemplo: financieros, educativos, comerciales, médicos, etc. Éstos son clasificados en dos, primero están los especializados y de consumos poco frecuente, en segundo lugar se presentan lo que son más comunes y de consumo cotidiano. “Por tanto los primeros requerirán de una población (demanda) mayor que los segundos para posibilitar su producción y oferta” (*Ibíd*).

En las poblaciones mínimas para que un bien o servicio sea funcional se denomina *umbral* o *población umbral* de un servicio. Otro aspecto importante es el *rango* de un bien o servicio, “es definido como la distancia máxima que el consumidor está dispuesto a recorrer para comprar un artículo o conseguir un servicio. El rango de un bien estará relacionado con la importancia relativa del lugar que lo provea (con la capacidad de atracción que tenga ese lugar que estará íntimamente relacionada con la centralidad del lugar), del poder de compra de los consumidores, de las vías y medios de comunicación disponibles y del tipo del bien o servicio ofrecido” (Garrocho, *op. cit.*).

Christaller complementó la fórmula de la teoría bajo el supuesto de “una llanura uniforme, con una distribución homogénea de la población y del poder de compra, y con unas facilidades idénticas de movimiento en todo el espacio. Naturalmente, *es ese caso*, el precio de un producto vendido en la ciudad se incrementará con la distancia, al tener que añadirsele el coste del transporte. Paralelamente, y dado que existe una homogeneidad en el poder

adquisitivo de la población, la capacidad de adquisición de dicho producto por los consumidores irá disminuyendo con la distancia. Llegará un límite a partir del cual será más económico adquirir la mercancía en otro lugar central más próximo” (Capel y Urteaga, 1982).

Al hacer el planteamiento con toda la información anterior “será posible derivar un modelo de distribución espacial y una jerarquía de los asentamientos en el territorio en términos de la centralidad de cada lugar. De acuerdo con esto, cada asentamiento ofrecerá todos los bienes y servicios que ofrezcan los lugares de menor centralidad, además de otros que le sean propios a su nivel jerárquico” (Garrocho, 1992).

Las personas encargadas de tomar decisiones acerca de la distribución de servicios, en este caso de la distribución de servicios de salud, es posible que tengan diversas posturas y valores. Sin embargo, se ha tenido en cuenta que el patrón de distribución sea justo, esto como un asunto fundamental dentro de la política de salud pública.

El tema muestra cierta dificultad al intentar definir *Justicia*, debido a que intervienen ideas filosóficas y morales diversas. Algunas de las definiciones comunes son “*Justicia*: Una de las cuatro virtudes cardinales, que inclina a dar a cada uno lo que le corresponde o pertenece. *Justicia*: Derecho, razón, equidad. *Justicia*: Conjunto de todas las virtudes, por el que es bueno quien las tiene. *Justicia*: Aquello que debe hacerse según derecho o razón. *Justicia*: Pena o castigo público. *Justicia*: Poder judicial. *Justicia*: Ministro o tribunal que ejerce justicia” (Real Academia Española, 2001). Como se puede observar, la justicia de manera general, no tiene un concepto único en cuanto a su significado.

En este trabajo se utiliza la *Justicia Distributiva*, con lo cual se tiene un tipo específico de justicia, la cual en una de sus definiciones más generales dice que es “la que establece la proporción con que deben distribuirse las recompensas y los castigos” (Real Academia Española, 2001). Otra idea de que la distribución sea justa se retoma de Garrocho, él menciona que “la localización más justa de un servicio sería aquella que minimizará la suma de los recorridos que realizan todos los usuarios, sin importar las diferencias en la longitud de sus viajes” (Garrocho, 1992).

Por otra parte, se define a la *Teoría de Justicia Distributiva* como la “forma de justicia [que] se ocupa de la asignación de beneficios y recursos entre los miembros de una [sociedad]. Desde el ejercicio de la justicia distributiva se decide el acceso al empleo y a la atención médica, la determinación del ingreso, los criterios según los cuales se confieren distinciones honoríficas y formas de estima social... [eso remite a que] es preciso dar a cada cual lo suyo...” (Gamio, 2007)

La Teoría de Justicia Distributiva identifica el patrón de distribución que existe, sus objetivos, evalúa su consistencia y aclara quién se beneficia con los patrones de distribución específicos. Sin embargo, por otra parte, no evidencia si un patrón de distribución es realmente *justo*.

Para comprender esta última parte es necesario revisar algunas estructuras conceptuales básicas para explorar el concepto moral de justicia distributiva: *la libertaria*, *la utilitaria*, *la contractuaria* y *la igualitaria*. A continuación, se abordan sus principales postulados teóricos.

En primer lugar, está la *Teoría sobre el Libertarismo* de Robert Nozick (1974). Nozick ofrece una teoría de los derechos, presidida por el principio de justicia en las pertenencias, compuesto a su vez por tres principios: i) el principio de justicia en la adquisición, ii) el principio de justicia en las transferencias y iii) el principio de rectificación. En esta teoría, los dos primeros principios son los medios legítimos que permiten que una distribución sea justa, por tanto, se adquiriera el derecho de propiedad sobre los bienes distribuidos, pues cualquier distribución que resulte de transferencias libres a partir de una situación justa es justa en sí misma. Por su parte, el principio de rectificación se encarga de resolver las injusticias en las pertenencias producidas por actuaciones ilegítimas pasadas.

Garrocho plantea que "...La proposición principal de esta visión de justicia es que la cohesión del estado solamente puede ser usada para prevenir o castigar el daño físico a los individuos o propiedades, el robo y el fraude, y para asegurar el cumplimiento estricto de los contratos. El derecho a la propiedad privada es fundamental, define el papel legítimo del estado y determina los principios más básicos de la conducta individual" (Garrocho, 1995).

La propiedad privada constituye un derecho y no se puede forzar a las personas a que den parte de lo que han obtenido para un beneficio común, ya que constituiría un delito despojarlos de lo que les pertenece. Un ejemplo puede ser la carga impositiva fiscal, como una forma de recolectar fondos para la realización de programas de bienestar social, que se puede considerar como una forma en la que el gobierno despoja a las personas de lo que han obtenido. Nozick plantea que "una distribución es justa si se alcanza a partir de una distribución inicial justa mediante medios justos" (Johnston, Gregory y Smith, 1994).

Bajo las ideas de esta teoría, el gobierno puede proveer de servicios de salud a la población. Este determinaría qué tipo de servicio otorgar, dónde y en la cantidad en que se proporcionaría, Garrocho hace mención de que “de los argumentos de esta visión de justicia se deduce que los servicios públicos [de salud] no son relevantes como elementos de justicia y solamente en el mercado se debe definir quién obtiene qué servicios, dónde y en qué cantidad” (Garrocho, 1995).

En segundo lugar, está la Teoría del Utilitarismo realizada por Jeremy Bentham en el siglo XVIII. La utilidad, en sí, es definida como “...placer, satisfacción, felicidad o como la realización de las preferencias personales” (Buchanan, 1981 en Garrocho, 1995), de tal forma que si lo trasladamos a la sociedad, es necesario tomar en cuenta las preferencias comunitarias y buscar la forma de maximizar la utilidad de los recursos para que queden satisfechas.

El utilitarismo sostiene, en una dimensión social, “...que una sociedad bien ordenada, y por ello justa, es la que cuenta con instituciones estructuradas para asegurar la mayor cantidad neta de “satisfacción” o utilidad para el mayor número de individuos posible en esa sociedad” (Bustamante, 1991). Rawls plantea que una sociedad justa es la que maximiza el bienestar o el bien de todos sus miembros; a lo cual podría denominarse el *principio* utilitario de justicia social.

En la Teoría Utilitaria la distribución de los recursos sociales se define de tal manera que se obtenga la mayor utilidad para la sociedad en su conjunto. Se retoma de alguna manera el principio de eficacia o criterio de Pareto, el cual dice que el bienestar de un grupo está en su punto óptimo cuando es imposible que ninguno de sus integrantes mejore sin que al menos otro se vea perjudicado (Gracia, S/A).

Esta Teoría debe tener una amplia aplicación en caso de los servicios de salud. Debido a que uno de los objetivos principales de dichos servicios es beneficiar a la mayor cantidad de usuarios, aunque el problema real va más allá, y se requiere de más factores para que la población que requiere atención médica pueda obtenerla.

En tercer lugar, está la Teoría del Contractarismo que fue desarrollada por John Rawls (1971), quien retomó la Teoría del Contrato Social. La Teoría del Contractarismo o del Contractualismo demanda que las normas morales deriven su fuerza normativa de la idea del contrato social o del acuerdo mutuo. Su tesis central defiende que la sociedad surge de un contrato o “pacto social”, en el que los ciudadanos acuerdan las leyes que van a configurar la convivencia social.

“La vía por la que transita el pensamiento de Rawls, y por la que la que alcanza su objetivo de legitimar cierta organización social, basada en principios que generan consenso, es la vía contractual... La revitalización del acuerdo originario en que teóricamente se basa la sociedad, y en el que sus miembros deciden libremente sobre la constitución de ésta y sobre los límites del poder, permiten a Rawls justificar y legitimar una organización social específica que sustenta principios de justicia distributiva” (Bustamante, 1991).

Rawls hace mención de las condiciones naturales o “dotación natural”. Esto da condiciones particulares a cada ser humano, ya que algunos estarán mejor dotados que otros y actuarán según dicha condición. A esta idea, Rawls agrega el velo de ignorancia, el cual asegura la imparcialidad de procesos de deliberación y resultados de cuales son los mejores principios de justicia que deben regir a las instituciones básicas de la sociedad. “Para que esta decisión sea imparcial y justa, los sujetos deben desconocer cual será su situación en la sociedad real por

lo que se refiere a su posición social y económica, habilidades físicas y mentales, intereses concretos o planes de vida” (González, 1997).

Para el caso de los servicios de salud, otorgados a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, la Teoría del Contractarismo tiene gran vigencia, debido a que las personas adquieren el derecho al servicio de salud a través del contrato que realizan. Es así como los trabajadores del sector privado tienen derecho a los servicios de salud, ya que se ha establecido un contrato y se paga una cuota que garantiza el derecho al servicio de salud. Por otra parte, la institución está comprometida a otorgar el servicio, ya que se le están dando los recursos para que sean distribuidos de la mejor forma.

Por último, se encuentran las Teorías Igualitarias. “Las teorías igualitarias interpretan el principio formal de igualdad, como la afirmación de que el valor intrínseco de cada ser humano es el mismo y constituye la base sobre la que se pueden evaluar y comparar diversas distribuciones sociales” (Garrocho, 1995). Rawls maneja la igualdad de dos formas 1) igualdad como igualdad de posibilidades abiertas a las capacidades; y 2) igualdad como igualdad de oportunidades equitativas” (Bustamante, 1991).

Para Rawls, el hecho de que los individuos son libres e iguales a los demás, se manifiesta a través del “principio de libertad igual”. A través de esto “...busca mostrar el carácter de ese sistema total, y señalar algunas de las libertades básicas”, que Rawls enumera de modo general: la libertad política; la libertad de expresión y de reunión; la libertad de conciencia y de pensamiento; la libertad de la persona y el derecho a la propiedad personal; así como las condiciones de libertad que define el estado de derecho” (*Ibíd.*).

Un punto importante en la explicación que da Rawls acerca del principio de libertad igual “...es el de las condiciones de seguridad ciudadana que implica el estado de derecho (*the rule of law*), y que Rawls incluye en el *sistema total de libertades básicas*” (Bustamante, *op cit.*). Según Bustamante esto conduce a la creación de un régimen político en el que el valor primario de la convivencia ordenada es la legalidad. La instauración de dicho orden legal, para Rawls es definido como “orden coercitivo de reglas públicas destinadas a personas racionales con el propósito de regular su conducta y proveerles de un marco para llevar adelante la cooperación social” (Bustamante, *op cit.*).

La aplicación de las Teorías Igualitarias a los servicios de salud, está en la búsqueda por beneficiar a la sociedad sin hacer ninguna distinción entre sus integrantes. Los servicios de salud deben ser otorgados libremente, en circunstancias de igualdad, y las personas decidirán acudir, o no, a ellos.

Como se hizo mención al final de cada breve explicación de las teorías, cada una de éstas tiene una aplicación directa con las temáticas relacionadas con servicios de salud, de forma particular con la que se otorga a través de la seguridad social. De todas las Teorías mencionadas, para el caso particular de esta tesis, sobresale el Utilitarismo y el Contractarianismo, por las razones que a continuación se explican.

La Teoría del Contractarianismo da pie al compromiso entre dos entes. En el caso del presente trabajo, por un parte, se tiene al sector particular que necesita de trabajadores, por otra las personas que necesitan un trabajo para obtener un ingreso y cubrir sus necesidades básicas. Al establecerse el contrato de trabajo, uno de los compromisos que debe cubrir el empleador es el de otorgar *seguridad social* a los trabajadores.

Uno de los aspectos fundamentales del Instituto Mexicano del Seguro Social es el de otorgar los servicios de salud. El trabajador debe estar en las mejores condiciones de salud para poder realizar sus actividades diarias, esto a su vez le resulta conveniente al empleador, ya que su actividad económica no sufrirá estragos por padecimientos de salud de sus trabajadores. Esto ha sido una de las principales razones para otorgar seguridad social a la población.

El Utilitarismo tiene una expresión muy significativa cuando hace mención del otorgamiento de los servicios de salud. Si se pretende proporcionar la atención médica a la población que cuenta con seguridad social se debe buscar dar el mayor uso a las instalaciones con que se cuenta, para lo cual se requieren de la optimización de diversos factores, entre los cuales destaca la accesibilidad.

Bajo la misma línea de la Teoría Utilitarista se intenta dar una *cobertura* para la población lo más amplia posible. Se busca cubrir a la mayor cantidad posible de población usuaria, y tratar de dejar a la menor cantidad de personas fuera de esa *cobertura*.

Este último aspecto es de gran importancia, aunque resulta complicado aplicarlo al caso particular de servicios de salud debido a que existe una “carencia de marcos teóricos de referencia integrales que permitan una explicación unificada del proceso en su conjunto, y no se representan, en el conjunto de los casos, comparaciones entre la cobertura real respecto a la cobertura administrativa o potencial de los servicios...” (Nájera, 1990).

1.2. Antecedentes conceptuales

La Teorías revisadas, relacionadas a la Justicia Distributiva, tienen una aplicación concreta al momento de crearse la seguridad social. Ésta se puede definir como “...protección que la

sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos" (Moreno y García, S/A).

En México, la seguridad social se lleva a cabo a través del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y actualmente el Seguro Popular. El cual "es una institución que proporciona servicios obligatorios de seguridad social a nivel nacional a todas aquellas personas que están vinculadas a otras por un contrato de trabajo" (IMSS, 2007).

En el caso particular de la presente tesis, se destaca la participación del IMSS en cuanto a los servicios de salud que otorga a su población derechohabiente. En especial, los servicios de salud de primer contacto llevados a cabo a través de las Unidades de Medicina Familiar (UMF) en la cual "se resuelven 85% de la atención médica de los derechohabientes del IMSS, a través de consulta de medicina familiar, planificación familiar, fomento a la salud, orientación nutricional, medicina preventiva, odontología, laboratorio, radiodiagnóstico, urgencias y farmacia" (IMSS, *op cit.*).

La UMF, por ser el primer contacto con la población derechohabiente, es el vínculo por medio del cual se promueve la participación en programas de fomento a salud que permiten integrar al binomio madre-hijo, atención estomatológica integral a padecimientos crónicos degenerativos como diabetes, hipertensión, etc., además del mejoramiento de la calidad de vida de la población en su comunidad e, incluso, en su vivienda.

Cuenta con consultorio, farmacia, vestíbulo y control, curaciones, observación central de enfermeras, área administrativa, sala de juntas, sanitarios, baños y vestidores para personal y áreas complementarias y de apoyo. Para proporcionar los servicios de medicina especializada y/u hospitalización, cada UMF tiene identificada la unidad superior a la que deberá derivar los pacientes.

Su ubicación se recomienda en “localidades mayores de 10,000 habitantes, estableciendo cualquiera de los módulos tipo que puedan estar constituidos por 1, 2, 3, 5, 10 y 15 consultorios respectivamente” (SEDESOL, 2006).

Para el tema de esta investigación, es necesario retomar conceptos de dos factores básicos de los servicios de salud de primer contacto. El primero refiere a la accesibilidad, la cual se toma en cuenta en una gran variedad de temáticas. En la Geografía, aunque no es muy frecuente, ha sido utilizada por diversos autores. De forma general se define como “Oportunidad relativa de interacción y contacto” (Johnston, Gregory y Smith, 1987). Más adelante los mismos autores mencionan que “la accesibilidad no es solo geometría, y varios geógrafos han señalado repetidamente la importancia de sus dimensiones sociales y económicas” (*Ibíd*).

En una versión más actual del texto, los mismos autores, intentan dar una visión amplia de la accesibilidad, por lo que hacen mención de sus aplicaciones y la combinación con tres elementos, que son: la localización de un lugar dentro de la región de estudio; la localización dentro de la región de estudio de las actividades que tienen acceso moderado; y la forma del sistema de transporte y comunicación. Estos aspectos limitan la idea de una accesibilidad física de las distancias que separan al servicio del usuario.

Donabedian habla de la accesibilidad de forma más íntegra, cuando menciona que “la accesibilidad se considera como algo adicional a la mera presencia o disponibilidad del recurso en un lugar y en un momento dado. Incluye aquellas características del recurso que facilitan y obstaculizan la utilización por parte de los clientes potenciales. Se distinguen dos clases de accesibilidad, que interactúan en grado considerable: la socio-organizacional y la geográfica...” (Donabedian, 1988).

En otro texto se encuentra algo similar a lo desarrollado por Donabedian, pero con un enfoque más claro a la temática que se aborda en la presente tesis. “La accesibilidad a los recursos del sistema sanitario favorece o dificulta (y a veces imposibilita) su utilización por los consumidores. Hay dos tipos de factores que condicionan la accesibilidad o disponibilidad del recurso: 1) distancia/tiempo: que da lugar a diversos grados de accesibilidad geográfica espacial; 2) factores económicos y culturales que generan diferente accesibilidad social” (Olivera, 1993).

Una de las definiciones más utilizadas en México son las que ha desarrollado Garrocho en sus trabajos relacionados con servicios de salud. Por ello se revisaron las tres mayormente utilizadas, de las cuales se obtiene que *la accesibilidad no sólo es un asunto de distancia geográfica, sino que tiene, además, compuestos socioeconómicos, organizativos y culturales, estos últimos se relacionan con clase social, ingreso, educación y valores culturales, los cuales son más difíciles de estimar, pero que igualmente separan a la población del servicio. Todos estos componentes están interrelacionados y, en conjunto, definen la accesibilidad absoluta de los servicios de salud.*

Por último, se puede entender que la accesibilidad a unidades de servicios de salud, es el resultado del potencial de interacción entre la población objetivo que vive en una determinada zona y las unidades de servicio disponibles en la zona.

El segundo factor es referente a la cobertura, utilizado por varios autores y de mayor relevancia para servicios de salud, para el cual la Organización Mundial de la Salud dice que: “... lo más recomendable para definir o evaluar la cobertura es determinar el grado de interacción existente entre los servicios disponibles y la población; esto es, determinar la forma y frecuencia en que los servicios son utilizados” (OMS, 1978 citado en Nájera e Infante, 1990).

A esta definición haría falta agregar el elemento espacial. Debido a que podría existir un gran número de servicios de salud alejados de la población o que la población fuera pequeña y no se utilizaran por completo los servicios ofrecidos. Marchionni menciona: “La cobertura en salud juega un papel decisivo en la determinación del nivel de utilización de servicios de salud. De ahí que su análisis resulte relevante” (Marchionni, 1999).

Por otra parte, se reconoce que no se le ha dado la importancia que tiene a la cobertura, debido a que “... poco se ha avanzado en una profundización conceptual y en el desarrollo de indicadores que permitan evaluar las características de las poblaciones con y sin cobertura, así como conocer la relación entre la cobertura y las características de los servicios de salud responsables de la atención” (Paganini, 1998).

De manera más concreta, y acorde a la presente investigación, Nájera menciona: “La cobertura de los servicios de salud con frecuencia se define, se calcula y/o evalúa empleando indicadores relacionados con la disponibilidad o con la capacidad potencial para cubrir la demanda esperada de la población residente en un área geográfica determinada” (Nájera e Infante-Castañeda, 1990).

Cabe mencionar que la cobertura tiene diferentes tipos, según éste es la forma como se evalúa. Para tener una idea clara de cómo se aborda la cobertura en este trabajo, a continuación se definen los tres tipos de cobertura más utilizados.

En primer lugar se encuentra la Cobertura Legal, que es la cobertura reportada de servicios. “Es decir, se refiere a la población, que bajo la legislación vigente tiene derecho a una atención integral en sus tres niveles” (Laurell y Ruiz, 1996).

Le sigue la Cobertura Hipotética en Función de Recursos, ésta se encuentra “en función de los recursos existentes, permite tener una medida más precisa de la disponibilidad de distintos tipos de servicios”, indica cual es la población que se puede cubrir con los recursos existentes (*Ibíd.*).

Por último, está la Cobertura Real de los servicios “se calcula a partir de los servicios prestados” (*Ibíd.*). Ésta resulta ser la de mayor importancia, ya que como su mismo nombre lo indica, permite conocer cuál es la utilización real del servicio.

Es así como los servicios de salud primaria son instrumentos fundamentales para mantener la salud de la población. Para lo cual es necesario tener en cuenta aumentar la cobertura de los

servicios para garantizar que se favorezcan la equidad sanitaria y la justicia social, dando prioridad al acceso y la protección social en salud.

1.3. Tendencias investigativas

Las fuentes bibliográficas relacionadas con esta investigación se agrupan en la forma siguiente:

1) Los servicios de salud y las temáticas desarrolladas a nivel Internacional.

Se han realizado numerosos trabajos e investigaciones acerca de los servicios de salud, no siempre desde el punto de vista geográfico, pero han servido de base para poder realizar investigaciones más particulares.

Los trabajos especializados abordan, como temáticas principales, la accesibilidad y la cobertura. Se trata de conceptos difíciles de medir en sus diversos tipos, por lo que el desarrollo constante de índices que sean de utilidad ha beneficiado al campo de estudio de diversas áreas, entre ellas se incluye la Geografía (Departamento Nacional de Planeación, Banco Interamericano de Desarrollo, 1996; Gatrell, 2002; Guagliard, 2004; Johnston, Gregory y Smith, 1987, Johnston, Gregory y Smith, 1994; Kroeger y Luna, 1987; Olivera, 1993; Revilla, 1991).

2) Las Investigaciones de accesibilidad y cobertura de los servicios de salud en algunos países

Las aplicaciones de los índices mencionados en el apartado anterior, han dado lugar a su aplicación en diversos países, destacando España, Canadá, Estados Unidos, y algunos otros de América del Sur, como Colombia y Argentina, principalmente.

Los resultados han sido variados, así como sus escalas de aplicación, ya que son comúnmente aplicadas a regiones pequeñas, y se obtiene una mejor estimación de cual sería una óptima distribución de los servicios de salud que cubran a la mayor cantidad de población y que ésta realmente utilice los servicios proporcionados (Buzai, Baxendale y Mierez, 2003; Buzai y Baxendale, 2007; Joseph, 1982; Mobley, 2006; Paganini, 1998; Salgado, 2005).

3) Servicios de salud y atención a la población en México

En México el tema de salud siempre ha sido de importancia. Diversos investigadores han elaborado estudios de variables muy particulares para realizar mediciones con los servicios de salud. De entre ellos, destacan la accesibilidad y la cobertura.

Por otra parte, se ha seguido de cerca la evolución de los diferentes planes que ha desarrollado el gobierno. Un caso particular es el que se dio con el desarrollo de la seguridad social en México, en especial las diferentes etapas que ha tenido el Instituto Mexicano del Seguro Social y la prestación de sus servicios, de los cuales destacan los servicios de salud. Al respecto se han escrito diversos textos, remarcando los beneficios que otorgan, pero en su mayoría sobresalen las críticas hacia los servicios del IMSS (Donabedian, 1988; Frenk, 1985; García, 2007; Hernández, 2003-2006; Laurell y Ruiz, 1996; López, 2006; Mesa-Lago, 1986; Narro, 1993; Uribe et.al, 2001; Warman, 1994).

4) La medición de algunos factores de servicios de salud a nivel regional

Se ha intentado tener una iniciativa constante en materia de investigación donde el centro es la atención en la distribución de los servicios de salud, en especial en la Ciudad de México y su periferia, o bien en municipios determinados del Estado de México, como lo demuestran los trabajos realizados por Garrocho y Nájera. Sin embargo valdría la pena realizar dichos

ejercicios a otras escalas geográficas que permitan conocer los beneficios o perjuicios que puede generar la ubicación de los servicios de salud para la población, tanto abierta, como para la que cuenta con algún seguro particular de salud (Garrocho, 1992; Garrocho, 1995; Garrocho, 2002; López y Aguilar, 2004; Nájera e Infante-Castañeda, 1990, Nájera, 1996).

5) *La información de referencia para los estudios de accesibilidad y cobertura a los servicios de salud*

Este último grupo reúne parte de la información que es necesaria para la construcción de los índices de cobertura. Principalmente son estadísticas generadas por el IMSS que vinculan las cifras que se han acumulado durante varios años, tales como el crecimiento de la población derechohabiente, el número de Unidades de Medicina Familiar, el número de consultas otorgadas, etc. (IMSS, 1949; IMSS, 1951; IMSS, 1965; IMSS, 1971; IMSS, 1982; IMSS 1983; IMSS 1993; Gracia, S/A).

CAPÍTULO 2. DESARROLLO HISTÓRICO Y COBERTURA DE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS EN EL DISTRITO FEDERAL

Es necesario destacar los inconvenientes que se enfrentaron para la realización del presente trabajo de tesis. En primer lugar la obtención de los Anuarios Estadísticos del IMSS resultó complicada, para algunos años no hay Anuarios (2001, 2002), en otros casos la estructura de la presentación es tan sintetizada que únicamente se tiene información para todo el Distrito Federal y no para las 4 Delegaciones en las que el IMSS regionalizó al D.F. (IMSS, 2004 y 2005). Lo anterior provocó que de la idea principal de saber cual había sido la evolución de las estadísticas del IMSS durante 6 años, se optó por solo 3 años, 2000, 2003 y 2006.

Los Anuarios Estadísticos fueron solicitados directamente con la Jefa del Área de Integración de la Información, la cual se encarga de la organización y publicación de las estadísticas que genera el IMSS a nivel nacional. Dicha persona negó rotundamente el acceso a dicha información en Agosto del 2007. Se realizó la solicitud por medio del Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI, actualmente denominado INFOMEX) para tener acceso a la consulta de los Anuarios Estadísticos, se obtuvo respuesta en Enero del 2008 y la consulta se pudo realizar de Marzo a Mayo del mismo año, se tuvo que asistir con frecuencia debido a los errores encontrados en el Anuario del año 2006 consultados en formato impreso y en la pagina Web del IMSS.

2.1. Marco Histórico

Los principales acontecimientos sucedidos para la creación de la seguridad social son:

I. Antecedentes de la seguridad social (hasta 1935)

A mediados del siglo XIX se produjeron en Inglaterra, y luego en el resto de Europa, las condiciones socioeconómicas que se requerían y que hicieron posible el desarrollo de la creación de un seguro social. “Desde un punto de vista político la seguridad social se liga a una reestructuración de la relación entre el Estado y la economía en las sociedades capitalistas modernas. A fines del siglo XIX, había en todo el mundo capitalista occidental una tendencia general a la reafirmación por parte del Estado de un papel más regulador y directivo en relación con el mercado” (Malloy, 1986).

“La política del seguro social surgió con el primer enfoque político-administrativo... En consecuencia el seguro social se convirtió en una característica casi universal de una fase particular del desarrollo capitalista... La cronología de la adopción de programas de seguro social varió de acuerdo con diversos factores tales como el grado y el tipo de desarrollo alcanzado por países específicos, la cronología de los impulsos de desarrollo en relación con otras sociedades capitalistas a medida en que el desarrollo fue un proceso conscientemente dirigido y las orientaciones legales e ideológicas dominantes en países específicos” (*Ibíd.*).

Un ejemplo de los comienzos del seguro social data de las mutualidades propias de los *gremios, scholae, tildas y cofradías medievales* que, por su funcionamiento, guardan más parecido con los seguros sociales de la actualidad. En ellas se atendía por cooperación de cada uno de los miembros afiliados que lo necesitaban. Otras formas de organización de asistencia pública, como hospitales, albergues, hospicios y casas de recogimiento, instaladas

principalmente por iniciativa eclesiástica o gubernamental, únicamente poseían una función sanitaria.

Un dato relevante para comprender la creación del seguro social se encuentra en las *leyes de pobres*. Esto “hace referencia a toda una serie de normas y prácticas que, conjuntamente, formaban un sistema de ayuda legal a los pobres ingleses financiado con impuestos. Estas normas establecían los colectivos a los que se dirigían las ayudas, el tipo de subsidios y su financiación, y también la forma de gestionar todo el sistema. Aunque a lo largo del período durante el que estuvieron vigentes las *leyes de pobres* se produjeron algunos cambios en sus características esenciales” (Rodríguez, 2003)

“Resulta absurdo buscar en la historia mexicana prehispánica o virreinal, algún organismo o situación jurídica que remotamente pudiera considerarse como antecedente directo del seguro social” (IMSS, 1983). Lo que se puede encontrar durante épocas pasadas son instituciones y ordenamientos que tendían a promover una situación de aseguramiento ante los accidentes de la vida entre determinados grupos de la sociedad. En el México independiente la Constitución de Apatzingán de 1814, en el artículo 25 se aludía al derecho popular a una seguridad garantizada por los gobernantes.

Las reformas realizadas a leyes de pobres en 1834, las cuales “fueron importantes para el surgimiento del capitalismo de mercado porque permitieron la conversión de la masa baja de la sociedad en el fenómeno abstracto de la mano de obra y luego eliminaron los obstáculos al flujo de la mano de obra hacia el sistema de mercado... se suponía que la división del trabajo mediada por el libre intercambio en el mercado integraría la sociedad en su base. En efecto

suponía que el mercado se convertiría en el mecanismo principal de la cohesión social” (Malloy, *op. cit.*).

El país donde por primera vez se legisló sobre seguridad social fue en Alemania en 1883. Éste es un país que se considera llegó relativamente tarde al desarrollo capitalista y a la integración nacional. “El seguro social formó parte de la política de Bismarck de promoción a la unidad nacional y estímulo al desarrollo capitalista bajo la égida de un Estado fuerte que trataba de controlar a la clase trabajadora y de promover la paz social mediante políticas sociales *paternalistas*” (Malloy, *op. cit.*).

Otto von Bismarck expidió las siguientes tres leyes: 1) del Seguro de las Enfermedades, 2) la del Seguro de Accidentes de Trabajo de los Obreros y Empleados de Empresas Industriales, y 3) del Seguro de Invalidez y Vejez; todas ellas se recogieron en un Código General de Seguros Sociales.

En los primeros años del siglo XX, “...era evidente que el mercado resultaba un mecanismo mucho más desintegrador que integrador. En consecuencia realizar una completa cohesión social requería nuevos mecanismos de integración con la forma de políticas laborales conscientemente elaboradas. El problema consistía en la formulación de políticas que, al contrario de las leyes de pobres, fueran compatibles con la lógica subyacente del mercado que complementarían el mercado y aliviarían sus efectos más perturbadores. El seguro social surgió como una solución aceptable, incluso atractiva, de este conjunto de problemas subyacentes” (*Ibíd.*).

De tal forma que el seguro social "...se basaba en el reconocimiento de que en la sociedad capitalista moderna un número cada vez más grande de personas dependía de una ocupación para su bienestar y su conexión con la sociedad. Todo lo que perturbara el empleo estable y previsible se traduciría en inseguridad individual, conflicto social o desintegración colectiva potencial" (Malloy, *op.cit.*).

Originalmente el seguro social trataba de mantener el ingreso de las unidades familiares individuales mediante la protección de los jefes de familia contra los riesgos calculables, previsible, del ciclo de trabajo moderno tales como los accidentes, a la enfermedad, la invalidez, la ancianidad, el desempleo y la muerte. Esto se produjo en diversas clases de programas, todos los cuales proveían ciertos beneficios en efectivo, mientras que algunos proveían también atención a la salud.

Para el caso de México "...Los únicos antecedentes verdaderos de la legislación moderna sobre aseguramiento de los obreros y sus familiares con respecto a los riesgos propios de su trabajo, se encuentran durante el primer decreto hecho en los últimos años del gobierno del general Díaz, mediante dos disposiciones aprobadas por sendas legislaturas estatales y acreditadas por los gobernadores locales; la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México (expedida por José Vicente Villada en 1904) y la Ley sobre Accidentes de Trabajo del Estado de Nuevo León (expedida por Bernardo Reyes en 1906)" (IMSS, 1983).

La importancia de ambos documentos legales radicaba en que por primera vez en el país se reconocía la obligación por parte de la propiedad privada para atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte derivados del cumplimiento de sus labores.

Durante el segundo decenio del siglo XX, se retomó la legislación sobre temas de previsión laboral y de seguridad social, como consecuencia del movimiento revolucionario iniciado por Francisco I. Madero.

En el año de 1915, Manuel Gómez Morín, formuló y entregó un proyecto de Ley de Accidentes en donde se tomaron en cuenta las pensiones e indemnizaciones que deberían pagar los patrones en el caso de incapacidades temporales, permanentes y totales, así como la que correspondería a los familiares del trabajo cuando ocurriera su muerte por causa de un riesgo profesional.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, promulgada el 5 de febrero de 1917, entró en vigor el primero de mayo siguiente. En su apartado referente a las relaciones laborales se halla en el título VI “Del trabajo y de la previsión social”.

El presidente Álvaro Obregón se preocupó por crear un instrumento de seguridad social para los trabajadores, había puesto su mayor interés en que “El seguro obrero es una medida de protección a la clase trabajadora, cuya oportunidad y conveniencia nadie podrá discutir, pues son tan apremiantes las reivindicaciones del pensamiento y de la cultura modernas en este sentido, que cualquier gobernante quisiera oponerse a un movimiento humanitario tan importante, que no sólo fracasaría, sino que dejaría de cumplir su deber” .

A partir de dichas convicciones, Obregón apresuró los trabajos para la relación de un proyecto de ley para el aseguramiento de los trabajadores, el cual fue aprobado en el mismo año. En ese documento, se planteaba la creación de un fondo de reserva formado a partir de la contribución del 18% del salario de los obreros, que aportarían los empresarios y

administraría el Estado, al tiempo que, por otra parte, se acordaba ayuda económica y otras prestaciones para los obreros que sufrieran accidentes, padecieran enfermedades, llegaran a la vejez, así como para los familiares de los que murieran.

A fines de 1925, Plutarco Elías Calles se refirió al hecho de haber sido ya redactados dos proyectos de ley, uno sobre el seguro obrero por accidentes y enfermedades propias del trabajo y otro referente a la reglamentación en el Distrito Federal. Ambos se encontraban en estudio por parte de “peritos en la materia, a fin de perfeccionarlos” hasta donde fuese posible. Las dos iniciativas, una sobre la ley sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, y la Ley Reglamentaria del artículo 123 para el Distrito y Territorios Federales, que firmaba la Comisión Especial Técnica del Trabajo. La primera disponía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, tripartito en cuanto a su administración, pero cuya integración económica sólo habría de corresponder al sector patronal. Los empleadores no estaban de acuerdo con ser ellos los únicos contribuyentes a su sostenimiento. No era que se negaran, sino que consideraban que también debían tener aportaciones económicas otros sectores de la población.

En 1926, se expidió una Ley General de Sociedades de Seguros, el poder Ejecutivo decretaría luego las medidas complementarias a dicha Ley conducentes a la creación de un seguro social.

El presidente Ortiz Rubio presentó ante las Cámaras una iniciativa en la que solicitaba se le concedieran facultades extraordinarias para expedir una Ley del Seguro Social antes de agosto de 1932. La petición fue aceptada y se publicó en el Diario Oficial en enero de 1932.

En diciembre del mismo año, salió aprobado un Plan Sexenal de Gobierno que serviría de base para la campaña presidencial del general Lázaro Cárdenas. Este último hizo llegar a los legisladores un proyecto de Ley sobre la materia, en el cual se encomendaba la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales con aportaciones y administración tripartita, que incorporaba en su sistema a todos los asalariados, tanto industriales como agrícolas. Se consideró inmaduro el plan propuesto y fue necesario realizar un nuevo estudio estadístico, para analizar los datos de mortalidad de la población.

En 1935, los Estados Unidos de América adoptaron el seguro social, iniciando con un programa federal con la Ley de Seguridad Social. Dicha Ley establecía “un seguro de dos vías basado en el empleo, por oposición a la asistencia basada en la dependencia... El componente del seguro establecía un sistema central alrededor de las pensiones de vejez y de supervivencia, la compensación a los trabajadores y el seguro de desempleo. El sistema se financiaba mediante una combinación de aportaciones de empleadores y empleados basada en nóminas” (Malloy, 1986)

II. El Desarrollo de la Seguridad Social (1935-1940)

La situación política mundial durante esta época tuvo repercusiones en relación con la seguridad social. “La primera Guerra Mundial desempeñó un papel importante en la difusión del seguro social como el primer acercamiento al capitalismo de administración estatal, así como la segunda Guerra Mundial fue fundamental para el surgimiento del Estado benefactor. La Guerra y la Revolución rusa concentraron la atención de Occidente en la necesidad de aliviar los efectos perturbadores y generadores de conflictos de desarrollo, centrado en el mercado, lo que en esa época se llamaba la *cuestión social*. El Tratado de Versalles se ocupó

de estos asuntos y articuló un enfoque reformista de la cuestión social, que luego se difundió principalmente por medio de la Organización Internacional de Trabajo (OIT)” (*Ibíd.*).

América Latina adoptó la seguridad social en diferentes tiempos. “Puede dividirse en un conjunto de adoptantes tempranos y otros relativamente tardíos. Por lo menos cuatro naciones latinoamericanas (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay) decidieron programas mucho tiempo antes que Estados Unidos; tres (Cuba, Ecuador y Perú) los adquirieron aproximadamente al mismo tiempo que los Estados Unidos, y los países restantes los aprobaron entre los años cuarenta y cincuenta, con la anómala excepción de Venezuela, país que apenas implantó su primer programa en 1966. Al igual que en el caso de los Estados Unidos la base de los programas eran las pensiones y la compensación a los trabajadores” (Malloy, *op.cit.*).

En México “A partir de los años treinta, los servicios de salud no eran una obligación del Estado, quedaban al arbitrio de la beneficencia pública y privada. Las acciones que aquél emprendía a nivel nacional eran primordialmente de saneamiento (campañas contra el paludismo, la fiebre amarilla, etc.) y, en segundo término, las de asistencia social” (López, 2006).

El principal autor de un nuevo plan para el seguro social fue Ignacio García Téllez. El proyecto se refería a la creación del Instituto de Seguros Sociales de aportación tripartita que incluía al Estado, trabajadores asegurados y a los patrones de éstos, y que “cubriría o prevendría los siguientes riesgos sociales: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria”. El proyecto fue aprobado en septiembre de 1938, y fue la base principal que sustentó el que se elaboró cuatro años después.

III. La creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (1940-1952)

“En el cardenismo dio inicio una política de atención para la salud al medio rural, mediante el servicio social de los pasantes de medicina y los servicios médicos-sanitarios-ejidales, que en 1941 pasaron a ser los Servicios Rurales Cooperativos. También se impulsaron acciones para la integración de los pueblos indígenas, que incluían la prestación de servicios médicos. A partir de los años cuarenta, la creciente industrialización y la política de protección al capital por parte del Estado propiciaron una racionalización de los servicios públicos de salud con fines de reproducción de la fuerza de trabajo” (López, 2006).

En 1942, el país contaba con las condiciones adecuadas para la creación de un seguro social y el presidente Manuel Ávila Camacho mostró un interés particular en las cuestiones laborales. El día que asumió la presidencia anunció la creación de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, encargándosela al ex secretario de Gobernación, Ignacio García Téllez.

La creación primitiva de la Ley del Seguro Social, en 1943, fue obra de Ignacio García Téllez, Manuel Ávila Camacho y Lázaro Cárdenas, que fungieron como continuadores de la obra de los primeros caudillos del movimiento revolucionario. Debieron encargarse de hacer realidad y llevar a la práctica el establecimiento en el país de aquellas instituciones, cuya creación fuera ideada y propuesta en la Revolución de 1910 y luego elevada al rango de precepto constitucional por la Carta Magna de 1917.

En la exposición de motivos de dicha ley se estableció como finalidad de la seguridad social, garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Como instrumento básico se estableció el Seguro Social y, para administrarlo y organizarlo, se decretó la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propio, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

La ley del Seguro Social fue expedida el 31 de diciembre de 1942 y publicada en el Diario Oficial el 19 de enero de 1943. El Instituto Mexicano del Seguro Social nació “con una composición tripartita para su gobierno, integrado, de manera igualitaria, por representantes de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal. De inmediato comenzó a trabajar su Consejo Técnico. Entonces, al igual que hoy, sus integrantes han sabido anteponer los legítimos intereses que representan el bien superior del Seguro Social, constituyéndose así en garantía de permanencia y desarrollo Institucional” (IMSS, 2007).

“Durante este periodo, de creación y formal nacimiento del IMSS, el primer director fue el Lic. Santos Guajardo, quien sólo permaneció un año en el cargo. La característica de este período fue el inmovilismo, pues el Consejo Técnico del Instituto fijó su posición en el sentido de que primero había que recaudar para posteriormente iniciar la prestación de servicios” (García, 2007).

En el año de 1944, se comienza por crear centros de atención en zonas donde se ubicaran las empresas, tales como el Distrito Federal, en 1945 a Puebla, Tlaxcala y Nuevo León, en 1946 al estado de Jalisco, esto debido a que se necesitaba la participación del sector privado, el gobierno federal y los trabajadores.

“Frente a esta falta de acción, el presidente Ávila Camacho nombra al secretario del Trabajo —y autor de las propuestas de creación del IMSS—, don Ignacio García Téllez, como director del Instituto, quien logra romper las resistencias obreras y empresariales e inicia la prestación de los servicios, apoyado por un grupo de colaboradores convencidos y comprometidos en medio de protestas públicas, manifestaciones e incluso de la única huelga de trabajadores del Instituto. El pago que recibió García Téllez, autor intelectual y material de la seguridad social en México, fue el ostracismo político en el que se le mantuvo desde el término de su gestión en 1946, hasta su muerte” (*Ibíd.*).

Durante el sexenio del Presidente Miguel Alemán Valdés, el director del IMSS, Sr. Antonio Díaz Lombardo, tuvo el honor de inaugurar el primer hospital del IMSS en el Distrito Federal llamado Hospital de "La Raza" así como el edificio central del IMSS, ubicado en avenida Paseo de la Reforma en el Distrito Federal, donde hasta la fecha se lleva toda la administración del IMSS a nivel nacional. La demanda por el servicio aumentaba y se decidió dar cobertura se amplió y llegó a los estados de Veracruz en 1947, y al Estado de México entre 1948-1951, debido al desarrollo industrial que presentaba el estado.

IV. Desarrollo del IMSS (1952-1958)

En el sexenio del Presidente Adolfo Ruiz Cortines, el IMSS se vio beneficiado, tuvo reconocimiento y mayor interés por otorgar amplia cobertura a nivel nacional. “Bajo la dirección de don Antonio Ortiz Mena, el IMSS logró presencia internacional, preservó el equilibrio financiero mediante la reorganización administrativa” (García, 2007). El director puso especial énfasis en la distribución espacial del IMSS en todo el país, llevó sus servicios a Oaxaca entre 1952 y 1953, Sonora en 1954, Sinaloa 1955, Chihuahua, Chiapas, Morelos e Hidalgo en 1956, Durango, Campeche, Guerrero y Querétaro en 1957; y Aguascalientes,

Michoacán, Colima, Coahuila, Guanajuato, Tabasco, Tamaulipas, Nayarit, Baja California, Yucatán, Baja California Sur, Quintana Roo, San Luis Potosí y Zacatecas en 1958.

Inició la protección a favor de los trabajadores agrícolas, impulsó la creación de las Casas de la Asegurada e inició el sistema de medicina familiar y de medicina preventiva. Al término de su gestión, el IMSS estaba consolidado. Ortiz Mena estuvo al frente del IMSS del 1 de diciembre de 1952 al 30 de noviembre de 1958. Con lo anterior, en el año de 1960 todas las entidades federativas del país tenían cobertura del IMSS.

V. Maximización del desarrollo y utilización de servicios del IMSS (1958-1964)

Entre 1959 y 1964, se aceleró la construcción de unidades médicas, con predominio de los edificios destinados a otorgar consulta externa como consecuencia de la prioridad que se confirió a la medicina familiar. Los recursos humanos contratados casi se triplicaron.

En el gobierno del Presidente Adolfo López Mateos se construyó el Centro Médico Nacional. “A Don Benito Coquet, director del IMSS en esa época, le caracteriza una visión *imperial* de la seguridad social. Su capacidad de acción la traduce en una obra material y humana de grandes dimensiones. Construye la infraestructura básica —vigente hasta la fecha por los materiales utilizados—, impone los mármoles criticados por lujosos, defendidos por razón de su duración y por su efecto sobre la calidad de las prestaciones. Se lanza a extender a toda la República en construcciones propias, modelos de eficiencia y desborda los límites tradicionales de trabajadores urbanos para incorporar, por otras formas de contribución, a los productores de caña de azúcar y a los cortadores eventuales” (García, *op. cit.*).

La inversión que se realizó en las acciones mencionadas fue gracias a que el estado de salud financiera era buena, esto aunado a “la alta tasa de crecimiento del sexenio, y porque aún se encontraba lejana la carga del pago de pensiones, se tuvo gran capacidad de inversión. Sin embargo, tal capacidad fue rebasada por los afanes de Coquet, quien al término de su gestión dejó un importante pasivo, lo que provocó que la formidable obra se viera empañada” (García, *op. cit.*).

“En su periodo entró en operación el Centro Médico Nacional, máximo conjunto hospitalario de la época y de muchos años. Construyó y puso en operación clínicas y hospitales en prácticamente toda la República. Inauguró el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, los Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar y el Centro Vacacional Oaxtepec. Con la idea de apuntar en dirección de una seguridad social integral, construyó 13 unidades habitacionales, 42 teatros, así como unidades de servicios sociales y deportivos bautizados como Morelos y Cuauhtémoc, con niveles de atención que produjeron campeones olímpicos” (García, *op. cit.*).

La gama de servicios médicos concebida hasta aquel momento fue puesta a disposición indiscriminada de los usuarios: consulta médica, atención ginecobstétrica, intervenciones quirúrgicas, servicio dental, análisis clínicos, radiografías y dotación de medicamentos. Legalmente el Instituto tenía el compromiso de otorgar atención médica integral a todos los derechohabientes. Los servicios médicos otorgados se extendieron conforme a las posibilidades institucionales, la década de los cincuenta se dedicó a la satisfacción de la demanda, principalmente clínica, mediante consulta médica.

VI. Época de cambios para el IMSS (1964-1970)

Durante la presidencia de Gustavo Díaz Ordaz tuvieron lugar las reducciones de las aportaciones del Estado. Sealtiel Alatriste, director del IMSS de diciembre de 1964 al 25 de enero del 1966, tuvo una breve gestión, “particularmente difícil por haber pretendido resolver el pasivo heredado, por la vía de frenar al Instituto en lugar de conducirlo por el rumbo del crecimiento, por la división que se dio entre sus colaboradores y por el estallido del conflicto médico a los quince días de iniciada su gestión. El conflicto no se generalizó porque el Sindicato del IMSS no se unió al movimiento, lo que fue retribuido en la revisión del contrato colectivo llamado *de Oaxtepec*” (García, *op. cit.*).

Fue nombrado director del IMSS el doctor Ignacio Morones Prieto, el 26 de enero del mismo año 1966. “Se dio a la tarea de cicatrizar el conflicto médico y recuperar el equilibrio financiero. Aumentó el número de asegurados mediante la incorporación de nuevos grupos con alta capacidad contributiva como los mineros y los electricistas. De este modo aprovechó la gran infraestructura heredada y absorbió gradualmente el pasivo dentro del desarrollo estabilizador” (*Ibíd.*).

El Doctor Morones Prieto trajo nuevas ideas al IMSS, por ejemplo “abrió al público el Centro Vacacional Oaxtepec, con la finalidad de proporcionar descanso, esparcimiento y recuperación a los trabajadores. Instaló la Comisión Asesora de Empresarios y Trabajadores, con el fin de orientarlos en el conocimiento y manejo de la Ley del Seguro Social” (*Ibíd.*). Por otra parte, canceló el proyecto de la Unidad Revolución.

“Durante este periodo se cambió la composición de las aportaciones y se redujo a la mitad (12.5%) la aportación del Estado. Con este nuevo esquema, a pesar de los negativos efectos

de los grupos ficticios de cotización para fines de fijar las cuotas, se recuperó el equilibrio financiero de la Institución. En este periodo, se consolidó la medicina familiar y la organización desconcentrada del Instituto a partir de indicadores de gestión, fórmulas de productividad y balance de elementos apoyado en un proceso normativo y de supervisión” (García, *op.cit.*).

Se puede observar que aun en momentos de dificultad económica, quien ha sido director del IMSS en su momento, ha buscado la forma de incrementar la cantidad de recursos físicos o humanos y beneficiar a más personas. Un punto importante que no hacen mención en los reportes de la historia del IMSS se refiere a la estrategia para ubicar sus inmuebles, se puede aseverar que tiene una relación directa con la ubicación de sus derechohabientes. Por ejemplo, las primeras clínicas se ubicaron en el centro-norte del Distrito Federal, en dicha zona se ubicaban las fábricas o áreas industriales a finales de los años sesentas.

En el Distrito Federal, en febrero de 1971 se contaba con 25 Clínicas, principalmente de tipo A. Este tipo de clínicas otorgaba los servicios de consulta externa, de medicina general y de especialidades.

A partir de 1972, se realizó un esfuerzo intensivo por incorporar a la población campesina. Durante este tiempo el enfoque de la extensión de cobertura se orientaba hacia la inclusión de nuevos grupos en un sentido territorial, similar al desarrollado por el Instituto dentro del régimen ordinario de sus primeros quince años de servicio.

VII. Reformas y la nueva Ley del Seguro Social (1970-1976)

Durante la presidencia de Luis Echeverría Álvarez estuvo Carlos Gálvez Betancourt, como director del IMSS de 1970 a 1975, realizó cambios significativos dentro del Instituto, como la

Ley del Seguro Social en el año de 1973. “La primera —al inicio de su gestión— para elevar los topes salariales fijados en pesos que habían permanecido estáticos, provocando un grave abatimiento de las cuotas... La segunda es la nueva Ley del Seguro Social, que desde su expedición, aunque con ciertos antecedentes previos, se da a la búsqueda de lo que se ha llamado *seguridad social integral y solidaridad social*. Sus puntos fundamentales fueron la apertura de los grupos de aseguramiento, la desaparición de los topes por grupos para establecer una contribución dinámica determinada por una proporción del salario hasta un tope por 10 veces el salario mínimo, el establecimiento del régimen obligatorio de guarderías para hijos de madres aseguradas y la creación del régimen IMSS-Solidaridad para brindar atención médica a los habitantes de los polos de profunda marginación, mediante la contribución del gobierno federal, la administración del Instituto y el pago de los beneficiados con trabajo personal a favor de las comunidades a través de 40 hospitales y 400 clínicas rurales” (García, *op. cit.*).

Durante el período de Gálvez Betancourt, los cambios, en su mayoría eran de beneficio para la población derechohabiente e incluso para más personas con la aplicación del IMSS-Solidaridad.

A partir del 27 de septiembre de 1975 queda al frente del IMSS el licenciado Jesús Reyes Heróles, hasta el 30 de noviembre de 1976. Reyes Heróles era un profundo conocedor de la seguridad social y de la política, tuvo la visión de no pretender imponer cambios en el breve lapso de su administración. Su esfuerzo lo concentró en consolidar las tareas en proceso y en conducir al Instituto a un ejemplar cierre de su administración.

VIII. Fortalecimiento y extensión del IMSS (1976-1982)

En el sexenio de José López Portillo tuvo lugar la gestión del Lic. Arsenio Farell Cubillas de 1976 a 1982 “se caracterizó por su enérgica y eficaz administración, así como por la búsqueda del fortalecimiento financiero y el interés por incrementar los servicios con una importante inversión en clínicas y hospitales de toda la República, con una red de primer nivel de atención en las zonas marginadas, que permitieron una cobertura a esa población que no había sido imaginado. Se cambia el nombre de IMSS-Solidaridad por el de IMSS-Coplamar y se construyen clínicas rurales en 3 mil 500 comunidades, con la finalidad de extender los servicios de la seguridad social (principalmente de primer nivel ampliado) a las poblaciones marginadas sin capacidad contributiva. En cuanto a prestaciones sociales, se incrementaron las actividades de capacitación y las prácticas deportivas (fútbol); asimismo se inauguraron dos nuevos centros vacacionales. Frente a la crisis de 1982, suspende ordenadamente la inversión y vigila mantener adecuada capacidad de prestación de servicios preservando el equilibrio financiero” (García, *op. cit.*).

IX. El IMSS hace frente a situaciones de caos (1982-1988)

El Lic. Ricardo García Sáinz queda al frente del IMSS a partir de 1982 y hasta 1991. Este periodo coincide con la presidencia de Miguel de la Madrid Hurtado y con la crisis de 1992 “el país se enfrentó a un crecimiento negativo y a una insuficiencia de divisas, circunstancias que provocaron, en el ámbito Institucional, una caída ininterrumpida del valor real de los salarios y, por tanto, del valor real de las cuotas. Se produjo un bajo crecimiento de asegurados y, un incremento en la demanda de servicios. Además, la contribución del Estado sigue disminuyendo (a sólo el 5% del valor de las cuotas), aunque tal reducción es cubierta por el sector patronal” (*Ibíd.*).

En el año de 1985, el centro de México fue sorprendido por un sismo de 8.1° en escala Richter. Los efectos causaron pérdidas humanas y la destrucción de inmuebles fue muy alta. El Centro Médico Nacional, donde se encontraba concentrada la mayor parte de la medicina altamente especializada del país, conocida como de tercer nivel, quedó inservible.

Se redimensionó el Centro Médico Nacional, se redujo a 2 mil 500 a 800 camas. Su reconstrucción comenzó lo mas pronto posible, igualmente se impulsó a la consolidación de hasta 10 centros médicos nacionales y al desarrollo de un anillo de contención de hospitales de segundo nivel, abatiendo los costos y elevando la eficiencia.

Para hacer frente a la crisis durante la presidencia de Miguel de la Madrid, se tuvo “la holgura de la capacidad instalada —producto de las inversiones de la anterior administración—, misma que cubría expectativas de demanda de varios años, y que continuó creciendo por reasignaciones regionales de la inversión. En el periodo se realiza la desconcentración de los servicios por la vía de la regionalización (*Ibíd.*). Se crearon Delegaciones Regionales del IMSS para todo el país.

“A través de un convenio con la Coordinación del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Complamar), el IMSS extendió sus servicios a núcleos muy importantes de la población rural desamparada. En 1983, el Gobierno Federal, al desaparecer esa Coordinación, otorgó la responsabilidad operativa sólo al Instituto. Con el proceso de descentralización de los servicios de salud emprendido entre 1985 y 1987 por el Gobierno de la República, el programa quedó funcionando únicamente en 17 entidades federativas. A partir de 1989 pasó a formar parte, presupuestalmente hablando, el Programa Nacional

Solidaridad, en tanto que el IMSS mantuvo la responsabilidad operativa, logística y de administración del mismo” ” (Narro, 1993).

Durante este periodo se inicia la venta de unidades habitacionales. El IMSS comenzó a tener cambios importantes como retirarse del fútbol profesional y convertir a Metepec en centro vacacional.

En 1987 se estableció el derecho a disfrutar de la atención médica a todos los estudiantes inscritos en escuelas incorporadas al sistema educativo nacional. El costo de estos servicios fue calculado con la amplísima experiencia institucional y es cubierto íntegramente por la Federación.

X. Cambios en las prestaciones otorgadas por el IMSS (1988-1994)

Durante el periodo del Lic. Ricardo García Sáinz al frente del IMSS, siendo ya presidente Carlos Salinas de Gortari, se establecen las pensiones dinámicas, se elimina el pago de cuotas por el pensionado para el disfrute de la atención médica y se amplía a sus familiares, esto a partir de 1989.

“Es mediante la reforma de noviembre de 1988 cuando se eleva la cuantía básica del 20% hasta un 80% y se incrementa el monto de la pensión de viudez del 40% al 90% de la pensión directa. En este periodo los salarios mínimos crecieron en 3,169%, en tanto que las pensiones incrementaron en 8,173%” (García, *op. cit.*).

“En 1990 se firmó el primer convenio que permitió a los trabajadores migratorios cubrir cuotas, para que sus familiares que permanecieran en México recibieran la atención médica

proporcionada por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Por otra parte se interrumpe el proceso de descentralización del Programa IMSS-Solidaridad” (*Ibíd.*).

Emilio Gamboa Patrón ocupa la dirección del Instituto de 1991 a 1993. En estos años, el gobierno federal dio inicio al sistema de ahorro individual. En mayo de 1992 “se estableció un seguro de retiro complementario de jubilaciones y pensiones del IMSS y del ISSSTE, denominado Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), el cual se elaboró a partir del modelo chileno. El ahorro representó el 2 % de la nómina de salarios y a éste se incorporó la cuota existente de 5% para la vivienda —ambas pagadas por el patrón— las cuales se depositaban en una cuenta bancaria para cada trabajador, cuya tasa de interés real no podía ser menor a 2 %. Este fondo de ahorro individual sólo podía ser retirado hasta que el trabajador cumpliera 65 años de edad y únicamente en caso de ser cesado podía ser retirado el 10%” (*Ibíd.*).

En los años noventa cambian el nombre de Clínicas a Unidades de Medicina Familiar, con un registro en 1992 de 38 unidades médicas en el Distrito Federal.

XI. La Nueva Ley del Seguro Social (1994-2000)

Durante la presidencia de Ernesto Zedillo Ponce de León, y con el fin de recuperar la viabilidad financiera y eliminar inequidades que a través del tiempo se presentaron, en 1995 surge la nueva Ley del Seguro Social. De tal forma, que en la LXXVII Asamblea General del IMSS, celebrada en enero de 1995, Zedillo señaló que desde su creación, el Instituto ha sido pilar en la tarea fundamental del Estado mexicano de proteger la salud y procurar la seguridad social de los mexicanos.

Enfatizó que “México contaba con un Instituto Mexicano del Seguro Social, dirigido por Genaro Borrego Estrada en esos años, que es patrimonio de los trabajadores, justificado orgullo de quienes laboran en él y ejemplo de la gran fortaleza de nuestras instituciones. Para honrar la historia del Instituto, preservar su naturaleza y resguardar las conquistas de los trabajadores, ordenó la elaboración de un "diagnóstico objetivo, sereno, profundo y realista que permita acometer los nuevos retos de la seguridad social que demandan los mexicanos".

Solicitó que, al esbozar las propuestas que se deriven de tal diagnóstico, se respeten los siguientes principios: a) El sistema de seguridad social mexicano no se privatizará; b) Mantendremos la función pública de procurar la salud social de los mexicanos; c) No debe haber más cargas a los trabajadores y las empresas; d) Deben explorarse mecanismos para conciliar las finanzas sanas del Instituto con la viabilidad de los ramos de aseguramiento; e) Procurar la ampliación de la cobertura del Instituto y estimular su papel como promotor del empleo, y f) Los avances deben contar con el consenso de los trabajadores” (*Ibíd.*).

Los principios definidos por el presidente de la República son inobjectables, pero la Ley aprobada por el H. Congreso de la Unión no los incorpora. El 1 de julio de 1997 entró en vigor la nueva Ley del Seguro Social. Entre las innovaciones fundamentales de este ordenamiento jurídico está la creación de las cuentas individuales para el retiro de los trabajadores. Su manejo se encomienda a las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores).

“También se crea el Seguro de Salud para la Familia, que permite a los trabajadores no asalariados que laboran por su cuenta, disfrutar junto con su familia, de la atención médica integral del IMSS. La nueva Ley extiende el régimen obligatorio a los jornaleros agrícolas y posibilita así la creación de guarderías para los hijos de las madres trabajadoras del campo. Con

ello se dio un paso trascendental en la extensión de la seguridad social al medio rural” (IMSS, 2007).

La trascendencia de esta reforma, su diferida entrada en vigor, la desinformación provocada por las avalanchas propagandísticas y la complejidad misma del asunto, reclaman un esfuerzo colectivo para darle transparencia a los efectos que tiene dicha reforma sobre los derechos de los asegurados y sobre la economía nacional.

XII. Nuevas reformas a la Ley del Seguro Social (2000-actual)

En el 2001, los resultados de las reformas se agruparon en dos apartados: los relativos a la gestión del Instituto, y los referidos a las pensiones. Referente al primer apartado, se destacan diez puntos: “Primero, la reforma perfeccionó la autonomía fiscal del Instituto; Segundo, las reformas dotaron al Instituto de mayores facultades presupuestarias; Tercero las reformas fortalecieron la transparencia y la rendición de cuentas; Cuarto, las reformas modernizan la gestión del Consejo Técnico; Quinto, las reformas sentaron las bases para la modernización tecnológica del Instituto; Sexto, las reformas crearon un Fondo para el Cumplimiento de las Obligaciones Laborales a favor de los trabajadores del Instituto; Séptimo, las reformas establecieron un nuevo régimen de reservas para el Instituto en su carácter de entidad administradora de seguros; Octavo, las reformas posibilitan un nuevo régimen de servicios personales; Noveno, las reformas generaron beneficios para los trabajadores; Décimo, las reformas otorgarán también beneficios para las empresas” (*Ibíd.*).

“El segundo apartado de las reformas fue el relativo a las pensiones. En esta materia el Ejecutivo y el Legislativo, juntos, lograron un acto de justicia y de responsabilidad” (*Ibíd.*).

“Con lo legislado, 1.2 millones de pensionados reciben incrementos a sus pensiones desde este mes, particularmente aquellos con menores percepciones. Ahora, ningún pensionado por vejez tiene una pensión inferior a un salario mínimo; además, las viudas con pensiones de hasta 1.5 salarios mínimos reciben un incremento del 11%; igualmente, todos los jubilados de 60 años o más por cesantía y vejez obtienen un incremento de 10%. Más todavía, las reformas *indexan* todas las pensiones al Índice Nacional de Precios al Consumidor. Con ello se garantiza su poder de compra, protegiendo así no sólo a los pensionados actuales, sino también a los trabajadores actuales, que serán los jubilados de mañana” (IMSS, *op.cit.*).

En el 2004 se realizaron “reformas a los artículos 277 D y 286 K de la Ley del Seguro Social establecen que el Instituto no podrá destinar recursos de las cuotas obrero patronales o de las aportaciones de seguridad social del Gobierno Federal al financiamiento del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, correspondiente a las nuevas plazas o sustituciones que se autoricen a partir de la entrada en vigor de estas reformas” (*Ibíd.*).

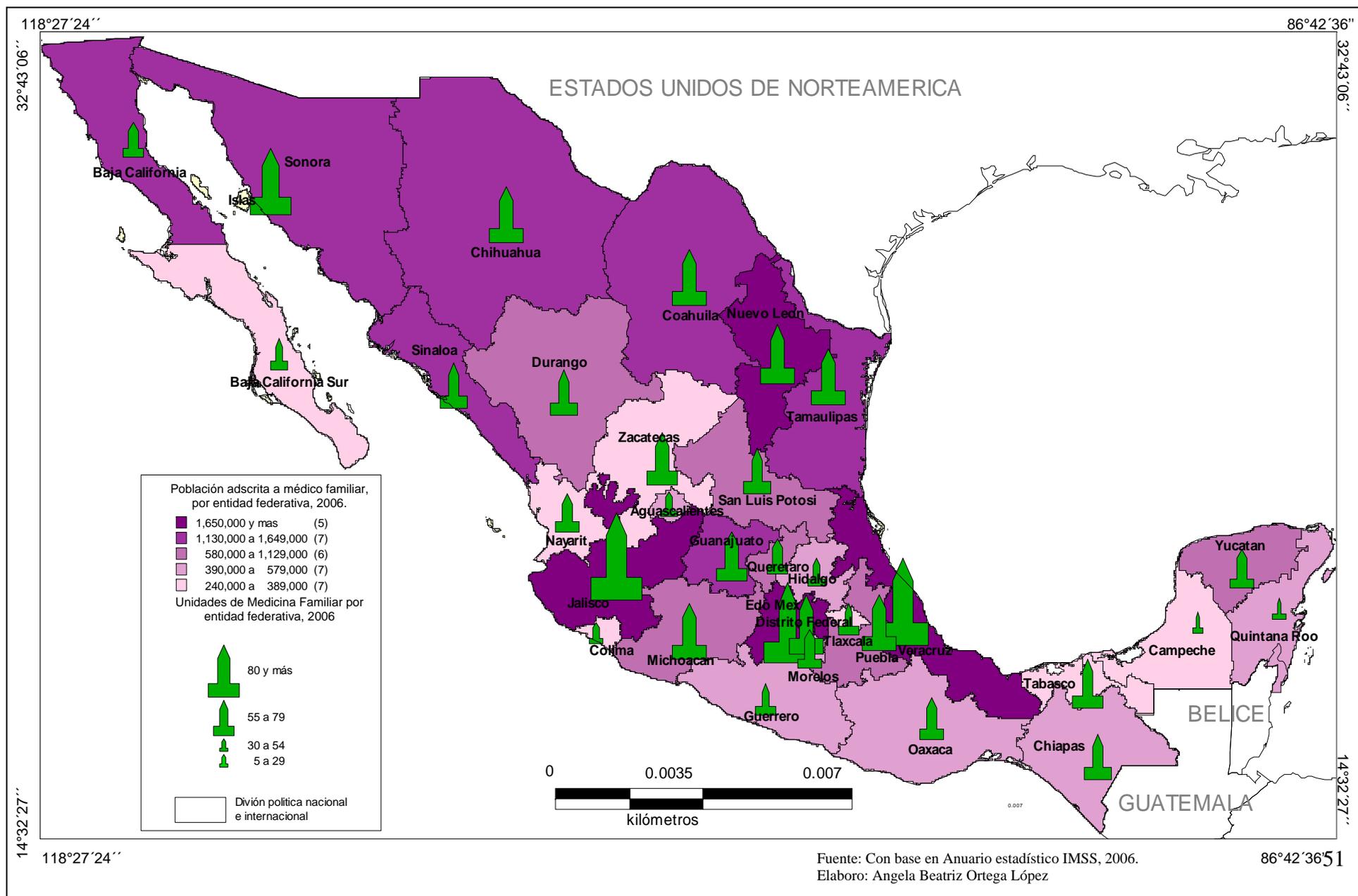
“Debe señalarse, que con estas reformas no queda resuelto en su totalidad el problema financiero del Instituto. Sin embargo, sí representan un paso decisivo y firme para construir un nuevo marco legal que sirva de base para generar acuerdos y consensos que nos permitan resolver otros problemas aún pendientes en la agenda del Instituto” (*Ibíd.*).

Con las reformas realizadas se busca obtener una eficiencia mayor en cuanto a lo financiero refiere. En ningún momento se hace mención acerca de la infraestructura, recursos humanos o acerca de los servicios prestados, el IMSS da prioridad a la administración de los recursos con los que cuenta principalmente para el pago de pensiones, esto es de particular relevancia si se toma en cuenta que cada vez será mayor la cantidad de personas que se pensionen por

edad, pero no justifica que se sacrifiquen los recursos físicos y humanos de los servicios de salud que son parte fundamental del seguro social en el Distrito Federal, así como en todo México (Figura 2.1).

El IMSS es la institución de seguridad social más grande de América Latina, pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana. El esfuerzo de sus trabajadores ha resultado en los avances logrados hasta ahora por el Instituto. Su trabajo se ha desarrollado en un contexto macroeconómico difícil, y ha descansado en gran medida en esfuerzos de austeridad y de combate a la evasión y la elusión. Sin embargo, tiene claros límites; ha ayudado a sortear la coyuntura, pero no es una solución permanente a la problemática. La situación económica parece más promisorio para el resto de los próximos años.

FIGURA 2.1 MÉXICO: POBLACIÓN ADSCRITA A MÉDICO FAMILIAR Y UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS, POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2006.



2.2. Metodología para el cálculo de índices de cobertura real

La cobertura de los servicios de salud puede ser de diferentes tipos, tal y como se mencionó en el primer capítulo. Para la temática del presente trabajo se optó por el concepto de Cobertura Real de los servicios, la cual se calcula a partir de los servicios prestados.

Para el cálculo del Índice de Cobertura se requiere de dos variables, en este caso para el *Índice de Cobertura Real de Unidades de Medicina Familiar*, se divide el número total de Unidades de Medicina Familiar entre el Total de Consultas Otorgadas entre las veces reales que asistió la población adscrita a médico familiar a consultas y se multiplica por 10,000 habitantes.

$$\text{Índice de Cobertura Real} = \frac{\text{Unidades de Medicina Familiar}}{\text{Total de Consultas Otorgadas}} \times 10,000$$

En primer lugar, está la Cobertura que dan las unidades médicas a la población derechohabiente que está adscrita a médico familiar, esto es que solicitó atención médica por lo menos en una ocasión. En segundo lugar, la Cobertura de recursos humanos, la cual comprende a médicos y no médicos, y enfermeras. El objetivo de este capítulo es conocer las variaciones de los Índices de Cobertura y los cambios que presentaron los números de consultorios y cubículos y el total de consultas otorgadas, todos estos cambios en los tres periodos diferentes de tiempo, que comprenden los años 2000, 2003 y 2006.

2.3. Cobertura real de Unidades de Medicina Familiar

En el Distrito Federal, hasta el año 1992, se contaban con 15 unidades de medicina familiar. Se crearon 25 más para el año 2000, con lo que se tuvo un total de 40 UMF (Figura 2.2). A partir del año 2000 el crecimiento de UMF se detuvo debido a que era necesario dar mantenimiento, o en su defecto era necesario remodelar a las UMF ya creadas. Con los déficit

presentados en las finanzas del Instituto no era posible cubrir grandes gastos, y si se contemplaba la creación de nuevas Unidades Médicas representaba un costo mayor a las remodelaciones necesarias, las cuales de no realizarse terminarían por volver obsoletas las Unidades Médicas existentes para continuar otorgando sus servicios (Observaciones de campo, 2008).

La distribución geográfica de las Unidades de Medicina Familiar en el IMSS responde a cuestiones históricas relacionadas con la creación de las mismas. En un inicio, las Unidades de Medicina Familiar se planearon cercanas a zonas donde existieran trabajadores del sector privado, ya que ese era el sector de la población a cubrir. En la porción centro-norte del Distrito Federal se ubicaban las principales zonas laborales, fueran fábricas u oficinas de éstas, así que el IMSS construyó sus primeras Unidades Médicas de acuerdo con esta localización.

El Instituto Mexicano del Seguro Social decidió regionalizar al país buscando un beneficio en la acumulación de información y optimización de la misma. Dichas regiones se denominan Delegaciones, que para el caso del Distrito Federal (Cuadro 2.1) son:

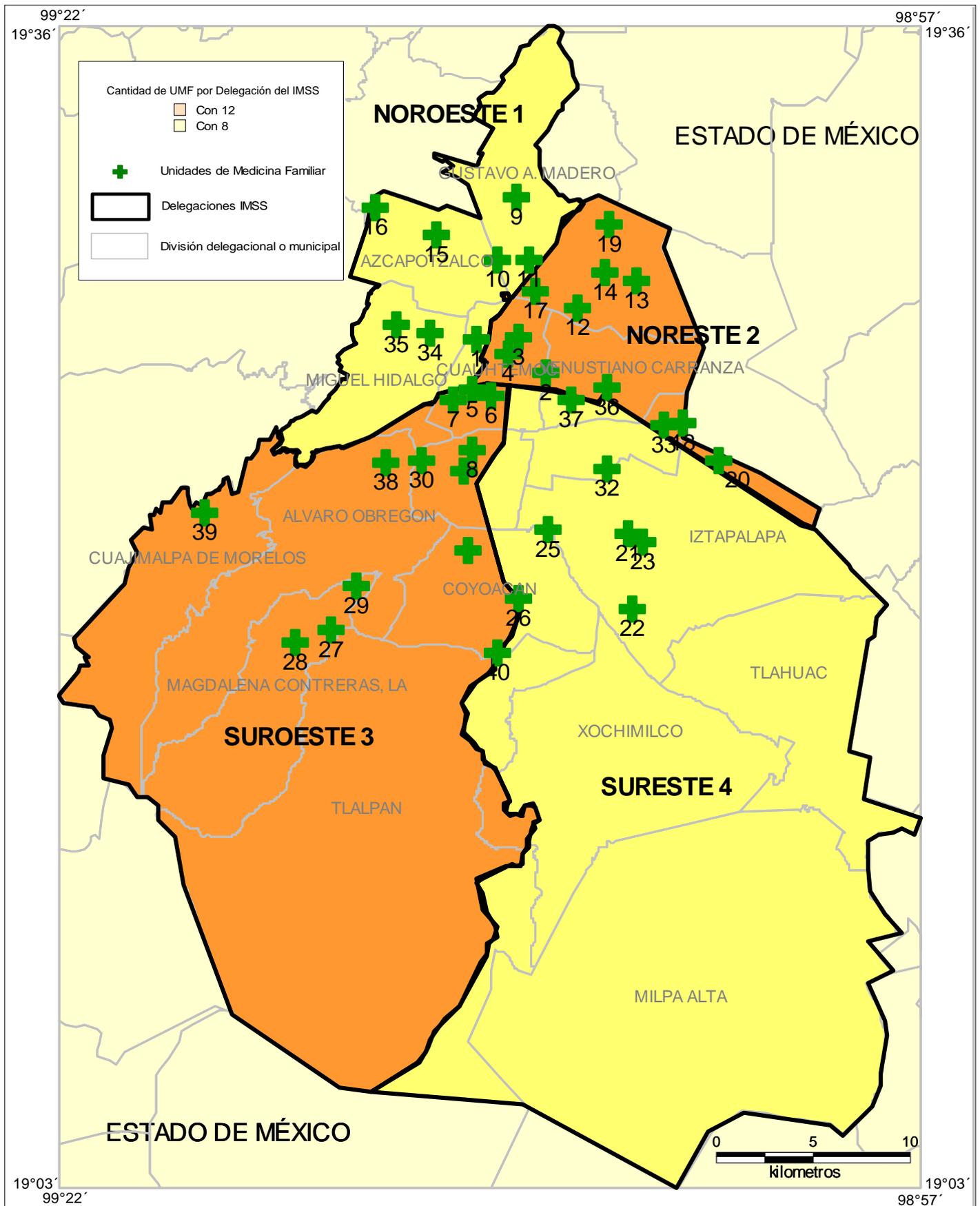
- ⇒ Noroeste 1: comprende la delegación política Azcapotzalco y parte de Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero y Miguel Hidalgo.

- ⇒ Noreste 2: comprende parte de las delegaciones políticas Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa y Venustiano Carranza.

- ⇒ Suroeste 3: comprende las delegaciones políticas Álvaro Obregón, La Magdalena Contreras, Cuajimalpa de Morelos y parte de las delegaciones Benito Juárez, Coyoacán, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo y Tlalpan.

- ⇒ Sureste 4: comprende las delegaciones políticas Milpa Alta, Tláhuac, Xochimilco y parte de Benito Juárez, Coyoacán, Cuauhtémoc, Iztacalco, Iztapalapa, Tlalpan y Venustiano Carranza.

FIGURA 2.2. DISTRITO FEDERAL: LOCALIZACIÓN DE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS, 2000.



Fuente: Con base en Anuarios estadísticos IMSS, 2000, 2003 y 2006.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López

CUADRO 2.1 DISTRITO FEDERAL: UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR SEGÚN DELEGACIONES DEL IMSS, 2000.

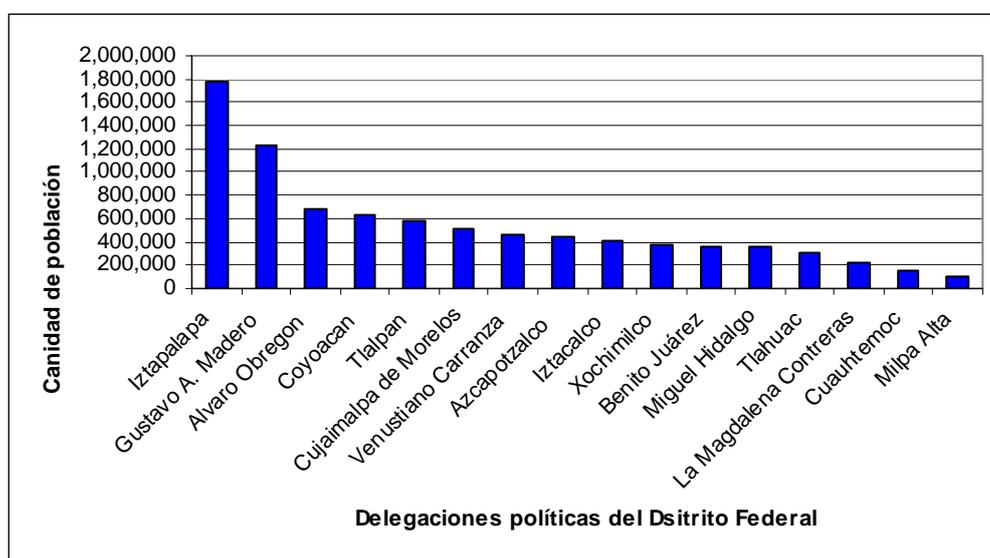
| Clave | UMF | Delegaciones Políticas del Distrito Federal | Número de UMF | Delegaciones del IMSS |
|--------------------------------------|--|---|---------------|---|
| 1 2 3 4 5 6 7 8 | No. 2 Santa María la Ribera No. 6 Merced No. 16 Guerrero No. 37 C.F.E. Alameda No. 1 Roma No. 4 Doctores No. 38 Condesa No. 39 C.F.E. Parque San Andrés | Cuauhtémoc | 8 | Noroeste 1 Noreste 2 Noreste 2 Noreste 2 Suroeste 3 Suroeste 3 Suroeste 3 Suroeste 3 |
| 9 10 11 12 13 14 | No. 44 La Escalera No. 20 Vallejo No. 41 Magdalena de las Salinas No. 3 La Joya No. 94 San Juan de Aragón No. 23 Unidad Morelos | Gustavo A. Madero | 6 | Noroeste 1 Noroeste 1 Noroeste 1 Noreste 2 Noreste 2 Noreste 2 |
| 15 16 17 18 19 | No. 40 Azcapotzalco No. 33 El Rosario No. 11 Peralvillo No. 35 Zaragoza No. 36 Atzacotalco | Azcapotzalco | 5 | Noroeste 1 Noroeste 1 Noreste 2 Noreste 2 Noreste 2 |
| 20 21 22 23 | No. 120 Zaragoza No. 31 Iztapalapa No. 160 El Vergel No. 43 Rojo Gómez | Iztapalapa | 4 | Noreste 2 Sureste 4 Sureste 4 Sureste 4 |
| 24 25 26 | No. 19 Coyoacán No. 15 Ermita Iztapalapa No. 46 El Soriano | Coyoacán | 3 | Sureste 4 Sureste 4 Suroeste 3 |
| 27 28 29 | No. 18 Contreras No. 140 La Teja No. 22 Unidad Independencia | Magdalena Contreras | 3 | Suroeste 3 Suroeste 3 Suroeste 3 |
| 30 31 | No. 9 San Pedro de los Pinos No. 28 Del Valle | Benito Juárez | 2 | Suroeste 3 Suroeste 3 |
| 32 33 | No. 45 Iztacalco No. 34 Pantitlán | Iztacalco | 2 | Sureste 4 Noreste 2 |
| 34 35 | No. 5 Anáhuac No. 17 Legarí | Miguel Hidalgo | 2 | Noroeste 1 Noroeste 1 |
| 36 37 | No. 14 Aeropuerto No.21 Francisco del Paso y Troncoso | Venustiano Carranza | 2 | Noreste 2 Sureste 4 |
| 38 | No. 12 Santa Fe | Álvaro Obregón | 1 | Suroeste 3 |
| 39 | No. 42 Cuajimalpa | Cuajimalpa de Morelos | 1 | Suroeste 3 |
| 40 | No. 7 Tlalpan | Tlalpan | 1 | Sureste 4 |
| | | Milpa Alta | 0 | |
| | | Tlahuác | 0 | |
| | | Xochimilco | 0 | |

Fuentes: Con base en el Reglamento de organización interna del IMSS.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López.

Los reportes estadísticos que genera el IMSS tienen diseños diferentes. En el Anuario Estadístico del año 2000, los datos son reportados por Delegaciones internas del IMSS, este modelo continuó hasta el año 2003, modificándose en el 2004, a partir del cual la información es reportada a nivel de Unidades Médicas, Unidades de Especialidades y Hospitales. Lo anterior modifica la escala espacial en que es posible analizar la información para cada uno de estos años a revisar, debido a que se puede hablar de Delegaciones del IMSS, Delegaciones Políticas del Distrito Federal o a nivel de Unidad Médica.

De acuerdo con datos del INEGI, la población total del Distrito Federal para el año 2000 era de 8,605,239 habitantes. Destacan las delegaciones políticas Iztapalapa y Gustavo A. Madero como las más pobladas (Figura 2.3). Para la misma fecha, el IMSS reportó 3,606,849 usuarios bajo la categoría de Población Adscrita a Médico Familiar.

FIGURA 2.3. DISTRITO FEDERAL: POBLACIÓN TOTAL, 2000.



Fuente: Con base en INEGI, 2000
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López.

En necesario aclarar que en las estadísticas que genera INEGI relacionadas al sector salud, reporta a los usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social como Población Derechohabiente y/o legal, la cual es definida como “el conjunto de personas con derecho a

recibir prestaciones en especie o en dinero conforme a lo establecido por la ley. Este grupo incluye asegurados directos o cotizantes, pensionados y a los familiares o beneficiarios de ambos” (IMSS, 2005).

El IMSS especifica en sus estadísticas del total de Población Derechohabiente a la Población Adscrita a Médico Familiar, la cual es definida como “población conformada por los asegurados permanentes y pensionados, así como los beneficiarios de ambos, que se les asigna médico familiar encargado de su atención. La adscripción se realiza al demandar atención en la unidad por primera vez y probarse el carácter de beneficiarios de los miembros del núcleo familiar. Esto significa que la Población Adscrita a Médico Familiar son las personas que realmente asisten a recibir atención médica en las unidades médicas” (*Ibíd.*).

En un primer cálculo se estimó la cobertura real que ofrecen las unidades médicas del IMSS en cada una de las cuatro delegaciones en que está dividido el Distrito Federal, de acuerdo con la cantidad de Población adscrita a médico familiar por cada una de las cuatro Delegaciones en las que el IMSS divide al Distrito Federal. Para el año 2000 el índice promedio de cobertura real fue de 1 unidad médica por cada 100,000 personas adscritas a médico familiar (Cuadro 2.2a).

El índice de cobertura real eficiente lo obtiene la Delegación Noreste 2 con casi 2 unidades médicas para 100,000 personas adscritas. Dicha cobertura en porcentaje es del 34% del total. Cabe destacar que ésta Delegación es la que presenta la menor cantidad de población adscrita a médico familiar y cuenta con 12 Unidades de Medicina Familiar.

En orden decreciente del índice de cobertura real le siguen las Delegaciones Suroeste 3 y Noroeste 1 que son consideradas como medianamente eficientes. En el caso de la Delegación Suroeste 3 también cuenta con 12 Unidades de Medicina Familiar y con una cantidad de población cercana al promedio del total de población adscrita a médico familiar.

CUADRO 2.2. DISTRITO FEDERAL: COBERTURA REAL DE UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS, 2000, 2003 y 2006.

| Cuadro 2.2a | | | | | |
|--------------------|------------------------------|-------------------|---|---|---|
| Año | Delegaciones del IMSS | No. de UMF | Población Adscrita a Médico Familiar | Índice de Cobertura Real^a | Porcentaje de Cobertura Real por Unidad Médica |
| 2000 | Noroeste 1 | 8 | 812,041 | 1.0 | 22 |
| | Noreste 2 | 12 | 757,380 | 1.6 | 34 |
| | Suroeste 3 | 12 | 908,553 | 1.3 | 29 |
| | Sureste 4 | 8 | 1,128,875 | 0.7 | 15 |
| | Total | 40 | 3,606,849 | 4.6 | 100 |
| | Promedio | 10 | 901,712 | 1.1 | 25 |
| Cuadro 2.2b | | | | | |
| Año | Delegaciones Del IMSS | No. de UMF | Población Adscrita a Médico Familiar | Índice de Cobertura Real^a | Porcentaje de Cobertura Real por Unidad Médica |
| 2003 | Noroeste 1 | 8 | 855,888 | 0.9 | 22 |
| | Noreste 2 | 12 | 814,636 | 1.5 | 35 |
| | Suroeste 3 | 12 | 943,715 | 1.3 | 30 |
| | Sureste 4 | 8 | 1,426,540 | 0.6 | 13 |
| | Total | 40 | 4,040,779 | 4.2 | 100 |
| | Promedio | | 1,010,195 | 1.1 | 25 |
| Cuadro 2.2c | | | | | |
| Año | Delegaciones Del IMSS | No. de UMF | Población Adscrita a Médico Familiar | Índice de Cobertura Real^a | Porcentaje de Cobertura Real por Unidad Médica |
| 2006 | Noroeste 1 | 8 | 931,430 | 0.9 | 22 |
| | Noreste 2 | 12 | 904,825 | 1.3 | 34 |
| | Suroeste 3 | 12 | 1,058,237 | 1.1 | 29 |
| | Sureste 4 | 8 | 1,341,509 | 0.6 | 15 |
| | Total | 40 | 4,236,001 | 3.9 | 100 |
| | Promedio | 10 | 1,059,000 | 1.0 | 25 |

^aUnidades Médicas por cada 100,000 personas adscritas a médico familiar.

Fuente: Con base en Anuario Estadístico del IMSS, 2000, 2003, 2006.

Elaboro: Angela Beatriz Ortega López

La Delegación Noroeste 1 tiene un índice de cobertura real de 1 unidad médica por cada 100,000 personas adscritas a médico familiar. Cuenta con 8 UMF pero su total de población es de 812, 041 personas adscritas a médico familiar, esto indica que su cobertura se ve rebasada por 12,041 personas más adscritas.

En último lugar, esta la Delegación Sureste 4 con un índice de cobertura real de 0.7, el cual es deficiente ya que está por debajo del promedio del resto de los índices, equivalente al 15% del 100% que ofrecen las Delegaciones del IMSS. Es la Delegación con la mayor cantidad de población adscrita a médico familiar con 1,128,875 personas y con tan sólo 8 unidades médicas. Esta Delegación en el año 2000 estaba rebasada en su capacidad por unidad médica.

En el año 2003, la Delegación Noreste 2 mantiene el índice de cobertura real más eficiente con 1.5 unidades médicas por cada 100,000 personas adscritas a médico familiar. Su número de unidades médicas se mantuvo igual y su población adscrita a médico familiar aumentó por 57,256 personas (Cuadro 2.2b).

En orden descendente de acuerdo con los índices de cobertura real, sigue la Delegación Suroeste 3 y Noroeste 1, igual que en el año 2000 con índices medianamente eficientes. A pesar de que los índices presentan ligeros cambios, éstos se deben a los aumentos de población adscrita a médico familiar del año 2000 al 2003.

La Delegación Sureste 4 sigue en último lugar con un índice deficiente, su porcentaje de cobertura disminuye de 15% en el 2000 a 13% en el 2003. Mantiene el mismo número de unidades de medicina familiar y si para el año 2000 estaba rebasada por la cantidad de

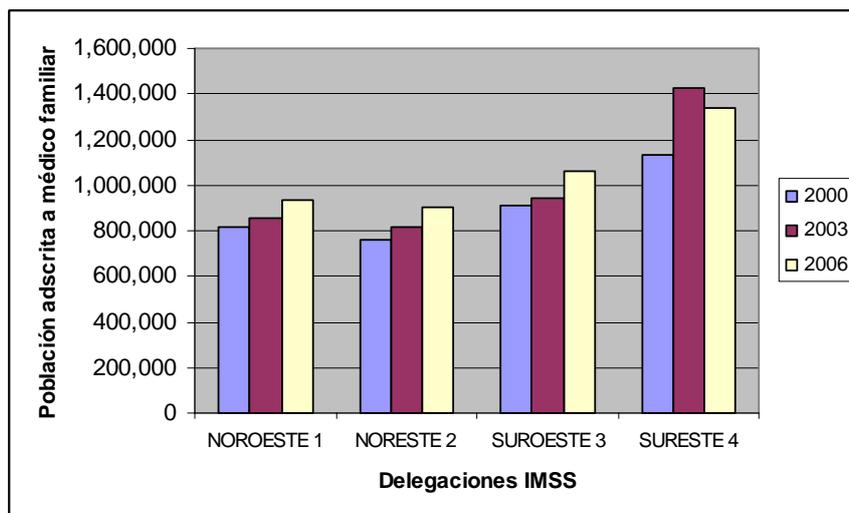
población adscrita a médico familiar, para el año 2003 esta situación se enfatiza, debido a que tuvo un incremento de población adscrita de casi 300,000 personas.

Para el año 2006, el orden descendente de las Delegaciones del IMSS de acuerdo con su índice de cobertura se mantiene igual que en los años anteriores. Es necesario recordar que la variable que se mantiene constante en todos los casos es el número de unidades médicas y la variable independiente es la población adscrita a médico familiar. Si se presta atención a esta última variable, se observan cambios según el aumento o disminución, de la población adscrita a médico familiar para cada uno de los tres años.

La Delegación Noreste 2 resulta eficiente debido a que otorga un 34% del total de la cobertura por unidades médicas. Le siguen las Delegaciones Noroeste 1 y Sureste 3 con el 29% y 22%, respectivamente, del total de la cobertura (Figura 2.2c).

La Delegación Suroeste 3 para el 2003 tiene un crecimiento de población adscrita a médico familiar medio, sin embargo para el 2006 se dispara a más de 1,000,000 de personas (Figura 2.4).

FIGURA 2.4. DELEGACIONES DEL IMSS: POBLACIÓN ADSCRITA A MÉDICO FAMILIAR, 2000, 2003 y 2006.

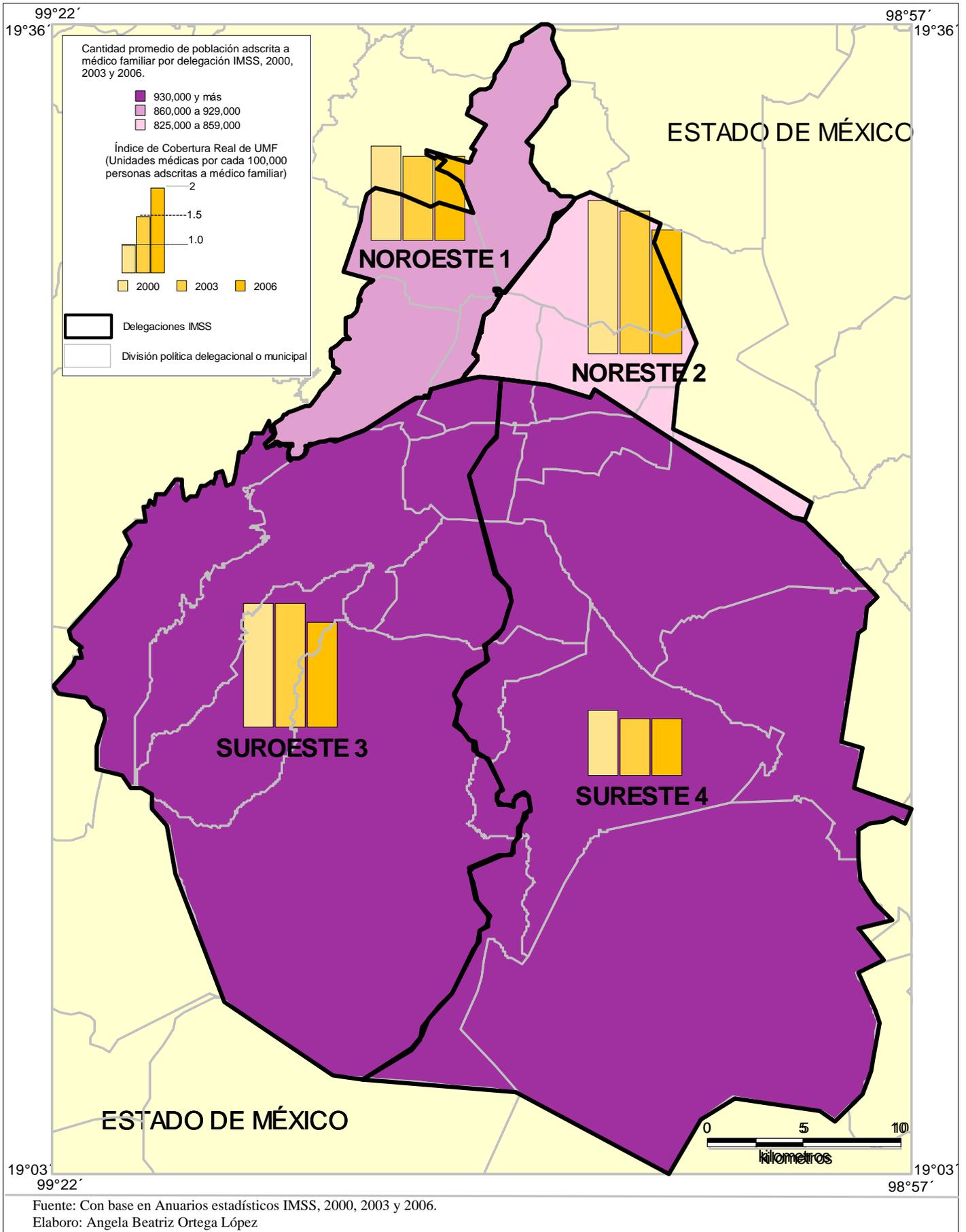


Fuente: Con base en Anuario Estadístico del IMSS, 2000, 2003, 2006.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López.

Las Delegaciones 1 y 4 mantienen índices iguales que en el año 2003. La Delegación Sureste 4 es peculiar debido a que en el año 2003 aumenta por casi 300,000 personas y en el 2006 disminuye por casi 90,000. Desafortunadamente aun con esta disminución su índice de cobertura real se mantiene como deficiente, con una carencia extrema de unidades médicas por ser la Delegación con mayor población adscrita a médico familiar y contar con sólo 8 unidades médicas. Su porcentaje de cobertura se mantiene en 15% del total que ofrecen las Delegaciones IMSS (Figura 2.5).

Una opción para las Unidades de Medicina Familiar que son grandes puede ser incrementar el número de consultorios, o en su defecto crear nuevas unidades médicas con una cantidad adecuada de consultorios y/o cubículos de acuerdo con su demanda.

FIGURA 2.5. DISTRITO FEDERAL: ÍNDICE DE COBERTURA REAL DE UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS, 2000, 2003 Y 2006.



La cantidad total de consultorios y/o cubículos de las unidades médicas ha decrecido en los años 2000, 2003 y 2006. De un total de 2,504 consultorios y/o cubículos en el año 2000, disminuyó en más del 50% para el año 2006 (Cuadro 2.3).

CUADRO 2.3. DISTRITO FEDERAL: CANTIDAD DE CUBÍCULOS Y/O CONSULTORIOS, 2000, 2003 Y 2006.

| Cuadro 2.3 a | | | |
|---------------------|------------------------------|---|-----------------------------------|
| Año | Delegaciones del IMSS | Población Adscrita a Médico Familiar | Consultorios y/o Cubículos |
| 2000 | NOROESTE 1 | 812,041 | 455 |
| | NORESTE 2 | 757,380 | 684 |
| | SUROESTE 3 | 908,553 | 727 |
| | SURESTE 4 | 1,128,875 | 638 |
| | TOTAL | 3,606,849 | 2504 |
| | PROMEDIO | 901,712 | 626 |
| Cuadro 2.3 b | | | |
| Año | Delegaciones del IMSS | Población Adscrita a Médico Familiar | Consultorios y/o Cubículos |
| 2003 | NOROESTE 1 | 855,888 | 438 |
| | NORESTE 2 | 814,636 | 674 |
| | SUROESTE 3 | 943,715 | 727 |
| | SURESTE 4 | 1,426,540 | 638 |
| | TOTAL | 4,040,779 | 2,477 |
| | PROMEDIO | 1,010,195 | 619 |
| Cuadro 2.3c | | | |
| Año | Delegaciones del IMSS | Población Adscrita a Médico Familiar | Consultorios y/o Cubículos |
| 2006 | NOROESTE 1 | 931,430 | 226 |
| | NORESTE 2 | 904,825 | 261 |
| | SUROESTE 3 | 1,058,237 | 241 |
| | SURESTE 4 | 1,341,509 | 286 |
| | TOTAL | 4,236,001 | 1,014 |
| | PROMEDIO | 1,694,400 | 254 |

Fuente: Con base en Anuario Estadístico del IMSS, 2000, 2003, 2006.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López

Las cuatro Delegaciones del IMSS presentaban cantidades similares de cubículos y/o consultorios en el año 2000 y en el año 2003. Se desconoce la causa real del por qué disminuyen en el año 2006, posiblemente se reflejan los años en los que se ha dado mantenimiento a las unidades médicas con mayor capacidad, pero aun así, la disminución es muy significativa.

La Delegación Noroeste 1 se ve afectada por presentar la mayor disminución de consultorios y/o cubículos, cabe destacar que es una de las delegaciones con menor población adscrita a médico familiar. La disminución presenta una mayor repercusión en las Delegaciones Suroeste 3 y Sureste 4, por contar con las mayores cantidades de población adscrita a médico familiar.

2.4. Cobertura de Recursos Humanos

La estimación de la Cobertura por Recursos Humanos para las Unidades de Medicina Familiar del IMSS se divide en dos, Médicos Familiares y No Familiares, y Enfermeras. Los Médicos Familiares son “personal autorizado legalmente con título general, o de alguna especialidad o en formación que desempeñan las labores relacionadas con la atención médica en beneficio de los pacientes. Médicos que realizan actividades propias de su profesión o especialidad, con exclusión de los que laboran en áreas de apoyo técnico o administrativo” (IMSS, 2005). Los Médicos No Familiares son “profesionales de la medicina que ostenta un postgrado, que lo acredita como especialista en cierta rama de la medicina y que con ese carácter, labora en los servicios médicos del IMSS” (IMSS, 2005).

El segundo aspecto comprende a las Enfermeras, definidas como “mujeres u hombres que se dedican al cuidado de enfermos, atribuciones en la práctica de ciertos tratamientos indicados por el médico. A su vez se subdividen en enfermera general, que es la persona capacitada y autorizada mediante un título para asumir la responsabilidad de los servicios de enfermería necesarios para la prevención de enfermedades y asistencia a enfermos; y en enfermera especializada que es quien después de haber obtenido el título de enfermera general realiza estudios específicos en una rama de la enfermería o áreas afines y obtiene el diploma correspondiente de una institución oficialmente reconocida. Algunos ejemplos son

especialidad en cuidados intensivos, cirugía, materno-infantil, salud pública y administración de los servicios de enfermería y docencia” (IMSS, 2005).

2.4.1. Cobertura Real de Médicos Familiares y No Familiares

En el año 2000, el índice de cobertura real total fue de casi 19 médicos familiares y no familiares por cada 10,000 personas adscritas a médico familiar. La cobertura de la Delegación Noreste 2 se evalúa como eficiente, debido a que presentó un índice de cobertura real de 7 médicos equivalente al 39% del total de la cobertura (Cuadro 2.4a).

En orden descendente siguen las Delegaciones Noroeste 1 y Suroeste 3 ambas resultan eficientes por ubicar su índice por arriba de la media. La Noroeste 1 casi contó con 6 médicos, mientras que la Delegación Suroeste 3 con 5 médicos por cada 10,000 personas adscritas a médico familiar.

Por último, esta la Delegación Sureste 4 con una cobertura deficiente, con un índice de 0.5 médicos por 10,000 personas adscritas a médico familiar, lo que representa una carencia extrema de personal si se toma en cuenta que tiene un número mayor a 1,000,000 de personas adscritas a médico familiar y sólo 51 médicos reportados por el IMSS para esta Delegación en el año 2000, equivalente al 2% del total de cobertura otorgada por las Delegaciones IMSS.

CUADRO 2.4. DISTRITO FEDERAL: COBERTURA REAL DE MÉDICOS FAMILIARES Y NO FAMILIARES, POR DELEGACIONES DEL IMSS, 2000, 2003 y 2006.

| Cuadro 2.4 a | | | | | |
|---------------------|------------------------------|---|---|---|---|
| Año | Delegaciones del IMSS | Población Adscrita a Médico Familiar | Médicos Familiares y No Familiares | Índice de Cobertura Real^a | Porcentaje de Cobertura Real Médicos |
| 2000 | Noroeste 1 | 812,041 | 461 | 5.7 | 30 |
| | Noreste 2 | 757,380 | 551 | 7.3 | 39 |
| | Suroeste 3 | 908,553 | 479 | 5.3 | 28 |
| | Sureste 4 | 1,128,875 | 51 | 0.5 | 2 |
| | Total | 3,606,849 | 1542 | 18.7 | 100 |
| | Promedio | 901,712 | 385.5 | 4.7 | 25 |
| Cuadro 2.4 b | | | | | |
| Año | Delegaciones del IMSS | Población Adscrita a Médico Familiar | Médicos Familiares y No Familiares | Índice de Cobertura Real^a | Porcentaje de Cobertura Real por Unidad Médica |
| 2003 | Noroeste 1 | 855,888 | 443 | 5.2 | 25 |
| | Noreste 2 | 814,636 | 533 | 6.5 | 32 |
| | Suroeste 3 | 943,715 | 479 | 5.1 | 25 |
| | Sureste 4 | 1,426,540 | 529 | 3.7 | 18 |
| | Total | 4,040,779 | 1,984 | 20.5 | 100 |
| | Promedio | 1,010,195 | 496 | 5.1 | 25 |
| Cuadro 2.4 c | | | | | |
| Año | Delegaciones del IMSS | Población Adscrita a Médico Familiar | Médicos Familiares y No Familiares | Índice de Cobertura Real^a | Porcentaje de Cobertura Real por Unidad Médica |
| 2006 | Noroeste 1 | 931,430 | 674 | 7.2 | 26 |
| | Noreste 2 | 904,825 | 770 | 8.5 | 31 |
| | Suroeste 3 | 1,058,237 | 716 | 6.8 | 24 |
| | Sureste 4 | 1,341,509 | 721 | 5.4 | 19 |
| | Total | 4,236,001 | 2,881 | 27.9 | 100 |
| | Promedio | 1,059,000 | 720 | 7.0 | 25 |

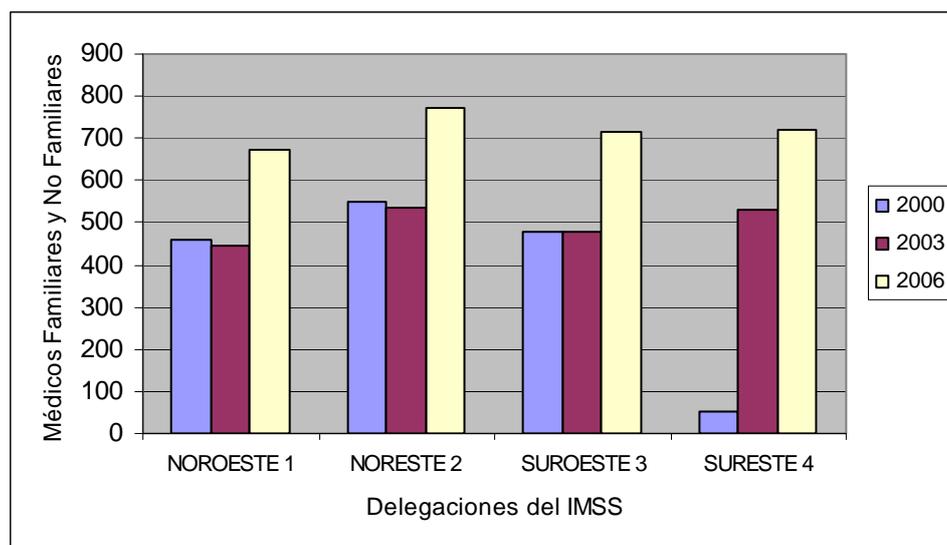
^aMédicos Familiares y No Familiares por cada 10,000 personas adscritas a médico familiar.

Fuente: Con base en Anuario Estadístico del IMSS, 2000, 2003, 2006.

Elaboro: Angela Beatriz Ortega López

Para el año 2003 aumentaron 442 médicos familiares y no familiares, sumaron un total de 1,984 (Cuadro 2.4b). La Delegación Suroeste 3 no tuvo cambios, mientras que las Delegaciones Noroeste 1 y Noreste 2 disminuyeron en 18 médicos cada una. La Delegación Sureste 4 presentó el mayor aumento con 478 Médicos Familiares y No Familiares (Figura 2.6).

FIGURA 2.6. DISTRITO FEDERAL: EVOLUCIÓN DE LA CANTIDAD DE MÉDICOS FAMILIARES Y NO FAMILIARES, POR DELEGACIONES DEL IMSS, 2000, 2003 y 2006.



Fuente: Con base en el Anuario Estadístico del IMSS, 2000, 2003, 2006.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López

El índice promedio de cobertura real por médicos familiares y no familiares no tuvo cambios significativos entre el año 2000 y 2003 con aproximadamente 5 médicos familiares y no familiares por cada 10,000 personas adscritas a médico familiar. Los índices de cobertura real por Delegación mantienen, en todos los casos, el mismo orden que en el año 2000. El índice eficiente lo presenta la Delegación Noreste 2, seguido en orden descendente de las Delegaciones Noroeste 1 y Suroeste 3, en último lugar esta la Delegación Sureste 4.

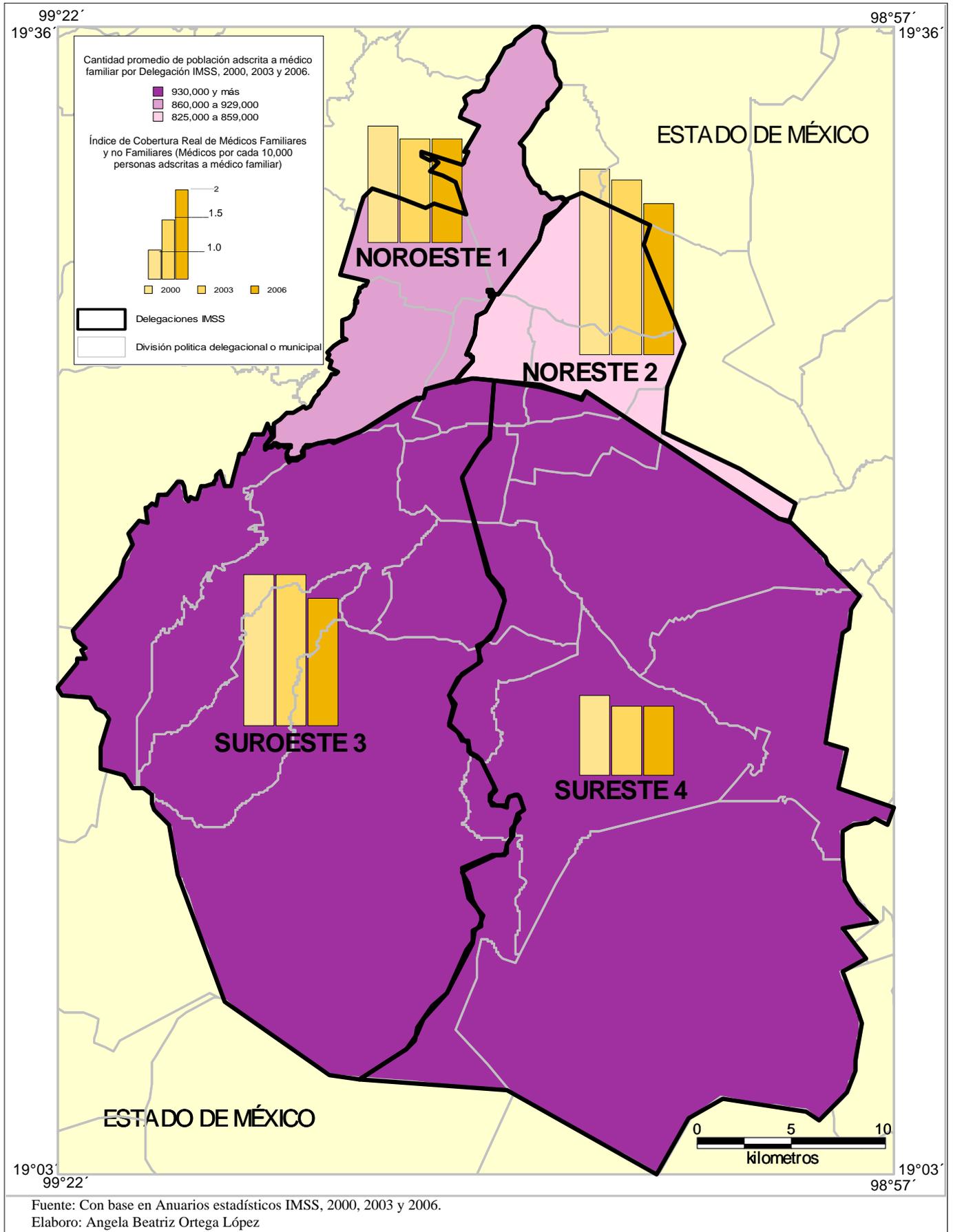
El índice de cobertura real de la Delegación Suroeste 3 es medianamente eficiente, debido a que es igual al promedio del índice que es de 5 médicos por cada 10,000 personas adscritas a médico familiar. En este caso ambas variables son independientes, tanto los médicos como la población adscrita a médico familiar presentan aumentos y, en algunos casos, disminuciones tales como los que presentó la delegación Sureste 4.

Para el año 2006 aumentaron a 897 el total de médicos familiares y no familiares. Para este año, las cuatro Delegaciones del IMSS registraron aumentos, la Delegación Noreste 2 presentó un índice eficiente con casi 9 médicos por cada 10,000 personas adscritas a médico familiar. La Delegación Noroeste 1 con 7 médicos por cada 10,000 personas adscritas a médico familiar tuvo una cobertura regular, cercana al promedio total (Cuadro 2.4c).

Las Delegación Suroeste 3 y Sureste 4 presentaron una cobertura deficiente. En particular, la Delegación Sureste 4 que contó con sólo 5 médicos familiares y no familiares por cada 10,000 personas adscritas a médico familiar.

En el año 2006, los índices de cobertura real por tercera ocasión tuvieron el mismo orden, sólo que todos registraron aumentos hasta por 2 médicos más que en el 2003. La Delegación Noreste 2 aumentó de 7 a 9, la Delegación Noroeste 1 de 5 a 7, la Delegación Suroeste 3 de 5 a 7 y la Delegación Sureste 4 de 4 a 5 médicos familiares y no familiares por cada 10,000 personas adscritas a médico familiar (Figura 2.7).

FIGURA 2.7. DISTRITO FEDERAL: ÍNDICE DE COBERTURA REAL DE MÉDICOS FAMILIARES Y NO FAMILIARES, POR DELEGACIONES DEL IMSS, 2000, 2003 Y 2006.



El resultado de la interacción entre médicos y población adscrita se da mediante las consultas. En el año 2000, la Delegación Sureste 4 fue la que mayor número de consultas otorgó, esto es el resultado de contar con la mayor cantidad de población adscrita a médico familiar. Sin embargo, tiene el menor número de médicos familiares y no familiares, lo cual indica que un médico atiende a más personas en menos tiempo (Cuadro 2.5a).

CUADRO 2.5. DISTRITO FEDERAL: CONSULTAS OTORGADAS POR DELEGACIÓN IMSS, 2000, 2003 Y 2006.

| Cuadro 2.5 a | | | | |
|---------------------|------------------------------|---|---|-------------------------------------|
| Año | Delegaciones Del IMSS | Población Adscrita a Médico Familiar | Médicos Familiares Y No Familiares | Total De Consultas Otorgadas |
| 2000 | Noroeste 1 | 812,041 | 461 | 2,968,135 |
| | Noreste 2 | 757,380 | 551 | 3,525,201 |
| | Suroeste 3 | 908,553 | 479 | 3,807,819 |
| | Sureste 4 | 1,128,875 | 51 | 3,958,506 |
| | Total | 3,606,849 | 1542 | 14,259,661 |
| | Promedio | | 385.5 | 3,564,915 |
| Cuadro 2.5 b | | | | |
| Año | Delegaciones Del IMSS | Población Adscrita a Médico Familiar | Médicos Familiares Y No Familiares | Total De Consultas Otorgadas |
| 2003 | Noroeste 1 | 855,888 | 443 | 2,789,686 |
| | Noreste 2 | 814,636 | 533 | 3,229,676 |
| | Suroeste 3 | 943,715 | 479 | 3,535,910 |
| | Sureste 4 | 1,426,540 | 529 | 3,726,874 |
| | Total | 4,040,779 | 1,984 | 13,282,146 |
| | Promedio | 1,010,195 | 496 | 3,320,537 |
| Cuadro 2.5 c | | | | |
| Año | Delegaciones Del IMSS | Población Adscrita a Médico Familiar | Médicos Familiares Y No Familiares | Total De Consultas Otorgadas |
| 2006 | Noroeste 1 | 931,430 | 674 | 1,937,067 |
| | Noreste 2 | 904,825 | 770 | 2,156,303 |
| | Suroeste 3 | 1,058,237 | 716 | 2,215,135 |
| | Sureste 4 | 1,341,509 | 721 | 2,409,370 |
| | Total | 4,236,001 | 2,881 | 8,717,875 |
| | PROMEDIO | 1,059,000 | 720 | 2,179,469 |

Fuente: Con base en Anuario Estadístico del IMSS, 2000, 2003, 2006.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López

Le siguen las Delegaciones Suroeste 3 y Noreste 2, ambas otorgaron una cantidad de consultas cercanas al promedio. En este caso destacan la Delegación Noreste 2 debido a que cuenta con la menor cantidad de población adscrita a médico familiar, pero presenta el mayor número de médicos familiares y no familiares.

Por último, esta la Delegación Noroeste 1 que otorgó el menor número de consultas, pero su población adscrita y número de médicos son cercanos a los promedio de ambas categorías.

En el año 2003, las 4 Delegaciones tuvieron disminuciones en el número de consultas otorgadas, algunas también presentaron bajas en la cantidad de médicos. La Delegación Sureste 4 otorgó el mayor número de consultas y también cuenta con la mayor cantidad de población adscrita, pero sigue sin contar con número de médicos familiares y no familiares suficientes para satisfacer la demanda que presenta (Cuadro 2.5b).

La Delegación Noreste 2 tuvo una disminución por 295,525 consultas, cuenta con la menor cantidad de población adscrita a médico familiar y con el mayor número de médicos familiares y no familiares, se encuentra muy cercana al promedio de consultas otorgadas, por lo cual resulta eficiente esta delegación. Las Delegaciones Noroeste 1 y Suroeste 3 mantienen cifras cercanas a los promedios totales de cada categoría.

Para el año 2006, la disminución en el número de consultas otorgadas fue mayor que en años anteriores, a pesar de que para este año el número total de médicos familiares y no familiares estaba incrementado. Por ejemplo, la Delegación Suroeste 3 disminuye sus consultas por 1,379,607, mientras la cantidad de población adscrita y médicos se mantiene muy cercana a los números promedios (Cuadro 2.5c).

A la Delegación Sureste 4 le sucede algo muy similar, disminuyen sus consultas por 1,317,504 y el resto de sus cifras se mantienen muy cercanas a los promedios. Estas tendencias permiten que el número de consultas otorgadas se equilibre con la cantidad de

población adscrita a médico familiar, pero el punto relevante está en ¿por qué disminuye la demanda de consultas?

En el caso de las Delegaciones Noroeste 1 y Noreste 2 presenta la menor cantidad de población adscrita a médico familiar y casi otorgan el mismo número de consultas que las otras dos Delegaciones. Ante la ausencia de demanda de la población derechohabiente al IMSS es posible que sea un reflejo de otros puntos a evaluar de los servicios que otorga en Instituto como es la accesibilidad física y social.

2.4.2. Índice de Cobertura Real de Enfermeras.

Es necesario destacar que no todas las enfermeras tienen contacto directo con la población adscrita a médico familiar (referencia de la página 14). En el caso de la cobertura por enfermeras, los índices de cobertura se caracterizan por presentar descensos en los tres años. En el año 2000, el índice de cobertura total fue de 20 enfermeras, para el 2003 fue de 19 enfermeras y para el 2006 de 18 enfermeras por cada 1,000 personas adscritas a médico familiar.

En el año 2000, el índice de cobertura más eficiente lo presentó la Delegación Noreste 2 con 8 enfermeras por cada 1,000 personas adscritas a médico familiar, por lo que su cobertura resulta eficiente. Aunque es necesario mencionar que presenta la menor cantidad, con un 23% del total de la población adscrita a médico familiar para este año (Cuadro 2.6a).

**CUADRO 2.6. DISTRITO FEDERAL: COBERTURA REAL DE ENFERMERAS,
POR DELEGACIONES DEL IMSS, 2000, 2003 y 2006.**

| Cuadro 2.6a | | | | | |
|--------------------|------------------------------|---|-------------------------------|---|--|
| Año | Delegaciones Del IMSS | Población Adscrita a Médico Familiar | Cantidad de Enfermeras | Índice de Cobertura Real^a | Porcentaje de Cobertura Real por Enfermeras |
| 2000 | Noroeste 1 | 812,041 | 2511 | 3.1 | 15 |
| | Noreste 2 | 757,380 | 6068 | 8.0 | 39 |
| | Suroeste 3 | 908,553 | 5754 | 6.3 | 31 |
| | Sureste 4 | 1,128,875 | 3354 | 3.0 | 15 |
| | Total | 3,606,849 | 17687 | 20.4 | 100 |
| | Promedio | 901,712 | 4421.75 | 5.1 | 25 |
| Cuadro 2.6b | | | | | |
| Año | Delegaciones Del IMSS | Población Adscrita a Médico Familiar | Cantidad de Enfermeras | Índice de Cobertura Real^a | Porcentaje de Cobertura Real por Enfermeras |
| 2003 | Noroeste 1 | 855,888 | 2,541 | 3.0 | 16 |
| | Noreste 2 | 814,636 | 6,124 | 7.5 | 39 |
| | Suroeste 3 | 943,715 | 5,849 | 6.2 | 33 |
| | Sureste 4 | 1,426,540 | 3,395 | 2.4 | 12 |
| | Total | 4,040,779 | 17,909 | 19.1 | 100 |
| | Promedio | 1,010,195 | 4,477 | 4.8 | 25 |
| Cuadro 2.6c | | | | | |
| Año | Delegaciones Del IMSS | Población Adscrita a Médico Familiar | Cantidad de Enfermeras | Índice de Cobertura Real^a | Porcentaje de Cobertura Real por Enfermeras |
| 2006 | Noroeste 1 | 931,430 | 2,575 | 2.8 | 16 |
| | Noreste 2 | 904,825 | 6,078 | 6.7 | 38 |
| | Suroeste 3 | 1,058,237 | 5,813 | 5.5 | 31 |
| | Sureste 4 | 1,341,509 | 3,425 | 2.6 | 15 |
| | Total | 4,236,001 | 17,891 | 17.5 | 100 |
| | Promedio | 1,059,000 | 4,473 | 4.4 | 25 |

^a Enfermeras por cada 1,000 personas adscritas a médico familiar.

Fuente: Con base en Anuario Estadístico del IMSS, 2000, 2003, 2006.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López

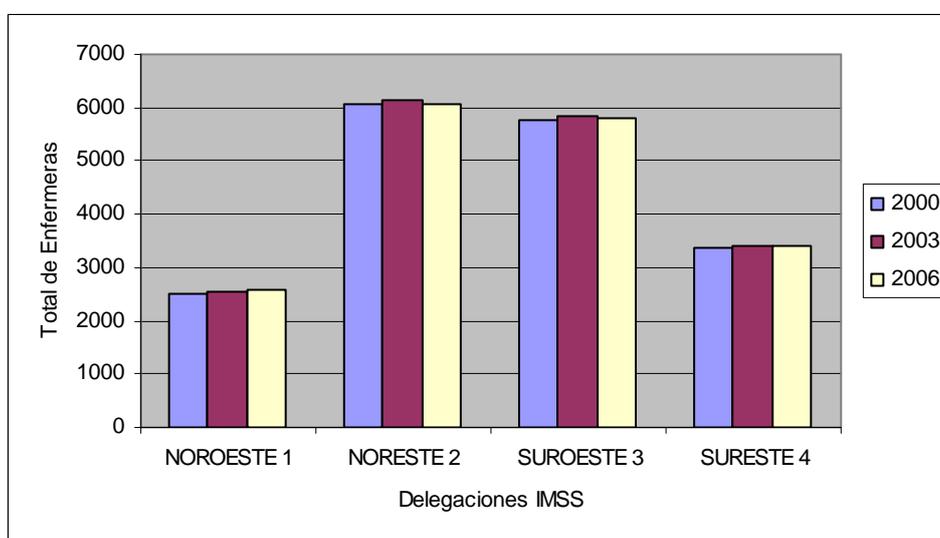
La Delegación Suroeste 3 presenta un índice de cobertura eficiente por ubicarse por arriba del promedio. Cuenta con 6 enfermeras por cada 1,000 personas adscritas a médico familiar, su cobertura equivale a un 30% del total de la cobertura que otorgan las enfermeras para el año 2000.

Las Delegaciones Noroeste 1 y Sureste 4 presenta un índice por debajo del promedio, el cual es deficiente en ambos casos. Cada una de las Delegaciones tiene una cobertura equivalente al 15% del total que se otorga en las cuatro Delegaciones del IMSS Distrito Federal.

En el año 2003 cambian los índices de cobertura debido al aumento de enfermeras en dicho año. La Delegación Noreste 2 presenta un índice de cobertura eficiente, aunque disminuye por décimas en comparación con el año pasado. Sigue concediendo casi un 40% de cobertura del total que se otorgó para el 2003. Le sigue la Delegación Suroeste 3, la cual también mantiene su índice de cobertura como eficiente y su porcentaje de cobertura es similar al año anterior (Cuadro 2.6 b).

Las Delegaciones Noroeste 1 y Sureste 4 presenta disminuciones por décimas en la cobertura del 2000 al 2003. La Delegación Noroeste 1 otorgó un 16% y la Delegación Sureste 4 un 12% del total de la cobertura (Figura 2.8).

FIGURA 2.8. DELEGACIONES DEL IMSS: EVOLUCIÓN DE LA CANTIDAD DE ENFERMERAS, 2000, 2003 y 2006.



Fuente: Con base en Anuario Estadístico del IMSS, 2000, 2003, 2006.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López

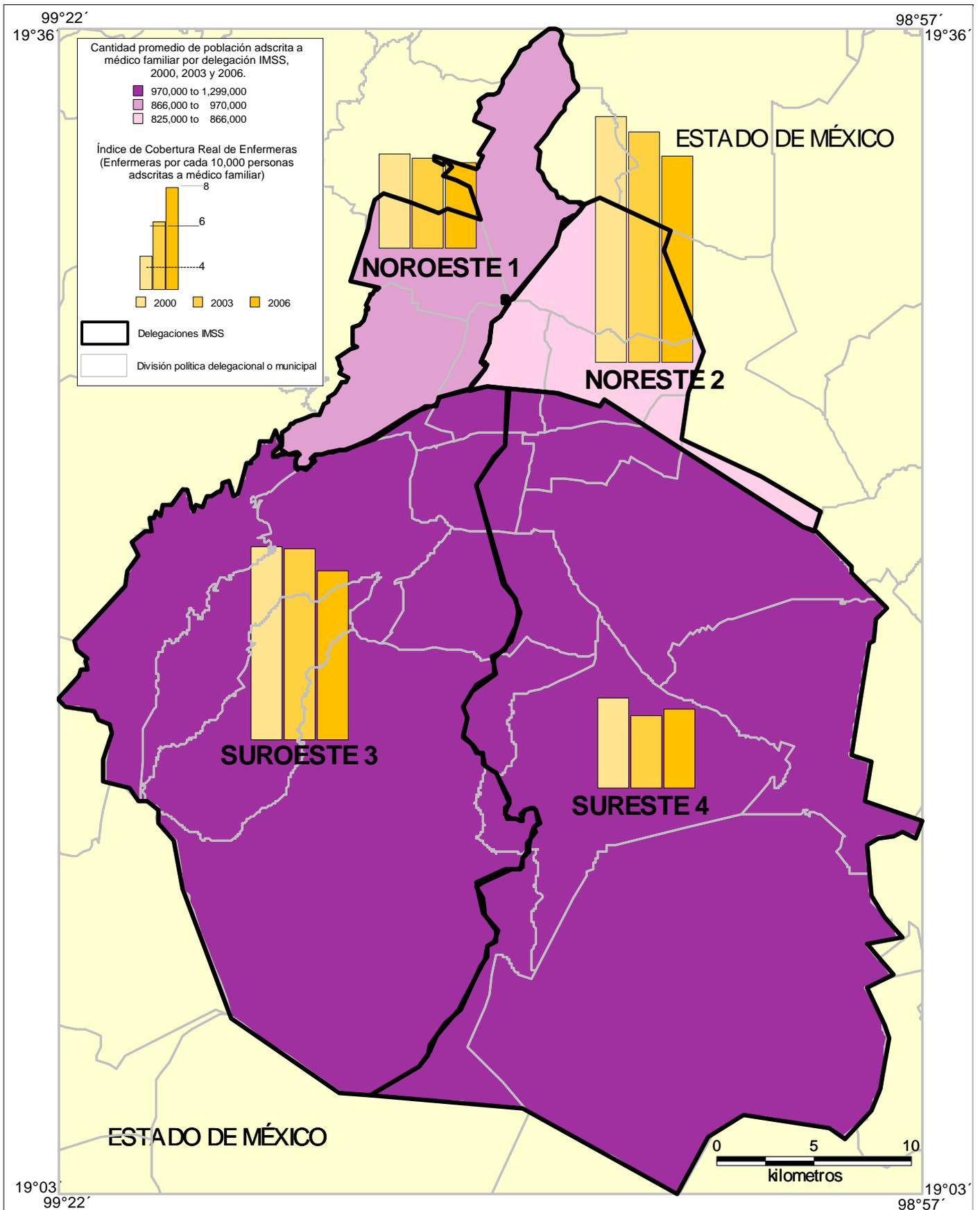
En el año 2006 se acentúan las diferencias entre las delegaciones de acuerdo con los índices de cobertura. La Delegación Noreste 2 presenta un índice de cobertura eficiente de casi 7 enfermeras por cada 1,000 personas adscritas a médico familiar. Sin embargo al comparar con

el año 2000 este índice se redujo, tienen una clara relación con el aumento de población adscrita a médico familiar y una disminución en el número de enfermeras (Cuadro 2.6c).

La Delegación Suroeste 3 mantiene un índice de cobertura eficiente a pesar de que también reduce su índice de cobertura, en porcentaje aparentemente mantiene el mismo nivel de cobertura que en años anteriores, pero el número total de enfermeras disminuye para este año. (Figura 2.9).

Las Delegación Noroeste 1 y Sureste 4 se mantienen en la misma situación de años anteriores, sus índices son deficientes en esta ocasión se alejan más del promedio de cobertura. El número de enfermeras disminuye en ambas, y cabe destacar que la Delegación Sureste 4 cuenta con la menor cantidad de enfermeras y el mayor número de población adscrita a médico familiar.

FIGURA 2.9. DISTRITO FEDERAL: ÍNDICE DE COBERTURA REAL DE ENFERMERAS POR DELEGACIONES DEL IMSS, 2000, 2003 Y 2006.



Fuente: Con base en Anuarios estadísticos IMSS, 2000, 2003 y 2006.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López

CAPITULO 3. ACCESIBILIDAD FÍSICA Y SOCIAL DE LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS EN EL DISTRITO FEDERAL

Para la realización del tercer capítulo se debía realizar un levantamiento de encuestas para cual también se realizaron varios trámites. Se hizo una solicitud a la Dirección de la Delegación Sur en el mes de Mayo del 2008, se obtuvo respuesta en Junio del mismo año y las encuestas se realizaron a finales del mes de Julio.

La idea principal era levantar encuestas en Unidades de Medicina Familiar de las Delegaciones Sur y Norte (en las que se divide el Distrito Federal en la actualidad), para lo cual se envió una solicitud a la Delegación Norte para realizar el levantamiento correspondiente en dicha área. Desafortunadamente, y al contrario de la Delegación Sur, indicaron que para realizar el proyecto éste debía ser registrado ante el Comité de Investigación Médica del IMSS, por lo que realizar una infinidad de acciones para ver si el IMSS lo aprobaba. Tomando en cuenta el tiempo que eso llevaría se optó por realizar un segundo levantamiento de encuestas en la Delegación Sur.

La solicitud fue hecha en el mes de Agosto y se obtuvo respuesta en el mes de Octubre, a mediados del mismo mes se realizaron las encuestas. Como se puede observar, el tiempo invertido en la espera de respuestas del Instituto Mexicano del Seguro Social han influido de manera significativa en el tiempo para desarrollar la presente tesis.

3.1 Metodología para el cálculo de índices de accesibilidad física

En este tercer capítulo se desarrolla el cálculo del índice de accesibilidad físico y la accesibilidad social y se analizan los resultados obtenidos. Originalmente se deseaba calcular el índice de accesibilidad para las cuatro delegaciones en que el IMSS regionalizó al Distrito

Federal, desafortunadamente no fue posible obtener el permiso para realizar encuestas en las delegaciones norte y sólo se trabajó con las unidades médicas de la delegación sur.

Por otra parte, se observó que las Delegaciones Suroeste 3 y Sureste 4 obtuvieron índices de cobertura deficientes debido a que presentaron una mayor cantidad de población adscrita a médico familia, por lo tanto una alta demanda de consultas, pero cuenta con pocos recursos físicos y humanos, lo cual despertó mayor interés en conocer qué tipo de accesibilidad presenta la parte sur del Distrito Federal.

Se debe retomar algunos aspectos del primer capítulo referentes a la accesibilidad. Ésta permite conocer la interacción espacial existente entre la población adscrita a médico familiar y las unidades médicas disponibles.

La accesibilidad física se puede analizar mediante el cálculo de un índice. En un índice, el numerador indica el número de veces que un evento específico ocurre durante un lapso particular de tiempo, y en el denominador el número de sujetos expuestos al riesgo. En el caso de este trabajo es de interés conocer cuál es el índice de la accesibilidad física que tiene la demanda localizada en la parte sur del Distrito Federal a las unidades médicas disponibles, lo cual se puede traducir como el tiempo de recorrido de la población adscrita a médico familiar de su domicilio a la unidad de medicina familiar que les corresponde. Otro cálculo a realizar es el índice de accesibilidad a partir del gasto que representa el traslado del domicilio a la unidad médica.

Dicha información no la tiene el IMSS, por lo que es necesario levantar encuestas que permitan obtener dichos datos y proseguir con los cálculos y análisis necesarios. El uso de

encuestas para obtener la información y poder elaborar el índice de accesibilidad incluye preguntas del tipo siguiente:

- ◇ ¿Cuánto tiempo tarda aproximadamente en llegar a su médico?
- ◇ ¿Hasta qué punto confía en que usted o su familia recibirán una buena asistencia médica cuando la necesiten?
- ◇ En relación a su domicilio ¿está satisfecho con la localización de su médico?
- ◇ ¿Con qué dificultades se encuentra para ir a la consulta de su médico?
- ◇ ¿Está el consultorio situado convenientemente, de modo que la mayor parte de los pacientes puedan llegar a ella mediante transporte público o privado?
- ◇ ¿Está preparada la consulta para facilitar acceso a pacientes de la tercera edad o incapacitados?

“En la medida en que las personas tengan umbrales similares de idoneidad, las respuestas a encuestas de este tipo podrían proporcionar una base para juzgar la consecución de la accesibilidad o para comparar la accesibilidad en diferentes áreas” (Starfield, 2001).

Otro aspecto que se evaluará en este trabajo es respecto a la calidad del servicio otorgado en las unidades médicas, para lo cual algunas preguntas necesarias son:

- ◇ ¿Está satisfecho con el tiempo que debe esperar para conseguir una cita?
- ◇ ¿Está satisfecho con el horario de consulta de su médico?
- ◇ ¿Está satisfecho con el tiempo que debe permanecer en la sala de espera?
- ◇ ¿Está satisfecho con la cercanía de la unidad médica?
- ◇ ¿Tiene el paciente la oportunidad de poder programar una cita?
- ◇ ¿Son compatibles las horas de consulta con el horario de trabajo y de vida de la mayoría de los pacientes?

- ◇ ¿Cuál es el tiempo medio de espera para la mayor parte de los pacientes programados?
- ◇ La sala de espera, ¿es comfortable y amplia?

Otra opción es evaluar la accesibilidad social a partir de los médicos y en algunos según sus especialidades, y se valora su desempeño en la unidad médica o durante la consulta:

- ◇ Las asistentes y los médicos, ¿valoran y se interesan habitualmente por la cultura, antecedentes, situación socioeconómica, ambiente laboral y modo de vida de los pacientes?

De entre todas las preguntas se seleccionaron ocho, con éstas se ha diseñado el siguiente formato de encuesta:

CUESTIONARIO DE ACCESIBILIDAD

1. ¿Cuánto tiempo le toma trasladarse de su casa a la Unidad Médica?
2. ¿Tiene que utilizar algún medio de transporte para llegar a la Unidad Médica?
 Sí No
3. De ser afirmativa la respuesta ¿cuánto gasta en transportes?
4. ¿Está satisfecho con la ubicación de la Unidad Médica?
5. Aproximadamente ¿cuánto tiempo esta en la sala de espera antes pasar con el médico?
6. ¿Es derechohabiente titular o familiar adscrito?
7. ¿Con qué anticipación debe programar su cita?
8. ¿Cómo califica la atención de toda la Unidad Médica?
 Muy aceptable Aceptable No aceptable

De la pregunta 1 a la 3 se obtuvo la información para el cálculo del *Índice de Accesibilidad Física* por tiempo de recorrido del domicilio a la unidad médica y por el costo que tiene dicho desplazamiento, la pregunta 4 refiere a la satisfacción de las personas adscritas a médico familiar con la ubicación de las unidades médicas que les corresponden.

Las últimas 4 preguntas de la encuesta se refieren a la *Accesibilidad Social*, la cual carece de una fórmula, pero se cuenta con parámetros para su estimación. Se trabaja a partir de la opinión de los derechohabientes respecto a los servicios recibidos.

Se seleccionaron al azar seis unidades de medicina familiar, 3 de la delegación Suroeste 3, y otras 3 unidades médicas más de la Delegación Sureste 4. Se aplicaron 50 encuestas en cada unidad médica, se obtuvo un total de 300 encuestas.

Para la evaluación de la accesibilidad física se han desarrollado diferentes índices. Los comúnmente utilizados son los “del tipo de interacción espacial [que tienen] antecedentes diversos que se reportan en la literatura. Como todos los indicadores de accesibilidad de este tipo, combina la disponibilidad con el tiempo o costo de transporte que enfrenta la demanda para entrar en contacto con la oferta del servicio, más un parámetro que representa qué tan sensible es la demanda ante los cambios en los costos de transporte” (Garrocho, 2006).

Es posible estimar la accesibilidad física desde el punto de vista de la oferta y comparar la accesibilidad entre unidades de servicio, identificar las menos accesibles y proceder a analizar las causas. Éste sería un indicador del *desempeño* del servicio, que se expresaría de la forma siguiente:

$$A_j = \sum_i \frac{(S_j)}{O_{tot}} C_{ij}^{-b}$$

Donde:

A_j Accesibilidad de la unidad médica

S_j Número de consultas otorgadas.

O_{tot} Total de población adscrita a médico familiar.

C_{ij} Costo del transporte o el tiempo de recorrido del domicilio a la unidad médica

$-b$ Parámetro de la fricción de la distancia o del tiempo.

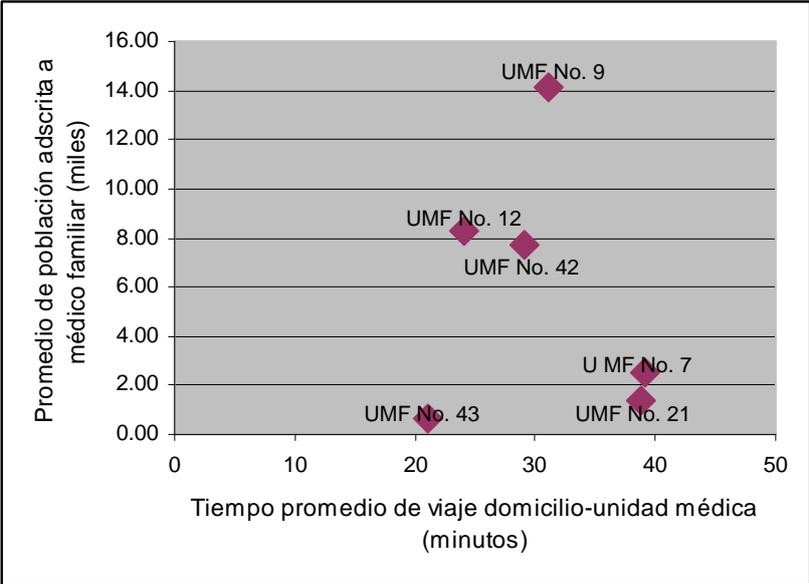
El parámetro de la fricción de la distancia o tiempo es un componente conductual que se estima a partir de los registros de utilización del servicio, que en este caso fue a través de los datos obtenidos en las encuestas realizadas. El parámetro de la fricción resulta de importancia porque permite conocer la sensibilidad de la demanda ante el aumento del tiempo en viaje o el aumento del costo del transporte del domicilio a la Unidad de Medicina Familiar.

“Por lo tanto, el índice de accesibilidad está diseñado de tal manera que es sensible a cambios en: la dimensión de la oferta y la demanda del servicio (“ S_j ” y “ O_{tot} ”, respectivamente); la relación entre oferta y demanda (S_j / O_{tot}); los costos de transporte entre orígenes y destinos (C_{ij}); y la sensibilidad de los usuarios ante cambios en los costos de transporte “ $-b$ ”. (*Ibíd.*).

El cálculo del índice de accesibilidad física por el tiempo de traslado del domicilio de la población adscrita a médico familiar a la unidad de medicina familiar correspondiente se realizó con información de dos fuentes distintas, una fue obtenida de los anuarios estadísticos y la otra por medio de las encuestas realizadas. En las últimas fue posible saber el tiempo de recorrido del domicilio de la población adscrita a médico familiar a la unidad médica.

Los datos fueron graficados para cada Delegación del IMSS de la zona sur del Distrito Federal. En ejes horizontales se colocó la distancia y en los ejes verticales la cantidad de pacientes (Figura 3.1). Se estimó la pendiente de regresión para cada una, particularmente el valor de dicha pendiente ya que es este el parámetro de la fricción que se necesita para realizar el cálculo del índice de accesibilidad (Garrocho, 2006).

FIGURA 3.1 PROMEDIO DEL TIEMPO DE VIAJE DEL DOMICILIO A LA UMF, SEGÚN PROMEDIO DE POBLACION ADSCRITA A MÉDICO FAMILIAR, POR UMF ENCUESTADA, 2008.



Fuente: Con base en los resultados de las encuestas realizadas, Octubre 2008.
 Elaboro: Angela Beatriz Ortega López

El parámetro de la fricción $-b$ del tiempo recorrido del domicilio a la unidad médica es un componente conductual. Dicho parámetro resulta de importancia porque permite conocer la sensibilidad de la demanda ante el aumento, en este caso, del tiempo en viaje del domicilio- Unidad de Medicina Familiar. El primer caso fue hacer 5 rangos del tiempo que tarda la gente en llegar de su domicilio a la unidad médica, según estos se conocieron la densidad de pacientes por cada rango.

Con toda la información ordenada se realizó el cálculo del índice de accesibilidad, el cual arrojó los resultados siguientes (Cuadro 3.1).

CUADRO 3.1. ÍNDICE DE ACCESIBILIDAD POR *TIEMPO* DE RECORRIDO DOMICILIO-UMF

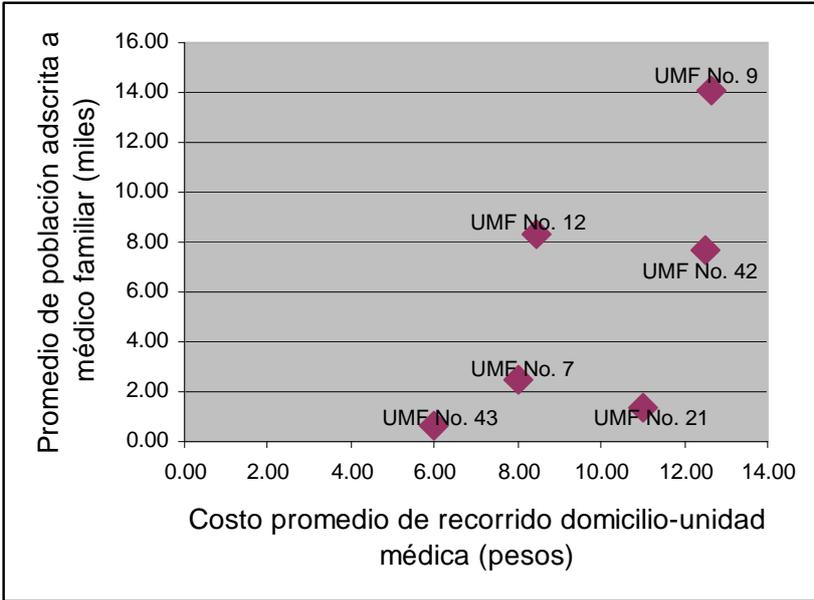
| DELEGACIÓN SUROESTE 3 | | | | | | |
|------------------------------|--|---|--|-------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| UMF | Población Adscrita a Médico Familiar (2006) | Consultas otorgadas en la UMF (2006) | Tiempo promedio del viaje domicilio-UMF (minutos) | Fricción del tiempo de viaje | | Índice de Accesibilidad |
| | Sj | Otot | Cij | B | Cij-b | |
| 9 | 141,670 | 334,071 | 31.1 | 0.298 | 2.780 | 0.153 |
| 12 | 83,240 | 196,211 | 24.1 | 0.474 | 2.577 | 0.165 |
| 42 | 77,511 | 178,534 | 29.1 | 0.371 | 2.726 | 0.159 |
| Total | 302,421 | 708,816 | 84.3 | | 8.084 | 0.476 |
| Promedio | | | | | | 0.159 |
| DELEGACIÓN SURESTE 4 | | | | | | |
| 7 | 251,498 | 434,548 | 39.2 | 0.171 | 1.871 | 0.309 |
| 21 | 139,718 | 339,951 | 38.8 | 0.865 | 1.868 | 0.220 |
| 43 | 63,573 | 136,802 | 21 | 0.909 | 1.682 | 0.276 |
| Total | 454,789 | 911,301 | 99 | | 5.420 | 0.806 |
| Promedio | | | | | | 0.269 |

Fuente: Con base en los anuarios estadísticos IMSS, 2000, 2003 y 2006; resultados de las encuestas realizadas, Octubre 2008.
 Elaboro: Angela Beatriz Ortega López

El Índice de accesibilidad, según el *costo* del viaje del domicilio a la unidad médica, es otra manera de saber qué tan accesible es la unidad médica por el costo que representa llegar a ella. Igual que para el cálculo del índice anterior, se hicieron 5 rangos para el costo que tiene el transporte del domicilio a la unidad médica según reportaron los pacientes en las encuestas, según estos se conoció la densidad de pacientes de acuerdo con el costo del traslado de su domicilio a la unidad médica.

El procedimiento fue igual que en el cálculo del índice anterior, sólo se sustituyeron los datos que estaban en minutos a pesos. Se procedió a graficar la cantidad de pacientes según el costo que representa trasladarse de su domicilio a la unidad médica que les corresponde (Figura 3.2)

FIGURA 3.2 PROMEDIO DEL *COSTO* DEL VIAJE DEL DOMICILIO A LA UMF, SEGÚN PROMEDIO DE POBLACIÓN ADSCRITA A MÉDICO FAMILIAR, POR UMF ENCUESTADA, 2008.



Fuente: Con base en los resultados de las encuestas realizadas, , Octubre 2008.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López.

Se calculó el parámetro de la fricción ^{-b} del costo del recorrido domicilio-UMF. Los resultados de cálculo del índice de accesibilidad que se obtuvieron se muestran a continuación (Cuadro 3.2):

CUADRO 3.2. ÍNDICE DE ACCESIBILIDAD POR *COSTO* DE RECORRIDO DOMICILIO-UMF

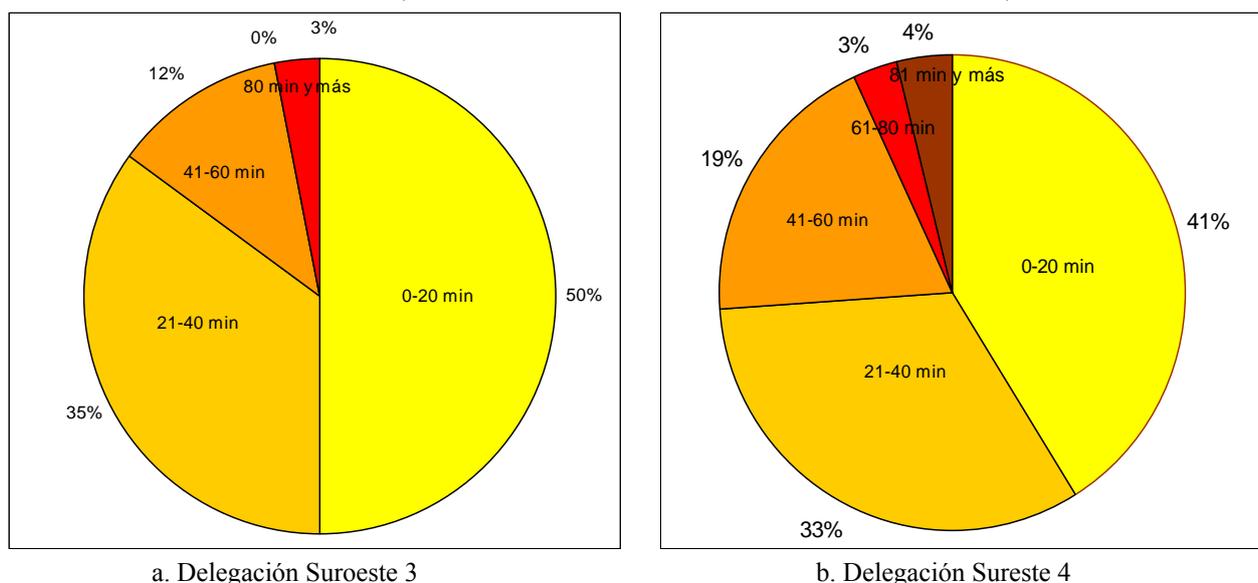
| Delegación Suroeste 3 | | | | | | |
|-----------------------|---|--------------------------------------|--|------------------------------|-------|-------------------------|
| UMF | Población Adscrita a Médico Familiar (2006) | Consultas otorgadas en la UMF (2006) | Costo promedio del viaje domicilio-UMF (pesos) | Fricción del costo del viaje | | Índice de Accesibilidad |
| | Sj | Otot | Cij | b | Cij-b | |
| 9 | 141,670 | 334,071 | 12.65 | 0.608 | 4.680 | 0.091 |
| 12 | 83,240 | 196,211 | 8.44 | 0.740351471 | 4.851 | 0.087 |
| 42 | 77,511 | 178,534 | 12.50 | 0.726722093 | 6.268 | 0.069 |
| Total | 302,421 | 708,816 | 33.59 | | | 0.247 |
| Promedio | | | | | | 0.082 |
| Delegación Sureste 4 | | | | | | |
| 7 | 251,498 | 434,548 | 8.00 | 0.535 | 3.041 | 0.190 |
| 21 | 139,718 | 339,951 | 11.00 | 0.508 | 3.380 | 0.122 |
| 43 | 63,573 | 136,802 | 6.00 | 0.672 | 3.334 | 0.139 |
| Total | 454,789 | 911,301 | 25.000 | | | 0.451 |
| Promedio | | | | | | 0.150 |

Fuente: Con base en los anuarios estadísticos IMSS, 2000, 2003 y 2006; resultados de las encuestas realizadas, Octubre 2008.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López.

3.1.1 Accesibilidad física por *tiempo* de viaje domicilio-UMF

Con los índices de accesibilidad obtenidos de acuerdo con el tiempo del viaje realizado se obtuvo que: del total de encuestados para la Delegación Suroeste 3 del IMSS el 50% tarda de 0 y 20 minutos en llegar de su casa a la unidad médica, inclusive hay quienes llegan caminando. Un 35% tarda entre 21 y 40 minutos en llegar a la unidad médica. Les siguen un 12% que tarda entre 41 y 60 minutos en llegar. En el siguiente rango de 61 a 80 minutos no presentó ningún caso, pero se registra un 3% para el último rango de 81 minutos o más de recorrido (Figura 3.3a).

FIGURA 3.3 DISTRITO FEDERAL: PORCENTAJE DEL *TIEMPO* DE RECORRIDO DOMICILIO-UMF, DELEGACIÓN SUROESTE 3 Y SURESTE 4, 2008.



Fuente: Con base en los resultados de la encuestas realizadas, Octubre 2008.
Elaboró: Angela Beatriz Ortega López.

La UMF No. 12 Santa Fe presentó la mayor cantidad de población adscrita a una distancia en tiempo de 0-20 minutos. En este caso la unidad médica se ubica dentro de la Unidad Habitacional Santa Fe, en la Delegación Álvaro Obregón, y la mayoría de personas que acuden a consulta tienen su domicilio dentro de dicha área habitacional. En el mismo rango de 0 a 20 minutos de recorrido, sigue la UMF No. 42 Cuajimalpa y

la UMF No. 9 Tlalpan. El porcentaje de personas va disminuyendo conforme aumenta el tiempo de recorrido.

En los últimos dos rangos, que implican un recorrido de 61 a 80 minutos y más, se observa que son mínimas o nulas las cantidades de población que asisten a la unidad médica. Esto se debe a que hay personas que no sólo toman en cuenta el tiempo del viaje de su domicilio a la UMF, si no el costo también, el cual aumenta según la distancia.

En el caso de la Delegación Sureste 4 el 41% de los encuestados les toma entre 0 y 20 minutos llegar de su domicilio a la unidad médica. Un 33% le toma entre 21 y 40 minutos, entre estos dos primeros suman más del 50%. El 19% tardan entre 41 y 60 minutos en llegar a la unidad médica, por último entre 61 y 80 minutos hay un 3% y de 80 minutos y mas el 4%. En este caso se observó que aún con tiempo de recorrido de más de una hora las personas siguen acudiendo a la unidad médica (Figura 3.3b).

Al realizar la comparación entre la Delegación Suroeste 3 y Sureste 4, es posible determinar que la Suroeste 3 presenta una mayor accesibilidad. La UMF No. 43 es la que presenta la mayor cantidad de personas que recorren entre 0 y 20 minutos, mientras que las UMF No. 7 y 21 mantienen números similares. Entre 21 y 40 minutos de recorrido la UMF No. 7 destaca con la densidad más alta de población. Las otras 2 unidades médicas presentan valores ligeramente más bajos, pero también significativos (Cuadro 3.5).

CUADRO 3.3 TIEMPO DE VIAJE Y PORCENTAJE DEL VIAJE DOMICILIO-UMF POR UMF DE LAS DELEGACIONES SUROESTE 3 Y SURESTE 4 DEL IMSS.

| DELEGACION SUROESTE 3 | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|-------------------------|------------|
| MINUTOS | UMF 9 | % | UMF 12 | % | UMF 42 | % | TOTAL DELEGACION | % |
| 0-20 | 20 | 40 | 31 | 62 | 24 | 53.3 | 75 | 50 |
| 21-40 | 19 | 38 | 14 | 28 | 19 | 42.2 | 52 | 35 |
| 41-60 | 9 | 18 | 4 | 8 | 0 | 0 | 18 | 12 |
| 61-80 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 81 Y MAS | 2 | 4 | 1 | 2 | 2 | 4.44 | 5 | 3 |
| TOTAL | 50 | 100 | 50 | 100 | 45 | 100 | 150 | 100 |
| DELEGACION SURESTE 4 | | | | | | | | |
| MINUTOS | UMF 7 | % | UMF 21 | % | UMF 43 | % | TOTAL DELEGACION | % |
| 0-20 | 15 | 30 | 15 | 30 | 32 | 64 | 62 | 41 |
| 21-40 | 19 | 38 | 16 | 32 | 14 | 28 | 49 | 33 |
| 41-60 | 10 | 20 | 15 | 30 | 4 | 8 | 29 | 19 |
| 61-80 | 2 | 4 | 2 | 4 | 0 | 0 | 4 | 3 |
| 81 Y MAS | 4 | 8 | 2 | 4 | 0 | 0 | 6 | 4 |
| TOTAL | 50 | 100 | 50 | 100 | 50 | 100 | 150 | 100 |

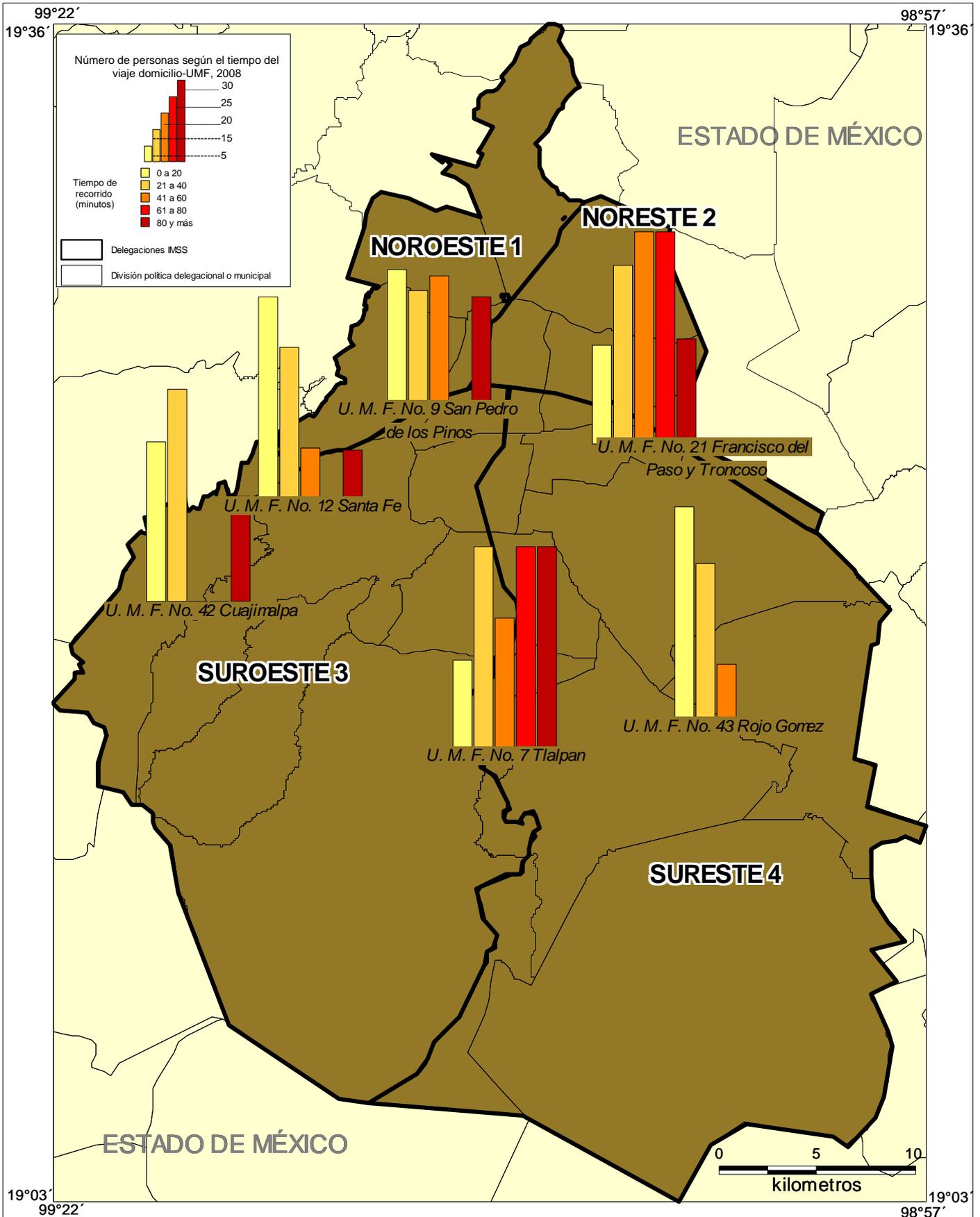
Fuente: Con base en resultados de las encuestas realizadas, Octubre 2008.

Elaboro: Angela Beatriz Ortega López.

Para el siguiente rango, la UMF No. 21 presenta una cantidad similar de personas adscritas a médico familiar que en los rangos anteriores. Las otras 2 unidades médicas presentan algunas disminuciones significativas en cuanto a la demanda de personas que tardan entre 41 y 60 minutos en llegar a la unidad médica, en particular la UMF No. 43.

En los últimos dos rangos de la UMF No. 43 se presentan disminuciones significativas, por lo que se puede deducir que quien vive a más de 61 minutos de distancia a dicha unidad médica prefiere no asistir a consulta. Las otras 2 unidades médicas presentan una cantidad similar de entre 61 a 81 minutos y más, la UMF No. 7 destaca en el último rango, cabe mencionar que dicha unidad médica es la que se localiza más al Sur del Distrito Federal, por lo cual presenta una alta demanda (Figura 3.4).

FIGURA 3.4 DISTRITO FEDERAL: CANTIDAD DE PERSONAS SEGÚN EL TIEMPO DEL VIAJE DOMICILIO-UMF DEL IMSS, 2008.



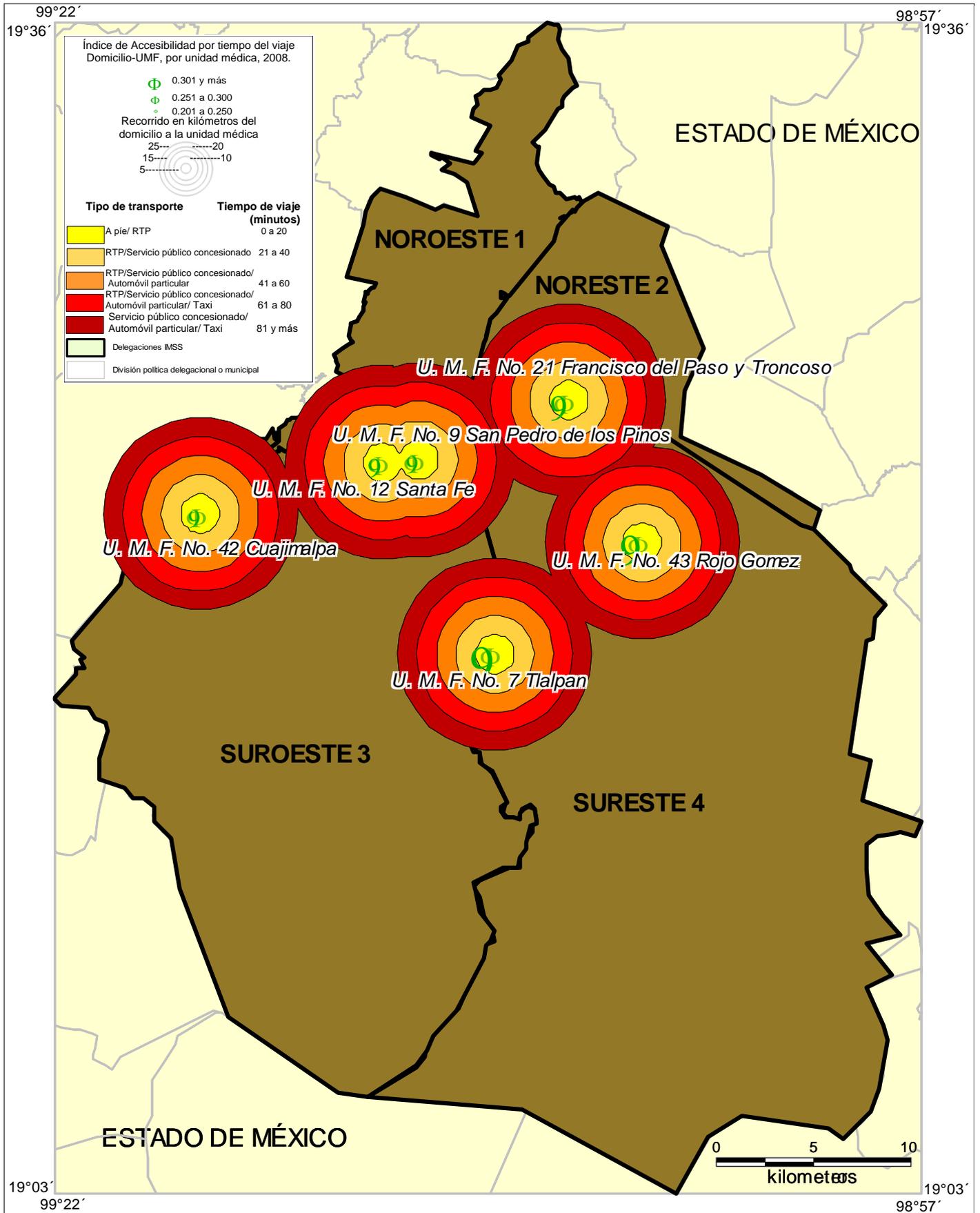
Fuente: Con base en Anuarios estadísticos IMSS, 2000, 2003 y 2006; resultados de las encuestas realizadas, Octubre 2008.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López

El cálculo del índice de accesibilidad física para la Delegación Suroeste 3 permite saber que de acuerdo con la demanda y el tiempo de traslado de domicilio a la unidad médica la UMF No. 9 y UMF No. 12 tienen un índice de accesibilidad alto y la UMF No. 42 presenta un índice de accesibilidad bajo, ambos con respecto al promedio. En conjunto la Delegación Suroeste 3 presenta un índice de 0.476.

El índice de accesibilidad calculado para la Delegación Sureste 4 fue de 0.806. La UMF No. 7 presenta un índice de accesibilidad alto respecto al promedio. La UMF No. 43 y No. 21 tienen un índice de accesibilidad bajo.

La Delegación Sureste 4 presenta una accesibilidad mayor, de acuerdo con el índice calculado y a los porcentajes de personas que acuden a sus unidades médicas. En ambos casos influye que las tres unidades médicas en las que se hizo el levantamiento de encuestas, se encuentran sobre avenidas principales con gran afluencia de transporte público, mientras que las unidades médicas de la Delegación Suroeste 3 se ubican en calles secundarias, cercanas a avenidas principales (Figura 3.5).

FIGURA 3.5 SUR DEL DISTRITO FEDERAL: ACCESIBILIDAD POR TIEMPO DE VIAJE DEL DOMICILIO A LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR, IMSS, 2008.

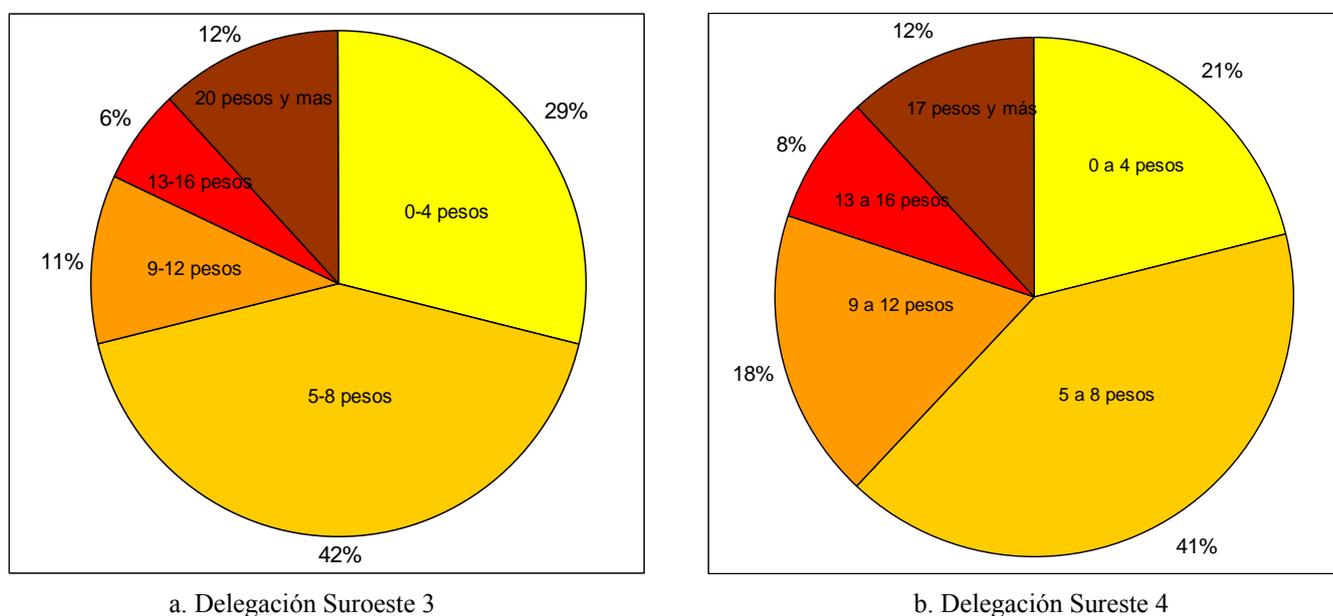


Fuente: Con base en Anuarios estadísticos IMSS, 2000, 2003 y 2006.; resultados de las encuestas realizadas, Octubre 2008.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López

3.1.2 Accesibilidad física por *costo* de viaje domicilio-UMF

Para el caso de la Delegación Suroeste 3, el 29% de las personas gasta entre 0 y 4 pesos. En este caso es necesario mencionar que el costo del transporte público local era de 2 pesos cuando fueron aplicadas las encuestas, y las personas mayores de 60 años están exentas de pago en el transporte público local. El 42% gasta entre 5 y 8 pesos para llegar a la unidad médica. Un 11% gasta de 9 a 12 pesos, el 6% gasta entre 13-16 pesos y, por último, el 12% gasta 18 pesos o más (Figura 3.6a).

FIGURA 3.6 DISTRITO FEDERAL: PORCENTAJE DEL *COSTO* DEL VIAJE DOMICILIO-UMF DEL IMSS, DELEGACIÓN SUROESTE 3 Y SURESTE 4, 2008.



Fuentes: Con base en los resultados de las encuestas realizadas, Octubre 2008.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López.

En el caso de la Delegación Sureste 4, el 21% de los encuestados gastan entre 0 y 4 pesos, mientras el 41% invierte de 5 y 8 pesos para llegar a la unidad médica. El 18% gasta entre 9 y 12 pesos, el 8% entre 13 y 16 pesos y, por último, el 12% gasta 17 pesos o más (Figura 3.6b).

La UMF No. 12 Santa Fe presenta las mayores cantidades de población adscrita a médico familiar en rangos de 0 a 4 y de 5 a 8 pesos, lo cual denota una alta accesibilidad por los bajos o nulos costos del viaje del domicilio a la unidad médica .

La UMF No. 9 presenta números ligeramente por debajo de la UMF No. 12 en casi todos los rangos a excepción del último donde una cantidad ligeramente mayor de la población adscrita a médico familiar gasta 18 pesos o más. Por último la UMF No. 42 presenta números regulares de población adscrita a médico familiar en los 5 rangos en los cuales esta clasificado el costo. Esto puede indicar que el costo del transporte no es obstáculo para que las personas lleguen a la unidad médica (Cuadro 3.4).

CUADRO 3.4 ÍNDICE DE ACCESIBILIDAD POR COSTO DE VIAJE DOMICILIO –UMF

| DELEGACION SUROESTE 3 | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|-------------------------|------------|
| COSTO¹ | UMF 9 | % | UMF 12 | % | UMF 42 | % | TOTAL DELEGACION | % |
| 0-4 | 15 | 30 | 17 | 34 | 11 | 22 | 75 | 46 |
| 5-8 | 24 | 48 | 27 | 54 | 12 | 24 | 52 | 32 |
| 9-12 | 2 | 4 | 2 | 4 | 13 | 26 | 18 | 11 |
| 13-16 | 1 | 2 | 1 | 2 | 7 | 14 | 13 | 8 |
| 17 y más | 8 | 16 | 3 | 6 | 7 | 14 | 5 | 3 |
| TOTAL | 50 | 100 | 50 | 100 | 50 | 100 | 163 | 100 |
| DELEGACION SURESTE 4 | | | | | | | | |
| COSTO¹ | UMF 7 | % | UMF 21 | % | UMF 43 | % | TOTAL DELEGACION | % |
| 0-4 | 9 | 18 | 11 | 22 | 12 | 24 | 62 | 41 |
| 5-8 | 25 | 50 | 13 | 26 | 23 | 46 | 49 | 33 |
| 9-12 | 6 | 12 | 14 | 28 | 7 | 14 | 29 | 19 |
| 13-16 | 6 | 12 | 3 | 6 | 3 | 6 | 4 | 3 |
| 17 y más | 4 | 8 | 9 | 18 | 5 | 10 | 6 | 4 |
| TOTAL | 50 | 100 | 50 | 100 | 50 | 100 | 150 | 100 |

¹ Costo en pesos.

Fuente: Con base en resultados de las encuestas realizadas, Octubre 2008.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López.

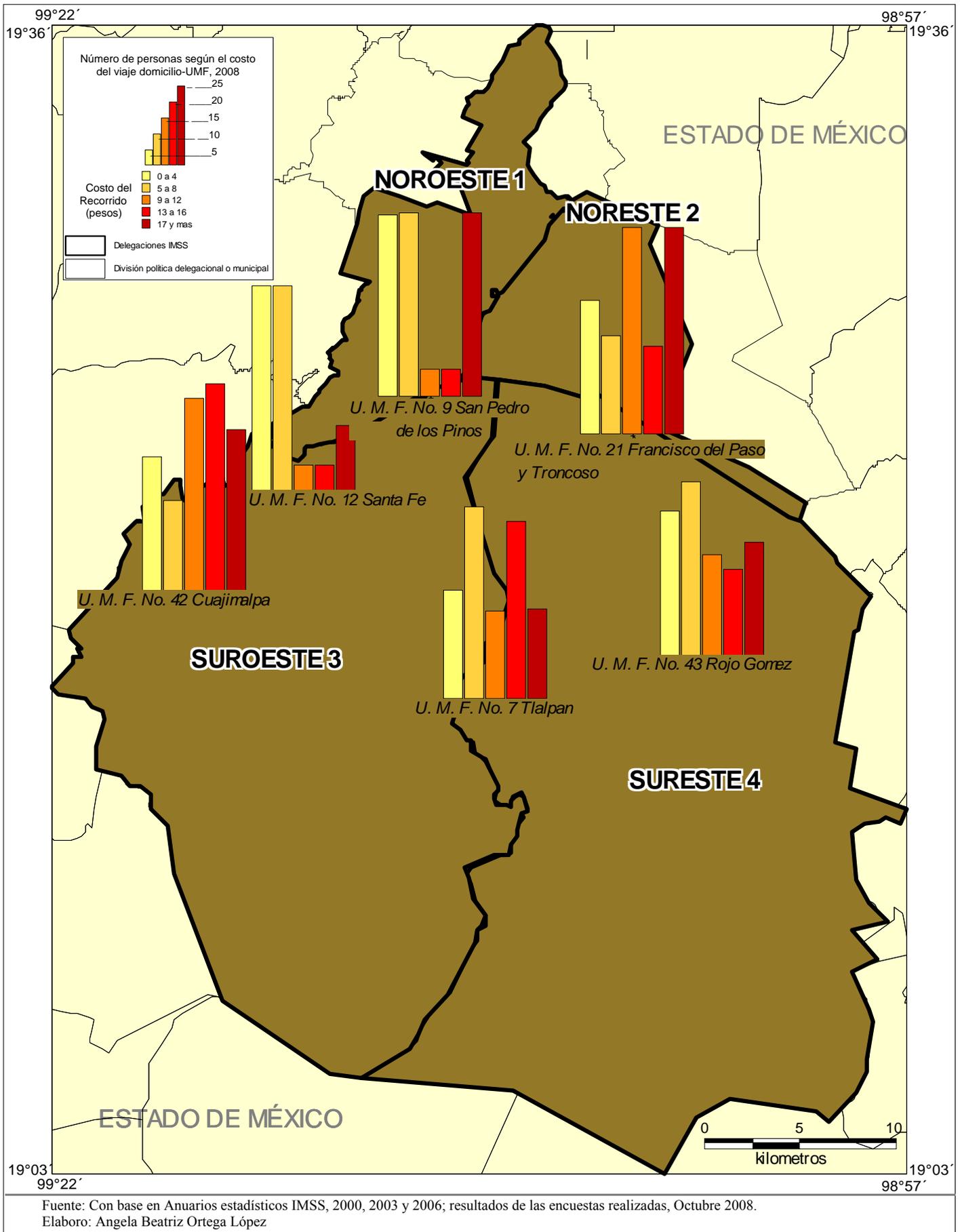
Para la Delegación Sureste 4 la UMF No. 43 presentó la mayor cantidad de personas con un costo de 0 a 4 pesos, le según la UMF No. 21 y No. 7 por último. En el siguiente rango de 5 a 8 pesos destaca la UMF No. 7, seguida de la UMF No. 43 y No. 21,

respectivamente. En los últimos tres rangos disminuye la población pero destaca la UMF No. 21 seguida de la UMF No. 7 y la No. 43, particularmente en el rango de 17 pesos y más, presentó cantidades significativas en comparación con el resto.

Con lo anterior se puede entender que no importa el costo del traslado, de todos modos las personas asisten a la unidad médica. En este punto es necesario aclarar que algunas de las personas derechohabientes entrevistadas hacían énfasis en el tráfico que hay en la ciudad de México por las diversas obras viales y el costo que esto representaba para quienes deben trasladarse en taxi por cuestiones de incapacidad, lo cual remite a que en ocasiones no gastan más dinero en el traslado de su domicilio a la unidad médica porque la distancia sea grande, si no por el tráfico que se genera en avenidas principales (Figura 3.7).

La mayor cantidad de personas de las UMF No. 7 y No. 43 gastan entre 5 y 8 pesos. Le sigue un gasto de 0 a 4 pesos, de las cuales la UMF No. 43 destaca con el mayor gasto, seguida de las UMF No. 21 y No. 7, respectivamente.

FIGURA 3.7 DISTRITO FEDERAL: CANTIDAD DE PERSONAS SEGÚN EL COSTO DEL VIAJE DEL DOMICILIO A LA UMF DEL IMSS, 2008.



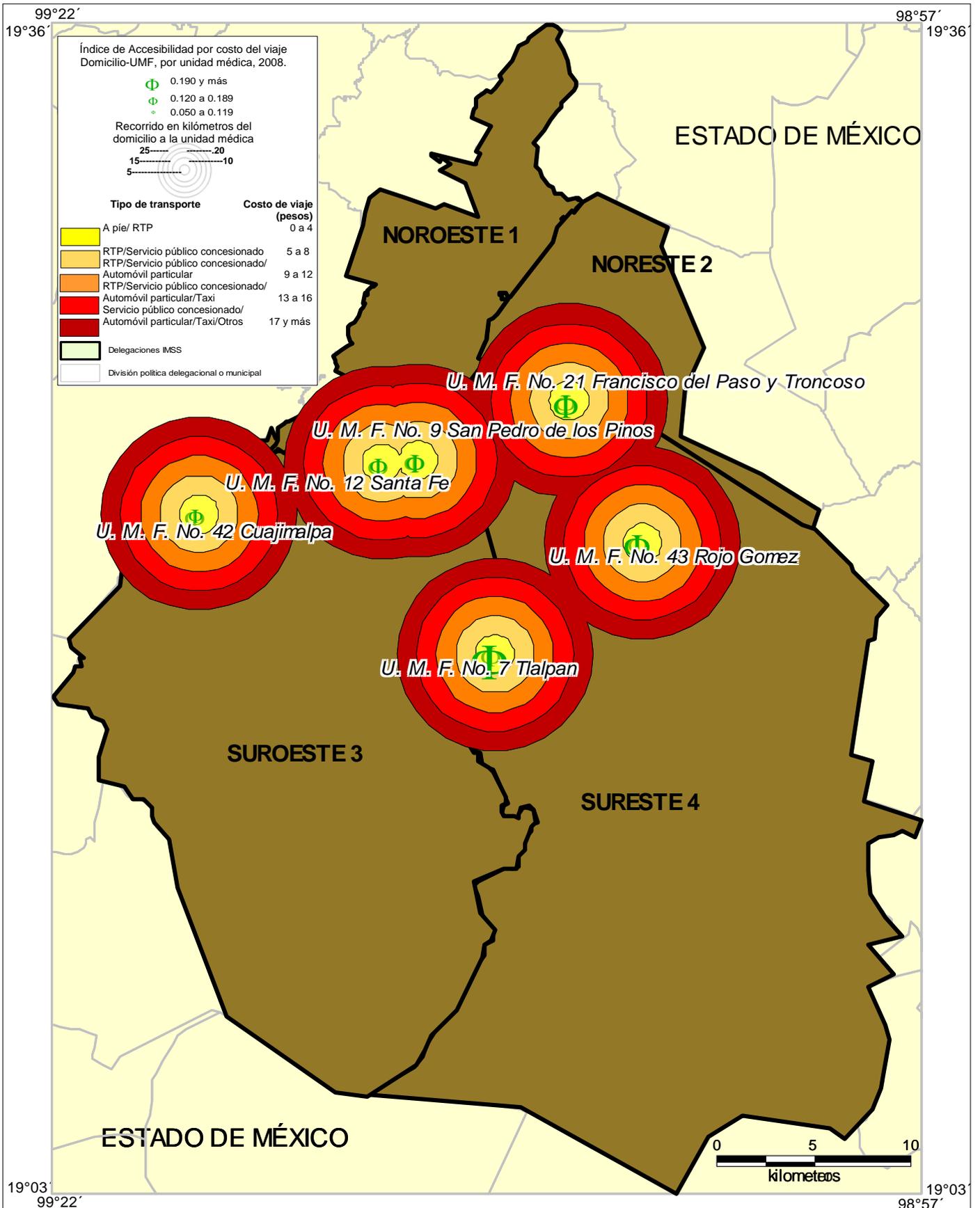
La UMF No. 7 destaca en los rangos de 0 a 4 pesos, mientras la UMF No. 21 sobresale junto con la UMF No. 43 en el rango de 5 a 8. Ésta última unidad médica resalta en el rango de 9 a 12 y en el rango de 17 y más resulta significativo la cantidad de personas que asisten e inclusive es un poco más alto que en la Delegación Suroeste 3. En este caso se puede deducir que el costo de transporte no es un elemento importante que impida el acceso a la unidad médica, ya que en algunos casos los costos rebasan hasta los 100 pesos y la población adscrita a médico familiar sigue asistiendo a consulta.

Con el índice de accesibilidad calculado se puede observar en el siguiente mapa que las unidades médicas de la Delegación Suroeste 3 tienen un índice de accesibilidad 0.247, del cual las UMF No. 9 y No. 12 tienen una accesibilidad alta respecto al promedio (Figura 3.8).

Por otra parte, el índice de accesibilidad por el costo del transporte para la Delegación Sureste 4 es de 0.451. En este caso únicamente la UMF No. 7 presenta un índice de accesibilidad alto con respecto al promedio, las UMF No. 21 y 43 se ubican ligeramente por debajo del promedio.

Una vez analizado el índice de accesibilidad física por tiempo y por costo del recorrido domicilio-unidad médica, se puede observar que la Delegación Sureste 4 presentó los valores más altos en ambos casos. En particular, la UMF No. 7 Tlalpan destacó con índices por arriba del promedio. En el caso de la Delegación Suroeste 3 destacan las UMF No, 9 y No. 12 con valores por arriba del promedio.

FIGURA 3.8 SUR DEL DISTRITO FEDERAL: ACCESIBILIDAD POR COSTO DE VIAJE DEL DOMICILIO A LAS UMF, 2008.

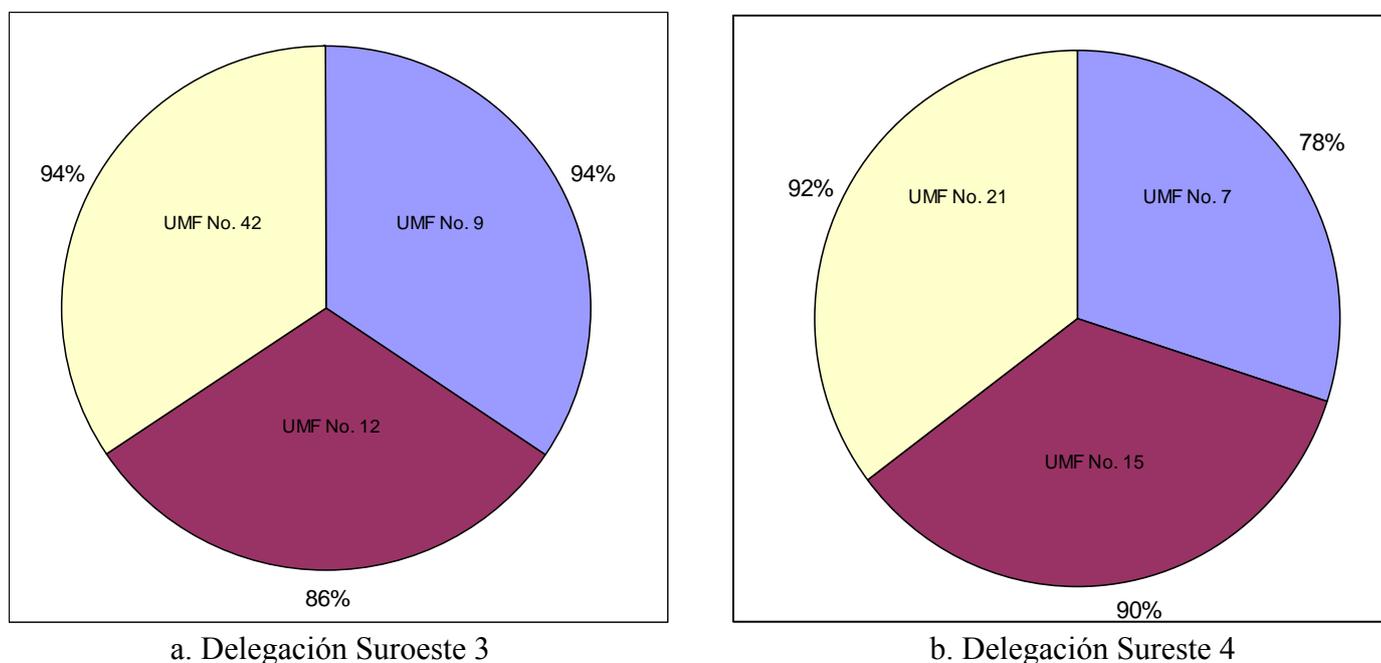


Fuente: Con base en Anuarios estadísticos IMSS, 2000, 2003 y 2006; resultados de las encuestas realizadas, Octubre 2008.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López

3.2 Ubicación de las Unidades de Medicina Familiar

En la cuarta pregunta de la encuesta se preguntó acerca de la satisfacción de la ubicación de la unidad médica. En la Delegación Suroeste 3, la mayoría de personas están de acuerdo con la ubicación, en 13 casos se obtuvo una respuesta negativa, seguidas de un “aunque este en desacuerdo, ante eso no se puede hacer nada”. La mayor insatisfacción fue en la UMF No. 12, mientras la UMF No. 42 y No. 9 presentan porcentajes iguales de satisfacción (Figura 3.9a).

FIGURA 3.9 COMPARACIÓN DE LOS PORCENTAJES DE SATISFACCIÓN CON LA UBICACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS, POR DELEGACIÓN IMSS.



Fuente: Con base en los resultados de las encuestas realizadas, Octubre 2008.

Elaboro: Angela Beatriz Ortega López.

En el caso de la Delegación Sureste 4 presentó un porcentaje relevante de las personas encuestadas que están de acuerdo con la ubicación de la unidad médica. Como se puede observar que la mayor insatisfacción la presentó la UMF No. 7 con el porcentaje más bajo, mientras la mayor satisfacción con respecto a la ubicación la presenta la UMF No. 21, seguida de la UMF No. 25 (Figura 3.9b).

Esta última pregunta tiene mucho que ver con la percepción de las personas, al dar una respuesta, se debió haber tomado en cuenta si era poco o mucho tiempo de transporte o si el costo del viaje que realizaban de su casa a la unidad médica era alto o bajo.

Al añadir los resultados obtenidos en el análisis del índice de accesibilidad física por tiempo de viaje domicilio-unidad de medicina familiar, la Delegación Sureste 4 es la que presenta mejores condiciones de accesibilidad a sus unidades médicas con la mayor satisfacción por la ubicación de sus unidades médicas y accesibilidad.

El análisis realizado del índice de accesibilidad física, por tiempo de recorrido domicilio-unidad médica y costo del recorrido domicilio-unidad médica, demuestra que el IMSS se ha preocupado por ubicar a su población derechohabiente lo más cercano posible a una unidad médica, de tal manera que las personas no dejen de asistir al médico anteponiendo la distancia que debe recorrer o el costo del viaje que debe realizar como pretexto.

Más del 50% de casos resultan accesibles. Sin embargo, no se ha tomado en cuenta que el crecimiento que ha tenido el Distrito Federal en los últimos 10 años respecto a su población absoluta, lo cual ha ocasionado que las áreas de vivienda se ubiquen en los límites del norte o sur del D.F. con el Estado de México, lo cual dificulta el acceso a las unidades médicas que están ubicadas al centro de la ciudad.

Las Delegaciones Políticas de la zona sur cuentan con una población equivalente al 35% de todo el Distrito Federal, el IMSS cuenta con pocas unidades médicas en esta área.

Esta es una de las razones por las cuales están sobresaturadas las UMF de las Delegaciones Sur del IMSS.

De acuerdo con la organización que hace el IMSS de su población derechohabiente, no está permitido que decida cada uno de ellos a que unidad médica solicitar consulta. Si la población adscrita a médico familiar tuviera la opción de elegir a que unidad médica acudir, los patrones de distribución quizá serían diferentes así como la saturación de algunas unidades médicas que tuvieran mejor calidad, debido a que en varias ocasiones los pacientes hicieron mención de que no les importaría ir a otra UMF más lejana siempre y cuando el servicio, calidad y atención por parte del personal fuera de mejor nivel que el que reciben en la UMF a la que asisten.

Las unidades médicas cumplen con una ubicación relativamente cercana a su población adscrita a médico familiar. En algunos casos en los que las personas tardan tiempos excesivos para llegar a la unidad médica suele deberse a factores personales. Para comprender mejor me permito citar la siguiente situación de una persona encuestada: *La señora “x” entrevistada en la UMF No. 15 comentó que realiza un largo tiempo de viaje desde su domicilio a la unidad médica, porque actualmente vive con su hija. En un inicio ella vivía con su hijo, el cual tiene un domicilio cercano a la unidad médica y el tiempo de recorrido era mínimo, pero su hijo tuvo que ir de viaje y por eso ella está con su hija, desafortunadamente le toma mayor tiempo y costo el recorrido para recibir consulta. .*

3.3 Accesibilidad social

La accesibilidad social, también denominada como accesibilidad real por Garrocho (et al, 1995), se considera relevante porque explica la importancia de los factores sociales en la accesibilidad en general. Se considera que dichos factores influyen tanto o

más que la distancia en tiempo o en costo que separa a los derechohabientes de las unidades médicas. A continuación se revisan los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas.

3.3.1 Género y régimen social

Un elemento en el que se tenía interés al realizar las encuestas era conocer quienes acudían más a consulta, los titulares del seguro social o los familiares adscritos, así como identificar si hay una relación con el género de los mismos. Con los resultados obtenidos se realizó la siguiente tabla.

CUADRO 3.5 SUR DEL DISTRITO FEDERAL: GÉNERO Y CONDICIÓN DE DERECHOHABIANCIA POR UMF, POR DELEGACIÓN DEL IMSS, 2008.

| Delegación Suroeste 3 | | | | |
|------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| UMF | Hombre titulares | Mujeres titulares | Hombres adscritos | Mujeres adscritas |
| 9 | 10 | 16 | 2 | 22 |
| 12 | 16 | 9 | 4 | 21 |
| 42 | 5 | 6 | 0 | 39 |
| Total | 31 | 31 | 6 | 82 |
| Porcentaje | 21% | 21% | 4% | 54% |
| Delegación Sureste 4 | | | | |
| 7 | 10 | 15 | 1 | 24 |
| 21 | 13 | 11 | 0 | 26 |
| 43 | 10 | 12 | 5 | 23 |
| Total | 33 | 38 | 6 | 73 |
| Porcentaje | 22% | 25% | 4% | 49% |

Fuente: Con base en los resultados de las encuestas realizadas, Octubre 2008.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López.

En la Delegación Suroeste 3 las mujeres adscritas son quienes tienen mayor presencia, seguidas de las mujeres y hombre titulares. Quienes menos presencia tienen son los hombres adscritos (Cuadro 3.5).

De la Delegación Sureste 4 el caso es muy similar, las que mayor demanda de consulta son las mujeres adscritas, seguidas de las mujeres titulares. Les siguen los hombres titulares y por último los hombres adscritos.

Los patrones observados permiten destacar que los familiares adscritos por un familiar son los que asisten con mayor frecuencia a consulta médica, tienen una fuerte relación con el género. Por ejemplo, en ambas Delegaciones son la mayoría mujeres adscritas quienes asisten a consulta, esto se debe a que suelen ser las madres quienes llevan a sus hijos a consulta o llevan una frecuencia mensual de consultas por embarazo.

Por otra parte, los hombres, aunque suelen ser los titulares, no acuden con frecuencia a consulta médica, solamente que se deba a un accidente de trabajo, necesitan la incapacidad para justificar sus faltas o realmente tengan algún padecimiento que necesite seguimiento.

3.3.2 Edad

Otro elemento importante es la edad. En el caso de la Delegación Suroeste 3, la edad promedio de las tres unidades médicas es de 48 años. En la UMF No. 9 destaca un grupo menor de 40 años y la minoría mayores de 60 años. Mientras el 70% de la UMF No. 12 es mayor de 40 años, por último la UMF No. 42 la mayoría está representada por personas que están entre 40 y 60 años (Cuadro 3.6).

CUADRO 3.6. EDAD Y GÉNERO DE LA POBLACIÓN ADSCRITA A MÉDICO FAMILIAR ENCUESTADA POR UMF

| Edad (años) | Suroeste 3 | | Sureste 4 | |
|--------------|------------|------------|-----------|------------|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| 15-30 | 12 | 26 | 5 | 27 |
| 31-45 | 8 | 25 | 13 | 31 |
| 46-60 | 14 | 27 | 11 | 24 |
| 61-75 | 6 | 22 | 6 | 23 |
| 76 y mas | 2 | 8 | 4 | 6 |
| Total | 42 | 108 | 39 | 111 |

Fuente: Con base en los resultados de las encuestas realizadas, Octubre 2008.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López.

Para la Delegación Sureste 4 la edad promedio es de 47 años. La UMF No. 7 la mayoría esta constituida por personas menores de 40 años. En la UMF No. 21 la mayoría, de las personas son mayores de 60 años, seguida del grupo de menores de 40, y por ultimo la UMF No. 43 presenta una mayoría de personas mayores de 60 años.

3.3.3 Programación de citas

Más del 50% de entrevistados en la Delegación Suroeste 3 tienen una cita programada. Si este elemento lo relacionamos con la edad, se pueden distinguir que es la población adscrita a médico familiar mayor de 50 años la que acude a consulta programada, por lo que se puede entender que son personas con padecimientos crónicos, como diabetes o hipertensión que necesitan un chequeo constante, así como medicamentos para el control de sus enfermedades. Otros casos suelen ser control de embarazos, control de recién nacidos o seguimiento de personas que hayan sufrido algún accidente (Cuadro 3.7).

CUADRO 3.7 PROGRAMACION DE CONSULTAS SEGÚN EDAD DE LA POBLACION ENTREVISTADA, POR DELEGACION IMSS.

| Edad (años) | Suroeste 3 | | | Sureste 4 | | |
|--------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1 Mes | Ficha | Otra | 1 Mes | Ficha | Otra |
| 15-30 | 14 | 5 | 9 | 9 | 10 | 7 |
| 31-45 | 16 | 11 | 6 | 22 | 13 | 7 |
| 46-60 | 28 | 8 | 5 | 25 | 7 | 6 |
| 61-75 | 22 | 3 | 2 | 28 | 2 | 3 |
| 76 y mas | 10 | 1 | 0 | 11 | 0 | 0 |
| Total | 90 | 38 | 22 | 95 | 32 | 23 |

Fuente: Con base en los resultados de las encuestas realizadas, Octubre 2008.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López.

Del resto de la población entrevistada, el 26% del total encuestado para la Delegación ya mencionada, acude a sacar ficha para consulta el mismo día. Este grupo es representativo, suelen ser mujeres titulares o adscritas en su mayoría quienes tramitan así sus consultas.

Por último, el 14% programa sus consultas con unos días o semanas anticipación, ésta suele ser población adscrita a médico familiar que trabaja y necesita programar su consulta para pedir permiso y faltar a su trabajo.

En el caso de la Delegación Sureste 4, el 63% del total encuestado tiene citas programadas cada mes para la continuación de sus tratamientos. El 24% del mismo total, saca fichas para pasar a consulta médica y, por último, el 13% hace cita a destiempo, una semana antes, uno o dos días antes, etc.

En todas las encuestas nadie mencionó quedarse sin consulta. Lo que más decía era que de todos modos, con o sin cita, el tiempo de espera era el mismo, en todo caso podía ahorrar tiempo si sacaba una ficha, ya que actualmente se debe obtener una cita vía telefónica, pero con frecuencia no responden el teléfono y se debe acudir un día a la unidad médica para sacar cita y volver otro día para recibir la atención.

3.3.4 Tiempo en sala de espera

Respecto al tiempo que pasa el paciente en la sala de espera antes de pasar a consulta constituye uno de los elementos más importantes para la población adscrita a médico familiar. A continuación se muestran los datos obtenidos en las encuestas.

Para el caso de la Delegación Suroeste 3 el tiempo promedio máximo de espera es de 6 horas, aproximadamente. El tiempo mínimo es de 13 minutos y el promedio general es de hora y media (Cuadro 3.8).

CUADRO 3.8 TIEMPOS DE ESPERA EN SALA POR UNIDAD MÉDICA, DELEGACIONES SUROESTE 3 Y SURESTE 4, 2008.

| Delegación Suroeste 3 | | | |
|------------------------------|--|---------------|-----------------|
| UMF | Tiempo en sala de espera en minutos | | |
| | Máximo | Mínimo | Promedio |
| 9 | 480 | 15 | 125 |
| 12 | 360 | 15 | 76 |
| 42 | 300 | 10 | 99 |
| Promedio | 380 | 13 | 100 |
| Delegación Sureste 4 | | | |
| 7 | 360 | 15 | 126 |
| 21 | 300 | 10 | 88 |
| 43 | 320 | 10 | 114 |
| Promedio | 327 | 12 | 109 |

Fuente: Con base en los resultados de las encuestas realizadas, Octubre 2008.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López.

El 51% de las personas encuestadas pasan en la sala de espera entre 0 y 60 minutos. Le siguen un 20% que espera entre 61 y 120 minutos en la sala. Un 18% pasa en 121 y 180 minutos en la sala de espera. Por último, el 5% espera entre 181 y 240 minutos, y el 6% de 241 minutos y más. Cabe destacar que la UMF No. 9 reportó el mayor tiempo en la sala de espera, que fue de 8 horas para poder recibir consulta médica (Cuadro 3.9).

CUADRO 3.9 PORCENTAJE DE PERSONAS SEGÚN EL TIEMPO QUE PASA EN SALA DE ESPERA ANTES DE LA CONSULTA POR UMF, 2008.

| Delegación Suroeste 3 | | | | | |
|----------------------------------|------------|-----------|-----------|--------------|-------------------|
| Tiempo de espera en horas | UMF | | | Total | Porcentaje |
| | 9 | 12 | 42 | | |
| 0-1:00 | 22 | 29 | 26 | 77 | 51 |
| 1:01-2:00 | 10 | 14 | 6 | 30 | 20 |
| 2:01-3:00 | 9 | 4 | 14 | 27 | 18 |
| 3:01-4:00 | 4 | 2 | 1 | 7 | 5 |
| 4:01 y más | 5 | 1 | 3 | 9 | 6 |
| Total | 50 | 50 | 50 | 150 | 100 |

Fuente: Con base en los resultados de las encuestas realizadas, Octubre 2008.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López.

En la Delegación Sureste 4, el tiempo promedio máximo de espera fue de 5 horas y media, aproximadamente. El tiempo promedio mínimo de espera fue de 12 minutos y el tiempo promedio en general fue de 1 hora 47 minutos para pasar a consulta.

Del total de encuestados en las unidades médicas de la Delegación Sureste 4, el 37% está en sala de espera entre 0 y 60 minutos. Le sigue en 31% que está entre 61 y 120 minutos en la sala de espera. El 21% de los encuestados está entre 121 y 180 minutos, el 4% espera entre 181 y 240 minutos y un último 7% espera 241 minutos y más. El tiempo mayor de espera se registró en la UMF No. 7 con 6 horas en la sala de espera (Cuadro 3.10).

CUADRO 3.10 PORCENTAJE DE PERSONAS SEGÚN EL TIEMPO DE ESPERA EN SALA ANTES DE LA CONSULTA, 2008.

| Delegación Sureste 4 | | | | | |
|----------------------------------|------------|-----------|-----------|--------------|-------------------|
| Tiempo de espera en horas | UMF | | | Total | Porcentaje |
| | 7 | 21 | 43 | | |
| 0-1:00 | 13 | 22 | 21 | 56 | 37 |
| 1:01-2:00 | 16 | 20 | 11 | 47 | 31 |
| 2:01-3:00 | 13 | 6 | 12 | 31 | 21 |
| 3:01-4:00 | 6 | 0 | 0 | 6 | 4 |
| 4:01 y más | 2 | 2 | 6 | 10 | 7 |
| Total | 50 | 50 | 50 | 150 | 100 |

Fuente: Con base en los resultados de las encuestas realizadas, Octubre 2008.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López.

Es necesario destacar que el 51% de la Delegación Suroeste 3 y el 37% de la Delegación Sureste 4 esperan como máximo 60 minutos. Estas personas y las que pasan entre 61 y 180 minutos en sala, que son los dos rangos siguientes, suelen tardar este tiempo debido a situaciones como la siguiente: *Tengo una cita a las 9:30 am, me citan 15 minutos antes, pero como prevengo algo de tiempo de transporte llego a la UMF a las 9:00 am. El promedio de tiempo de cada consulta es de 25 o 30 minutos, si cuando llego hay un retraso de 40 minutos con los pacientes anteriores, la persona que pasaría a consulta a las 9:00 am pasará hasta las 9:40, si su consulta toma 30 minutos saldrá hasta las 10:10, a esa hora estaría yo pasando a consulta. Lo anterior implica haber pasado una hora diez minutos en la sala de espera.*

Esto indica que las personas que suelen tener una cita previa son las que esperan poco tiempo, aun así si se toma en cuenta que los médicos se mueven de su lugar, las asistentes se tardan o cualquier otra circunstancia se presenta, llega haber un retraso de hasta 3 horas. Quienes sacan ficha por la mañana, o quienes llegan tarde a su cita, son quienes esperan más de 181 minutos. El caso mencionado es el de una persona puntual, pero a alguien impuntual le sucede lo siguiente: *Mi cita es a las 9:30 am, salí de mi domicilio a las 9:00 am, pero el microbus tardo 10 minutos en pasar, fue haciendo paradas en cada esquina y tuve que esperar un alto para poder cruzar la calle. Llegué con la asistente del médico a las 9:35 am y me dijo que debo esperar a que pasen todos los demás pacientes por haber llegado tarde a mi cita.. Quizás pase entre 4 o 5 horas.*

Ambas razones son las principales del por que la gente pasa tanto tiempo en la sala de espera de las unidades médicas. Es un hecho que los pacientes se quejan más del tiempo

que hay que estar en la sala de espera, es la primordial queja, en ocasiones sólo tienen 20 minutos de consulta y un diagnóstico mal hecho.

Las personas encuestadas hicieron varias propuestas cómo aumentar el número de consultorios. Otros pensaron en aumentar la cantidad de médicos y otro tanto pensó que el personal es suficiente pero no trabajan de manera adecuada, se la pasan perdiendo el tiempo.

La accesibilidad social esta muy relacionada con la percepción de las personas –hay quienes entienden que las asistentes y los médicos se desesperen o tomen un tiempo libre con toda la gente que atienden- mientras otras opinan que si es su trabajo deben limitarse a hacerlo bien.

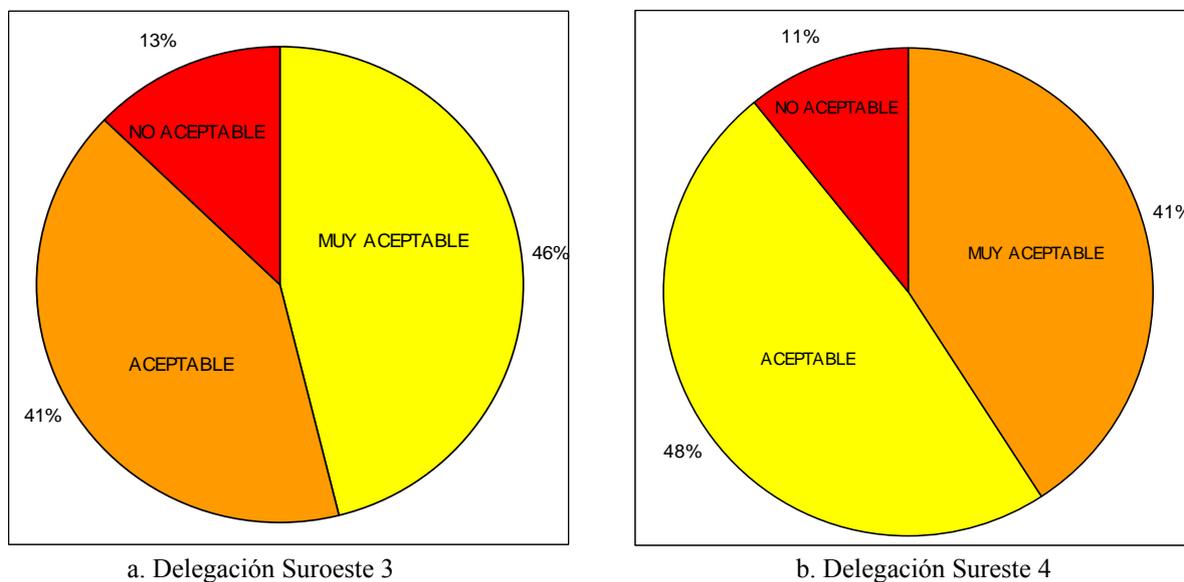
3.3.5 Calificación de las Unidades de Medicina Familiar

Por último se tienen las calificaciones que se pidieron a los encuestados para la unidad médica. En la Delegación Suroeste 3 se presenta una ligera mayoría que la califica como *muy aceptable*, sin dejar de considerar que se le deben hacer algunas mejoras. Le sigue la calificación de *aceptable* y, por último, el porcentaje de calificación *no aceptable* es mínimo. Se puede determinar que la mayoría de la población derechohabiente de las UMF encuestadas de la Delegación Suroeste 3 está de acuerdo con la atención que reciben (Figura 3.10).

Por otra parte, en la Delegación Sureste 4 el mayor porcentaje de encuestados calificó a las unidades médicas como *aceptables*, en particular la UMF No. 7, en la cual más del 50% califica como *aceptable* la atención. La calificación *muy aceptable* recibió un alto

porcentaje también, mientras que la *no aceptable* obtuvo un porcentaje aun menor que para la misma calificación en la Delegación Suroeste 3.

FIGURA 3.10 PORCENTAJES DE CALIFICACION DE LAS UMF DEL IMSS, 2008.



Fuente: Con base en los resultados de las encuestas realizadas, Octubre 2008.
Elaboro: Angela Beatriz Ortega López.

Ambas Delegaciones tienen una calificación de *aceptable* a *muy aceptable*. El porcentaje de población adscrita a médico familiar que calificaron como *no aceptable* el servicio recibido fue mínimo.

Al momento de preguntar a las personas encuestadas la calificación de la atención que reciben, solían añadir comentarios específicos acerca de los servicios que obtienen. A continuación se muestra de forma muy general las observaciones que añadieron a sus respuestas.

En el caso de las unidades médicas de la Delegación Suroeste 3, sobresalen los comentarios acerca del trato que otorga el personal de las unidades médicas, destacan

las asistentes, seguidas de médicos, enfermeras y, por último, el personal administrativo.

La mayoría de las personas encuestadas destacó el mal servicio de las asistentes. Las personas de la tercera edad enfatizan en que no tienen conciencia de que atienden a personas de edad avanzada y enfermas. Algunas personas no tienen queja de las asistentes, por el contrario consideran que hacen un buen trabajo y que llegan a estar de malas por el exceso de pacientes con el que deben de trabajar, pocas personas suelen ser comprensivas.

En cuanto a los médicos algunas observaciones fueron que el médico se va de su consultorio y la gente debe esperar su consulta hasta que vuelva el médico, o en su defecto envían a los pacientes a urgencias y el servicio resulta más lento de lo normal. Algunas personas comprenden que es lógico el poco interés que prestan los médicos a los pacientes si deben recibir a tantos pacientes en tan poco tiempo. Lo que no justifican las personas derechohabientes es que los médicos siempre recetan los mismos medicamentos.

Los médicos tienen un modo prepotente al otorgar su servicio, parece que se les olvida que las personas que ellos atienden, pagan una cuota mensual con la que se les paga a ellos su sueldo, algunas personas mencionaron que atienden a voluntad, si quiere dar consulta todo marcha bien, pero en ocasiones hasta las 11 am o 12 pm se van del consultorio y ya no hay quien otorgue consulta, entonces los pacientes son enviados a otro consultorio en el cual ya hay otros pacientes, esto da la apariencia de que no hay

suficientes médicos. La situación anterior permite explicar por que en ocasiones el servicio es más lento de lo normal.

Algunos pacientes tocaron el tema del sistema de citas para asistir a consulta. Mencionaron que no hay diferencia entre programar la cita o sacarla el mismo día por la mañana, por eso algunas personas prefiere acudir temprano a la unidad médica y sacar una ficha para pasar a consulta, aunque esto signifique llegar a las 7 am y sacar ficha para las 2 pm, y en ocasiones sólo se dan 5 fichas para el turno de la tarde.

Las personas que programan sus citas con anticipación opinan que el tiempo de espera es excesivo, pueden tardar más de una hora en pasar a consulta, cuando su cita está programada desde hace un mes, si por alguna causa no llega a tiempo para su cita lo dejan pasar hasta el final de todas la consultas del día.

Algunas personas que asisten a consulta médica para obtener sus incapacidades, se atienden con médicos particulares y, en ocasiones, han observado que los diagnósticos de su médico en la unidad médica, son erróneos comparados con los de su médico particular.

El personal administrativo fue calificado como lento, no saben qué documentos se requieren para la realización de un trámite, así como la velocidad con que la que se recogen los mismos. Los derechohabientes piensan que se requiere de demasiados documentos para realizar algún trámite y las respuestas suelen ser muy tardadas. A parte se requiere de mucho tiempo para recibir el servicio, quienes tienen la oportunidad económica, se prefiere pagar un servicio particular.

Las personas encuestadas hacían referencia constante al servicio de farmacia, el cual se considera lento, a parte de que constantemente hay falta de medicamentos, esto ocasiona que se tenga que regresar constantemente a la UMF y, en ocasiones, volver a sacar cita porque las recetas tienen vencimiento.

El personal médico, de enfermería y administrativo es considerado voluble y mal humorado por la mayoría de los pacientes al otorgar el servicio y ser poco cordiales. Algunas observaciones hechas respecto a esto es que la prepotencia del personal y el mal trato que se da en las unidades médicas se deben a que en toda la UMF se siente muy respaldada de hacer lo que quiera porque el sindicato del IMSS responde por ellos, quizá si no lo tuvieran no se sintieran tan sobreprotegidos y cambiarían su actitud.

Las personas que califican como no aceptable la unidad médica que les corresponde, hacen la aclaración de que dicha calificación se debe a la pésima atención que otorga el personal, ya que el servicio que otorgan no es el que debe recibir una persona enferma. En una opinión muy generalizada, la población adscrita a médico familiar expresa que se deben hacer algunas mejoras a las instalaciones, pero más que nada, hacer conciente al personal de que trabajan con personas que están enfermas.

En la Delegación Sureste 4, 3 personas preguntan por que no estaba la calificación excelente, ya que algunos médicos y enfermeras dan una atención intachable, así como un aspecto humano que hace que sobrevalore su atención.

Las asistentes son muy lentas para atender a las personas y no ponen la debida atención a su trabajo, a parte suelen estar de mal humor, por lo que su servicio es calificado como

pésimo. Por otra parte, hay quienes la consideran como prepotentes y con mal carácter. Suelen perder el tiempo en desayunar o platicar, no están en sus lugares y la mayoría de los pacientes las califican una pésima actitud de las asistentes, en muchas ocasiones quieren tomar el papel del médico cuando ellas ni siquiera tienen formación en salud. Hubo quien mencionó que ahora son más razonables pero antes eran más prepotentes las asistentes, eso también provocó que los tiempos de atención se retrasen.

Alrededor de 65 personas también destacaron la insuficiencia de personal, así como la pésima actitud del que labora actualmente. El tiempo que se pasa haciendo fila para pasar por el medicamento recetado también es excesivo y, en ocasiones, en vano porque no tienen el medicamento recetado. Hace falta mantenimiento a las instalaciones, así como aumentar el número de consultorios, considerando que si esto sucede se reducirá el tiempo de espera.

Otra de las quejas es que no se respeta el horario de las citas, hay casos en que han esperado más de 2 horas y no le otorgan la consulta, hubo 3 personas que respondieron no hacer un uso frecuente del servicio y desconocen el funcionamiento de la unidad médica, pero piensan que no es una razón suficiente para que cuando necesitan el servicio éste no les sea otorgado, ya que se haga o no uso de su derechohabencia siguen cotizando al IMSS mes con mes. Pocas personas comprenden acerca de la sobresaturación del IMSS en sus unidades médicas, pero quienes lo hacen tienen mayor paciencia en el tiempo de espera para realizar trámites. Para lo administrativo resulta complicado para algunas personas por los requisitos y tiempos de espera, suelen calificarlos como deficientes.

En 100 casos aproximadamente, la atención de los médicos es considerada como no adecuada. La actitud del médico es considerada, en ocasiones, como de rechazo, debido a sus recomendaciones como que el paciente debe tomarse la presión una vez al año, cuando sufre de hipertensión. En algunas ocasiones si tienen cita hecha con anticipación, se pasa en 30 minutos a consulta, si es con ficha tarda hasta 4 horas. Según otra paciente los días lunes se pasa en consulta en 2 horas se tenga o no cita con anticipación, si es miércoles o jueves en 15 minutos pasa con el médico por haber una menor demanda de consultas.

Algunos médicos son de edad avanzada y no otorgan una buena atención al paciente. Tampoco se respeta el seguimiento de un médico con los pacientes lo que a veces genera malos diagnósticos. En ocasiones, los médicos no dan las indicaciones necesarias. Falta de ética profesional de los médicos. A veces los médicos se van sus consultorios o cubículos. Los médicos no están actualizados en cuanto a enfermedades o tratamientos que se pueden otorgar para determinadas enfermedades.

Los pacientes se refieren con pésimos comentarios a los médicos. Por ejemplo, que los médicos establecen los tiempos de consulta de 15 minutos únicamente y no hacen bien las revisiones. Se pueden ver a los médicos platicando en los pasillos o llegan tarde, o se van antes de que termine su turno, y otorgan menos consultas de las que deberían, por detalles como estos los pacientes opinan que los médicos no atienden bien.

En algunas unidades médicas a causa de la falta de aparatos fue un aspecto relevante. Debido a esto los pacientes deben ser canalizados a otra unidad médica para la realización de estudios o en su defecto comprar el material para que les realizaran los

estudios o curaciones correspondientes; y con la falta de medicamentos los tratamientos no se llevan de manera adecuada.

Los servicios de laboratorio que se otorgan en otra UMF requieren de más inversión de tiempo y dinero por parte de los pacientes, a parte califican el servicio como muy tardado y denotan que no hay coordinación entre la unidad médica que da consulta y en la que se realizan los estudios. Para el servicio de laboratorio y rayos x, se tardan de 1 a 2 meses para otorgar el servicio, los pacientes consideran que se les da un servicio preferencia a las personas en casos de emergencia que a los pacientes que acuden a las unidades médicas.

Actualmente en varias UMF se pide que los pacientes hagan su cita por medio de llamada telefónica, pero la línea no funciona o nadie la contesta, lo que ocasiona que las personas deban acudir personalmente a realizar su cita, por eso también prefieren acudir a sacar ficha por la mañana, aunque vayan a perder todo el día para poder recibir consulta médica.

No respetan los horarios de las citas ya programadas, lo cual perjudica al paciente que en ocasiones invierte en taxi para llegar a tiempo y si el paciente anterior sale antes de consulta pasan al siguiente, y dejan a la persona que seguía al final del turno.

Referente a la administración, los trámites son muy lentos y hacen dar muchas vueltas a las personas por falta de documentos, se pierde tiempo para pasar a consulta por conseguir una autorización de la dirección, por ejemplo. En algunas situaciones las altas de los pacientes son extraviadas y si no hacen un uso frecuente del servicio son dados

de baja, de tal modo que cuando requieren de atención médica deben hacer todo el trámite para darse de alta de nuevo. De unos meses hacia acá es necesario que las personas de la tercera edad pasen supervivencia para recibir consulta.

Algunas personas que acuden únicamente con ficha, hicieron mención de que prefieren ir al servicio por alguna urgencia o en caso de accidente de trabajo para obtener la incapacidad correspondiente.

Hay quienes nunca han tenido problemas ni con las asistentes ni en lo administrativo, desafortunadamente estas respuestas son de no más de 5 personas. Hubo quienes calificaron hasta la pésima limpieza que tienen los sanitarios, ya que la unidad médica se puede convertir en foco de diversas enfermedades.

La mayoría de las personas considera que es mucho el tiempo que se esta en sala de espera para recibir consulta, y a veces no importa que tenga o no una cita hecha, esto llega a tal grado que las personas que reciben atención en el turno de la tarde llegan desde la mañana para ser de los primeros a partir de las 14 horas. Esto permite identificar una alta demanda de consultas. La actitud de todo el personal es considerada como déspota, las respuestas resultan evasivas y, en ocasiones, terminan en malos tratos, suele no haber quien responda el teléfono o de informes.

La delegación Suroeste 3 presentó mejores comentarios que la delegación Sureste 4, en la cual la población adscrita a médico familiar sólo reportó comentarios negativos.

CONCLUSIONES

Uno de los objetivos principales de la salud es la atención primaria a la población derechohabiente es situándola en entornos muy próximos a las unidades médicas. El darle un punto de acceso preferente, crea las condiciones para implantar una atención más integral, continúa y centrada en las personas, y eso amplifica la generación de beneficios.

La distribución de las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal fue en un inicio en relación a los centros de trabajo de los derechohabientes. Posteriormente se tomaron en cuenta los domicilios de los derechohabientes con la finalidad de extender la cobertura del servicio a sus familiares directos con lo cual aumentó el número de derechohabientes. Con este aspecto se cumple el principio de justicia distributiva la cual establece que se busca dar el mayor beneficio a la mayor cantidad población posible.

El IMSS determina que tipo de servicio otorgar, dónde y con cuánta capacidad, de esta forma es como explora proveer servicios de salud a su población derechohabiente. Por otra parte, se busca asegurar la mayor satisfacción o utilidad de los servicios de primer nivel.

El IMSS contaba con un total de 1,073 inmuebles con diferentes servicios como Unidades de Medicina Familiar, Unidades Médicas para Rehabilitación, Hospitales generales, Hospitales de Alta Especialidad, entre otros. En el 2006 contaba con 929 UMF en todo el país. Destacan los estados de Veracruz, Jalisco, Estado de México, Sonora, Chihuahua, Nuevo León, Puebla y Michoacán. En segundo lugar se ubican

entidades como el Distrito Federal, Sinaloa y Tamaulipas con 40 UMF cada una, por último, los 21 estados restantes cuentan con menos de 40 unidades médicas.

Respecto a la población adscrita a médico familiar en el año 2006 fue de 36,139,750 a nivel nacional. Los estados que presentan cifras altas fueron el Estado de México y el Distrito Federal con mas de 4,200,000. Estados como Colima y Campeche presentaron menos de 260,000 personas adscritas a médico familiar.

En base a lo anterior, el Distrito Federal tiene distribuidas sus 40 unidades médicas en 4 delegaciones. Veinte se ubican las delegaciones Noroeste 1 y Noreste 2 y las otras veinte se localizan en las delegaciones Suroeste 3 y Sureste 4, solamente se diferencian por la cantidad de personas derechohabientes adscritas a médico familiar, que es mayor en la porción sur del Distrito Federal. En el año 2006 atendieron un total de 4,236,001 personas adscritas a médico familiar, por lo que la demanda hace y marca una desigualdad.

Por tal motivo se observa que en el Distrito Federal la delegación Noroeste 1 y Sureste 4 tienen una cobertura deficiente de unidades médicas por sólo contar con 8 cada una, respectivamente. En el caso de la delegación Suroeste 3 presenta una importante cantidad de población, pero por contar con 12 unidades médicas presenta un mejor índice de cobertura, que la delegación Sureste 4.

Respecto a la cantidad de consultorios y/o cubículos con que cuenta cada delegación del IMSS se observó que la Noreste 2, Suroeste 3 y Sureste 4 presentan la mayor cantidad,

mientras la Noroeste 1 cuenta con el menor número. Dicha situación se mantiene aun con la disminución de consultorios y/o cubículos registrada del año 2003 al 2006.

La distribución real de los recursos humanos con que cuenta el IMSS no resulta eficiente para otorgar el servicio que demanda la población adscrita a médico familiar. Esto se observa a partir de las variables analizadas en el capítulo dos respecto de la cobertura de médicos y enfermeras. La cobertura real que tiene el IMSS de Médicos Familiares y No Familiares es más eficiente en las Delegaciones Noroeste 1 y Noreste 2 del Distrito Federal, incluso la Delegación Suroeste 3 presenta índices ligeramente por arriba del promedio ubicándose como medianamente eficiente. La Delegación Sureste 4 presenta un índice deficiente de cobertura de médicos.

Una forma de conocer el rendimiento de los médicos es a través de la cantidad de las consultas que otorgan. La mayor demanda se presenta en las delegaciones del sur del Distrito Federal, dónde se ubica la mayor cantidad de población adscrita a médico familiar. Del 2003 al 2006 se observó una disminución en la demanda de consultas, a pesar de esto las delegaciones Suroeste 3 y Sureste 4 mantienen la mayor demanda del servicio.

Los índices de cobertura real de enfermeras resultan eficientes para las delegaciones Noreste 2 y Suroeste 3. Las delegaciones Noroeste 1 y Sureste 4 tienen índices de cobertura deficientes. Nuevamente se observa que son las delegaciones que cuentan con 12 unidades médicas cada una, las que presentan índices eficientes.

Las delegaciones Noreste 2 resulta la más eficiente; cubre la menor área del Distrito Federal y cuenta con la menor cantidad de población adscrita a médico familiar distribuida en 12 unidades médicas. Presenta un incremento en el número de médicos y la mayor cantidad de enfermeras, lo cual le permite tener índices de cobertura eficientes.

La delegación Suroeste 3 tiene una población adscrita a médico familiar numerosa con índices eficientes debido a que cuenta con 12 unidades médicas, registra números ligeramente por debajo de la delegación Noreste 2.

Le sigue la delegación Noroeste 1, presentó índices por debajo de los promedios para todos los valores de cobertura. Cubre un área pequeña del norte del Distrito Federal, su población es significativa pero sólo cuenta con ocho unidades médicas, lo cual le impide cubrir la demanda de los pacientes y obtener índices deficientes.

La Delegación Sureste 4 es deficiente en todos los años y en todas las variables; cubre gran parte del sureste del Distrito Federal y únicamente cuenta con ocho UMF, presenta la mayor cantidad de población adscrita a médico familiar en los tres años. Tiene el menor número de médicos y enfermeras y, por último, otorga el mayor número de consultas en los tres años de análisis.

En el caso de la accesibilidad física se comprobó que el IMSS cumple con sus parámetros oficiales de dar cobertura en un radio de quince kilómetros alrededor de cada unidad médica o un equivalente promedio a 60 minutos. De acuerdo con el índice de accesibilidad, la delegación Sureste 4 es la más accesible según el tiempo de

recorrido domicilio-unidad médica; la delegación Suroeste 3 presenta los índices más deficientes de accesibilidad.

El índice de accesibilidad física por costo de recorrido domicilio-unidad médica eficiente lo obtuvo la delegación Sureste 4, y la delegación Suroeste 3 el índice más deficiente.

De la encuesta realizada resultó importante para la accesibilidad social el tiempo que pasa la población adscrita a médico familiar en sala de espera antes de pasar a consulta, la anticipación con que se programan las citas y la calificación de la atención que otorga unidad médica.

La delegación Suroeste 3 presentó más personas que están en sala de espera entre una hora o menos; a diferencia de la delegación Sureste 4 en donde no obstante tener eficiente accesibilidad, las personas esperan en sala de una a dos horas, esto como resultado de la mayor demanda de consultas.

La programación de consultas en la delegación Suroeste 3 es mayor entre las personas de 46 a 60 años, destacan las citas mensuales. En la delegación Sureste 4 las citas son más frecuentes entre las personas de 31 a 45 años e igualmente destacan las citas mensuales. En ambos casos la otra opción para obtener consulta es sacar ficha por la mañana. En las dos unidades médicas, la población femenina es la que asiste más a las consultas.

La calificación que otorgaron las personas encuestadas a la atención de la unidad médica familiar es entre *muy aceptable* y *aceptable*. La delegación Sureste 4 obtuvo el mayor porcentaje, y sólo el 10% la calificó como *no aceptable*. La delegación Suroeste 3 tuvo una calificación de 14% como *no aceptable*.

Los comentarios recibidos de las personas encuestadas permitieron identificar los principales problemas de las delegaciones. Por ejemplo, la delegación Suroeste 3 reportó comentarios acerca del mal servicio de las asistentes, la falta de atención de los médicos para con los pacientes, el tiempo de espera excesivo para pasar a consulta, el mal servicio en la farmacia o falta de surtido de medicamentos. Por último, se reconoce que las instalaciones de las unidades médicas necesitan mejoras, pero las calificaciones registradas como *no aceptable* se deben al mal trato del personal

La delegación Sureste 4 presentó los comentarios más desfavorables. Destacan los malos modos que en ocasiones tiene el personal, insuficiencia del personal, no se respeta el horario de las citas, la atención que dan los médicos es considerada como no adecuada, los servicios de laboratorio se deben realizar en otra unidad médica, y el tiempo de espera para pasar a consulta.

Resulta contradictorio que la delegación Sureste 4 presente una cobertura deficiente por unidades médicas, médicos familiares y no familiares, y enfermeras; mientras que en el análisis de accesibilidad física por tiempo y costo de recorrido sea eficiente. Con esto se demuestra lo importante que es para la población adscrita a médico familiar la ubicación de la unidad médica, aunque se sacrifique la calidad del servicio.

Por otra parte, la población adscrita a médico familiar en la delegación Suroeste 3 exige más en la calidad del servicio aunque esto implique el recorrer distancias mayores o realizar gastos mayores para trasladarse de su domicilio a la unidad médica.

La cobertura que otorgan las unidades médicas del IMSS a su población derechohabiente en el Distrito Federal es reducida. Las instalaciones con las que cuentan no son de dimensiones adecuadas para la cantidad de personas que asisten a consulta y, aunque estadísticamente la cobertura de personal es suficiente, éste no ha sido distribuido de acuerdo a las necesidades de cada unidad médica.

La accesibilidad física, analizada a través de tiempo y costo de traslado domicilio-unidad médica no resulta afectada por el número de instalaciones o personal. La accesibilidad social, por tomar en cuenta aspectos como los largos tiempos de espera, las actitudes negativas de asistentes y médicos, etc., se ve reducida principalmente por la insuficiencia de personal y el malestar que esto ocasiona a quienes asisten a las unidades médicas.

RECOMENDACIONES

Al tomar en cuenta las complicaciones y los resultados obtenidos del presente trabajo se realizan las recomendaciones siguientes:

1) Realizar estudios relacionados con la ubicación de las unidades de medicina familiar, de la población adscrita a médico familiar y relacionarlo con la demanda de consultas, de tal modo que se sepa si es posible remodelar algunas unidades médicas para aumentar su capacidad o construir nuevas en áreas donde la demanda no es cubierta de forma eficiente.

2) En el caso de la cobertura real es importante la revisión de los resultados obtenidos de médicos familiares y no familiares y enfermeras, así como su relación con el número de consultorios y/o cubículos, con la finalidad de lograr una distribución homogénea de los recursos físicos y humanos según la demanda de consultas que presentan las unidades médicas en cada delegación IMSS.

3) Para el cálculo del índice de accesibilidad es necesario implantar la elaboración de registros que permitan obtener la información necesaria para su cálculo, puede ser de manera permanente o por períodos cercanos de tiempo. Dichos registros pueden hacerse al momento de solicitar consulta con las asistentes, se preguntaría el tiempo y/o el costo del recorrido del domicilio a la unidad médica. De otra forma, se debería aplicar una pequeña encuesta que sea dada al momento de llegar a la unidad médica y entregada a las asistentes o médicos, así podrán conformarse bases de datos necesarias para calcular las índices de accesibilidad y saber si hay alguna relación entre la distancia del domicilio a las unidades médicas o el costo que contribuyan o impidan que la población derechohabiente solicite atención médica.

BIBLIOGRAFIA

- Bustamante, R. (1991). *La Teoría de John Rawls: ensayo de filosofía de la sociedad internacional*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM México, D.F. 127 P.
- Buzai, G. D.; Baxendale, C.A. y Mierez, A. (2003). *Accesibilidad e interacción espacial*. <http://www.sigagropecuario.gov.ar/docs/mapasinfo/GIS/documentos/Buzai-Baxendale-Mierez-GA2003.pdf>
- Buzai, G. y Baxendale, C. (2007). *Accesibilidad espacial a los centros de atención primaria de salud (CAPS) en la ciudad de Luján, provincia de Buenos Aires, Argentina*. Buenos Aires, XI CONFIBSIG, 29 al 31 de mayo de 2007. www.geogra.uah.es/inicio/web_11_confibsig/index.htm
- Caballero, J. F. (2006). *La Teoría de la Justicia de John Rawls*. Voces y contextos. Otoño. Num II, año I, 2006. www.uia.mx/actividades/publicaciones/iberoforum/pdf/francisco_caballero.pdf
- Capel, H. y Urteaga, J.L. (1982). *Las nuevas geografías*. Aula Abierta Salvat, Salvat editores, S.A. Barcelona, Madrid. 64 P.
- Consejo Nacional de Población (2005). *Indicadores demográficos por entidad federativa*. http://www.conapo.gob.mx/pop/conciliacion/Id_x_ent.xls Revisado el 25 de octubre del 2007.
- Departamento Nacional de Planeación. Unidad de Inversiones y Finanzas Públicas. Banco Interamericano de Desarrollo. Fondo Especial Japonés. (1996). *Indicadores de diagnostico, seguimiento evaluación y resultados. Elementos conceptuales para su definición y aplicación*. Departamento Nacional de Planeación Unidad de Inversiones y Finanzas Públicas. Red Nacional de Bancos de Programas y Proyectos. Santa Fe de Bogotá, D. C. <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsahi/fulltext/indicadores.pdf>
- Dirección de Servicios de Investigación y análisis, Subdirección de Referencia Especializada (2006). *Informes Presidenciales Manuel Ávila Camacho*. Cámara de Diputados LV Legislatura. México, D.F. <http://www.diputados.gob.mx>
- (2006). *Informes Presidenciales Miguel Alemán Valdés*. Cámara de Diputados LV Legislatura. México, D.F. <http://www.diputados.gob.mx>
- (2006). *Informes Presidenciales Adolfo Ruiz Cortines*. Cámara de Diputados LV Legislatura. México, D.F. <http://www.diputados.gob.mx>
- (2006). *Informes Presidenciales Adolfo López Mateos*. Cámara de Diputados LV Legislatura. México, D.F. <http://www.diputados.gob.mx>
- (2006). *Informes Presidenciales Gustavo Díaz Ordaz*. Cámara de Diputados LV Legislatura. México, D.F. <http://www.diputados.gob.mx>

----- (2006). *Informes Presidenciales Luis Echeverría Álvarez*. Cámara de Diputados LV Legislatura. México, D.F. <http://www.diputados.gob.mx>

----- (2006). *Informes Presidenciales José López Portillo*. Cámara de Diputados LV Legislatura. México, D.F. <http://www.diputados.gob.mx>

----- (2006). *Informes Presidenciales Miguel de la Madrid Hurtado*. Cámara de Diputados LV Legislatura. México, D.F. <http://www.diputados.gob.mx>

----- (2006). *Informes Presidenciales Carlos Salinas de Gortari*. Cámara de Diputados LV Legislatura. México, D.F. <http://www.diputados.gob.mx>

----- (2006). *Informes Presidenciales Ernesto Zedillo Ponce de León*. Cámara de Diputados LV Legislatura. México, D.F. <http://www.diputados.gob.mx>

----- (2006). *Informes Presidenciales Vicente Fox Quesada*. Cámara de Diputados LV Legislatura. México, D.F. <http://www.diputados.gob.mx>

Donabedian, A. (1988). *Los espacios de la salud. Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. SSA, INSP, FCE, México, D.F. 772 p.

Frenk Mora, J. (1985). *El concepto y la medición de accesibilidad*. Salud Pública de México. México.

Gamio, G. (2007). *Apuntes sobre la Justicia Distributiva. Una introducción*. <http://gonzalogamio.blogspot.com/2007/04/apuntes-sobre-justicia-distributiva-una.html>

García Sáinz, R. (2007). *IMSS orígenes y decadencias*. <http://www.prd.org.mx/ierd/coy115-16/rgs1.htm>

Gracia, D. (S/A). *¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos*. <http://www.bibliomed.com/biblioteca/paho/bioetica/Cap23.pdf>

Garrocho Rangel, C. (1992). *Localización de servicios en la planeación urbana y regional. Aspectos básicos*. El Colegio Mexiquense, México. 96 p.

----- (1995). *Análisis socioespacial de los servicios de salud*. El Colegio Mexiquense, México. 460 p.

Garrocho Rangel, C.; Campos, J. (2006). *Un indicador de accesibilidad a unidades deservicios clave para ciudades mexicanas: fundamentos, diseño y aplicación*. Economía, Sociedad y Desarrollo. Vol. VI No. 22 2006 pp. 349-397.

Gatrell, A. C. (2002). *Geographies of Health. An introduction*. Blackwell. Oxford U.K. & Cambridge, USA. 294 p.

Gish, O. (1990). *La planificación del sector salud. La experiencia de Tanzania*. Fondo de Cultura Económica, México D.F. 253 p.

- González-Castián, O. L. (1997). *El Contractualismo liberal de Gauthier como falsa ideología*. Edición digital a partir de *Doxa : Cuadernos de Filosofía del Derecho*, Núm. 20. pp. 457-476.
- Guagliard, M. F. (2004). "Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges". *International Journal of Health Geographics*. Washington DC, USA.
- Hernández, J. E. (2003-2006). *Modelo de evaluación espacial de cobertura, accesibilidad y calidad del sistema hospitalario de la SSA y desarrollo de estándares de desempeño*. Centro responsable DINF. Instituto Nacional de Salud Pública, México, México. <http://siid.insp.mx/www/proy.asp?id=22-6291>
- INEGI (2006). Anuario estadístico del Distrito Federal, INEGI.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (1951). *Archivo Histórico de Prensa*. IMSS. México.
- (1949). *Archivo Histórico de Prensa*. IMSS. México.
- (1965). *Catálogo de Unidades Médicas en Servicio hasta Diciembre de 1965*. IMSS. México.
- (1971). *Catálogo de Unidades Médicas del Distrito Federal y Valle de México*. IMSS. México.
- (1982). *Catálogo de Unidades Médicas Directas en Servicio Clasificadas por tipo de unidad y niveles de atención*. IMSS. México.
- (1983). *1943-1983. 40 Años de historia*. IMSS. México.
- (1990). *Folletos por Delegación: Delegación 1 Noroeste del DF, Delegación 2 Noreste del DF, Delegación 3 Suroeste, Delegación 4 Sureste*. IMSS. México.
- (1993). "50 años del IMSS". *Revista Solidaria Abril-Mayo*. pp. 5-6.
- (2000). *Anuario estadístico del IMSS, 2000*. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.
- (2000). *Reglamento de organización interna del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Dirección Jurídica, Instituto Mexicano del Seguro Social. pp. 162.
- (2003). *Anuario estadístico del IMSS, 2003*. Instituto Mexicano del Seguro Social, México. D.F.
- (2005). *Glosario de términos en aspectos de información del área médica*. División de prestaciones medicas. División técnica de Información Estadística en salud. Área de normatividad y Diseño de Sistemas. pp. 60.

- (2006). *Anuario estadístico del IMSS, 2006*. Instituto Mexicano del Seguro Social, México. D.F.
- (2007). *Historia del IMSS*. <http://imss.gob.mx>
- (S/A). *Reglamento de organización interna del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Dirección Jurídica, IMSS.
- Iñiguez, L. (1998). *Geografía y Salud: temas y perspectivas en América Latina*. Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano. Universidad de la Habana. *Cad. Saude Pública*, Río de Janeiro 14 (4): pp. 701-711.
- Jennings, B. (2003). *Frameworks for ethics in public health*. *Acta Bioethica* 2003, año IX, No. 2.
- Joseph, A.E. y Bantock, P. R. (1982). *Measuring potential physical accessibility to general practitioners in rural areas: a method and case study*. Department of Geography. University of Guelph, Ontario, Canada. Pergamon Press Ltd, UK.
- Johnston, R.J.; Gregory, D. y Smith, D. (1987). *Diccionario de Geografía Humana*. Tomo II. Alianza Editorial, Madrid. 420 p.
- (1994). *Diccionario Akal de Geografía Humana*. Traducción Rosa Mecha López. Akal, Madrid. 592 p.
- Kroeger, A. y Luna, R. comp. (1987). *Atención de salud. Principios y métodos*. Organización Panamericana de la Salud. Coedición del Centro Latinoamericano del Instituto de Higiene Tropical en la Universidad de Heidelberg, Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional y Prax. 642 p.
- Laurell, A. C. y Ruiz, L. (1996). *¿Podemos garantizar el derecho a la salud?* UAM, Representación en México de la Fundación Friedrich Ebert. México 90 p.
- López, D. (2006). *La salud desigual en México*. Siglo XXI, México. 244 p.
- López, F. y Aguilar, A.G. (2004). *Niveles de cobertura y accesibilidad de la infraestructura de los servicios de salud en la periferia metropolitana de la Ciudad de México*. *Investigaciones Geográficas*, Boletín del Instituto de Geografía, UNAM, Núm. 54, México. pp. 185-209.
- Malloy, J. (1986). "Statecraft, política y crisis de la seguridad social. Una comparación de la América Latina y los Estados Unidos", en Carmelo Mesa-Lago, *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud. Experiencias y lecciones latinoamericanas*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 29-68.
- Marchionni, M. (1999). *La cobertura en salud en el Área Metropolitana. Un análisis empírico en base a modelos de elección binaria y multinomial*. Tesis de Maestría, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de La Plata. La Plata, Argentina. 60 p.
<http://www.depeco.econo.unlp.edu.ar/doctrab/doc12.pdf>

- Mesa-Lago, C. (1986). *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud. Experiencias y lecciones latinoamericanas*. Fondo de Cultura Económica, México, D.F. 443. Traducción de Eduardo L. Suárez. Título original *The crisis of social security and health care. Latin american experiences and lessons*. Center of latin american studies. University center for international studies. University of Pittsburgh,
- Mobley, L.R., Root, E., Anselin, L., Lozano-Gracia, N. y Koschinsky, J. (2006). *Spatial analysis of elderly access to primary care services*. Illinois, USA. International Journal of Health Geographics, **5**:19
<http://www.ij-healthgeographics.com/content/5/1/19>
- Moreno, M. E. y García, L. (S/A). *Sistema de Seguridad Social*.
<http://www.monografias.com/trabajos13/segsocdf/segsocdf.shtml>).
- Nájera, P. e Infante-Castañeda, C. (1990). *Cobertura potencial y cobertura real de servicios ambulatorios de salud en el Estado de México. El caso de tres comunidades marginadas en Atenco y Chalco*. Salud Pública, México. pp. 430-439.
- Nájera, P. (1996). *Cobertura regional, patrones de utilización y accesibilidad geográfica a los servicios de atención a la salud de primer nivel en el Estado de México*. Tesis de Maestría, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, México, D.F.
- Narro Robles, J. (1993). *La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI*. Fondo de Cultura Económica, México, D.F. 158 p.
- Olivera, A. (1993). *Geografía de la Salud*. Editorial Síntesis, Madrid. 160 p.
- Paganini, J.M. (1998). *La cobertura de la atención en salud en América Latina y el Caribe*. Revista Panamericana de Salud Pública Vol. 4 No. 5 Washington Nov. 1998 Pp. 305-310.
http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049891998001100003&script=sci_arttext&tlng=es (Descarga Agosto, 2007)
- Pritchard, P. (1985). *Manual de atención primaria de salud*. Ediciones Diaz de Santos S.A., Madrid. 238 p.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española*.
<http://www.rae.es/rae.html>
- Revilla, L. de la (1991). *Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud*. Doyma, España. 96 p.
- Red escolar ILCE (2005). *Efemérides del mes de Enero*.
<http://redescolar.ilce.edu.mx/redescolar/efemerides/enero/conme19.htm>

- Rodríguez Caballero, J. C. (2003). Capítulo VII “Las leyes de pobres *La economía laboral en el período clásico de la historia del pensamiento económico*. Valladolid, España Tesis doctoral de economía.
<http://www.eumed.net/tesis/jcrc/C-07.pdf>
- Salgado, M.J. (2005). *Accesibilidad y equipamientos sociales*. Sistemas de Información Geográfica y localización de equipamientos sociales Enero-febrero 2005. Universidad de Alcalá, Madrid.
<http://www.geogra.uah.es/usuarios/joaquin/ppt/Accesibilidad.pdf>
- SHCP y SECODAM (1998). *Guía para la definición de Indicadores*. Unidad Política Presupuestal de la SHCP; y las Unidades de Seguimiento y Evaluación de la Gestión Pública y de Desarrollo Administrativo de la SECODAM. México.
- Secretaría de Desarrollo Social (2006). Sistema Normativo de Equipamiento en Salud. SEDESOL. México
http://sedesol2006.sedesol.gob.mx/subsecretarias/desarrollourbano/sancho/manuales/manuales_equipamiento_urbano/Archivos/Estructura.pdf
- Secretaría de Planeación y Presupuesto (1985). *Antología de la planeación en México*. Fondo de Cultura Económica, México D.F.
- Smith, D. M. (1994). *Geography and social justice*. Oxford Blackwell, UK & Cambridge USA. 325 p.
- Starfield, B. (2001). *Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Masson, Madrid (Traducción de *Primary care*, Oxford University Press, NY, USA) pp. 140-145
- Trejo, G. y Jones, C. (coord.) (1993). *Contra la Pobreza. Por una estrategia de política social*. México: Cal y Arena, Centro de Investigación para el Desarrollo, A. C. <http://www.cidac.org/vnm/libroscidac/pobreza/Cap2.PDF>
- Uribe E.; Misael, U.; López, M. (2001). *Reflexiones acerca de la salud en México*. Fundación Clínica Médica Sur, Médica Panamericana. México, D.F. 400 p.
- Warman, A. (1994). *La política social en México, 1989-1994*. Fondo de Cultura Económica, México, D.F. pp. 153-222.