Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

Centro de Estudios en Administración Pública

El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal: el caso del Hospital Materno Infantil Tláhuac, 2001-2004

Tesis que para obtener el Título de Licenciado en

Ciencias Políticas y Administración Pública

(especialidad Administración Pública)

Presenta

David García Arteta

Director de Tesis:

Mtro. Miguel R. González Ibarra

2005

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Flora y Ascención por todo el amor que he recibido de su parte y por que nunca han dejado de apoyarme y de confiar en mi.

A mis hermanos: Arturo, Paty, Norma, Manuel, Bety, Elsa.

A mi esposa: Bety, se consolidó el sueño que siempre habíamos anhelado , en base al trabajo y esfuerzo de los dos, a pesar de tantos años de lucha juntos ; ¡lo logramos!

A mis hijos: Irving y Nayeli

A la Universidad Nacional Autónoma de México

A la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

Al Centro de Estudios en Administración Pública de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, y a todo el personal que en el labora día con día y a las autoridades que me dieron la oportunidad de realizar mi servicio social

A mis sinodales por sus valiosas aportaciones para la realización de l presente trabajo:

Mtro. Gabriel Campuzano Paniagua
Lic. María de Jesús Alejandro Quiroz
Mtro. Alejandro Jaidar Cerecedo
Mtro. Juan José Sánchez Rueda

Y un especial reconocimiento:

A mi maestro y amigo el Lic. Miguel Ángel Márquez Zarate
A mi maestro, amigo y asesor Mtro. Miguel R. González Ibarra

Gracias Miguel Ángel
Gracias Miguel Rodrigo

A la Dra. Assa Ebba Cristina Laurel ; Secretaría de Salud del Distrito Federal ;mi admiración y reconocimiento por su trayectoria académica y por la edición de la Revista Universo de

Salud, ya que es una valiosa aportación para todos los que estudiamos y estamos interesados sobre temas de salud en el Distrito Federal.

A las autoridades y personal del Hospital Materno Infantil Tláhuac y a la biblioteca de la Secretaría de Salud del Distrito Federal por su valiosa cooperación en la información documental para llevar a cabo la presente investigación.

El presente estudio esta dedicado en forma especial a todo el equipo de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal que se encargan diariamente, de la ardua tarea en los hospitales de otorgar servicios de salud a los ciudadanos que radican en el Distrito Federal.

A todos ellos mi más profundo respeto y agradecimiento por la invaluable tarea de orientarme y apoyarme en todo momento y que sin su apoyo y paciencia, no hubiera sido posible ,culminar mi carrera universitaria.

Gracias.

David García Arteta

ÍNDICE

Págs

INTRODUCCIÓN i-v

CAPÍTULO I

1. Estado, Política Social y Salud en México

1.1. Estado, Gobierno y Administración Pública 1
1.2. Administración Pública y Servicios de Salud 8
1.3. Consideraciones históricas sobre la Política Social 12
1.4. Aspectos sobre Seguridad Social 14
1.5. La política social en el Plan Nacional de Desarrollo 18

CAPÍTULO II

2. Antecedentes sobre los servicios de salud en el Distrito Federal

2.1. Consideraciones socio-demográficas y políticas de la capital del país 23
2.2. Historia de los servicios de salud en la Ciudad de México 1909-1996 30
2.2.1. Origen 32
2.2.2. Desarrollo 33

CAPÍTULO III

3. Política y gobierno en materia de salud en el D.F. , 1997-2000

3.1. Organización político-administrativa del ISSDF 47
3.2. Cambio político y diagnóstico de los servicios salud 52
3.3. Conformación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal 2000-2003 60
3.3.1. Estructura orgánica 61
3.3.2. Recursos físicos 63
3.3.3. Recursos humanos 65
3.3.4. Recursos financieros 67

3.3.5.Legislación en los servicios de salud 69
3.3.6. Políticas y acciones en materia de salud 2001-2006.....71

CAPÍTULO IV

4. La política de salud en el Distrito Federal y el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos 2001-2003

4.1. Fundamentación general del Programa.....74

4.2. Acceso de la población a los servicios de salud en la Ciudad 83

4.3. El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos 2001-2003.....85

4.3.1. Objetivos del Programa 85

4.3.2. Estructura orgánica 87

4.3.3. Normatividad y políticas de operación 88

4.3.4. Integración y áreas funcionales 92

CAPÍTULO V

5. Perfil socio-demográfico y los servicios de salud en la Delegación Tláhuac.

5.1 Consideraciones sociodemográficas de la Delegación Tláhuac 97

5.2. Características generales del Hospital Materno Infantil Tláhuac 100

5.2.1 Objetivos institucionales 101

5.2.2 Recursos físicos, materiales, financieros y humanos 102

5.2.3 Estructura orgánica y funcional 110

5.2.4. Mecánica de supervisión y evaluación de acciones al interior del HMIT 115

5.2.5 Participación ciudadana (Unidades Territoriales) 116

5.3. Avances del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, 2001-2004, en el HMIT..... 118

5.4 Consideraciones del Programa, a partir de un estudio de opinión realizado al público usuario.....124

Reflexiones finales 126

Bibliografía (Obras Escogidas)

Anexos y Apéndice

INTRODUCCIÓN

La salud pública es uno de los principales ejes de la política y el bienestar social, ya que es una forma de salvaguardar la existencia y garantizar una mejor calidad de vida de la población. En campo de las Ciencias Políticas y de la Administración Pública es un área de estudio fundamental para entender la acción del Estado en su relación con la sociedad. De aquí, se infiere que la intervención estatal en este rubro es de suma importancia para preservar el desarrollo social y lograr mantener el equilibrio de la oferta y la demanda de las fuerzas del mercado de servicios de salud públicos y privados.

En México las diversas crisis económicas sufridas en los últimos años han tenido como resultado el detrimento de las condiciones de vida y trabajo de la población del Distrito Federal, lo cual impacta en forma directa en la salud de la ciudadanía, ya que porcentajes muy altos padecen de las enfermedades causadas por la pobreza, contaminación y estrés generadas en la urbe.

Por tal motivo, los servicios de salud que presta el Gobierno del Distrito Federal por medio de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, se vuelven cada día más necesarios en la entidad. Por una parte se cuenta con un índice de 3.8 millones de habitantes que no es derechohabiente a ninguna institución de seguridad social, resultado de las altas tasas de desempleo que se registran a nivel nacional y en el mismo DF, que merman de manera importante el nivel de vida de la población.

Por otra parte, y si bien las condiciones de salud en la población son inherentes al nivel de vida llevado por la ciudadanía la cual padece principalmente enfermedades crónicas, lesiones y discapacidades, el aumento es mayor en la medida que se vinculan con accidentes, inseguridad pública y, sobre todo, la distribución inequitativa del ingreso entre los sectores más pobres de la población. En este sentido la situación de la salud pública en la ciudad de México y su acceso a los servicios de salud se ha polarizado entre los diferentes grupos sociales en cada delegación, colonia o asentamiento humano.

El problema de esta polarización se puede explicar de la siguiente forma: el primer polo se conforma por la población que padece los procesos crónico[1]-degenerativos [2] no transmisibles; el segundo polo que incluye a la población que sufre además de los problemas de salud anteriores, las enfermedades de transmisión[3], vinculadas con la pobreza, que se encuentran muy relacionadas con la baja educación, el desempleo y en la mayoría de los casos la carencia de acceso a servicios de salud de calidad. Un claro ejemplo de lo anterior se puede observar que en Delegaciones como en Milpa Alta e Iztapalapa, donde la población sufre menos padecimientos crónico-degenerativos; en comparación con las Delegaciones Cuauhtémoc o Gustavo A. Madero.

Otra situación negativa que se presenta en este contexto es distribución inequitativa de la infraestructura hospitalaria en el Distrito Federal, por la falta de construcción y modernización de la red hospitalaria de los servicios de salud, que no fue coherente con el crecimiento urbano y demográfico de la ciudad. De esta forma, ha existido un desfasamiento entre la oferta y demanda de servicios de salud en la ciudad, por lo cual el Gobierno del Distrito Federal ha tenido que instrumentar políticas y estrategias para resarcir la problemática social que en salud se presenta, al no contar con un acceso adecuado y equitativo, de la ciudadanía a los servicios de salud.

De esta manera, el *objeto de estudio general* de esta investigación se centra en conocer la política de gratuidad que brinda el acceso más equitativo a los servicios médicos y medicamentos, fundamentada en el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal e instrumentada por la Secretaría de Salud del Distrito Federal. De forma, más delimitada analizar la operación del *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos: el caso del Hospital Materno Infantil Tláhuac 2001-2004*.

---

[1] Crónico: que se prolonga mucho tiempo; aplicado a estados morbosos, designa una que muestra poco cambio o progreso muy lento por tiempo prolongado. Veáse en Bárbara F. Wéller, tr. Orizaba Samperio y Ocaña Castañeda Ana María, *Diccionario Enciclopédico de ciencias de la Salud*, Mc Graw Hill Interamericana, México, 1997, p.201.

[2] Degenerativo: Deterioro o cambio de una forma superior a otra inferior; en particular, los cambios en los tejidos hasta su conversión en una forma inferior o menos activa funcionalmente. *Íbidem*. p.212

[3] Enfermedades transmisibles. Enfermedad enla que el agente causal se transmite de una persona a otra en forma directa o indirecta (enfermedad contagiosa). Íbidem. p.276

Los *objetivos específicos* de la presente investigación son: **1**) Brindar una visión integral de los Servicios de Salud que otorga el Gobierno del Distrito Federal en la Ciudad de México, dando a conocer sus antecedentes y la situación actual en que se encuentran como prestadores de servicios; **2**) Dar a conocer el perfil sociodemográfico de la Delegación Tláhuac; mostrando cifras, estadísticas y un breve análisis de la situación que prevalece en esta demarcación; **3**) Analizar el Programa de Servicios Médicos y Medicamento Gratuito implementado en el Distrito Federal a partir de su integración a los servicios de salud, enfatizando el crecimiento de la población no asegurable en la Delegación Tláhuac; **4**) Destacar la operatividad y los avances del programa en el periodo de estudio indicado (2001-2004).

Las *preguntas de investigación* que dieron origen al trabajo son: ¿Qué importancia tienen los servicios de salud en el Distrito Federal, dadas las condiciones de vida que imperan en esta megalopolís? ¿Cómo el Gobierno del Distrito Federal actúa para beneficiar a la población no asegurable residente en el Distrito Federal? ¿ En qué consiste y como opera el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos en el Distrito Federal? ¿Cuáles han sido los avances del programa, específicamente en el Hospital Materno Infantil Tláhuac?

Para el desarrollo de la investigación se planteó como *hipótesis* que: **a)** Que el Estado tiene la responsabilidad de velar en todo momento por la salud de los individuos, sin anteponer intereses ajenos a ésta; **b)** que el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, es una acción del Gobierno del Distrito Federal, para remover el obstáculo económico al acceso a los servicios de salud, ejecutando de esta forma el ordenamiento jurídico estipulado en el artículo 4° constitucional, sin embargo no es la panacea a la carencia de seguridad social prevaleciente en la Delegación Tláhuac.

Cabe indicar, que en el Distrito Federal existe aproximadamente el 40% de personas de 8 millones que no cuentan con seguridad social y en la Delegación de Tláhuac un 70% de la población abierta que no posee con alguna forma de atención médica ya sea como derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o de alguna otra institución. Por otra parte, un problema esencial para la población abierta en la Ciudad de México ha sido el incremento en las cuotas de recuperación y la falta de medicamento en los servicios

de salud que presta el Gobierno del Distrito Federal, la población con menos recursos no han tenido acceso a un tratamiento adecuado en la red de centros de salud, y hospitales.

Por lo anterior, es de vital importancia conocer y analizar las acciones que el Gobierno del Distrito Federal instrumentó hacia el fomento de una política de gratuidad en los servicios de salud y medicamentos en la red de hospitales y centros de salud de atención a población abierta, aterrizando en el *Programa de Servicios Médicos y Medicamento Gratuito 2001*.

La ***metodología del trabajo*** se integró en dos fases: la recopilación de elementos teóricos disponibles sobre el Estado y el Gobierno, así como de la Política Social en México; en una segunda etapa, se utilizó el método histórico deductivo, a fin de reconstruir aspectos significativos de la génesis de los servicios de salud en la ciudad de México. Con esta base, se articuló una estrategia intensiva donde se revisó información institucional disponible para analizar la conformación del Programa de referencia y validar nuestras preguntas e hipótesis planteadas. Otros datos del trabajo empírico se recopilaron de trabajos de investigación y notas de trabajo localizadas en informes, revistas y periódicos en la materia, así como en la red electrónica. Asimismo, se diseño un cuestionario de opinión sobre aspectos relevantes de los servicios médicos llevados a cabo en el Hospital Materno Infantil Tláhuac.

De manera específica, la presentación del trabajo se encuentra organizada en cinco capítulos: en el ***Capítulo I***, se desarrolla el marco referencia teórico-conceptual donde se resalta la diferencia y los conceptos de Estado, Gobierno, Administración Pública, Política Social, Seguridad social y la política social desde el Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006 sus características, su función, así como la relación que guardan en materia de salud pública; el ***Capítulo II***, está dedicado a los antecedentes y referencias socio-demográficas de la Ciudad de México poniendo especial énfasis en el crecimiento demográfico y la conformación política del Distrito Federal; así como características de la población abierta que es atendida en los servicios de salud que presta el Gobierno del Distrito Federal; y los antecedentes de los servicios de salud en la Ciudad y su evolución político-administrativa de 1909 a 1996; el ***Capítulo III***, realiza un breve análisis del cambio político en el Distrito Federal, así como un

diagnóstico situacional de la institución que realizo el nuevo gobierno emanado de la elección de julio de 1997; también la conformación de los servicios de salud de la Ciudad para el año de 2000-2003; así como las políticas y acciones contenidas en el Programa de Gobierno del Distrito Federal 2000-2006; el ***Capítulo IV***, está enfocado al fundamento general del Programa de Servicios Médicos y Medicamento Gratuito; así como a la política en materia de salud, que prevalecieron en el año 2001-2003 en el Distrito Federal; finalmente, el ***Capítulo V***, se elabora el análisis sociodemográfico correspondiente a la Delegación Tláhuac, así como a las características y recursos con los que cuenta el Hospital Materno Infantil Tláhuac para el cumplimiento de sus objetivos; así como el avance, logros del Programa en el período 2001-2004; y los resultados del estudio de opinión, realizado al público usuario del hospital.

En la última sección se presentan las ***reflexiones finales*** del trabajo y se realizan una serie de consideraciones a tomar en cuenta en futuros trabajos del tema. También se detalla la bibliografía consultada y los anexos derivados del trabajo de campo que, en su conjunto, permiten entender mejor el desarrollo de la investigación. Es necesario señalar que existe una escasa producción de trabajos de investigación sobre el tema, así dificultades de diverso orden para lograr acceder a fuentes de información vigentes y confiables. No obstante, este trabajo pretende contribuir, aunque con limitaciones, al conocimiento de la política social en materia de salud en la ciudad de México en la demarcación política de Tláhuac.

CAPITULO I

1. Estado, Política Social y Salud en México

1.1 Estado, Gobierno y Administración Pública

El propósito de este capítulo es especificar algunos conceptos y referencias teóricas para el desarrollo de la investigación. No se pretende realizar una exploración exhaustiva de diversos temas, sino recuperar elementos básicos que permitan ubicar y enmarcar nuestro objeto de estudio central. Para ello, proponemos iniciar la secuencia siguiente: Estado, Gobierno y Administración Pública; Administración Pública y Servicios de Salud. Aspectos sobre la política social; la salud en el Plan Nacional de Desarrollo en México; salud y Seguridad Social en México.

Para Federico Engels el Estado presupone "un poder público particular, separado del conjunto de los respectivos ciudadanos que lo componen".[1]

Carlos Marx, lo concibe como "producto de las fuerzas sociales mismas; desde su origen el Estado es el órgano de dominación de una clase determinada" un aparato de dominación de una clase sobre otra; habla de sociedades modernas, en las cuales un sector organizado de la comunidad dirige, como instrumento de dominación utiliza los bienes del pueblo. [2]

Nicos Poulantzas lo define como un órgano que busca conciliar el conflicto entre las clases para mantener unida y equilibrada a la sociedad. "No representa directamente los intereses económicos de las clases dominantes, sino sus intereses políticos: es el centro del poder político de las clases dominantes, al ser el factor de organización de lucha política". [3]

El concepto de Estado moderno se va conformando con el pensamiento renacentista del siglo XVI basado en una concepción humanista, posteriormente, en el siglo XVIII con la ideología

---

[1] Engels Federico, *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*, Edit. Progreso, Moscú, 1981. p.94

[2] Reyes Heroles Jesús, *Tendencias Actuales del Estado*, Edit. Porrúa, México.1988. p. 48

[3] Poulantzas Nicos, *El poder político y las clases sociales en el Estado capitalista*, Siglo XXI, México 1988 p. 56

liberal y los preceptos de igualdad y libertad se genera un marco constitucional que regula la convivencia de la sociedad que lo integra.

Así, Max Weber define al Estado moderno como "unidad de dominación, de índole institucional, cuyos fines, con éxito en los resultados ha sido monopolizar como medio de dominación, la legítima violencia física dentro de su territorio apoyada en una base legal, que de por cierta validez de preceptos legales en razón de su competencia objetiva fundamentada en las normas establecidas conforme a la razón, mejor dicho en la orientación hacia el acatamiento de las obligaciones instituidas conforme a derecho" .[4] De acuerdo a esta caracterización el Estado se sirve del gobierno, la administración y las leyes para lograr mantener su existencia, destacando al marco jurídico emanado de la razón y que legitima el uso de la violencia como dominación.

Weber nos señala que "el desarrollo del Estado moderno inicia a partir de la apropiación de bienes que se pueden aprovechar para fines políticos por lo que se ejerce su atribución de separación del cuadro administrativo, esto es, empleados u obreros de la administración y medios materiales y económicos de la misma "reuniéndolos a disposición de su dirigente, expropiando a todos los funcionarios, que por derecho propio disponían de ellos y substituyéndoles con sus propias superioridades jerárquicas ". [5]

Entre algunas de las atribuciones del Estado moderno está la de gobernar la esfera de la vida política con el fin de crear la convivencia armónica del individuo en sociedad, regulada por un marco jurídico, a través de principios de equidad y justicia. Por tanto, en la sociedad moderna, al igual que en otras épocas los problemas sociopolíticos son parte integrante de las relaciones del hombre en la comunidad, marcando con ello las formas que debe cumplir el Estado en cuanto a su búsqueda del bien común basado en el desarrollo de capacidades, que a base del consentimiento de la sociedad moderna, que permite la gobernabilidad.

---

[4] Weber Max, *El político y el científico* , Edit. Premia, México, 1985 p.9-12
[5] *ibíd.* p. 12

Por su parte, Gabino Fraga define la actividad del Estado como: "el conjunto de actos materiales y jurídicos, operaciones y tareas que realiza en virtud de las atribuciones que la legislación positiva le otorga.

Esas atribuciones son:

1. De mando, de policía o de coerción, e incluyen la salud y el orden público;
2. Regulación de las actividades económicas;
3. La de crear los servicios públicos necesarios; y,
4. Para intervenir en la vida económica, cultural y asistencial del país". [9]

La función administrativa la realiza el Estado por medio del poder ejecutivo, siempre para alcanzar los fines sociales bajo un orden jurídico.

Así la conceptualización del Estado se puede decir que la administración y el gobierno se reúnen, la primera para efectuar la ejecución de las leyes y el segundo para vigilar y censurar esta ejecución",[10] ambos son parte fundamental de este poder, ya que son los medios con los cuales se realiza la búsqueda de un mayor bienestar de la sociedad, y por ende la permanencia del Estado.

Una de las más importantes contribuciones en cuanto a gobierno se refiere es la que se realiza Montesquieu al proponer la división del gobierno en tres poderes: el Ejecutivo, el Legislativo y el Judicial. En su obra clásica *El espíritu de las Leyes* "trata de explicar la relación entre príncipe súbditos a través de las costumbres, características físicas y sociales de cada país, pues existe una diferencia entre cada una de las regiones que lo componen."[11]

Por su parte, Rousseau en su obra "El Contrato Social" nos dice que "la desigualdad es inevitable entre los hombres por lo cual es necesario desarrollar un Contrato Social entre los hombres para evitar la teoría del más fuerte, ya que la fuerza excluye al derecho. Un gobierno

---

[9] Fraga Gabino, *Derecho Administrativo*, Edit. Porrúa, México, 1977. p. 44
[10] Bonnin J.C, "Principios de Administración Pública", *Revista de Administración Pública*, núm 36, edit. INAP, p.98
[11] Montesquieu, *El espíritu de las Leyes*, Edit, Porrúa, México, 1980. pp. 21-36

legítimo es el resultado de un acuerdo social y propone tres poderes: el legislativo, el ejecutivo y el judicial [12]

Con base en los elementos antes mencionados se puede definir al Estado como un órgano conformado por diferentes elementos: territorio, población y poder público, donde existe dirección de organización política de grupo o clase, fundamentada en un marco legal, en el consenso y en la legitimidad de las acciones que lleva a cabo, con el objetivo de alcanzar el bien común de la sociedad. Estas acciones se deben realizar a través de un trabajo eficiente, tanto de gobierno como de administración.

Por lo tanto se considera que los hechos históricos relacionados con la Administración Pública se considera que una definición de la misma es sumamente compleja. Sin embargo, es necesario intentarla por que nos lleva a un análisis de sus elementos y a sus interacciones, además nos ayuda a comprender su impacto en el campo de la salud.

Entre las definiciones más comunes se encuentra la de Dwight Waldo quien dice que es "la organización y administración de los seres humanos y materiales para lograr los propósitos del gobierno" o "el arte y la ciencia de la administración aplicada a los asuntos de Estado". [13]
Galván Escobedo dice que es "la ley en acción; la parte ejecutiva y que conjuntamente significan servir, lleva implícito que es una actividad cooperativa para ese propósito" .[14]

Muñoz Amato dice que "es un movimiento en acción y de reforma con el propósito de perseguir implacablemente la corrupción y la ineficiencia".[15]

Para Felix y Lloyd Nigro, la Administración Pública es "...un esfuerzo cooperativo para dar servicios en las ramas ejecutiva, legislativa y judicial, así como en sus interrelaciones".[16] Dado que

---

[12] Rousseau Juan Jacobo, *El Contrato Social*, Edit, Porrúa, México, 1977. p.p. 17-28
[13] Dwigth Waldo, *Diccionario de Ciencia Política y Administración Pública*, Edit. Siglo XXI, México,1988 p.35
[14] *ibíd.* p.48
[15] *ibíd.* p. 71

tiene un papel importante en la formulación de la política pública, se le considera como parte del proceso político. También menciona que aún cuando sea diferente de la administración privada, se asocia con ella para proveer los servicios que la comunidad requiere.

George J. Gordon dice que la Administración Pública comprende "procesos, organizaciones e individuos que actúan en forma oficial para aplicar leyes y otras disposiciones establecidas por el poder legislativo, el ejecutivo o el judicial". [17]

Leonard White escribió en 1950 que la Administración Pública consiste en ".Todas aquellas cosas que tienen como propósito satisfacer y hacer cumplir la política pública "La Administración Pública es el resultado de leyes, prácticas, relaciones, códigos y costumbres que prevalecen en un tiempo y lugar determinado". [18]

Michael Harmon define a la Administración Pública como "una categoría de la práctica social que tiene un campo académico y un estudio consciente de la práctica".[19] Es importante enfatizar su interés por la práctica social a cargo de instituciones responsables que buscan un propósito público o bien que son responsables de la voluntad del Estado.

Las definiciones anteriores, tienen algunos elementos comunes: la formulación y aplicación de la política pública que ha sido especificada por el poder legislativo o por el ejecutivo. En todas ellas queda implícito que la Administración Pública es diferente a la privada.

Para la Administración Pública, son de vital importancia las relaciones y medios de conservación de los individuos en comunidad, así como, la forma de ejecutar las leyes que regulan ante una sociedad multifácetica, lo que implica una visión y destreza en su acción, ya que es

---

[16] *ibíd.* p. 63
[17] *ibíd.* p.53
[18] *ibíd.* p. 95
[19] Dwight Waldo, *Op. Cit.* p. 57

"ciencia para poner en claro la teoría de las relaciones sociales y arte cuando tiene por objeto la práctica de esta teoría para la aplicación de las leyes".[20]

En este sentido la salud pública debe estar a cargo de la Administración Pública, por que es una función y un ejercicio gubernamental que se lleva acabo por medio de las instituciones en el ramo, con el fin preservar y prevenir el buen estado físico y mental de los ciudadanos, así como de cuidar y mejorar las condiciones referentes, a su entorno social y del medio ambiente en que se desarrolla.

Lo anterior nos conllevara a tener una mayor esperanza y calidad de vida de los individuos dando así mejores condiciones al capital humano; el cual es el eje promotor de la productividad en toda nación.

Al ejecutar las leyes, provee al individuo de plena seguridad para preservar su libertad, sin traspasar los límites de sus derechos, ya que es del interés público e individual hacerlos valer; solo cuando tiene una conciencia clara y una aplicación eficiente, la administración logra el beneficio social buscado por el Estado moderno.

Asimismo resulta importante para la presente investigación, conceptualizar a la salud. De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud, "la salud, es un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental". [21]

Alejandra Jablonska nos dice que la salud hay que entenderla como "resultante del éxito del organismo para adaptarse física mental y socialmente a las condiciones del ambiente humano total, adaptación que presupone un Estado de equilibrio, de armonía entre el organismo y el ambiente. Un enfoque ecológico o epidemiológico constituye, un avance respecto de la concepción biologicista

---

[20] Bonin J.C, "Principios de Administración", Revista *Administración Pública*, Instituto Nacional de Administración Pública, núm.36, México,1990. p. 92

[21] Jablonska Alejandra, "La política de salud de la OMS : propuesta para los países en vías de desarrollo". Revista *Sociedad y Política ,* núm. 58 México, p. 92

de la salud orientada a la curación y al restablecimiento de las capacidades productivas del individuo".[22]

La noción de la causalidad de la epidemiología, tiene serias limitaciones, puesto que se abstiene de indagar las causas profundas de los fenómenos relacionados con la salud y enfermedad, constatando sólo irregularidades empíricas con las que se presentan ciertos factores en relación con un tipo determinado de enfermedad. Cabe señalar que la salud no puede ser concebida en forma estática, ya que forma parte de procesos sociales más amplios, que cambian constantemente y determinan sus variaciones.

Por otro lado y para efectos de la presente investigación definimos como política, al conjunto de medidas y acciones que se llevan a cabo con el objeto de enfrentar y resolver un problema que se presenta en la vida pública.

Todas las políticas implican una serie de decisiones y opciones. Benefician más a ciertos grupos que a otros y por lo general tratan de obtener resultados que favorezcan a la sociedad haciendo un buen uso de los recursos.

Las políticas en salud pueden considerarse en una definición muy general, como procesos a partir de los cuales la autoridad política establece objetivos generales, que pretenden alcanzar metas en materia de salud, así como los medios que va a utilizar para conseguir sus objetivos.

En este sentido las políticas de salud "tratan de conducir al sistema de servicios de salud de modo eficaz y eficiente, es decir, en forma planificada, desde un estado, configuración y funcionamiento dados, hasta otro estado de configuración y funcionamiento por alcanzar." [23]

---

[22] *Ibíd.* p. 107

[23] Reunión Nacional Sobre Mortalidad y Políticas de Salud, *Políticas de Salud en México*, Consejo Nacional de Población, México, 1984, p.106

Las políticas y los servicios de salud pueden ser nacionales, gubernamentales, privadas, o mixtas; explícitas o implícitas.[24] Pueden instrumentarse y operar con el apoyo de diversos sectores como el económico, el social, el cultural, el político o el militar.

El concepto de Salud Pública y Servicio de Salud, en relación al primero, el profesor Winslow en 1920 expone la siguiente definición "es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y mental (eficiencia a través de el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades transmisibles, la educación del individuo en principios de higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería, el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de la enfermedad, así como el desarrollo de una maquinaria social que asegure a cada individuo en la comunidad un standard de vida adecuada para la conservación de la salud)".[25]

Finalmente, un servicio de salud expresado en términos gubernamentales, es un servicio público. Para lo cual debe considerarse la creación de una infraestructura social que promueva el buen estado de salud del total de habitantes de una comunidad, a partir del concepto de salud pública incluyendo: dotación de agua potable, caminos, energía eléctrica, educación y salarios adecuados y aquello que sea de utilidad para elevar el nivel de vida de la sociedad en general.

1.2 Administración Pública y Servicios de Salud

La administración de las instituciones de salud, requieren un conjunto de conocimientos, habilidades y técnicas que a manera de un proceso armónico, proporcione la preparación suficiente al directivo que la permita llevar a cabo una secuencia de acciones para alcanzar objetivos determinados en la solución de problemas prioritarios.

---

[24] Soberón, Guillermo, et. al., *Derecho constitucional a la Protección de la Salud*, Edit., Porrua, México, 1983. p. 60

[25] Hanlon J. Jhon, *Principios de Administración Sanitaria*, Edit. Progreso, México, 1989. p.123

Si bien es cierto, se considera que la aptitud para administrar, como una cualidad vital para toda institución, es necesario situarla desde un principio dentro de un marco de referencia que circunscriba de manera simplista la tarea del directivo-administrador.

La administración conformada con principios y leyes que le son propios, busca sus métodos, procedimientos y técnicas para aplicar la teoría a la práctica social cotidiana. La función del administrador es la de maximizar beneficios y minimizar costos, el elemento primordial de la organización lo constituye el recurso humano, y es a través de él que se lograrán los objetivos propuestos.

El funcionario tiene que hacer juicios de valor relacionados con eficiencia y equidad, buscando los mecanismos para cambiar estructuras y políticas que obstaculicen la equidad y la mejoría de la calidad de la vida. Dichos mecanismos pudieran ser precisamente la implementación y reestructuración de programas de bienestar social.

Al referirse a estos principios, Hernán San Martín nos señala los siguientes:

1. Las relaciones "individuo-ambiente" e "individuo-familia", son el punto de partida de toda actividad en el campo de la salud.
2. La familia, entendida como grupo de convivientes, y no sólo como entidad jurídica, es la unidad epidemiológica, social y administrativa de trabajo.
3. La familia forma parte de una unidad mayor: la comunidad.
4. Los problemas de salud de una comunidad son similares para las poblaciones que viven bajo condiciones ambientales semejantes. La consecuencia de este hecho es la integración de los esfuerzos y recursos a fin de usarlos con el máximo de eficiencia en forma colectiva.
5. Sin embargo, los problemas de salud pueden ser muy diferentes de una comunidad a otra. Esto exige que los planes sean específicos y locales.

6. Debido a la limitación de los recursos o más bien el exceso de problemas de salud y de morbilidad es inevitable jerarquizar los problemas existentes atendiendo a su importancia clínica y social y a la posibilidad de abordarlos con utilidad. El criterio de prioridades puede variar y no necesariamente tiene que basarse en el costo de las acciones, sino también en la eficacia.
7. Todas las acciones de salud deben tener una intención educativa para poder obtener resultados óptimos.
8. Los programas de salud deben fundamentarse en la ecología y epidemiología de los estados de salud y enfermedad.
9. La medición de los resultados y la evaluación permanente del rendimiento son imprescindibles para saber si está administrando bien o mal el programa.
10. La participación activa de la comunidad en el proceso de la salud es absolutamente necesaria." [26]

Sin embargo, la administración en salud pública no es sólo la aplicación de estos principios, métodos y técnicas; el proceso administrativo involucra muchos otros aspectos humanos, culturales y sociales que condicionan la salud de la colectividad. Administrar no sólo es una disciplina de bases científicas sino también un arte y un problema de personalidad (capacidad de dirección) y de relaciones humanas.

Para Milton Terris "la administración en salud pública es el proceso permanente de establecer y realizar objetivos de salud mediante actividades realizadas por un conjunto de personas preparadas para ello y la aplicación de recursos materiales disponibles en beneficio de la salud colectiva" [27]

---

[26] San Martín Hernán, *Administración en Salud Pública (teoría, práctica e investigaciones científicas)*, Edit La Prensa Médica Mexicana, México, 1991. p. 263
[27] Terris Milton, *La Revolución epidemiológica y la medicina social*, México, 1987.p. 127

La administración incluye la planificación, las estructuras, la organización, la dotación del personal y el equipamiento, la dirección, la gestión, el presupuesto, la coordinación, la evaluación.

Para este autor, la esencia de la gestión "es la coordinación y supervisión de las funciones y a la dirección de las operaciones para el logro de los objetivos establecidos" [28], como parte del proceso administrativo.

Existen diversos enfoques entre el concepto de administración y gestión. Para Hernán San Martín, la "primera es la entidad responsable de la determinación del plan y de los objetivos que la organización debe alcanzar; le tocaría establecer la política general, para la acción y controlar la eficacia del sistema; la segunda; será la entidad que aplica la política de salud a través del plan de salud formulado y la que supervisa la cantidad, calidad y eficacia de las actividades". [29]

En resumen la administración y la gestión en el campo de la salud, tiene que ver con todos los componentes de un plan de salud.

Estos componentes son:

1) La situación sanitaria de base: Es el punto de partida del plan total y de los programas de salud necesarios, al mismo tiempo sirve de punto de comparación para valorar las modificaciones que se producirán con la aplicación de los programas.
2) La planificación: Es un procedimiento operacional para determinar racionalmente los recursos necesarios para lograr determinados objetivos, en plazos también determinados (planificación a largo plazo, a mediano y a corto plazo), a través de actividades definidas, adecuadas y evaluadas.

"La planificación sanitaria: es el proceso racional de identificación de los riesgos y problemas de salud de la colectividad, del inventario detallado de las necesidades de salud insatisfechas y de los recursos para satisfacerlas, de la determinación de objetivos prioritarios y de la provisión de una actividad administrativa

[28] *Ibíd*, p. 143.
[29] San Martín Hernán, *Op. Cit*., p. 265

eficaz que permita alcanzar los objetivos planteados. Es el recurso administrativo más importante en la racionalización de las actividades." [30]

3. Un programa de salud: "Está compuesto por una serie coherente de actividades que se orientan hacia uno o varios objetivos determinados relativos al problema de salud que condujo al programa. La formulación del programa debe incluir no sólo actividades sino también los objetivos precisos cuantificables, el personal necesario, recursos financieros, equipamiento e instalaciones, técnicas de trabajo, normas y procedimientos, el calendario de desarrollo del programa, los proyectos involucrados en el mismo, los procedimientos de evaluación que se utilizarán.

El Plan Nacional (o regional o local) de salud es la ordenación dinámica del conjunto de programas que deben realizarse en función de una política de salud integrada en el proceso del desarrollo social.

El Plan debe ser formulado para un cierto periodo que permita continuidad en la acción y medición de los resultados.

El programa de salud debe entenderse como "el conjunto de actividades técnicas que deben efectuarse dentro de plazos determinados para cumplir las metas propuestas en el plan general. El programa tiene su origen en la realidad de los problemas locales de salud".[31]

1.3 Consideraciones históricas sobre la Política Social

En las últimas décadas del siglo XIX en Europa, se crean las políticas sociales, esto con el fin de moralizar la injusticia social derivada de la economía liberal producto de la Revolución Industrial.

En este sentido la política social "anglosajona" se preocupó básicamente por las personas con pobreza extrema tales como: ancianos, vagabundos, enfermos etc. En cambio la política social "latina" se enfocó por las condiciones de la clase trabajadora, teniendo una mayor identificación

[30] *Ibíd*, p. 267
[31] *Ibíd.*, p. 269

con la política laboral por ejemplo: "prohibición del trabajo a menores de edad, reducción de la jornada laboral, salarios más justos, seguridad en el trabajo" etc. Al paso del tiempo las políticas sociales han sufrido transformaciones considerando una mayor cobertura, no sólo al tejido social carente de recursos, sino a la mayoría de individuos que conforman una sociedad.

La política social, se define como una "forma de intervención del Estado en la sociedad civil. En sentido más estricto, es el programa de acción del Estado en materia social, dirigido a realizar algún tipo de cambio en las estructuras sociales de una sociedad."[32]

Las políticas sociales son parte medular del Estado de bienestar, relacionadas con la provisión de servicios sociales, su representación institucional, expresada en una amplía gama de programas sociales como: políticas de salud, vivienda, educación etc. Buscando el bienestar y la elevación de las condiciones materiales de vida de la población.

Al respecto la familia ha sido la razón principal de la asistencia y provisión de servicios a lo largo del devenir histórico de la humanidad. Existiendo siempre la incertidumbre sobre la entidad que debía de estar a cargo en un nivel suprafamiliar: el Estado, la Iglesia o la administración local.

La caridad y la beneficencia pública fueron practicadas fundamentalmente en la sociedad medieval, donde existía una red de gobierno local más organizada y compleja que en el Imperio romano, más centralizado. En el surgimiento de los Estados (desde pequeños principados a amplias jurisdicciones) ya había una visión del auge del Estado de bienestar de la era moderna.

Durante el antiguo régimen en Europa la iglesia se hacia cargo de la asistencia social y de la provisión de servicios sociales a la comunidad. Para el siglo XIX el nacimiento de conceptos como clase social y sociedad; la centralización de la administración del Estado; asimismo las nuevas experiencias del mutualismo patronal y obrero terminarían en reformas fundamentales (como la Bismarck en la Alemania de 1881 o, a principios del siglo XX, la de Lloyd George y Clement

[32] *Microsoft* 1998, Seguridad social, véase en Enciclopedia Encarta 2000.

Richard Attle en Gran Bretaña) surgiendo el génesis de la seguridad social y consecuentemente el moderno Estado de bienestar.

En la actualidad el grado de desarrollo de los servicios sociales y el nivel de colaboración entre la administración central (Federal) y local (Estatal) como ayuntamientos comunidades, etc. Como entre organismos de voluntariado, es variable según el país de que se trate, sus tendencias principales es avanzar hacia su descentralización y regionalización, así como la cooperación entre los sectores público y privado, hacia la aplicación de acciones preventivas que asistencial, promoviendo el desarrollo del apoyo mutuo al interior de las comunidades para lograr una mayor efectividad.

Aunque existe una gran controversia con respecto a la inversión en los servicios sociales, muchos gobiernos están interesados en reducir sus gastos sociales para que la comunidad libere al Estado de gran parte de las cargas de asistencia social.

Está comprobado que la inversión en bienestar social esta íntimamente ligada al crecimiento económico, por lo cual el gasto social más que constituir una crisis económica, forma parte de su solución.

1.4 Aspectos sobre la Seguridad Social

En el presente apartado realizaremos una breve referencia al rubro de seguridad social que como se advirtió en el inciso anterior, la seguridad social es parte de una vertiente de la política social.

La seguridad social, se entiende como"el bienestar del individuo y de su familia manteniendo al mismo tiempo un ingreso continuo y dejando la mayor libertad y responsabilidad posibles al individuo y su familia, de tal manera que les permita utilizar en la mejor forma sus posibilidades de trabajo y de existencia."[33]

[33] Netter F. *La Seguridad Social y sus Principios*, Edit., Colección Salud y Seguridad Social Serie Manuales Básicos y Estudios, México, 1982, p.12

La cobertura en materia de seguridad social esta subordinada a las posibilidades de producción de la economía de una nación, se encuentra en función del grado de empleo de la mano de obra disponible. La seguridad social no es una sustitución del empleo, sino un complemento, en el modelo latinoamericano de seguridad social.

En el contexto internacional, la seguridad social esta contemplada el "convenio No 102 relacionado a las normas mínimas de seguridad social establecida por la Oficina Internacional del Trabajo reconoce 9 ramas: 1) *atención médica* ; 2) indemnizaciones por enfermedad; 3) prestaciones por desempleo; 4) prestaciones de vejez; 5) prestaciones por accidentes de trabajo y enfermedad profesional; 6) prestaciones familiares; 7) prestaciones de maternidad; 8)prestaciones de invalidez; 9)prestaciones de sobrevivientes." [34]

De esta forma la seguridad social, es objeto de un conglomerado de disposiciones legislativas o reglamentarias que definen los derechos de las personas amparadas y las obligaciones de las mismas, de las empresas y colectividades, que son partícipes del funcionamiento y financiamiento de las instituciones.

Por otro lado, existen dos teorías relacionadas al tema que vale la pena señalar, la primera manifiesta que "el hombre esta obligado a cuidar de su existencia con su propio esfuerzo, y en primer lugar, a él, le corresponde procurarse una existencia segura. Los poderes públicos tienen solamente el papel de ayudar al individuo en este esfuerzo, creando las condiciones que le permitan realizarlo. En una segunda teoría la seguridad social es una necesidad colectiva cuya satisfacción incumbe al Estado, mediante la organización de servicios públicos adecuados" [35]

De acuerdo a las teorías anteriormente señaladas, se encuentra en la primera teoría una similitud ó identificación con el futuro de la seguridad social en los países en vías de desarrollo. La segunda teoría muestra un sistema de seguridad social todavía prevaleciente en estos países no

[34] *ibíd*.p.13
[35] Netter F. *Op.Cit*. p.15

desarrollados, pero con un creciente déficit financiero para cumplir con su cometido en forma eficiente.

En otro orden de ideas, la seguridad social desempeña un papel importante en el desarrollo de las naciones, ya que garantiza una distribución equitativa de la riqueza, disminuyendo así las desigualdades económicas entre las clases sociales que conforman una población.

Un principio fundamental de la seguridad social es la *universalidad*, es decir contar con una cobertura para todos los sectores de la sociedad, evitando así la estratificación social dividiéndolos en ciudadanos de primera y de segunda categoría, por no contar con tal cobertura que sólo adquieren mediante un contrato formal de empleo; siendo la segunda categoría los receptores de la dadiva estatal o caridad privada.

En este sentido, la situación de desigualdad creada por los sistemas de seguridad social y por otro, la parte de la asistencia pública que cuenta con mucho menos recursos que el sistema de seguridad social. El contexto anterior, llega a cuestionar el sistema de seguridad social de cualquier nación, en estas condiciones; por ser de alguna manera excluyentes de varios sectores de la población.

Así, la cobertura y protección de los riesgos sociales, se encuentra en un dilema; a, seguir sobre la misma línea de conservar el doble esquema, de seguridad social y de asistencia pública, lo cual se traduce en la mayoría de ocasiones en el desamparo de amplios sectores de la sociedad; o atomizar el doble esquema y sustituirlo por un sistema de mínima protección y de amplia cobertura para el total de la población, independiente de la contribución que aporte; consolidando así el derecho ciudadano a dicha protección.

Al respecto, "existe una fuerte vínculo entre la cobertura de la seguridad social y el mercado formal de trabajo en el sentido de la incapacidad de la primera (en las presentes formas de organización) de trascender de la dimensión del segundo. Por lo tanto la universalización de la

seguridad social sobre las bases contributivas existentes sólo se tornan viable dentro del marco de universalización de las relaciones de trabajo formales o, visto desde otra perspectiva, de la erradicación del desempleo y el subempleo" [36]

La seguridad social en México, representa una protección para los sectores pobres de la población incluidos muchos trabajadores mexicanos (con permanente insatisfacción, deficiente alimentación, vivienda antihigiénica e insalubre, entre otras) que los hace potencialmente susceptibles de contraer enfermedades tanto físicas como psicológicas, mismas que cuando se presentan desequilibrios en la economía familiar, que sería difícil solventar sin la existencia de la seguridad social. Aunado a esto, una gran parte de la población percibe salarios que no le permiten preverse de recursos para poder afrontar estas situaciones de riesgos y amenazas que los rodean, resultado de esto un sector considerable de la población tenga una deficiente educación previsora, la seguridad social anticipándose a esta situación y sustentándose en la solidaridad de los individuos constituye un medio que apoya a los trabajadores a enfrentar las adversidades en su vida diaria.

Además, la seguridad social da protección al capital humano que es uno de los recursos esenciales con que cada país, mismo que en las políticas de seguridad social encuentra una respuesta en forma directa a una de las necesidades de la mayoría, la salud, y en tanto que la deficiente salud afecta entre otras cosas la productividad en el trabajo y los costos de producción ya que al estar un trabajador incapacitado para laborar, se detiene el trabajo que venía desarrollando por lo cual se dejan de generar las ganancias y lo beneficios.

De esta manera, se puede focalizar a la seguridad social como una herramienta promotora de bienestar y desarrollo humano, que tiene por objetivo el fomento a la salud, la prevención de enfermedades, accidentes y en general incrementar los niveles de bienestar de la población,

[36] Mesa-Lago Carmelo, *La crisis de la seguridad social y la atención a la salud,* Edit., FCE , México 1985. p. 40

objetivo con el cual contribuye el gobierno, ya que conforma una palanca para promover el bienestar de la población.

1.5 La política social en el Plan Nacional de Desarrollo

En un país como México, la política social en materia de salud se encuentra inscrita a partir de 1983 en el artículo 4° de nuestra Constitución Política que a la letra dice :

Art. 4° " Toda persona tiene derecho a la protección de la salud La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del articulo 73 de está Constitución." [37]

Asimismo en el artículo 26 constitucional que da, el sustento jurídico al Plan Nacional de Desarrollo a través de el cual se expresa la política social; para el sexenio presidencial 2000-2006, se regirá bajo los siguientes lineamientos:

- *Niveles de Bienestar* : "está orientado a evitar que grupos de la población mexicana cuyas condiciones de vida, oportunidades de superación personal y de participación social, se encuentren por debajo de los umbrales"
- *Equidad en los Programas y la igualdad de oportunidades*: Con el propósito de resarcir las desigualdades que más perjudican a la población; "los recursos públicos estarán orientados ha estimular e impulsar la superación de vida de los grupos y personas vulnerables, los indígenas, los niños y ancianos, los discapacitados y tomando en cuenta las necesidades de otros sectores amplios como las mujeres y los jóvenes sin perder de vista los programas de cobertura general que deberán ser atendidos." [38]

En este sentido el gobierno tomará como indicadores de resultados, información sobre las oportunidades como el acceso a la salud, educación, al trabajo etc.

---

[37] *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Edit. Porrúa, México, 2003,p.9
[38] Consulta en Internet. *Plan Nacional de Desarrollo,* 2000-2006,p.3

- *Capacidad e Iniciativa*: propone el fomento de una actitud emprendedora e independiente de los ciudadanos, proporcionando una educación de vanguardia, " para lo cual se promoverá y crearán proyectos que mejoren la preparación, escolaridad y los conocimientos de la población, correspondiente al desarrollo de sus habilidades y destrezas" [39]
- *Cohesión Social*: propone acciones y programas orientados al incremento de la solidaridad de todos los mexicanos entre sí y con el bien común, acrecentar el compromiso con la nación, mediante el fomento y la elaboración de políticas y proyectos incluyentes que descansen en la mayor participación de los grupos que conforman la sociedad; a disminuir la presencia del Estado en los aspectos en los que las organizaciones no gubernamentales pueden tener una contribución efectiva; a propiciar la integración social de sujetos agrupados en asociaciones.
- *Desarrollo en armonía con la naturaleza*: se basará en crear una conciencia de la identidad entre bienestar y medio ambiente, fomentando una cultura de evaluación derivado de prácticas productivas y programas sociales orientados a formar un criterio que el deterioro de la naturaleza es inaceptable, asimismo promover un mayor conocimiento de ciertas prácticas sociales y productivas que perjudican al medio ambiente.
- *Confianza en la Capacidad del Gobierno y en las Instituciones de país*: Su objetivo esencial, es "diseñar estrategias de respuesta eficaz ante situaciones previstas de orden natural y social, ampliar la capacidad de respuesta del crear condiciones institucionales que permitan anticipar riesgos y establecer esquemas de coordinación de las organizaciones sociales" [40] fortaleciendo así el compromiso con los programas sociales.

---

[39] *Ibíd*. p.5
[40] *Ibíd*. p.7

El objetivo de la política social descrita anteriormente es la emancipación individual y colectiva de los mexicanos siendo el eje integrador de la para el desarrollo social y humano del Plan de gobierno, promoviendo la capacidad, fuerza y voluntad de la población en general basándose en sí mismos, que al lograrlo, abata cualquier forma de sumisión o vasallaje; "una política que al sentar las bases para la autosuficiencia individual y global, produzca confianza y seguridad en la nación y en los nacionales, eliminando tutelajes, paternalismos y dictaduras indignas; una política que asegure la soberanía, riqueza y fuerza de la nación en la iniciativa, reciedumbre de la capacidad de sus integrantes. Se trata en suma de una política incluyente liberadora." [41]

- *La política social en materia de salud estará regida por las siguientes premisas:*

- "La buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para una autentica igualdad de oportunidades;
- La salud es, junto con la educación, componente central del capital humano, que es el capital más importante de las naciones. Desde el punto de vista mejorar la salud es fortalecer la capacidad de las personas y de la sociedad para procurar acrecentar sus medios de vida;
- Por ser un valor en sí misma y por su potencial estratégico, se debe continuar con la salud como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir para ello se requiere complementar las políticas de salud con políticas saludables que abarquen acciones en todos los sectores;
- La protección a la salud es un valor compartido por todas las sociedades y de todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas y, por tanto es un bien que fortalece el tejido de nuestra sociedad." [42]

[41] *Plan Nacional de Desarrollo, Op. Cit*.p.1
[42] *Ibíd*. p.8

La esencia central de las premisas en salud, tiene por objeto mejorar la salud de los mexicanos, siendo primordial democratizar la atención a la misma.

Esta democratización debe conducir a la aplicación de normas y procedimientos tanto a la ciudadanía como a instituciones que anteriormente se orientaban por principios tales como: "el coactivo, la tradición social, el juicio de los especialistas o las políticas administrativas." [43] Asimismo involucra aplicar las normas y procedimientos a sectores de la población que no disfrutaban de tales derechos y obligaciones.

Por lo anterior los servicios de salud no deben ser considerados una mercancía, o un privilegio sino un derecho social, por lo tanto el acceso a ellos debe de ser universal y sus prioridades están focalizadas básicamente en función de la demanda de la población.

Para consolidar la democratización de la atención de la salud, se debe contar con un sistema de salud donde exista el acceso de todos los mexicanos sin depender de su nivel social, no económico, teniendo capacidad de respuesta con calidad que resuelva las demandas y expectativas de la población. "Democratizar es empezar a construir un sistema de, por y para la gente." [44]

Bajo este contexto la política social en conjunto esta íntimamente ligada entre sí, sus diferentes ramas están enfocadas al bienestar social de la población, por eso nos permitimos describir sus principales ejes que la regirán durante el sexenio; aterrizando en materia de salud pública.

La política en salud a nivel nacional, está a cargo de la Sistema Nacional de Salud[45] en coordinación con los sistemas de salud en cada entidad federativa, los cuales están comprometidos a cumplir con las premisas en materia de salud descritas anteriormente.

---

[43] *loc.cit.*
[44] *loc. cit.*
[45] Es el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos técnicos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación, así como en los niveles administrativos de dirección, ejecución y coordinación. *Glosario de Términos Generales de Planificación en Salud,* Secretaría de Salud, México, 1982, p. 65

Como ya se describió, el acceso de la población a los servicios de salud esta considerado como un derecho social.

El siguiente capítulo de la investigación se enfoca al análisis histórico de los servicios de salud en la Ciudad de México destacando el sus antecedentes hasta el año de 1997, así como la situación que impera actualmente en la ciudad de México en materia socio-demográfica.

CAPITULO II

2. Antecedentes sobre los servicios de salud en el Distrito Federal

2.1. Consideraciones sociodemográficas y políticas de la capital de país

En este capítulo se analiza brevemente los aspectos generales del a ciudad de México que sirve de referencia, para el tema objeto de estudio; al respecto podemos decir que el Distrito Federal en sus rasgos físico-geográficos tiene una "superficie de 1,547,000 kilómetros cuadrados, teniendo una colindancia al norte, este, oeste con el Estado de México y al sur con el Estado de Morelos, una altitud de 2,240 metros sobre el nivel del mar y ocupa el 0.8 % del territorio nacional." [1]

La ciudad de México, es el centro político y capital del país, sus dos problemáticas esenciales: explosión demográfica y el desmedido crecimiento urbano; actualmente con tendencias hacia la periferia o zona metropolitana; producto de la centralización del poder político, así como del desarrollo industrial y comercial, en su interior.

Retomando sus dos problemáticas esenciales derivadas de una centralización político-administrativa que existe en su interior; que es producto de una herencia cultural desde tiempos prehispánicos , donde el poder central era depositado en el Tlatoani, máxima autoridad en el México-Tenochtitlán, que contaba con toda una estructura política y social bien definida bajo las ordenes de este personaje que gobernaba la antigua Tenochtitlán , antecedente de la ciudad de México.

Fundada en el año de 1327, a la llegada de los españoles en 1519 ya existía como centro político y comercial del país, siendo México-Tenochtitlan la metrópoli del Imperio Azteca. Sé calcula la población que albergaba, oscilaba "entre 60 mil y 200 mil habitantes, siendo esta última cifra la más aceptada. Según Nigel Davies, en ese momento en 1519, sólo 3 ciudades

[1] Anexo Estadístico. *Primer Informe de Gobierno*, México, 1998, p.15

europeas contaban con una población superior a 100 mil personas: Constantinopla, Milán, París." [2]

Señala, Claude Bataillon que antiguamente, el nombre con el que se denominaba a la ciudad de México era "la Noble y Leal Ciudad de México, nombre que se impuso desde el siglo XVI para la capital de Nueva España, heredado de la capital azteca de Tenochtitlan (lugar del tunal en la piedra), destruida en 1521 por Hernán Cortés." [3]

En el siglo XVI, período correspondiente al Virreinato la Ciudad seguía conservando esta centralización del poder político-administrativo, a través del ayuntamiento sin perder ese espíritu centralista, heredado del Estado Absolutista en España, por ende las colonias conquistadas por la Corona Española conservaban la misma forma de gobierno.

El Distrito Federal esta ligado íntimamente a la existencia de un sistema federal de gobierno, que obligó a disponer de una sede para los Poderes de la Unión, ya prefigurada en 1814 en la Constitución de Apatzingan y los Tratados de Córdoba de 1821.

Al iniciarse el año de 1824, el Congreso Constituyente expidió el "Acta Constitutiva de la Federación Mexicana, en el cual se adopta la forma de gobierno republicano y federal, por lo que la Ciudad de México es designada sede de los poderes federales, con base al artículo 50 fracc.XXVIII, en el que se otorgan al Congreso facultades para elegir el lugar que servirá de residencia a los Poderes de la Federación"[4]

El Ayuntamiento electo de 1824, correspondió estructurar el gobierno propio de la ciudad obedeciendo a los ordenamientos de la nueva república, tarea que no fue nada sencilla sin embargo, surgieron decisiones relevantes al respecto como por ejemplo la segunda reunión del cuerpo capitular el 2 de enero de 1825, donde se comenzaron a discutir lo referente a las comisiones y ramos de los servicios públicos advirtiéndose que los nombramientos eran

---

[2] *Crónica de la Reforma Política del Distrito Federal*, H.Cámara de Diputados documento interno, 1993. p. 15
[3] Bataillon Claude. *La ciudad y el campo en el México central.,*Edit Siglo XXI, México, 1992. p. 7
[4] Qintana Roldán, Carlos F. *Derecho Municipal,* Edit, Porrúa, México, 1995. p. 59

inaplazables, pero que no podían realizarse de acuerdo a las ordenanzas seguidas por los ayuntamientos anteriores, pues "se abolieron y variaron en un todo por el sistema constitucional" [5] de la República Federal. Se acordó revisar aquellos artículos de las ordenanzas que no pugnaban por el nuevo sistema, con la finalidad de establecer las comisiones y juntas para evitar la interrupción de los servicios públicos.

Con este acuerdo, se procedió a nombrar las comisiones de aguas, de aseo y limpieza de calles, de atarjeas, barrios, mercados, hospitales, alumbrados y embanquetados, coches, etc.; y las juntas de sanidad y de educación pública.

El 26 de marzo de 1903, Porfirio Díaz promulgó la Ley de organización Política y Municipal del Distrito Federal haciendo énfasis que este fuera parte la Federación dividido en trece municipalidades 1) México; 2) Guadalupe; 3) Hidalgo; 4) Azcapotzalco; 5) Tacuba; 6) Tacubaya; 7) Mixcoac; 8) Cuajimalpa; 9) San Angel; 10) Coyoacán; 11) Tlalpan; 12) Xochimilco; 13) Milpa Alta. [6]

Cabe resaltar, que la población en la ciudad de México en el año de "1900 según datos del INEGI era de 541 516 habitantes" sin especificar sexo ni edades.[7]

Las municipalidades anteriores se regían de acuerdo a las disposiciones dictadas por el H. Congreso de la Unión. El presidente de la República, como titular del Ejecutivo Federal, ejerció el Gobierno del Distrito Federal a través de la Secretaría de Gobernación y por conducto de tres funcionarios: el Gobernador del Distrito Federal, el presidente del Consejo Superior de Salubridad y el Director de obras Públicas.

Otro antecedente histórico de gran relevancia para el Distrito Federal es la promulgación de la nueva Ley orgánica del Distrito Federal y Territorios Federales el 28 de diciembre de 1928, quedando el Gobierno de la ciudad a cargo del Presidente de la República, por lo tanto ejercería su poder a través de un jefe designado por él, al frente de un organismo denominado

---

[5] Serra Rojas Andrés. *Derecho Administrativo.* Edit. Porrúa, México, 1992.p.595
[6] Quintana Roldán, *Op. Cit*. p.109
[7] *Censos de Población y Vivienda del I al XI.*1895-1990, INEGI,2002,p.28

Departamento Central (conformado por las ex municipalidades de la Ciudad de México y trece delegaciones).

En 1942 la división política del Distrito Federal sufre una nueva transformación creándose dieciséis delegaciones políticas.

El presidente Luis Echeverría en 1971, define una nueva reestructuración delegacional en la cual desapareció algunas delegaciones y creó otras sobre los territorios anteriores, con sustento en la Ley ya mencionada (artículo15) que: "las Delegaciones son órganos desconcentrados a cargo de un delegado, el cual es nombrado y removido libremente por el Jefe del Departamento del Distrito Federal, previo acuerdo con el Presidente." [8]

El capitulo 5° de Ley, señala detalladamente la estructura de la participación ciudadana, estableciendo órganos de colaboración más específica: Comités de Manzana, Asociaciones de Residentes, Juntas Vecinales y el Consejo Consultivo de la Ciudad, el cual era conformado por los presidentes de las Juntas de Vecinos." [9]

Así con la Ley orgánica del 27 de diciembre de 1978, es dividido el Distrito Federal administrativamente en las dieciséis Delegaciones en que actualmente se encuentra: 1) Álvaro Obregón; 2) Azcapotzalco; 3)Benito Juárez;4)Coyoacán; 5) Cuajimalpa de Morelos; 6) Cuauhtémoc; 7) Gustavo A. Madero; 8) Iztacalco; 9) Iztapalapa; 10)Magdalena Contreras;11)Miguel Hidalgo; 12)Milpa Alta; 13) Tláhuac; 14) Tlalpan; 15)Venustiano Carranza; 16) Xochimilco." [10]

En lo que respecta al crecimiento demográfico, en el país éste ha sido, siempre uno de los grandes desafíos que enfrenta el Estado. La población actual en México es de "97.4 millones de personas, cada año nacen 2.2 millones y ocurren 425 mil defunciones, se tiene estimado que

[8] Quintana *Op. Cit*. p. 112
[9] *loc.cit.*
[10] *loc.cit.*

para finales del año 2002 sean 103 millones de habitantes, esto se traduce en un aumento anual de 1.8 millones de personas" [11]

Considerando que existió un freno del índice demográfico poblacional "hasta los años setenta, donde disminuyó en los últimos "30 años de 3.4 al 2.05 % anual es decir la población creció de 42.5 a 91.6 millones de habitantes y esto se observará en un futuro próximo, el crecimiento en términos de números absolutos, auque a tasas de aumento cada vez mayores." [12] Al respecto cabe resaltar que la población al año 2000, casi se duplico aun con los movimientos migratorios a los Estados Unidos de América, donde la población sigue con tendencias al crecimiento demográfico a nivel nacional.

En el pasado, a principios de siglo, cada diez mexicanos vivían en el campo; en la actualidad siete de cada diez viven en la ciudad y ésto ha traído como consecuencia un acelerado proceso de urbanización en las ciudades.

El fenómeno de migración que experimenta el país es del campo a la ciudad y es la principal causa de la concentración de población en las principales macro urbes.

La gente de provincia emigró a la ciudad de México y sus áreas limítrofes en una forma exagerada provocando un desfasamiento entre el tamaño geográfico de la ciudad, con relación a la población que llegaba del interior de la República, donde se da un crecimiento urbano y demográfico acelerado.

De lo anterior, se desprenden un sinnúmero de problemáticas tales como: desempleo, inseguridad, contaminación ambiental, asentamientos humanos irregulares etc. trayendo consigo múltiples enfermedades que impactan en la población residente.

Cabe mencionar que el fenómeno de migración a la ciudad de México, se da por una falta de oportunidades principalmente de fuentes de empleo fuera del Distrito Federal, donde la gente del campo visualiza en la ciudad una opción de mejorar su nivel de vida. Es en los años sesenta

---

[11] Academia Mexicana de la Ciencias *"México Frente a la Era de la Información"* México, 1999. p.21
[12] *loc.cit.*

y setenta cuando empieza a sentirse un crecimiento acelerado de la mancha urbana, de una población que en 1950 se estimaba en "3,050 442 a 6,874,165 para 1970". [13]

En estas décadas, la ciudad de México vive una profunda transformación. Aquí se da uno de los procesos más vertiginosos de migración, de cambios en la estructura productiva que llevaron a un acelerado desarrollo industrial y de servicios así como en la composición de la población e impactos muy profundos sobre la organización de la vida urbana y un creciente desarrollo del pluralismo y nuevas formas de comunicación.

La ciudad de México sufrió una transición demográfica que se observó al tener, menos de un millón de habitantes a constituir una zona metropolitana que en la actualidad rebasa los 8 millones de habitantes. Es decir, en 40 años ocurrió en este espacio, lo que en otras ciudades ha llevado décadas.

El censo de población en el año 2000, arrojó cifras en materia de crecimiento demográfico para la ciudad de México, específicamente es de 8, 605,239 habitantes, de los cuales 4´110,485 son del sexo masculino y 4´494,754 del sexo femenino.

Ante tales condiciones, las tareas de gobierno en la ciudad, se vuelven más complejas al tener una creciente demanda en servicios públicos como por ejemplo en salud donde el desempleo es causante, de que carezca la ciudadanía de la seguridad social de instituciones como el IMSS, ISSSTE, PEMEX etc. Considerando que en el D.F. se registro un aumento del índice de desempleo en el 2004 del "5.3 % teniendo como resultado uno de los porcentajes más altos a nivel nacional; las ciudades que contribuyeron con el mayor desempleo abierto fueron Durango, con 6.2%; la ciudad de México con 5.3%; Hermosillo con 4.9% y Aguascalientes con 4.6%. En septiembre del 2004 el porcentaje de la población ocupada que no tiene prestaciones represento a nivel nacional el 50.9 por ciento"[14] .

---

[13] INEGI. *Op. Cit*. p.1

[14] . Lizbeth Pasillas,*"Contribuye el D.F. con 5.3% al desempleo"* México D.F .La Crónica , 22 de octubre del 2004, en www.cronica.com.mx/nota.

La seguridad social en el Distrito Federal, representa el 51.3% de cobertura y está distribuida de la siguiente forma: el IMSS con el 71.3%; el ISSSTE con el 25.4; así como PEMEX, SDN y SM representan el 2.6% y otras instituciones el 1.6% "[15] y el restante de la población esta considerada como población no asegurable o población abierta...

Como resultado, las problemáticas propias de la ciudad, son causa de enfermedades en la población residente, por lo cual los servicios de salud que presta el Gobierno del Distrito Federal paralelamente a las instituciones de seguridad social, se hacen cada vez más indispensables, principalmente para los grupos de personas más vulnerables, que en este caso son las personas que no cuentan con la seguridad social que imparte el Estado, y que tienen derecho sólo al contar con un empleo formal; y que se denomina población abierta o no asegurable[16].

En respuesta al problema, el Gobierno del Distrito Federal a través de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, brinda servicios básicamente a la población no asegurable de la Ciudad de México, contando con una red hospitalaria en el primero y segundo nivel de atención médica en la ciudad de México.

Es de considerable importancia, tener conocimiento de cómo, se fueron conformando los servicios de salud en la ciudad de México específicamente, los prestados actualmente por el Gobierno del Distrito Federal, por lo cual se revisan sus antecedentes históricos en el siguiente apartado.

2.2 Historia de los servicios de salud en la Ciudad de México 1909-1996

La ciudad de México a finales del siglo XIX, en el período del Porfiriato sufría diversas problemáticas de índole económico, político y en consecuencia sociales, en este último rubro, la

---

[15] *Censo General de Población y Vivienda 2000*,Tabulados Muestra Censal, Consulta en Internet. http://www inegi.

[16]Población abierta: "Son los habitantes que no cuentan con servicios de atención médica de la seguridad social", *IV Reunión Especial de Ministros de la Salud de las Américas,* Organización Panamericana de la salud 1977.

salud presentaba una situación precaria para la población de la ciudad; los altos índices de mortalidad, ocasionados esencialmente por múltiples enfermedades infectocontagiosas tales como la tuberculosis, neumonía, bronquitis, diarrea o disinteria; así como epidemias como la viruela y el tifo, impedían no sólo cualquier idea de desarrollo, si no de vitalidad misma en la capital de país.

Es posible inferir, que las principales causas de estas enfermedades eran la pésima alimentación de los habitantes y las falta de condiciones higiénicas de calles y casas, siendo muy vulnerables a todo tipo de enfermedades.

Aunado a este contexto debe añadirse el gran impacto que los "hechos de sangre" como se les llamaba, que perjudicaban la tranquilidad, la propiedad, la salud y la vida de los habitantes de la Ciudad, causados principalmente por la delincuencia, las riñas que cada vez aumentaban su número; así como el abuso de las bebidas alcohólicas como el pulque en primer término y por el establecimiento de casas de juego en donde solían darse disturbios y peleas; además de la propagación de los suicidios y el lujo de los duelos.

Las cifras registradas en "1829, en esta época manifiestan en la capital el nacimiento de 745 personas y la mortandad 1,110" [17] casi 50 años después en enero de 1880 el número de nacimientos fue de 253, continua menor la mortalidad que alcanza la cifra de 762 personas.[18] Hacia 1895 mueren 14, 416 personas y 23,495 en los doce meses que le sucedieron [19] y 26, 809 en 1890.[20]

Las cifras anteriores, representaban la grave carencia que había de servicios médicos para brindar atención a los problemas de salud de la Ciudad de México.

---

[17] Valadés, C. José. La poética de la sociedad en *El Porfirismo*: Tomo 1 UNAM, México. 1977, p. 166
[18] ibíd. p.167
[19] Valadés, C. José. Nutrición y debilidad en *El Porfirismo* : Tomo II ; UNAM, 1977, p. 119
[20] *ibíd*. p. 120

Esta delicada situación, causó que el Congreso emitiera diversas llamadas de atención a las autoridades, enseñando los cuadros de la mortalidad en México y demandando la pronta aplicación de medidas higiénicas que mejoraran el estado sanitario de la ciudad.

Ante tales condiciones, tanto el gobierno de Manuel González como el de Porfirio Díaz dieron respuesta a estas demandas, a través de la aplicación de algunas medidas sanitarias con la finalidad de evitar la propagación de las epidemias, estableciendo sistemas de evacuación de las aguas sucias y materias fecales y la limpia de calles. Sin embargo, esta serie de medidas, se retrasaron para entrar en vigor y aún cuando se iniciaron fueron insuficientes para erradicar la problemática en la Ciudad.

Con el objeto de mejorar sus servicios y su organización hacia 1887, todos los hospitales, hospicios y establecimientos de beneficencia se transfirieron a la Dirección de Beneficencia del Ayuntamiento de la Ciudad.

Los datos históricos señalan que los pacientes o afectados que eran llevados a la Sección Médica de la Comisaría, dependiente del Ministerio de Gobernación, donde los atendía un practicante de guardia. Llegaban por su propio pie o por carga directa ya sea en calandrias o parihuelas; en muchas ocasiones tras un largo trayecto que ponía en peligro la vida de los pacientes. Los casos más graves eran canalizados, al Hospital Juárez inaugurado en 1847 o al Hospital General que había abierto sus servicios en 1905.

Los servicios médicos en las comisarías eran brindados también por practicantes; y la población usuaria era gente con una alta marginación social tales como: ladrones, pordioseros, vendedores ambulantes y prostitutas, quienes se les atendía regularmente de golpes, hemorragias, heridas y abscesos, en las llamadas “salas de curaciones” que no eran más que cuartos que carecían casi en su totalidad de higiene.

En materia de salud, la ciudad de México comenzaba el siglo con una grave situación sanitaria e higiénica, con escasos y precarios servicios médicos y con insuficiencias en los

hospitales ya establecidos. Así comienza la historia de los servicios de salud del gobierno de la capital del país.

2.2.1 Origen

El Gobierno de la Ciudad, a pesar de ser el responsable de la prestación de servicios municipales, carecía de hospitales, siendo el resto de los servicios médicos escasos, ante esta situación, el "15 de diciembre de 1909 el Ministerio de Gobernación, crea y pone en marcha por conducto del Gobernador del Distrito Federal; Sr. Guillermo Landa y Escandón, un servicio de urgencias con el establecimiento del primer *Puesto de Socorros*, ubicado en la planta baja de la 6ª Comisaría en la calle de la "Verdes", actualmente Victoria, esquina con Revillagigedo, donde se concentraban todos los casos de traumatología enviados de las comisarías, servicio dependiente de la Jefatura de Policía, y los casos de mayor gravedad eran canalizados al Hospital Juárez.

Cabe resaltar que no se cuenta "con información documental verídica y confiable de los instrumentos jurídicos que sustentaron la creación del primer puesto central de socorros de la Ciudad de México, ni acerca de las causas económicas que participaron en su origen, siendo hasta el año de 1941, cuando en la Ley Orgánica del Departamento del Distrito Federal, publicada en el diario oficial del 31 de diciembre de ese año, se formaliza la existencia de la Dirección General de Servicios Médicos como parte de la Dirección de Acción Social del Departamento del Distrito Federal." [21]

2.2.2 Desarrollo

En el año de 1911, siendo presidente de la República Don Francisco I. Madero y el Gobernador del Distrito Federal Juan González García, al *Puesto Central de Socorros* se le da el nombre de

[21] *Memoria de Gestión de la Dirección General de Servicios de Médicos* DDF, período diciembre de 1982 a noviembre, México, 1988. p.4

la "*Cruz Verde*", en memoria a la calle de "Las Verdes" en donde se encontraba ubicado, organizándose así como centro de auxilio y precursor del servicio médico legal, su jefe en aquel entonces fue el Dr. Xavier Ibarra.

Los problemas de índole económico que siempre han participado en los diferentes momentos de la evolución del país, causan que en este mismo año, a pesar de los satisfactorios resultados obtenidos, sea cerrado el citado puesto, debido a lo cual continuaron laborando las secciones médicas de la comisaría, enviando al Hospital Juárez los casos que así lo ameritaban, pero al persistir la situación económica deficiente, el 14 de junio de 1913 el puesto central de socorros de la Cruz Verde fue clausurado por el General Victoriano Huerta; el 14 de abril de 1917, se expide la Ley de Organización Política del Distrito Federal y de los territorios, que contiene los capítulos para la beneficencia pública, lo cual favorece que en el año de 1921, siendo presidente interino don Adolfo de la Huerta, se reanudan los servicios del *Puesto de Socorro de la Cruz Verde*. Pero a causa de que el presupuesto seguía siendo insuficiente para el mantenimiento del mismo, las autoridades de la ciudad concedieron la autorización de la Cruz Roja para desempeñar funciones médicas oficiales de emergencia durante los años de 1921 a 1924.

En el año de 1925 a iniciativa del entonces Oficial Mayor del Departamento Central; Vicente Lombardo Toledano, se reorganizan los Servicios Médicos reiniciándose y mejorándose las funciones de las secciones médicas de las comisarías, al puesto central ó al Hospital Juárez adscrito en aquel entonces a la Secretaría de Gobernación en donde existía una sala de detenidos, posteriormente, durante el período de 1926-1928 fue nombrado el Dr. Ángel Rivera Soto como Jefe de los Servicios Médicos. Durante su administración, se inicio el primer servicio de ambulancias en el Distrito Federal con tres unidades. Hacia 1928, se imparten dentro de los servicios médicos, los primeros cursos de procedimientos de rehabilitación física a los lesionados atendidos en la Cruz Verde. Se funda la "Asociación de Médicos del Departamento y

sucesivamente en sociedad Mexicana de Traumatología"[22], y a partir del año de 1929. Se modifica la estructura orgánica al instalarse el servicio médico en los centros de reclusión, cárceles, penitenciarias, reformatorios, correccionales de hombres y mujeres, así como el de la Oficina de Tráfico y la Policlínica de la policía.

Quedando para el año de 1931, unos servicios médicos más numerosos y con diversas dependencias.

Cabe mencionar que de 1928 a 1929, el Jefe de los Servicios Médicos fue el Dr. Julián de la Garza Tijerina, y posteriormente, de 1929 a 1932 el Dr. Efrén Marín.

Durante los años de 1933 y 1934, se inauguran 4 puestos de socorro periféricos que cubrían las demandas de la población de la zona en que se ubicaban, siendo estos: Balbuena, Santa Julia, Mixcoac y General Anaya. En este período el Dr. Baltazar Aguirre Rojo, gestionó como jefe de los servicios.

Para el año de 1935 la prestación de los servicios deja de ser responsabilidad de la Jefatura de la Policía, pasando a depender de la Dirección de acción Social del Departamento del Distrito Federal, en este fue breve la gestión del Dr. Andrés Villareal.

Con el crecimiento continuo de la ciudad de México y por lo tanto del número de traumatizados, en el año de 1938, se inauguraron nueve secciones médicas en las Delegaciones de Azcápotzalco, Villa y Gustavo A. Madero. La Jefatura de Servicios Médicos de la Dirección de Acción Social del Departamento del Distrito Federal, alcanza el rango de Dirección de Servicios Médicos en el año de 1940.

Cabe mencionar, que durante este período de 1940, como consecuencia del crecimiento de la plantilla del personal y de la importancia de los servicios médicos, se creo "la sección sindical

[22] Soberón, Guillermo, "Desarrollo Institucional ..... Otras Instituciones de la Administración Pública Federal" en *La Salud en México*, Testimonios 1988, Tomo.III, Fondo de Cultura Económica, México, 1988. p.18

XII del Sindicato Único de Trabajadores del Gobierno del Distrito Federal, que en la actualidad representa a los trabajadores de la institución."[23]

Nuevamente por problemas económicos en el año de 1941, la Dirección de Servicios Médicos desaparece como tal y sus funciones son absorbidas de nuevo por la Dirección de Acción Social. Esta disposición contemplada en la "Ley Orgánica del Departamento del Distrito Federal y publicada en el Diario Oficial del 31 de diciembre del mismo año"[24], en este período se establece una policlínica central en los altos del mercado Abelardo L. Rodríguez y un laboratorio para la preparación de producto farmacéuticos, dándose atención médica a los trabajadores del Departamento del Distrito Federal.

El Dr. Rubén Leñero estuvo a cargo de los servicios médicos de 1935 a 1942, fecha en que falleció. De su administración es importante resaltar el acuerdo entre el Hospital Juárez y los servicios médicos para coordinar y otorgar su mejor servicio a la ciudadanía, se amplío el servicio en reclusorios y penitenciarías. El sucesor del Dr. Rubén Leñero fue el Dr. Gustavo Gómez Azcarate, quien dio importancia al aspecto médico legal.

El 3 de enero de 1943, se inaugura el primer Hospital de los Servicios Médicos con el nombre de la Cruz Verde, cambiando su denominación posteriormente al de Hospital "Dr. Rubén Leñero", al mismos tiempo deja de funcionar el puesto de socorro de Santa Julia, de 1943 a 1944 fue nombrado Jefe de los Servicios Médicos el Dr. Felipe Aceves Zubieta, quien realiza gestiones de mantenimiento en los puestos de socorro del Distrito Federal y dirigió al servicio médico en defensa civil de la ciudad, durante la participación de México en la segunda guerra mundial.

En el año de 1946, se inaugura la Escuela de Enfermería de la Cruz Verde, la que actualmente funciona en el edificio del metro Cuitláhuac, que se confirió a la responsabilidad del Jefe de los Servicios Médicos de 1944 a 1946 al Dr. Raúl Velarde Ruiz, quien gestionó el

---

[23] *ibíd* p.19
[24] *Memoria de Gestión de la Dirección General de Servicios de Médicos, Op.Cit.* p.5

incremento de instrumental quirúrgico y mayor presupuesto para los hospitales, existió en 1946 una breve posesión de jefe al Dr. Alfonso Cabrera Lobato, que continua el desarrollo del anterior jefe antes mencionado. De 1946 a 1950 el Dr. Leonardo Silva Espinosa, estuvo al frente de los servicios médicos, y realizó reformas administrativas y aumento la plantilla del área médica (médicos y enfermeras).

En 1950 el Dr. Raymundo Garcés Quevedo, es nombrado Jefe de los Servicios Médicos hasta 1952, quien sigue una línea de desarrollo y lleva a cabo la primera semana de traumatología y cirugía de urgencias.

De 1952 a 1953 es encargado de los Servicios Médicos el Dr. José Jesús Marín Preciado, quien inaugura una unidad médica en la cárcel de mujeres en Iztapalapa, con especialidades gineco-obstétricos y medicina legal.[25]

En 1953 los Servicios Médicos absorbieron la policlínica de la policía y los servicios médicos de otras dependencias del Departamento del Distrito Federal.[26]

El 28 de octubre de 1958, se inauguró en Azcapotzalco el primer hospital de la serie de Hospitales Infantiles del Departamento del Distrito Federal, creados con la idea de llevar el servicio médico a las zonas necesitadas y evitar la centralización de la atención médica en un sólo Hospital con los grandes problemas de transporte, económicos y de tiempo que se generarían a la población.

Durante 1953 a 1964, es nombrado nuevamente Jefe de los Servicios Médicos al Dr. Julián de la Garza Tijerina. En este período los servicios médicos absorbieron servicios similares de algunas dependencias del Departamento del Distrito Federal, además en los once años de gestión del Dr. De la Garza se fomentó un desarrollo interno del crecimiento estructural y de enseñanza.

---

[25] *Memoria de Gestión de la Dirección General de Servicios de Médicos, Op.Cit.*, p.13
[26] *ibíd* p.15

En el año de 1959, se funda el Banco de Tejidos en el Hospital Rubén Leñero y el Procurador del Distrito Federal acepta que se efectúen necropcias en este Hospital, mejorándose el estudio médico legal de los pacientes atendidos en la Institución.

El 1° de enero de 1960, nuevamente la Oficina de Servicios Médicos de la Dirección de Acción Social es transformada en Dirección de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. Cabe destacar en este mismo año la inauguración de los Hospitales Infantiles en la Delegación Gustavo A. Madero e Iztapalapa, y el 3 de marzo el Hospital Infantil de Peralvillo y el 12 de diciembre el Hospital Infantil de Coyoacán. En 1961 se inauguran el Hospital Infantil de Tacubaya y el de Moctezuma.

Y en 1962 el Hospital General Xoco. Para el 20 de julio de 1963 inicia labores el Hospital Infantil de zona de Inguarán y el 18 de septiembre del mismo año el Hospital Infantil Legaría.

El 31 de septiembre de 1962, se publicaron en el Diario Oficial las reformas de la Ley Orgánica del Departamento del Distrito Federal, cuyas atribuciones le fueron asignadas en el Artículo 41. En la etapa de 1964 a 1966, llega a la titularidad de Director General de los Servicios Médicos el Dr. Guillermo Solórzano Gutiérrez, quien impulsa la adaptación de hospitales en cárceles, a fin de atender a los internos.

Cabe resaltar, que los últimos puestos de socorro desaparecen el 16 de noviembre de 1964 con la inauguración de los dos hospitales de urgencias que fue uno en Tacubaya y el segundo en la Villa en la Delegación Gustavo A. Madero, y los dos hospitales de zona que fueron el de San Juan de Aragón y Xochimilco.

Y así en el lapso de 1966 a 1971, es nombrado Director General el Dr. Rodolfo Pérez Tejada, quien gestiona que el ISSSTE ceda el Hospital de Tacubaya, para la atención de pacientes de la Dirección General de Servicios de Salud; y en 1969 se inaugura el Hospital de no asalariados; Dr. Gregorio Salas. Se reconocen los estudios de la escuela de Enfermería ante la Universidad Nacional Autónoma de México, y se incrementa el número de médicos especialistas. Con las reformas a la Ley Orgánica del Departamento del Distrito Federal,

publicadas en el Diario Oficial de la Federación del 29 de diciembre de 1970, se modifican sus atribuciones.

En este período, son inaugurados dos hospitales regionales uno en la Delegación Milpa Alta y el otro en Topilejo y el Hospital Regional de Cuautepec esto en el año de 1970.

Es nombrado el Dr. Fernando Taracena Cisneros como Director General, de 1971 a 1976, en este espacio se continúa con un desarrollo de transformación y crecimiento.

Las oficinas de la Dirección General de Servicios Médicos, se ubicaron en las calles de Regina # 66, abandonando el antiguo local en que se encontraban en los altos del antiguo puesto central en la esquina de Revillagigedo y Victoria. En 1972, cambia su ubicación a las calles de José María Izazaga #70.

En 1976 en el Hospital de Urgencias Dr. Rubén Leñero, se instala el primer Banco de Ojos del país. El 11 de mayo de este mismo año, se inaugura el centro médico de los reclusorios, para la asistencia quirúrgica de alta especialidad, dando apoyo a todo el sistema médico penal, en este mismo año se inaugura el 29 de junio de 1976 el *Hospital Materno Infantil Tláhuac*.

En el período de 1976 a 1982 toma posesión el Dr. Fernando García Rojas, como Director General de los Servicios Médicos, elaborando el Manual de Organización y Procedimientos del Servicio de Urgencias de los hospitales grandes de la red y posteriormente en 1982 la Dirección General, establece una estructura que comprende el área médica, la programación y evaluación, la administración y la enseñanza. En 1982 se inaugura el Hospital Magdalena Contreras.

El 9 de febrero de 1979, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Reglamento interior del Departamento del Distrito Federal, el cual reforma y adiciona las atribuciones de la Dirección General de Servicios Médicos, quedando establecidas en su artículo 27.

El 14 de enero de 1984, se publica un nuevo reglamento Interior del Departamento del Distrito Federal, el cual establece que la Dirección General de Servicios Médicos, dependiente hasta entonces de la Oficialía Mayor, pase a depender de la Secretaría General de Desarrollo Social.

De 1982 a 1984, se nombra al Dr. Manuel Moreno Castellanos como Director General de Servicios Médicos, quien gestiona un incremento salarial a la plantilla del personal, y consigue presupuesto suficiente para remodelar los hospitales Coyoacán, Xoco, Balbuena, la Villa entre otros.

De 1984 a 1985 es designado titular de la Dirección General de Servicios Médicos, el Dr. José Narro Robles, continuando con una remodelación a los hospitales, para transformar a los hospitales en hospitales de segundo nivel.[27]Cabe mencionar que la red de hospitales de la Dirección General de Servicios Médicos, son de 1er y 2do nivel.

Retomando el período mencionado; se realiza la primera reestructuración orgánica de la Dirección General de Servicios Médicos, formalizada por su reglamento interior del 14 de enero de 1984. Con esto la Dirección General deja de depende del Oficial Mayor, y pasa a formar parte de la Secretaría de Desarrollo Social.

Para el 11 de noviembre de 1985, se autoriza una nueva estructura orgánica para la Dirección General de Servicios Médicos, en donde las unidades hospitalarias a depender directamente de la Dirección General, concediéndoles con ello mayor autonomía de operación.

Con el transcurso del tiempo, las instalaciones de José María Izazaga No. 70, se hicieron insuficientes, lo cual motivo que en mayo de 1985 se reubicará a la mayoría del personal de nivel central en el inmueble ubicado en artículo 123 número 41 Col. Centro.

De 1985 a 1989 es nombrado el Dr. Roberto Castañon Romo como Director General. En su gestión se lleva a cabo otra reestructuración de la institución, presentando modificaciones acordes con una congruencia entre funciones y actividades, con esto se pretende dar mayor autonomía y agilización de la prestación de servicios.

---

[27] 1er. Nivel.- Únicamente se brinda al paciente consulta externa y atención primaria no hay hospitalización. (Centros de Salud).2do. Nivel.- Son los hospitales que cuentan con sub-especialidades y brindan hospitalización.3er. Nivel.- Estos corresponden a los Institutos de especialidades de alto nivel (cardiología, nutrición, etc.) Secretaría de Salud, *Glosario de Términos Generales de Planificación en Salud* ,Secretaría de Salud, México, 1982.p.50

Es importante mencionar que los servicios médicos realizaron innumerables acciones en el terremoto del 19 de septiembre de 1985, y la construcción de los Comités de Investigación.

En enero de 1987, se emite la Ley de Salud para el Distrito Federal, que permite cumplir con la estrategia de descentralización establecida en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud de integrar los servicios de salud a población abierta a través del Instituto de Servicios de Salud para el Distrito Federal. [28]

En este mismo año, se llevo acabo el proyecto para la construcción de tres nuevos hospitales: el Central de Urgencias Azcapotzalco (actualmente sin actividad) y General de Iztapalapa que es construido gracias a la Comunidad Económica Europea (CEE), resultado de los sismos 1985; con la entrega de un donativo al Gobierno del Distrito Federal con el apoyo del IMSS que proporcionó a la CEE (Comunidad Económica Europea), la normatividad para realizar el proyecto ejecutivo del hospital así como el área para su construcción de un Hospital General.

Asimismo se concluyeron los trabajos de remodelación de los Hospitales Xoco, Balbuena, y la Villa pasando de Hospitales de Urgencias a Hospitales Generales; y los Hospitales Pediátrico de Moctezuma y Pediátrico de Peralvillo; los Hospitales Rubén Leñero, y Gregorio Salas también concluyeron con sus remodelaciones. Los hospitales pediátrico de Inguarán y Regional de Topilejo se convirtieron en Hospitales Materno Infantiles.

Al comienzo de 1988 el Ejecutivo Federal, estableció la necesidad de racionalizar las estructuras administrativas de la Administración Pública Federal y los órganos desconcentrados y descentralizados de ella en el país.

El instrumento básico para el cambio estructural lo constituyó el proceso de descentralización[29] de los servicios de salud, su objetivo general es contribuir a la ampliación de

---

[28] *Ley de Salud para el D.F,* Diario Oficial de la Federación ,15 de enero de 1987. p. 12-14

[29] La descentralización consiste en la transferencia de facultades, programas y recursos a una entidad con personalidad jurídica y patrimonio propio, con autonomía técnica y orgánica, aún cuando a nivel central se conserven las atribuciones de planeación, normatividad, control y evaluación de funciones. De la

la cobertura y a la mejoría de la calidad de los servicios, mediante la adecuada distribución de competencias entre los tres niveles de gobierno y el traspaso de facultades y recursos a los gobiernos estatales, a fin de incrementar su responsabilidad en la atención a la salud de la población.

El Departamento del Distrito Federal, en cumplimiento a lo establecido ordena a sus unidades administrativas llevar a cabo esta tarea. La Dirección General de Servicios de Médicos, como consecuencia de estas indicaciones, presenta una propuesta de reordenamiento y simplificación de su estructura orgánica, la cual se aprobó el 19 de octubre de 1988, de esta forma, la institución llevó acabo su cuarta reestructuración en estricto aspecto a los ordenamientos establecidos por el Departamento del Distrito Federal, simplificó su estructura orgánica dictada por la Secretaría de Programación y Presupuesto se autorizó la estructura orgánica del Hospital General de Iztapalapa y se procedió a la contratación del cuerpo de gobierno.

De ésta manera en 1988, la Dirección General de Servicios Médicos vivió una reestructuración más. Cada una de ellas pretendió elevar la productividad y mejorar la calidad en los servicios médicos prestados por el Gobierno de la Ciudad, pero en este caso la cuarta modificación no sólo abrazó ese objetivo, sino además, tuvo el propósito de racionalizar su estructura administrativa, dado el "compromiso expuesto por el Ejecutivo Federal en el Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994, que se refería precisamente a racionalizar estructuras administrativas de la Administración Pública Federal, los organismos descentralizados y desconcentrados" [30]

En el mes de noviembre de 1989, se envía una propuesta de modificación ala estructura orgánica autorizada de la Dirección General, la cual consideró una reducción en el número de

---

Fuente, Juan Ramón. *Federalismo y descentralización del Sector Salud.* Secretaría de Salud, México 1997.p. 40

[30] *Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994*, Secretaría de Programación y Presupuesto, México, 1988. p. 34

plazas de mandos medios, de 131 a 130, pero en el mes de marzo de 1990, se propuso en la Dirección General una estructura complementaria a la propuesta de noviembre de 1989, realizando en ella el ajuste definitivo que requieren los servicios médicos para el desarrollo de del Sistema de Salud, para población abierta, la cual contempla el fortalecimiento y crecimiento de las áreas sustantivas y operativas y racionalización de las de regulación y de apoyo, pasando de 130 a 132 plazas de mandos medios.[31]

De 1989 a 1990 el Dr. Norberto Treviño Manzo, ocupo la Dirección General pero fue sólo por un año. Y de 1990 a 1994, el Dr. José Antonio Vázquez Saavedra fue el Director General, durante su administración en 1991 la Dirección General de Servicios de Médicos cambio su nombre a Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal, lo cual implicaba un giro en el sentido de su función, pues ya no se daría, a la tarea solamente de brindar atención médica, consulta externa y de urgencias, básicamente, sino que el nuevo concepto de Servicios de Salud, de acuerdo a la Ley de Salud para el Distrito Federal promulgada en 1987, implicaría además la responsabilidad de realizar actividades en beneficio del individuo y la sociedad en general, dirigidos a proteger y restaurar la salud de la persona y de la colectividad, pero sobre todo, ahora tendría una visión integral de la salud que comprende acciones para su promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Con ello el enfoque solo individualista se pretendió pasar a la medicina familiar y colectiva; y de la operación aislada de cada una de las unidades médicas se pasó a una red de servicios donde se complementaron aún las más diversas especialidades y niveles de atención. Reforzando también, la coordinación interinstitucional con la Secretaría de Salud Federal, con la finalidad de lograr un uso más racional de los recursos disponibles para la atención a la salud de la llamada "población abierta."

El 3 de abril de 1990 se autoriza, la renivelación salarial de los directores y subdirectores de la Unidades Hospitalarias.

---

[31] *Manual de Organización Administrativa* ,Dirección General de Servicios de Salud 1990, p. 30

En 1991 se inicia la construcción del Hospital Materno Infantil Cuajimalpa, con una capacidad instalada de 16 camas censables que se concluye e inaugura en 1993, y en 1992 se concluye e inaugura el nuevo *Hospital Materno Infantil Tláhuac* con una capacidad instalada de 45 camas.

En materia de modernización y simplificación administrativa, se instrumentó e implementaron mecanismos que agilizarán la atención al público en las áreas de servicio de las Unidades Hospitalarias y se formularon e implantaron documentos técnico-normativos, orientados a homogeneizar la prestación de servicios a fin de uniformar la calidad de los mismos; así mismo, se fortaleció el desarrollo informático de la institución, con la adquisición de nuevo equipo de cómputo, lo que permitió impulsar la utilización automatizada de la información, tanto en áreas de nivel central, como el nivel operativo.

A partir de 1991, se agregan a la estructura orgánica de la Institución, dos unidades administrativas de apoyo a nivel staff: la Unidad de Asuntos Jurídicos y la Unidad de Difusión y Relaciones Públicas, adscritas directamente al Director General.

En marzo de 1993, se presenta la propuesta de esta nueva estructura, misma que fue autorizada en el mes de septiembre del mismo año, con la cual se plantea contar con una composición orgánica que distingue dos ámbitos: el normativo a cargo de nivel central y el operativo a cargo de nivel regional y las unidades operativas, como estrategia funcional para fortalecer la regionalización y escalonamiento de los servicios.

De ésta manera se favoreció a una mejor prestación de servicios de salud en todo el Distrito Federal. De ésta forma, se conformó el esquema de regionalización[32]:

- Región 1, que geográficamente integró las delegaciones Gustavo A. Madero y Azcapotzalco, controlando los hospitales generales Villa y Central de Urgencias;

[32] Requisito del modelo de planeación, necesario para que se estratifique los recursos según su complejidad, los articule entre sí mediante una red de comunicaciones y transporte, que permitiendo el uso adecuado de la oferta en función de las necesidades reales de la demanda, garantice a toda la comunidad el acceso geográfico, económico y cultural, al nivel de servicios que su estado de salud requiera. *Glosario de Términos Generales de Planificación en Salud*, *Op.Cit*, p. 61

pediátricos Villa, Azcapotzalco y San Juan de Aragón, y los materno-infantiles Cuautepec y Nicolás M. Cedillo; además de la unidad médica en el Reclusorio Norte y 25 Unidades de atención primaria[33].

- Región II, la cual se integró a las delegaciones Cuauhtémoc y Miguel Hidalgo, dependiendo de ella los hospitales generales Dr. Gregorio Salas y Dr. Rubén Leñero; pediátricos Peralvillo, Legaría y Tacubaya, incluyendo el centro de Sanciones Administrativas y 14 unidades de atención primaria.
- Región III, integrada por las delegaciones Venustiano Carranza e Iztacalco, en las que se encuentra el hospital Balbuena; los pediátricos Moctezuma e Iztacalco, el materno-infantil inguarán y 17 unidades de atención primaria.
- Región IV, conformada por las delegaciones Benito Juárez, Álvaro Obregón, Cuajimalpa, Coyoacán, Magdalena Contreras y Tlálpan; los hospitales General Xoco, pediátrico Coyoacán, materno-infantil Cuajimalpa, Magdalena Contreras, Topilejo , así como 340 unidades de atención primaria de salud.
- Región V, englobando las delegaciones Tláhuac e Iztapalapa, donde se encuentran los hospitales general de Iztapalapa, pediátrico iztapalapa, materno-infantil Tláhuac, una unidad médica en el Reclusorio Masculino Oriente; y 13 unidades de atención primaria.
- Región VI, que integra las delegaciones Xochimilco y Milpa Alta, de las que dependen los hospitales general Milpa Alta y pediátrico Xochimilco; además de una unidad médica en el Reclusorio Femenino Sur y 7 unidades de atención primaria.

A consecuencia del sismo registrado ese mismo año en la Ciudad de México, las oficinas donde se encontraba la Dirección General, sufrió serios daños en su estructura llegando a la

[33] Establecimiento con personal médico y paramédico organizado, donde pacientes ambulatorios reciben atención médica. No cuentan con servicios de hospitalización. i*bíd*.p5

decisión de cambiar la sede, de Artículo 123, pero sus diferentes direcciones se distribuyeron en otras instalaciones pertenecientes a los servicios de salud, como el hospital general Xoco, el hospital general Villa, el hospital materno-infantil Tláhuac, entre otros.

En el mes de noviembre, son terminadas las obras en el terreno anexo donde se tenía el Hospital Central de Urgencias en Av. Jardín No 356, col. Del Gas en la Delegación de Azcapotzalco, y el 15 de noviembre de 1994, se inauguran estas instalaciones y se concentra nuevamente en un solo edificio, al personal de Nivel Central de esta Dirección General.

El 22 de enero de 1994, es nombrado Director General, el Dr. Armando Ruiz Massieu, quien anteriormente desempeñaba el cargo de Coordinador de Hospitales del Distrito Federal, dependiente de la Secretaría de Salud Federal. Al comienzo de su gestión el Dr. Ruiz Massieu realizó una destacada labor al interior de la Institución.

En 1995, a fin de que la Dirección General cumpliera adecuada y oportunamente con sus atribuciones, la institución vivió la quinta reestructuración.

Así la Dirección General se constituyó por: Dirección de Operación; Dirección de Control y Supervisión de Servicios de Salud; Dirección de Regulación de los Servicios de Salud; Dirección de Asuntos Jurídicos; Dirección de Enseñanza e Investigación.

Para mayo de 1996, obedeciendo las instrucciones encomendadas por las autoridades centrales del Departamento, se llevó a cabo un diagnóstico de las áreas sustantivas (médica) y administrativas, el cual manifestó la evidente necesidad de adecuar la organización, a las nuevas necesidades que se presentaban.

Por lo anterior era necesario, tener una estructura más congruente con los dos procesos de modernización que se avecinaban: la Reforma del Sistema de Salud del Departamento del Distrito Federal y la Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud al Gobierno del Distrito Federal.

Durante 1995 y 1996, se formularon diversas propuestas especialmente para definir el procedimiento y el modelo de descentralización, sin embargo el proceso de consulta y consenso se inició hasta 1997, así como la definición del programa de trabajo.

En el capítulo posterior, se abordará el tema del cambio político y administrativo que vivió el D.F. y las transformaciones que experimentaron los servicios de salud de la ciudad.

CAPITULO III

3. Política y gobierno en materia de salud en el D.F., 1997-2000

3.1 Organización político-administrativa del ISSDF

En 1996 la Oficialía Mayor del DDF, aprueba la sexta reestructuración de los Servicios de Salud, ante la necesidad de contar con una nueva estructura que sirviera como instrumento para coadyuvar el proceso de descentralización de los Servicios de Salud que desde 1994, se habían intensificado a nivel nacional.

La nueva estructura orgánica definida como "de transición", estuvo integrada por seis Direcciones de área: Dirección de Servicios de Salud; Dirección de Operación; Dirección de Proyectos Especiales y Descentralización; Dirección de Programación, Organización y Finanzas; Dirección de Asuntos Jurídicos y la Dirección de Enseñanza e Investigación.

Esta última reestructuración, no pretendió elevar costos, ni los recursos organizacionales, sino redimensionar y racionalizar la estructura, facultades y competencias que serían cubiertas con el presupuesto asignado sin solicitar ninguna ampliación.

La nueva estructura permitió a la Dirección General continuar con sus funciones de planeación, coordinación, control y administración de los programas que normaron el funcionamiento de hospitales y unidades de atención médica; promoviendo y manteniendo relaciones de coordinación con instituciones federales, estatales públicas y privadas de enseñanza médica, prestar servicios de medicina legal y suministrar atención quirúrgica a la población interna en reclusorios y centros de readaptación social del Distrito Federal, y cooperar con las autoridades competentes en todo lo que concierne a la salud de la ciudadanía; procurando en todo momento brindar un servicio de calidad a los casi 4 millones de habitantes[1] que pertenecen a la población no asegurada de la ciudad de México.

---

[1] *Dictamen de Propuesta de Reestructuración Orgánica 1997*. Dirección General de Servicios de Salud, documento interno, p.8

Cabe destacar, que durante ésta gestión se da la formulación y el desarrollo del proceso de descentralización de los servicios de salud del Distrito Federal, el proceso se inicia con la firma de las Bases de Coordinación para la Integración y Descentralización de los Servicios de Salud y el Departamento del Distrito Federal; publicado en el Diario Oficial de la Federación del 16 de agosto de 1984. En éstas bases se establece la creación de una comisión de trabajo denominada "Comisión para la Coordinación Programática", encargada de normar, programar, evaluar y controlar el proceso de descentralización.

En enero de 1997 se estableció el programa general constituido básicamente por los siguientes ámbitos de acción:

1.- Convenio de Coordinación Gobierno Federal-DDF

2.- Creación del ISSDF

3.- Creación del organismo público descentralizado Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

4.- Acuerdo Laboral y Sindical

5.- Acta de entrega-recepción SSA-DDF

6.- Adecuaciones administrativas y legislativas

7.- Difusión a la opinión pública y personal de la institución

8.- Formulación de Bases para un Sistema de Salud

9.- Evaluación ajuste de la operación

Participantes y Reuniones de Trabajo:

- En el proceso participaron los altos niveles del Gobierno de la Ciudad: la Secretaría de Finanzas; la Secretaría de Educación Salud y Desarrollo Social; la Oficialía Mayor; la Contraloría General y la Subsecretaría de Asuntos Jurídicos, principalmente.

- Se conformó un grupo entre las áreas mayores del D.F. y de la SSA, participando la SHCP, SECODAM y el jurídico de la Presidencia de la República.
- Los sindicatos de la SSA y del DDF por medio de sus representantes, tuvieron una participación activa durante el desarrollo del proceso.
- También mesas de trabajo realizadas con autoridades de salud de los estados de Durango, Guanajuato y Estado de México
- Reuniones con el Presidente de la Comisión de Salud y Asistencia Social de la Asamblea de Representantes del D.F.
- Fueron constituidos en marzo de 1997, grupos interinstitucionales de trabajo que sesionaron formalmente hasta la entrega-recepción finiquitada el 29 de agosto, los 4 grupos constituidos fueron:

1. Organización, personal y aspectos laborales y sindicales;
2. Patrimonio inmobiliario, bienes muebles y servicios generales;
3. Presupuesto y finanzas;
4. Asuntos Jurídicos;

- Cada uno de los grupos se constituyo por servidores públicos de nivel directivo de las dependencias señaladas y los participantes fueron de entre 15 y 20 por grupo.[2]

La descentralización del sector salud fue una estrategia fundamental del Plan Nacional de Desarrollo 1982-1988, con esta estrategia se favoreció la mayor participación de las entidades federativas en el otorgamiento de los servicios y su administración.

Dentro del proyecto de descentralización de los servicios de salud del Distrito Federal, se determino que la Secretaría de Salud Federal, sufriera una reestructuración funcional, destacando la creación del órgano desconcentrado Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal.

---

[2]*La Salud de la Ciudad,* ISSDF ,Departamento del Distrito Federal, documento interno, Noviembre de 1997, p.8

Se creó con la finalidad de que la Dirección General de Servicios de Salud y los Servicios de Salud Pública (jurisdicciones sanitarias, centros de salud, clínicas de especialidades y centros de control canino), se dieran a la tarea de otorgar facilidades de carácter operativo, responsabilidad y recursos, para unificar esquemas públicos de prestación de servicios de salud para aumentar la infraestructura y aprovechar los recursos.

Los antecedentes normativos que dieron sustento a la creación del ISSDF fueron:

- El artículo 4° de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos que consagra el derecho de toda persona a la protección de la salud como medio para mejorar el nivel de vida de la población.
- La Ley General de Salud de 1987 reafirma dicho precepto y distribuye la competencia sanitaria entre la Federación y las entidades federativas conforme a un criterio descentralizador.
- La Ley de Salud para el Distrito Federal de 1987, prevé la creación del Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, definiendo las competencias y responsabilidades entre la SSA y el DDF, así como las características locales de la prestación de los servicios.
- El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 dicta los lineamientos para operar los servicios de salud a la población abierta en forma descentralizada, incluyendo al D.F.
- El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, instrumenta los señalamientos del Plan Nacional en la materia.
- El Programa para el Desarrollo del D.F. 1995-2000, estableció el compromiso de garantizar el acceso universal a los servicios de salud mediante la consecución de su descentralización en esta administración.
- Convenio de Descentralización de los Servicios de Salud del D.F. del 3 de julio de 1997.

El Instituto de Servicios de Salud del D.F. (ISSDF) fue un órgano desconcentrado del Gobierno del Distrito Federal, dependiente de la Secretaría de Educación Salud y Desarrollo Social, creado como autoridad sanitaria y para el otorgamiento directo de los servicios de segundo nivel (médicos y urgencias) conformados dentro de la misma estructura orgánica del Instituto. Bajo la coordinación del ISSDF, se constituye el organismo Servicios de Salud Pública del Distrito Federal para la recepción de los recursos de la SSA y otorgamiento de los servicios de primer nivel y programas de salud comunitaria.

El objetivo general del ISSDF es "elevar el nivel de salud de la población del Distrito Federal a través de planear, organizar y desarrollar el Sistema de Salud del Distrito Federal, organizar y ejecutar las acciones de Regulación y Control Sanitario en materia de salubridad local, así como las de salubridad general concurrente con la Federación; dirigir, coordinar y normar la participación de las diferentes instancias de prestación de servicios de salud a población abierta y coordinar la participación de todas las instituciones del Sector Salud en el Programa que instrumente el Gobierno del Distrito Federal."[3]

Cuadro 1.Integración de la Junta Directiva del ISSDF. Se constituyó de la siguiente manera:

PRESIDENTE	Jefe del Departamento del Distrito Federal
VICEPRESIDENTE	Secretario de Educación Salud y Desarrollo Social, DDF.
CONSEJEROS	Secretario de Salud; Director General del ISSSTE; Rector de la UNAM; Presidente de la Academia Nacional de Medicina; Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía; Secretario de Gobierno, DDF Secretario de Finanzas, DDF Secretario del Medio Ambiente, DDF Oficial Mayor, DDF Coordinador General de Planeación y Evaluación, DDF;
INVITADOS PERMANENTES	Titular del ISSADF; Contralor General, DDF

De ésta manera, el Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal fue considerada como una dependencia desconcentrada del Gobierno del Distrito Federal, compuesta: por una

[3] *Manual de Organización del Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal,* Gaceta Oficial del Distrito Federal. 3 de julio 1997. p 7

Dirección General; Dirección de Coordinación y Desarrollo; Dirección de Servicios Médicos y Urgencias; Dirección de Enseñanza e Investigación; Dirección de Administración y Finanzas; Dirección de Infraestructura en Salud y por el (OPD) órgano público descentralizado Servicios de Salud Pública.

Además de una Dirección de Hospital, una Subdirección Médica y una Subdirección Administrativa en cada hospital de la red de la DGSMU. Con el objetivo de establecer mecanismos de evaluación y supervisión de las actividades que se realicen dentro de cada unidad hospitalaria, así como tener un mayor y mejor control de los recursos.

Como producto del convenio de descentralización de los servicios de salud antes mencionado, la responsabilidad y tareas asignadas al Instituto significa una mayor autonomía para la planeación, organización y administración de los recursos.

3.2 Cambio político y diagnóstico de los servicios de salud

El cambio político en el Distrito Federal, se da, como una necesidad de índole democrático, en la cual, la capital del país, no podía continuar siendo considerada como un Departamento Administrativo del Gobierno Federal.

Antes de julio de 1997 el Gobernador de la Ciudad de México, se le denominaba Regente de la Ciudad, en la actualidad es el Jefe de Gobierno del Distrito Federal; electo a partir del 2 de julio en forma directa por la ciudadanía por medio del sufragio universal.

En el año de 1993, en la administración del Presidente; Carlos Salinas de Gortari y del Regente de la Ciudad Manuel Camacho Solís, así como los grupos parlamentarios de la Cámara de Diputados, se afanaron para concluir los trabajos de la Reforma Política del Distrito Federal, la cual incluía la elección del Jefe de Gobierno del Distrito Federal, en forma directa por los ciudadanos; y posteriormente la elección de Delegados Políticos en las diferentes

demarcaciones del Distrito Federal esto hasta el 2 de julio del año 2000, asimismo la propuesta para la creación de una Constitución para el Distrito Federal.

El 2 de julio de 1997, fecha histórica para el Distrito Federal en dos aspectos fundamentales para la vida democrática de la ciudad: primero, la elección del Jefe de Gobierno del Distrito Federal por medio del sufragio, suprimiendo la tradición de ser el Presidente quién elegía al regente como parte de su gabinete; segundo, la llegada de un Jefe de Gobierno del Distrito Federal por medio del voto, emanado de un partido de oposición encontrando respuesta en una ciudadanía defraudada por las administraciones pasadas, denotando una convicción política contraria a la del partido en el poder; de esta manera la balanza se inclinó e identificó con un partido de izquierda que venía luchando por su ascenso al poder desde 1988 como lo es el PRD.

En este contexto su líder Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano como candidato del PRD a la Jefatura de Gobierno en 1997 asciende por la vía del voto popular ala Jefatura de Gobierno del Distrito Federal el 2 de julio de 1997, su administración que duro del 5 de diciembre de 1997 al 29 de septiembre de 1999 poco menos de dos años.

Para el 29 de diciembre de 1999, es ocupada la Jefatura de Gobierno del Distrito Federal en forma interina, por Rosario Robles Berlanga; ex Secretaria de Gobierno del Distrito Federal al iniciar la campaña de la candidatura Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano, a la Presidencia de la República por el PRD llevando una línea de continuidad en la Administración Pública del Distrito Federal.

En el proceso de transición política a partir de 1997, la Administración Pública del Distrito Federal no es ajena a estos, ya que en 1999 todavía bajo la administración del Ing. Cuauhtémoc Cárdenas surgen modificaciones al Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal y las formas de hacer política en la ciudad de México.

En la actualidad a partir del 2 de julio del 2000 la elección del Jefe de Gobierno del Distrito Federal y los Delegados Políticos, fue por medio de sufragio en el cual existe una

alternancia partidista en las Delegaciones del Distrito Federal lo cual demuestra la apertura democrática y la gran madurez de los partidos vencidos en la contienda electoral.

Al respecto, se ha venido dando una continua lucha por ganar espacios políticos los partidos de oposición en el Distrito Federal. Asimismo en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal donde existe un pluripartidismo derivado de esta apertura democrática, donde anteriormente el partido de Estado era el predominante para la aprobación de las iniciativas que enviaba el entonces Regente de la ciudad.

Cabe resaltar, que en la elección del 2 de julio del 2000, la ciudadanía del Distrito Federal vota a favor de nueva cuenta por un candidato a Jefe de Gobierno de un partido de oposición como lo es Andrés Manuel López Obrador actual Jefe de Gobierno del Distrito Federal, continuando durante seis años más; el intenso trabajo que amerita regir ala Ciudad de México con todas sus problemáticas en las diferentes materias que en ella se encuentran inmersas.

Así, el cambio en las estructuras políticas del Distrito Federal de 1997, afectó sustancialmente la Administración Pública y por ende a los Servicios de Salud del Distrito Federal ya que se encontraron frente a una serie de acontecimientos que vislumbraban un cambio no sólo en los Servicios de Salud del Distrito Federal sino en todo el contexto político de la Ciudad de México.

Para diciembre de 1997 el nuevo Gobierno del Distrito Federal se enfrentó una serie de problemas en el ISSDF, para lo cual se seleccionaron en orden de prioridad básicamente los que más afectaban a la población.

En el diagnóstico realizado por el GDF, encontró, falta de definición de los programas de cobertura y los prioritarios; además existía un déficit de médicos y enfermeras en el organismo desconcentrado llamado Servicios Médicos y Urgencias, ya que no se habían creado ninguna plaza desde 1991.

Por parte de los médicos que laboraban, se quejaban del deficiente abasto de medicamentos,

material de curación, instrumental, equipo y alimentos.

La infraestructura de la red hospitalaria del Instituto de Salud Pública del Distrito Federal (OPD) no se había modernizado desde 1960, les hacia falta mantenimiento, se registraban 528 solicitudes en este rubro.

Los hospitales generales de la DGSMUDF (hospitales de 2° nivel), no contaban con recursos físicos y equipo suficientes para brindar un servicio a su nivel.

Las autoridades de los hospitales se encontraban con problemas de habilidad y experiencia, al interior de las unidades aplicativas con críticas y divisiones, asimismo se carecía de un enfoque teórico-conceptual de la institución, de políticas de salud con objetivos a fines.

Para 1998 uno de los aspectos prioritarios del nuevo gobierno fue reunirse con el personal directivo y líderes sindicales, llegando a conclusiones para realizar un trabajo conjunto bajo las siguientes premisas:

1) "Los Servicios de Salud existen para el beneficio de la población;

2) Dado el compromiso técnico y humanístico del personal, tendríamos que respetar sus derechos y velar por su mejoramiento;

3) Identificar y apoyar las fortalezas de nuestras actividades en salud y desarrollarlas; el aspecto de asistencia social, para su solución eficiente, sería referido al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)". [5]

Así, se concreto el trabajo conjunto con directivos de los dos organismos se tomó la decisión que la misión era "Servir para una mejor Salud", con esta frase se hizo explícita la convicción de servir a la ciudadanía con honestidad, trabajo eficiente, coordinación efectiva y estimulando la participación ciudadana.

El 23 de enero de 1998, se inicio el Diplomado en Administración de Servicios de Salud. Con esta actividad se impulso la aplicación de conceptos y teorías que tienen validez

[5] *Este es Nuestro Trabajo*, Secretaría de Salud del Distrito Federal, Diciembre 1997-Abril 2000,p.10

internacional con el objeto de que los directivos de cada organismo que constituía al Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal tuvieran la misma perspectiva de la situación del Instituto.

Asimismo se pidió a los directivos en sus diferentes, niveles jerárquicos elaborara un diagnóstico situacional de su área con el objeto de aplicar criterios similares en cada caso.

En este sentido el Gobierno del Distrito Federal, encontró que la única forma de llevar acabo un diagnóstico situacional teniendo como base un "Modelo Sistémico" ordenado y coherente.

En el diagnóstico se puntualiza por la incongruencia que existe entre lo empírico y lo teórico o sea la realidad versus los hechos.

El modelo utilizado por el Gobierno del Distrito Federal, se desarrolló fundamentalmente en el análisis de lo externo; que es donde se encuentran las carencias sociales en materia de salud. *En este contexto cinco fueron las disciplinas objeto de estudio:*

- "Demográfica**s**.- Son las que captan datos en razón de los riesgos para la salud;
- Económica**s** (ingresos, ocupación, empleo);
- Epidemiológica**s** (Referente a enfermedades)
- Geográficas (vías de comunicación principalmente);
- Socioculturales (educación, vivienda y alimentación)". [6]

En el aspecto interno, el Gobierno del Distrito Federal se encontró con el problema de la insuficiencia de recursos para la atención de las necesidades por lo cual se tomo la decisión de que los recursos existentes se deben utilizar donde causen un mayor beneficio.

El análisis de lo interno basado en las siguientes premisas:

- "Disponibilidad.- Se listan los recursos y se estudia la forma en que están organizados para prestar un servicio;
- Acceso de la población a los servicios.- esto depende de la eliminación de barreras

[6] *ibíd*. p. 12

económicas y culturales, de transporte y otras, de tal manera que los solicitantes acudan oportunamente a recibir el servicio que requieren;

- Aceptabilidad del servicio.- la población debe tener la oportunidad de opinar acerca del servicio que recibe;
- Calidad.- se aceptaron algunos indicadores relacionados con el proceso, pero lo esencial estriba en resultados; por ejemplo la disminución de las enfermedades prevenibles o menor número de complicaciones en un procedimiento quirúrgico;
- Costos.- Su estudio permanente es esencial para mejorar equipo, instrumental, instalaciones, salarios y cualquier acción que dé por resultado una mejor salud de la población." [7]

Con las premisas resaltadas anteriormente, el Gobierno del Distrito Federal no logró lógicamente conocer en forma total el funcionamiento del Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, pero sí de formar un juicio si se cumplía el objetivo de servir.

En respuesta al diagnóstico situacional que se vivía en el Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal; al respecto el Gobierno del Distrito Federal, emprendió varias medidas como :

- La creación de la *Comisión para la Protección de Insumos para la Salud* con el objeto de administrar de manera eficiente el abasto, adquisición, almacenamiento, distribución, así como el uso adecuado de los recursos materiales como medicamentos, material de curación y reactivos para laboratorio e imagenología;
- Se reorganizaron las farmacias, por medio de la capacitación de los encargados;
- Se constituyó el primer "Comité de Ciudadanos Voluntarios" con la finalidad de asesorar, vigilar y participar en la supervisión de la Comisión.

En este sentido el Gobierno del Distrito Federal, colaboró de manera conjunta con los

[7] *loc.cit.*

miembros de la Comisión de Salud y Asistencia Social de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, para llevar acabo los cambios correspondientes ala Ley de Salud para el Distrito Federal publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal en marzo de 1999, también se colaboró con órganos del Gobierno del Distrito Federal para efectuar modificaciones ala Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal asimismo con el Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.

Cabe resaltar, en esta etapa del Instituto de Servicios de Salud, la Secretaría de Educación Salud y Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal, como cabeza de sector pidió al Instituto que colaboraró con algunas acciones como:

I.- ”Elaboración de un marco teórico-conceptual del trabajo;

II.- Un Diagnóstico Situacional del Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal;

III.- Definición de una política social que debía derivarse de la definida por la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social”. [8]

Con respecto al marco teórico-conceptual, se definió en forma inmediata y sintética el cual derivó en:

- La razón de ser de los Servicios de Salud es beneficiar ala ciudadanía y grupos sociales del Distrito Federal;
- Derivado del compromiso ético y profesional de los empleados de los Servicios de Salud habrá un respeto estricto a sus derechos laborales;
- En materia de administración de recursos fue indispensable sustentarse en experiencia y conocimientos establecidos a nivel internacional y mantenerse actualizados al respecto para optimizar los recursos de la institución;

Llegando a la definición que existen tres subsistemas que interactuan en un sistema de salud:

[8] *Ibíd*. p.9

1) **"***El de Servicios de Salud*: que se encarga de mantener y promover la salud de la población del Distrito Federal y efectuar una adecuada vigilancia epidemiológica;

2) *Un Subsistema de Atención Médica*: cuya finalidad es la de prevenir la enfermedad (conjuntamente con servicios de salud), curar las enfermedades agudas, controlar las crónicas y degenerativas con una buena calidad de vida;

3) *Asistencia Social*: este tercer componente del sistema en su sentido amplio es el que se asignó al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia.

II.- *Diagnóstico Situacional* (ya descrito en párrafos anteriores)

III.- *Política Social*.- Las políticas de salud que se resaltan derivan de la consulta a la ciudadanía y sus propuestas están sujetas a la revisión por parte de las autoridades de la institución.

El Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal por medio de las actividades académicas prioritariamente, se inicio la integración del personal de los dos organismos para cumplir el objetivo se llevaron acabo 138 cursos de educación médica continua y 1,378 sesiones académicas.

En abril de 1998 se planeo el Programa de Educación para la Salud de la Familia, consistente en visitar casa por casa en las regiones marginadas del Distrito Federal elaborando un diagnóstico situacional entre octubre y diciembre de 1998; con un personal equipado y capacitado que ascendía a 3000 mujeres jóvenes.

El objetivo del programa fue promover la educación para la salud, asimismo conocer la necesidad de la población, con la finalidad de definir una estrategia de carácter preventivo.

En este mismo año se construye el Centro de Salud Campestre Potrero en Iztapalapa, se remodelaron tentativamente 39 centros más, y se inauguró el Centro de Salud Santa Catarina en Tláhuac; Minas de Cristo y la Cascada en Álvaro Obregón.

Por otro lado, se remodelaron y construyeron los almacenes de Residuos Biológico Infecciosos en el Hospital General Gregorio Salas, Materno Infantil Cuajimalpa, en los

pediátricos como: Legaría, Iztapalapa y Tacubaya; la construcción de las clínicas de Displasias en los Hospitales Materno Infantiles Inguarán, Cuajimalpa y Hospital Pediátrico de Iztapalapa.

Así se concluye con algunas de las principales acciones realizadas en 1998, etapa posterior, donde el Gobierno del Distrito Federal por medio del Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal recibe la integración de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal como Organismo Público Descentralizado, resaltando sus problemáticas en político-administrativa, las cuales enfrentaron para iniciar en forma integral el funcionamiento del Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal.

3.3 Conformación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal 2000-2003

El Sistema de Salud del Distrito Federal en sentido estricto es un sistema de reciente creación, ya que parte de una reestructuración donde el primer nivel de atención a la salud se separa del Gobierno Federal, del que antes dependía orgánica y normativamente. Sin embargo aún presenta perfiles indefinidos y persiste el proceso de integración y consolidación.

Desde los primeros días el Sistema de Salud, se planteó como el primer reto, la gestión de la Secretaría de Salud del D.F. siendo necesario, el diseño y el establecimiento de las bases para su reestructuración general a partir de las políticas de salud definidas en el marco del Programa General de Gobierno del Distrito Federal.

En este sentido, la Secretaría de Salud del Distrito Federal no sólo absorbe las atribuciones del Instituto de Servicios de Salud sino que las incrementa, como rectora del Sistema de Salud en la Ciudad.

3.3.1. Estructura orgánica

La estructura orgánica de la Secretaría de Salud del D.F. es la siguiente:

1.-"*Secretaría de Salud*.- esta en capacidad de:

- Fomentar la salud integral, por medio de la coordinación intrasectorial.

- Vincular la salud con el desarrollo, mediante la coordinación con otros sectores.
- Fortalecer el papel rector y de autoridad sanitaria del Gobierno del Distrito Federal, como instancia responsable de regular y normar el funcionamiento del sector salud en nuestra entidad federativa.
- Fortalecer la red de servicios del D.F. a fin de responder adecuadamente a los complejos problemas de salud de la población; lograr mayor equidad en el acceso de la población a los servicios de salud, utilizar eficientemente los recursos humanos, técnicos, administrativos y financieros; prestar servicios de calidad, expresada en el mejoramiento de sus indicadores; y alcanzar la satisfacción de usuarios y de profesionales de la salud.
- *Asegurar el acceso para la atención a la salud de toda la población mediante la eliminación de las barreras económicas, organizacionales, culturales y geográficas.*

3. *Dirección General de Servicios de Salud Pública*: (SSPDF) está conformada por la Dirección de Servicios de Salud, la Dirección de Educación para la Salud Familiar y Comunitaria, la Dirección de Vigilancia Epidemiológica, la Dirección de Administración y Finanzas y la Contraloría Interna.

Objetivo General: Prestar los servicios de salud pública y de atención médica de primer nivel en el Distrito Federal para población no derechohabiente, en donde las acciones y servicios son enfocados, básicamente, a preservar la salud mediante saneamiento básico y protección específica, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y, en su caso, la rehabilitación de padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de baja complejidad técnica.

4. *Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias*: integrada por la Dirección de Atención Hospitalaria y la Dirección de Urgencias y Medicina Legal.

Objetivo General: Coordinar y dirigir el desarrollo de programas y acciones, de acuerdo a la normatividad para la prestación de servicios médicos hospitalarios a cargo de la SSDF.

5. *Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial:* Conformada por la Dirección de Planeación y Evaluación, la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial y la Dirección de Información.

Objetivo General: desarrollar y consolidar la capacidad de respuesta del Sector Salud del D.F para hacer frente a las necesidades de salud de la población mediante servicios de salud eficiente, equitativos y de calidad.

6. Dirección General de Políticas y Programas de Medicamentos e Insumos: Objetivo General: Administra de manera eficiente el abasto, adquisición, almacenamiento, distribución, así como el uso adecuado de los recursos materiales, como medicamentos, material de curación y reactivos para laboratorio e imagenología.

7. Dirección General de Administración y Finanzas: Administra los recursos financieros y las funciones de carácter administrativo, operando los recursos materiales, humanos y servicios generales".[9] (Véase anexo 1)

3.3.2 Recursos físicos

La infraestructura con que cuenta la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en especifico para atender la demanda de la población usuaria es de "210 Centros de Salud (TI-TIII), 26 hospitales integrando al de Ticomán; 5 unidades médicas en reclusorios; dos centros de atención Toxicológica; ocho clínicas de Especialidad; 42 unidades de medicina legal, 74 Consultorios Médicos Delegacionales y un Centro de Salud Pública (Condesa)" este último encargado de la atención de pacientes con VIH.

[9] *Memoria: una Visión Integral* ,Secretaría de Salud del Distrito Federal documento interno, 2000.p.43

De esta forma, se cuentan con 134 farmacias en total, 108 en Servicios de Salud Pública y una por cada unidad hospitalaria de los Servicios Médicos y Urgencias (26). El total de camas es de 3,999 distribuidas en el segundo nivel de atención y los hospitales con mayor número de estas son: Hospital de la Mujer (246), Rubén Leñero (230), A. González (220), Xoco (204), Balbuena (174) y Villa (138).

Por otro lado, los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, como Organismo Público Descentralizado (OPD) esta conformado estructuralmente por: "16 Jurisdicciones Sanitarias; 230 Centros de Salud Generales y Especializados; Un Hospital General (Ticomán); Un Servicio de Vigilancia Epidemiológica; Una Dirección de Regulación Sanitaria; El Centro dermatológico "Ladislao de la Pascua" Un Taller de producción Institucional." [10]

Asimismo se define y clasifica el concepto de Centro de Salud como " las unidades de primer nivel de atención, desarrollan acciones dirigidas al individuo, a la familia, a la comunidad y a su medio ambiente; los servicios están enfocados prioritariamente a preservar la salud por medio de las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, cuya resolución es factible con recursos de poca complejidad técnica; además, estimulan las formas de organización y participación comunitaria de los servicios.

En una definición más específica, los Centros de Salud se entiende como el núcleo básico de servicios esta constituido por un médico familiar o general y dos enfermeras, una trabajadora social y odontólogo. Recibe apoyo técnico en saneamiento, de la educadora para la salud y del técnico en nutrición." [11]

---

[10] La Jurisdicción Sanitaria juega un papel importante en la nueva estructura de los servicios de salud del Distrito Federal; se entiende como Jurisdicción Sanitaria: "A la unidad técnico administrativa dependiente de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, que funge como enlace entre el nivel operativo y el nivel central. Cuenta con recursos para planear, coordinar, supervisar y evaluar las acciones integrales de atención médica a población abierta, de salud pública y de fomento sanitario. *Este es Nuestro Trabajo.* Diciembre 1997-2000, Secretaría de Salud del D.F. documento interno, p. 5

[11] Los Centros de Salud se clasifican en :**Centros de Salud T-I.-** Integrado por uno a dos núcleos básicos y atiende hasta 1000 familias; se ubica en áreas urbanas de baja concentración poblacional, cuenta con consultorio médico, sala de espera, área de curaciones e inmunizaciones y sanitario. Con base en la regionalización operativa podrá contar con consultorio de odontología. **Centro de Salud T-II.-** Integrado por tres a seis núcleos básicos de salud y encargado de atender hasta 3000 familias, cuenta con consultorio de odontología por cada tres núcleos básicos y de acuerdo con estudios de regionalización y demanda, a partir del sexto núcleo contará con servicios de laboratorio clínico, tiene de dos a seis consultorios médicos, dispone de sala de espera, central de equipos y esterilización inmunizaciones, dirección, administración, epidemiología, estadística, farmacia, salón de usos múltiples y sanitarios. **Centro de Salud T-III.-** Integrado por siete núcleos básicos o más y atiende hasta 8000 familias, cuenta con siete a dieciséis

Los Servicios Médicos y de Urgencias órgano desconcentrado del Gobierno del Distrito Federal está constituido por:

- Siete Hospitales Generales;
- Una red de 11 hospitales Pediátricos;
- Siete Hospitales Materno-Infantiles;
- 18 Clínicas de excelencia, funcionando en 12 hospitales de la red;
- Seis servicios médicos en reclusorios. Uno de ellos con atención hospitalaria.
- 400 médicos legistas adscritos a las agencias del Ministerio Público;
- Dos Centros Toxicológicos;
- Una Escuela de Enfermería;

En este sentido, la Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal participa activamente con 16 grupos intersectoriales:

- "Consejo Asesor de Desarrollo Urbano del Distrito Federal
- Consejo Consultivo de Abastecimiento del Distrito Federal
- Consejo del Desarrollo Social del Distrito Federal
- Consejo de Prevención del Delito
- Consejo Directivo de Atención a la Salud Integral del Escolar
- Consejo Directivo de la Junta de Asistencia Privada
- Consejo Promotor para la Integración y Desarrollo de las Personas con Discapacidad
- Comisión de Salud Reproductiva y Planificación Familiar del Consejo de Población del Distrito Federal
- Comisión Metropolitana del Medio Ambiente
- Comité de Informática del Distrito Federal

---

consultorios, consultorio de odontología por cada tres núcleos, sala de espera, salón de usos múltiples, CEYE, área de curaciones e inmunizaciones, laboratorio, radiodiagnóstico, consultorio de optometría; área de trabajo social, de educación para la salud, enfermería, consultorio de salud mental, epidemiología estadística, dirección, administración, farmacia y almacén. ***Ibid, p 20.***

- Comité de Protección Civil del Distrito Federal
- Comité de Protección Contra la Abeja Africana
- Grupo de Planeación del Sistema del Gobierno del Distrito Federal
- Grupo de Trabajo del año 2000
- Programa Pro mujer
- Sistemas de Servicios Comunitarios Integrados." [12]

Asimismo la SSDF obedeciendo a sus atribuciones convoca y participa coordinadamente con instituciones que están en la Ciudad de México como el IMSS, ISSSTE, Servicios Médicos del DIF-DF, PEMEX, Secretaría de Marina.

3.3.3. Recursos humanos

Los recursos humanos en los servicios médicos y urgencias del Gobierno del Distrito Federal es el siguiente: personal médico 2,111; personal paramédico 5519, otro personal 2917; por otro, lado los recursos humanos en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal es el siguiente: personal médico 2,213 y paramédico 2,194. En este rubro, la Secretaría de Salud del Distrito Federal se ha dado a la tarea de realizar una propuesta en materia de recursos humanos en la red de hospitales, para hacer frente a la demanda de servicios de salud por parte de la población usuaria del Distrito Federal, por lo cual se presenta el siguiente cuadro comparativo.

[12] *Este es Nuestro Trabajo*, *Op. cit*. p.23

Cuadro 2. Comparación entre plantilla actual y la plantilla propuesta, red de hospitales SSDF,2003[13]

Puesto	Plantilla actual de Médicos Hospitales			Total de actual	Propuesta 1,760 hrs. con Medicina interna Hospitales			Total Propuesto	Dif.
	Generales	Pediátricos	Materno-Infantiles		Generales	Pediátricos	Materno-Infantiles		
Especialistas	708	377	209	1294	811	362	228	1401	-107
Jefes de Servicio	64	73	37	174	86	74	42	202	-28
Otras Actividades	107	61	41	209	77	66	26	169	40
C.Dentista	55	72	33	160	14	11	4	29	131
Generales	134	67	73	274	0	0	0	0	274
Subtotal	**1,068**	**650**	**393**	**2,111**	**988**	**513**	**300**	**1,801**	**310**

Puesto	Plantilla actual de Enfermería Hospitales			Total de actual	Propuesta 1,760 hrs. con Medicina interna Hospitales			Total Propuesto	Dif.
	Generales	Pediátricos	Materno-Infantiles		Generales	Pediátricos	Materno-Infantiles		
Especialistas	222	136	82	440	470	217	56	743	-303
Generales	1,098	923	322	2343	881	950	529	2360	-303
Otras actividades	273	185	97	555	385	197	92	674	-119
Auxiliares	47	0	0	47	0	0	0	0	47
Subtotal	**1,640**	**1,244**	**501**	**3385**	**1,736**	**1,364**	**677**	**3,777**	**-392**

Puesto	Plantilla actual de Otros Serv. Paramédicos Hospitales			Total de actual	Propuesta 1,760 hrs. con Medicina interna Hospitales			Total Propuesto	Dif.
	Generales	Pediátricos	Materno-Infantiles		Generales	Pediátricos	Materno-Infantiles		
Dietología	214	198	82	486	246	205	109	560	-74
Trabajo Social	197	145	73	415	86	86	46	218	197
Archivo-R. Médicos-admisión	225	144	76	445	153	143	92	388	57
Técnicos Aux. de diagnóstico y trat.	326	177	67	570	296	166	107	569	1
Otros profesionistas	49	27	7	83	21	12	1	34	49
Otros servicios	81	39	15	135	34	44	29	107	28
Subtotal	**1,092**	**730**	**312**	**2,134**	**836**	**656**	**384**	**1,876**	**258**

Puesto	Plantilla actual de P. Administrativo Hospitales			Total de actual	Propuesta 1,760 hrs. con Medicina interna Hospitales			Total Propuesto	Dif.
	Generales	Pediátricos	Materno-Infantiles		Generales	Pediátricos	Materno-Infantiles		
Administrativos	776	636	332	1,744	346	328	186	860	884

Puesto	Plantilla actual de P. Servicios	Total de	Propuesta 1,760 hrs. con	Total	Dif.

[13] *Informe de Trabajo 2002*, véase en Universo de Salud, vol.3, año. 3, núm.20, Junio 2003, Secretaría de Salud del Distrito Federal, p.37

	Generales Hospitales			actual	Medicina interna Hospitales			Propuesto	
	Generales	**Pediátricos**	**Materno-Infantiles**		**Generales**	**Pediátricos**	**Materno-Infantiles**		
Intendencia	293	305	87	685	406	337	114	857	-172
Mantenimiento	96	70	39	205	116	88	39	243	-38
Otros Servicios	203	49	31	283	247	203	63	513	-230
Subtotal	**592**	**424**	**157**	**1,173**	**769**	**628**	**216**	**1613**	**-440**
Total	**5,168**	**3,684**	**1,695**	**10,547**	**4,675**	**3,489**	**1,763**	**9,927**	**620**

La plantilla general de recursos humanos de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias (hospitales) clasificados por hospital, demuestra la carencia de personal médico, que contabilizan 2,111 que existe en la institución, teniendo un mayor peso en número las áreas de servicios paramédicos con 2134 (excluyendo enfermería que cuenta con 3,385); servicios generales con 1,173 y administrativos 1744. De llevarse a cabo ésta propuesta, se estaría recortando 620 plazas en las diferentes categorías; llama la atención el recorte en el área médica y paramédica.

3.3.4.Recursos financieros

En lo que se refiere a recursos financieros para el Programa de Salud del Distrito Federal, es financiado básicamente con recursos locales, ya que en 2003 las contribuciones federales representaron sólo el 25.7% del total de recursos destinados por el GDF en materia de salud pública, tal y como se presenta en el cuadro siguiente:

Cuadro 3. Presupuesto ejercido en la SSDF según origen y destino de los recursos, 2001-2003 [14](mdp)

Concepto	2001 R. Locales		2002		2003	
	Pesos	**%**	**Pesos**	**%**	**Pesos**	**%**
Salud	2´798,791	50.0	2´920,697	43.2	2´777,015	37.8
Programas sociales	1´278,889	22.8	2´198,635	32.5	2´687,024	36.5
Subtotal	**4´077,680**	**72.8**	**4´098,380**	**75.7**	**5´464,039**	**74.3**

[14] *Informe de Trabajo 2003*, véase en Universo de Salud, vol. 4, año 4, núm. 25. mayo 2004,documento interno Secretaría de Salud del Distrito Federal, p.39

Concepto	2001 R. Federales		2002 Ramo 33		2003 Asignaciones a Estados y Municipios	
	Pesos	**%**	**Pesos**	**%**	**Pesos**	**%**
Salud	1´523,430	27.2	1´640,720	24.3	1´891,240	25.1
Total (GDF y Federales)	**5´601,110**	**100.0**	**6´760,051**	**100.0**	**7´355,799**	**100.0**

***Presupuesto ejercido**
Fuente: *Informe de Trabajo 2003*. véase en Universo de Salud. Vol. 4. año 4 No. 25. mayo 2004. documento interno Secretaría de Salud. Gobierno del Distrito Federal. p.39

Las cifras representadas anteriormente muestran el comportamiento, del presupuesto local, autorizado por la Asamblea de Legislativa del Distrito Federal a la SSDF, lo cual podemos observar que los recursos locales en el año 2001, tuvieron un incremento hacia 2002 y en 2003 una ligera disminución; por otro lado en el rubro de programas sociales hubo un incremento muy significativo del 2.2% en el año 2000 al 22.8% en el 2001, precisamente en el año en que, entra en vigor el Programa de Servicios Médicos y Medicamento Gratuito, para que posteriormente entre 2002 y 2003 se posicionará con un aumento presupuestal de 32.5% y 36.5% contando con un presupuesto total ejercido al 74.3% de **5´464,039** en el 2003.

Por otro lado los recursos destinados a salud, por parte del Gobierno Federal también hubo un incremento entre el año 2001 y 2002 pero mucho más moderado, para cerrar con una disminución en el año de 2003, con un presupuesto total ejercido de **7´355,279.**

A continuación se presenta, el desglose del presupuesto ejercido por la SSDF, dividido en capítulos presupuéstales:

Cuadro 4. Presupuesto ejercido en salud por capítulo de gasto recursos locales y recursos federales, 2003 (mdp)[15]

Capítulo	Secretaría de Salud (Recursos locales)	Salud Pública (recursos federales ramo 33)	Total presupuesto en salud
1000 Servicios Personales	2´128,266	1´656,858	3´785,124
2000 Materiales y Suministros	309,923	112,084	457,428
3000 Servicios Generales	165,415	109,326	274,741
4000 Ayudas, subsidios y transferencias	2´775,229	518	2´775,747
5000 Bienes muebles e inmuebles	1,444	25,442	26,886
6000 Obra pública	89	1,891	1,980

[15] *Informe de Trabajo 2003*, véase en Universo de Salud. vol. 3. año 3. junio 2003, documento interno Secretaría de Salud del Distrito Federal, p.44

Obra ejercida por la Secretaría de Obras	68,793		68,793
Total	**5´449,159**	**1´906,120**	**7´355,279**

Fuente: ***Informe de Trabajo 2003*****, Universo de Salud, vol. 3. año 3. junio 2003. documento interno Secretaría de Salud del Distrito Federal. .**

El presupuesto ejercido por capítulos presupuéstales para el 2003 por la SSDF, y los gastos ejercidos por el (OPD) Servicios de Salud Pública; en el primer caso podemos observar que en el capítulo 4000 fue donde se ejerció la mayoría del presupuesto en este sector con 2´775,229; y en segundo término el capítulo 1000 de servicios personales con 2´128,266 y en tercer lugar el capítulo 2000 de materiales y suministros teniendo un ejercicio de 309,923 , los otros tres capítulos con cantidades menos significativas. Por otro lado, el restante de la Secretaría, al igual que en Salud Pública su gasto mayor fue en el capítulo 1000 de servicios personales con 1´656,858, en segundo término el capítulo con mayor presupuesto ejercido fue el 2000 de materiales y suministros con 112,084, el tercer sitio lo ocupa el capítulo 3000 Servicios Generales con 109,326 de presupuesto ejercido. En este sentido, el total del presupuesto ejercido en el 2003 fue de 7´355,279.

3.3.5 Legislación en los servicios de salud

Con la finalidad de fortalecer la organización y el funcionamiento del Sistema de Salud del D.F. y mediante decidido apoyo de la Asamblea Legislativa del D.F, se llevó a cabo con la adecuación del marco jurídico con las modificaciones a la Ley de Salud para el Distrito Federal, a la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal y al Reglamento de la Administración Pública del Distrito Federal 1999.

Las modificaciones más significativas, fueron las que se introdujeron a la Ley de Salud para el Distrito Federal de 1999, con la redefinición del Sistema de Salud del Distrito Federal; la creación de la Secretaría de Salud al 1 de enero de 1999, en sustitución del Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal; y la constitución del Consejo de Salud del Distrito Federal.

Sé definió, con mayor amplitud el concepto de Sistema de Salud del Distrito Federal, de

acuerdo en lo señalado en el artículo 5° de la Ley General de Salud. [16]

Con respecto a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, las modificaciones le permiten incrementar su capacidad para conducir el Sistema de Salud del Distrito Federal, al otorgarle facultades para establecer convenios en materia de salud con otros estados e instituciones de atención a la salud y disponer de un presupuesto propio.

En el Consejo de Salud del Distrito Federal, se definieron las instancias que lo constituyen; entre éstas, se incluyó a un representante de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal a efecto de lograr una mayor participación de este órgano en el seguimiento y vigilancia de los procesos de prestación de servicios de salud.

La adecuación más relevante, concierne al artículo 29 de la Ley de la Administración Pública del Distrito Federal donde establece las atribuciones de la Secretaría de Salud para poder cumplir con el despacho de las materias relativas a la formulación, ejecución, operación y evaluación de las políticas de salud del Distrito Federal.

Básicamente, el sentido de las leyes y reglamentos están orientados a que la Secretaría de Salud del Distrito Federal, tenga la capacidad para coordinar la operación de los programas y acciones de salud, que realizan las instancias de prestación de servicios (SSPDF y SMUDF); y que la Dirección General de Planeación, se constituye como la instancia responsable de normar y regular al Sistema de Salud, incluyendo el aspecto programático presupuestal y que el área de Regulación Sanitaria tenga atribuciones de control, vigilancia y fomento sanitario de los bienes y establecimientos comerciales; y a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias la faculta para organizar, operar y controlar la prestación de servicios de atención médica permanente y de urgencias de las unidades hospitalarias y otras unidades médicas.

De esta manera, las modificaciones al marco jurídico, otorgaron a la Secretaría de Salud del

[16] Conjunto de unidades administrativas y órganos desconcentrados del Gobierno del Distrito Federal y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acciones que se suscriban con dependencias o entidades de la Administración Pública Federal. *Ley de Salud para el D.F.*,Gaceta Oficial del Distrito Federal, 30 de marzo de 1999. p.1

Distrito Federal la autoridad legal para cumplir con su responsabilidad de mantener y mejorar la salud de la población.

3.3.6. Políticas y acciones en materia de salud 2001-2006

En el período 2001-2006, se considera una ampliación planificada de los servicios de salud que presta el gobierno con la finalidad de constituir un sistema integral con calidad, asimismo de contar con una cobertura completa de la población no asegurada. Para lograr ésto el Gobierno del Distrito Federal planteará al Gobierno Federal, revisar el Convenio de Descentralización en 2001 con el objeto de garantizar la aprobación de más recursos financieros; así como de contar con una mayor capacidad de decisión sobre los programas y recursos e integrar eficazmente el primer y segundo nivel de atención. Asimismo acciones que deriven en la construcción gradual de centros de salud y hospitales, en zonas donde la población viva en condiciones precarias, a fin de asegurar una adecuada cobertura al final del sexenio.

En este sentido el Gobierno del Distrito Federal tiene previsto realizar las siguientes acciones en la materia:

- "Reforzar las medidas de protección contra riesgos colectivos que amenazan la salud de toda la población a través de un sistema de vigilancia epidemiológica eficiente y acciones de intervención rápida a fin de evitar que se presenten epidemias o intoxicaciones masivas.
- Intensificar las acciones de promoción de la salud y preventivas en estrecha coordinación con las instituciones de seguridad social. Se dirigirán prioritariamente a abatir las principales causas de enfermedad y muerte así como la gran epidemia de nuestro tiempo, el VIH-SIDA. Estas acciones requieren de una nueva relación con los ciudadanos basada en su participación efectiva a través de los comités de salud, en coordinación con los comités vecinales y las organizaciones civiles.

- *A partir del 2001 se pondrá en marcha un programa prioritario de servicios médicos y medicamentos gratuitos para la población no asegurada en los centros de salud y hospitales de gobierno como lo establece la Ley de Salud del Distrito Federal. Con este programa se abatirá además el desabasto de medicamentos y se promoverá su uso racional, seguro y científicamente bien fundado.*
- En el corto plazo, se avanzará en la integración funcional de todos los servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal y se fortalecerá la capacidad de los centros de salud para resolver problemas. Se dará, asimismo, mantenimiento sistemático a instalaciones y equipo para mejorar el servicio y ofrecer condiciones dignas a los usuarios y los trabajadores. Se constituirá, junto con el resto de las instituciones de salud, un sistema eficaz de urgencias para atender a las victimas de los accidentes y violencias que estará funcionando plenamente en el 2002.
- Se iniciará un sistema de pensión universal, para contribuir a crear las condiciones necesarias de una vida segura y digna para los adultos mayores. Con ello se dará cumplimiento a los preceptos plasmados en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal. Se establecerá desde el primer año, como programa prioritario, un apoyo económico para alimentos y medicamentos a 200,000 adultos mayores a 70 años. Este programa se ampliará gradualmente a proporcionar visitas domiciliarias de asistencia social y médica a todos los integrantes de este importante y creciente grupo de la población." [17]

Para dar cumplimiento a los lineamientos descritos anteriormente, el Gobierno de la Ciudad se propone garantizar la calidad de los servicios y dignificar el trabajo en ellos buscando los consensos necesarios con los trabajadores y la representaciones sindicales correspondientes.

[17] *Programa de Gobierno del Distrito Federal 2000-2006*, véase en hhtp//.salud.df.gob.mx./estruc_directorio/index.html

Además se promoverá paralelamente una nueva ética de servicio entre el personal y un código de derechos de los usuarios para brindar una atención humanamente digna y científicamente competente.

En este sentido el Programa de Gobierno del Distrito Federal 2000-2006 en el rubro de salud, contempla los programas implementados en el 2001, como el Programa de Compensación para las Familias Beneficiarias de la Leche LICONSA así como el Programa de Apoyo Alimentario para Adultos Mayores de 70 años y el *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos,* éste último, objeto de la presente investigación, y que se señalan en el capítulo posterior, algunas referencias en materia de salud, para contar con una visión más amplia de la situación que prevalece en el Distrito Federal.

CAPITULO IV

4. La política de salud en el Distrito Federal y el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos 2001-2003

4.1 Fundamentación General del Programa

Uno de los principales problemas que enfrentan los sistemas de salud, es la escasez en el suministro de medicamentos e insumos, ya que reprimen en forma severa al primer nivel de atención y elevan la demanda en los niveles subsecuentes.

En este sentido, los medicamentos e insumos son fundamentales para cualquier sistema de salud, siendo un instrumento básico para enfrentar las diferentes enfermedades existentes. El gasto en este rubro representa un porcentaje importante del presupuesto destinado a la salud. Por ejemplo, México gastó aproximadamente el "2.6% del PIB y se dedicó el 5% a la compra de medicamentos; el mismo porcentaje se destinó en la década de los 80 y 90".[1] En los países industrializados se destina del "12 al 15% del PIB en salud y se ocupa menos del 10%" [2] de dicho gasto en medicamentos.

Así, es necesario establecer medidas focalizadas a racionalizar el gasto en medicamentos y asegurar un "proceso integral óptimo desde la selección, hasta el uso de los medicamentos en población. Este proceso debe sustentarse en estudios "fármaco epidemiológicos y fármaco económicos."[3]

---

[1] *Manual de Operación del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos,* "Perfil de Proyecto SSDF", Dirección General de Medicamentos e Insumos para la Salud. México 2001. p.1

[2] *loc.cit.*

[3] Fármaco-epidemiología.- Se refiere al estudio de los efectos de los medicamentos sobre la sociedad. El estudio de las determinantes , características y efectos del uso de los medicamentos en grandes poblaciones. Dicho de otra forma: la aplicación de lo métodos de la Epidemiología al estudio de la utilización de los medicamentos. Fármaco-economía.- Una de sus principales áreas de intéres es la distribución equitativa de los recursos de salud entre los diferentes estratos sociales. La noción de equidad procede de la observación de que los recursos no están igualmente distribuidos entre los diferentes segmentos sociales.
Consulta en Internet w.w.w.monografías.com./trabajos12/farmacoe.

Es de resaltar, que los medicamentos cobran tal importancia, ya que son los que dan legitimidad a los sistemas de salud y su credibilidad en relación a la cura o alivio de las enfermedades, reconociendo que una enfermedad es el producto de factores sociales, ambientales, económicos y culturales que impactan en el individuo y en las poblaciones.

Por otro lado, la constante entrada en el mercado de productos farmacéuticos de innovación, contemplados como superiores a los ya establecidos, hace un llamado a que los trabajadores en el rubro de la salud mantengan una actitud crítica sobre las ventajas o desventajas terapéuticas de lo moderno o lo antiguo. Se tiene la idea que la innovación es lo mejor, aunque en muchos casos no lo es. Existen formas por medio de las cuales se comprueba esto, tales como: los ensayos clínicos controlados y otro como son la fármaco epidemiología y la fármaco economía.

Un aspecto importante es la contención del gasto en productos e insumos farmacéuticos y su uso racional de éstos, el cual es un deber ante la creciente aparición de enfermedades crónico y degenerativas de la población en la tercera edad; y a la continua aparición de medicamentos nuevos, así como y al elevado número de presentaciones farmacéuticas (muchas de ellas polifármacos), al creciente número de medicamentos que no requieren de receta médica para su venta, así como a la aparición de fármacos más potentes y efectivos, resultando un mayor uso y prescripción más delicada.

Una vía efectiva, sostiene una mejor relación costo-beneficio[4] y costo-efectividad[5], es la terapia medicamentosa, en contraparte, con otras alternativas médicas, como la cirugía. Sin embargo el uso excesivo e inapropiado de los medicamentos conlleva a consecuencias personales, colectivas y económicas muy significativas.

---

[4] Es la comparación entre el costo de un servicio o actividad durante la vida útil del instrumento y el valor presente del efecto resultante en términos sociales y financieros. *Glosario de Términos Generales de Planificación en Salud*, *Op. Cit*. p.18

[5] Es una técnica que permite ponderar distintas alternativas y elegir algunas de ellas, cuando los objetivos o la solución óptima no pueden resumirse a alguna medida tan específica como aquella en que se expresa la producción. *ibíd*.p19

Por otro lado, las políticas sanitarias no sólo tienen como objetivo mejorar la condición de vida de la población y su acceso a los servicios de salud, sino también son un factor importante en la economía, ya que aportan "mantenimiento y reproducción a la fuerza de trabajo necesaria para la producción. Las políticas sanitarias, son un instrumento de dinamización de la economía, estimulando el uso de los medicamentos, equipos médicos y bienes de capital." [6] En este contexto

las políticas en medicamentos son de especial importancia económica, política y social, ya que los medicamentos son una solución viable a la cura de enfermedades.

Además las enfermedades tienen como causa procesos biológicos de los seres humanos, también son el resultado de una inequidad en los ingresos de la población; como por ejemplo la desnutrición, así como algunos trastornos psicológicos que son curables con medicamentos, pero a muy alto costo, agravando de esta manera la situación económica del individuo.

En este sentido, se señalan las principales enfermedades que aquejan a la población y que son la causa de la gran demanda de servicios de salud en los hospitales de la ciudad de México; para brindar una visión más amplia con respecto al tema, se presenta el siguiente cuadro:

Cuadro 5. Principales causas de morbilidad hospitalaria en el Distrito Federal, 2003[7]

Descripción	Casos	%
1.Parto único espontáneo	28,386	26.18
2. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	15,341	14.15
Fracturas	6,197	5.71
3. Causas obstétricas directas (excepto aborto)	14,579	13.44
4. Aborto	5,615	5.18
5. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	5,166	4.76
Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	1,103	1.02
Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento	852	0.79
6. Enfermedades de la apéndice	3,029	2.79
7. Influenza y neumonía	2,726	2.51
8. Enfermedades infecciosas intestinales	2,661	2.45

[6] ibíd. p.2

[7] *Informe de Trabajo 2003*, véase en Universo de Salud, Vol. 4, año 4, No. 20 Mayo 2003, documento interno, Secretaría de Salud del Distrito Federal. México. p.17

9. Infecciones respiratorias agudas	2,416	2.23
Bronquitis y bronquitis aguda	1,435	1.32
10. Hernia de la cavidad abdominal	2,006	1.85
11. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,996	1.84
12. Insuficiencia renal	1,667	1.54
13. Diabetes mellitas	1,500	1.38
14. Colelitiasis y colecistitis	1,359	1.25
15. Enfermedades del corazón	983	0.91
16. Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	913	0.84
17. Enfermedades del hígado	783	0.72
18. Enfermedades crónicas de las amígdalas y vegetaciones adenoides	750	0.69
19. Leiomioma uterino	698	0.64
20. Enfermedades cerebro vasculares	553	0.51
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1468	1.35
Las demás causas	13,846	14.12
TOTAL	**108,441**	**100.00**

Fuente: Informe de Trabajo 2003, véase en Universo de Salud._Vol. 4. año 4. No. 20 Mayo 2003. documento interno Secretaría de Salud del Distrito Federal. México. p.17

En el recuadro presentado anteriormente, se observan las principales enfermedades que son causa de la asistencia de usuarios a los hospitales en un orden descendente se tiene: que el primer, tercer, cuarto, quinto y décimo noveno, lugar lo ocupan los casos que se refieren a la especialidad de Gineco-obtetricia; el segundo lugar lo ocupan lo referente a traumatismos, envenenamientos y otras causas externas; el sexto lugar lo ocupa enfermedades del apéndice que puede considerar como crónico-degenerativa; el séptimo, noveno, décimo sexto y décimo octavo lugar, lo ocupan enfermedades respiratorias, siendo algunas de estas crónico-degenerativas; en el décimo lugar tenemos a la hernia de la cavidad abdominal; en el décimo primer sitio las malformaciones congénitas; en el décimo segundo lugar la insuficiencia renal también crónico-degenerativa; entre las enfermedades crónico-degenerativas de gran impacto entre la población, tenemos en el décimo tercer lugar a la diabetes mellitus, en el décimo quinto sitio a las enfermedades del corazón, y el décimo séptimo lugar enfermedades del hígado, y en el vigésimo lugar enfermedades cerebro-vasculares. Todo este tipo de enfermedades del orden crónico-degenerativo, las denominamos de gran impacto por que son las que causan el mayor número de muertes en la ciudadanía, se confirma en el cuadro siguiente enfocado a los índices de mortalidad en el Distrito Federal.

Al referirse a las enfermedades, no es imposible omitir la causa final a la que nos conllevan, si no son aliviadas o prevenidas a tiempo, el resultado de esto es la muerte de la población, por lo cual puntualizaremos las principales enfermedades que generan mortalidad entre los habitantes del Distrito Federal.

Cuadro 6. Principales causas de mortalidad general, Distrito Federal, 2001-2002 [8]

		2001	2001	2001	2002	2002	2002
N.P	**CAUSA**	**Defunciones**	**Tasa**	**%**	**Defunciones**	**Tasa**	**%**
1	Enfermedades del corazón	8,893	100.9	19.1	9,081	103.0	19.33
	Enfermedades isquémicas del corazón	6218	70.6	13.3	6,261	71.0	13.33
2	Diabetes Mellitas	6,732	76.4	14.4	7,078	80.3	15.06
3	Tumores Malignos	6,324	71.8	13.6	6,357	72.1	13.53
4	Enfermedades cerebro vasculares	2780	31.5	6.0	2,861	32.5	6.09
5	Enfermedades del hígado	2687	30.5	5.8	2,600	29.5	5.53
	Enfermedad alcohólica del hígado	1,127	12.8	2.4	1,058	12.0	2.25
6	Accidentes	2,268	25.7	4.9	2,241	25.4	4.77
	De tráfico vehículos de motor	619	7.0	1.3	677	7.7	1.44
7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1,507	17.1	3.2	1,481	16.8	3.15
	Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	755	8.6	1.6	726	8.2	1.55
8	Influenza y neumonía	1,334	15.1	2.9	1,163	13.2	2.48
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1,167	13.2	2.5	1,138	12.9	2.42
10	Agresiones (Homicidio)	855	9.7	1.8	823	9.23	1.75
11	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	847	9.6	1.8	827	9.4	1.76
12	Insuficiencia renal	817	9.3	1.8	861	9.8	1.83
13	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA)	609	6.9	1.3	549	6.2	1.17
14	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	586	6.6	1.3	525	6.0	1.12
15	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	494	5.6	1.1	460	5.2	0.98
		2001	2001	2001	2002	2002	2002
N.P	Causa	Defunciones	Tasa	%	Defunciones	Tasa	%
16	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	377	4.3	0.8	319	3.6	0.68
17	Septicemia	376	4.3	0.8	339	3.8	0.72
18	Ulcera gástrica y duodenal	295	3.3	0.6	312	3.5	0.66
19	Enfermedades infecciosas intestinales	268	3.0	0.6	268	3.0	0.57
20	Infecciones respiratorias agudas	264	3.0	0.6	370	4.2	0.79
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	381	4.3	0.8	333	3.8	0.71
	Las demás causas	6,766	76.8	14.5	6,998	79.4	14.89
	Total	**46,627**	**529.1**	**100.0**	**46,984**	**533.1**	**100.00**

Fuente: *Informe de Trabajo 2002 y 2003,* véase en Universo de Salud. vol.3. Año 3. No.20. Junio 2003. documento interno . Secretaría de Salud Gobierno del Distrito Federal. México

[8] *Informe de Trabajo 2002 y 2003*. Secretaría de Salud Gobierno del Distrito Federal. Universo de Salud. Vol.3. Año 3. No.20. Junio 2003, p.4, 8.

Como se puede observar en el cuadro anterior, las principales causas de muerte en el Distrito Federal, son de orden crónico-degenerativo ó llamadas "enfermedades de la modernidad" qué son principalmente provocadas, por problemas sociales; económicos, ambientales, nutricionales y otros factores externos que las causan, siendo todos estos los problemas de raíz, que el Gobierno tiene que combatir, para prevenir esta situación tan compleja en materia de salud pública en la ciudad.

Cuadro 7 .Principales causas de mortalidad hospitalaria Distrito Federal, 2002

Causa	Defunciones	%
1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	507	17.69
Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo peri natal	140	42.88
Enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas	91	3.18
2. Diabetes mellitas	264	9.21
3. Enfermedades del hígado	248	8.65
4.Accidentes	219	7.64
5. Enfermedades del corazón	199	6.94
6. Enfermedades cerebro vasculares	73	2.55
7. Septicemia	154	5.37
8. Influenza y neumonía	141	4.92
9. Insuficiencia renal	138	4.82
10. Malformaciones congénitas, y anomalías cromosómicas	61	2.13
Malformaciones congénitas, del sistema circulatorio	22	0.77
11.Síndrome de dependencia del alcohol	50	1.74
12. Tumores Malignos	29	1.01
13. Enfermedad por virus de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	28	0.98
14.Enfermedadespulmonares obstructivas crónicas	22	0.77
15. Enfermedad del esófago	21	0.73
16. Pancreatitis aguda y otras enfermedades del páncreas	19	0.66
17. Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	18	0.63
18. Agresiones (homicidios)	16	0.56
19.Embarazo, parto puerperio	15	0.52
20. Enfermedades infecciosas intestinales	10	0.35
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	70	2.44
Las demás causas	470	18.84
Total	**2866**	**100.00** [9]

Fuente: *Informe de Trabajo 2002*, Universo Salud. Vol. 3. Año 3. No. 20. Junio 2003. Secretaría de Salud Gobierno del Distrito Federal.

De acuerdo con el cuadro anterior, la situación de mortandad en los hospitales del Distrito Federal, no difiere mucho , como la que se sufre en general en la ciudad de México; es de llamar

[9] *Informe de Trabajo 2002*, véase en Universo de Salud. Vol. 3. Año 3. No. 20. Junio 2003. documento interno, Secretaría de Salud Gobierno del Distrito Federal. p. 18

la atención el alto índice de mortandad ocasionado en el período perinatal o sea al nacer, el motivo pudiera ser, falta de recursos y una atención tardía y deficiente por parte del personal médico y paramédico en los hospitales; por otro lado en la escala de causas, observamos que siguen latentes las enfermedades del orden crónico-degenerativo que cada vez cobran más vidas humanas de la ciudadanía.

Por lo anterior el Gobierno del Distrito Federal, tiene que tomar medidas al respecto, considerando una política medicamentosa eficiente y suficiente, para el combate a todo este tipo de enfermedades crónico-degenerativas y epidemiológicas.

En este sentido, existen técnicas en materia de salud que el gobierno esta utilizando y que podrían coadyuvar a tener una política más eficiente; como la **"Economía en Salud"** que puede definirse como una rama del conocimiento enfocada a "optimizar la acción sanitaria, es decir, a estudiar los servicios y condiciones óptimas para compartir los recursos disponibles" [10] de tal forma que las poblaciones reciban una adecuada asistencia sanitaria.

Otro aspecto importante en la materia, es la **"Evaluación Económica"** es el nombre de raíz que se da al "grupo de técnicas de análisis enfocados a evaluar el impacto de las acciones o cursos de acción alternativos sobre el bienestar social." [11]

Esta evaluación "consiste en determinar los efectos que se derivarían de seguir cada una de las opciones ó subsiguientes cursos de acción posibles en una situación de elección y compararlas, en términos de su eficiencia social, es decir, de su contribución a la maximización del bienestar de la sociedad" [12]

En otro orden de ideas, el suministro de medicamentos esta inmerso en el área de farmacia del hospital constituyéndose en el soporte de los servicios farmacéuticos. Este suministro se presenta en etapas diferentes siendo por un lado de orden administrativo y por el otro, técnico-

---

[10] *loc.cit.*
[11] Perfil de Proyecto *Op. Cit.* p.3
[12] *loc.cit.*

científico iniciándose por: 1) selección de medicamentos, continuando con los componentes logísticos de programación, almacenamiento y distribución de los medicamentos; este sistema cumple con el objetivo de control y evaluación encaminado a contar con una administración eficiente.

Cuando se habla de suministro de medicamentos como una cuestión sólo farmacéutica, también se debe incluir los insumos como material quirúrgico, material biomédico de esterilización; que en la actualidad se están incorporando al área de farmacia.

En el año 2000 el Gobierno del Distrito Federal en coordinación con la SSDF, crean y ponen en marcha la Dirección General de Políticas y Programas de Medicamentos e Insumos para la Salud (DGPPMIS), con el objetivo de coordinar y supervisar el proceso de selección, adquisición, almacenamiento, distribución, prescripción y compensación.

Pretendiendo fomentar políticas de acuerdo al concepto de atención farmacéutica aprobadas por la OMS y la Federación Internacional de Farmacia (FIP), la cual México es signatario, la atención farmacéutica se define como: "un ejercicio en el que el profesional asume la responsabilidad respecto a todas las necesidades del paciente en relación con la medicación y acepta este compromiso. Dicho concepto esta constituido por tres componentes: "la filosofía de la atención farmacéutica, el proceso de asistencia al paciente y el ejercicio profesional como apoyo a ésta".[13] En este sentido, caben resaltar, los principales productos farmacéuticos que el Gobierno del Distrito Federal adquiere, ante una mayor demanda de la población son los siguientes:

Cuadro 8

PRINCIPALES PRODUCTOS FARMACÉUTICOS ADQUIRIDOS POR EL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL	
Productos Farmacéuticos	%
Complementos alimenticios (sustitutos y reconstituyentes)	17.7
Soluciones electrolíticas y sustitutos de plasmas	14.89
Leche Materna (sustituto: inhibidores de la lactancia)	5.73
Vitaminas y minerales	5.73

[13] ibíd, p.4

Antibióticos de amplio espectro	5.18
Analgésicos antipiréticos	4.43
Antivirales	3.84
Antiinflamatorios	3.74
Penicilina	3.37
Antidepresivos (estimulantes)	3.11
Relajantes Musculares	2.80
Antibióticos	2.72
Antiasmáticos	2.41
Mucolíticos	2.30
Hipoglucemiantes	2.22
Antitusígenos	2.19
Estimulantes específicos de otros órganos	2.10

Fuente: Manual de Operación del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos. Perfil de Proyecto SSDF. México 2001.p.10

La atención fármaco-terapéutica en forma eficaz, oportuna y eficiente, es un factor indispensable de calidad de los servicios de atención, para el paciente hospitalizado como para el de consulta externa. Un estado aceptable de calidad en los servicios de salud significa un desafío constante para los niveles normativos y operativos o prestadores de servicios de la Secretaría de Salud entre ellos los hospitales.

En la actualidad se plantean nuevos retos resultado de las políticas de reforma sectorial así como de los cambios políticos, económicos y sociales que de esto deriva; sin dejar de lado el reordenamiento del gasto público, y de la superación inequidades sociales que impactan en el sector salud.

De esta manera es importante señalar los factores que influyen en el desarrollo de la atención farmacéutica, son los siguientes:

CUADRO 9. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA, EL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS Y EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN FARMACEUTICA.

Factores Demográficos	➢ Poblaciones que envejecen ➢ Poblaciones pediátricas vulnerables ➢ Aumentos de la población ➢ Cambios en las características epidemiológicas ➢ Distribución geográfica de las poblaciones
Factores Económicos	➢ Aumento de los costos de la asistencia sanitaria ➢ Economía nacional y mundial ➢ Desigualdad creciente entre ricos y pobres
Factores Tecnológicos	➢ Desarrollo de nuevos medicamentos

	➢ Técnicas nuevas de difusión de la información y nuevos datos sobre los medicamentos existentes ➢ Medicamentos más potentes y de mecanismos de acción más compleja ➢ Biotecnología
Factores Políticos	➢ Prioridades en el empleo de los recursos nacionales (asignación a la salud) ➢ Cambios en la política económica ➢ Criterio de las instancias normativas en materia de farmacia ➢ Reglamentación farmacéutica ➢ Políticas farmacéuticas nacionales: listas de medicamentos esenciales
Factores Profesionales	➢ Variaciones en la enseñanza y la información ➢ Distribución del personal de farmacia ➢ Criterios cambiantes en lo que concierne a la atención al paciente, dispensada en la farmacia ➢ Base de remuneración de los farmacéuticos
Factores de Prestación de Asistencia Sanitaria	➢ Acceso a la asistencia sanitaria ➢ Aumento del tratamiento de las enfermedades graves, fuera de los hospitales. [14]

Fuente: Manual de Operación del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos 2001. Perfil de Proyecto SSDF México 2001

La tabla anterior, proporciona una idea de la importancia de los fármacos en cualquier sistema de salud, y cuales son los principales factores causantes de enfermedades, así como factores externos (políticos, económicos, sociales, tecnológicos) que influyen en el crecimiento y aparición de nuevas enfermedades en las poblaciones más vulnerables que no tienen acceso a los servicios de salud, que imparte el sistema de seguridad social dependiente del Estado.

4.2. Acceso de la población a los servicios de salud en la Ciudad

La salud pública en el Distrito Federal se ha volcado en un debate crítico sobre el acceso o falta de acceso a la asistencia en ésta materia, esto refiriéndonos a la escasez de servicios de salud en segmentos de la población bastante amplios.

[14] *Manual de Operación del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos 2001*. véase en Perfil de Proyecto SSDF, documento interno, 2001, p.7

En este sentido, los segmentos de referencia están relacionados al servicio laboral. El primero de ellos es la relación que guardan los trabajadores mediante contrato laboral con la iniciativa privada (IMSS); el segundo estrato, es el que se relaciona con los trabajadores al servicio de las instituciones del Estado (ISSSTE); el tercer estrato, aglutina a los empleados de instituciones que otorgan servicios de seguridad social con recursos propios (PEMEX, SEDENA, entre otros) y que con recursos propios contratan en forma independiente sus servicios; el cuarto estrato constituido por la sociedad que no tiene ningún vínculo laboral con ninguna empresa o institución pública o privada éste sector se denomina *"población abierta"* y es la que más demanda los servicios de salud, ésta población es el enfoque u objetivo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Por lo anterior presentamos a continuación el cuadro de prestación de servicios de salud global (Gratuidad y no gratuidad a partir del 2001) en la ciudad de México, el cual nos dará una idea del avance que se ha tenido en la materia del 2000 al 2002.

Cuadro 10. Prestación de servicios de salud, SSDF, 2000 a 2002

Concepto	2000	2001	2002	Incremento Porcentual 2000-2002	Incremento Porcentual 2001-2002
1.Consulta Externa	4´818,207	4´956,951	5´211,860	8.2	5.1
C. General	3´488.256	3´ 574,767	3´731,014	7.0	4.4
C. Especializada	655,263	668,692	745,051	13.7	11.4
C. Odontológica	674,688	713,492	735,795	9.1	3.1
C. Urgencias	572,024	646,076	754,369	31.9	16.8
Egresos hospitalarios	89,973	92,225	108,441	20.5	17.6
2. Porcentaje de Ocupación Hospitalaria	56.4	59.9	68.4	21.3	14.2
Hospitales Generales	72.6	76.2	78.6	8.3	3.1
Hospitales Materno-Infantiles	57.1	56.6	69.6	21.9	23.0
Hospitales Pediátricos	44.1	47.8	55.8	26.5	16.7
3. Promedio de días estancia	4.4	4.2	4.1	-6.8	-2.4
Intervenciones Quirúrgicas	42,564	50,399	59,913	40.8	18.9
4.Nacimientos	30,922	35,137	41,539	34.3	18.2
Parto vía vaginal	23,865	26,852	31,498	32.0	17.3
Cesárea	7,057	8,285	10,041	42.3	21.2
Estudios de rayos X	404,878	452,452	469,376	15.9	3.7

Estudios de Laboratorio	4´345,710	4´803,259	4´461,184	2.7	-7.1
Atención Médico Legal	576,456	568,011	622,999	8.1	9.7 [15]

En lo que se refiere a prestación de servicios de salud a partir del 2000-2002 en este período, observamos un crecimiento porcentual superior al 40 % en todas los servicios y especialidades, excepto en algunos que es menor. A partir del 2001 resultado del Programa de gratuidad en la ciudad de México.

En este sentido y considerando que en México, el precepto constitucional que da, el derecho a la protección de la salud está consagrado en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, no se ha llevado a cabo con una visión incluyente a ciertos sectores de la sociedad dividiéndola en los estratos ya señalados. Por lo anterior, el sistema de salud es poco equitativo, se estima que la población abierta en el Distrito Federal asciende a, 4,000,000 de habitantes, incluyendo las áreas conurbadas de la zona metropolitana. Otro aspecto que cabe resaltar, es la constante asistencia de los habitantes de estados circunvecinos y de otras entidades federativas, para ser atendidos en los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, lo cual provoca una saturación en los servicios y un desgaste continuo de los recursos en los hospitales, agravando la situación de brindar una atención eficiente y de calidad.

4.3 El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos 2001-2003

En el siguiente inciso, se revisa la operatividad del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos 2001-2003 en la ciudad de México, para que posteriormente se analice el estudio de caso, en el Hospital Materno Infantil Tláhuac.

4.3.1. Objetivos del Programa

[15] *Informe de Trabajo 2002*,véase en Universo de Salud, Vol.3, año 3, No. 20 Junio de 2003. documento interno Secretaría de Salud Gobierno del Distrito Federal, p. 16

El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, tiene dos objetivos, uno general y uno específico descritos a continuación:

Objetivo General:

a) "Otorgar servicios médicos y medicamento gratuito a la población no derechohabiente del Distrito Federal.

Objetivos Específicos:

b) "Establecer un padrón de usuarios de los servicios que brinda la SSDF.

c) Ofrecer atención médica gratuita a la población empadronada por la SSDF, que radiquen en el Distrito Federal y que no pertenezcan a la seguridad social.

d) Ofrecer gratuitamente a la población empadronada los medicamentos del cuadro básico autorizado.

e) Vigilar permanentemente la evolución de las condiciones de salud de la población afiliada al programa.

Asimismo evaluar el impacto del programa en la población usuaria de los servicios de salud de la SSDF.

Para el cumplimiento eficiente de los objetivos anteriores será necesario:

- Asegurar la asignación de suficientes recursos públicos para tal fin.
- Lograr la máxima eficacia con las acciones instrumentadas, es decir, producir con ellas el efecto deseado y,
- Lograr la máxima eficiencia, o sea, obtener el máximo rendimiento de los recursos empleados." [16]

Después de describir los objetivos del programa, revisaremos la estructura orgánica en forma específica, donde se desprende el programa hacia la red de hospitales de la Dirección

[16] "Manual de Operación del. Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos 2001", *Op. Cit.* p. 11-12

General de Servicios Médicos y Urgencias, dependiente de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal esto con el fin de diferenciar la estructura orgánica intrahospitalaria y la de nivel central y así evitar confusiones al respecto.

4.3.2. Estructura orgánica

La estructura orgánica contemplada por la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal para el sector de hospitales del Gobierno del Distrito Federal en el segundo nivel de atención; esta constituida por: hospitales generales, materno-infantiles y pediátricos; bajo la coordinación directa de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias que se revisará específicamente en el último capitulo.

Es importante destacar la estructura orgánica responsable de la política de gratuidad en el Distrito Federal, en el inciso anterior sólo resaltamos la estructura orgánica correspondiente a la unidad hospitalaria objeto de estudio.

En este sentido el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, obedece a una estructura orgánica que depende directamente de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y que esta constituida de la siguiente forma:

I.- *Secretaría de Salud del Distrito Federal*

1. *Dirección General de Políticas y Programas de Medicamentos e Insumos*

- *Dirección de Programación y Calidad de Medicamentos*

a) Subdirector de Planeación, Programación y Supervisión

- Jefatura de Unidad Departamental de Sistema de Farmacia
- Jefatura de Unidad Departamental de Programación
- Jefatura de Unidad Departamental de Seguimiento y Evaluación

b) Subdirector de Calidad

- Jefatura de Unidad Departamental de Supervisión
- Jefatura de Unidad Departamental de Acreditación

- *Dirección de Medicamentos e Insumos*

a) Subdirección de Cuadro Básico y Normatividad

- Jefatura de Unidad Departamental de Normatividad de Medicamento
- Jefatura de Unidad Departamental de Cuadro Básico de Medicamentos
- Jefatura de Unidad Departamental de Farmacológica

b) Subdirección de Farmacoterapia

- Jefatura de Unidad Departamental de Farma-economía
- Jefatura de Unidad Departamental de Fármaco-epidemiología
- Jefatura de Unidad de Fármaco-vigilancia y Reacciones Adversas.(véase anexo 3)

De esta manera, la Dirección General de Políticas y Programas de Medicamentos de Insumos para la salud en coordinación con la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias y con el (OPD) Servicios de Salud Pública llevan a cabo las acciones pertinentes para cumplir con los objetivos del programa.

4.3.3. Normatividad y políticas de operación

Este inciso esta enfocado al marco jurídico y a las políticas de operación del Programa. En primer término señalaremos la normatividad del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos; por una parte, como ya se puntualizó, el artículo 4° constitucional consagra el derecho a la protección de la salud de los mexicanos.

Por otra parte la Federación en conjunto con los gobiernos estatales establecerán los mecanismos para brindar el acceso de la población a los servicios de salud, obedeciendo a lo estipulado en la Constitución.

Con base en lo anterior, el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, está sustentado en materia jurídica por la normatividad que se enlista a continuación:

- "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Art. 122, apartado C Base segunda, Fracción II inciso b).

- Estatuto de Gobierno del Distrito Federal (Art. 8 Fracc. II y XXIV, 90 Y 94 parrafo primero).

Sección II Délas Facultades y Obligaciones del Jefe de Gobierno del Distrito Federal (Art. 67 F.II, XXIV; Art. 90; Art; 94 párrafo primero.)

- Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal (Art. 1; Art. 5 párrafo primero, 14 y 15 Fracciones VII Y VIII; Art. 23 F. XXII, XXXI; Art. 29 F. I y IX y Art. 30 F. IV y IX).
- Código Financiero del Distrito Federal 1999 (Art. 52, F. I y Art. 251)
- Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal (Art. 1; Art. 7 y Art. 35 F. IX)
- Gaceta Oficial del Distrito Federal del 14 de junio del 2001." [17]

Por otro lado las políticas de operación del Programa, están fincadas en un proceso de índole administrativo que esta inmerso en el área de Trabajo Social en el 1er y 2° nivel de atención, que es la responsable de realizar el registro del padrón de usuarios y de distribuir el número de cédulas de afiliación correspondientes, posteriormente a la recepción y revisión de documentación requerida; para esquematizar en una forma más especifica el procedimiento para la obtención de la Cédula de Gratuidad y conformación del padrón de usuarios nos permitimos describir las etapas del proceso de inscripción:

- **Requisitos para el ingreso al Programa:**

- "Identificación Oficial (credencial de elector, licencia de manejo, pasaporte, acta de nacimiento, credencial expedida por alguna institución.
- Comprobante de domicilio
- Contar con una residencia comprobable de 3 años en el Distrito Federal

[17] *Resolutivo de Carácter General en la que se Exime de Pago de Derechos por los servicios Médicos que Presta el Gobierno del Distrito Federal a Población Abierta 2001,*documento interno, Secretaría de Salud del Distrito Federal. p1-6

- **Población beneficiada:**

- Habitantes del Distrito Federal
- Mayores de 15 años que soliciten su registro al padrón.
- En caso de menores de 15 años de edad y dependientes, los datos deberán ser proporcionados por el padre, madre o tutor según sea el caso y quedan registrados en la cédula del mismo.
- El usuario utilizará la copia de la Cédula de Afiliación como medio de presentación y control de los servicios otorgados; en tanto es entregada su tarjeta plástica.

- **Padrón de Usuarios :**

En la elaboración del padrón de usuarios participan:

- El Director de la Unidad será el responsable de coordinar las acciones de concentración y envío de las cédulas a las Unidades de cómputo de la SSDF para su captura.
- El personal de Trabajo Social adscrito a los Centros de Salud y Unidades Hospitalarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal elaborará el registro del padrón de usuarios.

- **El Procedimiento para Ingresar al Padrón de Usuarios es el siguiente:**

Usuario

- Acude a la unidad médica y solicita a la Trabajadora Social ser registrado en el padrón.

Trabajo Social

- Solicita al usuario: identificación oficial (credencial de elector, licencia, pasaporte, cartilla o credencial expedida por alguna institución, acta de nacimiento) y comprobante de domicilio en el Distrito Federal.

Usuario

- Entrega documentos comprobatorios al personal de Trabajo Social.

Trabajo Social

- Revisa documentación comprobatoria
- En caso de no presentar los documentos comprobatorios el personal de trabajo social proporcionará la información al usuario sobre los trámites a seguir.

Los casos donde no se cumple con los requisitos para ingresar al programa son los siguientes:

- Población residente del algún estado de la República Mexicana.
- Población con seguridad social (IMSS-ISSSTE)
- En los casos anteriores le personal de trabajo social procederá a establecer la asignación del grupo socioeconómico.(véase cuadro 18, cap.5)

En caso de Si cubrir los requisitos:

- Trabajo Social procederá a llenar la Cédula de Afiliación, con letra legible, de molde y con tinta.

Trabajo Social

- Utilizará un folio por cada solicitante que tenga 15 años o más y sus dependientes, según sea el caso.
- En caso de error en el llenado de la Cédula de Afiliación, el folio se cancelará y se utilizará otra cédula.
- Posteriormente la trabajadora social procederá a registrar cada uno de los folios otorgados en una libreta ex profeso.
- Semanalmente entregará a la Jefatura de Trabajo Social las cédulas debidamente requisitadas.

Jefatura de Trabajo Social

- Concentrará semanalmente las cédulas elaboradas por el personal de trabajo social adscrito y/o Unidad Médica, para enviar al Director de la Unidad correspondiente.
- Director de la Unidad Hospitalaria o Centro de Salud. El Director de la Unidad enviará semanalmente las cédulas de afiliación, al Centro de Captura de Información del

Hospital o Jurisdicción Sanitaria correspondiente, para elaborar el padrón de usuarios."[18]

4.3.4 Integración y áreas funcionales

Las áreas médicas funcionales en el segundo nivel de atención, donde se involucra directamente el Programa se encuentran divididas en:

1) Consulta Externa

- "Consulta médica general y de especialidad: Todos los programas sustantivos.
- Consulta Psicológica: Toda
- Consulta Psiquiátrica: Toda
- Terapia Rehabilitatoria
- Consulta Odontológica:

-Menores de 12 años: extracciones, limpieza, obturaciones y aplicación flúor

-Adultos mayores (setenta años o más): extracciones, limpieza y obturaciones

- Laboratorio: Todo
- Rayos X: Todo
- Ultrasonido: Atención prenatal
- Medicamentos autorizados.(cuadro básico)

Hospitalización:

- Atención Integral del aborto incompleto y complicado
- Atención del parto eutócico (parto normal) y distócico (cesárea)
- Hospitalización pediátrica no quirúrgica
- Medicamentos gratuitos en hospitalización y al egreso." [19]

---

[18] i*bíd.* p.28

[19] Manual de O. PSM y MG. *Op. Cit,* p.24

Cabe mencionar que todas estas áreas médicas de atención, están contempladas en el Programa sin costo alguno para la población que esta inscrita en el padrón de usuarios para residentes del Distrito Federal, las especialidades señaladas anteriormente corresponden a toda la red de hospitales materno-infantiles, para el caso hospitales generales y pediátricos están incluidas otras especialidades ó algunas que no se encuentran en los puntos anteriores.

En este sentido y con la finalidad de tener una visión más especifica del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos en el año 2001-2003, revisaremos el avance del empadronamiento a núcleos familiares inscritos en el programa, que ha realizado la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal en este período.

Cuadro11. Núcleos familiares inscritos en el padrón de gratuidad, SSDF, 2001-2003

Año	Centros de Salud	Hospitales	Total
2001	103,896	44,880	148,776
2002	135,793	89,666	225,459
2003	137,776	36,166	173,942
Total	**377,465**	**170,712**	**548,177** [20]

Fuente: Informe de Trabajo 2003. véase en Universo de Salud. Vol. 4. Año 4. No.25. mayo de 2004, Secretaría de Salud del Distrito Federal.

El avance general que ha tenido el programa desde su implantación en 2001 y 2003, ha sido un empadronamiento de población residente en el Distrito Federal de 548,177 núcleos familiares, siendo un avance significativo, no contamos con el dato de cuantas personas individualmente, han sido beneficiadas con esta política.

Los cuadros que a continuación se presentan corresponden al avance del Programa de Gratuidad por número de servicios prestados en el período 2001-2003.

Cuadro12. Programa de Gratuidad de Servicios Médicos y Medicamentos para población abierta de junio-diciembre 2001

Servicio	Centros de Salud	Hospitales	Total
Consultas Generales	443,288	12,399	455,687

[20] Informe de Trabajo 2003, véase en Universo de Salud, vol. 4, Año 4, núm.25, mayo de 2004. documento interno Secretaría de Salud Gobierno del Distrito Federal, p.22

Consulta especializada	0	27,255	27,255
Consultas Odontológicas	74,924	8,033	82,957
Estudios de Laboratorio	144,503	40,198	184,701
Estudios de rayos X	13,868	5,495	19,363
			769,963 [21]

Fuente: Secretaría de Salud Gobierno del Distrito Federal. Universo de Salud, Vol.2. año 2. No.6. enero de 2002. México. p.3

Cuadro13. Número según tipo de servicios gratuitos, Distrito Federal, 2002

Servicios	Gratuitos en Hospitales	Gratuitos en Centros de Salud	Total Gratuitos
Consultas	245,803	1,543,910	1,789,713
Generales	57,519	1,293,788	1,351,307
Especialidad	154,331	46,458	200,789
Dentista	33,953	203,664	237,617
Urgencias	754,369	0	754,369
Servicios hospitalarios			
Egresos	37,328		37,328
Intervenciones Quirúrgicas	17,355		17,355
Partos	17,093		17,093
Servicios Auxiliares			
Rayos X	23,338	38,589	61,927
Tac	833		833
Laboratorio	192,245	515,036	707,281
Totales	**1'534,167**	**3'641,445**	**5'175,612** [22]

Fuente: *Informe de Trabajo 2002*, ,Universo de Salud, vol.3, año 3, núm. 20 Junio de 2003, Secretaría de Salud Gobierno del Distrito Federal documento interno, p. 23

Cuadro14.Servicios prestados por PSMMG, 2003

Servicio	Gratuitos en Hospitales	Gratuitos en Centros de Salud	Total
Consulta Externa	727,288	1´932,052	2´659,340
Egresos Hospitalarios	77,927	0	77,927
Intervenciones Quirúrgicas	67,501	0	67,501
Rayos X	351,605	65,196	416,801
Tomografía	10,256	0	10,256
Ultrasonido	36,975	0	36,975
Laboratorio	2´825,306	0	2´825,306
Recetas de Gratuidad	238,852	735,891	974,743 [23]

Fuente: *Informe de Trabajo 2003*, véase en Universo de Salud, Vol. 4, año 4, No 25, Mayo 2004,

[21] *Universo de Salud,* vol.2. año 2. núm.6. enero de 2002. documento interno Secretaría de Salud Gobierno del Distrito Federal, p.3

[22] *Informe de Trabajo 2002,* véase en Universo de Salud, Vol.3, año 3, No. 20 Junio de 2003. documento interno Secretaría de Salud Gobierno del Distrito Federal.

[23] *Informe de Trabajo 2003*, véase en Universo de Salud, vol. 4, año 4, núm 25, Mayo 2004, documento interno Secretaría de Salud Gobierno del Distrito Federal, p. 23

En páginas anteriores se presentó el cuadro, donde se encuentra el global de servicios prestados por la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, el cuadro anterior representa el desglose de la gratuidad presentándonos la diferencia numérica entre estas tres, en número de servicios en hospitales y centros de salud de la ciudad de México en el período 2001-2003. El rubro de gratuidad arrojo cifras entre 2001 y 2003 por un total **14´842,449** servicios prestados en sus diferentes áreas.

Otro dato que cabe resaltar es el estimado de los montos de ahorro, para los beneficiarios de Programa, que sustenta la SSDF, para señalar esto, presentaremos el siguiente cuadro emitido por la misma Secretaría.

Cuadro15. Ahorro total estimado para las familias inscritas en el Programa de Gratuidad, 2003.

Concepto	Monto
Total de Servicios y medicamentos en hospitales	451´506,334
Consultas y medicamentos en centros de salud	140´495,810
Total de servicios y medicamentos (sin VIH-SIDA)	562´002,144
Atención gratuita de VIH-SIDA (diagnóstico, pruebas especiales de laboratorio y tratamiento antirretroviral)	102´620,880
Gran total de servicios y medicamentos gratuitos	**664,623,024mdp** [24]

Al respecto podemos decir que el cuadro anterior muestra el ahorro total para la ciudadanía que se atendió en los hospitales y centros de salud con ésta política, siendo casi un 10% del presupuesto total de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en el 2003.

Cabe señalar que ésta política de gratuidad, implantada por el gobierno, sí es una forma de abatir de forma directa la inaccesibilidad a los servicios de salud, ya que, si señalamos el

[24] *Informe de Trabajo 2003*. Universo de Salud, Vol. 4, año 4, No 25, Mayo 2004. documento interno Secretaría de Salud Gobierno del Distrito Federal, p.24

paquete básico de salud antes de entrar en vigor el Programa de Gratuidad y que sólo contaba con 12 intervenciones en la materia entre las cuales se encontraban: "1) Saneamiento básico a nivel familiar (agua potable y eliminación de excretas); 2) Manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar; 3) Tratamiento antiparasitarios a las familias; 4) Identificación de signos de alarma de las infecciones; 5) Prevención y control de tuberculosis pulmonar; 6) Prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitas; 7) Inmunizaciones; 8) Vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño; 9) Distribución de métodos anticonceptivos; 10) Atención prenatal del parto y puerperio; 11) Prestación de primeros auxilios; 12) Formación de Comités de Salud."[25]

En el siguiente capítulo se aborda, ya en forma específica la demarcación objeto de estudio siendo la Delegación Tláhuac, en la ciudad de México.

[25] Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, 1995. p.16

CAPITULO V

5. Perfil socio-demográfico y los servicios de salud en la Delegación Tláhuac

5.1 Consideraciones sociodemográficas de la Delegación Tláhuac

En este capítulo, consideramos fundamental enfatizar la situación socio-demográfica de la Delegación Tláhuac, que será la demarcación territorial objeto de la investigación.

La Delegación de Tláhuac, representa el "5.75 de la superficie del Distrito Federal"[1], geográficamente se ubica en la zona sur oriente del Distrito Federal, colinda al noreste con la Delegación Iztapalapa, al oriente con el Municipio Valle de Chalco Solidaridad, al sur con Milpa Alta, hasta el vértice del Volcán Teuhtli y al suroeste y oeste con Xochimilco estas zonas limítrofes fueron autorizadas en 1994.

Se encuentra a 60 kilómetros de Zócalo capitalino tiene una superficie de 8,534.62 hectáreas que corresponden al 5.75 del D.F. de la totalidad de la demarcación 33.5 por ciento de la superficie es urbana. Con 2 860 has y el 66.5 por ciento es de zona ecológica con 5 mil 674 has. Dentro de esta cifra, 4 mil 30 has se reservan a usos agrícolas el resto corresponde a la zona inundable de la Ciénega y a los lomeríos de Teutli, al sur de Ixtayopan.

Su índice demográfico esta conformado por "302 mil 483"[2] habitantes, de acuerdo al censo de población y vivienda del 2000, distribuidos geográficamente en 10 coordinaciones delegacionales que son: Los Olivos, La Nopalera, Miguel Hidalgo, Santiago Zapotitlán, San Francisco Tlaltenco, la cabecera de San Pedro, Santa Catarina Yecahuizotl, San Nicolás Tetelco, San Andrés Mixquic, San Juan Ixtayopan.

Cabe mencionar que Tláhuac se encuentra en una zona lacustre, en su territorio fluyen cuatro canales de importancia que son: el de Chalco, Guadalupano, y los dos como el Atecuyuac y el Amecameca, que constituyen un atractivo turístico de la delegación, existen otros canales, que se encargan de configurar el sistema de riego de la zona agrícola.

---

[1] Consulta en Internet. http:www.tláhuac.df.gob.mx..p.1
[2] *loc.cit.*

En Tláhuac existen 41 centros de educación preescolar, 5 centros de desarrollo infantil,43 primarias, 16 secundarias,4 escuelas de nivel medio superior, 4 centros de capacitación, 4 centros psicopedagógicos, un instituto de programación de informática, una escuela comercial, 1 CECATI, 14 bibliotecas, 5 casas de Cultura, 6 centros comunitarios, 2 museos regionales y 7 bachilleratos.

Un aspecto importante a resaltar es los servicios públicos básicos con que cuentan las viviendas de la población en esta demarcación las cifras registradas en INEGI en este sector nos expresa que el "99.5% de las viviendas cuentan con energía eléctrica; el 98.6% con agua entubada; el 97% cuenta con drenaje, siendo de 4.3 habitantes por vivienda" [3]

En el rubro de educación, el nivel de alfabetización en Tláhuac, según datos del INEGI, en una población mayor de 15 años, representada por "69,564 habitantes, es de un 96.4% de alfabetismo, de un total de 202,818 en esta edad" [4]

Es importante destacar el empleo y desempleo en esta demarcación, con la finalidad de obtener un parámetro ó un índice de población abierta, en esta región la población económicamente activa en la Delegación de Tláhuac es de "114, 868 divididos por sexo en 38, 103 mujeres y 75 765 hombres, entre los cuales 113, 193 cuentan con un empleo formal y 1675 están desempleados.

Las cifras del INEGI demuestran que en relación a la PEA, 82,084 son empleados y obreros y sus sueldos fluctúan entre 1 y 2 salarios mínimos vigente en el Distrito Federal; otra cifra que nos llama la atención por señalar es referente a los, 23, 525 de PEA que trabajan por su cuenta, con sueldos que van de 1 y hasta menos de 5 salarios mínimos siendo esto muy variable. Otras actividades que representan un número menor como: jornaleros y peones con 1725 de PEA, patrones 1517, sin pago 1639 (Hogar, estudiantes), no especificado 2703." [5]

---

[3] http:// www. inegi. gob..mx. p.1
[4] *loc.cit.*
[5] *Estadísticas Económicas*, INEGI, Mayo 2001, p.13

Como ya lo señalamos en la Delegación Tláhuac cuenta con 302,483 habitantes los cuales de acuerdo a encuestas realizadas por la Jurisdicción Sanitaria el "30% de la población tiene acceso a la seguridad social, el 15% al IMSS, el 15% al ISSSTE y el 70% restante se debe considerar población abierta."[6] Esto representa que aproximadamente 211,738 habitantes no son beneficiarios de la seguridad social en la demarcación; la tasa de crecimiento en el período 1995-2000 fue de 4.0, siendo la más alta en el Distrito Federal, según datos de INEGI, en 1995 la tasa anual de natalidad fue de 26.6 por 1000 habitantes; la de mortalidad general de 4.0 y la de mortalidad infantil en 1998 de 23.1.[7]

Con los datos anteriores se puede aseverar, que la demarcación de Tláhuac, en primer término es una región que en su mayor parte es ecológica y agrícola, asimismo constituida por un número considerable de canales y zonas inundables; en segundo término al referirnos a las cifras de empleo, observamos un bajo nivel económico en la mayoría de las familias de la PEA, lo cual demuestra alto índice de pobreza entre la población; en tercer término la comunidad carece de un adecuado nivel educativo, lo cual se traduce en desempleo y falta de oportunidades para la comunidad en general.

Por lo tanto la población que demanda los servicios que brinda el hospital corresponde a la propia Delegación de Tláhuac, Iztapalapa, Milpa Alta y municipios conurbados del Estado de México. La comunidad de estas demarcaciones acuden en forma directa o referidos de algún otro hospital a consulta externa general, de pediatría o de ginecoobstetricia, urgencias, medicina preventiva, clínica de displacias, rayos x, ultrasonido, laboratorio, u odontología en el momento en necesiten la atención; considerando la infraestructura del hospital (2° nivel) los pacientes son valorados y manejados o referidos a otro nivel de atención obedeciendo al diagnóstico que presenten.

---

[6] *Programa Anual de Trabajo Social,* 2001,documento interno. Hospital Materno Infantil Tláhuac.p.1
[7] *Programa Anual de Trabajo 2002,* documento interno Hospital Materno Infantil Tláhuac, p.1

De esta forma, se finaliza este breve análisis sociodemográfico de la Delegación de Tláhuac, poniendo especial énfasis en las cuestiones demográficas, así como de empleo y desempleo, de suma importancia para la presente investigación, ya que ésta servirá de base para analizar el impacto social del Programa de Servicios Médicos y Medicamento Gratuito en esta demarcación de la ciudad de México.

En el siguiente inciso se resaltan las características generales de la Unidad Médica, tales como sus objetivos institucionales, recursos, estructura orgánica y la mecánica de supervisión y evaluación de acciones al interior del nosocomio sometido a investigación siendo esta, el Hospital Materno Infantil Tláhuac de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

5.2 Características generales del Hospital Materno Infantil Tláhuac

"El Hospital Materno Infantil Tláhuac es inaugurado el 29 de junio de 1976, teniendo un proceso evolutivo satisfactorio en beneficio de la población abierta demandante de servicios médicos, en este sentido el puesto de socorros que fue inicialmente, se transformó en un hospital de segundo nivel con 45 camas censables[8] con las que cuenta actualmente; es un hospital certificado por la Secretaría de Salud Federal en el año 2002; también cuenta con una arquitectura moderna y funcional adecuada al entorno de la Delegación Tláhuac y áreas circunvecinas."[9]

Ubicado actualmente en la carretera Tláhuac-Chalco # 231 colonia Habana; siendo el único hospital con que cuenta la Delegación.

5.2.1 Objetivos institucionales

1. Objetivos Generales:

---

[8] Cama censable. Es la cama que se encuentra en el área de hospitalización, es controlada por el servicio de admisión, está instalada y cuenta con los recursos necesarios, se asigna al paciente en el momento del ingreso hospitalario para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Incluye las de medicina interna, cirugía, gíneco-obstetricia y pediatría (camas, cunas, preescolars, escolares e incubadoras). Genera información estadística de días-paciente. *Términos Generales de Planificación en Salud*, *Op. Cit*. p. 9

[9] *Programa Anual de Trabajo 2002*, documento interno Hospital Materno Infantil Tláhuac.

- "Garantizar el derecho a la protección de la salud a través del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, proporcionando atención de consulta externa, urgencias, hospitalización y medicina preventiva en forma oportuna y eficaz a toda la población demandante de atención, especialmente la población carente de seguridad social del Distrito Federal y realizar acciones que coadyuven a mejorar el nivel de salud de la población de la ciudad de México.

1. Objetivos específicos:

- Proporcionar servicios médicos y medicamentos gratuitos a la población carente de seguridad social y residente del Distrito Federal.
- Brindar atención médica integral de urgencias a la población que demande los servicios las 24 hrs. del día y los 365 días del año.
- Brindar atención médica integral en los servicios de consulta externa a la población que lo demande en las áreas de medicina general, ginecoobstetricia, pediatría, odontología, cirugía, medicina preventiva, planificación general y en clínica de displasias.
- Brindar atención médica integral al servicio de hospitalización particularmente en las áreas de atención materno-infantil siguiendo los lineamientos del Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre.
- Brindar atención de calidad con calidez y respeto en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamientos existentes en el hospital.
- Establecer los mecanismos necesarios para la integración del sistema de Atención Primaria participando en las acciones del Comité Delegacional de Salud, coordinados con la Jurisdicción Sanitaria, la Junta de Vecinos y todas aquellas instancias que faciliten dichas acciones." [10]

Es relevante para la investigación, resaltar los recursos con que cuenta la unidad médica para el cabal cumplimiento del programa objeto de análisis, por tal motivo presentamos en el

[10] *Programa Anual de Trabajo 2002, Op.Cit.* p.3-4

siguiente inciso los recursos físicos, humanos materiales y financieros poniendo especial énfasis en los recursos humanos del hospital que son parte esencial en la administración de los servicios de salud.

5.2.2 Recursos físicos, materiales, financieros, humanos

- **Recursos físicos.**

La unidad médica cuenta con una construcción arquitectónica tipo horizontal con 2574 mts. cuadrados de superficie, fragmentado en tres bloques siendo el primero de ellos : consulta externa, urgencias, servicios auxiliares, quirófano, labor y expulsión; segundo el área de consulta externa esta compuesta por: dos consultorios de especialidad: Gíneco-obstetricia y Pediatría, así como uno habilitado para clínica de displasias, un consultorio de Medicina Familiar y un consultorio de medicina preventiva con un módulo de Planificación Familiar, inmunizaciones, curaciones, un módulo de detección oportuna d enfermedades; un consultorio de odontología con dos unidades instaladas.

Cuadro 16. Distribución física del Hospital Materno Infantil Tláhuac

Bloque 1	Descripción
Consulta Externa	2 consultorios de especialidad Ginecobtetricia y Pediatría; 1 consultorio Displacias; 1consultorio de Medicina Familiar 1consultorio de Planificación Familiar, inmunizaciones, curaciones; 1 módulo de detección oportuna de enfermedades 1 consultorio de odontología(con dos unidades instaladas)
Bloque 2	Descripción
Urgencias	2 consultorios, tres salas de observación (hombres, mujeres y niños)
Servicios Auxiliare de Diagnóstico	1 unidad de RX, ultrasonografía, laboratorio y colposcopia.
Bloque 3	
Quirúrgico	1sala de labor 1 sala de recuperación 1 sala de expulsión(con dos mesas 1 sala quirúrgica(al interior de ésta área se ha adecuado para un cunero trancisional
Hospitalización 1	Un bloque con los servicios de puerperio quirúrgico, cirugía ginecológica, cirugía general, preescolares y un cunero patológico
Hospitalización II	2 salas de hospitalización para puerperio fisiológico; 1bloque quirúrgico con dos salas de recuperación.
Servicios de Apoyo	1Central y Equipos de esterilización 1 cuarto de maquinas 1 subestación eléctrica. 1 lavandería

El servicio de urgencias dispone de dos consultorios, tres salas de observación (hombres, mujeres y niños).

El servicio auxiliar de diagnóstico, está conformado por las unidades de rayos X, ultrasonografía, laboratorio y colposcopia.

El bloque quirúrgico está constituido por una sala de labor, una sala de recuperación y una de expulsión con dos mesas y una sala quirúrgica. Al interior de ésta área (recuperación) se ha adecuado con la presencia de un cunero transicional.

El área de hospitalización cuenta con un primer bloque, con los servicios de puerperio quirúrgico y cirugía ginecológica (15 camas); así como cirugía general (1 cama); preescolares (5 camas), cunero patológico (6 camas).

La segunda área de hospitalización (bloque C) se constituye por dos salas de hospitalización, una de 5 camas y otra de 13 camas para puerperio fisiológico; en el interior de ésta área se cuenta con otro bloque quirúrgico con dos salas y un área de recuperación. De tal forma que nos resulta un global de 45 camas censables. Asimismo los servicios de apoyo están conformados por: un cuarto de máquinas, central de equipos y esterilización, subestación eléctrica y tres ambulancias en función.

- **Recursos materiales.**

El Hospital Materno Infantil Tláhuac cuenta con un mecanismo de abastecimiento de recursos materiales, medicamentos y otros insumos, por conducto del almacén general de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el cual suministra lo solicitado vía almacén del hospital, sin embargo se hace necesaria la adquisición de diversos productos por medio del fondo revolvente asignado a la unidad, así como cuentas por liquidar con la autorización de nivel central.

- **Recursos financieros.**

El hospital cuenta con una asignación de fondo revolvente para el año de 2004, por $10,000.00 que se ejecuta conforme a los lineamientos señalados por la Dirección General de Administración y Finanzas, lo que garantiza un abastecimiento al usuario final del 90% de los recursos necesarios.

- **Recursos humanos**

El recurso humano como se resalto en capítulos anteriores, es el rubro a través del cual lograremos nuestros objetivos institucionales propuestos de tal forma, es importante señalar en una forma más especifica, en el presente apartado dedicado a los recursos humanos en el Hospital Materno Infantil Tláhuac por anterior podemos decir que cuenta con una plantilla de personal de base "279 empleados en activo de los cuales 52 son médicos, 101 son enfermeras y 80 corresponden a las áreas paramédicas, y 4 plazas de confianza de mandos medios quedando un total de 283"[11]; que más adelante clasificaremos por área y turno. Los cinco turnos en los cuales está distribuido el personal del hospital son: matutino, vespertino y guardias nocturnas (estas guardias están divididas en a,b,c y cuentan con dos días de descanso entre cada guardia), guardias de sábado, domingo y días festivos (laboran 12 hrs. por guardia), guardia 24 hrs.(labora 1 día por semana).

Las categorías para el personal médico están divididas en ocho tipos de plazas: "Médico General, Médico General "A", Médico General "B", Médico Especialista, Médico Especialista "A", Médico Especialista "B", Médico Jefe de Servicio y Asistente de la Dirección"[12]; las siete primeras consideradas como plazas de base (sindicalizadas) y la última como plaza de confianza.

Las categorías para el personal de enfermería, que son parte medular del área paramédica están subdivididas en: Enfermera Titulada "A", Enfermera Titulada "B", Enfermera Especialista

---

[11] *Plantilla de Recursos Humanos 2003*, Hospital Materno Infantil Tláhuac documento interno, p.1-4
[12] *loc.cit.*

“A”, Enfermera Especialista “B”, Jefe de Enfermeras “A”, Jefe de Enfermeras “B”; las primeras cuatro son plazas de base y las últimas dos de confianza.

Otra rama esencial dependiente del área paramédica, son las plazas de trabajo social las cuales se subdividen en dos categorías: Jefe de Trabajo Social en Área Médica y Trabajadora Social en Área Médica; siendo la primera plaza de confianza y la segunda de base.

También el área paramédica contempla plazas administrativas y de servicios generales entre las cuales se encuentran: “Auxiliar de Estadística y Archivo Clínico, Técnico en Estadística, Auxiliar de Admisión, Jefe de Estadística y Archivo Clínico y Jefe de Admisión; en el segundo ramo (servicios generales) están las siguientes plazas: Afanadora, Camillero, Promotor en Salud (chofer), las plazas señaladas anteriormente son consideras de base.

Las categorías en el área administrativa, están catalogadas en: Auxiliar administrativo, Analista Técnico, Supervisor, Secretaría de Jefe de Oficina, Secretaría de Jefe de Departamento, Jefe de Mesa, Jefe de Sección, Subjefe de Oficina, Jefe de Oficina, Jefe de Sistemas Electrónicos, Jefe de Sistemas de Computo”[13]; siendo estas las de mayor número e importancia en la plantilla del personal del hospital. Cabe resaltar que todas las plazas antes mencionadas son de base o sea sindicalizadas.

Las categorías ya descritas tanto del área médica, paramédica y administrativa son las que conforman la plantilla del personal del Hospital Materno Infantil Tláhuac, inmersas por una parte en funciones sustantivas y la otra en adjetivas o de apoyo.

En este sentido es de suma importancia destacar la distribución del personal por áreas y por turnos, específicamente de las áreas sustantivas (áreas médica y paramédica) que son las que sirven directamente al cumplimiento de los objetivos del programa, sin dejar de resaltar, pero de una manera menos específica al personal de la rama administrativa.

Por lo anterior se describe a continuación el desglose del personal de la rama paramédica por áreas y turnos:

---

[13] *loc.cit.*

Cuadro 17. Recursos humanos de la rama paramédica

Unidad de Medicina General

Área	Número de Médicos	Turno
Consulta Externa	3	Lunes-Viernes (Matutino)
	2	Lunes-Viernes (Vespertino)
	2	Guardia "A" (Nocturna)
	1	Guardia "B" (Nocturna)
	1	Guardia "C" (Nocturna)
	1	Guardia sab,dom,fest.12hrs

Total: 10

Unidad Ginecoobstetricia

Área	Número de Médicos	Turno
Consulta Externa Ginecoobstetricia	2	Lunes-Viernes (Matutino)
	2	Lunes-Viernes (Vespertino)
	1	Guardia "A" (Nocturna)
	1	Guardia "B" (Nocturna)
	1	Guardia "C" (Nocturna)
	2	Guardia sab, dom, fest. 12hrs

Total: 9

Unidad de Medicina Preventiva

Número de Médicos	Turno
2	Lunes-Viernes (Matutino)

Total: 2

Unidad de Pediatría

Número de Médicos	Turno
1	Lunes-Viernes (Matutino)
2	Lunes-Viernes (Vespertino)
1	Guardia "A" (Nocturna)
1	Guardia "B" (Nocturna)
1	Guardia "C" (Nocturna)
1	Guardia Sábado 24 hrs.
2	Guardia sab, dom, fest. 12 hrs.

Total : 9

Diagnóstico y Tratamiento

Número de Médicos	Turno
2	Lunes-Viernes (Matutino)

Total: 2

Unidad de Anesteciología

Número de Médicos Anestesiólogos	Turno
6	Lunes-Viernes (Matutino)

Total: 6

Unidad de Odontología

Número de Odontólogos	Turno
4	Lunes-Viernes (Matutino)
2	Lunes-Viernes (Vespertino)
1	Guardia sab, dom, Fest., 12 hrs.

Total: 7

Unidad de Psicología

Número de Psicólogos	Turno
1	Lunes-Viernes (Matutino)
1	Guardia sab, dom, fest.. 12 hrs.

Total: 2

Asistentes de la Dirección

Número de Personal	Turno
1	Lunes-Viernes (Matutino)
1	Guardia “A” (Nocturna)
1	Guardia “B” (Nocturna)
1	Guardia “C” (Nocturna)
1	Guardia sab,dom, fest. 12 hrs.

Total: 5

Jefatura de Enfermería

Número de Enfermeras Generales	Turno
2	Lunes-Viernes (Matutino Turno fijo)
18	Lunes-Viernes (Matutino Rotativo)
1	Lunes-Viernes (Vespertino Turno Fijo)
12	Lunes-Viernes (Vespertino Rotativo)
12	Guardia “A” (Nocturna)
10	Guardia “B” (Nocturna)
8	Guardia “C” (Nocturna)
2	Guardia sab, dom, fest.(12 hrs.)

Total: 65

Número de Enfermeras Especialistas	Turno
2	Lunes-Viernes (Matutino Fijo)
5	Lunes-Viernes (Matutino Rotativo)
1	Lunes-Viernes (Vespertino Fijo)
2	Lunes-Viernes (Vespertino Rotativo)
2	Guardia “A” (Nocturna)
3	Guardia “B” (Nocturna)
5	Guardia “C” (Nocturna)

Total : 20

Número de Jefes de Enfermería	Turno
9	Lunes-Viernes (Matutino Fijo)
1	Lunes-Viernes (Matutino Rotativo)
1	Lunes-Viernes (Vespertino Fijo)
1	Lunes-Viernes (Vespertino Rotativo)
1	Guardia “A” (Nocturna)
1	Guardia “B” (Nocturna)
2	Guardia “C” (Nocturna)

Total: 16

Unidad de Laboratorio

Número de Laboratoristas	Turno
3	Lunes-Viernes (Matutino)
1	Lunes-Viernes (Vespertino)
1	Guardia sab, dom, fest.. 12 hrs.

Total: 5

Unidad de Imágenes “Rayos” “X”

Número de Radiólogos	Turno
1	Lunes-Viernes (Matutino)
1	Guardia “A” (Nocturna)
1	Guardia “B” (Nocturna)
1	Guardia “C” (Nocturna)
2	Guardia sab, dom, fest. 12 hrs.

Total : 6

Jefatura de Farmacia

2	Lunes-Viernes (Matutino Fijo)
1	Guardia sab,dom, fest...12 hrs.

Total: 3

Jefatura de Trabajo Social

Número de Trabajadoras Sociales	Turno
8	Lunes-Viernes (Matutino)
2	Lunes-Viernes (Vespertino)
3	Guardia sab, dom, fest. 12 hrs.

Total: 13

Coordinación de Dietología

Número de Personal	Turno
1	Lunes-Viernes (Matutino)

Total: 1

Jefatura de Cocina

Número de Personal	Turno
5	Lunes-Viernes (Matutino)
2	Lunes-Viernes (Vespertino)
3	Guardia sab, dom, fest. 12 hrs.

Total: 10

Coordinación de Admisión y Archivo Clínico

Número de Personal	Turno
6	Lunes-Viernes (Matutino)
2	Lunes-Viernes (Vespertino)
1	Guardia “A” (Nocturna)
1	Guardia “B” (Nocturna)
1	Guardia “C” (Nocturna)
3	Guardia sab, dom, fest..12 hrs

Total: 14

Jefatura de Estadística

Número de Personal	Turno
4	Lunes-Viernes (Matutino)

Total : 4

Camilleros (Servicios Generales)

Número de Personal	Turno
2	Lunes-Viernes (Matutino)
1	Lunes-Viernes (Vespertino)
1	Guardia “A” (Nocturna)
1	Guardia “B” (Nocturna)
1	Guardia “C” (Nocturna)
2	Guardia sab, dom, fest.. 12 hrs.

Total: 8

Oficina de Intendencia (Servicios Generales)

Número de Personal	Turno
1	Lunes-Viernes(Matutino)
1	Lunes-Viernes (Vespertino)
1	Guardia sab, dom, fest. 12 hrs.
26	Distribuido en diferentes turnos (personal subrogado de compañía privada)

Total:

Jefatura de Transportes (Ambulancias) (Servicios Generales)

Número de Promotores en Salud (Chóferes)	Turno
3	Lunes-Viernes (Matutino)
3	Lunes-Viernes (Vespertino)

1	Guardia "A" (Nocturna)
3	Guardia "B" (Nocturna)
1	Guardia "C" (Nocturna)
5	Guardia sab, dom, fest.12 hrs.

Total: 16

Fuente: Cuadro elaborado por el autor, en base a la plantilla de Recursos Humanos y en la Estadística de Recursos Humanos HMIT 2003.

En conjunto el personal médico y paramédico en este nosocomio es de 233 empleados; enseguida se revisa la plantilla del área administrativa, simplemente para contar con una visión integral de la plantilla del Hospital Materno Infantil Tláhuac.

- **Recursos humanos de la rama administrativa**

Los recursos humanos en las áreas administrativas del hospital esta distribuido como se destacó anteriormente, son cuatro coordinaciones dependientes de la subdirección administrativa divididos en 44 plazas de base y 5 de confianza, siendo 3 de éstas de estructura que corresponden, a las autoridades que rigen la administración del hospital, al respecto la investigación no se enfoca directamente a las funciones adjetivas, sólo mencionamos en una forma más sintetizada, el número del personal administrativo, por tal motivo no se presenta el desglose del personal, como es el caso de la rama médica y paramédica.

En los cuadros presentados con anterioridad podemos observar una plantilla suficientemente nutrida, sin embargo el ausentismo del personal médico, paramédico y administrativo se hace presente por dos principales motivos: primeramente el personal se encuentra dividido en 5 turnos; otra situación son las Condiciones Generales de Trabajo que rigen al Gobierno del Distrito Federal son muy generosas en cuestión de otorgar prestaciones al personal en tiempo y no en dinero, lo cual permite que exista cierto ausentismo de personal en las unidades médicas.

Otro aspecto que nos llama la atención al observar la plantilla, es la incongruencia entre la plaza, el puesto y la función entre algunos elementos del personal principalmente en la rama administrativa, situación generalizada en toda la red de hospitales.

Por otro lado, en el siguiente inciso dedicado al análisis de la estructura orgánica y a las funciones de las autoridades que rigen al Hospital Materno Infantil Tláhuac.

5.2.3 Estructura orgánica y funcional

La estructura orgánica al interior de las unidades médicas (hospitales), como el caso del Hospital Materno Infantil Tláhuac, comprende una estructura orgánica conformada por 1 autoridad superior (Subdirector de área "A") y dos autoridades de mando medio (Jefe de Unidad Departamental "A"), las cuales se constituyen por 1 director de hospital, 1 subdirector médico y 1 subdirector administrativo, teniendo como responsabilidad las siguientes atribuciones:

- **Dirección de Hospital :**

- "Adecuar la organización interna de la unidad hospitalaria en base a la normatividad establecida, capacidad instalada y recursos disponibles.
- Determinar las metas y programas a realizar, tomando como base las necesidades locales de salud y la infraestructura y recursos disponibles.
- Supervisar que de acuerdo a la normatividad establecida por las áreas del nivel central, se formulen los siguientes instrumentos programáticos: diagnóstico situacional, anteproyecto del programa presupuesto, programa operativo anual y programa de trabajo.
- Verificar que se desarrollen acciones de supervisión y evaluación periódica por los Subdirectores, coordinadores y Jefes de Servicio, que retroalimente el proceso de toma de decisiones.
- Vigilar la adecuada abservancia a las normas, políticas y lineamientos institucionales existentes, para el desarrollo de actividades del personal operativo adscrito en las diferentes áreas de servicio.
- Atender la problemática de los pacientes y familiares, procurando dar soluciones satisfactorias y equitativas.
- Proporcionar a las autoridades de la Dirección General, los informes técnicos, estadísticos, de auto evaluación y de productividad que le sean requeridos en forma programada o extraordinaria.

- Promover y presidir las reuniones de los Comités Técnicos de la unidad hospitalaria.
- Representar al hospital en los diferentes eventos oficiales que involucren a la Institución.

  - **Subdirección Médica /Unidad Médica**

- Participar y coordinar la adecuación de la organización interna de la Subdirección Médica en base a la normatividad establecida, capacidad instalada y recursos disponibles.
- Asesorar y supervisar la elaboración de instrumentos programáticos y programas de trabajo anuales de las coordinaciones de su ámbito de competencia.
- Conocer, analizar y adecuar los documentos técnico-normativos elaborados por el nivel central, para su adecuada aplicación en las áreas de servicio hospitalaria.
- Supervisar el adecuado apego a las normas y lineamientos institucionales en la prestación de servicios de la unidad hospitalaria.
- Analizar conjuntamente con los coordinadores, los sistemas de operación para la atención médica de los pacientes a fin de unificar criterios y agilizar estos procesos.
- Supervisar, analizar y evaluar los informes médicos, dictámenes médico-legales, expedientes clínicos, informes estadísticos y resultados del proceso de auto evaluación de la calidad de la atención otorgada en la unidad hospitalaria.
- Participar en la enseñanza y capacitación del personal operativo, así como en protocolos de investigación que se realicen en la unidad hospitalaria.
- Apoyar y participar en la integración y desarrollo de Comités Técnicos Institucionales.
- Detectar e informar oportunamente a la Dirección del Hospital, las desviaciones encontradas en la operación de los servicios a su cargo, así como proporcionar las alternativas de solución más viables.
- Suplir en su ausencia al Director del Hospital.

  - **Subdirección Administrativa / Unidad Administrativa**

- Participar y coordinar la adecuación de la organización interna de la Subdirección Administrativa en base a la normatividad establecida y recursos disponibles.
- Asesorar, coordinar y supervisar la formulación del anteproyecto del programa-presupuesto de la unidad hospitalaria, así como los programas de trabajo de las coordinaciones que la integran.
- Conocer y supervisar la observancia a las normas y lineamientos establecidos por la institución y organismos superiores para la administración de recursos.
- Establecer sistemas administrativos para el registro y control de los recursos humanos, materiales y financieros asignados a la unidad hospitalaria.
- Verificar el adecuado manejo y comprobación del fondo revolvente y de las diversas erogaciones presupuéstales que se realicen.
- Supervisar el adecuado funcionamiento del sistema de abasto y suministro de bienes inventariables y de consumo, para identificar fallas y corregirlas o reportarlas al nivel central.
- Programar y coordinar las acciones de conservación y mantenimiento a fin de tener en buen estado de funcionamiento las instalaciones, equipo médico, equipo industrial y de oficina así como las ambulancias y demás parque vehicular de apoyo.
- Elaborar en coordinación con la Subdirección Médica, los cuadros básicos de insumos médicos, así como los de material de oficina, refacciones vestuario y alimentos, entre otros.
- Promover y participar en eventos de capacitación al personal operativo.
- Formular informes periódicos de situación financiera, inventarios, control de existencias, cuotas de recuperación y ejercicio presupuestal solicitados por la Dirección del hospital e instancias superiores."[14]

[14] *Programa Anual de Trabajo 2002*, Hospital Materno Infantil Tláhuac documento interno, p.10-15

La estructura orgánica descrita anteriormente, son los tres mandos superiores en cada una de las unidades hospitalarias, independientemente de la especialidad que brinden al público.

Después de señalar las funciones de estos tres niveles jerárquicos superiores se encuentran adscritos a esta estructura orgánica los siguientes órganos:

Dirección:

- Unidad de Planeación y Evaluación
- Jefatura de Enseñanza e Investigación
- Comités de Planeación
- Subdirección Médica
- Subdirección Administrativa

Subdirección Médica:

- Jefatura de Enfermería
- Jefatura de Trabajo Social
- Coordinación de Atención Primaria (Medicina Preventiva y epidemiológica, consulta general y familiar de odontología, planificación familiar, atención de unidades de primer nivel)
- Coordinación de Consulta Externa y Urgencias (consulta especialidades medico quirúrgica, urgencias)
- Coordinación de Hospitalización (ginecoobstetricia, pediatría, cirugía)
- Coordinación de Servicios Auxiliares (laboratorio clínico, imagenología, auxiliares en el tratamiento, ultrasonido, colposcopia)
- Coordinación de Admisión y Archivo Clínico (admisión y archivo clínico).

Subdirección Administrativa:

- Coordinación de Recursos Humanos (administración de personal, control de asistencia, estadística y sistemas);
- Coordinación de Recursos Materiales (almacén, inventarios)

- Coordinación de Recursos Financieros (fondo revolvente, contabilidad)
- Coordinación de Servicios Generales (transportes (ambulancias), vigilancia y mantenimiento, ropería e intendencia. (véase anexo 2)

En este sentido, la estructura al interior de los nosocomios esta dividida en una dirección y dos subdirecciones, las cuales, una de ellas esta enfocada a las tareas sustantivas en materia de salud (subdirección médica) y otra a las funciones administrativas adjetivas o de apoyo (subdirección administrativa).

Después de revisar la estructura orgánica de los hospitales de segundo nivel y en específico el Hospital Materno Infantil Tláhuac, en el siguiente inciso, se revisan las formas de supervisión y evaluación de las acciones al interior del hospital.

5.2.4 Mecánica de supervisión y evaluación de acciones al interior del HMIT

La supervisión y evaluación de acciones en el Hospital Materno Infantil Tláhuac, es llevada acabo a través de mecanismos; con el fin de integrar y mejorar los sistemas de supervisión, por niveles jerárquicos de organización con la dinámica de supervisión y asesoría.

El mecanismo el cual es llevado acabo por las diferentes áreas hospitalarias es el siguiente:

Diariamente:

- "A través de informes de Asistentes de la Dirección
- Informes de Jefes de Servicio y Coordinadores de Área
- Informes del Subdirector Médico y Administrativo

Semanalmente:

- Insumos
- Recursos Humanos
- Mantenimiento
- Recursos Financieros
- Otros

Quincenalmente:

- Recursos Humanos (Asistencia)
- Cuotas de Recuperación
- Compras
- Compañías Subrogadas (intendencia, calderas)

Mensualmente:

- Plazas Vacantes
- Empleado del Mes
- Asistencia y Estímulos
- Informe Estadístico
- Control de Gestión
- Indicadores Básicos
- Pedido Mensual (Almacén)
- Quejas y Sugerencias
- Otros" [15]

La supervisión en las diferentes áreas y servicios se lleva acabo diariamente por medio de un recorrido por todos los servicios detectando anomalías, resolviéndose estas en el trayecto del día.

Por semana se realiza un recorrido en compañía del cuerpo de gobierno.

Mensualmente en base al control de gestión interno en coordinación con los jefes de servicio evaluando el cumplimiento de metas.

Por semestre se lleva a cabo evaluación personal, acciones realizadas y logros obtenidos.

Anualmente se elabora el diagnóstico situacional y realización del Programa de Trabajo actualizado, así como la programación de metas para el año siguiente.

5.2.5 Participación Ciudadana (Unidades Territoriales)

[15] ibíd. p. 8-9

La participación ciudadana en todo sistema de salud es fundamental, para conocer y considerar las diferentes necesidades comunitarias en este rubro, asimismo la base en educación para la salud comienza desde la familia y por ende la comunidad. Por tal motivo es básico poner especial énfasis

en los mecanismos que ha llevado el Gobierno del D.F.

En este sentido, el mecanismo que implementó el Gobierno del Distrito Federal; relacionado con la participación ciudadana en materia de salud, en la ciudad de México su objetivo principal es transparentar sus acciones y promover la participación de la población en la toma de decisiones, la estructura para lograr estos objetivos esta sustentada en "1352 Unidades Territoriales[16] (UT) en la ciudad, donde la Asamblea Vecinal es la instancia máxima de decisión y el Comité Vecinal, elegido por votación universal, la instancia ejecutiva";[17] de ésta manera los programas sociales están territorializados, y en la Asamblea de cada UT ,se revisan los contenidos el número de personas familias que han sido beneficiadas así como el monto en los recursos destinados a estas actividades. De ésta forma, la información se distribuye casa por casa, para que los mismos vecinos fiscalicen los recursos ejercidos en los programas sociales.

Al interior de las Asambleas Vecinales se forman comisiones para tareas específicas, entre las cuales destacan la salud, estas comisiones son la estructura para reconstruir los Comités de Salud en los Centros de Salud con el objeto de redefinir funciones. En el cual convergen las comisiones vecinales y las educadoras para la salud realizando un diagnóstico participativo de salud en su Unidad Territorial, toda esta información será punto de discusión en el nuevo comité de salud y así se dará un intercambio de experiencias y aprendizaje. Así, se consolida las

---

[16] La Unidad Territorial es el espacio geopolítico que cuenta con representación formal en las comunidades. Es propicio para desarrollar la estrategia de diagnóstico y plan de acción en el ámbito local con la participación de representantes de la comunidad. *Informe de Trabajo 2003,* Universo de Salud, vol.4. año4 No.25. Mayo 2004 Secretaría de Salud del Distrito Federal, p.30

[17] *Programa de Salud 2002-2006 Gobierno del Distrito Federal* véase en Universo de Salud, vol. 2, núm.14, Octubre de 2002.p.40. Secretaría de Salud del Distrito Federal.

condiciones necesarias para una participación informada y conciente en la toma de decisiones y control social a nivel local.

En donde cada Comité de Salud, nombrará a su representante ante los comités de salud delegacionales y regionales, con la finalidad de presentar propuestas ante el Consejo de Salud del Distrito Federal.

5.3. Avances del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos 2001-2004 en el HMIT

Con base en el marco teórico y en la evolución histórica de los servicios de salud en la Ciudad de México, así como la importancia de los servicios de salud que proporciona el Hospital Materno Infantil Tláhuac, este capítulo se enfoca hacia el diagnóstico que el *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos* en el período 2001-2004. Específicamente, se pretende afirmar que: el *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos* en la Delegación Tláhuac, es un elemento fundamental para atender a la población abierta y que se encuentra al margen de la seguridad social que imparte, el Estado.

En este sentido, si bien el Programa de Servicios Médicos y Medicamento Gratuito es una alternativa para la atención ciudadana que lleva a cabo el Gobierno del Distrito Federal en esta Delegación, sus acciones son muy limitadas ante los escasos recursos, y el aumento constante de usuarios y su empadronamiento, así como a la falta de otros complementos de política social que permitan auxiliar las condiciones de salud de la población afiliada.

Como se mencionó, en el estudio sociodemográfico de la Delegación Tláhuac, la población no asegurable en ésta demarcación, representa aproximadamente el 70% del total demográfico, casi tres cuartas de la población total no cuenta con seguridad social y por ende con un empleo estable, por lo cual tienen que acudir a nosocomios del Gobierno del Distrito Federal, al no contar con los recursos suficientes para acceder a servicios de salud privados. Las percepciones

que la PEA obtiene por concepto de sueldos en la mayoría de los casos entre 1 y 2 salarios mínimos, es decir, aproximadamente entre que reciben quincenalmente o en algunos casos mensuales, esto reduce las posibilidades también de acceder a los servicios que brinda el gobierno ya que sus cuotas de recuperación principalmente en los servicios médico-quirúrgicos son el equivalente o más al sueldo que la población percibe.

Para tener un ejemplo más especifico de lo anterior, se investigaron, las clasificaciones socioeconómicas de cobro para el paciente, la Oficina de Trabajo Social considerará los grupos socioeconómicos determinados en el Tabulador de Cuotas de Recuperación para el pago de derechos por servicios prestados, por medio de un estudio socioeconómico. Los grupos socioeconómicos en este rubro son los siguientes:

Cuadro 18. Grupos socio-económicos

Grupos o Clasificaciones	Ingresos Familiares
0 (Exento)	Hasta un salario mínimo.
I	De más de un salario mínimo y hasta dos.
II	De más de dos salarios mínimos y hasta cinco salarios mínimos.
III	De más de cinco salarios mínimos y hasta catorce salarios mínimos.
IV	De más de catorce salarios mínimos. [18]

Fuente: ***Manual de Procedimientos para la Aplicación del Cobro de Cuotas de Recuperación Octubre 1999,*** **Secretaría de Salud del Distrito Federal.**

Aunado a esto, anteriormente los nosocomios del Gobierno del Distrito Federal no otorgaban medicamento gratuito al paciente después de cumplir los días estancia requeridos para su reestablecimiento; ésto es, al ser dado de alta al paciente del hospital, y el mismo caso para el servicio de consulta externa, lo cual se traduce en un costo extra para los familiares del paciente. Como se mencionó anteriormente, en muchos casos sus ingresos no son suficientes para adquirir el medicamento, a favor de la recuperación total del enfermo fuera de la unidad médica.

[18] *Manual de Procedimientos para la Aplicación del Cobro de Cuotas de Recuperación* documento interno Secretaría de Salud del Distrito Federal. Octubre 1999. p.11

Lo anterior causaba un circulo vicioso en la salud de la población por que al no administrársele el medicamento al paciente en una forma oportuna y adecuada después del egreso hospitalario, el paciente vuelve a enfermar de lo mismo o en muchas ocasiones se puede complicar su padecimiento, regresando de nueva cuenta al nosocomio a requerir de los servicios, esto nos conduce a una elevación de costos en los servicios de salud, ya que se tiene que dar de nuevo el tratamiento médico o en un dado caso el internamiento de la persona en repetidas ocasiones.

Cabe señalar, que el Hospital Materno Infantil es el único nosocomio del Gobierno del Distrito Federal en la demarcación, contando con ésta especialidad y teniendo como apoyo las Unidades de Atención Primaria de Zapotitlán y Mixquic .

Bajo este contexto negativo para el acceso en forma inmediata de los ciudadanos a los servicios salud el Gobierno del Distrito Federal a través de la Secretaría de Salud, implementa el programa de gratuidad en los servicios y el medicamento, en la red de hospitales, jurisdicciones sanitarias y centros de salud, para la población no asegurada residente en el Distrito Federal.

Este apartado esta dedicado a revisar y procesar las cifras estadísticas que han resultado del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos en el período de septiembre del 2001 a septiembre del 2004, en el Hospital Materno Infantil, se aborda el conjunto de cifras que lo conforman ordenándolas por servicios de atención, en cuanto a la distribución gratuita de medicamentos se dará a conocer el número de recetas médicas surtidas al público usuario de los servicios; también se presentan números globales, representando su avance en la materia, por medio de cuadros estadísticos para conocer mejor su comportamiento y brindar una explicación más precisa de lo que esta sucediendo con el programa, en ésta demarcación de la ciudad de México.

El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, desde su entrada en vigor en el Hospital Materno Infantil Tláhuac a partir de septiembre del 2001 a septiembre del 2004, registra las siguientes cifras en las diferentes áreas médicas de aplicación:

Cuadro 19. Cédulas y recetas médicas distribuidas 2001-2004

1.Cédulas de Gratuidad aplicadas	7233
2. No. de recetas surtidas por consulta externa y urgencias	10,456 [19]

Cuadro 20. Casos atendidos por servicio en el HMIT 2001-2004

❑ Consulta General : 7691
❑ Consulta de Especialidad : 4362
❑ Consulta de Psicología : 1233
❑ Consulta de Odontología : 2759
❑ Partos : 4843
❑ Intervenciones Quirúrgicas : 1290
❑ Egresos : 7249
❑ Laboratorio : 6248
❑ Rayos X : 1415
❑ Ultrasonidos : 2308
❑ Colposcopia : 5137 [20]
❑ Otras Curaciones: 927 " [21] TOTAL:47,205 casos atendidos.

El global obtenido del número de casos médicos atendidos asciende a 47,205 entre 2001 y 2004; con un ahorro estimado en servicios para la población usuaria del Programa de Servicios

[19] Cuadro elaborado por el autor en base al *Concentrado Estadístico del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos 2001-2004,* documento interno, Hospital Materno Infantil Tláhuac. p.1-4
[20] Colposcopia. Inspección visual de la vagina y del cervix (cuello del útero) de la mujer con magnificación iluminada. Se emplea una serie de lentes que aumentan entre 5 y 25 veces. véase en Smith Tony, *Enciclopedia de la Salud Familiar T.1*, edit. Mc Graw Hill Interamericana, Vol.I México, 1992.
[21] Cuadro elaborado por el autor en base, *Concentrado Estadístico Semanal del PSMyMG 2001-2004*, Hospital Materno Infantil Tláhuac documento interno, p.1-4

Médicos y Medicamentos Gratuitos en el Hospital Materno Infantil Tláhuac entre 2001 y 2004 de $8´975,423.00[22], a tres años de la implantación del Programa de Gratuidad en el hospital.

Por lo anterior se deduce que la productividad del Hospital Materno Infantil Tláhuac en el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos se encuentra en un proceso de continuo incremento en el número de casos atendidos por la carencia de seguridad social que existe en la demarcación.

En este inciso, se dió a la tarea de investigar algunas referencias en salud, en la demarcación objeto de estudio que es la Delegación Tláhuac que nos servirán de sustento en este apartado.

Cuadro 21. Principales causas de morbilidad Hospital Materno-Infantil Tláhuac 2003

10 Principales causas de morbilidad en Urgencias

Diagnóstico	Total de casos
Supervisión de embarazo normal	8172
Infecciones agudas de sitios múltiples	1150
Faringitis aguda, no especificada	1090
Infección de vías urinarias sitio no especificado	954
Infección no especificada de vías urinarias en el embarazo	789
Rinofaringitis aguda	698
Diarrea y gastroenteritis	589
Otras infecciones intestinales especificadas	445
Traumatismos superficiales múltiples no especificado	425
Ruptura prematura de membranas sin otras espec.	397

10 principales causas de morbilidad de consulta general

Diagnóstico	Casos
Supervisión de embarazo normal	1137
Infección de vías urinarias, sitio no esp.	43
Asistencia para la anticoncepción, no esp.	20
Leiomioma del útero [23]	19
Infección en vías urinarias, en el embarazo	19
Hemorragia vaginal y uterina normal	18
Vaginitis aguda	18
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	15
Quistes de ovarios no esp.	14
Resfriado común	14

[22] Cálculo elaborado por el autor en base al *Concentrado de Prestación de Servicios del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos 2001-2004 y al Tabulador de Cuotas Hospitalarias emitido por el Gobierno del Distrito Federal 1997*. Sólo se incluyen gastos por prestación de servicios. P.1-4

[23] Tumor benigno derivado del músculo liso, más a menudo del útero. veáse en, Barbara F. Séller, tr. Orizaga Samperio Jorge, Ocaña Castañeda Ana María, *Diccionario Enciclopédico de ciencias de la Salud*, edit. Mc Graw Hill Interamericana, México, 1997. p.482

10 principales causas de morbilidad ginecoobstetrica

Diagnóstico	Casos
Supervisión de embarazo normal	250
Hemorragia vaginal y uterina	24
Cuidado posterior a la cirugía	16
Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	12
Asistencia para la anticoncepción	9
Enfermedad inflamatoria pélvica femenina	8
Cistocele	6
Quistes de ovario no esp.	6
Examen de seguimiento cirugía por otra afección	5
Leiomioma del útero, sin otra esp.	5

10 Principales causas de morbilidad pediatría

Diagnóstico	Casos
Consulta para atención y sup. de la salud en niños	129
Rinofaringitis aguda	114
Faringitis aguda	114
Infección de vías urinarias sitio no esp.	84
Otras infecciones agudas de sitios múltiples vías resp.	57
Ictericia neonatal	35
Dermatitis no esp.	35
Otros controles generales de salud de rutina	32
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infec.	32
Giardiasis [24]	23

10 Principales causas de morbilidad dental

Diagnóstico	Casos
Caries limitada al esmalte	267
Gingivitis crónica [25]	224
Caries dental no esp.	190
Otros controles generales de la salud de rutina	184
Caries dental	105
Depósitos (acreaciones) en los dientes	99
Abceso periapical sin fistula [26]	63
Pulpitis [27]	53
Enfermedad del periodonto, no esp. [28]	53
Raíz dental retenida	31

Fuente: Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios versión 2.7.05 2003

[24] Giardiasis: Infestación con giarda. Giarda género de protozoarios flagelados que parasitan el intestino del hombre y animales; provocan diarreas prolongadas, intermitentes, con síntomas que presagian mal absorción. *ibíd*. p. 365

[25] Gingivitis crónica. Término general con que se designa la inflamación de las encías, cuyo sangrado es uno de los síntomas habituales. La gigivitis crónica puede provocar periodontitis, la causa principal de la gingivitis es la acumulación de placa dentobacteriana. véase en Diccionario Enciclopédico de ciencias de la Salud, *Op. Cit*. p.366

[26] Absceso periapical. Absceso que rodea a un vértice, especialmente la raíz de un diente. *ibíd*. p.629

[27] Pulpitis inflamación de la pulpa dental. *ibíd.* p. 685

[28] Enfermedad de periodonto. Cualquier enfermedad o trátorno del periodonto. (periodonto: tejido que recubre al diente, incluyendo cemento, ligamento periodontal, alveolo óseo y encía. *ibíd.* p. 631

En los cuadros de morbilidad hospitalaria anteriormente presentados el primer lugar de casos atendidos lo ocupa la supervisión de embarazo normal en el rubro de ginecoobtetricia y así como el rubro de pediatría, lo ocupa la atención y supervisión de la salud en niños; en consulta de dental las caries limitada al esmalte, el cuadro anteriormente presentado muestra que en el hospital, son muy escasas las enfermedades crónico-degenerativas que se atienden en el hospital, siendo en primer término las de mayor incidencia las infecto-contagiosas.

El cuadro que enseguida se presenta, muestra las defunciones en la delegación de Tláhuac por grupo de edad, tomados de una tasa de 100 mil habitantes.

Cuadro 22. Defunciones en la Delegación Tláhuac por grupo de edad [1/] 2000-2001

General			**Infantil[2/]**			**Preescolar**				**Escolar**			**Productiva**			**Postproductiva**			**Materna [3/]**		
2000	2001	Dif	2000	2001	Dif	2000	2001	Dif		2000	2001	Dif	2000	2001	Dif	2000	2001	Dif	2000	2001	Dif
1,113	1,182	69	133	124	-9	14	18	4		14	16	2	471	491	20	481	533	52	6	3	-3

[1/] Tasas por 100,000 mil habitantes
[2/] Tasa por 1,000
[3/] Tasa por 10 mil
Nota : Como denominador se utilizó los nacimientos esperados por CONAPO. Defunciones: INEGI/SSA Cifras Definitivas.
Fuente: Informe de Trabajo 2002. Secretaría de Salud Gobierno del Distrito Federal. Universo de Salud Vol. 3. año 3 No 20. Junio 2003. México.

El cuadro anterior se observa un moderado aumento en la mortandad general de la población en ésta demarcación territorial, siendo relevante por su aumento en la edad productiva y postproductiva, y materna.

El estudio de opinión realizado, al público usuario de los servicios, nos brindará una visión real del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos en el Hospital Materno Infantil Tláhuac, enfoque de la presente investigación.

5.4 Consideraciones del Programa, a partir de un estudio de opinión realizado al público usuario

Derivado de la hipótesis de trabajo la profiere *Que el Programa de Servicios y Medicamentos gratuitos, es una acción del Gobierno del Distrito Federal, para remover el obstáculo económico en el acceso a los servicios de salud, ejecutando de esta manera el*

ordenamiento jurídico estipulado en el artículo 4° constitucional, sin embargo no es la panacea a la carencia de seguridad social prevaleciente, en la Delegación Tláhuac.

El instrumento con el cual se midió la eficiencia del programa en el Hospital Materno Infantil Tláhuac, fue un estudio de opinión que es construido y realizado del 4 al 8 octubre del 2004 en un horario de 8:00 a 12:00 por el autor, con la autorización de la Dirección del Hospital, el Comité de Becas y la Jefatura de Enseñanza e Investigación; así como, el registro de la presente investigación en la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. En un itinerario distribuido de la siguiente forma:

Día de la semana	**Área**		**Total**
	C.Externa No. de encuestas	**Hospitalización No. de encuestas**	
Lunes	16	16	32
Miércoles	16	16	32
Viernes	18	18	36 **Total:100**

En este sentido la encuesta mencionada esta dirigida a 100 personas usuarias del servicios médicos, 50 encuestas en el área de Consulta Externa y 50 en el área de Hospitalización, en el Hospital Materno Infantil Tláhuac, siendo dos muestras relacionadas que convergen hacia la medición del cumplimiento de objetivo central del Programa y a la eficiencia de los servicios del hospital , así como al conocimiento socio-económico de la población encuestada, la cual en algunos reactivos de la encuesta es incluida la población del Estado de México y en los referentes al programa de gratuidad, es excluida, ésta población muestra por no ser residente en el Distrito Federal. Contando como base cuatro indicadores fundamentales, que son: 1) *Datos Generales de los Usuarios* ; II) *Conocimiento del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos*; III) *Eficiencia en la Atención Hospitalaria*; IV) *El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos en la Delegación Tláhuac*, cada uno de estos indicadores, servirán de instrumento de medición en una modalidad cualitativa.

Al respecto se presenta el análisis de los porcentajes, que resultaron del estudio de opinión realizado al público usuario del Hospital materno Infantil Tláhuac y del *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos*.

Reflexiones finales

A lo largo de la evolución histórica, siempre ha estado presente el debate en el tema de la salud pública, la cual debe estar a cargo del Estado y de uno de sus principales elementos, como lo es el Gobierno y por ende de la Administración Pública en sus tres esferas de gobierno.

Por lo cual se llega a las siguientes reflexiones de la investigación realizada.

En el **primer capítulo** se llega a la conclusión que en las diferentes concepciones de los teóricos del Estado analizadas en la investigación definen al Estado como organización político-social de coerción; la cual esta constituida en tres partes esenciales que son: territorio, población y un poder público.

En este sentido el poder público como parte del Estado es donde recae la gran responsabilidad por el bien común de la población, la cual legitima al poder público; siendo el territorio el espacio físico, en el cual se desarrollará toda ésta organización social y política.

De esta manera, el poder público se relaciona directamente con el gobierno que es el conjunto de personas que ejercerán este poder, por medio de acciones de gobierno enfocadas al bien común, que llevará acabo a través de la administración pública la cual obtendrá recursos inyectados por el gobierno, siendo su principal función el buen manejo y la optimización los mismos; todo esto traduciéndose en la creación de infraestructura para otorgar servicios públicos en los diferentes rubros tales como: seguridad, educación, salud, urbanización etc.

Bajo este contexto la relación que guarda el Estado con la salud de la población es la preservación y conservación en condiciones óptimas del ser humano, no sólo en su estado físico, sino también la optimización de su estado ambiental y psico-social, por medio de la salud pública que es una tarea de gobierno y por ende de la Administración Pública.

La Administración Pública, como encargada de brindar y crear infraestructura para servicios de salud a la población, lo hará en un plano específico por medio de los planes de salud los cuales derivarán en programas de salud asistenciales para el logro de las metas planteadas en este rubro.

Al realizar la investigación se comprobó que, ésto en teoría esto es lo que debe llevar acabo el Estado, vía su poder público como ya se explicó y que es una de sus tareas prioritarias para subsistir como tal, ya que de otra manera no estaría cumpliendo con uno sus cometidos en el desarrollo social.

Históricamente la seguridad social en México, y en Latinoamérica siempre ha estado vinculada al empleo formal, cosa que no paso en Europa, que contaban, con una mayor cobertura que se brindaba a todos los sectores de la población.

La seguridad social teóricamente, esta ligada al concepto de una distribución equitativa de la riqueza de una nación.

En la actualidad México vive con altos índices de desempleo, lo cual provoca una sectorización de los servicios de salud y prestaciones sociales entre los diferentes segmentos de la población.

En este sentido la salud en México, sufre ésta sectorización, por un lado los servicios de salud que brinda la seguridad social y por el otro la asistencia pública, lo que impide que se tenga una cobertura más amplia de las poblaciones más vulnerables del país.

En México la seguridad social esta experimentando una transición en la cual, la falta de empleo hace casi imposible dar cobertura en este rubro a toda la población.

Por tal motivo la seguridad social en México se encuentra en un dilema, de dar una mayor cobertura con menos beneficios sociales o sólo brindar este beneficio a un sector de la población; convirtiéndolos en ciudadanos de primera y segunda clase.

El Gobierno Federal, ha puesto en marcha acciones para subsanar el rezago social en este rubro; como el Seguro Popular que canaliza a los sectores de población abierta a instituciones de salud

privadas, con un cierto porcentaje de cuotas para adquirir este derecho social. Por otro lado el Gobierno del Distrito Federal ha instrumentado la política de gratuidad en los Centros de Salud y Hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con el mismo fin. Sin embargo no se esta atacando el problema de raíz, que son los altos índice de desempleo y por ende de la pobreza que sufre el país.

En este sentido los altos índices de desempleo traen consigo, el desmoronamiento de las instituciones de seguridad social, que al no contar con el financiamiento tripartita del sector obrero industrial, empresarial y del propio Gobierno y que sólo se da con la atracción de inversiones y por ende creación de empleos; al no contar con estas condiciones; se tienen que crear políticas alternativas para dar cobertura en este rubro.

Sin embargo el Estado mexicano, de unos sexenios a la fecha ha dejado de poner la atención suficiente en este rubro, con políticas que han ido demeritando las instituciones de salud y seguridad social, dando preferencia a servicios de salud de carácter privado y asistir a estos en forma casi obligada a sus derechohabientes; un ejemplo muy claro de esta descapitalización de las instituciones de seguridad social, ha sido la concesión del manejo de los fondos de pensiones del IMSS e ISSSTE y otros institutos, a la banca privada (que en gran porcentaje es extranjera) por medio de los instrumentos de inversión denominados como SAR y AFORES, trayendo consigo la carencia en recursos y creación de infraestructura para todos los afiliados a estas instituciones, lo cual repercute directamente en forma negativa en las percepciones y prestaciones, de las pensiones y jubilaciones, así como en la atención médica que brindan los institutos dedicados a la seguridad social en México.

Otro aspecto que cabe resaltar, es el despido y el bajo nivel en la creación de empleos que se ha ido agudizando cada vez más, aunado al bajo salario que percibe la población en general esto trajo

como consecuencia un elevado índice de población no asegurada o población abierta a nivel nacional.

El Gobierno de la actual administración maneja en el Plan Nacional de Desarrollo en el rubro social una emancipación de las actividades del gobierno en el desarrollo humano, como se denomina en el Plan, o sea una liberación del Estado en cuestiones de hacerse cargo directamente de las necesidades sociales básicas, que subordinan al gobierno y al ciudadano, en una corresponsabilidad social gobierno-ciudadano, esto lo observamos claramente que se esta llevando acabo con el tipo de políticas sociales que se están implantando en un nivel federal y estatal en aras de la descentralización de la vida nacional, que en lugar de fortalecer a la esfera estatal y municipal de gobierno la debilitan al descargar ésta responsabilidad social como lo son las políticas en salud, a entidades federativas que no reciben un presupuesto suficiente para solventar los gastos en este ámbito.

En el **segundo capítulo** se concluye que, las diversas problemáticas que a diario se suscitan en la ciudad de México es producto de una elevada centralización en el plano económico, político y social, así como la sede de los poderes de la federación; heredado de la época antigua de la ciudad de México, convirtiéndose en el devenir histórico en una megalópolis en creciente expansión demográfica y urbana hacia la periferia.

Lo anterior acarrea una serie de problemáticas tales como: inseguridad, delincuencia, desempleo, contaminación ambiental, insuficiencia en la prestación de servicios públicos etc. Todo este contexto trae consigo en el rubro de salud pública, enfermedades del orden epidemiológico y crónico-degenerativo, que impactan directamente en la salud de la ciudadanía provocando un desfasamiento entre la oferta y la demanda de servicios de salud en la ciudad de México.

Aunado a ésto, cabe resaltar el aumento en la esperanza de vida en los mexicanos; en décadas anteriores la esperanza de vida era de 40 años, en la actualidad la esperanza de vida es de 75 años,

lo cual se traduce en una elevación en la demanda de servicios de salud para personas de la tercera edad, que en este momento, es uno de los grupos más vulnerables de la ciudad. De que nos sirve contar con una esperanza de vida más amplia, sino existen o se crean oportunidades de una vida más estable para este sector de la población.

Dadas las problemáticas mencionadas, la importancia de los servicios de salud se hacen cada vez más indispensables en la ciudad y no sólo de servicios de salud; sino también servicios públicos, que tienen que ver directamente con el combate a la contaminación ambiental como por ejemplo el desazolve del drenaje de la red primaria e instalación del mismo en comunidades donde sea escaso, recordemos que la salud pública no sólo engloba la cura de las enfermedades, sino también su prevención y la conservación de un medio ambiente adecuado para la mejor subsistencia del ser humano en comunidad.

En este sentido, el nacimiento de las problemáticas en materia de salud pública, que en la actualidad aquejan a la ciudad México. En un principio los servicios de salud eran escasos y no se contaba con una red de hospitales para otorgar servicios en este rubro a la población, la sociedad de aquélla época se desenvolvía en un ambiente hostil con diversos padecimientos principalmente del orden epidemiológico y algunos casos del crónico-degenerativo, más acentuados que en la actualidad por la carencia de infraestructura para servicios públicos eficientes; ante tal problemática en el año de 1909, el gobierno del Presidente Porfirio Díaz, a través del Gobernador de la Ciudad de México el Sr. Guillermo de Landa y Escandón, instala el Primer puesto Socorros adscrito al Ministerio de Gobernación en la calle de las Verdes ubicado en el centro histórico actualmente la calle de Victoria.

En el proceso evolutivo de los servicios de salud en la ciudad de México, se consideran cinco etapas fundamentales las cuales van conformando la infraestructura para brindar la atención médica a la población la primera la creación del primer Puesto Central de Socorros de las “Verdes”.

En este orden, la segunda etapa esta en el cambio de la nomenclatura al Puesto Central de Socorros llamándole de la Cruz Verde en memoria de la calle donde fue ubicado.

La tercera etapa y la más importante a nuestra consideración es la inauguración en 1943 del primer hospital de la red que fue llamado de la Cruz Verde y que posteriormente fue llamado con el nombre de su anterior director fallecido el Dr. Rubén Leñero, denominándose, Hospital Dr. Rubén Leñero que conserva el mismo nombre en la actualidad.

La cuarta etapa y no menos importante es inauguración del primer hospital de la red de hospitales infantiles en la Delegación Azcapotzalco esto en 1958; quince años después de inaugurado el Hospital Rubén Leñero. A partir de este período la infraestructura en servicios de salud tiene claras tendencias al crecimiento en la red hospitalaria, producto de la elevación del índice poblacional en el Distrito Federal y es hasta 1985 con los terremotos suscitados en la Ciudad de México, que es construido el último hospital de la red, él Hospital General Iztapalapa, existiendo a partir de 1992, un estancamiento en la creación de infraestructura hospitalaria para población abierta.

En el **tercer capítulo** enfocado a los cambio político experimentado en la Ciudad para el año de 1997, se registran cambios estructurales en los servicios de salud, derivado del proceso de descentralización de los servicios de salud estatales implantado por el Gobierno de la República; aunado a la Reforma política del Distrito Federal, la cual de ser un Departamento Administrativo dependiente del Gobierno Federal, pasa hacer un gobierno en específico para el Distrito Federal. Esta conversión política-administrativa trae como resultado que la Dirección de Servicios de Salud se transforme en el Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, dando paso a la integración de los servicios de salud pública del Distrito Federal adscritos a la Secretaría de Salud Federal.

Bajo estos dos procesos de cambio, los servicios de salud de la Ciudad se van conformando de una forma integral, con la idea de fortalecer el sistema de salud del Distrito Federal y dar una

mayor autonomía en materia de recursos y programas enfocados a las diferentes problemáticas de salud en bienestar de la población.

En base a estos cambios estructurales tan profundos en la institución; el Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal es elevado a rango de autoridad sanitaria local; de esta manera, entra en funciones a partir del año de 1999 la Secretaría de Salud del Distrito Federal, siendo el principal eje de la salud pública de la ciudad de México. Aunque encontramos una integración de los servicios de salud pública que todavía carece de una inclusión integral.

La trascendencia evolutiva de los servicios de salud en la ciudad en 96 años de existencia desde el primer puesto de socorros hasta la creación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal ha sido un avance en materia de salud pública de gran magnitud para la ciudad de México. Aunque se confirma, que estos cambios se han ido consolidando paulatinamente, ya que al realizar el presente trabajo, encontramos que todavía hay vacíos, en lo que se refiere a su estructura orgánica y algunos de índole jurídico, lo cual se debe a las modificaciones tan precipitadas que experimentó la institución principalmente en el año de 1999 cuando se crea la Secretaría de Salud.

En relación a los programas en materia de salud que se desarrollaron de 1997 al año 2000, podemos concluir que seguían una línea horizontal, que no había programas de política social de tanto renombre, como lo observamos a partir del 2001 con el actual Gobierno del Distrito Federal.

En los indicadores de salud y prestación de servicios en el Distrito Federal, presentados en esta investigación, concluimos que las principales causas de muerte en el Distrito Federal son causadas por enfermedades crónico-degenerativas, principalmente por enfermedades del corazón y diabetes mellitus con más de 6,000 defunciones en el 2003.

Por otro lado las causas más frecuentes de morbilidad hospitalaria son causadas, por trabajo de parto, traumatismos, accidentes, envenenamientos, aborto, pero teniendo un número y un lugar muy significativo otra vez las enfermedades epidemiológicas y crónico-degenerativas, que en los casos

de muerte y enfermedad, la mayoría de las ocasiones son provocadas por problemas de tipo social, económico, nutricionales y del medio ambiente.

El funcionamiento al interior del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos por parte de la SSDF, ha tenido un avance de empadronamiento entre 2001 y 2004 de *548,177* núcleos familiares. En este mismo rubro se ha tenido un avance de servicios prestados entre 2001-2003 por *14´842,449* servicios gratuitos. Según datos emitidos por la Secretaría de Salud en 2003 el ahorro total en servicios y medicamentos, estimado para las familias afiliadas al Programa fue de *664´623,024*.

En el rubro de recursos humanos, la SSDF en la red de hospitales propone la reducción de 620 plazas, donde consideramos un recorte muy significativo en el área administrativa paramédica y en algunas áreas médicas, es de llamar la atención en particular el recorte en el área de Trabajo Social, que es donde se deben realizar los estudios pertinentes a la población beneficiaria del programa. Se considera que la solución no es el recorte de las plazas, si no una adecuada planeación de los recursos humanos y una constante capacitación, no sólo del sector médico y paramédico.

El desarrollo del presupuesto ejercido por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, ha sido una balanza en la cual se inclina cada vez más el gasto hacia los programas sociales, por ejemplo en el 2001 los recursos asignados a la salud global fueron de $2´798,791 y para programas sociales $1´278,889; en 2002 la asignación en salud es de 2´920,697 y en programas sociales de 2´198,635 casi se duplico en éste rubro y en 2003 con un presupuesto en salud de $2´777,015 y en programas sociales se ejerció $ 2´687,024, en este período se ejerció casi todo el presupuesto que autorizó la Asamblea de Representantes, en programas sociales existiendo sólo una diferencia de 89´991 más lo que asignó el Gobierno Federal, que fue de 1´891,240 para gastos de operación, lo que significa un bajo presupuesto ejercido, para conservar en óptimas condiciones la infraestructura en salud de la ciudad en el 2003.

El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, tiene como objetivo brindar servicios y medicamentos gratuitos a la población no derechohabiente de las instituciones de seguridad social que residen en el Distrito Federal, sustentándose en la falta de seguridad social que padece la población; y contando con el fundamento jurídico del articulo 4° de la Constitución y en la normatividad correspondiente al Distrito Federal; cuenta con una estructura organizacional rectora por parte de la Secretaría de Salud, donde se dictan las políticas, que se aplicarán en el nivel operativo, en los hospitales y centros de salud.

En el **cuarto capítulo** concluimos, que los medicamentos son los que, legitiman a los sistemas de salud, en forma independiente de los servicios médicos que se presten, por lo cual se deben de manejar en forma responsable, pero sin escatimar este recurso. Al respecto se puede aseverar, que los medicamentos son los que tendrán la función de prevenir o aliviar la enfermedad.

En este sentido los medicamentos son parte fundamental para la prevención y cura de las enfermedades y coadyuvan a crear un medio ambiente propicio para el desarrollo de las sociedades y las economías actuales, esto en teoría parece una explicación y una solución viable para los problemas de salud pública en la ciudad de México. Sin embargo el Programa de Servicios Médicos y Medicamento Gratuito implantado en 2001, por el Gobierno del Distrito Federal está basado en un cuadro básico de medicamentos que es superado por las enfermedades actuales que sufren el Distrito Federal.

El último y **quinto capítulo**, se concluye, que la demarcación de Tláhuac es una de las zonas con mayor índice de pobreza en el Distrito Federal, ya que cuenta sólo con el 30% de su población afiliada a instituciones de seguridad social (recordemos que la seguridad social es el parámetro de la distribución de una riqueza nacional y por ende del índice de pobreza de los países), contra el 70% que no cuenta con este derecho, aunado a esto, el medio ambiente donde se ubica existen zonas lacustres y de canales los cuales en muchos casos son usados para descarga de drenajes, lo

que provoca una fuerte contaminación al ambiente, transformándose en un problema de salud pública y por ende enfermedades infectocontagiosas que es la segunda causa de morbilidad en el Hospital Materno Infantil Tláhuac; la mortalidad entre 2000 y 2001 tuvo un aumento moderado en la Delegación Tláhuac.

En este sentido, el alto índice de pobreza vinculado a la falta de oportunidades en el ámbito laboral y un bajo nivel educativo. Considerando que la población económicamente activa percibe ingresos entre 1 y 2 salarios mínimos vigentes para el Distrito Federal, resultado de lo anterior conlleva a que un importante sector de la población, no tenga acceso a los servicios de salud privados por falta de recursos, resultando un considerable incremento en la demanda en los servicios de salud públicos, así como una mayor capacidad de respuesta de las autoridades, tanto hospitalarias, como delegacionales.

El Hospital Materno Infantil Tláhuac de reciente reinauguración en 1992, que actualmente opera en la demarcación; se considera que cuenta, con una infraestructura insuficiente para cumplir con el número de población demandante de servicios de salud no sólo de Tláhuac, sino de tres regiones circunvecinas que son Chalco, en el Estado de México, así como de muchos usuarios que vienen del interior de la República, brindando apoyo también a los hospitales de Xochimilco, Iztapalapa y Milpa Alta en el Distrito Federal, siendo el único hospital de 2° nivel en la demarcación, lo cual refleja un desgaste de sus recursos que supera el 100%, por la gran afluencia de pacientes que acuden para que se les brinde atención médica y servicios de hospitalización, en la mayoría de los casos de todo tipo, sólo en casos cuando no existen los recursos se canalizan a otro hospital, es importante señalar lo anterior, ya que siendo un hospital con especialidad de Materno-Infantil, no puede ser selectivo en este aspecto, resultado a las modificaciones legales de la Ley de Salud para el Distrito Federal, del no rechazar a ningún paciente, y esta obligado a atender la

mayoría de casos médicos, ya que es el único nosocomio de este nivel en toda la demarcación, brillando por su ausencia hospitales del IMSS e ISSSTE y otras instituciones.

Por lo anterior, el Hospital Materno Infantil Tláhuac no es comparable con otros nosocomios en otra delegación diferente, por el motivo que en otras delegaciones cuentan por lo menos con un Hospital General y un Hospital Pediátrico.

Cabe señalar que él Hospital Materno Infantil Tláhuac cuenta con sólo 52 médicos de base ó sindicalizado, 101 enfermeras y 80 paramédicos, dividido en 5 turnos, así como una normatividad laboral muy generosa en lo que se refiere a prestaciones en días de descanso y no en percepciones monetarias que estimulen a los servidores públicos, a trabajar sobre productividad. Lo anterior representa desorganización, falta de compromiso institucional y cargas de trabajo innecesarias, en las áreas sustantivas y por ende deficiencia en la atención médica y hospitalaria.

Considerando que el hospital sólo cuenta con 45 camas censables y un fondo revolvente para el año 2004 de $10,000.00 para gastos de imprevistos teniendo un suministro, por parte de la Secretaría de Salud del Distrito Federal de los medicamentos e insumos hospitalarios .Lo anterior genera falta de recursos necesarios para atender la gran demanda de usuarios que provoca un desfasamiento, en la relación, entre la satisfacción del usuario y la responsabilidad del servidor público.

La población abierta que no tiene afiliación a la seguridad social en Tláhuac, asciende a más de 211,738, y por ende a los servicios de salud que presta el Estado por medio de las instituciones de seguridad social como el IMSS, ISSSTE, etc. Conociendo que el derecho al acceso de los servicios de salud esta estipulado en el artículo 4° constitucional por lo cual, los gobiernos estatales brindan este derecho por medio de los hospitales públicos en un nivel estatal.

El avance que ha logrado entre septiembre del 2001 y septiembre del 2004, el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos en él Hospital Materno Infantil Tláhuac, en base a la

información desglosada que proporcionaron las autoridades del hospital y procesada por el autor; arrojo los siguientes números; Cedulas de Gratuidad distribuidas 7233; Número de Recetas Surtidas 10,456; Número de Casos atendidos en los diferentes servicios del hospital 47,205. Predominando en este rubro el servicio de Consulta General con 7691 casos; Consulta de Especialidad 4362; Consulta de Psicología1233; Consulta de Odontología 2759; Partos 4843; Intervenciones Quirúrgicas 3035; Estudios de Laboratorio 6248; Estudios de RX 1415; Ultrasonidos 2308; Colposcopias 5137; Otras curaciones 927 y una productividad en Egresos de 7249, resultado un total de ***47,205*** servicios prestados en sus diferentes áreas, requeridos por el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos en el período 2001-2004. Así como un ahorro estimado para la población usuaria del Programa de $***8´975,423.00***.

Para finalizar, presentamos los resultados de la encuesta practicada al público usuario de los servicios de salud que presta el Hospital Materno Infantil Tláhuac, la cual derivó en las siguientes conclusiones tomando en cuenta y en base al primer indicador denominado, *1.Datos generales de los Usuarios;* en este sentido, la población muestra encuestada en su mayoría es del sexo femenino y se encuentra en edades de 20 a 30 años; el estado civil de la población tiene un alto porcentaje en el régimen de unión libre, lo cual en corto o largo plazo, puede existir entre la población desintegración familiar; los usuarios que acuden a solicitar servicios al hospital más de la mitad residen en el Distrito Federal, aunque con un alto porcentaje de afluencia del Estado de México, esto nos confirma la afluencia de usuarios que acuden de otras estados de la República como lo habíamos mencionado anteriormente; la ocupación de la población más de la ¾ se dedican al hogar y en un segundo lugar lo ocupa los empleados, ésto nos confirma que en muchos casos la población usuaria no cuentan con ingresos económicos; en el plano económico sus ingresos radican entre los $500.00 y $1000.00 mensuales y con un porcentaje mucho menor los de ingresos de $1000.00 a $2500.00, en este aspecto confirmamos que la población que cuenta con un empleo sus

ingresos están muy por debajo de los índices de bienestar; su nivel educativo es bajo por el hecho de que más de ¾ de la población encuestada cuenta con la primaria y secundaria.

El segundo inciso denominado *II.Conocimiento del Programa,* nos muestra que más de la mitad del público usuario encuestado conoce el objetivo del Programa; ésto confirma que hace falta reforzar la promoción del programa; y que el año que predominó el ingreso de pacientes al programa fue en el 2004; por otro lado más de ¾ partes de la población muestra encuestada, no cuenta con afiliación a servicios de seguridad social, lo cual confirma un alto porcentaje carencia de seguridad social en la población; *III. Eficiencia en la Atención Hospitalaria*; mas de ¾ partes de los encuestados, menciona que las instalaciones hospitalarias son limpias, contra un porcentaje menor que las considero inapropiadas, ó que carecen de equipo, en este apartado se demuestra que las instalaciones hospitalarias aunque sean limpias, no son suficientes en sus funciones sustanciales, para dar satisfacción al usuario ; el tipo de servicio prestado al momento de ser encuestado predominó el de Gineco-obstetricia, seguido de la Consulta Médica General; aquí comprobamos que al ser la segunda opción la Consulta Médica General, demuestra que el hospital tiene una clara tendencia que debe implantarse la medicina interna en cada una de las unidades hospitalarias para atender las enfermedades crónico degenerativas; por otro lado el trato que recibió el público usuario por parte del personal médico y administrativo del hospital en más de ¾ partes de los encuestados manifestaron un buen trato, contra los que no recibieron un buen trato, que también se consideramos un porcentaje que no es significativo; en lo referente a los tiempos de espera en su mayoría la población usuaria manifiesta un tiempo de espera para recibir consulta ó internamiento de más de 1 hora y en algunos casos hasta de 3 horas ó más, lo cual demuestra falta de eficiencia, en los procesos en la atención al público usuario; en lo que se refiere al suministro y distribución de medicamentos cuenta con porcentajes satisfactorios, sin embargo la población, destaca que es insuficiente para dar alivio a su enfermedad; en la opinión del usuario, manifiesta que la atención

otorgada por el personal que labora en el hospital; es buena y que a pesar de lo prolongado en los tiempos de espera por múltiples factores, sí recomendaría los servicios del hospital a otras personas.

El cuarto indicador el *IV. El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos en la Delegación Tláhuac;* la difusión que se la ha dado al Programa entre 2001 y 2004, por parte del Gobierno del Distrito Federal ha sido suficiente ya que en más de la mitad de los encuestados manifestaron conocerlo, caso contrario pasa con la opinión del público usuario con relación a las visitas de la SSDF a la comunidad considerando que debe reforzarse estas acciones en la materia, ya que en más de la mitad de los encuestados, no había recibido visitas domiciliarias para realizar investigaciones en su comunidad; la promoción del Programa por parte de los Comités Vecinales y Unidades Territoriales, implantadas por el Gobierno muestran en base a la encuesta deficiencias al respecto la gente manifiesta en más de la mitad de los encuestados que no ha recibido ninguna invitación a participar en su comunidad en actividades de salud y las que ha sido invitada es por parte del PRD , en otro aspecto más ¾ partes de los encuestados manifiesta que los medicamentos gratuitos pueden ser una solución a sus problemas de enfermedades, más sin embargo en algunas ocasiones son escasos y otros opinan que no sólo los medicamentos mejorarán su nivel de vida, si no una adecuada alimentación e ingresos suficientes. Al respecto la población muestra, manifiesta que los medicamentos gratuitos pueden ser una posible solución a la enfermedad, tomando en cuenta que la proporción de estos debe ser en forma suficiente.

La gratuidad de los servicios salud en los hospitales, no es una política de reciente creación, ya existía con los gobiernos que le antecedieron al actual, el Tabulador de Cuotas de Recuperación de la Secretaría de Salud descrito, muestra los grupos socioeconómicos o clasificaciones, que van de 0 al 4 y que especifican por cada grupo, los ingresos familiares con que debía contar la población para que fuera aplicada la clasificación correspondiente.

En base a la encuesta realizada se elabora una serie de propuestas, suscritas en el último capitulo de la investigación, con la finalidad de reforzar el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos en el Hospital Materno Infantil Tláhuac, las cuales serían fructíferas para mejorar las estrategias en la materia, que se están llevando actualmente.

El gran desafío ante el cual se enfrenta el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, es al tipo de enfermedades denominadas como de la "modernidad" que aquejan a la población del Distrito Federal y que en la mayoría de los casos los tratamientos médicos para este tipo de enfermedades, son muy costosos para la ciudadanía y por ende para la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Por lo anterior se confirma que, el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos se enfrenta a dos desafíos, que a corto plazo lo pueden hacer fracasar el primero, el tipo de enfermedades, las cuales está enfrentando; segundo la escasez de recursos institucionales provocado por la afluencia masiva del Distrito Federal y zonas circunvecinas de la Ciudad de México y otras entidades del interior de la República, provocadas por la misma bondad del Programa. En este sentido el combate a este tipo de enfermedades, que son ya parte de los problemas de salud pública en el Distrito Federal; el Gobierno debe reforzar las políticas en materia de medicamentos, principalmente en el abastecimiento oportuno y así lograr una mayor legitimidad del Programa; por otro lado se asevera, que el Programa en la demarcación y en general en el Distrito Federal es muy necesario, pero los puntos neurálgicos, se encuentran en las regiones marginadas por las características de la población, como en la Delegación Tláhuac.

En conjunto se concluye, que el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos no es la panacea a la falta de seguridad social en el Distrito Federal, ya que aún cuenta con deficiencias y escasez de recursos por la gran afluencia de población abierta; pero se confirma que sí, es una vía para poder resarcir el rezago en materia salud en la Ciudad.

Por último se señalan, una serie de propuestas con la finalidad de reforzar el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, en el Hospital Materno Infantil Tláhuac.

Propuestas para el mejoramiento del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos en el Hospital Materno-Infantil Tláhuac:

1.- Remodelar el Hospital Materno Infantil Tláhuac, transformándolo en un Hospital de Especialidades, ante la carencia de infraestructura hospitalaria eficiente en la zona;

2.- Reforzar la capacitación y supervisión de las Unidades Territoriales, en la Delegación de Tláhuac, para contar con una mayor eficiencia en la materia.

3. Planear y gestionar en los diferentes ámbitos, que la recaudación de cuotas de recuperación hospitalarias sean recursos propios para las unidades médicas y no recursos que absorba la Tesorería; lo anterior con la finalidad de aprovechar la gran afluencia que existe de zonas circunvecinas, esto con un adecuado mecanismo de control y supervisión.

4.- Reforzar los cursos de capacitación para el personal de áreas médicas y paramédicas, así como profesionalizar esta área, tan importante en el hospital ;

5.- Reorganizar el servicio de Admisión y Registros Médicos, aplicando metodologías eficaces para brindar una atención eficiente, así como contar con un mayor número de elementos en esta área.

6.- Aplicar metodologías que sirvan para la corrección de procesos administrativos y reorganización de servicios, que retarden y afecten la atención de los pacientes.

7.- Consolidar la mentalidad del trabajo en el equipo de salud, en cada una de las áreas, considerando que todas ellas existen para un objetivo en común, que es la eficiencia en la atención del paciente; así mismo una ética, y una actitud más humanizada, hacia el usuario;

8.- Estimular al personal que lo amerite en base a la productividad de sus labores, en una forma imparcial para todas las áreas del hospital;

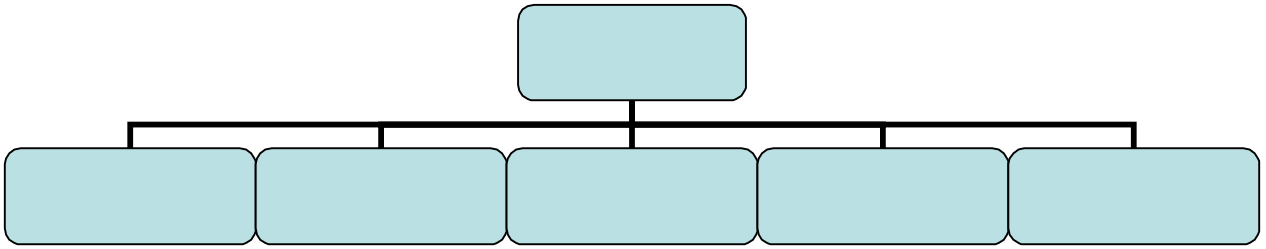
9.- Gestionar ante nivel central, un incremento de los recursos en sus diferentes órdenes para el Hospital, considerando la problemática social y de salud que vive la demarcación.

10.- Proponer la creación de una red informática, conjuntamente con las instituciones encargadas de brindar seguridad social, a fin de identificar a usuarios que cuenten con esta afiliación, y así dar la oportunidad de una atención eficiente, a la población que realmente lo amerite, evitando de ésta forma el desgaste de los recursos del Gobierno del Distrito Federal.

11.- Crear las condiciones necesarias de inversión y empleo en la Delegación de Tláhuac.

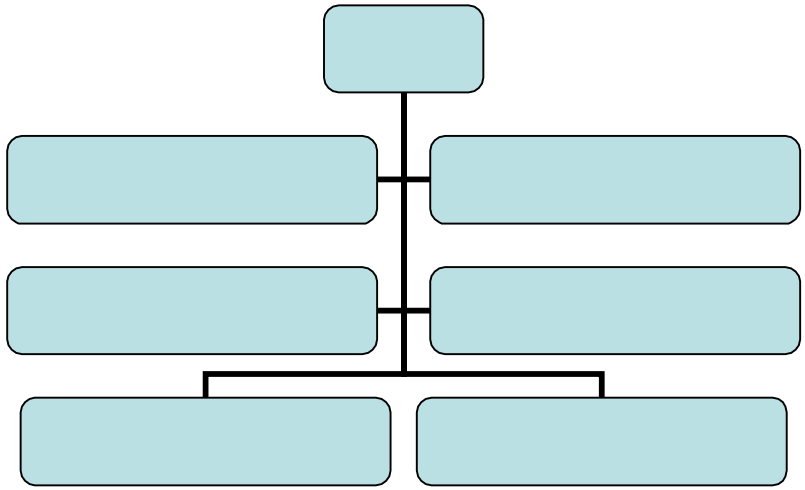
ESTRUCTURA ORGANICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

Anexo I



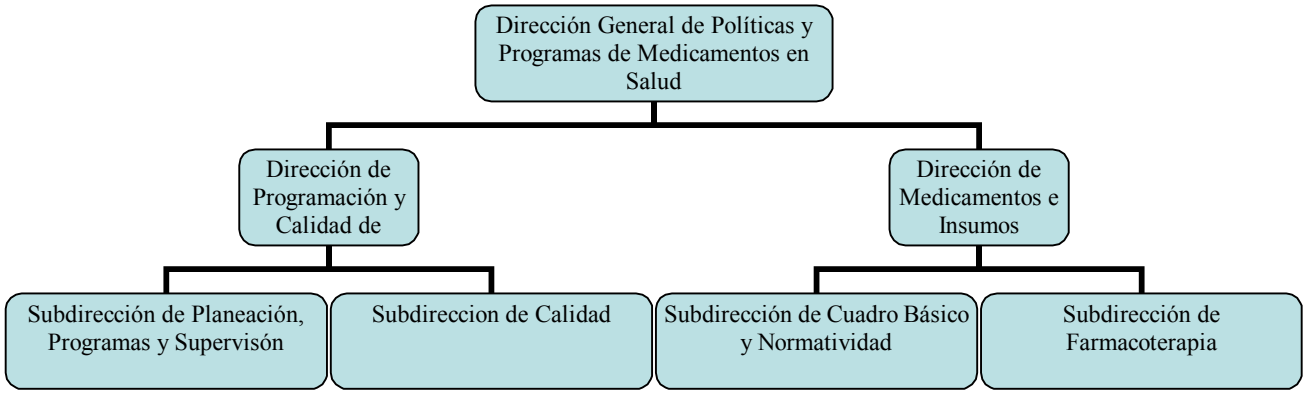
ESTRUCTURA ORGANICA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL TLAHUAC

Anexo 2



ESTRUCTURA ORGANICA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE POLITICAS Y PROGRAMAS DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LA SALUD

Anexo 3



BIBLIOGRAFÍA (OBRAS ESCOGIDAS)

1. Assa Cristina Laurell, Mexicanos en Defensa de la Salud y la Seguridad Social, Edit. Planeta, México, 2001.
2. Barbara F. Séller, tr. Orizaba Samperio Jorge, Ocaña Castañeda Ana María, Diccionario Enciclopédico de ciencias de la Salud, Edit. Mc Graw Hill Interamericana, México, 1997.
3. Bataillon, Claude, La ciudad y el campo en el México Central, Edit. Siglo XXI, México, 1992.
4. Bobbio Norberto, Estado Gobierno y Sociedad, Edit. Fondo de Cultura Económica, México 1989.
5. Bustos, M., Administración en Salud, Edit. Planeta, México, 1983.
6. Cázares Hernández Laura, etal, Técnicas actuales de investigación documental, Edit. Trillas, México, 1987.
7. Castelazo, José R, Apuntes sobre teoría de la Administración Pública, Edit Fontamara, México, 1985.
8. Deight, Waldo, Diccionario de Ciencia Política y Administración Pública, Edit. Siglo XXI, México, 1988
9. De la Fuente Juan Ramón, Federalismo y Descentralización del Sector Salud, Secretaría de Salud, México 1997.
10. Douglass, Merrill E, Como Administrar el tiempo en los servicios de salud, Nueva Editorial Interamericana, México, 1988.
11. Engels, Federico, El origen de la familia, la propiedad y el Estado,, Edit. Progreso, Moscú 1981.
12. Fraga Gabino, Derecho Administrativo, Edit. Porrúa, México, 1977.
13. Hanlon, J. Jhon.,Principios de Administración Sanitaria, Edit. Progreso, México, 1989.
14. Marx Carlos. El Manifiesto del partido comunista, Edit. Progreso, Moscú 1987.
15. Montesquieu, Charles L, El Espíritu de las Leyes., Edit. Porrúa, México, 1980.

16. Quintana Roldán , Carlos, Derecho Municipal. México, Edit. Porrúa, 1995.
17. Pick Susan, Cómo investigar en ciencias sociales, Edit. Trillas, México, 1980.
18. Poulantzas, Nicos, El Poder Político y las clases sociales en el Estado capitalista, Edit Siglo XXI, México, 1988.
19. Rousseau, Juan Jacobo, El Contrato Social. , Edit. Porrúa, México, 1977.
20. Smith Tony, Enciclopedia de la Salud Familiar T.I , Edit. Mc Graw Hill Interamericana, México, 1992.
21. San Martín, Hérnan, Administración e Salud Pública (teoría, práctica e investigaciónes científicas), Edit. La prensa Médica Mexicana, S.A de C.V. México, 1991.
22. Serra, Rojas Andrés, Derecho Administrativo, Edit. Porrúa, México, 1977.
23. Soberón, G, Kumate J., Laguna J. (comps). La Salud en México. Testimonios 1996. Problemas y Programas de Salud. Tomo Iy II, S.A., Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1996.
24. Soberón, Guillermo, La Salud en México, Testimonios 1988, Desarrollo Institucional..... Otras Instituciones de la Administración Pública Federal T.III, Edit. FCE, México, 1988.|
25. Uvalle, Berrones Ricardo, Los nuevos derroteros de la vida estatal., IAPEM, México, 1994.
26. Valent P., Carmen, Administración de la Salud, Edit. Harla, 1988.
27. Weber , Max El Político y el Científico, Edit. Premia, México, 1985.
28. Zorrilla Santiago, Guía para elaborar la tesis, Edit. Nueva editorial interamericana, México, 1986.

Documentos Institucionales

1. Crónica de la Reforma Política del Distrito Federal, H. Cámara de Diputados, México, 1993.
2. Cambio Estructural, Dirección General de Servicios de Salud, México, 1996.
3. La Salud de la Ciudad, Departamento del Distrito Federal, SESDS, ISSDF, Noviembre de 1997.

4. Dictamen de Propuesta de Reestructuración Orgánica de la Dirección General de Servicios de Salud del DDF, Gobierno del Distrito Federal Oficialía Mayor, Dirección General de Modernización Administrativa, México, mayo de 1996.
5. Revista de Servicios de Salud, Dirección de Servicios de Salud, julio-septiembre 1992 vol.I Núm. 1.
6. Memorias de Gestión de la Dirección General de Servicios Médicos, Departamento del Distrito Federal período diciembre de 1982 a noviembre de 1988.
7. Estadísticas Vitales. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), México, 1992.
8. "Este es Nuestro Trabajo", Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Salud del Distrito Federal documento interno diciembre 1997-2000.
9. Anuario Estadístico del Distrito Federal, INEGI, 1998.
10. Cuaderno Estadístico de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, edición 2000, INEGI,
11. IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Organización Panamericana de la Salud, 1977.
12. Proceso de Descentralización Secretaría de Salud, Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal documento interno, México, 1995.
13. Glosario de Términos Generales de Planificación en Salud, Secretaría de Salud México, 1986.
14. Memoria de Gestión, Secretaría de Salud documento interno, 1995-1997.
15. Manual de Operación del Programa de Servicios Médicos y Medicamento Gratuito, Secretaría de Salud del Distrito Federal, México 2001.
16. Informe Estadístico Semanal del Programa de Gratuidad de Medicamentos y Servicios Médicos 2001-2004. Secretaría de Salud del Distrito Federal Hospital Materno Infantil Tláhuac, documento interno.
17. Informe de Trabajo 2001 , Universo de Salud. Vol. 1, año 1, No.3. octubre de 2001, Secretaría de Salud del Distrito Federal documento interno.

18. Indicadores de gestión 2001 , Universo de Salud, Vol. 3, año 2, No.6. enero de 2002, Secretaría de Salud del Distrito Federal documento interno.
19. Informe de Trabajo 2002, Universo de Salud, Vol. 3, año 3, No.20. junio de 2003, Secretaría de Salud del Distrito Federal documento interno.
20. Informe de Trabajo 2003, Universo de Salud, Vol.4, No. 25, Mayo de 2004, Secretaría de Salud del Distrito Federal.
21. Consulta en Internet, http://www.tláhuac.df.gob.mx/demografía.html
22. Consulta en Internet, http:www.INEGI.gob.mx/estadística/español/sociodem/crecimiento/.htlm.
23. Estadísticas de Empleo, Delegación Tláhuac, documento interno, México 2002.
24. Plantilla de Recursos Humanos, Hospital Materno Infantil Tláhuac, documento interno 2003.
25. Carpeta de Información Básica, Hospital Materno Infantil Tláhuac, documento interno.
26. Programa de Anual de Trabajo, Hospital Materno Infantil Tláhuac, documento interno, 2002.
27. Estadística de Morbilidad Hospitalaria , Hospital Materno Infantil Tláhuac, documento interno, 2003.

Hemerografía

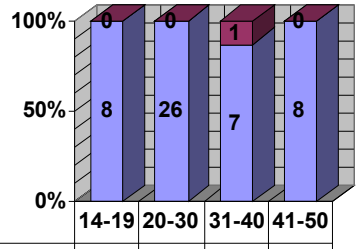
1. Boninn J.C., "Principios de Administración", Revista Administración Pública, Instituto Nacional de Administración Pública. México, 1983.
2. Jablonska, Alejandra, La Política de Salud de la OMS: propuesta para los países en vías de desarrollo "Revista Sociedad y Política, No 58, México, 1996

Normatividad

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, año 2000 editorial Porrúa.
2. Diario Oficial de la Federación 15 de enero de 1987.
3. Gaceta Oficial del Distrito Federal 3 de julio 1997
4. Gaceta Oficial del Distrito Federal 7 de julio 1997
5. Gaceta Oficial del Distrito Federal 17 de noviembre de 1997
6. Gaceta Oficial del Distrito Federal 11 de agosto de 1999.
7. Gaceta Oficial del Distrito Federal del 30 de marzo de 1999.
8. Gaceta Oficial del Distrito Federal del 4 de junio del 2001.
9. Consulta Internet, http://www.salud.df.mx/funciones/index.html Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal 2001.
10. Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994. Secretaría de Programación y Presupuesto México, 1988.
11. Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.
12. Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006
13. Programa de Gobierno del Distrito Federal 2000-2006

I.-Estudio de Opinión en el Área de Consulta Externa

1.- Datos Generales de los Usuarios (Consulta Externa)
a) Edades de los encuestados:

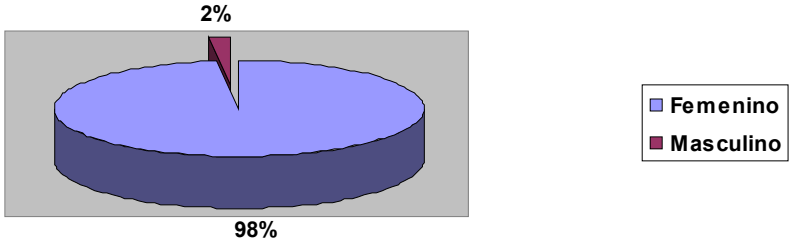


	14-19	20-30	31-40	41-50
masculino	0	0	1	0
Femenino	8	26	7	8

La edad de la población muestra encuestada el 50% representa una edad entre 20 y 30 años.

b) Sexo de los encuestados:

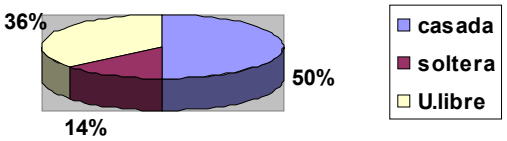
Femenino	49
Masculino	1



El sexo femenino de la población usuaria muestra encuestada representa el 98% y un 2% del sexo masculino.

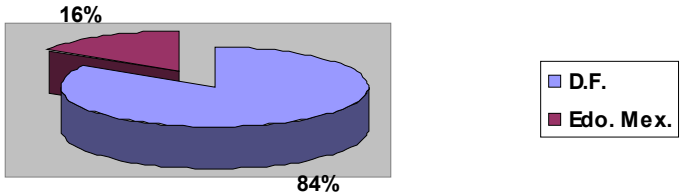
c) Estado Civil :

Casada (o)	25
Soltera(o)	7
U. libre	18



d)Lugar de Residencia:

D.F.	42
Edo. Mex.	8

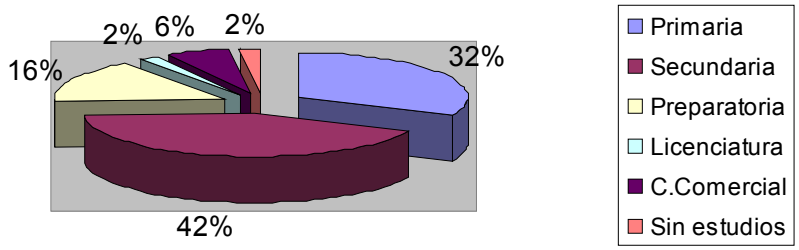


c) En un 50% de la población muestra es casada y un 36% esta bajo el régimen de unión libre y el 14% soltera.

d) el lugar de residencia de la población usuaria de los servicios hospitalarios el 84% representa al D.F. y un 16% representa al Estado de México.

d) Escolaridad:

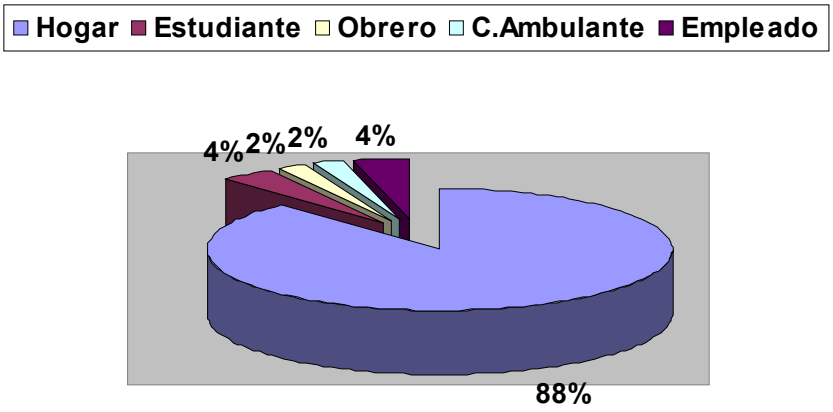
Primaria	16
Secundaria	21
Preparatoria	8
Licenciatura	1
C. Comercial	3
Sin estudios	1



La escolaridad de la población usuaria el 42% es de primaria y el 32% es representada por la educación secundaria, siendo las dos con mayores porcentajes.

e) Ocupación :

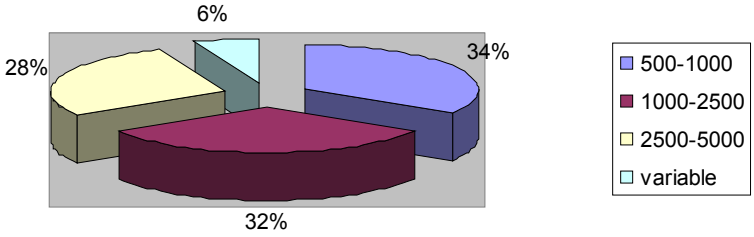
Hogar	44
Estudiante	2
Obrero	1
C. ambulante	1
Empleado	2



La ocupación de la población usuaria del servicio de consulta externa ésta representada en un 88% por el hogar, oscilando las demás categorías entre un 2 y un 4%.

f) Ingresos económicos mensuales:

500-1000	17
1000-2500	16
2500-5000	14
Variable	3

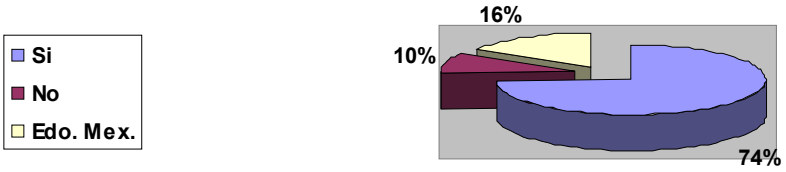


Los ingresos económicos por familia mensual en la primera categoría representan el 34% y en la segunda categoría con más alto porcentaje es de 32%, siendo en la tercera categoría del 28% teniendo así un porcentaje significativo, el sueldo de los usuarios oscila entre 1 y 2 salarios mínimos.

II. Conocimiento del Programa

a) ¿Conoce el objetivo del Programa?

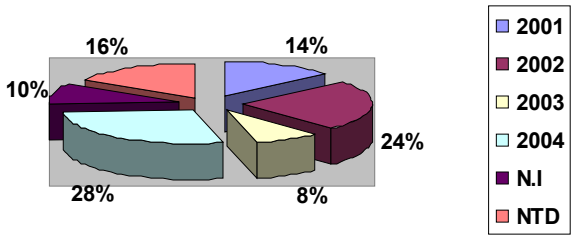
Si	37
No	5
Edo. de Mex.	8



Un 74% de la población usuaria opina que conoce el objetivo del programa y un 10% que no; siendo un 16% población usuaria del Estado de México.

b) ¿En que año ingreso al programa?

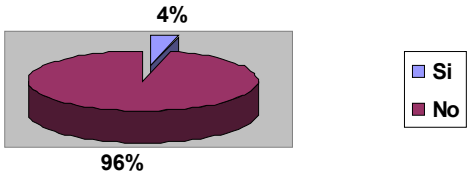
2001	2002	2003	2004	N.I	NTD
7	12	4	14	5	8



La población encuestada manifiesta que un 14% se inscribió en el 2001; que un 24% se inscribió en el 2002; un 8% en el 2003; y un 28% en el 2004 al programa; un 10% no había ingresado al programa hasta ese momento y un 16% no tiene derecho al programa por ser del Estado de México.

c) ¿Cuenta con otra institución que le brinde apoyo médico?

Si	2
No	48

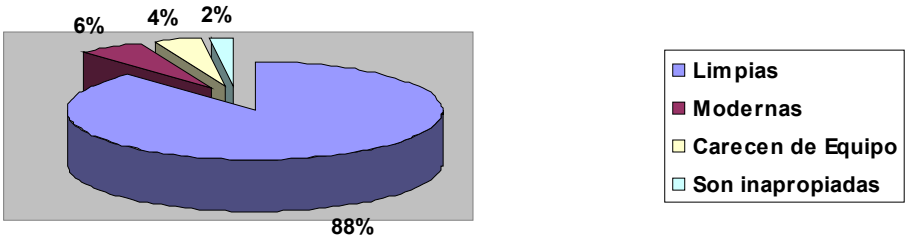


En la que se refiere a la seguridad social entre los usuarios el 96% manifiesta que no cuenta con acceso a ninguna institución que le brinde apoyo médico, mientras que un 4% manifestó ser derechohabiente del IMSS.

III. Eficiencia en la Atención Hospitalaria

a) Las instalaciones con que cuenta el hospital en su opinión son:

Limpias	Modernas	Carecen de equipo	Son Inapropiadas
44	3	2	1



En este inciso la opinión de la población encuestada el 44% manifestó que las instalaciones del hospital son limpias; el 6% que son modernas; el 4% que carecen de equipo y el 2% que son inapropiadas.

b) ¿Tiene cita programada , de primera vez o subsecuente?

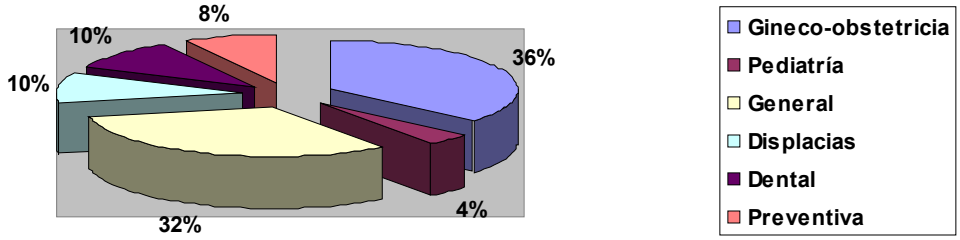
Cita programada	Primera vez	Subsecuente
29	11	10

La población usuaria de los servicios manifestó en un 58% haber asistido por cita programada, el 22% por consulta subsecuente y un 20% de primera vez.

c) ¿Qué tipo consulta le ha brindado este hospital?

Gineco-obstetricia	Pediatría	Displacias	General	Dental	Med.Preventiva

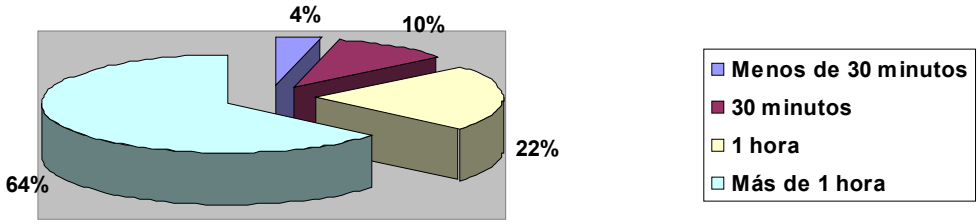
18	16	5	16	5	4



El servicio más demandado por la población usuaria con un 36% es el de Gineco-obstetricia y en la segunda categoría el de Consulta General con un 32%.

d) ¿Cuál fue el tiempo de espera para recibir su consulta?

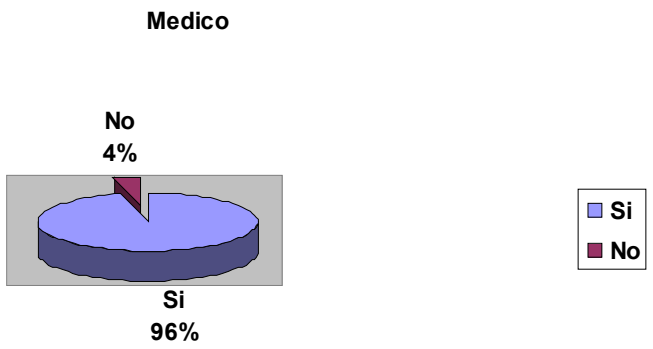
Menos de 30 minutos	30 minutos	1 hora	Más de 1 hora
2	5	11	32



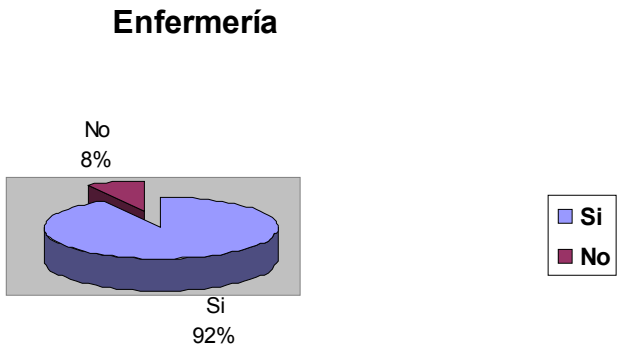
El tiempo de espera para recibir el servicio de consulta externa en sus diferentes modalidades, un 64% manifestó que fue más de una hora; un 22% 1 hora, al respecto podemos decir que la población encuestada en algunos casos manifiesta una espera de hasta 3 hrs. para recibir su consulta.

e) Recibió un buen trato por parte del personal:

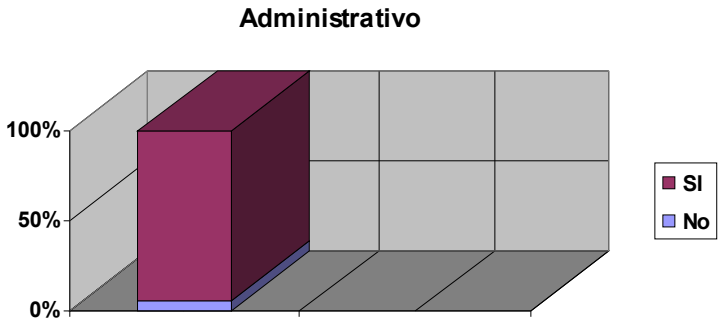
Médico	**Enfermería**	**Administrativo**	**Trabajo Social**
Si- 48	**Si- 46**	**Si-47**	**Si-49**
No- 2	**No- 4**	**No-3**	**No-1**



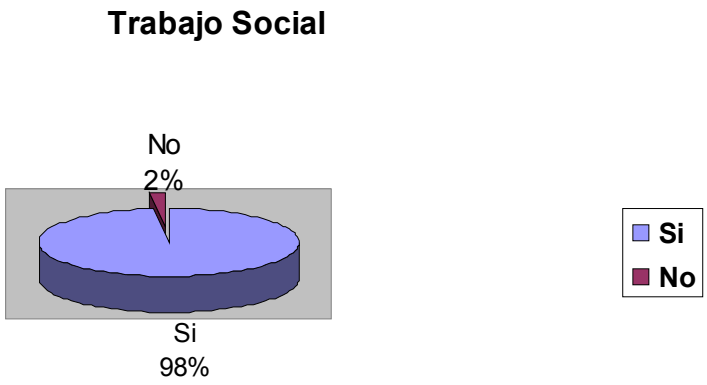
El 96% de la población usuaria manifiesta que recibió un buen trato por parte del personal médico, contra un 4% que opina lo contrario.



El 92% del público usuario manifiesta que recibió buen trato por parte del personal de enfermería, contra un 8% que manifestó lo contrario.



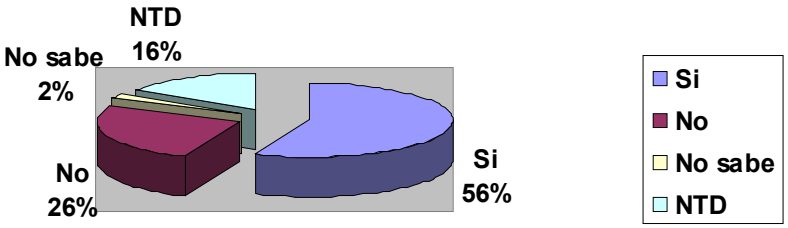
El 47% de la población usuaria manifestó que recibió un buen por parte del personal administrativo (paramédico área Archivo y Admisión), contra un 3% que manifiesta lo contrario.



El público usuario en un 98% manifiesta que recibió buen trato por parte del área de Trabajo Social, contra un 2% que opina lo contrario. Cabe mencionar que en el presente inciso no se excluye a la población usuaria del Estado de México.

f) ¿El Hospital proporcionó receta de gratuidad para adquirir sus medicamentos en la farmacia del hospital?

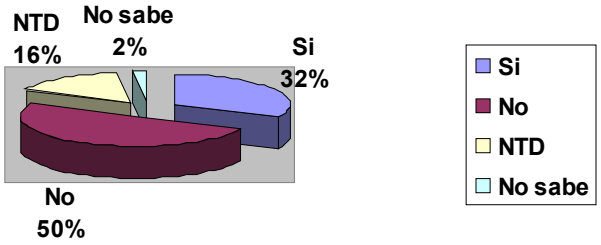
Si	No	No sabe	No tiene derecho(Edo. Mex.)
28	13	1	8



El público usuario encuestado, un 56% manifiesta que sí le proporcionaron receta de gratuidad para recibir sus medicamentos en la farmacia del hospital; mientras un 26% manifiesta la contrario; un 2% no sabe y un 16% por ser del Estado de México manifestó que no tiene derecho.

g) ¿Los medicamentos que proporcionó el hospital son suficientes?

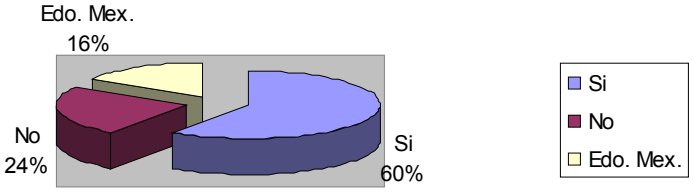
Si	No	No tiene derecho(Edo. Mex.	No sabe
16	25	8	1



La población encuestada en éste inciso manifiesta en un 50% que los medicamentos no fueron proporcionados en forma suficiente; un 32% manifiesta lo contrario y un 16% son del Edo. Mex.

h) ¿Considera usted que los servicios y medicamentos gratuitos son la solución para mejorar su salud?

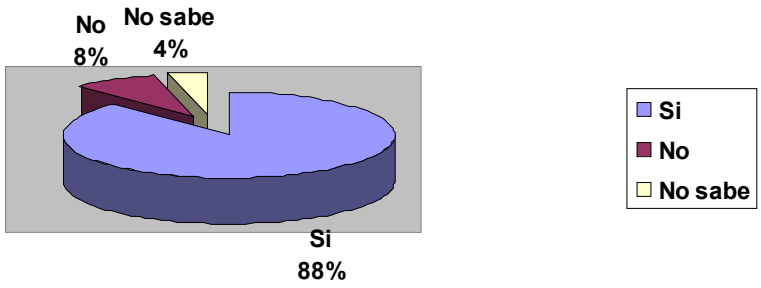
Si	No	Edo. Mex.
30	12	8



En este inciso la población encuestada en un 60% opinó que la gratuidad en los servicios y medicamentos sí, son la solución para mejorar su salud; contra un 24% que opinó lo contrario y manifiesta que no sólo es la gratuidad, si no que existen otros factores como la calidad en la alimentación y principalmente el empleo para adquirir medicamentos.

i) ¿Recomendaría a otras personas los servicios del hospital?

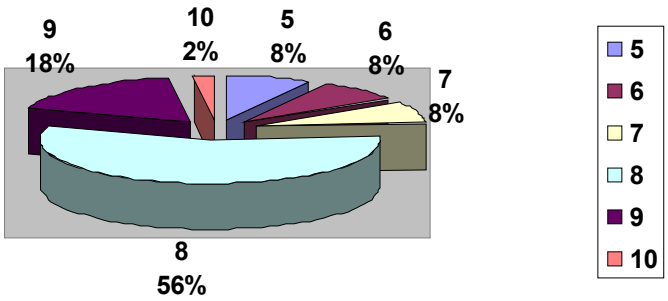
Si	No	No sabe
44	4	2



La población encuestada opinó en un 88% que sí recomendaría a otras personas los servicios del hospital; un 8% opina lo contrario y 4% que no sabe.

j) ¿Cómo calificaría de 1 a 10, la atención de los servicios del hospital?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	0	0	0	3	4	4	28	9	1



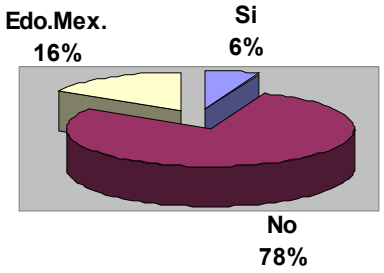
En este sentido la población muestra encuestada, el 56% manifestó que calificaría en una tabla del 1 al 10, con un 8 a los servicios del hospital en el área de Consulta Externa, el 18% con un 9 y con 10 el 2% de los encuestados.

IV. El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos en la Delegación Tláhuac

a) ¿Ha recibido en su domicilio información del programa?

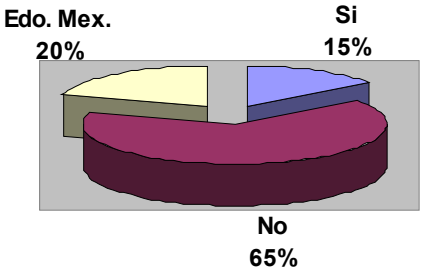
Si	No	Edo. de Mex.
3	39	8

En lo que se refiere a la difusión del programa tenemos que el 78% de la población encuestada manifiesta que no ha recibido ninguna información en su domicilio por parte de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mientras un 6% que sí; el 16% restante queda excluido del reactivo por ser residente del Estado de México.



b) ¿Han realizado visitas a su domicilio personal del hospital o del centro de salud, para realizar investigaciones (encuestas, cuestionarios etc.) en su comunidad?

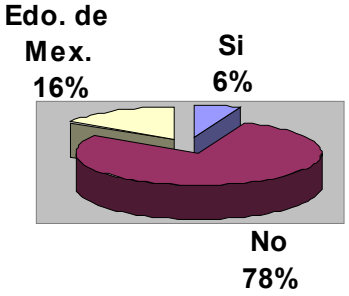
Si	No	Edo. de Mex.
6	26	8



Aquí el 65% de la población muestra manifiesta que no se han realizado investigaciones en su comunidad en materia de salud, un 15% manifiesta que sí han sido visitados por personal del Centro de Salud para este tipo de actividades; un 20% de los encuestados queda excluido por ser del Estado de México.

c) ¿ Algún partido político (PRD, PRI, PAN) u organización vecinal, le ha invitado al programa de gratuidad o participar en campañas de salud o alguna actividad en la materia?

Si	No	Edo. de Mex.
3	39	8



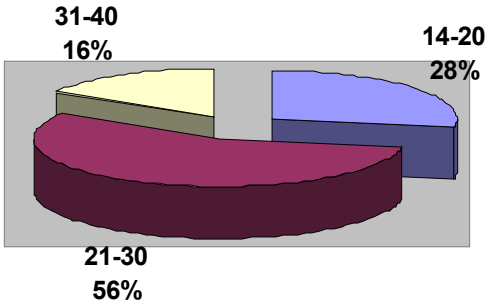
La participación de los partidos políticos al interior del programa, parece no tener gran relevancia ya que un 78% de la población muestra manifiesta que no ha sido invitada por alguno de estos organismos; mientras el 6% de la población expresa lo contrario, siendo el PRD de quien ha recibido la invitación.

2.Estudio de Opinión en el Área de Hospitalización

I.-Datos Generales del usuario:

a) Edad de los encuestados:

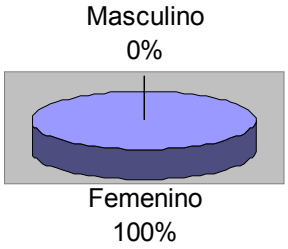
14-20	21-30	31-40
14	28	8



La edad de la población muestra encuestada, manifiesta un 56% una edad entre 21 y 30 años y un porcentaje que llama mucho la atención es la primera categoría entre 14 y 20 años, ya que es gente muy joven de hasta 14 años en la sala de maternidad.

b) Sexo de los encuestados

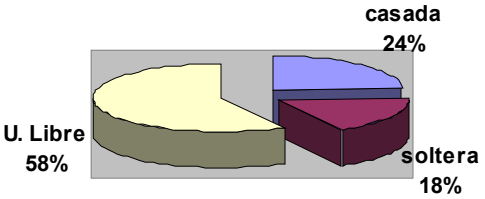
Femenino	50
Masculino	0



El sexo de la población muestra en el área de Hospitalización es del 100%, esto es muy lógico por el tipo de atención que brinda.

c) Estado Civil

Casado(a)	Soltera(o)	U. Libre
12	9	29

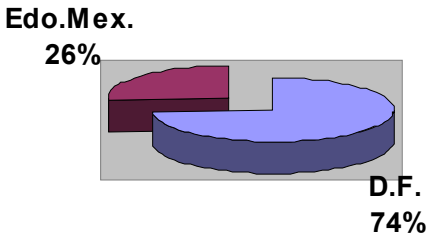


En este inciso encontramos un alto porcentaje en la categoría de Unión Libre con un 58% del total de los encuestados, en comparación con el porcentaje de la encuesta realizada en el área de Consulta Externa; así como un 24% que es casada, y un porcentaje menor pero significativo de madres solteras.

d) Lugar de Residencia:

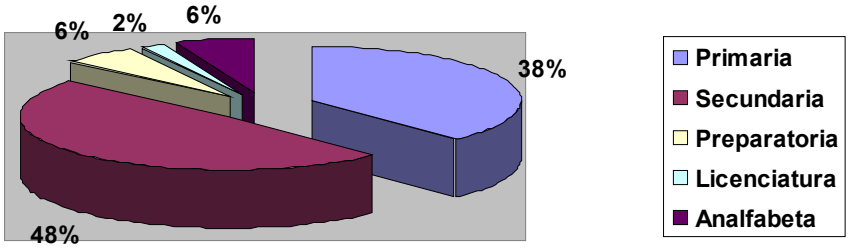
D.F.	37
Edo. Mex.	13

El lugar de residencia de la población muestra encuestada un 74% manifiesta ser del Distrito Federal, contra un 26% del Estado de México, lo cual demuestra que existe un porcentaje significativo de los usuarios del Estado de México.



d) Escolaridad de los encuestados

Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Analfabeta
19	24	3	1	3

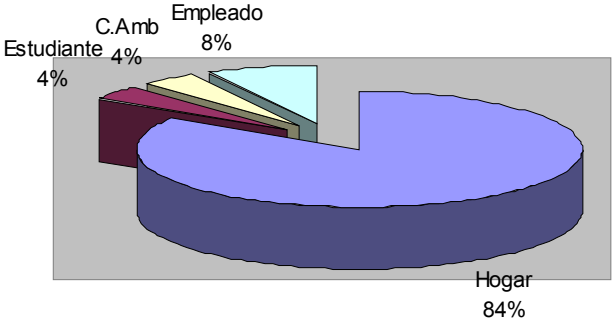


La escolaridad de la población muestra encuestada un 38% manifestó contar con el nivel primaria; un 48% con secundaria y en porcentajes menos significativos preparatoria, licenciatura y analfabeta, por lo cual el 86% cuenta con estudios de nivel básicos.

e) Ocupación de los encuestados

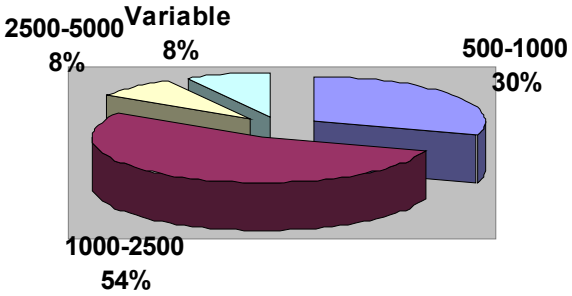
Hogar	Estudiante	Comercio Ambulante	Empleado
42	2	2	4

La población muestra encuestada manifiesta un 84% la actividad del hogar, un 8% con un empleo estable y un 4% manifiesta dedicarse al comercio ambulante.



f) Ingresos Económicos Mensuales

500-1000	1000-2500	2500-5000	Variable
15	27	4	4

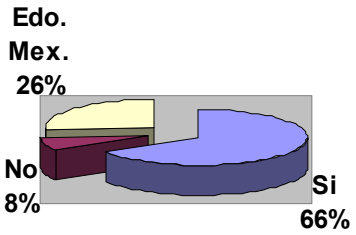


Los ingresos económicos mensuales familiares de los encuestados, encontramos que el 54% sus ingresos oscilan entre 1 y 2 salarios mínimos, y 30% entre $500 y $1000 mensuales, en la categoría de variable los encuestados manifestaron que son menos sus ingresos a los de las opciones presentadas.

II.- Conocimiento del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos

a) Conoce el objetivo del Programa

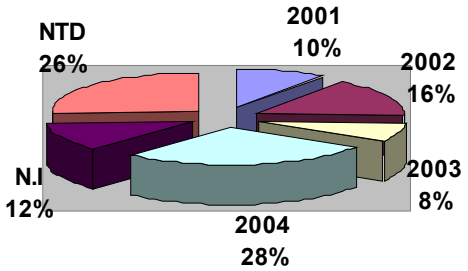
Si	No	Edo. Mex.
33	4	13



La población muestra en el área de Hospitalización manifestó un 66% que sí conoce el programa, contra un 8% que no y un 26% queda excluida del presente reactivo por ser residente del Estado de México.

b) ¿En que año ingreso al programa?

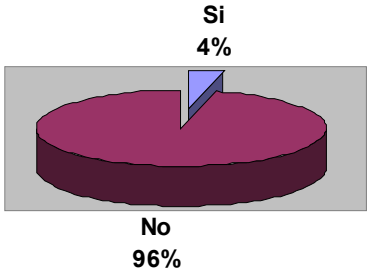
2001	2002	2003	2004	N.I	No tiene Derecho Edo.Mex.
5	8	4	14	6	13



Un 28% de la población muestra encuestada manifiesta que se inscribió al programa en el 2004; un 8% en el 2003; un 16% en el 2002; un 10% en el 2001; un 12% que hasta esa fecha no había ingresado al programa y un 26% que no tiene derecho por ser residente del Estado de México.

c) ¿Cuenta con otra institución que le brinde apoyo médico?

Si	2
No	48

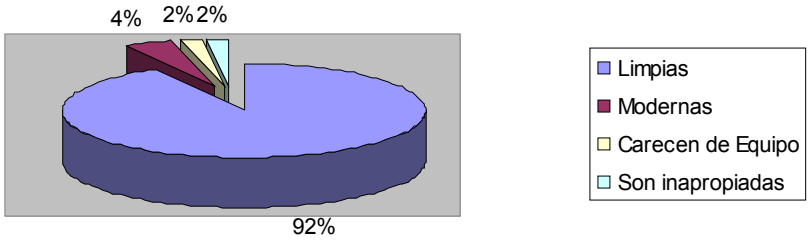


En este inciso la población muestra encuestada el 96% manifestó no ser derechohabiente de alguna institución de seguridad social; contra un 2% de la población que manifestó que si es derechohabiente del IMSS.

III. Eficiencia en la atención hospitalaria

a) Las instalaciones que tiene el hospital en su opinión, son:

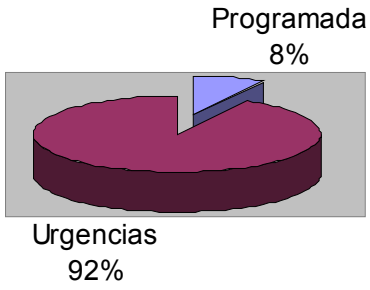
Limpias	Modernas	Carecen de equipo	Son inapropiadas
46	2	1	1



La opinión de la población muestra encuestada con respecto a las instalaciones del hospital, el 92% manifestó que son limpias; contra un 2% que opinan que carecen de equipo.

b) ¿Su ingreso fue cita programada ó de urgencia?

Programada	Urgencias
4	46



El ingreso de las pacientes a el área de hospitalización en un 92% ingreso por urgencias y un 8% por cita programada.

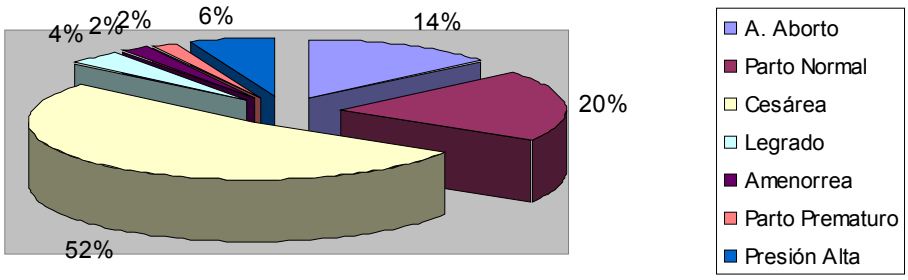
c) ¿Servicio hospitalario al que ingreso?

Gineco-obstetricia	50

El servicio de gineco-obstericia es solicitado en un 100%, lógicamente por ser un hospital materno infantil.

d) ¿Motivo de su ingreso al hospital?

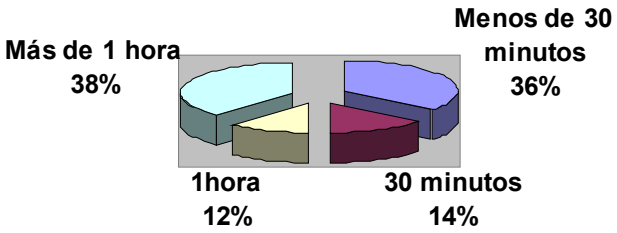
A. Aborto	Parto Normal	Cesárea	Legrado	Parto Prematuro	Presión Alta	Amenorrea
7	10	26	2	1	3	1



El 52% de la población encuestada en hospitalización manifestó que el motivo de su ingreso fue por cesárea; el 20% por parto normal y el 14% por amenaza aborto, contando con porcentajes menos significativos las demás categorías.

e) ¿Cuál fue el tiempo de espera para recibir su internamiento?

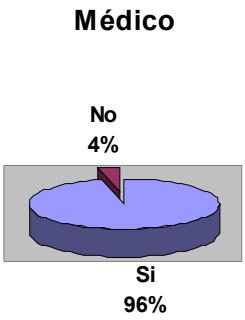
Menos de 30 minutos	30 minutos	1 hora	Más de 1 hora
18	7	6	19



Los tiempos de espera para recibir el internamiento, un 38% de la población encuestada manifestó que fue de más de 1 hora; un 36% de menos de 30 minutos; un 12% de 1 hora y 14% de 30 minutos.

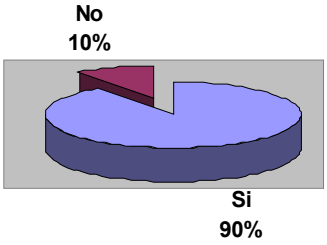
f) ¿Recibió buen trato por parte del personal?

Médico
Si-48
No-2



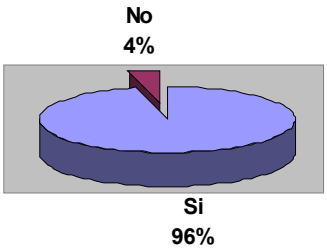
El 96% de la población encuestada manifestó haber recibido un buen trato del personal médico, contra un 4% que opina lo contrario.

Enfermería
Si-45
No-5



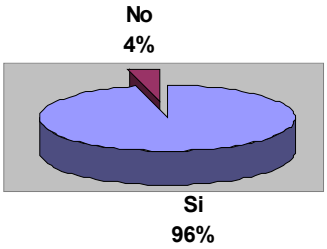
El 90% de la población encuestada manifestó haber recibido buen trato por parte del personal de enfermería, contra un 10% que opinó lo contrario.

Administrativo
Si-48
No-2



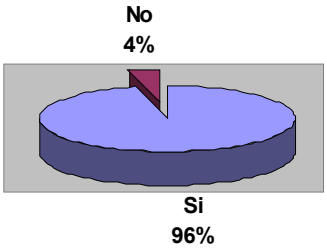
Con respecto al área de Admisión y Archivo(administrativo) el 96% de la población encuestada manifestó recibir un buen trato, contra el 4% que opinó lo contrario.

Camillero
Si-48
No-2



El 96% manifestó que recibió un buen trato del camillero que las traslado del área de quirófano a sala; contra un 4% que opinó lo contrario.

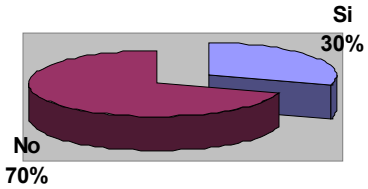
Trabajo Social
Si-48
No-2



En un 96% manifestó que recibió buen trato por parte del personal de Trabajo Social; contra un 4% que manifestó lo contrario.

g) ¿Tuvo que adquirir algún medicamento fuera del hospital?

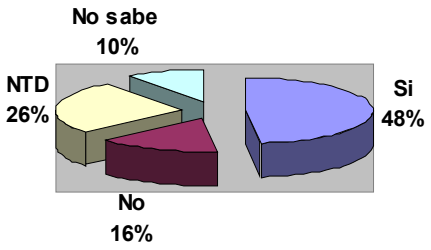
Si	15
No	35



El 70% de la población manifestó que no tuvo que adquirir ningún medicamento fuera del hospital; contra un 30% que opinó lo contrario.

h) ¿El hospital proporcionó receta de gratuidad al ser dada de alta?

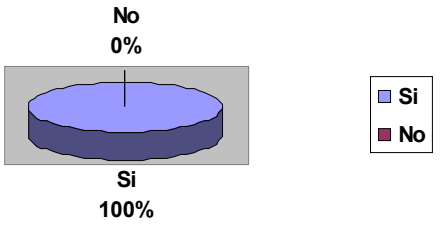
Si	24
No	8
Ntd	13
No sabe	5



Un 48% de la población encuestada manifestó que sí le otorgaron receta de gratuidad al ser dada de alta, contra un 16% que expresa lo contrario; un 10% que no supo contestar y un 26% no tiene derecho por ser residente del Estado de México.

i) ¿Ha sentido mejoría durante su estancia en el hospital?

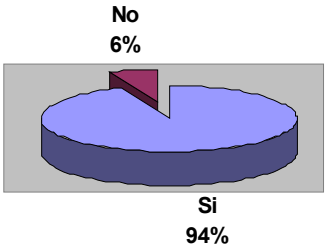
Si	50
No	0



El 100% de los encuestados manifestó haber sentido mejoría durante su estancia en el hospital.

j) ¿Recomendaría a otras personas los servicios del hospital?

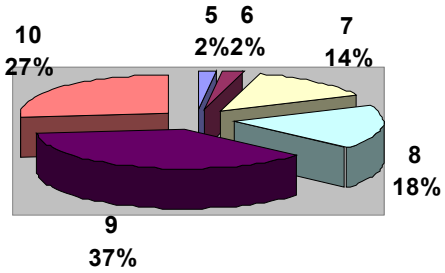
Si	47
No	3



El 94% de los encuestados manifestó que si recomendaría a otras personas los servicios del hospital; contra un 6% que opinó lo contrario, no explicando los motivos.

k) ¿Cómo calificaría de 1 a 10, la atención de los servicios del hospital?

5	6	7	8	9	10
1	1	7	9	18	13

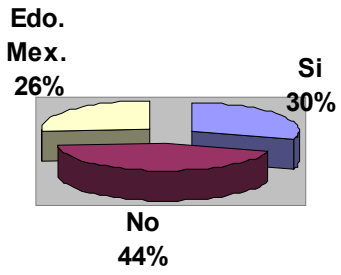


La máxima calificación que manifestó un 37% de la población usuaria es de 9, seguida por el 10 con un 27% de la población usuaria encuestada.

IV. El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos en la Delegación Tláhuac

a) ¿Ha recibido en su domicilio información del programa?

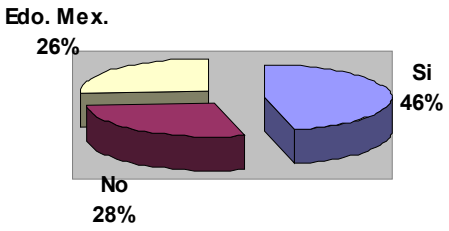
Si	15
No	22
Edo. Mex.	13



El 30% de los encuestados manifestó que sí ha recibido información del programa en su domicilio; contra un 44% que opina lo contrario y un 26% que es excluido por ser residente del Estado de México.

b) ¿Le ha visitado en su domicilio personal de la Secretaría de Salud del D.F., para realizar investigaciones (encuestas, cuestionarios etc.) en su comunidad.

Si	23
No	14
Edo. Mex.	13

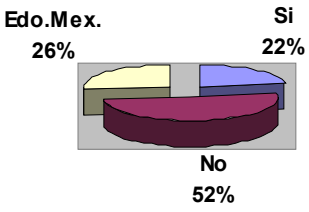


El 46% de los encuestados manifiesta que si ha n sido visitados por personal de la Secretaría de Salud D.F.; el 28% manifiesta lo contrario y un 26% de los encuestados es residente del Estado de México.

c) ¿Algún partido político (PRD,PAN,PRI), u organización vecinal, le ha invitado a ingresar al programa de gratuidad o participar en las campañas de salud ó alguna otra actividad relacionada con la materia?

Si	11

No	26
Edo. Mex.	13



El 52% de los encuestados manifiesta que no han sido invitados por algún partido político u otra organización; un 22% de los encuestados expresa que si han sido invitados y dentro de este porcentaje por el PRD; el 26% de los encuestados es población residente del Estado de México.