



# **Casa abierta al tiempo**

**UNIDAD XOCHIMILCO**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**MAESTRÍA**

**MEDICINA SOCIAL**

**Título**

**Derecho a la Protección de la Salud en dos programas sanitarios: Seguro Popular de Salud y Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos en la delegación Tlalpan**

**DIRECTORA**

**Dra. Oliva López Arellano.**

**Asesores**

**Dra. Roselia Arminda Rosales Flores.**

**Dra. Georgina Contreras Landgrave.**

**Dr. José Arturo Granados Cosme.**

**Mtro. Pedro Leonel Arreola Medina.**

**Presenta**

**Julia Paulina Santamaría Becerril.**

## **Agradecimientos**

El trayecto ha sido largo. Quiero agradecer por todo lo aprendido, y a quienes me han acompañado en este camino.

Agradezco a la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco, el haberme abierto las puertas para lograr uno de los sueños más importantes en mi vida académica y de manera especial a todos los profesores de la Maestría en Medicina Social, su labor y enseñanza me han dejado grandes aprendizajes.

Con especial admiración y respeto a la Dra. Oliva López Arellano, la Directora de esta investigación, por guiarme con paciencia. Gracias por los aportes, las sugerencias y comentarios.

A los lectores, Mtro. Leonel Arreola, Dr. Arturo Granados, Dras. Georgina Contreras y Roselia Flores. Mi admiración y respeto siempre. Gracias por su tiempo y por los aportes que han enriquecido mi trabajo.

Mis queridos amigos, Carlos, Beto, Abdiel y Marcela, gracias por pensar diferente y por hacer de los días de clase, una verdadera experiencia. Les quiero.

A mi amiga, Citlalli. Nuestra amistad se consolidó en el espacio que añorábamos tanto. Infinitamente gracias por todo lo compartido, por lo aprendido y por creer que se puede construir un mundo diferente. Pero sobre todo, gracias por ser mi hermana de vida y con eso te digo todo. Te quiero tanto y siempre.

A mis hermanos y hermanas. Cada uno de ustedes forma parte de mí. La vida no ha sido sencilla pero aún tenemos tanto por hacer. Les quiero irremediablemente para siempre.

A mi madre. Todo lo que soy te lo debo a ti. Siempre serás mi ejemplo de vida. Sé que en donde te encuentres, te sentirás orgullosa de mí. Gracias por ser mi madre y por todo lo que me enseñaste.

## Resumen

Las políticas de salud, o las políticas sociales con orientación hacia la salud pueden tener impacto en la disminución de las desigualdades en salud. Para este fin o ese debería ser el sentido, los Gobiernos establecen programas y planes de salud. En ellos se delinea el funcionamiento, organización de las instituciones, qué servicios se otorgan, para que población, objetivos, misión, estrategias, formas de operar, normas y regulación. Pero además la manera como los Gobiernos dan solución a los problemas de salud-enfermedad, es decir las políticas y específicamente los programas, tiene repercusión en la noción de Derecho.

En el año 2001 el Gobierno Federal puso en acción el programa denominado Protección Financiera en Salud (Seguro Popular) con el fin de reducir el gasto catastrófico en salud para la población que no cuenta con seguridad social, y por su parte, el Gobierno del Distrito Federal puso en práctica el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) en el año 2002 para la población no derechohabiente del Distrito Federal. Ambos programas partieron de regímenes políticos diferentes y por consiguiente tenían diferentes nociones sobre el Derecho a la Salud.

Por tal motivo, en el trabajo se analizan los componentes del derecho a la protección a la salud que se establecen en la Observación General N. 14 y que estén presentes en los programas antes mencionados en la delegación Tlalpan de la Ciudad de México.

# Índice

Agradecimientos	I
Resumen	II
I. Introducción y Antecedentes.....	1
II. Justificación y Planteamiento del problema.....	13
III. Objetivos.....	16
IV. Marco Teórico.....	17
4.1 Régimen Político.....	18
4.2 Modelo Médico Hegemónico.....	21
4.3 Derecho a la Salud y Derecho a la Protección de la Salud.....	23
V. Metodología.....	30
VI. Resultados.....	35
VII. Discusión y Conclusiones.....	58
Referencias.....	63
Anexos.....	66

## I. Introducción y antecedentes

### Introducción

Los derechos humanos son el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo que vive en una sociedad jurídicamente organizada (CNDH, 2010). La tarea de proteger estos derechos representa para el Estado la exigencia de prever y mantener las condiciones necesarias para que, dentro de una situación de justicia, paz y libertad, las personas puedan gozar realmente de todos sus derechos.

Al igual que todo fenómeno humano, en particular si es de naturaleza jurídica y política, los Derechos Humanos son construcciones sociohistóricas, por tanto están penetrados de intereses ideológicos y sólo pueden ser entendidos en su contexto social específico, esto es...

*"...como ocurre cuando un fenómeno se reconoce jurídicamente, se comienza a negar su carácter ideológico, su estrecha vinculación con intereses concretos, y su carácter cultural [...] se universaliza"*  
(Herrera, 2000 p. 5)

Dado que los Derechos Humanos no son etéreos, puesto que protegen potestades o bienes de las personas que se consideran fundamentales, requieren de un marco institucional político y jurídico que los haga verdaderamente operativos (Nicoletti, 2008). Existen diversas formas de clasificar a los Derechos Humanos, por ejemplo, un enfoque historicista, tomará en cuenta la protección progresiva de estos Derechos. Un enfoque basado en la jerarquía, distinguirá entre los Derechos esenciales y los Derechos complementarios.

Una de las clasificaciones más utilizadas y conocidas, es la propuesta por Vasak, que distingue las llamadas tres generaciones de los derechos. El criterio se funda en un enfoque periódico, basado en la progresiva cobertura de los Derechos Humanos (Vasak, 1984). De acuerdo a esta clasificación los Derechos Humanos,

se agrupan en derechos de primera generación, que surgen a partir de la Revolución Francesa como rebelión contra el absolutismo monárquico, en esta generación se encuentran los Derechos Civiles y Políticos. Los derechos de segunda generación, que surgen como resultado de la Revolución Industrial, aquí se encuentran los llamados derechos colectivos, como son los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). Los derechos de tercera generación, surgen en nuestro tiempo como respuesta a la necesidad de cooperación entre las naciones, se conforman por los llamados Derechos de los Pueblos o de solidaridad (López y López, 2015)

El Derecho a la Salud, forma parte de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA) y en esta clasificación quedaría dentro de los derechos de segunda generación. Sin embargo, actualmente se reconoce que las distintas generaciones de derechos tienen igual importancia y que su reconocimiento y garantía es fundamental para la vida digna.

La propuesta de Luigi Ferrajoli, permite una mejor comprensión de la naturaleza de los derechos humanos, al señalar que se trata de normas de derecho público que protegen bienes jurídicos considerados fundamentales e inherentes a la persona humana (Ferrajoli, 2006). Esta definición trasciende la visión limitada de los derechos de ciudadanía y basa su carácter de fundamental no en la naturaleza del bien que protege o las necesidades que satisface, sino en su universalidad (López y López, 2015)

En esta perspectiva, el Derecho a la Salud, es un derecho humano fundamental e inclusivo, que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también el acceso a un conjunto de satisfactores como la alimentación, nutrición, vivienda, acceso a agua limpia, potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano, reconocidos como determinantes de la salud (Montiel, 2004).

El Derecho a la Salud se considera también un derecho social universal, pero en realidad este derecho se expresa en formas diversas y se conceptualiza e

instrumenta de manera distinta. En gran medida el contenido de este derecho está vinculado al desarrollo histórico de los Estados nacionales y a dimensiones ideológico-políticas (Montiel, 2004). Podemos decir que el Derecho a la Salud se va desarrollando a través de las demandas sociales de múltiples actores.

La configuración primera de los contenidos de este derecho inicialmente parten de enfrentar la enfermedad, posteriormente interesa garantizar la salud, entendida como “el estado de absoluto bienestar físico, mental y social”, institucionalizada internacionalmente en 1946 con la conformación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Más tarde, este derecho encuentra un mayor desarrollo dentro de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC).

Es importante aclarar que, antes del desarrollo del Derecho a la Salud, la atención a la salud se restringía a la idea de atender la enfermedad y la mayoría de los gobiernos le hacían frente desde una perspectiva de beneficencia pública ó filantrópica.

En la actualidad, el Derecho a la Salud se considera como un derecho que integra no sólo la idea de enfrentar a la enfermedad, sino también de prevenirla; así como de promover y proteger la salud, por lo que, el entorno físico y social del hombre adquiere una gran relevancia dentro de este derecho. Así concebido el derecho a la salud, implica una mayor protección del ser humano y un mayor compromiso administrativo y económico por parte de los Estados (Montiel, 2004).

Los Estados tienen que respetar, proteger y satisfacer los derechos para todos, cada uno de ellos genera obligaciones que parten de definiciones ético-políticas e implican un conjunto de definiciones jurídicas, normativas y programáticas. Por lo que no sólo es obligación del Estado proveer las condiciones materiales y recursos organizacionales para satisfacer necesidades individuales de atención (a través de políticas, programas, leyes o reformas legales y presupuestos dirigidos), sino también se requiere desarrollar mecanismos que contribuyan a

superar las desigualdades sociosanitarias, que se manifiestan en forma de inequidades en los determinantes de la salud y en el acceso a los bienes y servicios de atención.

Esta definición amplia del Derecho a la Salud, que incluye tanto los determinantes de la salud y el sistema institucionalizado de protección, pone de manifiesto la necesidad de identificar sus componentes, delimitar sus alcances y señalar sus implicaciones. Conocer los elementos que lo integran y sus características, resulta imprescindible para establecer o conocer mecanismos de exigibilidad y justiciabilidad para su cumplimiento y reconocer la contribución que los instrumentos internacionales han tenido en dar contenido concreto a este derecho: como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 25), el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12) y la Observación General N. 14.

Un componente fundamental del Derecho a la Salud es el derecho de protección a la salud, que tiene que ver con el acceso y prestación a los servicios de salud, las características que deberían tener todos los establecimientos, bienes y servicios que dan atención médica y que de manera general se expresa en las siguientes dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, accesibilidad física, asequibilidad, acceso a la información, aceptabilidad y calidad (OG 14; 2000).

### **Antecedentes**

En materia de Derechos Humanos (DH), la reforma del 10 de junio del 2011 es considerada un gran avance en el campo. Esta reforma incorporó definiciones cruciales en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reivindicando la relevancia del derecho internacional en México, colocando los tratados internacionales al mismo nivel que la norma constitucional y reconociendo el principio propersona.

Esta reforma amplía la perspectiva jurídica sobre el Derecho a la Salud en México, pues el mandato constitucional hace referencia al derecho a la protección

de la salud, mientras que los tratados internacionales reconocen el Derecho a la Salud con dos componentes fundamentales: los determinantes sociales y la protección a la salud.

*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..." Desde una perspectiva crítica, en México, antes de la reforma de DH del 2011, el Derecho a la Salud se restringía a su protección, eludiendo la inclusión de los determinantes sociales de la salud.*

### La protección a la salud en México

Las políticas sociales y de salud, sus expresiones en normas jurídicas y las maneras en que los gobiernos establecen planes y programas de salud, expresan su interés y capacidad para garantizar el derecho a la protección a la salud. En ellas se delinea el funcionamiento institucional la organización y los servicios otorgados. Por lo que construyen la plataforma institucional para la promoción, protección y satisfacción de los derechos.

La inclusión o exclusión de poblaciones, los objetivos, las estrategias, las formas de operar de los programas, sus normas y regulación, así como el posible impacto que tienen en la población, son elementos que permiten reconocer la garantía o no de los derechos.

Respecto a la protección de la salud según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en su informe de evaluación de la política social, en el 2011, reportó un aumento de la cobertura de personas que tienen acceso a los servicios de salud por medio de la afiliación del Seguro Popular, reportando que en el 2010, se llegó a un total de 43.5 millones de afiliados; tan sólo en el año se afiliaron 12.4 millones de personas. En febrero de 2011, el número de afiliados llegó a 44, 900,729, mismo que representa un avance del 75.94% de la población definida como potencial que es de 59, 124,464. Sin embargo, reconoce que aún existe el reto de mejorar el acceso efectivo de la

población a los servicios de salud, en las entidades federativas, así como hacer más eficiente y transparente el recurso que se le otorga a las entidades federativas para el área de salud (Seguro Popular, fondos del Ramo 12 y fondos del Ramo 33).

El informe también menciona que los servicios públicos de salud se encuentran todavía fragmentados y con calidad heterogénea, pues el Sistema de Salud en México, es un sistema organizado en tres ejes, cada uno de los cuales puede ser identificado con diferentes niveles socioeconómicos. Estos ejes son resultado de la configuración histórica de un sistema que desde su nacimiento ha presentado una clara división entre aquellas personas que son beneficiarias de la seguridad social, conformada en su mayoría por trabajadores del sector formal de la economía, y quienes, por carecer de un empleo formal o encontrarse en situación de pobreza deben acceder a la cobertura brindada por la Secretaría de Salud, la llamada población abierta (Zamboni, 2006).

En las instituciones de seguridad social, se atienden *derechohabientes cuyos derechos se desprenden del empleo formal* y de haber cotizado cuotas obrero-patronales. Los servicios son otorgados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y por otras instituciones entre las que se encuentra el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos, las Fuerzas Armadas (SEDENA), Marina y diversos seguros para trabajadores estatales. Estas instituciones atienden a cerca de la mitad de la población del país.

El sistema de atención dirigido a población “abierta” o no asegurada, en el que se incluyen los servicios otorgados por la Secretaría de Salud (federal o estatales) atiende en zonas rurales y en zonas urbanas. El programa IMSS solidaridad atiende a poblaciones fundamentalmente rurales. La Secretaría de Salud cobra cuotas por atención según tabulador socioeconómico y cuenta desde 2004 con una forma de aseguramiento voluntario que ofrece un paquete parcial de servicios, conocido como Seguro Popular de Salud (SPS). El tercer grupo está conformado por el sector privado, al que acuden personas dependiendo

principalmente de su capacidad para solventar los gastos generados por esta atención.

A pesar del incremento en el presupuesto para la atención a población “abierta” a través del SPS sobre todo en atención médica, no se observa el mismo esfuerzo presupuestario en programas de prevención, ni en el total de los recursos públicos para la atención, pues se reducen los fondos para la atención de la salud otorgada por los institutos de seguridad social. Situación que no es reciente, si revisamos la historia, nuestro país a partir de la década de los ochenta, revierte los avances que se habían logrado en los periodos de formación y expansión de las instituciones públicas de salud y seguridad social en México.

### La política de salud neoliberal en México

La ideología neoliberal es una fase de desarrollo capitalista, se caracteriza por la hiperconcentración de recursos planetarios (naturales, económicos, financieros, de conocimiento e información, así como de capacidad político-militar) y la exclusión masiva de poblaciones de los satisfactores esenciales para la vida (López y Blanco, 2007).

En el contexto mexicano - a partir de 1982 - el Estado comienza a asumir abiertamente una política neoliberal como instrumento para enfrentar un periodo de crisis (la caída de los precios internacionales del petróleo y aumento en las tasas de interés), se propone un proyecto modernizador a mediano plazo, que entraña una nueva fase del desarrollo capitalista mexicano (López y Blanco, 1993). En la actualidad México tiene ya 35 años con este modelo neoliberal que comenzó a implementarse en la década de los 80s.

Podríamos decir que el modelo neoliberal adoptado por el gobierno mexicano desde 1982, se concreta en un modelo de atención médica, donde el sector público reconoce su incapacidad para gestionar servicios públicos de salud para todos los habitantes y progresivamente deja espacios al mercado e impulsa activamente la participación de la iniciativa privada en la prestación de servicios. El Estado se retrae

de garantizar suficientes recursos para la salud y se hace notoria la tendencia descendente de los fondos públicos destinados al sector (López y Blanco, 1993).

Desde los 90's, es explícito el interés de promover la prestación privada de servicios. Un ejemplo de esto, se observa en el Programa Nacional de Salud (PNS) 1990-1994, en donde el gobierno le otorga mayor participación a la iniciativa privada para la producción de servicios de salud, en este Programa se señala entre otras cosas "... promover los seguros privados y voluntarios", "incrementar la participación de la medicina privada".

Continuando con esta vertiente, a partir de 1994-2000 el gobierno mexicano se compromete a realizar una reforma en el sector salud, bajo las directrices neoliberales, debido a los préstamos contratados con el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), condicionando la reorganización de los servicios públicos a la perspectiva de asistencia "minimalista" y de administración de la pobreza impulsada por estos organismos supranacionales (López y Blanco, 1993).

Para el periodo 2000-2004, el gasto público en salud pasa de 2.2% a 2.6% del PIB, por lo que continúa siendo uno de los más bajos de América Latina y manteniendo profundas desigualdades en el gasto ejercido entre población asegurada y población sin seguridad social.

En este contexto, el margen de maniobra de los sistemas estatales de salud (SESA), se reduce a su mínima expresión y en la mayoría de los Estados, sólo se tienen recursos para el pago de nómina de los trabajadores del sector y para hacer frente a los gastos fijos (p.ej. agua, energía eléctrica, servicio telefónico y vigilancia), por lo que el financiamiento para las tareas sustantivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención a los daños es prácticamente inexistente (López y Blanco, 2007).

En la lógica de revertir el deterioro de los servicios de salud por la vía de un seguro básico subsidiado, el gobierno mexicano por medio del Plan Nacional de

Desarrollo del 2001-2006 propone un Sistema Universal de Salud, en donde se da relevancia a la equidad, la calidad y protección financiera (PND, 2001). A partir de ese momento se impulsan un conjunto de cambios legislativos, organizacionales y financieros para reordenar y hacer eficiente al sistema público de salud.

En el 2001, la Secretaría de Salud propone el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) que enfatiza los aspectos gerenciales y administrativos para flexibilizar la operación de los servicios de salud a través de organismos públicos descentralizados. Así como, facilitar la subrogación y la articulación de prestadores de servicios diversos (privados, sociales y públicos).

En el año 2002 se establece el plan piloto de aseguramiento voluntario para población sin seguridad social, conocido como Seguro Popular de Salud que inicia formalmente, en mayo del 2003, con la reforma a la Ley General de Salud (LGS), en donde se adiciona un capítulo sobre el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

El programa de Seguro Popular de Salud se propone cubrir a la población sin seguridad social a través de un seguro médico voluntario y subsidiado. Se presenta como el tercer pilar de la seguridad social en México, aun cuando el espectro de patología atendida a través de su paquete de intervenciones es muy reducido y no incluye componentes de la seguridad social como guarderías, pensiones e incapacidades. Desde su aparición, dicho programa ha sido cuestionado, pues se plantea la reestructuración de los fondos del sistema público, bajo un discurso de protección financiera, se reorientan los recursos hacia la demanda y se fragmenta el quehacer médico-sanitario. Desde la perspectiva de diversos autores es violatorio del derecho a la protección de la salud (Laurell, 2005; 2010; López y Blanco, 2006; 2007; Morales, 2003).

## Política de salud en el Distrito Federal\*

El Distrito Federal, por su parte configura su propio sistema público de salud a partir del 1997, cuando en el marco del proceso de descentralización de los servicios de salud, la Secretaría de Salud transfiere al gobierno local los Servicios de Salud Pública que incluyen 208 centros de salud, 15 clínicas de especialidad, 16 medibuses, conformando un organismo público descentralizado (OPD) del que dependen las 16 jurisdicciones sanitarias que se corresponden con la división político administrativa de la ciudad.

En 1999 se crea la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) a partir del Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, organismo centralizado del Distrito Federal (DF), conformado por los Servicios Médicos y Urgencias y que se constituye como cabeza de sector subordinando al OPD. Así, la SSDF articula el segundo nivel de atención que para el 2013 contaba con 38 hospitales entre los que se encuentran, once hospitales generales, un hospital de especialidades, ocho hospitales maternos infantiles y diez hospitales pediátricos, dos clínicas hospitalares de especialidades toxicologías y una clínica hospital, con los servicios de primer nivel del OPD (INEGI, 2013).

La orientación de los gobiernos del DF desde 1997 priorizan la política social y el fortalecimiento de las instituciones públicas. En el año 2000, a contracorriente con las propuestas de seguro básico de salud diseñadas en el gobierno federal, que para el 2003 se concretan en el Sistema de Protección Social en Salud y en el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG), la SSDF impulsa la universalidad y la gratuidad como ejes del reordenamiento de los servicios de salud en la ciudad.

\*A partir del año 2016 se le denomina Ciudad de México (CDMX).

Para el año 2000 durante el gobierno de Andrés Manuel López Obrador (2000-2006) se realiza una reforma a los servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal, con el objetivo de garantizar universalmente el derecho constitucional a la protección de la salud en la ciudad. La reforma se desplegó en cuatro vertientes: la gratuidad de los servicios de salud y de los medicamentos; la introducción de un nuevo modelo de atención (MAS); el fortalecimiento, ampliación y mejoramiento de los servicios y una legislación que obliga al gobierno de esta ciudad a garantizar este derecho (Nassif y Ziccardi, 2001). La política concreta para enfrentar el obstáculo económico de acceso a los servicios de salud, fue el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para la población no asegurada residente en la CDMX.

A pesar de avances importantes en el periodo 2000-2006, entre los que destacan: una política social con perspectiva de derechos, la consolidación de la pensión universal ciudadana, el aumento de los fondos destinados a salud y el impulso de programas específicos, como el programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos, persisten la fragmentación de servicios, la distribución desigual de los recursos y limitaciones en la capacidad de atención frente a la diversidad de los principales problemas de enfermedad y muerte en el Distrito Federal (López, Medina y Blanco; 2001).

Esta situación se agrava a partir del 2006 por el abandono gradual de la perspectiva de derechos y de los ejes ordenadores de universalidad y gratuidad en la prestación de servicios médicos. A pesar de estar plasmado en la ley local, el PSMMG, pierde fuerza y para 2010 tiene una existencia inercial. En contraste el Sistema de Protección en Salud (Seguro Popular, tiene un crecimiento exponencial en la ciudad y para el 2010 tiene mayor presencia que el programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos (López, Medina y Blanco, 2015).

Datos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), señalan que para el 2011 existían en la ciudad problemas que van desde la

contaminación por el drenaje o alcantarillado, hasta grandes proyectos inmobiliarios que perjudican los recursos naturales o zonas de importante valor ambiental.

La cuestión del acceso al agua también representó problemas por el cobro excesivo o injustificado por el servicio de este y su interrupción injustificada. Por otro lado, se presentaron violaciones en el nivel de vida adecuado, por la obstaculización, restricción o negativa del derecho a los servicios básicos de electricidad, alumbrado público, mantenimiento de vías públicas, parques y jardines, recolección de basura, además de la negativa a disfrutar de las necesidades básicas en condiciones dignas (CDHDF, 2011).

En lo que respecta al Derecho a la Protección de la Salud, el Informe menciona que aunque se contó con importantes partidas presupuestarias y avances considerables en programas y acciones para promover este derecho en la población capitalina, se sigue presentando índices de desempeño muy por debajo del promedio nacional en materia de vigilancia epidemiológica y vacunación, prevención y control de la *diabetes mellitus* e hipertensión arterial, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, cáncer uterino y de la rabia. En general, los servicios de atención muestran deficiencias debido a la saturación, la falta de personal médico y el desabasto de medicamentos.

Las formas de dar solución a los problemas de salud de los habitantes del DF, a través de los programas SPS y el PSMMG, nos ubican en dos dinámicas asistenciales, en donde, por un lado se presenta un programa que otorga servicios médicos por medio de paquetes básicos y por otro lado, un programa que apuesta por la universalidad de los servicios.

Este trabajo explora el cumplimiento del derecho a la protección de la salud a través de estos dos programas, en la jurisdicción sanitaria de Tlalpan que se corresponde con la delegación del mismo nombre y que forma parte del Distrito Federal hoy Ciudad de México.

## II. Justificación y planteamiento del problema

El papel del Estado ha trascendido en el área de bienestar social en general y en particular de la salud, ha hecho cambios en las formas de intervención en cuanto a los servicios médicos que se otorgan a la población. En la actualidad México, tiene un gobierno federal identificado con la derecha, que coexiste con un gobierno local identificado con el modelo social-demócrata de centro izquierda, cada uno con procedencias partidistas distintas, cada uno propone soluciones diferentes a los problemas de enfermedad de la población.

En las últimas décadas, México ha adoptado posturas y soluciones diferentes, para responder a los problemas de enfermedad de la población. Las posturas que han tenido los gobiernos, corresponden a diferentes formas de conceptualizar el Derecho a la Salud pero también a una postura de carácter político-ideológico como ya se ha mencionado, de tal manera que, las formas de poner en práctica los programas de salud parecieran ser opuestas.

Desde la década de los ochenta el gobierno federal ha optado por programas verticales, focalizados, muchos de ellos encaminados a la prevención de enfermedad (Laurell A. C., 1992). Continuando con esta línea, se puso en práctica en el sexenio de Vicente Fox, a través del Plan Nacional de Desarrollo (PND, 2000-2006) en el apartado de “Visión de México a Futuro” que el “Gobierno de la República tiene el compromiso de: seguir desarrollando el sistemas de salud, de forma tal que se extiendan a la totalidad de la población, eviten la duplicación de esfuerzos, ahorren recursos y prevengan las enfermedades”.

Mientras que a nivel local se han dado pasos en la aplicación de un modelo universal, implementando programas destinados al mejoramiento de la salud de su población. El programa PSMMG del Distrito Federal (2006), tiene como uno de sus propósitos cubrir a toda la población que no cuente con seguridad social y que tengan por lo menos tres años de residir en el Distrito Federal (ahora Ciudad de México), sin excluir a las personas que cuentan con derechohabiencia (IMSS,

ISSSTE, etc.), considerando también a los adultos mayores de 70 años, la característica más importante de este programa es que es totalmente gratuito.

En este contexto interesa analizar de manera comparativa, las políticas públicas de salud, a través de los dos programas: Protección Social en Salud (Federal) y el programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (Distrito Federal), específicamente su operación en la delegación Tlalpan del Distrito Federal, porque se plantea que debe existir diferencias entre uno y otro, por ejemplo la manera en cómo se accede, los servicios otorgados y otros elementos que se discutieran a lo largo del trabajo.

Esta delegación tiene características particulares en comparación con otras delegaciones. El Índice de Desarrollo Humano (IDH; 2005) ubicó a esta delegación con un valor de 0.8777 DF (PNUD, 2008) por debajo de algunas delegaciones (Benito Juárez, Coyoacán, Miguel Hidalgo por mencionar algunas). En cuanto al grado de desarrollo social la delegación es muy heterogénea, cuenta con zonas (AGEB`s) de muy baja y alta marginación. En el año 2008, la mortalidad infantil en esta delegación fue de 14.5 (10,000 NVE) y presentó tasas elevadas de muerte por influenza y neumonía de 18.9 y 14.5 por 100 000 habitantes (INEGI, 2010).

Al igual que en otras delegaciones, en los primeros lugares de la morbilidad atendida por las unidades de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, se ubican las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas, las parasitosis intestinales, la diabetes y la hipertensión arterial (Evalúa DF, 2011).

### **Planteamiento del Problema**

El Derecho a la Salud es un Derecho Humano inclusivo y forma parte de los DESCAs, es decir también es un derecho social, ya que se relaciona con el desarrollo y bienestar de las colectividades. El derecho a la protección de la salud forma parte de este derecho más general, por lo que el Estado y sus gobiernos tienen la obligación de respetarlo, protegerlo y satisfacerlo.

El Gobierno del Distrito Federal (GDF) a partir del año 2007 ha intentado que el derecho a la protección de la salud sea una realidad para sus habitantes, sin embargo, esto no se ve reflejado en los indicadores de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de servicios de varias delegaciones (Iztapalapa, Gustavo A. Madero, Tláhuac, por mencionar algunas). Hablando específicamente de la delegación Tlalpan, los servicios de salud con los que cuenta son un hospital general y cuatro centros de salud, los indicadores en cuanto a recursos disponibles es de 1.08 médicos, 2.22 enfermeras y 0.52 camas por 1000 habitantes.

En la clasificación propuesta por el Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal (Evalúa DF, 2011) según el Índice de Desarrollo Social (IDS) y retomada en diversas investigaciones, se identifica a la delegación Tlalpan con un IDS bajo, crecimiento poblacional por arriba de la media de la ciudad y – a pesar del predominio de población joven - presencia de morbilidad por enfermedades infecciosas y patología crónica, destacando en las causas de muerte las enfermedades del corazón, la diabetes, los tumores malignos y la enfermedad cerebrovascular. En tanto, los indicadores de disponibilidad de servicios y las coberturas formales muestran insuficiencias y déficit de recursos para contender con la morbimortalidad en la delegación. (Blanco, López y Rivera, 2014)

Si tanto el SPS como el PSMMG plantean garantizar el Derecho a la Protección de la Salud, entonces:

1. ¿El diseño y la forma de funcionamiento de estos programas posibilita el ejercicio del derecho a la protección de la salud?
2. ¿Existen diferencias entre los programas Seguro Popular de Salud y Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos en cuanto a disponibilidad y accesibilidad en los servicios de salud que se otorgan a los usuarios que viven en la delegación Tlalpan?

### **III. Objetivo General**

Analizar los componentes del derecho a la protección a la salud que están presentes en los programas: Protección Social en Salud (Federal) y el programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (CDMX), en la delegación Tlalpan.

#### **Objetivos específicos**

1. Identificar la perspectiva de cada programa sobre el Derecho a la Protección de la Salud.
2. Identificar las diferencias entre los programas respecto a su diseño y funcionamiento en la delegación Tlalpan.
3. Describir los elementos que pueden hacer diferencias en la atención que se otorga en cada programa en cuanto a disponibilidad y accesibilidad física.
4. Identificar diferencias en cuanto al financiamiento otorgado a la delegación Tlalpan para ambos programas.

## IV. Marco Teórico

La Medicina Social (MS) es un campo de conocimiento interesado en comprender y transformar los procesos de salud-enfermedad de las colectividades, asumiendo que estos tienen un carácter histórico-social, y que las condiciones económicas y sociales tiene un efecto importante en la salud y la enfermedad.

Uno de los objetos de estudio de la MS es la Respuesta Social Organizada (RSO), este objeto permite analizar y dar explicación a las diferentes formas de dar solución a los problemas de salud de la población, como lo son las políticas sanitarias y en concreto de los Programas de Salud (PS), haciendo uso de su marco de referentes teóricos, podemos partir de que “nosotros formamos parte del Estado y éste forma parte de nosotros, lo sentimos, lo vemos actuar, y se manifiesta en la sociedad a través del órgano jurisdiccional que dice el derecho o a través de un órgano administrativo prestando un servicio público” (Romero; 1991).

Así tenemos que el Estado se puede entender como un concepto político, que tiene que ver en la forma de cómo se debe organizar la sociedad (a través de instituciones que poseen autoridad) y el funcionamiento de ésta.

Una forma de acción del Estado es a través de las políticas públicas, abordar estas implica aproximarse a los principios y a la dinámica que rigen la relación entre la esfera política y la acción pública. Es decir, la esfera en que se funda el régimen político y el dominio en que se desenvuelven las políticas públicas (Torres, 2004).

Las políticas no pueden ser entendidas sino en la perspectiva del tipo de régimen político y de la acción de gobierno de la que emergen. No son variables independientes que puedan ser explicadas de manera ajena al conjunto de factores políticos e institucionales en los que se estructuran.

## Régimen Político

La importancia del régimen político radica, en que, es el ordenamiento que define las instancias, grados y escalas en que se produce y estructura el ejercicio del gobierno y con él la estructuración de las políticas públicas. Y por lo tanto, establece los distintos niveles de decisión, organización y operación estatal, momento en que especifica la indicación de jerarquías, los principios organizacionales y las relaciones de poder que rigen la acción del aparato estatal.

La política de ajuste y cambio estructural de la última década, no es reductible a un conjunto de medidas encaminadas a resolver la crisis económica, sino que se inscribe en el proyecto ideológico neoliberal. En tanto que, es un proyecto global de re(organización) de la sociedad con una concepción precisa sobre como satisfacer las necesidades sociales. Esta concepción se traduce en una política social específica que significa una nueva articulación entre los principales ámbitos de producción del bienestar social, esto es, la familia, el mercado y el Estado. Esta rearticulación va mucho más allá de unos cuantos planteamientos técnicos efficientistas u otro *mix* público-privado. Implica la reestructuración profunda de la matriz básica de lo público y la constitución de los beneficios-servicios sociales en un ámbito directo de acumulación de capital (Laurell, 2000).

Los diversos regímenes de política social expresan determinadas relaciones, fuerzas entre las clases y tienen su origen en distintos proyectos políticos; se constituyen, así, desde el ámbito de lo político y representan diferentes soluciones históricas a la satisfacción de las necesidades sociales. Para caracterizar un régimen político social deben considerarse tres dimensiones: el grado de mercantilización de los beneficios-servicios sociales, el grado de compromiso estatal con el pleno empleo y el tipo de estratificación social generada (Laurell, 2000; Esping-Andersen, 1991).

El grado de mercantilización se refiere a dos vertientes distintas, aunque interrelacionadas, de la política social: las dos condiciones de acceso a los

beneficios-servicios sociales y la de sus formas de financiamiento y producción. La primera vertiente se relaciona con la cuestión de la universalidad vs la selectividad o, lo que es lo mismo, con la noción de los derechos sociales o la ciudadanía social vs la noción de “mérito” como condición de acceso. El reconocimiento de los derechos sociales se basa en la idea de que todo ciudadano, por el solo hecho de serlo, tiene derechos a los satisfactores necesarios para una vida digna, conforme las condiciones sociales medias. Esto significa, por un lado, un compromiso societal solidario de garantizar con medios públicos el acceso universal a estos satisfactores y, por el otro, un elemento de desmercantilización de la fuerza de trabajo, ya que el derecho al bienestar social se desvincula de su venta. La noción de “mérito”, por el contrario, se basa en la idea de que el acceso a los servicios-beneficios sociales debe corresponder a una contraprestación por parte del individuo, sea ésta la realización de un trabajo o un pago; esta noción implica, por tanto selectividad (Laurell C., 2000). Lo que ocasiona que la salud se vea como una mercancía y no como un derecho, y que además pertenecería al ámbito de lo privado, por lo que el Estado sólo se encargaría de resolver los problemas de salud cuando el sector privado no quiera resolverlos.

La segunda vertiente de la (des)mercantilización se refiere específicamente a las formas de financiar y producir los beneficios-servicios sociales. En principio, los derechos sociales suponen que el financiamiento de los servicios-beneficios sea asumido por la sociedad en su conjunto, mientras que el acceso por mérito supone una contribución monetaria (pagada como prestación laboral o directamente) con equivalente constituido por un conjunto prefijado de beneficios-servicios. En el primer caso, los servicios-beneficios generalmente se producen bajo alguna modalidad pública y su carácter mercantil es poco desarrollado, esto es, se distribuyen según criterios de necesidad. En el segundo caso, por el contrario, la producción o gestión tiende a ser privada; aunado al principio de equivalencia entre el pago y el beneficio, ello les confiere a los beneficios-servicios carácter mercantil, o sea, se distribuyen bajo la lógica de compra-venta en el mercado. En la mayoría de los casos concretos se dan formas combinadas, y por ello se habla de “grado de (des)mercantilización (Laurell, 2000).

El nivel de compromiso con el pleno empleo constituye un aspecto definitorio de la política social, ya que el empleo y el salario son los medios regulares para acceder al consumo en las sociedades capitalistas. También en este aspecto es posible distinguir varias políticas básicas (con formas intermedias); en un extremo tenemos la política de dejar al mercado la generación de empleo y, en el otro, una política activa de intervención estatal en el mercado de trabajo para fomentar y crear empleos. Aunque la última generalmente se inscribe en una política social universalista con amplios beneficios, cuya viabilidad práctica depende de una amplia base de contribuyentes, también se puede dar como el eje principal de sistemas de bienestar social basados en el principio de acceso por mérito.

Finalmente, es importante subrayar que cada régimen de política social da origen a una estratificación social específica. No sólo se trata de un sistema de (re)-distribución del ingreso y de los servicios-beneficios sociales, sino que estructura, además, las relaciones entre distintos grupos sociales pero sin cambiar la matriz básica de clase de la sociedad (Laurell, 2000).

Laurell, explica que, la política social neoliberal tiene las mismas características, pero más pronunciadamente individualista, antisolidaria y antiestatista. Tiene como premisa implícita que el mercado es el mejor asignador de recursos para generar: el crecimiento económico y el bienestar social. Esto lleva al supuesto de que el bienestar social es una responsabilidad individual que pertenece al ámbito de lo privado. Por lo que, la satisfacción de las necesidades sociales debe resolverse en la familia o en el mercado. Bajo esta idea, el Estado sólo debe ofrecer aquellos servicios o beneficios que los privados no pueden o no quieren producir. De ahí se desprende una política social que busca transferir la mayor parte de los servicios-beneficios al mercado y que reduce la acción estatal a la producción de los bienes “públicos”, en sentido restringido, y a proporcionar un mínimo de servicios a los comprobadamente pobres.

La decisión del gobierno mexicano de asumir un régimen neoliberal fue por un acuerdo del gobierno con el Fondo Monetario Internacional (FMI) en el año de

1982, como ya se ha mencionado, esto implicaba disminuir el déficit fiscal y priorizar el pago de la deuda (Laurell,1993).

La reducción que el Estado hace a la seguridad social ocasiona que “casi en toda su totalidad el financiamiento sea por las cuotas obrero-patronales”. Todas estas modificaciones cambiaron el rumbo del país, sus repercusiones siguieron una línea que actualmente vivimos. Además, es justamente en los periodos 1988-94 y 1994-2000 en donde la reestructuración del sector, especialmente la ampliación de cobertura con el paquete básico de salud y la reorganización de los servicios y beneficios de la seguridad social, está financiada (y condicionada) por los préstamos que el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) otorgan al gobierno mexicano (Laurell, 1993). El reordenamiento neoliberal configura un sistema de salud alejado de la perspectiva de derechos y más cerca de la vertiente de mercantilización que refuerza las características del Modelo Médico Hegemónico (MMH).

### Modelo Médico Hegemónico

La prestación de servicios en el sistema público de salud en México desde su origen se ha configurado con las características del MMH. Según Menéndez, los principales rasgos estructurales de este modelo son: biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación pasiva y subordinada del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica e identificación con la racionalidad científica (Menéndez, 1988 pág. 451). Estos rasgos se refuerzan con la lógica neoliberal que reordena la política de salud y el sistema de prestación de servicios en su vertiente más tecnocrática, eficientista y medicalizada (López y Blanco, 2007).

Menéndez explica al MMH de la siguiente manera:

*“Por MMH entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo*

*XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”*

En palabras del mismo autor, el biologicismo es el rasgo estructural dominante y es *“el factor que garantiza no sólo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos (1988)”*.

Según Menéndez, en los países capitalistas el sector salud es la segunda área de mayor creación de puestos de trabajo. Esto demuestra a grandes voces la mercantilización que es la “salud”. Detrás de cada enfermedad se encuentran grandes laboratorios y jugosos dividendos. El hecho de “sanar una herida”, clasificar enfermos y medicalizar no se trata de simple altruismo, se trata de un negocio sumamente lucrativo.

El autor, explica que el MMH no solo corresponde exclusivamente a la práctica médica y que al analizarlo es necesario el estudio de dos submodelos, el corporativo público y el corporativo privado. Una de los rasgos estructurales que estudia para ambos submodelos es la *burocratización*, y menciona que es una expresión del crecimiento organizado, de la división técnica del trabajo, del desarrollo de principios de organización y control, etc..., generando en su desarrollo una notable autonomía que tiende a crear sus propias condiciones de racionalidad social.

La problemática de la *burocracia* y de la irresponsabilidad aparece estrechamente relacionada con la creciente crítica al Estado, y a la necesidad de reducir su expansión y sus funciones. Explica que en el sector salud, esta crítica ha entrado desde hace varios años en el terreno de la práctica política, a través de las propuestas de descentralización de servicios. La opción neoliberal aparece como la elección frente al estado burocrático. Considera que esta forma de plantear el problema se articula con varios de los caracteres del MMH, que justamente asumen la desigualdad social, la responsabilidad individual, la mercantilización directa o indirecta de la enfermedad y de la salud.

## **Derecho a la Salud y Derecho a la protección de la Salud**

El Derecho a la Salud (DS) como he mencionado implica no solo atención médica es un derecho que engloba toda una serie de derechos que son necesarios para el desarrollo de los sujetos en una sociedad.

Conocer los elementos que lo integran y sus características, resulta imprescindible para establecer un mecanismo de verificación y control de las obligaciones de los Estados. Para ello, es importante referirse a los instrumentos internacionales. Inicio con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948, que en su artículo 25 establece “toda persona tienen derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...” De esta manera, la DUDH resalta el carácter interdependiente e indivisible de los derechos humanos.

Es decir, se considera que no se puede lograr el pleno goce del DS, si se es privado de otros derechos. También propone los seguros en caso de enfermedad, invalidez y/o vejez como una forma de garantizar una vida digna a aquellas personas en las que la disminución o pérdida de su salud, significa una merma significativa en sus medios de subsistencias (Montiel, 2004).

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), se establece en su artículo 12, que el Derecho a la Salud debe otorgarse en su más alto nivel posible de disfrute. Además, impone a los Estados en el párrafo II, obligaciones específicas que implican una serie de medidas que se deberán adoptar con el fin de satisfacer las demandas de este derecho, como lo veremos a continuación:

Artículo 12.

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho figurarán las necesarias para:
  - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
  - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
  - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
  - d) La creación de condiciones que aseguran a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El PIDESC aborda el DS de forma amplia, este pacto, recobra la importancia también en el cuidado de la niñez, por mencionar un ejemplo, además establece obligaciones específicas para los Estados, las cuales servirían de guía para que estos enfoquen sus políticas de salud (Montiel, 2004).

La interpretación que realiza el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) en su Observación General No.14 (OGNo.14) del año 2000, es el documento que da el alcance, implicaciones y características del DS que clarifican este derecho, la OG No. 14 es una de las principales guías para la consecución de este derecho.

La Observación define en el artículo 12 párrafo 1, qué es el DS. Este menciona que el DS en todas sus formas y en todos sus niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

- a) *Disponibilidad.* Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en

particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

- b) *Accesibilidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
- c) *No discriminación.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
- d) *Accesibilidad física.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.
- e) *Accesibilidad económica (asequibilidad).* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La

equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

- f) *Acceso a la información.* Ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
- g) *Aceptabilidad.* Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el Estado de salud de las personas de que se trate.
- h) *Calidad.* Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen Estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

El Estado tiene obligaciones con respecto al derecho a la salud que debe de cumplir, entre las cuales tenemos las siguientes:

- **Obligación de proteger.** Incluye la adopción de leyes o medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar porque la privatización del sector salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de salud; controlar la comercialización de equipo médico; asegurar que los profesionales y facultativos de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología.

- Obligación de cumplir (facilitar). Requiere que los Estados adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades a disfrutar el derecho a la salud.
- Obligación de cumplir (promover). Los Estados deben de fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro de resultados positivos en materia de salud; velar porque los servicios de salud sean apropiados desde un punto de vista cultural; y cumplir con las obligaciones de difusión, información y prevención de la salud (Informe sobre la Situación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

Erradicar la enfermedad por completo va más allá de las facultades y capacidades del Estado. Por lo que la OGNº.14 aclara que el término DS no debe entenderse como un “derecho a ser saludable” sino como “un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”. De esta manera, hablar de “Derecho a la Salud” es sólo una forma de sintetizar, para usos prácticos, toda la gama de libertades y derechos que implica la protección de la salud como un derecho fundamental del ser humano (Montiel, 2004).

El párrafo 4 de la OG N° 14 establece que, el DS no debe limitarse a la atención médica, debido a que este derecho “abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana”. A estos factores, la OG N°14 les llama determinantes básicos de la salud y se refiere a la alimentación, nutrición, vivienda, acceso a agua limpia, etc. Más adelante, en el párrafo 10 del mismo documento, se hace referencia a que, dado que la situación mundial de la salud se ha modificado de manera espectacular, por lo que es necesario ampliar el concepto de salud y que incluya elementos de carácter social.

Así el concepto de la salud ha experimentado cambios importantes en cuanto a su contenido y alcance. Por ello, la lista de determinantes básicos de la salud se ha incrementado, tomando en cuenta dentro de esta categoría, la distribución de los

recursos y las exclusiones y discriminaciones socio-territoriales, por diferencias de género, de generación, de etnia/origen, etc.; así como también, algunas cuestiones de dimensión estructural, como las relacionadas con la violencia o el conflicto armado. Desglosando y aclarando, algunos elementos de estos párrafos, el Derecho a la Salud se podría dividir para tener más claridad en dos grandes ámbitos:

1. Determinantes básicos para la salud. Esto incluye políticas públicas de prevención, de difusión y promoción, de saneamiento público, de cuidado del medio ambiente y de salubridad, para enfrentar y prevenir enfermedades epidémicas, endémicas y de otra índole.
2. El cuidado de la salud. Esto incluye los servicios de salud que se prestan (materiales y humanos), las políticas públicas que se adoptan para afrontar la enfermedad y sus efectos sobre los individuos.

A su vez, estos dos grandes grupos se pueden dividir en varios subgrupos. En el caso de los “Determinantes básicos para la salud” se puede desglosar en seis grupos que son:

- a) Condiciones sanitarias del entorno: Esto es, agua potable, drenaje, alcantarillado, pavimentación, etc.
- b) Condiciones biológicas: Epidemias, principales causas de muerte, expectativas de vida, enfermedades nuevas, etc.
- c) Condiciones socioeconómicas: nutrición, vivienda, condiciones laborales sanas, drogadicción, alcoholismo, enfermedades relacionadas con la pobreza, etc.
- d) Condiciones ecológicas: Emisión de contaminantes, contaminación del agua, cuidado de los recursos naturales, etc.
- e) Acceso a la educación y a la información, sobre cuestiones relacionadas con la salud.
- f) Condiciones de violencia y conflictos armados.

Por otro lado, el segundo grupo “Cuidado de la salud”, puede ser dividido en dos grandes subgrupos:

- a) Sistemas de salud: Elementos materiales y humanos necesarios para la atención de la salud (hospitales, clínicas, medicamentos, profesionales de la salud, seguros en caso de enfermedad, invalidez y/o vejez etc.)
- b) Políticas públicas encaminadas al cuidado de la salud: Programas mixtos, públicos, privados, porcentajes de recursos económicos del Estado, destinados a la salud, etc.

Como se puede observar, la meta establecida por el PIDESC y la OG 14, de “alcanzar el grado máximo de salud”, no es una tarea sencilla. Los Estados deben tomar en cuenta todo este gran número de factores de manera conjunta y articulada, para poder garantizar estos derechos. Además, es importante considerar que en su gran mayoría, cada uno de estos factores requiere en mayor o menor medida, de la inversión de recursos económicos por parte del Estado. Lo cual, será un factor de discusión constante en las diferentes corrientes ideológicas de la justicia sanitaria, en las que, las principales discusiones se desarrollan en el ámbito financiero y son fundamentadas en principios éticos que buscan ser la justificación de sus argumentaciones.

El Derecho a la Salud es constantemente transgredido por los Estados de forma deliberada, por omisión o incluso, sin percibir de manera cabal, dicha falta. Además, al no tener una referencia clara, que nos guíe para reclamar este derecho y al no haber claridad, implica también que será complicada su codificación en las leyes.

## V. Metodología

Se trata de un estudio mixto, su abordaje fue cualitativo y cuantitativo, se utilizó como técnica de investigación el análisis de contenido que puede ser de producción de datos o de análisis o como descriptiva o explicativa (Andreú, 2001). El análisis de contenido<sup>1</sup>, de hecho, se convirtió a finales del siglo XX en una de las técnicas de uso más frecuente en muchas ciencias sociales, adquiriendo una relevancia desconocida en el pasado a medida que se introdujeron procedimientos informáticos en el tratamiento de los datos (Piñuel; 2002).

Se realizó una revisión hemerográfica a los siguientes documentos nacionales e internacionales; el Programa Nacional de salud 2007-2012, Plan de Salud del Gobierno del Distrito Federal 2007-2012; Leyes de salud, el Programa de Protección Financiera en Salud (Seguro Popular) y el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG). En cuanto a los documentos internacionales se revisaron el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y Ambientales y la Observación General N. 14, que fueron la base de análisis de este estudio, debido a la relevancia y jerarquía que tienen en México a partir de la reforma de 2011.

A través del análisis de contenido de los diferentes documentos a revisar, se buscó conocer el diseño y la forma de funcionamiento de los programas seleccionados, para identificar diferencias en cuanto a disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y financiamiento, en los servicios de salud que se otorgan a los usuarios que viven en la delegación Tlalpan, para ser factible el derecho a la protección en salud y si posibilitan el ejercicio de este derecho.

---

<sup>1</sup> Conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos (mensajes, textos o discursos) que proceden de procesos singulares de comunicación previamente registrados, y que, basados en técnicas de medida, a veces cuantitativas (estadísticas basadas en el recuento de unidades), a veces cualitativas (lógicas basadas en la combinación de categorías) tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido aquellos textos, o sobre las condiciones que puedan darse para su empleo posterior.

El universo del estudio fue la Delegación Tlalpan y los servicios de salud públicos que se encuentran en ésta, pertenecientes al Gobierno del Distrito Federal.

Para analizar de manera contrastada ambos programas, se partió del hecho de que, como se anotó en el marco teórico, el Estado juega un papel primordial en la producción de los servicios de salud. Las categorías que fueron la guía teórica del trabajo destacan, Estado y régimen político puesto que este último modela la estructuración de las políticas públicas y en particular las políticas sociales, ya que es la forma en que el Estado interviene en la sociedad. Para caracterizar el régimen político se utilizó la clasificación de Esping-Andersen, de la cual se toman dos dimensiones: **el grado de mercantilización de los beneficios-servicios sociales, y el tipo de estratificación social generada** (Esping-Andersen, 1991). Así mismo, se consideraron las políticas de salud, porque son las acciones que toma el Estado para proteger la salud de la población. En términos generales se partió de reconocer que la respuesta social organizada es la forma en que la sociedad busca diversas maneras de enfrentar, dar atención y resolver los problemas de salud.

Para el análisis de contenido de los programas, se utilizaron diferentes apartados de los documentos revisados, que tuvieran palabras vinculadas con los siguientes elementos: si explicitaban el derecho a la protección de la salud, la población a quién se dirige la intervención, si se proponen estratificaciones y si focalizan o excluyen poblaciones, los servicios explícitos que se prestan, quién paga y de qué formas y quién tiene acceso.

**Tabla 1**  
**Operacionalización del Objetivo General**

Objetivo General	Categorías teóricas	Dimensiones empíricas	Operacionalización
<p>-Analizar de manera comparativa, qué elementos del derecho a la protección a la salud están presentes en los programas: Protección Social en Salud (Federal) y el programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (Distrito Federal), en la delegación Tlalpan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado.</li> <li>• Régimen Político.</li> <li>• Derecho a la salud.</li> <li>• Derecho a la protección de la salud.</li> <li>• Políticas Sociales.</li> <li>• Políticas de Salud.</li> </ul>	<p><b><u>Programa del Seguro Popular.</u></b></p> <p>Cumplimiento del derecho a la protección en salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Protección financiera.</li> <li>b. Aseguramiento público en materia de salud a familias y los ciudadanos</li> <li>c. Seguridad social</li> <li>d. Reducir el gasto privado de bolsillo</li> <li>e. Perfiles epidemiológicos y a la demanda de los servicios y necesidades económicas.</li> <li>f. Distribución del gasto entre delegaciones</li> </ul> <p><b><u>Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos.</u></b></p> <p>Cumplimiento del derecho a la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Acceso a la protección de la salud con equidad.</li> <li>b) Población no-asegurada con residencia en el Distrito Federal, así como de los adultos mayores de 70 años.</li> <li>c) Derechohabientes Sin costo todos los servicios (preventivos, diagnóstico, curativos y de rehabilitación).</li> </ul>	<p><b>Programa del Seguro Popular y Programa de Servicio Médico y Medicamentos Gratuitos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Introducción.</li> <li>- Objetivos.</li> <li>- Justificación</li> <li>- Financiamiento.</li> <li>- Organigramas.</li> <li>- Fluxogramas</li> <li>- <b>Estadísticas</b></li> </ul>

Elaboración propia.

**Tabla 2**  
**Operacionalización de Objetivos específicos**

<b>Objetivo específico</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuente</b>
-Identificar cuáles son las diferencias que existen entre los programas y su funcionamiento.	<b>Funcionamiento</b> -Planes -Programas de Salud. -Documentos programáticos -Organigramas -Fluxogramas		-Evaluaciones externas e internas. -Documentos técnicos-normativos. -Gacetas oficiales.

Elaboración propia.

**Tabla 3**  
**Operacionalización de Objetivos específicos**

<b>Objetivo específico</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuente</b>
-Identificar la disponibilidad de los servicios a los que tienen derecho los usuarios.	<b>Disponibilidad</b> -Recursos humanos por cada establecimiento de salud ubicado en la delegación Tlalpan para ambos programas. -Recursos físicos por cada establecimiento de salud ubicado en la delegación Tlalpan para ambos programas. -Recursos materiales por cada establecimiento de salud ubicado en la delegación Milpa Alta para ambos programas.	<b>Para ambos programas:</b> ➤ Médicos por cada 1000 habitantes. ➤ Enfermeros por cada 1000 habitantes. ➤ Odontólogos por cada 1000 habitantes. ➤ Unidades de consulta externa por cada 1000 habitantes. ➤ Unidades de hospitalización por cada 1000 mil habitantes. ➤ Camas censables por cada 1000 habitantes. ➤ Consultorios por institución por cada 1000 habitantes. ➤ Quirófanos por institución por cada 1000 habitantes.	- Estadísticas propias de los programas. -INEGI -Evalúa DF -Agendas de la Salud de la CDMX

Elaboración propia

**Tabla 4**  
**Operacionalización de Objetivos específicos**

<b>Objetivo específico</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuente</b>
-Describir los elementos que pueden hacer diferencias en la atención que se otorga en cada programa en cuanto a asequibilidad y accesibilidad física.	<b>Accesibilidad y asequibilidad</b>  -Establecimientos, bienes y servicios de salud accesibles a todos. Los pagos deben estar basados en el principio de equidad.	<b>Para ambos programas:</b>  ➤ Gasto promedio realizado en acceso a servicios de salud ➤ Población según condición de derechohabencia ➤ Población derechohabiente por institución. ➤ Población con acceso a servicios de salud sin realizar pago. ➤ Población con acceso a servicios de salud realizando un pago (cuota).	-Estadísticas propias de los programas. -INEGI -Evalúa DF -OIP -SIS

Elaboración propia

**Tabla 5**  
**Operacionalización de Objetivos específicos**

<b>Objetivo específico</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuente</b>
-Identificar si existen diferencias en cuanto al financiamiento que se le da a la delegación Tlalpan para ambos programas.	Financiamiento	Partidas presupuestarias	-Gacetas oficiales -Comisión Nacional de Protección en Salud

Elaboración propia.

## **VI. Resultados**

### **La protección de la salud en el Distrito Federal y en Tlalpan**

El proceso de descentralización de los servicios de salud para la población abierta en el Distrito Federal de 1997, marca un hito en el desarrollo del sistema público de salud local. Lo conforman dos entidades públicas diferentes: el primer nivel de atención, del organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF) y el nivel hospitalario y servicios de urgencias de los servicios médicos del extinto Departamento del Distrito Federal.

Este proceso coincide con el cambio de gobierno, con posibilidad de elegir por primera vez en la historia de la ciudad al jefe de gobierno y con el triunfo de un gobierno de izquierda que encabeza el Ing. Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano. La perspectiva gubernamental sobre la importancia de fortalecer a las instituciones públicas y el impulso a una política social incluyente, facilita que para 1999 se cree la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) y tanto los SSPDF como los Servicios Médicos y Urgencias del antiguo Departamento del Distrito Federal, queden sectorizados y bajo la responsabilidad de la SSDF.

La ley reguladora de cómo se debe otorgar los servicios de salud a la población es la LGS del DF que a la letra dice artículo 1.- “será la encargada de regular las base y modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud y fijar las normas conforme a las cuales el Jefe de Gobierno del Distrito Federal ejercerá sus atribuciones en la prestación de los servicios de salubridad general a los que se refiere el artículo 13 apartado B) de la Ley General de Salud”. En el artículo 2 menciona que “los habitantes del Distrito Federal, independientemente de su edad, género, condición económica o social, identidad étnica o cualquier otro, tiene derecho a la protección a la salud. El Gobierno del Distrito Federal y las dependencias y entidades federales, en el ámbito de sus respectivas competencias, tiene la obligación de cumplir este derecho.”

Ante este marco normativo y la posición del GDF de garantizar el acceso a los servicios de salud, se pone en marcha el programa de “Acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de Seguridad Social Laboral (SS)”, que inicia su operación en el 2001, en el año 2006 se convierte en ley con la publicación de la Ley de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos, que representaba el esfuerzo institucional y el reconocimiento del gobierno local del derecho de acceder de forma gratuita a los servicios médicos disponibles y medicamentos asociados en las unidades médicas de atención primaria y hospitalaria del Distrito Federal. Para el año 2007 es declarado Programa Social del Gobierno del Distrito Federal, lo que representó un avance en el cumplimiento del derecho a la protección de la salud ya que se contribuía a disminuir el obstáculo económico que existe para acceder a la atención médica, así como avanzar en el acceso equitativo para la atención de las necesidades médicas de la población sin seguridad social. Los recursos disponibles para la población beneficiaria son todos los servicios médicos con los que cuenta la Secretaría de Salud del DF (SSDF, 2006).

A la par de este programa, entra en práctica en el año 2005, el SPSS, que tendría como marco también la LGS que en el artículo 66 hace mención que todos los habitantes del Distrito Federal tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, sin importar su condición social o económica, por lo que se establece en el artículo 67 la creación del SPSS en el Distrito Federal.

Bajo este marco normativo, donde se buscaba que los habitantes del Distrito Federal contaran con acceso a los servicios médicos y ante dos programas que parten de discursos diferentes y de entender el Derecho a la Salud, la población empezó hacer uso de estos programas.

La población derechohabiente a servicios de salud en el Distrito Federal en el año 2010 fue de 5, 644,901. Mientras que la población sin derechohabiencia en ese mismo año fue de 2, 971, 074,00 (INEGI, 2010).

Según datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en su Informe de pobreza y evaluación del año 2012 menciona que del año 2008 al 2010, el porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud disminuyó de 40.2 a 35.7. En términos absolutos el número de personas con esta carencia bajó de 3, 530,459 a 3, 141,470, es decir, 388,989 personas menos. La disminución del número de población con carencia a los servicios de salud puede ser reflejo de la inscripción a los programas.

Aún con los avances que se presentan en el informe del CONEVAL, existe todavía reducido acceso a la seguridad social y hay carencia de servicios y de acceso a los servicios públicos de salud, especialmente en delegaciones con mayores índices de pobreza y en la población que se ubica en los deciles más bajos (EVALUADF, 2010).

### **Aspectos Sociodemográficos y de Salud de la Delegación Tlalpan**

Tlalpan es una de las 16 delegaciones del Distrito Federal, en el año 2010 el número de habitantes en esta delegación era de 650,567 (Tabla 1). Para 2015 la población aumentó a 668,029 personas (INEGI, 2015).

**Tabla 1**

<b>TOTAL DE HABITANTES DE TLALPAN 2010</b>	
<b>Total de habitantes</b>	650,567
<b>Total de población masculina</b>	312,139
<b>% de población masculina</b>	% 47.98
<b>Total de población femenina</b>	338,428
<b>% de población femenina</b>	% 52.02
<b>Relación hombres-mujeres</b>	% 92.23

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010. Distrito Federal, tabulados del cuestionario básico de Población.

El 56.75 % de la población en la Delegación es económicamente activa. Existe una tasa de participación laboral de 44.41 habitantes económicamente activos por cada 100. Por sexo la tasa de participación para los hombres es de 71.45 y para las mujeres de 57.01.

Con respecto a la Población Económicamente Inactiva (PEI) en Tlalpan (Tabla 2), el grupo más representativo es el de las personas que se dedican a los quehaceres del hogar con 45.5 % (128,123 habitantes). En segundo lugar destaca el grupo de estudiantes con 44% (123,803 habitantes) y 10.5% no especificado. Niveles de ingreso de la población ocupada de la delegación Tlalpan (INEGI, 2010).

**Tabla 2**

<b>Nivel de salario</b>	<b>%</b>
Hasta un salario mínimo	7.17
De 1 a 2 salarios mínimos	18.43
Más de dos salarios mínimos	65.17
No especificado	9.23

Fuente: INEGI, 2010.

Las colonias, unidades, pueblos o barrios en la Delegación Tlalpan, están estratificados de la siguiente forma: el 60.20% (118 colonias) corresponden al estrato medio bajo, el 34.69% (68 colonias) al estrato medio alto y el 5.10% (10 colonias) al estrato alto.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH), es un indicador para medir la calidad de vida del ser humano en el medio en que se desenvuelve, y una variable fundamental para la calificación de un país o región.

El IDH fue elaborado para medir la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos a través del incremento de los bienes con los que puede cubrir sus necesidades básicas. El Programa de las Naciones Unidas lo analiza en función de tres parámetros: vida larga y saludable, educación y nivel de vida digno.

- a) Salud: medida según la esperanza de vida al nacer.
- b) Educación: medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta, combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria.
- c) Riqueza: medida por el PIB per cápita Partida de Poder Adquisitivo (PPA) en dólares.

La Ciudad de México es la entidad Federativa con mayor IDH, además del hecho de que es de las más pobladas del mundo.

Para Tlalpan, la misma PNUD cálculo el IDH para años 2010, 2005 y 2000. Obteniendo para la delegación los IDH de 0.8290, 0.8791 y 0.8616 respectivamente.

Al comparar los datos de la Ciudad de México se reporta que el IDH es de 0.820, para Tlalpan es de 0.8290 en 2010 el índice delegacional siempre se situó por encima del promedio nacional (0.7612) y solo por debajo de las delegaciones: Benito Juárez con 0.9170, Miguel Hidalgo con 0.8800, Coyoacán con 0.8670, Cuauhtémoc con 0.8480, Azcapotzalco con 0.8320. (PNUD, 2014).

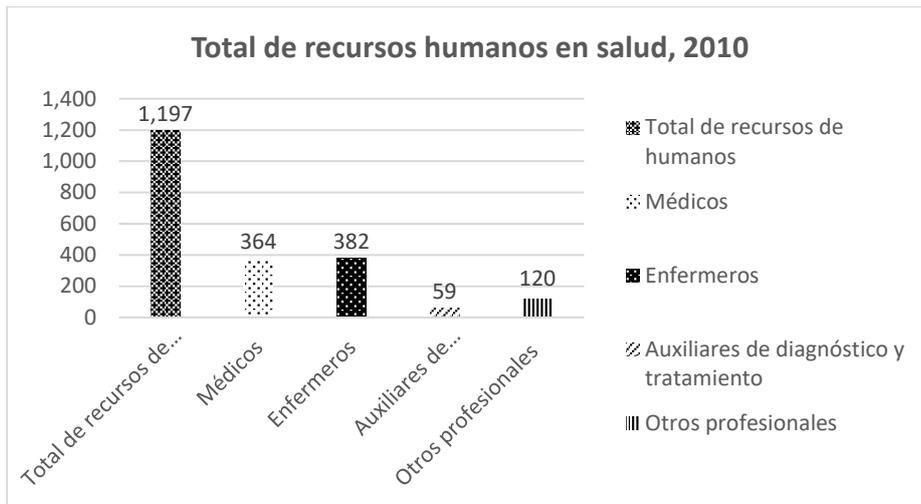
### **Servicios Médicos Públicos**

La delegación cuenta con el Hospital de Especialidades Ajusco Medio, el Materno Infantil de Topilejo, Torre médica Tepepan y 23 Centros de Salud (13 TIII, 3 TII y 5 TI), todos ellos a cargo de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Además, cuenta con 19 Casas y 7 consultorios periféricos, ambos servicios dependen de la delegación, aunque muchos de ellos no dan atención médica (Agendas, 2010).

### **Personal Médico de Salud (2010-2015)**

En la gráfica N. 1, se observa que el total de recursos humanos en salud es insuficiente para brindar los servicios necesarios a la población de Tlalpan. (INEGI, 2010).

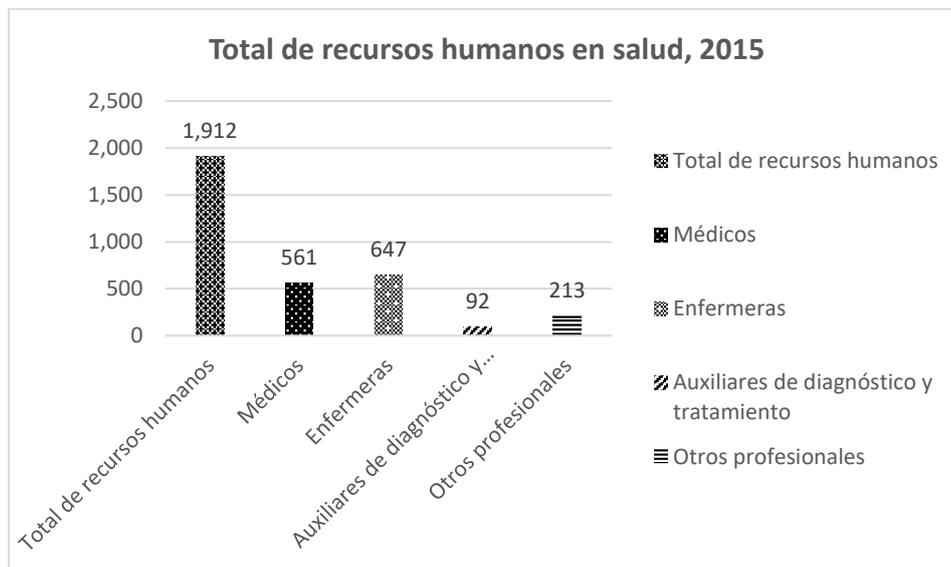
**Gráfica 1**



Fuente: Agendas de Salud, 2010.

En la gráfica N. 2, se muestra que en el año 2015 hubo un ligero aumento en el personal de recursos humanos, sin embargo, esto no ha sido suficiente para cubrir las necesidades que se tienen en la atención en salud.

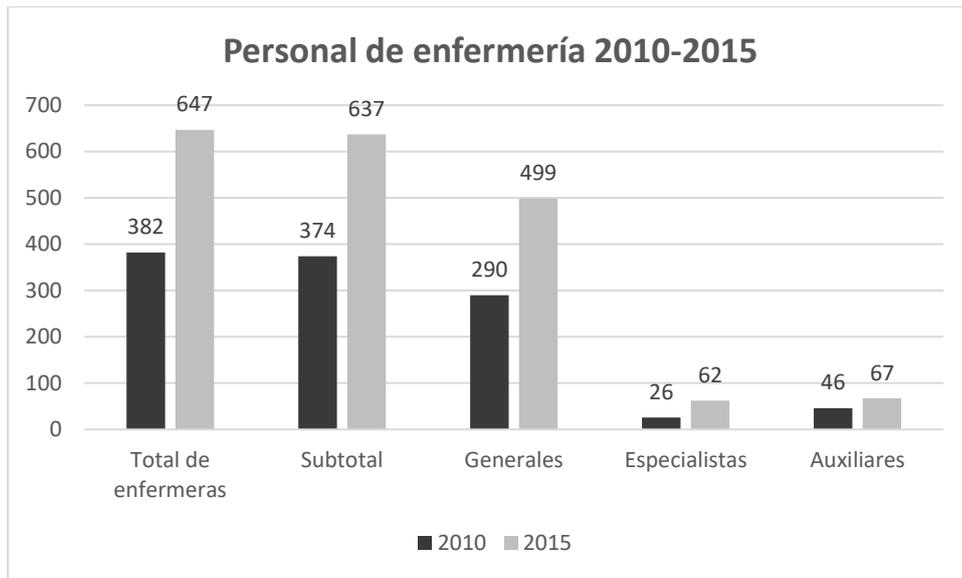
**Gráfica 2**



Fuente: Agendas de Salud, 2015.

En la gráfica N. 3 se observa que Tlalpan contaba en el 2010 con un número total de 382 enfermeras de las cuales 290 son generales, 26 son especialistas, 46 son auxiliares y 12 eran pasantes (Agendas, 2010). Para el 2015, hay un aumento en el personal de enfermería.

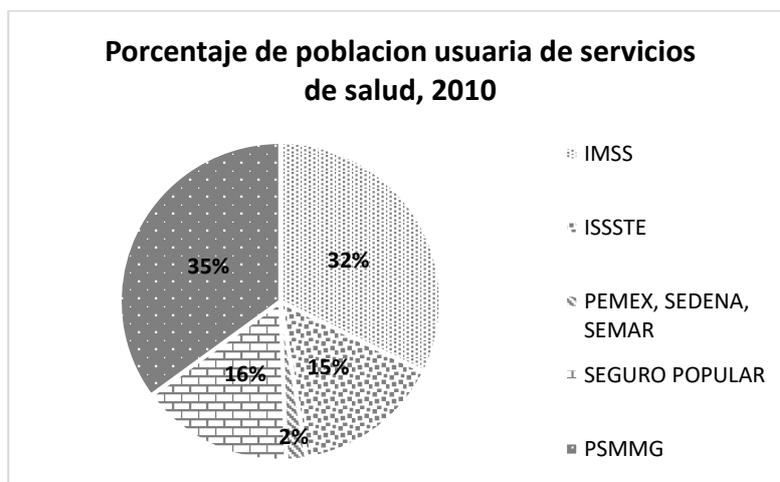
**Gráfica N. 3**



Fuente: Agendas Secretaria de Salud 2010-2015

El 57% (367,618) de la población que vive en la Delegación Tlalpan, accede a los siguientes servicios de salud; mayoritariamente acceden a instituciones del sector social y público para su atención. Podemos observar en la gráfica 4, que la mayor parte de la población es atendida en el IMSS con 189,243 usuarios y el ISSSTE con 88,273 usuarios respectivamente y PEMEX, SEDENA y SEMAR con 12,045 usuarios, estas instituciones pertenecen al sector de la Seguridad Social, mientras que por otro lado el sector público tiene una cobertura de 90,838 usuarios a través del Seguro Popular y por parte del PSMMG 205, 482.

**Gráfica N. 4**



Fuente: Agendas de salud, 2010.

Es importante mencionar que existen 263,754 personas sin derechohabencia y 19,195 personas que no especificaron su situación actual (INEGI, 2010).

Según cifras de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), el número de familias afiliadas al seguro popular en el periodo 2007-2012, ha ido en aumento, como se muestra en el cuadro 1.

**Cuadro 1**

<b>Delegación Tlalpan 2010-2015</b>	
<b>AÑO</b>	<b>Familias afiliadas al Seguro Popular</b>
<b>2007</b>	12,197
<b>2008</b>	39,907
<b>2009</b>	20,089
<b>2010</b>	90,838
<b>2011</b>	184,447
<b>2015</b>	227,052

Fuente: Secretaría de Salud DF.

En cuanto al número de familias inscritas al PSMMG en el mismo periodo, también tuvo un incremento en el número de usuario como se muestra en cuadro 2, sin embargo, no el aumento no es tan significativo como el del programa del Seguro popular.

**Cuadro 2**

<b>Delegación Tlalpan 2010-2015</b>	
<b>AÑO</b>	<b>Familias afiliadas PSMMG</b>
<b>2007</b>	7,026
<b>2008</b>	91,821
<b>2009</b>	84,980
<b>2010</b>	205,482
<b>2011</b>	205,482
<b>2015</b>	276,479

Fuente: Secretaría de Salud DF.

Las diferencias entre el número de afiliados de ambos programas, se va acortando de un año a otro, el seguro popular aumentó considerablemente el número de afiliados a partir del 2105 a diferencia del PSMMG que no tuvo un aumento considerable.

## **Funcionamiento de los Programas de Salud en la Delegación Tlalpan**

En este apartado se describirá el funcionamiento del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos y del Seguro Popular, dentro de la delegación Tlalpan.

La jurisdicción sanitaria<sup>2</sup> de esta delegación es la encargada de las siguientes funciones para el programa de gratuidad:

Gestión y evaluación de la atención médica en centros de salud:

- Supervisión y control de la información estadística y epidemiológica
- Vigilancia epidemiológica
- Regulación, control y fomento sanitarios
- Coordinación de programas de normatividad específica con controles verticales
- Gestión y administración de recursos:
  - Personal
  - Financieros: presupuestal y de cuotas de recuperación
  - Materiales, medicamentos, insumos, equipamiento, infraestructura, conservación y mantenimiento.
- Promoción de la participación social
- Enseñanza e investigación
- Coordinar acciones de salud pública y asistencia social con instituciones en el ámbito local y con organismos de otros sectores
- Promoción de la salud y participación social

---

<sup>2</sup> Unidad técnico administrativa desconcentrada por territorio, es enlace con el nivel aplicativo; responsable de planear, supervisar y evaluar los servicios de atención médica, de salud pública, así como los de regulación, control y fomento sanitario

Como podemos observar dentro de las funciones de la jurisdicción esta la coordinación de programas de normatividad específica con controles verticales, es por ello que esta unidad administrativa es la encargada de vigilar, concentrar información de los diversos programas. La jurisdicción será la comisionada de “aterrizar” los programas para la población, acatando las leyes, normas y reglamentos que se han creado para este fin. El PSMMG - conocido también como programa de gratuidad - es llevado a cabo de la siguiente manera, según la información obtenida en la jurisdicción Tlalpan. Con base a los antecedentes que dieron inicio al programa, descritos previamente en este trabajo, en el año 2006 se emite la Ley que establece el derecho al acceso de acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral.

En esta ley se establece que las personas residentes en el Distrito Federal que no estén incorporadas a algún régimen de seguridad social laboral tienen derecho a acceder de forma gratuita a los servicios médicos disponibles y medicamentos asociados en las unidades médicas de atención primaria y hospitalaria del **Gobierno del Distrito Federal**, el GDF a través de la Secretaría de Salud deberá garantizar el acceso gratuito, el Jefe de Gobierno deberá garantizar en el Proyecto de Presupuesto Anual de Egresos los recursos suficientes, los cuales no deberán ser menores a los aprobados a la Secretaría de Salud del Distrito Federal en el Presupuesto de Egresos del año inmediato anterior más el incremento del índice inflacionario, además de agregar la forma de cómo la población hará valer el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos disponibles, medicamentos asociados, la verificación, la elaboración y actualización del padrón de beneficiarios y demás requisitos y procedimientos necesarios para el ejercicio del derecho establecido en esta Ley, se fijará en el Reglamento correspondiente.

El reglamento de operaciones fue publicado hasta el 9 de marzo del 2011, aquí se establecieron todas las acciones que se tendrían que llevar a cabo para ser factible el derecho a la protección de la salud, en este documento se hace mención de los objetivos, los alcances, las metas, los requisitos y procedimientos de acceso,

el procedimiento de queja o inconformidad, los mecanismos de exigibilidad (aunque cabe mencionar que en este punto, no es claro a que se refiere con exigibilidad ya que sólo hace mención de los derechos y obligaciones de los titulares). También hace mención de cuáles serán los mecanismos de evaluación e indicadores de operación.

Otro de los documentos del que se tiene que hacer uso para el correcto funcionamiento del programa, es el Manual de Procedimientos, este documento está compuesto por 6 capítulos, en los que se describe la Introducción, el Marco Jurídico, el Objetivo del Manual, los Procedimientos, de Formatos e Instructivos, y finalmente un capítulo de anexos. El manual está destinado a todo el personal operativo de las Unidades Médicas de Atención Primaria de los servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal.

El objetivo del manual a la letra dice:

*“Normar y describir en forma ordenada y sistemática las actividades que se realizan en las Unidades Médicas de Atención Primaria del Gobierno del Distrito Federal, para garantizar el derecho al acceso gratuito a la atención médica y a los medicamentos del Cuadro Institucional de Medicamentos de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, a la población que carece de seguridad social laboral y con residencia en el Distrito Federal”*

Este manual es más específico sobre las actividades a realizar por parte de los trabajadores de los servicios de salud públicos (directores jurisdiccionales, trabajadoras sociales, médicos) para el registro de derechohabientes, altas, bajas, se hacen varias descripciones con diagramas de flujo sobre el procedimiento para la inscripción al programa, desde que el interesado llega al área de archivo clínico hasta recibir la cedula de afiliación.

Dentro de los manuales de la jurisdicción Tlalpan se encuentra el “Manual de organización de jurisdicción sanitaria” aquí se establecen el área encargada de los programas del seguro popular y gratuidad, la Subdirección de Atención Médica es la responsable de verificar el cumplimiento de estos programas. El encargado del programa de gratuidad tiene como objetivo proporcionar y promover acciones para

garantizar el acceso a la protección de la salud con equidad, entendida como igual acceso a los servicios de la Secretaría de Salud y Servicios de Salud Pública del DF, entre las funciones que realiza están: planear las acciones de supervisión al PSMMG, a partir de la situación de la comunidad y del personal de salud, vigilar a nivel jurisdiccional y en cada centro de salud se cuente con suficientes Cédulas de Afiliación a la Gratuidad, entre otros.

### **Seguro Popular**

Después de las modificaciones a la LGS en materia de Protección Social en Salud en el año 2014, se establecieron entre otros planteamientos, la separación de funciones (rectoría, compra de servicios, provisión de servicios) y rendición de cuentas (transparencia, supervisión, control y fiscalización).

El funcionamiento en la delegación Tlalpan, así como en todas las delegaciones de la Ciudad de México, se establece de la siguiente manera:

#### Requisitos

- Copia de identificación oficial del titular (credencial de elector (INE) actualizada (no se aceptan con terminación: 03, 09 y 12), cartilla del Servicio Militar Nacional (SMN), pasaporte, cédula profesional.)
- Copia de la Cédula Única de Registro de Población (CURP) (en caso de no contar con ella, se recibe el acta de nacimiento.)
- Copia de comprobante de domicilio del Distrito Federal (predial, agua o teléfono, no mayor a 3 meses.)

Reafiliación: Póliza vencida y documentos anteriores.

#### Mecanismos para la afiliación

Existen módulos en todos los hospitales pertenecientes a la red del Gobierno del Distrito Federal y en algunos Centros de Salud. También existe un módulo en Xocongo y en oficinas centrales del Sistema de Protección Social en Salud del D.F. (Av. Te. Col. Granjas México, Del. Iztacalco).

## Brigadas de afiliación y reafiliación

Grupos de prestadores de servicios profesionales efectúan recorridos por todas las colonias del Distrito Federal que presentan un alto índice de folios vencidos.

Dentro de las acciones ejercidas por el programa para sus afiliados, se encuentra la consulta segura que pertenece al Sistema Nominal en Salud (Sinos) es una estrategia de carácter preventivo, implantado para promover, prevenir y detectar oportunamente enfermedades a partir de la obtención del perfil inicial de riesgo en salud de los afiliados al Seguro Popular. El objetivo es reforzar los esquemas de prevención y detección oportuna de enfermedades de los beneficiarios, mediante el fortalecimiento de la cultura preventiva de la salud, así como contar con información biométrica de los afiliados al Sistema.

La **póliza** tiene una vigencia de 3 años en régimen no contributivo. La función del **gestor** aparece como figura importante ya que, cada vez que el afiliado requiera atención médica, contara con el apoyo del Gestor del Seguro Popular, quien se encargará de verificar que reciba una atención integral mediante la tutela de los derechos del afiliado.

La Unidad de Gestores del Seguro Popular dentro de la CDMX tiene las siguientes funciones:

- Tutelar los derechos
- Difusión del SPSS DF
- Conocer y actualizar la oferta de servicios
- Atender y dar seguimiento a quejas, sugerencias y felicitaciones
- Revisión de expedientes (CAUSES, FPGC, SMSXXI)
- Seguimiento a medicamentos e insumos surtidos en unidades
- Evaluar la satisfacción del usuario
- Identificar y dar seguimiento a pacientes interestatales

La cartera de servicios está compuesta de la siguiente manera:

- 1.- Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 287 Intervenciones (1,663 patologías).
- 2.- Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI) 149 Patologías.
- 3.- **Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos** (FPGC) 59 Patologías.

Otro elemento que otorga el seguro es la portabilidad, esta tiene como finalidad, garantizar a la población beneficiaria el acceso efectivo, oportuno, de calidad y sin desembolso a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios cubiertos por el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, en cualquier lugar del territorio nacional, sin importar su lugar de afiliación.

Dentro de los documentos de normatividad y operatividad del seguro popular para la CDMX, se hace mención del programa de gratuidad y a la letra dice:

*“Ambos programas son:*

- 1. Complementarios en padecimientos específicos de tercer nivel de atención.*
- 2. Fomentan la sinergia en los servicios de salud.*
- 3. Persiguen objetivos comunes de bienestar social.*

*Una familia residente del Distrito Federal puede tener los dos programas.*

*Ambos programas son gratuitos, porque van dirigidos a la población más vulnerable”*

## **CONTRASTES ENTRE EL PSMMG Y PSP**

En este apartado se utilizara la información contenida en los programas: Seguro Popular y el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG).

Como ya se ha mencionado los programas PSMMG y Seguro Popular son las formas explícitas de las acciones del Gobierno de la Ciudad de México y del Federal, para dar solución a los problemas de acceso a los servicios médicos de la población.

A través del análisis de contenido y utilizando las categorías de: derecho, mercantilización, focalización, estratificación, selección, universalidad, gratuidad, privatización y beneficiarios, se hará una revisión de la introducción, antecedentes, justificación y objetivos que contienen ambos programas.

### **Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos**

En la Introducción del documento, se hace explícito el hacer realidad el Derecho a la Protección de la Salud, mencionando lo siguiente:

*“... el Programa de Salud del Gobierno del Distrito Federal 2002-2006 establece como su principal objetivo, hacer realidad el derecho a la protección a la salud...”*

*“...formalizándolos en su condición de sujetos del derecho a la salud...”*

La noción del derecho se refleja en la Introducción del programa PSMMG al hacer uso de la palabra “derechohabiencia” para referirse a los beneficiarios inscritos al programa:

*“... ha determinado la utilización del término derecho-habientes para aludir formalmente a los beneficiarios del PSMMG...”*

En la Justificación del PSMMG, se hace mención explícita que el acceso a los servicios será de manera igualitaria y gratuita a todos los servicios de salud con los que cuente la Secretaria de Salud del Distrito Federal.

*“Hacer realidad el derecho a la protección a la salud y avanzar en la vigencia de la gratuidad, la universalidad y la integralidad en la atención de la salud mediante una política que construye el camino para asegurar este derecho a partir del fortalecimiento de los servicios públicos y su financiamiento público y solidario”*

*“...lograr la cobertura universal de servicios,...hacia falta extender el principio de gratuidad a las personas no-aseguradas...”*

*“...expidió la Resolución de Carácter General que tiene por objeto “eximir del pago de derechos por los servicios médicos que presta del Distrito Federal, a la población abierta residente en el Distrito Federal”...”*

*“...el Programa, comprometiéndose como autoridad sanitaria a garantizar a través de los servicios públicos se proporcione igualdad en el acceso a los servicios ante igual necesidad de salud, y con la gratuidad, a garantizar la igualdad en el acceso a la atención médica y a los medicamentos...”*

*“...le autorizó un incremento presupuestal con recursos fiscales de la ciudad, a fin de asegurar la prestación de los servicios y los medicamentos...”*

*“...sí redujo el obstáculo económico al acceso...”*

Los objetivos del PSMMG explicitan lo anterior al garantizar la protección de la salud con equidad a toda la población residente dentro del Distrito Federal.

*“...Garantizar el derecho a la protección de la salud con equidad, entendida como igual acceso a los servicios de la SSDF ante la misma necesidad, a la población no-asegurada con residencia mínima de tres años en el DF así como de los adultos mayores de 70 y más años, también residentes en el DF...”*

*“...objetivo es proteger a la población que no cuenta con seguridad social formal y con alto riesgo al empobrecimiento por gastos en salud...”*

El programa de gratuidad explica que el programa será financiado en su totalidad por impuestos públicos.

*“...El financiamiento del Programa en lo que concierne a medicamentos y material de curación se realizará con recursos fiscales autorizados en el presupuesto anual de la Secretaría de Salud y del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Pública del Distrito Federal... a la prestación de los servicios que se otorgan a la población y que son los necesarios para el manejo integral de su salud...”*

En cuanto a los beneficios que tendrán los derechohabientes del programa de gratuidad, menciona lo siguiente:

*“Los derecho-habientes de la SSDF tendrán, sin distinción ni discriminación alguna, derecho a recibir los medicamentos que existan en la institución y que estén incluidos en el Cuadro*

*Institucional, además de los servicios preventivos, diagnósticos, curativos y de rehabilitación que se prestan en las unidades médicas de la SSDF y de los Servicios de Salud Pública. Los servicios auxiliares de diagnóstico y rehabilitación sólo son gratuitos cuando el médico de la unidad médica del GDF los prescribe como parte de su trabajo institucional”*

Sobre las personas que pueden acceder al programa, indica lo siguiente:

*“La población objetivo del Programa son las familias y/o personas de 18 años o mayores, no asegurada en instituciones públicas de seguridad social, con residencia mínima de tres años en el DF y los adultos mayores de 70 años residentes en el DF.”*

El programa de gratuidad reside en la necesidad de concretar el derecho social a la salud de manera tal que sea factible para la población residente en la Ciudad de México, esto nos remite a la idea de que la salud es una necesidad que debe ser satisfecha por parte del Estado, además de posicionar a las personas como sujetos de derechos. Una de las formas para lograr este derecho es a través del acceso a los servicios, como lo menciona el programa porque este será de manera igualitaria y gratuita a todos los servicios de salud con los que cuente la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

La manera en cómo se concibe el garantizar los servicios públicos tiene que ver con la desmercantilización de los servicios de salud, esto sucede cuando un servicio se percibe como un derecho social y de esta manera las personas puedan tener acceso a él independientemente de su relación con el mercado, de forma universal y equitativo. Es de resaltar que este programa no cobra ninguna cuota, ni un pago para poder acceder a los servicios.

Por lo que el programa de salud del distrito federal se da avances en la gratuidad, universalidad y el derecho, garantizando a través de los servicios públicos y reconociendo que la protección de la salud es obligación del Gobierno con lo que ratifica el derecho a la salud.

Los objetivos del PSMMG explicitan lo anterior, al garantizar la protección de la salud con equidad a toda la población residente dentro del Distrito Federal

entendiendo como equidad otorgar todos los servicios de salud que proporciona la SSDF. Además de que este será financiado en su totalidad por impuestos públicos.

## Seguro Popular de Salud

El seguro popular basa su orientación en cuatro tipos de justificaciones:

- a) *La justificación política tiene sus antecedentes en las propuestas del actual gobierno de: “Eleva los niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud con calidad y trato digno, fortaleciendo el tejido social al reducir las desigualdades y **asegurando protección económica de todas las familias.**”*
- b) *La justificación jurídica se sustenta en los siguientes ordenamientos, el artículo 4º de la Constitución Política Mexicana, que dice “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.” Así como en la reforma a la Ley General de Salud y su Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003 y el 5 de abril de 2004 respectivamente, en donde se crea el Sistema de Protección Social en Salud que plantea la prestación de los servicios de salud a todas las familias que carecen de un sistema de protección social.*
- c) *La justificación social, considera diferentes aristas como: 1) los rezagos existentes en materia de salud en amplios sectores de la sociedad producto de la pobreza; 2) los problemas degenerativos en la salud que trae consigo la contaminación ambiental, 3) la transición demográfica; 4) la desigualdad en la prestación de servicios y los gastos extras en medicinas por parte de las familias, 5) el incremento en el precio de los medicamentos.*
- d) *La justificación económico-financiera enfatiza tres aspectos: 1) su preocupación **por reducir el empobrecimiento de las familias que se ubican en los seis primeros deciles de ingreso por causa de los gastos catastróficos en salud**, especialmente de las familias que no se encuentran afiliadas a los sistemas de seguridad social. “Se entenderá como catastrófico cuando una familia destina en gastos de salud más de 30 por ciento de su ingreso anual.” 3 2) La reducción del gasto en salud por el Estado. 3) La equidad en la asignación de recursos para las entidades federativas.*

Esto se ve reflejado en la forma en cómo se concibe el derecho, encontramos que no se explicita, se hace referencia a la protección social de salud, en el apartado llamado Factores que Justifican el Seguro Popular en donde se menciona:

*“...el acto gubernamental de materializar el Seguro Popular de Salud como el instrumento que permite la **protección financiera de la población sin seguridad social en salud**, a través del aseguramiento público para las familias y ciudadanos...”*

En la introducción se menciona que el programa es un instrumento que otorgará un paquete de servicios a sus afiliados, además de que solo será para las personas que no cuenten con seguridad social formal:

*“...es un instrumento **de transferencia de subsidios a través de un paquete de servicios** médicos. Su objetivo es proteger a la población que no cuenta con seguridad social formal y con alto riesgo al empobrecimiento por gastos en salud...”*

En cuanto al nombre que se les dará a los usuarios de este programa, éste menciona que se les denominará “asegurados”:

*“...a través del aseguramiento público para las familias y ciudadanos...”*

En los siguientes párrafos que se encuentran en la introducción del programa se mencionan lo siguiente:

*“...protección financiera a las familias afiliadas, **fortalece el modelo del prepago**; mejora el pacto entre los niveles de gobierno federal y estatal de tal manera, que los recursos asignados al sector salud reduzcan paulatinamente...”*

*“...la creación del Seguro Popular de Salud, como una política de protección a la población sin acceso a la seguridad social o “población abierta”...”*

*“...el Estado ha instrumentado para atender a los que no cuenta con **seguridad social garantizada por prestaciones laborales, o que se encuentran en comunidades con altos índices de marginación y pobreza...**”*

Con respecto al acceso se hace referencia a que será mediante un prepago obligatorio y que en caso de no hacerlo se anulará el servicio, también menciona que de manera prioritaria se atenderá a las familias que se encuentran en los seis primeros deciles de ingreso, como lo menciona el apartado de Población Objetivo y Servicios 2003, además de que los servicios que presten serán solo los considerados dentro del Catálogo de Beneficios Médicos. Todo esto es con el objetivo de disminuir el gasto de bolsillo de las familias afiliadas como lo menciona el apartado de “*Caracterización del Seguro Popular de Salud 2003*” y su transformación en ejecutor del Sistema de Protección Social en Salud.

*“...El programa atiende de manera prioritaria a las familias de los seis primeros deciles de la distribución de ingreso que no son derechohabientes de la seguridad social, residentes en el territorio nacional y que tengan acceso a unidades de salud con capacidad y calidad suficiente para ofrecer la prestación de los servicios médicos considerados en el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME)...”*

*“...Su principal **objetivo reducir el gasto de bolsillo** de las familias afiliadas...”*

Además agrega que busca:

*“identificar los tipos de seguridad social para la “población abierta” que el Estado ha instrumentado para atender a los que no cuenta con seguridad social garantizada por prestaciones laborales, o que se encuentran en comunidades con **altos índices de marginación y pobreza**”*

En cuanto al financiamiento, se menciona que será proporcionado a través de tres fuentes: la familia, el gobierno federal y el gobierno estatal:

*“...financiamiento del Seguro Popular de Salud proviene tres fuentes:*

*1) Subsidio federal por familia.*

*2) Cuotas por familia según decil de ingreso.*

*3)”...las entidades federativas y cuotas de los beneficiarios...”*

*“El Gobierno Federal destina un **subsidio base por familia afiliada el cual se calcula a partir del costo per cápita promedio del CABEME**, estimado para cada Estado, menos el monto per cápita de recursos fiscales destinados a la prestación de servicios personales de salud vía ramo 33 y 12.”...*

Los servicios que presten serán solo los considerados dentro del Catálogo de Beneficios Médicos.

*“Con la constitución del SPSS, el número de intervenciones del Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) fue sustituido por el Catálogo de Servicios Esenciales (CASES... El SPSS no atiende los padecimientos no incluidos en la lista”*

La noción a la que hace referencia el seguro popular es a la de “protección financiera en salud” y que alude a proteger a la población de los gastos catastróficos y no a la de derecho, como hemos visto se hace explícito el aseguramiento. Esto nos remite a la idea de seguros privados o mercados, donde la lógica es el prepago para confrontar la probabilidad de sufrir un percance o accidente.

El programa también hace referencia a los subsidios, esto lleva en su concepción la idea de “ayuda”, en general no obliga al Estado a proporcionar los

servicios. Por otro lado la manera de cómo la población accede y cómo se crea el programa, se inserta en la lógica del mercado, al ser un instrumento de transferencia de fondos, esto tiene que ver, en cómo se introduce a la población a un sistema de pago de los servicios públicos, lo que contribuye a la mercantilización de la salud al asignarle un costo, en este caso el prepago para el acceso al aseguramiento y así obtener un paquete de servicios básicos.

El programa focaliza en cuanto a que se selecciona a la población de los primeros seis deciles para poder acceder a un paquete de servicios, limitando el acceso a sus afiliados. También se estratifica al llevar a cabo una selección en la población que por su condición económica no puede pagar la cuota del seguro, y por lo tanto serán subsidiados por el Estado, mientras que las personas que puedan pagar tendrán acceso a los bienes y servicios de este seguro a través del prepago de una cuota. Para los dos tipos de población, la que prepaga y la subsidiada el seguro solo ofrece un paquete limitado de servicios.

Las propuestas de focalización de las poblaciones y de selectividad de las intervenciones, se puede vincular con la orientación que propuso el BM en su Informe Invertir en Salud, de crear paquetes básicos con servicios de bajo costo y con grandes externalidades (Banco Mundial, 1993). Esto significa que se les excluye de un gran número de servicios y bienes del servicio público, por lo que sus afiliados tendrán que buscar estos servicios en el mercado o bien no tener acceso a ellos (López, 1994). Asimismo es un programa focalizado ya que el acceso es para las personas que comprueben que sus ingresos están dentro de los primeros dos deciles para no pagar, sin embargo los que rebasen estos tres deciles pagarán de acuerdo a un estudio socioeconómico que se les realiza como lo pide el seguro, de esta manera los pobres subsidian a los más pobres.

Es importante mencionar que la manera en cómo se puso en práctica el SPS resulta poco favorable para la población en aras de hacer factible el derecho a la protección de la salud, porque la constitución del SNPSS significó el abandono del fortalecimiento e integración de los servicios públicos de salud para extender la

cobertura mediante el aseguramiento siguiendo el planteamiento dominante de los seguros privados. La denominación "cobertura" se refiere a la afiliación "poblacional" y no a la "de servicios de salud". En todo caso sería afiliación universal por lo que no se puede hablar de cobertura universal porque sus afiliados no pueden acceder a todos los servicios, ya que funciona como aseguradora con un paquete prepagado, en donde están previstas exclusiones y sanciones.

El análisis muestra que se trata más de un instrumento financiero para redirigir los fondos hacia la demanda. Esta perspectiva fundacional del SPS, no se corresponde con la noción de derecho.

Hablar de derechos y específicamente del derecho a la protección de la salud, no es sólo hablar de afiliación, o de acceso a un paquete básico. Tampoco de prepagar servicios o de elegir un seguro voluntario para pobres; implica el hecho de contar con servicios de salud, entiéndase de atención médico-sanitaria, con suficientes establecimientos, bienes y servicios, esto es, contar con un número adecuado de centros de salud, hospitales, recursos humanos y financieros, medicamentos e insumos necesarios para otorgar un servicio de calidad; que sean accesibles geográficamente y económicamente, como lo especifica la OG N° 14, con adecuación cultural y sin discriminaciones ni exclusiones, para cumplir las obligaciones de respetar, proteger y satisfacer, que marca este instrumento internacional y del que México es Estado Parte.

Anteriormente se explicó que la forma de ver los servicios de salud por parte del Gobierno Federal, tiene una lógica mercantil del aseguramiento privado, alineada con la corriente neoliberal en el ámbito de los beneficios-servicios sociales, en cuanto a que busca la privatización selectiva en aquellas actividades que puedan ser rentables como lo pueden ser los servicios médicos dejando fuera a la población que por su situación socioeconómica no puede comprar estos servicios. Por otro lado también se obliga a las entidades a aportar recursos adicionales, lo que contribuye a aumentar la inequidad geográfica ya que los estados más pobres tendrán más problemas de salud-enfermedad, porque serán los que aporten menos.

Las diferencias que existen entre estos programas parten desde una postura ético- política, por un lado el gobierno del Distrito Federal a partir del año 2001 buscaba hacer del derecho a la protección a la salud una realidad para los habitantes de esta ciudad, buscando avanzar en la gratuidad, universalidad e integralidad en la atención de los servicios de salud, fortaleciendo los servicios públicos. A pesar del esfuerzo y el impulso que en un principio se le dio a este programa, en los últimos años se ha desdibujado por la promoción y financiamiento que se le ha dado al seguro popular, además de que la falta de mantenimiento en las unidades de la SSDF, ha contribuido al desprestigio de los servicios, sumado al desabasto de medicamentos, es otra cuestión que ha sido un problema constante en este programa.

El seguro popular por su parte inicia como una estrategia financiera, bajo el argumento de coadyuvar en el fortalecimiento del sistema de salud, para cubrir aquellas personas que no cuentan con seguridad social, sin embargo desde su aparición se le hacen severas críticas en cuanto a la forma en que se accede al programa, a los insuficientes servicios que otorga y a su lógica de financiamiento. Su implementación, no solo contribuye a incrementar la heterogeneidad, la segmenta, la fragmenta y vuelve inequitativa la atención del sistema, también estratifica a la población en dos grupos (subsidiados y cotizantes) y lo más importante es que desdibuja el derecho a la protección de la salud y lo sustituye por un aseguramiento voluntario e individual.

Coloca en la dinámica institucional las premisas de que los más pobres requieren ayuda vía subsidios, que el resto de las personas deben prepagar y que la prestación de servicios es una cuestión de eficiencia económica. Bajo un discurso de brindar calidad, se introduce una cultura de prepago, que abona a la idea entre los usuarios de que solo por medio de un pago se tendrá mejor atención y se abren las puertas a la privatización de los servicios públicos de salud en el terreno simbólico y en el de la materialidad institucional.

## VII. Discusión y conclusiones

Al hablar de derechos es necesario e indispensable la revisión del marco jurídico mexicano para tener claridad de la importancia que tiene el Estado en el cumplimiento de los derechos humanos. En materia de salud, el artículo 4o. constitucional garantiza para todas las personas el derecho a la protección de la salud. En su segunda parte, dicho artículo ordena al legislador definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como disponer la concurrencia entre los distintos niveles de gobierno sobre la materia, de acuerdo con lo establecido en la fracción XVI del artículo 73 constitucional.

La elaboración de la política en materia de salud, basada en esta premisa nos ubica en la necesidad de análisis y exigencia ante la violación de este derecho que tuvo retrocesos marcadamente desde 1982 con el viraje neoliberal, que inició una recomposición del sistema público de salud y de la forma en que se otorgan los servicios de atención médica.

En 1993, el BM en su informe “Invertir en Salud”, establece una orientación mercantil y privatizadora de los servicios públicos de atención a la salud, impulsando paquetes de servicios básicos para la población pobre. Siguiendo la misma lógica, en el año 2003 se pone en marcha el Sistema de Protección Social en Salud, que amplía el paquete de servicios y profundiza el reordenamiento financiero para que los fondos sigan a la demanda. El SPS cobra impulso amparado en el discurso de reducir el gasto de bolsillo, proteger financieramente a la población contra gastos catastróficos y está respaldado con un aumento de recursos importante.

En la Ciudad de México, la forma en que se desarrollan los programas muestra que parten de posturas diferentes, no sólo en su interpretación del derecho a la protección de la salud sino de la salud en sí, sino además en la forma de otorgar el acceso a la atención en salud. El pensamiento en salud se ha tornado desde la perspectiva biológica y esto contribuye a delinear las características de los sistemas y servicios de salud públicos y seguridad social desde el modelo médico

hegemónico<sup>3</sup>. Este modelo se materializa en un conjunto de prácticas determinada por las características dominantes del modo de producción capitalista que le dan un carácter de práctica técnica e invisibilizan sus componentes sociales, en donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un ambiente "natural", donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad quedan en segundo término, y donde el sujeto o los conjuntos son considerados siempre como "pacientes" o "clientes", no permitiendo la concepción de la salud como una capacidad humana básica y su atención, una necesidad esencial.

La noción de que la salud es un derecho que debe ser promovido, protegido y garantizado por el Estado, fue la postura ético-política y la base para la elaboración y puesta en práctica del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, posicionando a las personas como sujetos de derechos.

La idea de enmarcar los servicios de salud dentro del concepto de "protección de la salud" como lo menciona el PSMMG difiere de otra noción que es la de "protección financiera en salud" y que alude a proteger a la población de los gastos catastróficos, utilizando al programa de SPS como medio para reordenar los servicios en una lógica de mercado.

Parece ser que las funciones más importantes que tiene la inversión pública en salud es corregir las fallas que el mercado genera en la provisión de estos servicios, olvidándose de la perspectiva de derechos. Los programas de salud se han vuelto una serie de dadas que por supuesto no logran cubrir las necesidades de la población. El seguro popular, es la puerta para mercantilizar los servicios de salud, bajo el discurso de protección de gastos catastróficos. Existe poca claridad sobre los recursos financieros que se le otorgan. El programa de gratuidad aunque sigue como Ley en la CDMX, no logra consolidarse como un programa efectivo para la solución de problemas de enfermedad. Los contrastes revisados entre los dos programas, pueden dar un panorama de lo que se busca con la privatización de los

---

<sup>3</sup>Las características que adquiere esta práctica médica son biologismo, ahistoricidad de la salud y de la enfermedad, pragmatismo, individualidad, participación subordinada, medicalización, disciplinar como estrategia de poder, control de las costumbres y conductas de los individuos para la reproducción de la fuerza de trabajo).

servicios de salud. Diferencias importantes en cuanto a la aplicación, el acceso, y dentro de los servicios otorgados del seguro popular, la figura del gestor como un elemento importante para resolver situaciones que se presenten durante la atención de sus afiliados, la portabilidad que se maneja como la posibilidad de ser atendido en cualquier parte de la República Mexicana, ponen en cierta desventaja a los derechohabientes del programa de gratuidad, este programa no cuenta con ese tipo de servicios.

El presupuesto que va dirigido a los programas no es de fácil acceso, según la Gaceta Oficial para las Reglas de Operación del PSMMG, el techo presupuestal para la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud Pública, en el año 2011, fue de 6, 894, 777.359 millones de pesos, para el 2014, fue de 8, 977, 234, 051.0. Aunque hubo un aumento en el presupuesto, no hay claridad de cuánto se le otorga al programa para su funcionamiento. La evaluación interna de los programas sociales que realiza la Secretaría Salud de la CDMX del año 2014, menciona que este programa cumplió con las metas establecidas y que los problemas detectados son:

*“Existe una sobredemanda de atención médica en algunos servicios de especialidades. Hay referencia inadecuada de algunos pacientes o usuarios de los servicios hacia los Centros de Salud y Unidades hospitalarias. La población afiliada a este programa difícilmente notifica a la institución de su cambio de domicilio. La población de otras entidades federativas cambian su residencia para recibir los beneficios de este programa. **Condiciones políticas que desfavorecen la operación del programa”.***

No es claro a qué se refiere con “condiciones políticas que desfavorecen la aplicación del programa”, pero al partir de una postura política diferente a la del gobierno federal, quizá esa es la problemática real a la que se enfrenta el programa. En contraste el SP, tampoco es claro en la forma en que se maneja el presupuesto destinado a los estados, la mayor parte de los recursos federales del SNPSS deben transferirse a las entidades federativas para cubrir el costo del CAUSES pero una parte es retenida por la Comisión Nacional de Protección en Salud para sus propios

gastos, para “otras actividades”, y para depositar en el Fideicomiso de Protección Social en Salud (Laurell, 2013). No hay claridad en el manejo de los recursos y esto puede llevar a que el presupuesto no sea destinado a la atención médica que necesitan los afiliados a este programa. La lógica, al parecer es hacer de la distribución del “dinero” algo tan confuso que sea poco accesible y transparente el manejo de los recursos, y de la información. Lo preocupante es que el SP, se está consolidando como el programa que soluciona la falta de acceso a un servicio médico a través de la protección financiera en materia de salud, por medio de un esquema de aseguramiento con el fin de “reducir el gasto del bolsillo y fomentar la atención oportuna de la salud”, que dista mucho de lo que se plantea en el Derecho a la Protección de la Salud.

Es importante mencionar que la búsqueda de información de esta investigación fue complicada, la revisión hemerográfica que se realizó no fue suficiente para lograr incorporar más elementos al análisis de los programas, ya que mucha de esa información no está disponible o no es completa, sobre todo, en lo que se refiere al financiamiento de ambos programas. La información solicitada a las instituciones tampoco fue proporcionada, esto retrasó el avance de la investigación. En cuanto al logro de objetivos, considero que la mayoría se cubrieron, y que con lo investigado se demuestra que existen grandes diferencias entre el SP y el PSMMG.

## **Conclusiones**

Si bien es cierto que el Derecho a la Protección a la Salud, es hablar solo de la atención médica que se le debe otorgar a la población, necesariamente este derecho tiene que cubrir una serie de elementos que no solo hagan factible y real el acceso a estos, sino además, que tengan disponibilidad, asequibilidad, calidad, acceso geográfico adecuado y que sean culturalmente apropiados. La atención médica es de suma importancia, ya que va en ello, la salud y la vida. La población que no cuente con servicios de atención médica gratuita (o de bajo costo) adecuados a la realidad y las necesidades que se presenten; está destinados a no

recuperar la salud, a poner en peligro el patrimonio con el que cuenten para solventar los gastos que la enfermedad ocasiona o llegar a la muerte.

Una de las cuestiones que se plantearon al inicio de esta investigación, fue el hecho de que, si bien los programas de salud se realizaron para cubrir a la población que no tiene seguridad social, al mismo tiempo tenían otros propósitos que cumplir, por ejemplo el Programa de Medicamentos Gratuitos buscaba hacer factible este derecho, brindando todos los servicios de salud con los que cuente la Secretaría de Salud de la Ciudad de México a los ciudadanos (derechohabientes). Por otro lado, el Programa del Seguro Popular además de cubrir a la población que no cuenta con seguridad social quiere evitar “gastos catastróficos” de las familias.

Sin embargo, lo encontrado y analizado en el contenido de partes fundamentales de los programas, nos mostraron un panorama lleno de contrastes, por un lado el Programa de Gratuidad habla de otorgar todos los servicios de salud disponibles, hacer realidad el derecho a la protección de la salud, utilizar el término derechohabientes para los usuarios, además de ser gratuito; en contraste el Seguro Popular, menciona protección financiera en salud, otorgar un paquete de servicios médicos, requisito importante, pertenecer a los primeros deciles para no pagar, las personas que rebasan estos deciles, tendrán que pagar, lo que ocasiona un cultura de prepago, además de que se suspende el seguro por no renovarlo o no pagar.

Estos elementos del seguro popular, llevan implícito otras acciones, como por ejemplo, mercantilizar los servicios a través de mecanismos como lo es el prepago, cambiar la noción de derechos a la de seguridad financiera, realizar programas bajo la lógica de subsidios; esto representa, regresividad en el reconocimiento del derecho a la salud, reconocido en la Constitución Mexicana y en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos y Culturales.

## VIII. Referencias

- Andréu, A. *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualiza*. 2001. <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf> Recuperado 2 octubre de 2012.
- Blanco J. López O. y Rivera J. (2014) *Calidad de vida, salud y territorio. Desarrollo de una línea de investigación*. Serie Académicos, 118, UAM-X, México.
- Esping-Andersen, G. *As tres economías políticas do welfare state*. Revista Lua Nova 1991;(24):85-116.
- Contreras, S. *Ferrajoli y los Derechos Fundamentales*. Revista de la Inquisición (Intolerancia y Derechos Humanos), 2012. Volumen 16, págs. 121-145; ISSN: 1131-5571.
- Herrera, F. *Hacia una visión compleja de los derechos humanos*. En: El vuelo de Anteo, Ed. Desclée de Brouwer, España, 2000, pág. 23
- Laurell, C. *La reforma del sector salud. Hacia la mercantilización de los servicios en: La reforma contra la salud y la seguridad social*. Fundación Friedrich Ebert-ERA, 1997. Cap. V pp 85-122. No.3109b.
- Laurell, C. *Avanzar al pasado: La Política social del neoliberalismo*. En A. C. Laurell, *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo* (págs. 125-146). México: Fundación Friedrich Eibert Stiftung. 1992.
- Laurell, C. Causas y consecuencias del deterioro de las Instituciones públicas de salud y seguridad social. En A. C. Laurell, *La reforma contra la salud y la seguridad social* (págs. 9-49). Fundación Friedrich Ebert.
- Laurell, C. *La política de salud en el contexto de las políticas sociales*. Revista Nueva Gaceta, segundo semestre, año 1, N.1, 2000 , 239-252. 2000.
- López, O. (1994), "La selectividad en la política de salud", en Laurell, A.C. (coord.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, Fundación Friedrich Ebert, UAM-Xochimilco, México, pp. 33-60.
- López, O, Blanco Gil, J. *La Modernización Neoliberal en Salud. México en los ochenta*. Universidad Autónoma Metropolitana. México, 1993, pp. 41-67.

- López, O, Medina O. y Blanco, J. Reconfiguración de la política social en el Distrito Federal. En: Valencia E. Román I. y Martínez O.A. (Coords.) *La heterogeneidad de las políticas sociales en México. Instituciones, derechos sociales y territorio*. Universidad Iberoamericana, México, 2015.
- López, O, Blanco, J. “Políticas de salud en México: la reestructuración neoliberal” en: Jarillo Soto Edgar, Guinsberg, Enrique (editores) *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Editorial Lugar, México. No. 3101. 2007.
- Montiel, L. Salud "Derecho a la Salud en México. un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria". *Revista IIDH vol. 40* , 291-313. 2004.
- Nassif, A. y Ziccardi, A. (2001). *IGLOM La Red de Investigadores de Gobiernos Locales Mexicanos, A.C.* Recuperado el 24 de Septiembre de 2009, de IGLOM La Red de Investigadores de Gobiernos Locales Mexicanos, A.C.: <http://iglom.iteso.mx/HTML/encuentros/congreso2/congreso2/ponencias.html>
- Nicolleti, J. Derecho humano a la salud: fundamento y construcción. *Revista Ciencias Sociales* 120:49-57. 2008 (II) ISSN0: 482-5276.
- Romero, B. Fondo Monetario Internacional, sus implicaciones financieras y constitucionales en nuestro país. México, 1991, pág. 1. Tesis para el grado de Maestro en Derecho.
- Puñuel, J. *Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido*. *Estudios sociolingüísticos* (1), 2002, pág. 1-42.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) (2006). Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal. Actualización para el periodo 2004-2006.
- Stolkner, A. *Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: La doble faz de una idea potente*. *Revista Médica*. Vol.5:1, 2010.
- Torres, M. (2004). Las políticas de las políticas públicas: propuesta teórica y metodológica para el estudio de las políticas públicas en países de frágil institucionalidad. *CEPAL-SERIES Políticas Sociales N° 93* , 8 y 14.
- Vasak, Karel, *Las dimensiones internacionales de los derechos humanos*. Vol. I, Barcelona, Serba-UNESCO, 1984, pp.15 y ss.

Documentos consultados:

- Evalúa-DF (2011) López O. Medina O. y Blanco J. *Derecho a la salud, desigualdades socio-sanitarias y políticas de salud en la ciudad de México*, Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal, México, pp. 1-124 <http://www.evalua.df.gob.mx/estudios.php>
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), disponible en: [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org). Consultado: septiembre 2015.
- Gacetas Oficiales de la Ciudad de México. Reglas de operación del programa de acceso gratuito a los servicios médicos.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), disponible en: [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org) Consultado: febrero 2013.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador (1988), disponible en: [www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html](http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html) Consultado: agosto 2013
- Observaciones Generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (disponibles en: [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)): Observación General núm. 14 sobre el derecho a la salud. Consultado: febrero 2013.
- Ley de acceso a los servicios médicos y medicamentos gratuitos a la población residente del Distrito Federal sin seguridad social laboral (2006). Consultado: agosto 2015.
- Reglas de operación del programa de acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el distrito federal que carecen de seguridad social laboral. Consultado: Octubre 2011.
- Manual de procedimientos del acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral, en unidades médicas de atención primaria del Gobierno del Distrito Federal (2011). Consultado: marzo 2013.
- Manual de Organización “Jurisdicción Sanitaria” (2009). Consultado: junio 2014.
- Normatividad y Operatividad del Seguro Popular para el Distrito Federal. Consultado: junio 2014.

# **ANEXO 1**

## **Información Estadística de los Programas**

## Programa de Servicios Médicos y Medicamentos y Gratuitos (PSMMG) (2010-2015)

Familias beneficiadas y servicios otorgados  
por la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito  
Federal en el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos  
2010

Cuadro 7.3

Delegación	Personas Inscritas en el Padrón	Servicios Otorgados		
		Consulta Externa	Laboratorio	Rayos "X"
<b>Total</b>	<b>2,994,729</b>	<b>2,944,915</b>	<b>3,358,573</b>	<b>156,190</b>
Azcapotzalco	110,981	129,366	165,222	5,265
Coyoacán	194,648	175,443	135,923	9,175
Cuajimalpa	77,156	61,029	65,956	4,633
Gustavo A. Madero	377,733	371,047	388,590	20,740
Iztacalco	152,104	161,648	187,273	17,123
Iztapalapa	498,215	418,596	483,049	17,343
Magdalena Contreras	81,021	79,367	81,559	3,684
Milpa Alta	78,707	75,050	70,028	2,085
Álvaro Obregón	181,443	183,071	213,450	7,888
Tláhuac	201,605	191,076	183,645	8,160
Tlalpan	205,482	184,718	191,630	11,171
Xochimilco	160,427	150,471	88,799	4,473
Benito Juárez	85,209	84,010	182,254	8,623
Cuauhtémoc	195,894	270,872	445,146	14,368
Miguel Hidalgo	131,398	156,688	190,730	12,353
Venustiano Carranza	216,476	252,463	285,319	9,106
No identificado	46,230			

Fuente: Padrón de Gratuidad de la Dirección de Sistemas de Información y Comunicación y DGSMU

Familias beneficiadas y servicios otorgados  
por el programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos  
Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
2015

Cuadro 8.2

Delegación	Personas Inscritas en el Padrón			Servicios Otorgados			
	Total	Titulares	Familiares	Consulta Externa	Estudios de Laboratorio	Estudios de Rayos "X"	Egresos Hospitalarios
<b>Total</b>	<b>3,769,696</b>	<b>1,834,372</b>	<b>1,935,324</b>	<b>1,332,832</b>	<b>1,712,449</b>	<b>96,999</b>	<b>13,280</b>
Azcapotzalco	137,347	68,329	69,018	77,052	57,642	1,637	202
Coyoacán	243,905	114,192	129,713	76,176	86,886	11,850	397
Cuajimalpa	99,410	45,120	54,290	21,351	14,208	545	7
Gustavo A. Madero	476,496	233,832	242,664	168,970	123,475	3,605	1,692
Iztacalco	189,933	90,346	99,587	51,173	77,125	2,500	228
Iztapalapa	656,163	299,758	356,405	230,066	197,713	33,331	2,950
Magdalena Contreras	104,301	49,127	55,174	17,900	20,962	911	336
Milpa Alta	108,751	52,588	56,163	16,848	29,822	1,482	331
Álvaro Obregón	248,079	118,829	129,250	78,855	77,790	5,176	1,098
Tláhuac	234,408	107,971	126,437	81,039	75,156	2,741	538
Tlalpan	276,479	129,275	147,204	100,048	85,653	3,624	525
Xochimilco	193,483	90,595	102,888	18,210	82,226	5,296	278
Benito Juárez	101,134	60,718	40,416	41,390	69,277	1,973	257
Cuauhtémoc	245,718	140,882	104,836	135,526	499,503	9,192	901
Miguel Hidalgo	151,292	80,160	71,132	92,875	104,131	6,498	337
Venustiano Carranza	266,015	136,553	129,462	125,353	110,880	6,638	3,203
No identificado	36,782	16,097	20,685				
<b>Primer Nivel</b>				<b>1,274,429</b>	<b>1,482,182</b>	<b>45,709</b>	<b>0</b>
<b>Segundo Nivel</b>				<b>58,403</b>	<b>230,267</b>	<b>51,290</b>	<b>13,280</b>

Fuente: SEDESA/DGSMU/ Padrón de Gratuidad de la Dirección de Sistemas de Información y Comunicación.

Fuente: SEDESA/DGPCS/DIS/SAEH (Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios).

Fuente: SEDESA/DGPCS/DIS/ SIS (Subsistema de Información en Salud).

## Recursos Humanos en salud

Principales recursos humanos y materiales por 1,000 habitantes  
sin seguridad social por Delegación  
Distrito Federal  
2010

Cuadro 9.1

Delegación	Médicos por 1000 habs.	Enfermeras por 1000 habs.	Enfermeras por Médico	Camas por 1000 habs.	Consultorios por 1000 habs.
<b>Total</b>	<b>1.50</b>	<b>1.74</b>	<b>1.16</b>	<b>0.59</b>	<b>0.48</b>
Azcapotzalco	1.80	1.85	1.02	0.25	0.64
Coyoacán	0.96	0.94	0.98	0.18	0.48
Cuajimalpa	1.28	1.31	1.03	0.43	0.52
Gustavo A. Madero	1.58	1.79	1.14	0.78	0.45
Iztacalco	1.33	1.36	1.02	0.36	0.40
Iztapalapa	0.76	1.18	1.55	0.37	0.24
Magdalena Contreras	1.23	0.95	0.78	0.25	0.52
Milpa Alta	1.49	2.52	1.69	0.52	0.67
Álvaro Obregón	1.23	1.36	1.11	0.37	0.33
Tláhuac	1.15	1.65	1.44	0.80	0.55
Tlalpan	0.92	1.07	1.16	0.36	0.38
Xochimilco	0.99	1.31	1.32	0.31	0.36
Benito Juárez	4.42	3.43	0.78	1.97	0.63
Cuauhtémoc	2.26	2.22	0.98	0.47	1.07
Miguel Hidalgo	5.11	5.71	1.12	2.35	1.34
Venustiano Carranza	3.78	4.71	1.24	1.84	0.86

Fuente: Subsistema de Información en Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud (SINERHIAS)

Recursos humanos en unidades médicas por delegación y nivel  
Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
2015 <sup>1</sup>

Cuadro 2.5

Delegación	Total de Recursos humanos	Médicos	Enfermeras	Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	Otros Profesionales	Administrativos	Otro Personal
<b>Total</b>	<b>32,157</b>	<b>10,960</b>	<b>8,801</b>	<b>1,479</b>	<b>2,929</b>	<b>4,969</b>	<b>3,019</b>
Azcapotzalco	1,369	557	326	51	112	209	114
Coyoacán	1,036	296	262	42	151	208	77
Cuajimalpa	198	72	45	7	34	35	5
Gustavo A. Madero	4,905	1,963	1,141	203	354	797	447
Iztacalco	942	239	272	44	110	198	79
Iztapalapa	4,609	1,376	1,441	225	402	729	436
Magdalena Contreras	475	145	132	19	59	97	23
Milpa Alta	860	242	310	39	84	106	79
Álvaro Obregón	1,652	540	439	74	179	219	201
Tláhuac	1,936	602	578	78	220	241	217
Tlalpan	1,912	561	647	92	213	225	174
Xochimilco	1,313	355	427	41	166	188	136
Benito Juárez	1,876	759	443	107	129	257	181
Cuauhtémoc	2,551	956	593	155	205	449	193
Miguel Hidalgo	2,791	1,084	737	146	214	388	222
Venustiano Carranza	3,732	1,213	1,008	156	297	623	435
<b>Primer nivel</b>	<b>10,674</b>	<b>3,646</b>	<b>2,686</b>	<b>453</b>	<b>1,396</b>	<b>2,049</b>	<b>444</b>
<b>Segundo nivel</b>	<b>21,483</b>	<b>7,314</b>	<b>6,115</b>	<b>1,026</b>	<b>1,533</b>	<b>2,920</b>	<b>2,575</b>

<sup>1</sup> Información a diciembre de 2015.

Fuente: SEDESA/DGPCS/DIS/SINERHIAS (Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud).

Personal de enfermería por delegación y nivel  
Distrito Federal  
2010

Cuadro 2.8

Delegación	Total de enfermeras	Enfermeras en contacto con el paciente					Enfermeras en otras actividades
		Subtotal	Generales	Especialistas	Auxiliares	Pasantes	
<b>Total</b>	<b>7,011</b>	<b>6,578</b>	<b>4,638</b>	<b>788</b>	<b>915</b>	<b>237</b>	<b>433</b>
Azcapotzalco	258	235	175	19	36	5	23
Coyoacán	220	202	137	25	35	5	18
Cuajimalpa	106	99	77	10	12	0	7
Gustavo A. Madero	939	883	607	117	158	1	56
Iztacalco	220	202	153	9	35	5	18
Iztapalapa	1197	1132	683	138	280	31	65
Magdalena Contreras	101	94	68	0	15	11	7
Milpa Alta	215	210	177	14	3	16	5
Álvaro Obregón	420	407	244	55	97	11	13
Tláhuac	312	291	180	46	27	38	21
Tlalpan	382	374	290	26	48	12	8
Xochimilco	328	312	245	4	38	25	16
Benito Juárez	358	332	258	39	11	24	26
Cuauhtemoc	470	400	310	46	44	0	70
Miguel Hidalgo	610	575	432	103	25	15	35
Venustiano Carranza	875	830	602	137	53	38	45
<b>Primer nivel</b>	<b>2,168</b>	<b>1,979</b>	<b>1,114</b>	<b>12</b>	<b>685</b>	<b>168</b>	<b>189</b>
<b>Segundo nivel</b>	<b>4,843</b>	<b>4,599</b>	<b>3,524</b>	<b>776</b>	<b>230</b>	<b>69</b>	<b>244</b>

Fuente: Subsistema de Información en Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud (SINERHIAS)

Personal de enfermería por especialidad, delegación y nivel  
Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
2015<sup>1</sup>

Cuadro 2.9

Delegación	Total	Enfermeras en contacto con el Paciente					En Otras Actividades
		Subtotal	Generales	Especialistas	Auxiliares	Pasantes	
<b>Total</b>	<b>8,801</b>	<b>8,252</b>	<b>6,147</b>	<b>898</b>	<b>998</b>	<b>209</b>	<b>549</b>
Azcapotzalco	326	291	232	20	34	5	35
Coyoacán	262	249	193	23	33	0	13
Cuajimalpa	45	40	31	0	9	0	5
Gustavo A. Madero	1,141	1,098	800	115	166	17	43
Iztacalco	272	239	172	9	35	23	33
Iztapalapa	1,441	1,369	879	156	298	36	72
Magdalena Contreras	132	126	106	1	19	0	6
Milpa Alta	310	303	277	13	11	2	7
Álvaro Obregón	439	422	289	52	100	1	17
Tláhuac	578	553	437	79	28	9	25
Tlalpan	647	637	499	62	67	9	10
Xochimilco	427	396	357	6	33	0	31
Benito Juárez	443	417	348	45	16	8	26
Cuauhtemoc	593	466	366	39	35	26	127
Miguel Hidalgo	737	699	504	144	39	12	38
Venustiano Carranza	1,008	947	677	134	75	61	61
<b>Primer nivel</b>	<b>2,686</b>	<b>2,382</b>	<b>1,441</b>	<b>11</b>	<b>760</b>	<b>170</b>	<b>304</b>
<b>Segundo nivel</b>	<b>6,115</b>	<b>5,870</b>	<b>4,706</b>	<b>887</b>	<b>238</b>	<b>39</b>	<b>245</b>

<sup>1</sup> Información a diciembre de 2015.

Fuente: SEDESA/DGPCS/DIS/SINERHIAS (Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud).

## Seguro Popular

Familias beneficiadas, servicios y consultas otorgadas  
por Seguro Popular a través de la Secretaría de Salud del  
Gobierno del Distrito Federal  
2010

Cuadro 7.1

Delegación	Personas beneficiadas	Consultas otorgadas	Número de vacunas	Laboratorio	Rayos "X"	Acciones preventivas
<b>Total</b>	<b>821,897</b>	<b>429,960</b>	<b>361,469</b>	<b>223,560</b>	<b>16,667</b>	<b>70,403</b>
Azcapotzalco	26,798	29,384	9,363	13,762	498	5,311
Coyoacán	42,493	12,679	9,030	9,086	971	907
Cuajimalpa	8,070	15,243	6,543	8,295	714	2,255
Gustavo A. Madero	131,512	47,541	5,463	19,808	2,598	7,330
Iztacalco	14,192	13,921	15,347	21,903	936	2,349
Iztapalapa	228,954	121,356	110,419	62,316	3,436	12,207
Magdalena Contreras	21,223	11,809	5,557	16,296	3,392	3,628
Milpa Alta	15,782	27,836	6,262	8,985	174	3,905
Álvaro Obregón	61,057	25,400	10,849	7,286	67	4,199
Tláhuac	45,959	10,619	34,894	9,525	810	1,238
Tlalpan	90,838	24,385	24,595	5,694	373	4,792
Xochimilco	44,290	33,105	58,937	1,524	97	3,880
Benito Juárez	7,201	3,166	47,484	4,174	1,207	0
Cuauhtémoc	40,252	15,573	8,939	18,631	304	3,451
Miguel Hidalgo	21,821	15,248	8,627	7,495	657	12,823
Venustiano Carranza	21,455	22,695	8,514	8,780	433	2,128

Fuente: Información estadística de SPSS y Sistema de Información en Salud (SIS)

Familias beneficiadas y principales servicios otorgados por Seguro Popular  
Secretaría de Salud de la Ciudad de México  
2015

Cuadro 8.1

Jurisdicción	Personas beneficiarias	Consultas Externa	Consulta General	Consulta Especializada	Consulta Odontológica	Consultas de PF	Urgencias	Egresos	Intervenciones quirúrgicas	Defunciones	Nacimientos	Partos atendidos	Cesáreas	Abortos
<b>Total</b>	<b>2,956,186</b>	<b>2,593,914</b>	<b>1,946,983</b>	<b>322,365</b>	<b>324,566</b>	<b>34,143</b>	<b>122,624</b>	<b>93,438</b>	<b>55,660</b>	<b>1,174</b>	<b>38,606</b>	<b>24,915</b>	<b>13,691</b>	<b>3,199</b>
Azcapotzalco	109,973	125,930	97,819	13,510	14,601	1,143	12,590	2,623	2,256	2	1,705	1,060	645	172
Coyoacán	158,280	115,413	86,977	16,478	11,958	1,234	631	2,300	1,101	6	0	0	0	0
Cuajimalpa	61,135	78,350	62,328	2,294	13,728	1,377	757	247	197	0	211	149	62	13
Gustavo A. Madero	392,796	246,061	170,394	46,573	29,094	2,668	19,761	14,248	9,780	125	6,055	3,812	2,243	523
Iztacalco	121,938	114,388	89,049	10,490	14,849	1,492	2,690	2,140	395	3	0	0	0	0
Iztapalapa	772,805	542,874	421,601	52,359	68,914	10,410	16,458	15,704	7,012	341	6,889	4,561	2,328	389
Magdalena Contreras	69,546	62,889	47,995	5,070	9,824	1,514	2,012	3,329	3,021	0	2,735	1,746	989	230
Milpa Alta	79,835	139,815	90,936	21,226	27,653	2,554	0	4,304	2,540	55	2,028	1,546	482	263
Álvaro Obregón	228,928	111,011	83,270	8,537	19,204	1,257	1,260	6,316	3,555	142	3,075	2,119	956	339
Tláhuac	174,720	133,229	85,282	25,963	21,984	2,158	15,016	9,450	5,085	160	4,985	3,001	1,984	331
Tlalpan	227,052	145,243	102,223	25,531	17,489	2,320	34,315	8,144	5,234	57	4,633	2,870	1,763	250
Xochimilco	165,117	153,297	129,165	6,884	17,248	2,786	2,084	3,847	3,168	7	2,101	1,396	705	138
Benito Juárez	39,337	96,896	71,626	19,828	5,442	427	1,844	2,446	1,999	101	206	112	94	63
Cuauhtémoc	140,493	199,750	158,265	22,522	18,963	1,014	2,811	3,964	1,952	50	1,473	849	624	126
Miguel Hidalgo	72,524	149,314	105,841	24,406	19,067	684	4,235	3,954	2,111	67	0	0	0	1
Venustiano Carranza	141,707	179,454	144,212	20,694	14,548	1,105	6,160	10,422	6,254	58	2,510	1,694	816	361

Fuente: SEDESA/DGPCS/DIS/SAEH(Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios).

Fuente: SEDESA/DGPCS/DIS/SIS(Subsistema de Información en Salud).

Fuente: SEDESA/DIS/Información estadística de SPSS.

## Poliza



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**SEGURO POPULAR**  
COMISIÓN NACIONAL DE  
PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

VIGENCIA DE POLIZA	01 de enero de 2013	30 de septiembre de 2013																																																																								
LA POLIZA SE IMPRIME																																																																										
<b>EJEMPLO 1</b>																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">2013</th> <th colspan="4">2014</th> <th colspan="4">2015</th> </tr> <tr> <th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th> <th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th> <th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th> </tr> <tr> <th>ENE</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>ABR</th> <th>MAY</th><th>JUN</th><th>JUL</th><th>AGO</th> <th>SEP</th><th>OCT</th><th>NOV</th><th>DIC</th> <th>ENE</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>ABR</th> <th>MAY</th><th>JUN</th><th>JUL</th><th>AGO</th> <th>SEP</th><th>OCT</th><th>NOV</th><th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Se paga el I y III trimestre de 2013, la fecha de vigencia de la póliza será del 01 de enero hasta el 30 de septiembre de 2013. La vigencia establecida no incluye trimestres NO pagados.</p>			2013				2014				2015				I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																								
2013				2014				2015																																																																		
I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV																																																															
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																																																			
VIGENCIA DE POLIZA	01 de enero de 2013	30 de junio de 2014																																																																								
LA POLIZA SE IMPRIME																																																																										
<b>EJEMPLO 2</b>																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">2013</th> <th colspan="4">2014</th> <th colspan="4">2015</th> </tr> <tr> <th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th> <th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th> <th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th> </tr> <tr> <th>ENE</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>ABR</th> <th>MAY</th><th>JUN</th><th>JUL</th><th>AGO</th> <th>SEP</th><th>OCT</th><th>NOV</th><th>DIC</th> <th>ENE</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>ABR</th> <th>MAY</th><th>JUN</th><th>JUL</th><th>AGO</th> <th>SEP</th><th>OCT</th><th>NOV</th><th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Se paga el I y II de 2013, y se vuelve a realizar otro pago hasta el segundo trimestre de 2014, por tanto la fecha de vigencia de póliza será del 01 de enero de 2013, hasta el 30 de junio de 2014. La vigencia establecida no incluye trimestres NO pagados.</p>			2013				2014				2015				I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																								
2013				2014				2015																																																																		
I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV																																																															
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																																																			
VIGENCIA DE POLIZA	01 de enero de 2013	31 de marzo de 2013																																																																								
LA POLIZA NO SE IMPRIME CUANDO NO HAY PAGO VIGENTE																																																																										
<b>EJEMPLO 3</b>																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">2013</th> <th colspan="4">2014</th> <th colspan="4">2015</th> </tr> <tr> <th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th> <th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th> <th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th> </tr> <tr> <th>ENE</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>ABR</th> <th>MAY</th><th>JUN</th><th>JUL</th><th>AGO</th> <th>SEP</th><th>OCT</th><th>NOV</th><th>DIC</th> <th>ENE</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>ABR</th> <th>MAY</th><th>JUN</th><th>JUL</th><th>AGO</th> <th>SEP</th><th>OCT</th><th>NOV</th><th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Se paga sólo el I trimestre de 2013, por lo tanto la vigencia de póliza es del 01 de enero hasta el 31 de marzo del mismo año.</p>			2013				2014				2015				I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																								
2013				2014				2015																																																																		
I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV																																																															
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																																																			
VIGENCIA DE POLIZA	01 de enero de 2013	30 de septiembre de 2015																																																																								
LA POLIZA SE IMPRIME																																																																										
<b>EJEMPLO 4</b>																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">2013</th> <th colspan="4">2014</th> <th colspan="4">2015</th> </tr> <tr> <th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th> <th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th> <th>I</th><th>II</th><th>III</th><th>IV</th> </tr> <tr> <th>ENE</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>ABR</th> <th>MAY</th><th>JUN</th><th>JUL</th><th>AGO</th> <th>SEP</th><th>OCT</th><th>NOV</th><th>DIC</th> <th>ENE</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>ABR</th> <th>MAY</th><th>JUN</th><th>JUL</th><th>AGO</th> <th>SEP</th><th>OCT</th><th>NOV</th><th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Se pagan el I y III trimestre de 2013, el I y IV de 2014 y el III de 2015, por lo tanto la fecha de vigencia de la póliza es del 01 de enero de 2013 hasta el 30 de septiembre de 2015. La vigencia establecida no incluye trimestres NO pagados.</p>			2013				2014				2015				I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																								
2013				2014				2015																																																																		
I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV																																																															
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																																																			
<table border="1"> <tr> <td>SI PAGA</td> </tr> <tr> <td>TEMPO QUE PUEDE SER VIGENTE</td> </tr> <tr> <td>TEMPO PASADO NO PAGA</td> </tr> </table>			SI PAGA	TEMPO QUE PUEDE SER VIGENTE	TEMPO PASADO NO PAGA																																																																					
SI PAGA																																																																										
TEMPO QUE PUEDE SER VIGENTE																																																																										
TEMPO PASADO NO PAGA																																																																										

## Flujograma de afiliación



### 2.1.2. Flujograma

