



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

"DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA  
POBLACIÓN ABIERTA EN EL D.F."

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA  
(ADMINISTRACIÓN PÚBLICA)

P R E S E N T A

MA. ISABEL CÁCERES ARCOS  
ASESOR: LIC. RINA AGUILERA.

MÉXICO, D.F. 1998.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

261512



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Muchas gracias a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron para que se realizara otra etapa mas en mi vida:

# ÍNDICE

	Pág.
<b>PROEMIO</b>	1
<b>APARTADO I ESTADO Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA</b>	
1.1 LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO	4
1.1.1 CLASIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	7
1.1.2 ESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD	10
1.1.3 SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)	13
1.2 DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO	16
1.2.1 ANTECEDENTES	
<b>APARTADO 2. PANORAMA DE SALUD DE LA POBLACIÓN ABIERTA DEL D.F.</b>	
2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ABIERTA EN EL D.F.	25
2.2 INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL D.D.F.	28
<b>APARTADO 3. MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD</b>	
3.1 POLÍTICAS DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACIÓN ABIERTA EN EL DISTRITO FEDERAL	32
3.1.1 FUNDAMENTO JURÍDICO	38
3.1.2 INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA PARA LA POBLACIÓN ABIERTA DEL D.F.	40
3.2 ECONOMÍA Y FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL D.F.	44
<b>CONCLUSIONES</b>	
<b>ANEXOS</b>	
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	

## PROEMIO

Las condiciones de salud en México son el resultado de un largo proceso de cambios económicos, sociales, demográficos y epidemiológicos. Como consecuencia de la industrialización del país así como su urbanización, el 70% de la población se concentra en las ciudades.

Esta distribución de la población tiene un impacto indudable en la oferta de servicios básicos de salud, el cual se caracteriza por la persistencia de demandas fundamentales insatisfechas y de problemas no resueltos, por lo que estas carencias empañan los logros alcanzados y representan el conflicto más urgente a resolver.

Con base en el artículo 4° de la Constitución Política de la República, se consagra el derecho a la protección de la salud, donde ninguna persona debe de ser excluida de la posibilidad de obtener servicios médicos adecuados, en ello radica el que todo gobierno tiene como una de sus principales responsabilidades el asegurar ciertos estándares de salud a la población, especialmente a aquella que carece de los medios económicos para atenderse en servicios particulares.

El Sistema de Salud en México se fundó en 1943, (Diario Oficial del 19 enero de 1943), con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil de México. Desde entonces, se han alcanzado objetivos importantes entre los cuales destacan el descenso en los índices de mortalidad, la ampliación de cobertura y la protección financiera otorgada por la seguridad social.

Sin embargo, el Sistema de Salud se enfrenta hoy en día a problemáticas muy específicas como un más complejo perfil de enfermedades y el envejecimiento de la población, o bien un rezago representado por enfermedades del subdesarrollo como infecciones comunes, desnutrición, diarreas, así como muertes maternas y perinatales.

En consecuencia, para disminuir los riesgos y daños a la salud de la población de esta gran metrópoli, se requiere que los servicios de salud que en ella operan, sean organizaciones dinámicas acorde a las necesidades que el crecimiento y evolución demandan, que permitan mayor penetración y una mejor aceptabilidad de la comunidad.

Cabe destacar que los servicios de salud a población abierta en el Distrito Federal se integran por dos Instituciones: una federal y otro local que en conjunto se complementan, atendiendo a la comunidad carente de seguridad social, calculada en 3,800,000 habitantes.

La política actual del Gobierno Federal, en lo concerniente a la salud, enfatiza la importancia de que el Sistema Nacional de Salud opere de manera horizontal, para ofrecer un servicio integral y coordinado y para llevar acabo la descentralización de los Servicios de Salud a la Población Abierta.

Así, el programa para el desarrollo del Distrito Federal 1995-2000 tiene entre otros objetivos, garantizar el acceso universal a los Servicios de Salud, mediante la transferencia de unidades, programas, recursos y servicios de la Secretaria de Salud localizados en la Ciudad de México al Gobierno del Distrito Federal, teniéndose el proceso de Descentralización

de los Servicios de Salud para la Población Abierta en el Distrito Federal ya en marcha a partir de Julio 1997 (Diario Oficial del 03 de Julio de 1997).

Para el caso de este trabajo y con el fin de ubicar lo que está pasando con la Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta en el Distrito Federal, se expone en el primer apartado de este trabajo, una breve revisión sobre las características, la situación actual y la evolución que han experimentado los servicios de salud en México.

En el segundo apartado se proporcionan algunos elementos que ayudan a acercarse a la cuestión de la descentralización y se explican de forma limitada algunos conceptos básicos relacionados con el tema de esta tesina.

Posteriormente se proporcionan datos sobre los servicios de salud y fenómenos sociodemográficos vinculados con la descentralización, se anota que actualmente es preciso impulsar opciones y mecanismos que garanticen una total cobertura de los servicios de salud para la población abierta.

En el último apartado se exponen elementos para la operación del Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, como son: una serie de características que esta reforma deberá contemplar, entre otras: asegurar la cobertura total a la población abierta del Distrito Federal y gestiones políticas para hacer viable y factible su funcionamiento.

# APARTADO 1: ESTADO Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

## 1.1 LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

En México, la Revolución de 1910, permite al Estado mexicano desarrollar una vertiente benefactora y de intervención; en este periodo es posible ubicar los orígenes del Estado de bienestar<sup>1</sup> en México, el cual concede beneficios por la vía de la gestión administrativa de las instituciones sociales.

Es así como en la Constitución de 1917 se expresan las aspiraciones del pueblo de México para alcanzar el bienestar social, ya que el Estado se responsabiliza de garantizar los derechos sociales (salud, educación, etc.).

La Administración Pública<sup>2</sup> cumple con una diversidad de funciones por medio de dos maneras: el dominio político y la dirección administrativa, el primero se identifica mediante tareas de seguridad y orden público, defensa, justicia y relaciones exteriores. En la dirección administrativa cabe la asistencia, la protección al salario y la seguridad social; dentro de esta última la salud pública.<sup>3</sup>

Para hablar de Salud Pública como un servicio público que es atribución del Estado para el mantenimiento y protección de la seguridad, la salud y

---

<sup>1</sup> Es un Estado benefactor que garantiza cierto nivel de empleo, invierte en obras de bienestar social, siendo uno de sus logros más importantes la estabilidad social. (1940)

<sup>2</sup> Wilson la define así: "La Administración Pública es una relación que vincula al Estado con la Sociedad, es la parte más evidente del gobierno, es el gobierno en acción, es el ejecutivo, es el que actúa"

<sup>3</sup> Olivia López Arellano y José Blanco Gil. La Modernización Neoliberal en Salud. México en los ochenta. México: UAM-X, 1993. p. 38



el orden público, es necesario antes que nada definir lo que es servicio público. Gabino Fraga lo define como:

**"La actividad organizada que se realiza conforme a las disposiciones legales o reglamentarias urgentes en el Distrito Federal, con el fin de satisfacer en forma continua, uniforme y regular, necesidades de carácter colectivo".**

En seguridad social<sup>4</sup> y salud, la Revolución cambió las ideas asistenciales y de beneficencia precedentes, que pretendían aliviar las condiciones existentes de pobreza a través de dispensarios de comida y atención médica; en ellas la concepción dominante correspondía a la idea de reparar daños a la salud como resultado de los males sociales. Hay en la concepción preconstitucionalista antecedentes de salud como interés de lo público, la aparición de un campo normativo de lo privado en función del interés social.

Es así como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos da especial importancia a la salud, (art.4º) y donde bienestar se entiende **"como una condición ciudadana que debe ser garantizada y conseguida equitativamente para el conjunto de la población."**<sup>5</sup>

La política Social del Estado se expresa a través de los servicios médicos y sanitarios, educación escolar, vivienda, las comunicaciones, transporte

---

<sup>4</sup> La seguridad social constituye el conjunto de acciones de carácter público para garantizar a los individuos servicios permanentes de salud y bienestar, así como protección contra los riesgos que afectan sus ingresos y su participación dentro de la sociedad, como las enfermedades, la invalidez, la vejez y la muerte." Comisión de salud y seguridad social. Hacia un Sistema Nacional de Salud México, UNAM.

<sup>5</sup> Raúl Ayala y Carlos Schaffer. Salud y Seguridad Social. Crisis, ajuste y grupos vulnerables. en Perspectivas en Salud Pública. México: INSP, 1991. pp. 13-14

público y eventos culturales y recreativos entre toda la población. En consecuencia es un gobierno que requiere de un tipo peculiar de administración pública para que administre a la sociedad, utilizando todas estas funciones que no se pueden separar de la política como tal.

Para hablar de salud pública es preciso definir el concepto de salud y su ubicación dentro de la Administración Pública.

Se entiende por salud al completo "estado de bienestar físico, mental y social del individuo y no sólo a la ausencia de enfermedad; la salud está determinada por las condiciones económicas, sociales y culturales dominantes y, en esencia, es manifestación y resultado del trabajo humano, considerado éste como la actividad consciente del hombre sobre la naturaleza para obtener los medios que le permitan subsistir y ascender a niveles superiores de desarrollo. Es así como al individuo se le identifica en estado de salud, según su situación física y mental y su relación con la sociedad."<sup>6</sup>

La política Nacional de Salud sufrió un cambio de gran relevancia con la adición al Art.4º. Constitucional del derecho a la protección a la salud<sup>7</sup>, que impone serias obligaciones al Estado en cuanto a su compromiso de proporcionar servicios de salud de alcances universales y además, define aspectos de relación administrativa entre la Federación y los Estados para determinar las responsabilidades de cada una de ellas con respecto al cuidado de la salud de la sociedad.

---

<sup>6</sup> Guillermo Soberón., et.al. La Salud en México: Testimonios 1988 Fundamentos del cambio estructural Tomo 1, México: FCE, 1988. pp 19-20

<sup>7</sup> Es importante destacar que el derecho a la salud ya existía en la Constitución y que la reforma al artículo 4º, en 1984 con la creación de la Ley General de Salud, consiste en señalar la protección a la salud como derecho

### 1.1.1.1. CLASIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud son todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Se clasifican en tres tipos: a) atención médica b) salud pública y c) asistencia social. Los primeros se proporcionan al individuo e incluyen actividades preventivas, tanto de tipo general como de protección y diagnóstico temprano el cual proporciona un tratamiento oportuno y la rehabilitación, además de atención de urgencias.<sup>8</sup>

Los servicios de salud pública o de prevención de la salud tienen por objeto crear, corregir y mejorar las condiciones deseables de salud a la población y propiciar en el individuo actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva. Comprenden la educación para la salud como la nutrición; el control de los efectos nocivos del ambiente en la salud, la salud ocupacional así como la prevención y control de enfermedades y accidentes.

Los servicios de asistencia social comprenden las acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física o mental, hasta lograr su recuperación a una vida plena y productiva. También comprende la atención a menores y ancianos en

---

individual y como responsabilidad del Estado.

<sup>8</sup> Cuauhtémoc Valdés Olmedo. Planeación del Sistema Nacional de Salud un enfoque de sistemas. México: SSA, Cuadernos Técnicos de Planeación No. 1 Vol. 1 pp.84-85

estado de abandono o desamparo. la prevención del bienestar y el desarrollo de acciones para el anciano, el apoyo a la educación y capacitación para el trabajo de personas con convenios socioeconómicos y la prestación de servicios funerarios.<sup>9</sup>

Los servicios de salud son brindados por los sectores público, privado y social a la población; si bien los servicios de salud a los derechohabientes y los de carácter privado son propiamente financiados por presupuestos diferentes, especialistas en la materia consideran que los servicios de salud a la población y la asistencia social pública, deberían ser concretadas a una sola institución. Con esto, aseguran, se propiciaría un beneficio al individuo a través de un sistema integral de servicios de salud, que permitiría una mejor atención a la población demandante.

Los servicios médicos se otorgan a través de tres niveles:

1er.- atención primaria, es aquel en el que las necesidades de salud simple, generalmente agudas y frecuentes, son satisfechas por una combinación de recursos básicos, fácilmente accesibles y de corta duración en su utilización por el usuario, Este nivel es de preferencia la vía de entrada al sistema de prestación de servicios de salud; ya que resuelve problemas médicos no complicados, que comprende consultas médicas encaminadas a promover la salud y establecer un diagnóstico temprano en individuos supuestamente sanos. Se considera que en este nivel se resuelven del 80% al 85% de los problemas de salud.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> *Ibidem.* p. 86

<sup>10</sup> Fundación Mexicana para la Salud: DEMANDA Y OFERTA DE SERVICIOS: Obstáculos a la mejoría del Sistema de Salud en México, primera edición: Economía y Salud, 1994 México, pp. 15-73

2º.- atención secundaria, que proporciona consulta externa en hospitales, diagnósticos radiológicos y análisis de laboratorios; urgencias médico-quirúrgicas que proporcionan los hospitales generales y el empleo de tecnología compleja. Se considera que en este nivel se resuelven del 12% al 15% de los problemas de salud.

3er.-atención terciaria a la salud, que se otorga a personas con requerimientos de hospitalización de especialidades; esta se caracteriza porque realiza funciones de investigación altamente capacitada. En este nivel se considera que se resuelven del 3% al 5% de los problemas de salud.

Es también importante que los terceros niveles de atención para la salud se transfieran en el ámbito local o regional, ya que actualmente la mayoría de estos servicios se encuentran concentrados en el Distrito Federal.<sup>11</sup>

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal faculta a la Secretaría de Salud para establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general y para coordinar los programas y servicios públicos de salud.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Valdés Olmedo, Cuauhtémoc. *Planeación del Sistema Nacional de Salud un enfoque de sistemas*. México.SSA, Cuadernos Técnicos de Planeación No. 1 Vol. 1 pp.84-85.

### 1.1.2 ESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD

El sector salud está conformado de la siguiente manera:

1) Los funciones, programas y servicios de salud que realizan el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Servicios de Salud y Seguridad para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y en general, las dependencias y entidades de la Administración Pública. servicios coordinados de Salud Pública en las entidades federativas,

2) El subsector de los institutos nacionales de salud incluye los de Cancerología, Cardiología, Enfermedades respiratorias, Neurología, Nutrición, Pediatría, Perinatología, el Instituto Mexicano de Psiquiatría y el Hospital Infantil de México.

3) El subsector de instituciones de asistencia social incluye el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN). El eje de la asistencia social y la vigilancia de la misma recae en el DIF.

4) Otras entidades que tienen diferentes ubicaciones y funciones en el Sistema Nacional de Salud, son) el Hospital General Dr. Manuel Gea González, el Centro Materno Infantil Maximino Ávila Camacho, y un patronato para la Asistencia Privada.

El IMSS, el ISSSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX) y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), cubren a sus respectivos derechohabientes. Las unidades de la Secretaría

---

<sup>12</sup> LEY GENERAL DE SALUD, Capítulo Y, Artículo 6°. Apartado III, establece que “La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta impulsar la desconcentración de los servicios de salud”.

de Salud, de los gobiernos de los Estados, del Departamento del Distrito Federal, algunas universidades, el programa IMSS-SOLIDARIDAD y las instalaciones del DIF, atienden especialmente a la población no derechohabiente, aunque algunos de ellos (IMSS-SOLIDARIDAD y DIF) tienen ciertas funciones muy específicas frente a ciertos grupos de la población.

El IMSS es la institución médica más importante del país desde el punto de vista de sus recursos materiales y humanos. Este organismo presta diversos servicios de seguridad social exclusivamente a los trabajadores de las empresas aseguradas y a sus familiares, aunque hay también algunas formas de afiliación individual.

Esta institución se financia con aportaciones de los trabajadores, de los empresarios y del Estado. Cubre mayoritariamente a asalariados urbanos y sus familiares y en mucha menor proporción a algunos asalariados del campo y del sector servicios. Las unidades de atención médica del IMSS se cuentan entre las más modernas y avanzadas del país.

Los logros alcanzados por el Instituto Mexicano del Seguro Social,<sup>13</sup> a 55 años de su creación, son en este momento caros e insuficientes: actualmente da cobertura a casi 37 millones de mexicanos, cuenta con mil 700 unidades médicas; cubre 1.5 millones de pensiones mensualmente, recibe en sus guarderías a cerca de 600 mil niños y asisten a sus instalaciones médicas más de 700 mil personas por día.

---

<sup>13</sup> Revista Época, No. 232, México, 13 Noviembre de 1997. pp.10-14

Se ha reformado la Ley del Seguro Social con modificaciones que entraron en vigor el 1 de Enero de 1997. Las reformas están integradas por 305 artículos y 27 transitorios. En el artículo 6 establece que el Seguro Social comprende: El régimen obligatorio, al que están sujetos los trabajadores que presten sus servicios en empresas públicas o privadas; El régimen voluntario, al cual pertenecerán aquellos que sin tener un empleo o salario fijo (obreros, campesinos, ambulantes, trabajadores de industrias familiares, pequeños artesanos, trabajadores domésticos, ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios) podrán incorporarse a los beneficios del IMSS.

La Secretaría de salud proporciona atención y otros servicios sanitarios a la población general (especialmente no derechohabiente), bajo los principios de universalidad y gratuidad. Los pacientes que acuden a estos servicios suelen ser, en general, de un nivel socioeconómico inferior que los derechohabientes del IMSS. y la Secretaría de Salud atiende generalmente a población ubicada en las labores agrícolas y a grupos de trabajadores por cuenta propia.



### 1.1.3. SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

La Ley General de Salud tiene como objetivo preciso, por un lado, definir la naturaleza del derecho a la protección de la salud y por otro, establecer las bases legales del Sistema Nacional de Salud (SNS), creado en 1983, el cual actúa como mecanismo de coordinación de las dependencias y entidades públicas del sector público, tanto federal como local, y de las personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud.

El Estado como responsable de organizar el sistema de planeación democrática del desarrollo nacional, emplea al Sistema Nacional de Salud para que conjuntamente estos sectores se integren en un sólo sistema, de esa forma, se le confiere a la Secretaría de salud, la responsabilidad de coordinar a todo el Sistema.

Los objetivos de este sistema van encaminados a proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, contribuir al desarrollo demográfico del país, atender los problemas sanitarios primordiales, colaborar al bienestar social, al desarrollo de la familia y comunidad, a impulsar un sistema nacional de administración y desarrollo de recursos humanos para mejorar la salud y a contribuir al desarrollo democrático del país. Estableciendo las siguientes estrategias para lograr una mayor efectividad de los servicios:

**Sectorización.**- Bajo la acción coordinadora de la Secretaría de Salud, se establece la coordinación programática y se complementa las acciones entre dependencias y entidades que prestan servicios de salud en torno a

los programas sectoriales de corto y mediano plazos, la coordinación intersectorial es dada para lograr la vinculación de las acciones del sector salud con las que llevan a cabo otros sectores preferentemente cuando realizan acciones para la salud, como pueden ser entre otras: las relacionadas con ambiente , nutrición, formación de recursos humanos, investigación, asistencia social, control sanitario y producción, distribución y comercialización de los insumos esenciales para la salud.

**Descentralización**.- la descentralización de los servicios de salud a través de la transferencia gradual de los servicios de atención a población abierta a las entidades federativas y desconcentración de los sistemas federales de seguridad social, integrándose sistemas estatales de salud.

**La Modernización Administrativa**.- Comprende la articulación del Sistema Nacional de Salud y el hacer más racionales la estructura y funcionamiento de las dependencias y entidades, a fin de que cumplan mejor sus cometidos, y por ello se identificaron las siguientes áreas de atención prioritarias; programación y presupuestación, estructuración institucional y sectorial, adecuación del marco jurídico, mejoramiento y racionalidad de los servicios al público.

Para la coordinación de las acciones en materia de salud entre el Ejecutivo federal y los gobiernos de las entidades federativas y con su participación en los casos necesarios con los municipios, se instrumenta el Convenio Único de Desarrollo.

La Secretaría de Salud, como dependencia de la Administración Pública Federal, tiene la responsabilidad de ser coordinadora del Sector Salud,

además de conducir las políticas del Plan Nacional de Desarrollo, la programación, coordinación y evaluación de las operaciones que en materia de salud, se instrumenten dentro de la administración pública centralizada y paraestatal, Como coordinadora del Sector Salud tiene la responsabilidad de propiciar la participación de las tres instancias de gobierno y de los sectores público, social y privado, así como la de realizar acciones concretas como dependencia de la Administración Pública Federal para descentralizar los servicios de salud a nivel estatal.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Fundación Mexicana Cambio XXI, Luis Donaldo Colosio. **Retos y propuestas. Salud y Seguridad Social**, México, 1995, pp. 23-24

## **1.2 DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO.**

### **1.2.1. ANTECEDENTES**

En la década de los ochenta, la descentralización de la vida nacional constituyó una tesis rectora del Gobierno de la República. En el área de la salud, este proceso originó profundas transformaciones estructurales, tales como la elevación a rango constitucional del derecho a la protección de la salud y el establecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud, aspectos que se reglamentan en la Ley General de Salud. (art. 3º de la Ley General de Salud)

La descentralización consiste en la transferencia de facultades, programas y recursos a una entidad con personalidad jurídica y patrimonio propio, con autonomía técnica y orgánica, aún cuando a nivel central se conserven las atribuciones de planeación, normatividad, control y evaluación de funciones.<sup>15</sup>

En este contexto la descentralización surge como respuesta a la renovación del federalismo, que contribuye a que los Poderes de la Unión expresen de una manera más efectiva la pluralidad política y la diversidad social de los mexicanos; redistribuyendo competencias, responsabilidades y capacidades de decisión, dotando de mayor eficiencia y transparencia a la gestión pública.

---

<sup>15</sup> DE LA FUENTE, Juan Ramón. SECRETARIO DE SALUD en *Federalismo y descentralización del Sector Salud*. Secretaría de Salud 1997.

Durante los últimos 15 años, la prestación de servicios a población abierta en el Distrito Federal era proporcionada fundamentalmente por unidades administrativas de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia y por el Departamento del Distrito Federal. La primera, a través de la Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal, responsable de la instrumentación de los programas de Salud Pública y de atención primaria, y por las Direcciones Generales de Asistencia Médica y Salud Mental de las que dependía la red hospitalaria, por el Departamento del Distrito Federal la Dirección General de Servicios Médicos ha sido la responsable de la prestación de servicios, básicamente de primer y segundo niveles de atención.

Adicionalmente en lo relativo al desarrollo de acciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios, la SSA contaba con la Dirección General de Inspección y Licencias Sanitarias.

La evolución Histórica ha dado cuenta que la presencia de estas dos formas de prestación de servicios, han propiciado un sistema de salud complejo para el Distrito Federal, lo que dificulta el otorgamiento de los servicios.

Para atender esta problemática, la descentralización de los servicios de salud en el Distrito Federal constituye un instrumento que permite reencauzar y reordenar la operación de las unidades de atención primaria y hospitalaria, al propiciar una coordinación programática entre ambas dependencias y posteriormente acceder a la integración organizativa y funcional.

El propio Programa Nacional de Salud 1984-1988, refiriéndose al Distrito Federal, establece que la integración orgánica estaría consumada bajo un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, formalmente sectorizado y sujeto a la coordinación programática y funcional de la Secretaría de Salud.

El proceso de descentralización de los servicios de salud emprendido por el Gobierno federal, ha exigido la transformación de las estructuras legales en que se ha sostenido la responsabilidad del estado para proteger la salud de sus ciudadanos.

Hay que resaltar que la descentralización de los servicios de salud no constituye una decisión unilateral de la federación, sino un esfuerzo conjunto para la adecuación de esquemas jurídicos federales y estatales en materia de salud y bienestar social, el establecimiento de instrumentos de coordinación y el diseño de planes y programas articulados y correspondientes.

En primer término, uno de los propósitos más destacados del Gobierno Federal, lo constituye la reorganización y modernización de los servicios de salud mediante la integración de un Sistema Nacional de Salud coordinado por la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En cumplimiento a lo establecido en la Constitución y en el Plan Nacional de Desarrollo, el 30 de agosto de 1983 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el decreto que establece las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud.

La estrategia del Gobierno Federal para la instrumentación jurídica, administrativa, programática y financiera de compromisos entre la federación y las entidades federativas se ha conducido a través del diálogo y la articulación de propósitos y acciones.

Así, el 7 de Agosto de 1984 se suscribieron entre las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación, de Salubridad y Asistencia y el Departamento del Distrito Federal, las bases de coordinación que establecen el Gobierno Federal y el Gobierno del Distrito Federal para instituir una comisión de trabajo encargada de normar, programar, evaluar y controlar ese proceso.

La descentralización propició, en los años ochenta, la unificación inmediata de los servicios de atención a población abierta en algunos estados, pero siguió una filosofía gradualista para ceder los recursos, este proceso tuvo pocos efectos tangibles en el control de los estados sobre los procesos y los recursos.

La coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud debe fortalecerse en los aspectos normativos, de regulación y operación de los servicios, especialmente en lo que corresponde a la rehabilitación y ampliación de infraestructura, la dotación de insumos y tecnología apropiada, la resignación y capacitación de recursos humanos para evitar insuficiencias y la normalización para propiciar la homogeneidad en la

atención y mejoría de la calidad a través de mecanismos de certificación.<sup>16</sup>

En consecuencia, debe buscarse una amplia concertación con los sectores social y privado, en especial con la participación de los organismos no gubernamentales, estableciendo una firme cadena de responsabilidades que surja y se instaure desde la comunidad, que es en donde finalmente se encuentran las personas y sus necesidades.

Con el objeto de lograr una regionalización adecuada para la cabal operación de los servicios de atención a la salud y de regulación así como fomento sanitarios, es conveniente completar y perfeccionar el proceso de descentralización, buscando su uniformidad en el ámbito nacional.

Este proceso comprende dos grandes áreas: la financiera y la sustantiva. La descentralización presupuestal se irá profundizando bajo la coordinación del Consejo Nacional de Salud e incluirá la descentralización de los diferentes capítulos que integran el presupuesto. La descentralización sustantiva otorgará a los estados mayor autonomía en el diseño de las estrategias de salud, que correspondan a sus necesidades y características demográficas, geográficas y epidemiológicas.

Para reanudar esta estrategia se tiene como principales objetivos propiciar una mayor eficiencia en el desempeño del sistema a través de una mejor asignación de recursos, un aumento de la capacidad y

---

<sup>16</sup>DE LA FUENTE, Juan Ramón. SECRETARIO DE SALUD en *Federalismo y descentralización del Sector Salud*. Secretaría de Salud 1997.



oportunidad de respuesta de las unidades operativas y una mayor transparencia en la distribución de responsabilidades.

Este nuevo sistema, descentralizado y plural, conferirá mayores responsabilidades y recursos a las autoridades locales, de esta forma, el Gobierno Federal tendrá márgenes mas amplios para desempeñar sus funciones rectoras.

Sin embargo, cabe señalar que la rectoría de la Secretaría de Salud respecto de la normatividad no puede ser objeto de descentralización, toda vez que es necesaria una instancia con atribuciones y facultades para dar congruencia a la regulación sanitaria y determinar el funcionamiento de los sistemas.

Es de señalar la importancia de este proceso de descentralización, si se considera que el Departamento del Distrito Federal, a partir de principios de siglo, ha venido integrando una amplia infraestructura de atención a la población que no goza de seguridad social.<sup>17</sup>

Este esfuerzo de atención concurre con el que realiza la Secretaría de Salud en beneficio de la población abierta del Distrito Federal, por lo que se ha estimado necesario que ambos servicios institucionales se vayan aproximando de modo que pueda arribarse a la integración orgánica bajo una sola potestad operativa, con lo que se busca evitar duplicidades y falta de coordinación, elevar la calidad de los servicios y ampliar la

---

<sup>17</sup> EIBENSCHUTZ, Thelma. Historia de la Política Sanitaria en México. UAM, Xochimilco, pp 148-149. México, D.F.

cobertura al aprovechar la capacidad instalada en beneficio de aquella población que aún tiene difícil acceso a los servicios.

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 garantiza un paquete básico de servicios de salud que contiene un irreductible de acciones para todos los mexicanos, cuyo eje sean los programas de vacunación, nutrición y salud reproductiva. La operación de este paquete básico permitirá la integración horizontal de los servicios de salud, con lo que se impulsa la descentralización.

El paquete de servicios esenciales de salud es la protección básica que en materia de salud debe ser accesible a la totalidad de la población. Incluye tres tipos de servicios: de salud pública, de extensión comunitaria y clínicos. Los servicios de salud pública son aquéllos que se aplican a grupos de población o al ambiente, los servicios de extensión comunitaria se otorgan en los lugares en los que las personas realizan sus actividades. Los servicios clínicos se prestan en las unidades de primero y segundo nivel de atención médica.

Este paquete básico de Servicios de Salud comprende 12 intervenciones:

- 1.- Saneamiento básico a nivel familiar (agua potable y eliminación de excretas)
- 2.- Manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar.
- 3.- Tratamientos antiparasitarios a las familias.
- 4.- Identificación de signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas y referencia a unidades de atención médica.
- 5.- Prevención y control de tuberculosis pulmonar

- 6.- Prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus.
- 7.- Inmunizaciones.
- 8.- Vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño
- 9.- Distribución de métodos anticonceptivos
- 10.- Atención prenatal, del parto y puerperio
- 11.- Prestación de primeros auxilios
- 12.- Formación de comités de salud.

Por lo tanto, la descentralización en el Distrito Federal se conducirá de conformidad con el modelo y la normatividad diseñados por la Secretaría de Salud y por los acuerdos de coordinación que se suscriben entre esta y el Departamento del Distrito Federal, y abarcarán las materias de Salubridad General definidas en la Ley General de Salud y otorgará particular énfasis y prioridad a los servicios básicos de atención médica, Salud Pública y asistencia social.

Asimismo, la descentralización en el Distrito Federal se orientará por los principios y propósitos del Sistema Nacional de Salud y se dirigirá a la integración de un sistema local de salud que planee, organice y articule las acciones de los sectores público, privado y social en materia de salud a través de la formulación y desarrollo de programas locales.

Este proceso procurará que se impulse la transferencia de facultades, programas y recursos hacia las delegaciones políticas y otros esquemas de regionalización de servicios.

En consecuencia, los problemas de salud en el Distrito Federal no se verán resueltos con la sola federalización de los servicios de salud, sino que requiere del esfuerzo de todos los individuos, sectores e instituciones para lograr un Sistema de salud capaz de obtener la efectividad que requiere esta gran Ciudad.

## APARTADO 2: PANORAMA DE SALUD DE LA POBLACIÓN ABIERTA DEL D.F.

### 2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ABIERTA EN EL D.F.

Más de la mitad de la población mundial padece una insuficiente atención de salud, o no la recibe. La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece, que la cobertura de servicios de salud es el resultado de una oferta eficaz y sistematizada de servicios básicos en la materia, que satisfagan las necesidades de toda la población y se proporcionen en forma continua, en lugares accesibles; de manera aceptable para la comunidad, asimismo, dicha oferta debe garantizar la entrada a los diferentes niveles de atención de los sistemas de servicios de salud.<sup>18</sup>

Así el término cobertura se aplica a un proceso en que se encuentran, por un lado, las aspiraciones, demandas y necesidades de los grupos humanos, y por otro, los recursos disponibles y sus posibles combinaciones administrativas y tecnológicas.

El acceso a los Servicios de Salud es una condición para lograr la mayor cobertura. Para que los servicios sean accesibles, deben existir los siguientes factores: oferta continua y sistemática de los servicios, y que estén al alcance de las comunidades desde los puntos de vista geográfico (distancia, tiempo, medios de transporte), económico (ausencia de cuotas de recuperación, pago por servicios o contribuciones en el momento de

---

<sup>18</sup> Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 6 al 12 de Septiembre de 1978.

de recuperación, pago por servicios o contribuciones en el momento de recibir la prestación), cultural (armonía entre las normas de prestación de los servicios, por una parte, y los valores, hábitos, patrones culturales y costumbres de las comunidades, por la otra) y funcional (servicios oportunos, permanentes, con tecnología apropiada y mecanismos de referencia que aseguren el fácil tránsito al nivel de atención que sea requerido, para que la unidad sea calificada como eficiente y aceptada por la comunidad).

Actualmente, para mejorar la oferta de los servicios, la descentralización de los servicios de salud permitirá la distribución de los recursos de acuerdo con los niveles de atención, con el fin de proporcionar asistencia igualitaria y de alta calidad a toda la población, coordinando los recursos disponibles para utilizarlos mejor y sin duplicaciones innecesarias.

Las necesidades de salud en México son atendidas simultáneamente por los sectores público, social y privado. Este último no tiene una cobertura legal asignada sino una capacidad de oferta que atiende una demanda efectiva.

Las instituciones de seguridad social fijan su cobertura legal de acuerdo con un indicador de personas por asegurado, no obstante, en realidad sólo atienden, en materia de salud a las registradas en las unidades de atención médica, que según estudios previos representan entre 60 y 65% de la cobertura legal. Por esta razón se considera como *población cubierta* por servicios de salud a la población usuaria de los mismos.

Para fines de este trabajo, se tomaron en cuenta las definiciones establecidas en el Estudio de regionalización operativa, que a su vez emanan del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta.

*\*Población abierta:* habitantes que no cuentan con servicios de atención médica de la seguridad social.

*\*Cobertura de los servicios de salud:* proporción de la población que dispone de servicios de salud.

*\*Población sin acceso:* población residente fuera del área de influencia de una unidad.\*

Se permite describir la distribución de la población total según su condición de cobertura; las localidades con población sin acceso a servicios de salud, según su tamaño, la proporción de población sin acceso a servicios de salud según el tamaño de localidad donde reside, y la distribución y proporción de la población sin acceso según grado de marginación.

---

\* Definiciones dadas en la Organización Panamericana de la Salud. *Extensión de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad.* IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Documento Oficial no. 118. 1977.

## 2.2 INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL D.D.F.

La equidad en salud debe estar referida a la provisión adecuada de los servicios de salud y por tanto la finalidad de alcanzar distribuciones más equitativas en esa provisión se deben dar en la medida de que se amplíe la cobertura de los servicios.<sup>19</sup>

La Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal, mediante estrategias de atención integral y escalonada por niveles, otorga servicios de diferente complejidad, lo que constituye la respuesta institucional al compromiso del Gobierno de la Ciudad para atender las necesidades de salud de sus habitantes.

*Cuenta con:*

7 Hospitales Generales:

Milpa Alta, Villa, Iztapalapa, Xoco, Ruben Leñero, Balbuena y  
Dr. Gregorio Salas

11 Hospitales Pediátricos:

Tacubaya, Iztapalapa, Xochimilco, San Juan de Aragón, Coyoacan,  
Moctezuma, Iztacalco, Villa, Azcapotzalco, Legaria, Peralvillo y  
Tacubaya.

7 Hospitales Materno Infantiles:

Dr. Nicolás M. Cedillo, Topilejo, Magdalena Contreras, Cuauhtemoc,  
Cuajimalpa, Iztacalco e Inguarán.

16 Jurisdicciones Sanitarias, distribuidas una en cada delegación política.

---

<sup>19</sup> Secretaría de Salud. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, Dirección General de Coordinación Sectorial e Internacional. *Inequidad y Rezago en las Condiciones de salud. Diferencias Regionales y estatales*. México, SS, 1995. pp 25-35



3 Centros de atención a grupos vulnerables (niños de la calle, discapacitados y 3a edad) en el Pediátrico de San Juan de Aragón, Iztacalco y Magdalena Contreras.

72 Consultorios Delegacionales,  
7 Unidades Fijas de Atención Primaria.  
26 Unidades Móviles,

Además de 43 Unidades Médicas en Agencias del Ministerio Público, 5 Unidades Médicas en Reclusorios, 2 Centros de Atención Toxicológica y un servicios médico en el Centro de Sanciones Administrativas.

La capacidad instalada consta de 2034 camas, 371 consultorios, 65 quirófanos, 21 salas de expulsión, 61 equipos de radiología y 21 equipos de ultrasonido.

Esto proporcionará atención de primer nivel a la población abierta de la ciudad de México que no tiene fácil acceso a los servicios de salud.

Las especialidades que ofrecen estas unidades cubren las cuatro ramas troncales de la medicina, en aspectos médicos y quirúrgicos, además de las clínicas de excelencia que operan en 11 Unidades Médicas.

Los avances en el abatimiento de la mortalidad en edades jóvenes son significativos, no obstante que la magnitud del fenómeno de la muerte en la infancia y la niñez tiene niveles todavía altos, en comparación con otros países. Las causas principales de muerte siguen siendo las asociadas a la precariedad, el atraso, la marginación.

Ahora bien, la desigualdad entre entidades se expresa también en los grupos contruidos para la regionalización. Esto quiere decir que, los estratos no son necesariamente homogéneos y que, las variaciones entre grupos y en su interior pueden ser importantes para explicar de mejor manera la desigualdad de la que se ha venido hablando.

El incremento en los precios de los servicios y productos de la salud ha sido muy superior a la de otros bienes y servicios y, sobre todo, a las remuneraciones. Aunque este problema no ha alcanzado en nuestro país la magnitud que en Estados Unidos-donde es el foco de atención de la reforma- de no controlarse oportunamente, amenaza con obstaculizar severamente la provisión de servicios.<sup>20</sup>

Cuatro delegaciones (Gustavo A. Madero, Azcapotzalco, Venustiano Carranza y Cuauhtémoc) en las que se concentra el 34.7% de la población, cuenta con la infraestructura de servicio acorde con las necesidades de sus habitantes. En contraste, las delegaciones de Iztapalapa, Tlalpan, Tláhuac y Milpa Alta, muestran un claro déficit de este servicio. Asimismo, existen disparidades en la dotación de servicios entre el Distrito Federal y los municipios conurbados, debido parcialmente, a las diferencias presupuestarias entre ambas entidades.<sup>21</sup>

La disponibilidad de recursos, así como la utilización de los servicios de salud son fenómenos solidarios de la condiciones socioeconómicas de la población, y a una cobertura precaria se le asocia frecuentemente el modo

---

<sup>20</sup> Fundación Mexicana para la Salud: *Demanda y Oferta de Servicios: Obstáculos a la mejoría del Sistema de Salud en México*. México, 1994, pp. 19-35

<sup>21</sup> Fundación Mexicana Cambio XXI, Luis Donaldo Colosio. *Retos y propuestas*. Ciudad de México, México, 1994, pp. 10-25

en que viven las personas y sus condiciones. Los recursos para la salud en México están inequitativamente disponibles por entidades federativas; bajo la premisa de que las necesidades potenciales son similares para cada estado.

La existencia de grupos poblacionales que no tienen acceso a los servicios de salud generalmente coinciden con el desempleo, subempleo, alimentación insuficiente, vivienda inadecuada e insalubridad general, lo que en conjunto repercute negativamente en la calidad de vida.

## **APARTADO 3: MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD.**

### **3.1 POLÍTICAS DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACIÓN ABIERTA EN EL DISTRITO FEDERAL.**

La salud está íntimamente vinculada con el desarrollo de la nación. Para que exista progreso es indispensable un Sistema de Salud que atienda con equidad, oportunidad y calidad a todos los mexicanos. Proteger y mejorar la salud del individuo y la colectividad, es el objetivo central de la reforma.

Por ello, la Secretaría de Salud ha iniciado la descentralización de los servicios, con el fin de transferir decisiones y acciones al lugar de los hechos de los actores. En consecuencia, se han fortalecido las instancias para una adecuada coordinación del sistema: el Gabinete de Salud y el Consejo Nacional de Salud creado por acuerdo presidencial en marzo de 1986.

El Consejo Nacional de Salud ha fungido, en el proceso de descentralización como órgano coordinador y concertador entre las autoridades centrales y las autoridades estatales. Para cumplir con su labor creó cinco comisiones de trabajo: de ampliación de la cobertura, de mejora de la calidad de la atención, de vinculación entre la jurisdicción sanitaria y los municipios, de fortalecimiento de los recursos humanos, y, por último de fortalecimiento de los recursos financieros y materiales.

<sup>22</sup>Las principales acciones emanadas de Consejo se han concentrado en las siguientes estrategias:

1.- Descentralización de los Servicios de Salud a población abierta, con la finalidad de que todos los estados y el Distrito Federal asuman las facultades, las decisiones, las responsabilidades y el control sobre la asignación, el uso de los recursos, que permitan a las autoridades locales una gestión descentralizada real, a partir de las necesidades y prioridades de la comunidad local.

2.-Ampliación de la cobertura, dirigida a una población aproximada de diez millones de mexicanos que no recibe servicios de salud en forma regular a través de una paquete básico de servicios de salud ( en el Distrito Federal 3 millones 800 mil aprox.) Esta es una iniciativa directamente vinculada con el proceso de descentralización, ya que serán los servicios estatales los encargados de aplicar el paquete, mediante una acción coordinada con las autoridades municipales y los comités de salud. Su operación desde una gestión descentralizada, coordinada e integral, deberá dar respuestas mas ágiles y efectiva a los problemas y necesidades locales.

3.- Programa emergente de atención a los grupos más vulnerables.

4.- Programa Municipio Saludable.

En este contexto, el Consejo Nacional de Salud se constituye como la instancia permanente de coordinación entre la Federación, los estados y

---

<sup>22</sup> Mercedes, Juan. "El Consejo Nacional de Salud" México, Secretaría de Salud. Cuadernos Núm. 2

el Distrito Federal, para la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud en el país, es el foro de máximo nivel para la concertación de las acciones y recursos en favor de la descentralización de los Servicios de Salud a población abierta.

El Consejo está integrado por el Secretario de Salud, como presidente, y por los 32 titulares de los Servicios de Salud en las entidades federativas, como consejeros.

Cuenta además con un Comité Asesor formado por los subsecretarios de Servicios de Salud, de planeación, de fomento sanitario y por el Oficial Mayor; asimismo, cuenta con un Secretariado Permanente. Así los trabajos del Consejo se han orientado a fortalecer y extender la descentralización a la totalidad de las entidades federativas, entendida ésta como el proceso político, jurídico y administrativo de transferencia de facultades, funciones, programas y recursos de la Federación a los gobiernos locales.

Al Consejo le corresponde:

- Consolidar el Sistema Nacional de Salud y apoyar los sistemas estatales de salud.
- Consolidar el proceso de descentralización a los estados de los servicios de salud para población abierta.
- Proponer lineamientos para coordinación de acciones de atención en las materias de salubridad general.
- Unificar criterios para el correcto cumplimiento de los programas de salud pública.

**-Opinar sobre la congruencia de las acciones a realizar para la integración y funcionamiento de los sistemas estatales de salud.**

**-Llevar el seguimiento de las acciones derivadas del programa de descentralización.**

**-Apoyar la evaluación de los programas de salud en cada entidad federativa.**

**-Fomentar la cooperación técnica y logística entre los servicios estatales de salud en toda la República.**

**-Promover en las entidades federativas los programas prioritarios de salud.**

**El proceso de descentralización de los Servicios de Salud contempla 3 etapas:**

#### **1.- Coordinación Prográmatica**

**Diagnóstico de Salud del Distrito Federal.**

**Diagnóstico Operacional de los Servicios de Salud**

**Modelo de Sistema de Servicios de Salud para el Distrito Federal**

**Programa de Modernización técnico-administrativa**

**Programa de Reordenamiento de la infraestructura hospitalaria.**

**Proceso de Homologación Salarial**

**Ley de Salud del Distrito Federal**

**Sistemas de cuotas de recuperación.**

#### **2.-Integración Funcional.**

**Modelo de prueba en la Delegación Política de Milpa Alta**

**Prueba de los elementos anteriores**

### **3.- Integración Orgánica.**

**Instrumentar la integración orgánico-funcional por áreas, de los niveles centrales al organismo público desconcentrado.**

**Instrumentar el esquema normativo del nuevo organismo responsable de las acciones de salud a población abierta del Distrito Federal.**

**Integrar los recursos de la Secretaría de Salud y del Departamento del Distrito Federal, a fin de atender la salud de la población abierta del Distrito Federal.**

**En el momento presente, los avances que se han tenido de este proceso son los que se marcan a continuación:**

**-Homologación programático-normativa**

**-Homologación laboral y salarial de los trabajadores de la rama médica y paramédica del D.D.F.**

**-Desarrollo del Programa de reordenación de la atención hospitalaria**

**-Desarrollo del Diagnostico de salud de la Ciudad de México.**

**-Diseño del Modelo de atención del Sistema de Salud para población abierta.**

**-Desarrollo del marco normativo de los Servicios de Salud.**

**-Generación del Marco Jurídico sobre salud en el Distrito Federal, a través de la Ley de Salud Local.**

**Como se puede apreciar, se tiene de hecho generado el Modelo Básico de Operación para llevar a cabo la descentralización, estando pendientes los pasos que son parte ya del proceso en sí:**



- 1.-Acuerdo de creación del Instituto de Salud del Distrito Federal
- II.-Modificaciones a la Ley Orgánica del Departamento del Distrito Federal.
- III.-Modificaciones a la Ley de Salud para el Distrito Federal
- IV.- Negociación sindical en ambas instituciones.
- V.- Aprobación y firma del Acuerdo de Coordinación para la Descentralización.
- VI.-Acuerdo de creación de las instancias descentralizadas dependientes del Instituto para la prestación de la atención hospitalaria y la de 1er. nivel.
- VII.-Reforzamiento financiero de ambas instituciones para mejoramiento de imagen (con base en la consideración de las máximas autoridades).
- VIII.-Coordinación Funcional de ambas instituciones.

### 3.1.1 FUNDAMENTO JURÍDICO

**"Decreto por el que se crea el organismo descentralizado de la Administración Pública del Distrito Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, denominado Servicios de Salud Pública del Distrito Federal" Diario Oficial del 03 Julio de 1997.**

El organismo prestará atención médica a la población abierta del Distrito Federal, así como Servicios de Salud Pública a toda la población de la entidad.

Contará con un órgano de Gobierno que se integrará, entre otros, con la representación del Gobierno del Distrito Federal, así como con un representante de la SSA y con uno de los trabajadores que será designado por el Comité Ejecutivo Nacional del SNTSA.

Como fundamento legal al proceso de descentralización de los servicios de salud en el Distrito Federal tenemos:

-La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4º y 122. Reglamentaria del Apartado B del artículo 123.

-La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Artículos 31,37 y 39,

-Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, artículos 10 y 17 en relación con el decimosegundo transitorio.

-Ley de Planeación. Artículos 33,34,35 y 36.

**-Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 1997, artículos 21, 22 y 23 del Decreto.**

**-Ley General de Bienes Nacionales, artículo 17, fracción 111, 28,37, 58, fracción IV, 79 y 81 .**

**-Ley General de Salud. artículos 3, 4, 7, 9, 12, 13, 181, 194, 199, 300, 301, 302, 313, 393 y demás relativos de la Ley General de Salud.**

**-Ley Federal del Trabajo, artículo 41 en relación con el 11 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.**

**-Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, artículo 8º, fracción 11, y 67, fracción XXI.**

**-Ley de Salud para el Distrito Federal. Artículos 1º y 3º, al 15.**

### 3.1.2 INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACIÓN ABIERTA DEL D.F.

De acuerdo al Diario Oficial de la Federación del 03 de Julio de 1997, el Distrito Federal instrumentará las acciones necesarias para la operación del Instituto de servicios de salud del D.F. creado por la Ley de salud para el Distrito Federal, en su artículo 7º, para que planee, organice y desarrolle el Sistema de Salud del Distrito Federal.

Este Instituto operará con base en:

- Las políticas y normatividad que en materia de salud resulte aplicable.
- Se encargará principalmente de los servicios de salud pública y de la atención médica de primer nivel.
- Contara con un órgano de gobierno que se integrará, entre otros, con la representación del Gobierno del Distrito Federal, así como con un representante de la SSA y con uno de los trabajadores que será designado por el Comité Ejecutivo Nacional del SNTSA.

Así tendrá las siguientes atribuciones:

- Organizar, operar y evaluar la prestación de los servicios de salud Pública, de atención médica de primer nivel y otros servicios, que conforme el proceso de descentralización lo vaya requiriendo.
- Desarrollar actividades tendientes al mejoramiento y especialización de los servicios a su cargo

**-Intervenir en los programas de formación de recursos humanos para la atención de la salud que instrumente el Gobierno Federal, vinculados a los servicios a su cargo.**

**-Desarrollar programas de investigación relativos a los servicios de Salud Pública y de atención médica.**

**-Promover la ampliación de la cobertura en la prestación de los servicios a su cargo.**

**-Captar y administrar los recursos que le sean asignados, así como las cuotas generadas por la prestación de los servicios bajo su responsabilidad.**

Tanto el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 transferirán al Distrito Federal los recursos y apoyos técnicos y operativos de la Secretaría de Salud destinados a la atención de la población abierta, con el fin de acercar a los ciudadanos las instancias de decisión y resolución de los problemas.

Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, como parte del Sistema de Salud del Distrito Federal, tendrá por objeto prestar los servicios de salud pública y de atención médica de primer nivel en el Distrito Federal.

Este organismo podrá organizar, operar y evaluar la prestación de los servicios de salud pública, de atención médica de primer nivel y otros servicios que, conforme al proceso de descentralización se le encomienden,

Cabe mencionar que una de las acciones principales para consumir el proceso de descentralización es el que debe contarse con un presupuesto único con metas consolidadas en un arranque de ejercicio, lo que nos hará pensar que consumir estas acciones en el Distrito Federal sólo podrían ser contempladas a partir del ejercicio 1998.

Para la creación del Instituto de Salud del Distrito Federal se considera que no existiría ningún inconveniente para su pronta operación, dado que genera beneficios inmediatos tales como el control y la responsabilidad como autoridad sanitaria del Gobierno de la Ciudad, con lo que se puede cumplir lo estipulado por la Ley de Salud para el Distrito Federal en vigor a partir de 1987.

Además esta sola atribución favorecería la coordinación del Gobierno local y la aplicación de acciones coordinando a todas las instituciones. Lo único que se requeriría es la firma del Decreto por el Gobierno de la Ciudad y una mínima inversión para la creación de una estructura simplificada pequeña.

Debe destacarse como ventaja el que este instituto, que depende de las autoridades del Departamento del Distrito Federal, fungirá ya como el organismo coordinador del proceso de Descentralización, lo cual facilitará aún más el desarrollo de éste.

No debemos descartar que una de las acciones principales para consumir el Proceso de Descentralización es el que debe contarse con un presupuesto único con metas consolidadas en un arranque de ejercicio, lo

que nos haría pensar que consumir estas acciones al Distrito Federal solo podrían ser contempladas a partir del ejercicio 1998.

Es así como el proceso de descentralización de los Servicios de Salud emprendido por el Gobierno Federal, ha exigido la transformación de las estructuras legales en que se ha sostenido la responsabilidad del Estado para proteger la Salud de sus ciudadanos.

Cabe resaltar que la descentralización de los Servicios de Salud no constituye una decisión unilateral de la federación, sino un esfuerzo conjunto para la adecuación de esquemas jurídicos federales y estatales en materia de salud y bienestar social, el establecimiento de instrumentos de coordinación y el diseño de planes y programas articulados y correspondientes.

El Secretario de Salud, Juan Ramón de la Fuente afirmó que la descentralización evitará duplicidades sobre todo en los servicios que se ofrecen a la población abierta, la cual no tiene acceso a la seguridad social, y es necesario contar con sistemas únicos que permitan servicios de salud preventivos y curativos a los cerca de 40 millones de mexicanos que forman este sector:

**"Es claro que nuestro sistema de salud muestra signos de agotamiento bajo su esquema actual, resultado de una organización centralista y de los vacíos de cobertura que a la fecha han sido insuperables."** <sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> El Día. El Sistema de Salud está agotado: Juan Ramón de la Fuente, 4 Mayo 1995, p.5

### 3.2 ECONOMÍA Y FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL D.F.

La salud en México está viviendo uno de sus momentos de definición, tras medio siglo de avances, el sistema de salud debe ahora enfrentar un conjunto de nuevos retos, generados por las complejas transiciones de fin de siglo. El país se ha transformado; el sistema de salud también debe hacerlo si quiere responder a las nuevas realidades nacionales y mundiales. para poder entender tales retos es necesario tener presente que existe un profundo vínculo de retroalimentación entre la salud y la economía.<sup>24</sup>

En primer lugar la atención a la salud representa una de las piezas fundamentales de la estrategia de lucha contra la pobreza, en segundo lugar se ha ido consolidando una vasta industria de la salud, al lado del financiamiento y la prestación de servicios, esta industria abarca un vigoroso conjunto de productores y distribuidores de insumos, en tercer lugar, la inversión productiva en salud tiene un efecto positivo sobre toda la actividad económica, pues incrementa la calidad del capital humano; mejora la productividad y la competitividad, genera empleo, alienta la investigación científica y estimula la innovación tecnológica.

El gasto inadecuado en salud tiene un efecto negativo sobre la economía, pues agrava la inflación, reduce la competitividad y distrae recursos para el bienestar. Por lo que se hace indispensable realizar un esfuerzo social

---

<sup>24</sup> Fundación Mexicana Cambio XXI, Luis Donaldo Colosio. Retos y propuestas. Salud y Seguridad Social, México, 1995, p. 45



que garantice que los recursos aplicados a la atención de la salud se aprovechen de la mejor manera posible.<sup>25</sup>

A pesar de los notables avances alcanzados durante la última década, persisten núcleos importantes de población que aún no cuentan con acceso fácil a los servicios propuestos.

Es responsabilidad del Estado asegurar la protección básica en materia de salud a la totalidad de la población, por lo que los recursos para alcanzar la cobertura universal del paquete de servicios esenciales de salud deberán proceder primordialmente de impuestos generales, aunque al menos, parte de ellos, podrían constituirse como subsidios a un seguro básico de salud que se complementaría con contribuciones proporcionales al ingreso familiar, también con el apoyo solidario de las instituciones de seguridad social.

El punto de partida para el financiamiento del programa son los recursos que actualmente destinan las instituciones públicas, En cada caso, se justificarán los recursos adicionales necesarios mediante los criterios de captación que se determinen. En donde ya existen servicios satisfactorios, únicamente se plantearán necesidades de recursos adicionales para programas especiales que resulten prioritarios con base en criterios de relación entre costo y efectividad.

Las políticas de salud en México han apoyado siempre un mayor gasto per cápita en la población asegurada que en la no asegurada, pues el gasto asignado a las distintas instituciones públicas de salud deja ver

---

<sup>25</sup> *Ibíd.* p.46

insuficiencia de recursos para aquéllas que atienden a la población no asegurada.

El incremento en los precios de los servicios de salud o su inflación tiene tres causas generales: el aumento en la demanda de servicios cuando la oferta de los mismos no se incrementa de manera correspondiente; cambios en la forma de producción y en el tipo de los bienes y servicios que se ofrecen, y el incremento en las ganancias y recuperaciones de los proveedores.

Entre 1981 y 1994 la inflación en servicios personales de salud y medicamentos ha sido más elevada que la del índice general de precios, Un ejemplo claro es que en casi 13 años el índice general de precios se ha incrementado 172 veces y el índice de remuneraciones 121, pero los precios de los bienes y servicios de salud han aumentado 215 veces.<sup>26</sup>

Esto ha significado casi una duplicación en los precios de la atención y los medicamentos para el consumidor. Esta inflación de los precios de la salud ha tenido un impacto sobre la capacidad de financiamiento en la seguridad social. En 10 de los últimos doce años, el IMSS ha sostenido el financiamiento del seguro de salud y maternidad recurriendo a prestamos derivados de las contribuciones a otros seguros. Con esto podemos afirmar que el diagnóstico de la insuficiencia de recursos para la salud de un país parte de las necesidades insatisfechas, de la riqueza disponible y de la importancia que la sociedad confiere a la salud.

---

<sup>26</sup> SEGURIDAD SOCIAL, Reforma Profunda, El Cotidiano, No. 78. Septiembre 1996. México D..F

Podemos decir, que un mayor gasto en salud o la mayor disponibilidad de recursos no se traduce necesariamente en mejores niveles de salud. No obstante, las condiciones de salud más desfavorables en los países con mayor gasto sugieren que en México si necesitamos una mayor asignación de la riqueza nacional al cuidado de la salud.

El incremento en los precios de los servicios y productos de la salud ha sido muy superior a la de otros bienes y servicios y, sobre todo, a las remuneraciones. El IMSS muestra ya evidencia de los estragos de la inflación, siendo que tiene un alto déficit financiero.

La comparación de México en el contexto latinoamericano deja ver desde otra perspectiva la insuficiencia de recursos destinados a la salud. México ocupa el noveno lugar en mortalidad infantil y séptimo en esperanza de vida, a la par de Ecuador, uno de los países más pobres. México tiene los peores indicadores de salud dentro de los países de ingresos medios de la región.

Ahora bien, el costo de la salud es, desde hace varios años, una discusión complicada, pues la introducción de nuevas tecnologías no necesariamente genera abaratamiento de la atención médica, sino que parecería ser que esta ocurriendo lo contrario.

Con esto podemos decir, que, además de la reducción global del financiamiento del sector, que dificulta la ampliación de la cobertura y la homogeneización y elevación de la calidad de los servicios, se trasladó el peso del recorte presupuestal a las instituciones que atienden a la

población sin seguridad social y a los programas de desarrollo de infraestructura, de prevención y promoción de la salud.<sup>27</sup>

Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud y Oscar Espinosa Villareal, exregente capitalino y actual Secretario de Turismo, suscribieron los convenios de Descentralización de los Servicios de Salud y de Asistencia social en el Distrito Federal. Con la firma del primer convenio, se crea el organismo de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal que contempla otorgar atención de calidad, eficaz y homogénea a la población más desprotegida de la Ciudad de México.

"Este nuevo organismo rector contó con la transferencia de 10 mil 562 trabajadores de salud, un presupuesto de 534.8 millones de pesos, además de 238 inmuebles para atender a una población abierta de 3.8 millones de personas. Oscar Espinosa Villareal preciso que el instituto de servicios de salud publica contará ahora con una estructura de 22 mil 453 trabajadores, 21 unidades hospitalarias, 318 centros de atención de primer nivel y mas de dos mil camas censables. Lo anterior garantiza la aplicación de tres millones de vacunas, 4.5 millones de consultas, 600 mil urgencias, cuatro millones de exámenes de laboratorio, 350 mil estudios de rayos x y 110 mil egresos hospitalarios."<sup>28</sup>

Para 1998, el gobierno del Distrito Federal orientará su gasto a apoyar la reactivación económica, generando empleos en actividades que se realizarán en las Delegaciones, a canalizar fuertes inversiones en obra

---

<sup>27</sup> Olivia López Arellano y José Blanco Gil. *La Modernización Neoliberal en Salud. México en los ochenta.* México: UAM-X, 1993, p. 61

<sup>28</sup> "SS y DDF acuerdan crear nuevo organismo: Unifican Servicios de Salud y Asistencia Social del D.F." *Novedades, México*, 3 Julio 1997.

pública y a fomentar la inversión privada en la construcción de infraestructura.

La SSA diseñará una fórmula de asignación presupuestal que procure un trato equitativo al Distrito Federal, tomando en cuenta su población marginada y la población en iguales circunstancias del área conurbada, con base en los montos que se autoricen en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Asimismo la SSA transferirá al Organismo los recursos financieros que actualmente destina, para la operación de todas las unidades médicas y administrativas, así como los recursos materiales y humanos que han sido asignados al órgano desconcentrado de la propia SSA, Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal.

Es así como el Distrito Federal, a través de la Contraloría General, vigilará la adecuada administración de los recursos presupuestales que transfiera la SSA al Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, bajo los criterios de equidad y eficiencia.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## CONCLUSIONES

### I

El programa de Descentralización de Servicios de Salud debe contemplarse como el eje principal del Acuerdo Nacional para la Modernización del Sistema de Salud. La reorganización descentralizada del Sistema Nacional de Salud debe orientarse con precisión a fin de deslindar competencias, funciones, áreas geográficas y grupos sociales de responsabilidad, por institución, organismos involucrados y órdenes de gobierno.

El actual esquema de salud muestra disfuncionalidades que se agudizan día con día. El Distrito Federal requiere programas específicos para cubrir sus necesidades epidemiológicas e incrementar la cobertura, oportunidad y calidad de los servicios de salud.

Asimismo, es necesario unificar los esquemas públicos de prestación de servicios que hagan posible el uso racional de los recursos con una coordinación adecuada entre los diferentes niveles de atención.

### II

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 establece que los Servicios de atención a la población no asegurada operarán en forma descentralizada y que dicho proceso abarcará a todos los estados y al Distrito Federal a los que transferirán decisiones, responsabilidades y recursos que permitan a las autoridades locales un funcionamiento descentralizado real.

### III

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 es el instrumento mediante el cual el Gobierno de la República se propone alcanzar los objetivos que en materia de salud se definieron en el PND 1995-2000 y señala que la descentralización permitirá hacer una distribución mas racional del gasto federal en salud.

Este nuevo sistema, descentralizado y plural, conferirá mayores responsabilidades y recursos a las autoridades locales. De esta manera, el gobierno federal tendrá márgenes más amplios para desempeñar sus funciones rectoras.

Es importante señalar los beneficios que trae consigo la descentralización en el Distrito Federal, tales como:

-Reencauzar y reordenar la operación de las unidades de atención primaria y hospitalaria, al propiciar una coordinación programática entre ambas dependencias y posteriormente acceder a la integración orgánica y funcional así como una adecuada y uniforme aplicación de servicios y programas.

-Incrementar la cobertura, oportunidad y calidad de los servicios de salud y la atención integral.

-Lograr una regionalización adecuada para la cabal operación de los servicios de atención a la salud y de regulación así como fomento sanitarios.

**-Establecer las condiciones esenciales para lograr un avance efectivo en las relaciones gobierno-sociedad, en el marco de un nuevo federalismo.**

**-Propiciar una mayor eficiencia en el desempeño del sistema a través de una mejor asignación de recursos, un aumento de la capacidad y oportunidad de respuesta de las unidades operativas y una mayor transparencia en la distribución de responsabilidades.**

#### **IV**

**El proceso universal de la descentralización es el principal reto al que nos enfrentamos los mexicanos, ya que a través de esta opción el federalismo se convertirá en un instrumento eficaz para la consolidación del Estado Mexicano.**

**La Secretaría de Salud se encuentra inmersa en este proceso de reforma; en este sentido, podemos decir que la salud está íntimamente ligada al destino de la nación y que para que exista progreso es indispensable un Sistema de Salud que atienda con equidad, oportunidad y calidad a todos los mexicanos. Proteger y mejorar la salud del individuo y la colectividad, es el objetivo central de esta reforma de descentralización de los servicios de salud a población abierta.**

#### **V**

**La operación del paquete básico de servicios de salud es un instrumento para la equidad en la prestación de servicios de salud y constituye la estrategia fundamental para la ampliación de la cobertura de servicios.**



Proporcionar servicios de salud que sean más eficientes cada día, constituye un conjunto de actividades permanentes que van encaminadas a:

-Lograr la prestación de servicios básicos en las localidades, las jurisdicciones y las entidades federativas, con una oferta más organizada y eficiente.

-Dar satisfacción al personal, al dotarlo con los recursos necesarios para el desempeño de sus funciones.

-Promover nuestro Sistema de Salud con el propósito de mejorar el nivel de bienestar de la población, distribuir equitativamente los beneficios y la carga de los servicios, satisfacer a los usuarios y evitar dispendios.

# **ANEXOS**

# SECTOR SALUD

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

## SERVICIOS DE SALUD

I.M.S.S.

I.S.S.S.T.E.

### SUBSECTOR DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

HIM  
HOSPITAL INFANTIL  
NACIONAL  
DE MÉXICO

RESPIRATORIAS.

IMP  
INSTITUTO MEXICANO  
DE PSIQUIATRIA

INC  
INSTITUTO NACIONAL  
DE CANCEROLOGIA

INC  
INSTITUTO NACIONAL  
DE CARDIOLOGIA

INER  
INSTITUTO  
DE ENFERMEDADES

INN  
INSTITUTO NACIONAL  
DE NUTRICION

INNN  
INSTITUTO NACIONAL  
DE NEUROLOGIA Y  
NEUROCIROGIA

INP  
INSTITUTO NACIONAL  
DE PEDIATRIA

INP  
INSTITUTO NACIONAL  
DE PERINATOLOGIA

### SUBSECTOR DE ASISTENCIA SOCIAL

DIF  
DESARROLLO INTEGRAL  
DE LA FAMILIA

INSEN  
INSTITUTO NACIONAL  
DE LA SENECTUD

CIJ  
CENTROS DE INTEGRACION  
JUVENIL

### OTROS COMPONENTES

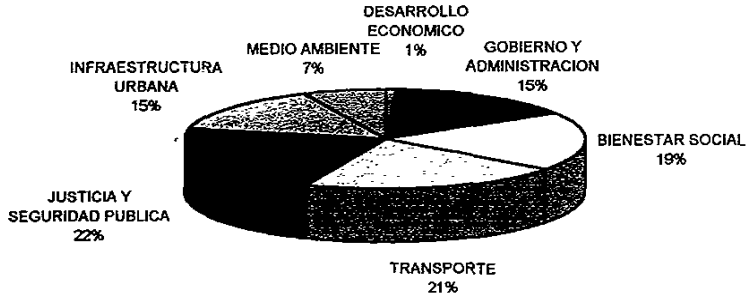
CMIMAC  
CENTRO MATERNO INFANTIL  
MAXIMINO AVILA CAMACHO

HGDMGG  
HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL  
GEA GONZALEZ.

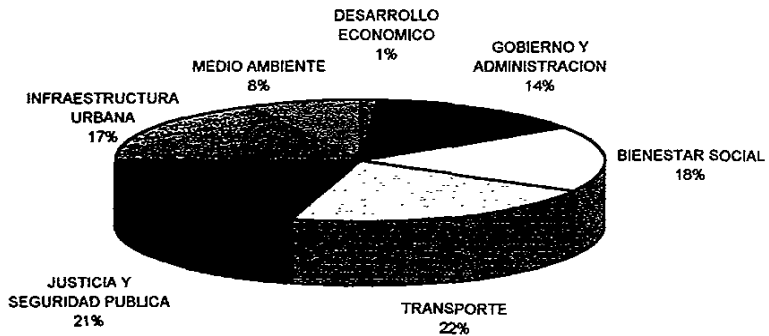
PAP  
PATRONATO PARA LA  
ASISTENCIA PRIVADA.

# DESTINO DEL GASTO PROGRAMABLE

## GASTO 1996: 29,276 MILLONES



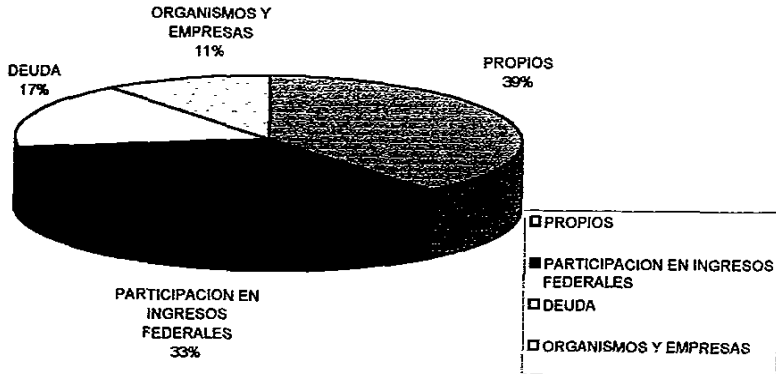
## PRESUPUESTO 1997: 34,367 MILLONES



# FUENTE DE INGRESOS

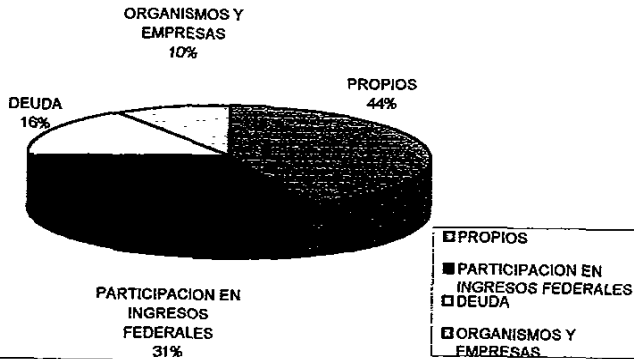
## INGRESOS DEL DISTRITO FEDERAL 1996

MONTO TOTAL: 30635 MILLONES DE PESOS



## INGRESOS DEL DISTRITO FEDERAL 1997

MONTO TOTAL: 37,005 MILLONES DE PESOS



## RECURSOS HUMANOS SEGUN TIPO

TIPO	DDF	SSA	TOTAL
MEDICOS	3,198	2,528	5,726
ENFERMERAS	3,247	2,485	5,732
OTROS PROFESIONISTAS		295	295
PARAMEDICOS		646	646
TECNICOS	1,162	814	1,976
ADMINISTRATIVOS	1,404	2,484	3,888
SERVICIOS GENERALES	2,692	1,636	4,328
<b>TOTAL</b>	<b>11,703</b>	<b>10,888</b>	<b>22,591</b>



**COSTO DEL INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

**RECURSOS QUE CONFORMAN EL INSTITUTO**

TIPO DE RECURSO	No.	COSTO ANUAL	
ESTRUCTURA	.21	2, 878, 359.00	A
TECNICO OPERATIVO (1)	112	6, 720, 000.00	B
CONTROL SANITARIO	326	19, 560, 000.00	C
<b>TOTAL</b>	<b>459</b>	<b>29, 158, 359.00</b>	
<b>COSTO DE OPERACIÓN</b>		<b>7, 289, 589.00</b>	D
<b>GASTO DE INVERSION (2) OPCIONAL</b>		<b>5, 000, 000.00</b>	E
<b>GRAN TOTAL</b>		<b>41, 447, 948.00</b>	

(1) NUEVO DESARROLLO

(2) EQUIPAMIENTO DE NUEVA AREA

- A) SE GENERA DE LOS AJUSTES ESTRUCTURALES A LAS DIRECCIONES GENERALES DE SERVICIOS DE SALUD DEL D.D.F. Y DE SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD.
- B) SE GENERA DE LA DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL D.D.F.
- C) SE GENERA DE LA DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA EN EL DISTRITO FEDERAL, DE LA SECRETARIA DE SALUD.
- D) SE GENERA DEL GASTO DE OPERACIÓN DE LAS DIRECCIONES GENERALES DE SERVICIOS DE SALUD DEL D.D.F. Y SALUD PUBLICA, DE LA SECRETARIA DE SALUD.
- E) INVERSION OPCIONAL QUE CONTEMPLA MOBILIARIO, EQUIPO DE COMPUTO Y REQUERIMIENTOS PARA EL INICIO DE OPERACIÓN.

COMO SE PUEDE APRECIAR, LA CREACION DEL INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD NO REQUERIRIA UNA EROGACION ADICIONAL CON LA UNICA EXCEPCION DE QUE SE PONDERARA COMO REFORZAMIENTO EL GASTO DE INVERSION



## BIBLIOGRAFÍA

**AYALA, Raúl., Shaffer Carlos. Salud y Seguridad Social. Perspectivas en Salud Pública.** Instituto Nacional de Salud Pública. México, 1991. pp. 13-25.

**LÓPEZ Arellano, Olivia., Blanco Gil, José. La Modernización Neoliberal en Salud.** México en los Ochenta. México. 1993. UAM.Xochimilco.

**ALMADA Bay, Igancio. Salud y crisis en México. Textos para un debate, Siglo XXI, México, 1990.**

**GARCÍA Rocha, Adalberto. La desigualdad económica.** El Colegio de México, México 1986.

**SOBERÓN, Guillermo., J. Kumate y J. Laguna., (compiladores) La salud en México; Testimonios 1988.** Desarrollo Institucional: Asistencia Social, Tomo III, Vol. 2, México, Fondo de Cultura Económica. 1988.

**SOBERÓN, Guillermo., J. Kumate y J. Laguna., (compiladores) La salud en México; Testimonios 1988.** Desarrollo Institucional: Instituciones Nacionales de Salud, Tomo III, Vol. 3, México, Fondo de Cultura Económica 1988.

**SOBERÓN, Guillermo., J. Kumate y J. Laguna., (compiladores) La salud en México; Testimonios 1988.** Desarrollo Institucional: Otras Instituciones de la Administración Pública Federal, Tomo III, Vol. 4, México, Fondo de Cultura Económica 1988.

**FRENK, Julio et al. Salud y seguridad social.** Fundación Mexicana Cambio XXI Luis Donaldo Colosio 1994.

**BEVERIDGE, W., Las bases de la seguridad social** Biblioteca de la Salud, Fondo de Cultura Económica, México, 1987.

**H.B. WAITZIKIN, B. Waterman., La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista** Editorial Nueva Imagen, México 1981.

**ATKINSON, A.B., La economía de la desigualdad.** Editorial Crítica, Barcelona.

**MORENO, Moguel et al. Sociología histórica de las instituciones de salud en México** Colección Salud y Seguridad Social, serie Manuales Básicos y Estudios IMSS.

**KAPLAN, Marcos., Un marco teórico y un esquema analítico** México 1981.

**HERNÁNDEZ, Héctor.** "Historia de la participación del estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1980". En *Vida y muerte del mexicano* Tomo II, México. Folios Ediciones, 1982.

**SOBERÓN, Guillermo y C. Valdez.** "El sistema nacional de salud en México: Orígenes, definición y avances" Informe de México, 1982-1986 a la Conferencia sanitaria panamericana, Julio 1986. México, Secretaría de Salud 1986.

**MUSGROVE, Philip.** La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, Indicadores e Interpretación, en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 95.

**FRAGA, Gabino.** Derecho Administrativo, Editorial Porrúa, México, 1991.

**BONNIN, C.J.B.** Principios de la Administración, Revista de Administración Pública, Antología 1-54, México, INAP. 1983.

**GARCÍA-Pelayo, Manuel.** Las transformaciones del Estado contemporáneo, Alianza Universidad, México 1991.

## DOCUMENTOS

**SECRETARÍA DE SALUD,** Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. *Modelo Mexicano de Certificación de Hospitales Q.P.S.* SSA, México. Mayo 1994. pp1-18.

**FUNDACIÓN MEXICANA CAMBIO XXI** Luis Donaldo Colosio. *Salud y seguridad social*, Julio Frenk y Colaboradores, México 1994.

**FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD.** *Economía y salud.* Documentos para el análisis y la convergencia Num. 2 pp. 21-46

**CENTRO DE ESTUDIOS ECONÓMICOS Y DEMOGRÁFICOS.** *Dinámica de la población de México*, El Colegio de México.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.** *Hacia un sistema nacional de salud*, UNAM, MÉXICO, 1983.

**MORENO, Moguel et al.** *Sociología histórica de las instituciones de salud en México.* Colección Salud y Seguridad Social, serie Manuales Básicos y Estudios IMSS. México 1996.

**SECRETARÍA DE SALUD.** Subsecretaría de Planeación. "Descentralización al Distrito Federal" *cuadernos de Descentralización.* Núm.2.

DE LA FUENTE, Juan Ramón. **Secretario de Salud. "Federalismo y Descentralización del Sector Salud"** Secretaría de Salud, México 1997.

JUAN, Mercedes. **"El Consejo Nacional de Salud"** Secretaría de Salud, México 1997.

NARRO Roble, José. **"Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta"** Secretaría de Salud, México 1997.

BONILLA Castañeda, Javier. **"Descentralización de la Secretaría de Salud"** Secretaría de Salud, México 1997.

TOVAR Y DE Teresa, Fernando. **"La Descentralización y la Beneficencia Pública"** Secretaría de Salud, México 1997.

## HEMEROGRAFÍA

SOBERÓN A.G., MARTÍNEZ G., "Miradas periódicas a los sistemas de salud" **Revista de la Facultad de Medicina** No. 37 1994.

GONZÁLEZ Block, M.A. "Génesis y articulación de los principios rectores de la salud pública en México" **Revista Salud Pública en México**, vol. 32, núm.3, México, mayo-junio 1990

DURÁN Morales, Hernán "Aspectos conceptuales y operativos del proceso de planificación de la salud". **Cuadernos de ILPES**. Núm. 35, CEPAL, 1989.

LAGUNA García, José et al. "Equidad y salud" En **Revista Salud Pública de México**, Suplemento 1992, Vol. 34, México 1992.

DONABEDIAN. "La calidad de la atención médica" **La Prensa Médica Mexicana** 1984

SOBERÓN, Guillermo et.al. "Los hospitales de segundo nivel en el modelo de atención para la salud de la población abierta" **Revista Salud Pública de México**, Vol. 31, Núm.3, México, Mayo-Junio 1989.

VALDÉS, Cuauhtémoc et. al. "Sistema Nacional de Salud, avances y perspectivas" **Cuadernos de la SSA**, Núm. 7., México. Junio 1984.

MIRANDA, O.R. et al. "Inequidad de los servicios de salud a la población abierta" **Revista Salud Pública de México** Núm. 35. 1993.

RUELAS, E., Zurita, B. "Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud" en **Revista Salud Pública de México**, Núm. 35. México 1993.

EIBENSCHUTZ, Catalina. "Hegemonía y salud" **Revista Mexicana de Ciencia Política**, año 27, Núm. 106. México Oct.- Dic. 1981.

EIBENSCHUTZ, Catalina, O. López y G. Córdova., "La política de salud en el Salinismo" **Revista de Salud y cambio**, año 2, Núm. 2, Chile 1990.

"Descentralización de los Servicios de Salud", **DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN** Julio 3, 1997. México