



**Organización Panamericana de Salud  
Organización Mundial de la Salud  
OPS/OMS**



**GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL  
Secretaría de Salud  
México, la Ciudad de la Esperanza**

---

## **LA EXCLUSIÓN EN SALUD EN EL DISTRITO FEDERAL: CARACTERIZACIÓN**

### **INFORME FINAL**

**Secretaría de Salud. Gobierno del Distrito Federal  
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS  
Representación de la OPS/OMS en México**

**Ciudad de México, mayo 2004**

*La elaboración de este documento fue realizado por la Dra. Asa Cristina Laurell,  
Dra. María Luisa Mussot, Dra. Elsa Veites Arévalo, Dra. Guadalupe Staines  
Orozco, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.*

## TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	4
I. La experiencia del Gobierno de la Ciudad en el combate a la exclusión en salud	9
II. Las condiciones socioeconómicas y de salud de la Ciudad de México	11
III. La política en salud de la Ciudad de México	13
IV. Caracterización de la exclusión en salud	15
Recursos del sistema de salud para la atención de la población en situación de exclusión	17
Levantamiento del Censo	18
Población en situación de exclusión en salud en el Distrito Federal	19
Perfil etáreo de la población en situación de exclusión en salud	20
Situación de salud, utilización y acceso a los servicios y medicamentos, percepción de la calidad de la atención de la población de las unidades territoriales de muy alta y alta marginación	21
V. ANEXO	25

## INTRODUCCIÓN

Se estima que en América Latina cerca del 20% de los 500 millones de latinoamericanos y caribeños están excluidos de la atención médica, y que 240 millones no cuentan con un seguro, sea público o privado, de cobertura mínima de salud (OPS, 2000). Negación del derecho al cuidado de la propia vida, que se imbrica a otros procesos estructurales de empobrecimiento generalizado, desigualdad y fragmentación social, presentes tanto entre los países de la región como al interior de cada uno. Y que es explicado como resultado de la interrelación de diferentes procesos y factores sociales, políticos, económicos y culturales que atentan contra los valores de la igualdad y solidaridad y en contra del nivel de satisfacción de las necesidades humanas y de su extensión. Esta degradación ha sido reconocida como expresión de la exclusión social que amenaza cada vez más con la disrupción y estallido social en la región y que sin embargo, no ha logrado constituirse en prioridad en las agendas políticas locales.

Los resultados de más de veinte años de políticas dominadas por el ajuste y cambio estructural además del proceso de crisis general de las políticas sociales (con el reconocimiento de la imposibilidad de lograr el pleno empleo), han provocado, con modalidades y niveles diversos, el desfinanciamiento, deterioro y descrédito de las instituciones y de la función pública. Lo que ha potenciado que por más de una década la mayoría de las reformas mercantilistas al sector salud, y a la protección en salud, hayan abierto las puertas a las fuerzas del mercado y a la proliferación de las aseguradoras privadas en el único interés del lucro. Además de que se acuñaron, en general, políticas sociales residuales y compensatorias de modelo asistencial y de focalización en los más pobres, cuyas consecuencias han acentuado la fragmentación de las acciones, la falta de coordinación entre los organismos gubernamentales, la creación de fondos especiales sin garantías de continuidad y el uso político –clientelar- de los programas sociales.

En su conjunto, estas estrategias no sólo no resolvieron, sino que han intensificado el problema de la histórica desigualdad y de la limitación de la protección en salud a millones de ciudadanos.

En este marco, todos los esfuerzos orientados a entender y medir la exclusión en salud y a instrumentar políticas y acciones de lucha en su contra, así como a evaluarlas, son dignos de apreciarse. Tal es el caso de la significativa labor planteada por la Organización Panamericana de la Salud por avanzar en el conocimiento de la magnitud de la exclusión en salud, de los factores que la originan y del perfil de los excluidos. Afán planteado en la doble perspectiva de lograr, con el intermedio de acuerdos políticos, un acceso igualitario a los cuidados de la salud para todas las personas, asegurando una cobertura efectiva para los que carecen y están excluidos de los beneficios de los sistemas de protección de salud; así como de construir una herramienta de análisis para evaluar las intervenciones destinadas a mejorar el estado actual de la salud de América Latina (OPS, 2001).

Objetivos que se plantean a partir de a) recuperar y reeditar la estrategia de la protección social en salud -definida como “la garantía que los poderes públicos otorgan para que cada individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas de salud, obteniendo acceso a los servicios en forma oportuna y de manera adecuada “ (OPS, 2001)-; b) empeñarse en acuñar una categoría analítica y una metodología que dé cuenta de la especificidad del fenómeno pluri-causal y heterogéneo de la exclusión en salud, permitiendo medirla y caracterizarla de acuerdo con cada realidad nacional, para entonces destacar las estrategias más eficientes que la combatan y, c) proponer el diálogo social como estrategia que exhorte a los principales actores sociales y políticos de cada país a elaborar y desarrollar por consenso propuestas que abran a cada latinoamericano un sistema sanitario no excluyente (OPS, 2001, 2003).

Cabe destacar a la base de dichos propósitos una concepción que busca recolocar en la discusión de las agendas locales y del conjunto de la región tres elementos centrales: el insustituible papel del Estado y su centralidad como responsable del bienestar de los ciudadanos y como garante de los derechos sociales; a la política, como el instrumento de negociación y de acuerdo entre las fuerzas económicas y políticas en la salvaguarda y garantía del interés general y,

a la universalidad de la protección en salud como la estrategia central de combate a la exclusión y a la disolución social .

En este contexto la experiencia de la Ciudad de México, en ciernes desde el 2001, resulta valiosa en dos vertientes. Por un lado, permite mostrar los alcances de una estrategia de gobierno fundada en los principios de: la reforma del espacio público de la salud desde una voluntad política de protagonismo en lo social; el derecho a la protección de la salud como garantía colectiva, y no como modalidad técnica económica especial; la institucionalización de la solidaridad respondiendo colectivamente a las necesidades individuales y familiares; y la política social ligada a la condición de ciudadanía. En donde la política de salud para la expansión de la protección en salud está centrada en dos de las principales estrategias de la política de salud del gobierno del D.F.: la gratuidad en el acceso a los servicios médicos y medicamentos como mecanismo de garantía del derecho a la protección de la salud de los ciudadanos residentes en el Distrito Federal no beneficiarios de la seguridad social, a través del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) y, en el diálogo social como relación positiva entre el gobierno y la participación social de una ciudadanía activa y solidaria .

Por el otro lado, posibilita avanzar en el reto de organizar la política pública desde el territorio (denominado unidad territorial<sup>1</sup> o dimensión más cercana a la ciudadanía, y que busca convertirse en la unidad organizacional de la definición y decisión de las políticas). En otros términos, aporta en el ejercicio de una ordenada evaluación de la magnitud y especificidad de las causas y caracterización de la exclusión en salud desde la propia dimensión territorial para luego actuar sobre ella. Y lo hace, en una primera fase, particularmente desde las unidades territoriales identificadas como de muy alta y alta marginalidad.

Establecer prioridades con criterios de equidad y necesidad desde la dimensión territorial busca ser la forma de garantizar eficaz y oportunamente acciones que disminuyan la desigualdad en salud entre los habitantes de la Ciudad.

---

<sup>1</sup> Para mayor detalle sobre la “unidad territorial”, véase apartado IV de este documento sobre Caracterización de la exclusión social en salud

Los datos que pudieran dar cuenta del estado de la exclusión en salud en el Distrito Federal son limitados en el Distrito Federal. No se cuenta con información a nivel de las unidades territoriales y mucho menos, en la especificidad de aquellas clasificadas como de alta y muy alta marginación. Tampoco existen registros institucionales de información sobre las condiciones de salud de la población residente; ni sobre su grado de utilización y de acceso geográfico, cultural, o financiero a los servicios de salud. Lo mismo ocurre con los datos sobre la provisión de servicios de salud en ellas, ni sobre la calidad técnica y la percibida de los servicios a los que acude dicha población.

Con este proyecto se propuso vencer estas limitantes. Por lo que se avanzó con una investigación de la exclusión en salud en las unidades territoriales de muy alta y alta marginación en dos etapas. En una primera, a través de desarrollar un estudio descriptivo de la estructura del sistema de salud del Distrito federal y específicamente de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) incluyendo las características contextuales y organizativas así como sus funciones (provisión de servicios, financiamiento y rectoría) y los recursos materiales y humanos disponibles. Y en una segunda fase, por medio de investigar las características sociodemográficas de la población excluida según grado de marginación y por Delegación Política, con base en los datos del último Censo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) realizado en el 2000. Además fue propósito caracterizar la situación de salud; utilización y acceso a los servicios de primer y segundo nivel de atención así como de los preventivos y de urgencias; acceso a medicamentos; control prenatal en embarazadas; percepción de la condición de salud; percepción de la calidad de la atención; cuidado y control de enfermedades crónico degenerativas; barreras geográficas y mortalidad, de la población que habita en dichas unidades territoriales. Lo que sería realizado a partir de la aplicación de un estudio censal (nominal/familiar) a aplicarse a un total de 880, 385 familias que habitan en las unidades territoriales de muy alta y alta marginación,

Este esfuerzo supuso medir y caracterizar el origen, gradación y heterogeneidad de la exclusión en salud a nivel de cada una de las unidades

territoriales, de alta y muy alta marginación; buscando en esta dimensión territorial la explicación del fenómeno multifactorial de la exclusión en salud y, por lo tanto, analizando en ella, los cruces entre la particular situación social, cultural y de salud de los diferentes grupos poblacionales; la complejidad y pluralidad de causas que propician la exclusión, y los recursos y servicios de salud disponibles. Todo ello, en un contexto en el que el gobierno de la Ciudad, a través del programa universal de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos ha buscado remover previamente el obstáculo económico en el acceso a un tratamiento adecuado y eficaz a la población no asegurada residente en el Distrito Federal. Por lo cual se aprovechó el levantamiento del censo, para desarrollar una estrategia de información con la que se promovió el PSMMG, informando a las familias elegibles -no derechohabiente a la seguridad social contributiva- habitantes de las unidades territoriales de referencia sobre los servicios de salud, los requisitos de inscripción al PSMMG , las unidades médicas y los horarios de atención. Y se les invitó a afiliarse al Programa.

De este ejercicio se obtuvieron los siguientes resultados, que complementan la línea basal de medición y caracterización de la situación de exclusión en salud en el D.F. en las unidades territoriales de referencia: a) una base de datos de la población no asegurada excluida de los servicios de salud en el Distrito Federal que reside en las unidades territoriales de muy alta y alta marginación; b) su perfil socio-demográfico; c) un mapa de la propia percepción de sus condiciones de salud y de algunas tendencias de sus preferencias culturales para la utilización de los servicios; d) las principales modalidades y causalidades explicativas de la exclusión en salud por unidad territorial según muy alta y alta marginalidad; e) el alcance de la estrategia universal de gratuidad instrumentada para vencer el obstáculo económico a la exclusión; y f) algunas propuestas más acabadas para la instrumentación de las políticas institucionales existentes y las primeras estrategias de diálogo social para extender la protección en salud a la población no asegurada en esas unidades territoriales y para mejorar la situación de salud de los excluidos.

## **I. LA EXPERIENCIA DE GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO EN EL COMBATE A LA EXCLUSIÓN EN SALUD**

La experiencia de la Ciudad de México, en ciernes desde el 2001<sup>2</sup>, en que se acuñó una clara y fuerte política social progresiva y comprensiva se suma al reto de contribuir a la construcción de la propuesta regional por extender la protección social en salud.

### **La política social del gobierno**

Como en el resto del país, en la Ciudad de México se expresa la devastación social de casi dos décadas de ajuste y cambio estructural. Es una ciudad polarizada entre los pocos favorecidos y los muchos perjudicados por este proyecto de nación. A pesar de sus riquezas, el Distrito Federal alberga al 21.3% de su población, esto es a 1.8 millones de personas, en zonas de muy alta marginación, con una profunda degradación del ambiente social y ecológico así como con serias carencias de servicios, y otros 4.1 millones en zonas de alta y media marginación; 1.1 millones viven en áreas consideradas como de baja marginación y otros 1.4 millones en zonas de muy baja.

Pero la pobreza no se circunscribe a los territorios de miseria. Según cálculos de Boltvinik, usando el método de “medición integrada de la pobreza“, 3.3 millones de capitalinos viven en pobreza extrema (38.3%) y otros 2.3 millones (26.6%) en pobreza moderada. Es decir, que casi el 65% de la población de la capital puede ser considerada como pobre.

Frenar el deterioro del ingreso de los casi 2 millones de excluidos en la capital constituye el objetivo cardinal de la política del gobierno de la ciudad; convirtiendo a la política social en el eje articulador de sus programas y políticas.

---

<sup>2</sup> En el 2000 el triunfo del Partido Acción Nacional en la presidencia de la República –un partido de derecha-, se acompañó con la conquista de la Ciudad de México, la capital del país, y por segunda vez consecutiva, del Partido de la Revolución Democrática, un partido de izquierda. Este fenómeno histórico supuso la ruptura con el régimen de “Partido de Estado” en manos del Partido Revolucionario Institucional, en el poder por 70 años. En el marco de esta realidad política se han impuesto dos puntos de vista confrontados con relación al rol de las políticas públicas. Por un lado, el gobierno nacional sustenta la visión de la política neoliberal y a nivel de la Ciudad de México la prioridad está centrada en una política social comprensiva y redistributiva.

La exclusión social se entiende como un proceso social de negación y privación de alguna o varias de las dimensiones -- económica, política, social y cultural - que garantizan la inclusión de los individuos, grupos y poblaciones a una comunidad socio-política. Misma en donde se constituyen en sujetos de su propio proceso social al participar tanto en las relaciones económicas predominantes (acceso a la riqueza nacional producida) como en las relaciones políticas vigentes (acceso y ejercicio de los derechos de ciudadanía) (Fanon, 1979).

En virtud de esta concepción destaca en la ciudad de México una política social integral de combate a tres de los procesos centrales de privaciones sociales: a) los materiales (escasos o nulos activos, limitadas oportunidades de empleo, falta de acceso a servicios, etc); b) de representación ( limitado o ausente acceso a las libertades fundamentales de acción y decisión);y c) institucionales (excluyente forma de respuesta a las necesidades de la población e incapaz cumplimiento con su obligación de rendir cuentas). Sus propósitos se centran en fortalecer a las instituciones sociales, mejorar la calidad de los servicios, ampliar la cobertura y establecer la gratuidad de la atención; así como en la creación de empleo.

La estrategia de combate se realiza a través de la focalización territorial, que permite interrelacionar fenómenos socioeconómicos y demográficos de las localidades. Las unidades territoriales de más alta marginación tienen mayor prioridad. La asignación de recursos se realiza a conglomerados sociales heterogéneos por medio de un diagnóstico de las regiones y grupos sociales (infancia, juventud, mujeres, adultos mayores, indígenas, discapacitados e indigentes) y desde ellos se diseñan y ejecutan los programas. De esta forma se evita la discrecionalidad en la asignación de los recursos y se reducen costos administrativos. Los programas sociales seleccionados responden a su alto impacto en el corto plazo, al grupo objetivo que atienden y por corresponder a las demandas sociales más recurrentes.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> En el primer año de Gobierno se estableció el Programa Integrado Territorial; que incluye un conjunto de 14 subprogramas con expresión territorial con acciones de alto impacto social. En ese año se destinaron 4'725,000 millones de pesos como apoyo directos a grupos vulnerables: adultos mayores, personas con discapacidad, niños y niñas en condiciones de pobreza y trabajadores desempleados. Además, comprendió el apoyo a la alimentación de los escolares –con

## **Política de exclusión en salud**

Con base en la anterior concepción de lo social el combate a la exclusión en salud en la Ciudad de México se piensa desde un conjunto de prácticas que buscan la garantía del derecho a la protección en salud y a la inserción social. De ahí la insistencia en señalar que sus premisas están asentadas en la reforma del espacio público de la salud con prioridad en lo social; del derecho a la protección de la salud como garantía universal colectiva, y no como singularidad técnica; del solidarismo institucional protegiendo colectivamente las necesidades individuales y familiares; y de la política social ligada a la condición de ciudadanos. Es decir, en una relación en términos de derechos exigibles y no de negociaciones o concesiones del poder político. Lo que en otros términos significa pensar la inclusión social en salud como parte de la redefinición de las relaciones entre el estado y la sociedad. (GDF; 2002)

La salud en tanto proceso social, se entiende, debe ser para todos sin diferencias provocadas por restricciones de acceso a las condiciones y bienes que la producen. Por lo que las estrategias que el Gobierno de la Ciudad implementa trascienden al propio sector, cuya intervención se restringe mayoritariamente a la atención médica. Están centradas en mejorar las “condiciones de vida” y de salud a través de una política social basada en: criterios de equidad en la diversidad, respeto a los derechos individuales y colectivos y promoción de la participación activa de los beneficiarios de los programas. En los que la participación social además de constituir un compromiso político y método de gobierno, constituye una estrategia de legitimación de la acción pública.

En este entorno, la responsabilidad propia del sector salud en el combate a la exclusión, relativa a la atención específica a la salud –individual y colectiva-, se centra en las siguientes estrategias: gratuidad en el acceso a los servicios

---

113'000,000 millones de raciones- y a consumidores de leche LICONSA; también incluyó apoyos individuales recuperables, orientados a mejorar o ampliar activos familiares o productivos, así como apoyos para la mejoría de inmuebles con 42,000 créditos. En el 2002, de las 1352 unidades territoriales se dio prioridad a 853 de ellas consideradas de muy alta y alta marginación en donde viven 5.9 millones de personas. Se juntaron inversiones por 6,276 millones de pesos, 33% más que en el 2001, y las acciones prioritarias beneficiaron a un millón 365 mil familias. (Menchaca, 2002)

médicos y medicamentos como mecanismo de garantía del derecho a la protección de la salud; priorizar las necesidades en salud con criterios de equidad y necesidad; una atención ampliada en salud a través de nuevo modelo (acciones integradas de promoción-prevención-atención-rehabilitación); fortalecer y reorganizar los servicios y su oferta; una participación social entendida como relación positiva entre el gobierno la ciudadanía, junto con el fomento a una nueva cultura en salud y, un financiamiento equitativo y solidario (GDF; 2002).

## **II .LAS CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS Y DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

El Distrito Federal es la entidad federativa con mayor concentración de servicios de salud, los que atienden a la población abierta y de seguridad social, esto es 650 unidades de consulta externa; 44 hospitales generales y 68 de especialidad con 9,051 camas censables; emplea 28 mil médicos y 41 mil enfermeras. Sin embargo, es un sistema segmentado en tres subsectores sin una real articulación entre sí: el público para la población no asegurada; el de la seguridad social y el privado. En cuanto a los servicios públicos de población abierta están operados por tres instancias, la Secretaría de Salud Federal, los Institutos Nacionales de Salud y la Secretaría de Salud del GDF.

La SSDF heredó servicios en condiciones de rezago con un des-financiamiento importante el cual impactó negativamente las instalaciones, y desmotivó al personal por las precarias condiciones de trabajo; así como a la población usuaria de los servicios quien recibía una atención deficiente y de mala calidad dejando sin resolver su problema de salud la mayor parte de las veces. Además, la infraestructura de salud en la Ciudad prácticamente no creció desde la década de 1980 y en ese periodo se agregó la falta de mantenimiento, el desabasto crónico de medicamentos y materiales de curación. Esto se debió a la contención del gasto que imposibilitó disponer de presupuestos suficientes para dar una adecuada respuesta de atención, a pesar de reconocerse que los servicios continuaron brindando atención de alto nivel en algunos rubros.

Las condiciones de salud en el Distrito Federal han cambiado, las causas de muerte que ahora ocupan los primeros lugares son las enfermedades del corazón, entre ellas la isquémica y sus factores de riesgo principal como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus y las enfermedades cerebro-vasculares. Los accidentes ocupan ya la sexta causa de muerte, seguidos de las afecciones originadas en el periodo perinatal. Otras que han cobrado importancia y que se consideran como emergentes es el VIH SIDA, que ya ocupa el lugar 13 pero que se espera ascienda rápidamente con los años. Las enfermedades infecciosas han disminuido y algunas ya no aparecen como causa de muerte dentro de las primeras 20. Situación que representa un serio reto para la Secretaría ya que esta transición epidemiológica obliga a replantear las acciones de los hospitales y centros de salud que fueron pensados y construidos de acuerdo con la demanda de hace 35 años y que a la fecha no se han adaptado a las nuevas necesidades de la población. Las diferentes condiciones de vida y de trabajo se expresan en variaciones de la frecuencia de la muerte y de las enfermedades entre las Delegaciones Políticas, que vistas en su conjunto, que llegan a ser muy importantes entre la Delegación con la Tasa más alta y la más baja. La mortalidad infantil llega a ser 2.4 veces mas alta en una Delegación que en otra, la preescolar 4 veces, la escolar 2.1 veces y la materna 3.6 veces.

Se agregan como factores de presión sobre la Ciudad de México, el incremento de la demanda de sus servicios, especialmente los de salud, por ser el centro de los poderes nacionales y el centro de la cultura y negocios nacionales; por la escasez de infraestructura y recursos públicos de salud de las entidades federativas circunvecinas; y por el aumento del desempleo y subempleo característico del país que conlleva a la exclusión de la seguridad social.

### **III. LA POLÍTICA EN SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

El valor esencial que sustenta la política de salud del gobierno de la ciudad es su reconocimiento del valor intrínseco e igual de todos los hombres y todas las mujeres. La concreción de este valor es el derecho a la salud como derecho

ciudadano , y por tanto, como responsabilidad de gobierno, garante del interés colectivo y común (GDF, 2002).

Desde esta concepción, la Secretaría de Salud del Distrito Federal ha planteado seis principales desafíos: 1) Mejorar las condiciones generales de salud; 2) Disminuir la desigualdad en salud entre grupos sociales y zonas geográficas. 3) Garantizar la seguridad sanitaria en la ciudad, 4) Incrementar el acceso oportuno al tratamiento requerido. 5) Disminuir la desigualdad en el acceso a servicios suficientes y de calidad y 6) Instrumentar mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativo y solidario.(GDF, 2002)

La premisa a la base de estos retos es 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 de salud que construya el camino para asegurar este derecho a partir del fortalecimiento de los servicios públicos y su financiamiento solidario. Y, en dicho objetivo ha formulado seis estrategias:

La primera que destacamos es el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) por que constituye la principal política del gobierno del Distrito Federal para avanzar al cumplimiento universal del derecho a la protección de la salud en la capital. Esta estrategia de combate a la exclusión en salud, ofrece a la población sin seguridad social residente en el Distrito Federal, sin desembolso alguno, todos los servicios que prestan las unidades médicas de la Secretaría y los medicamentos del cuadro institucional autorizado. La gratuidad también abarca el programa de VIH-SIDA y todas las urgencias calificadas independientemente de la condición de aseguramiento y residencia habitual de la persona. Con ello se busca contribuir a democratizar la salud de la ciudad, removiendo el principal obstáculo al acceso equitativo de un tratamiento requerido; el económico.

La población susceptible de ser incluida al programa es de 3.5 millones de personas, o entre 825 y 850 mil familias, que según los cálculos oficiales es la población residente en el Distrito Federal que carece de cualquier tipo de

aseguramiento público a la seguridad social. A través del PSMMG esta población puede exigir su derecho a la protección de la salud. A pesar de estar consignada la protección de la salud normativamente como un derecho en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (artículo 4°), no se establece en manos de quién radica la responsabilidad de garantizarlo, ni los mecanismos a través de los cuales los ciudadanos pueden hacerlo exigible.

Los requisitos para ser incluido al programa son comprobar residencia en el Distrito Federal y no estar asegurados en la Seguridad Social, así como inscribirse en el padrón de derecho-habencia del PSMMG. Con esta estrategia las familias e individuos se convierten en derechohabientes de la Secretaría de Salud del D.F. formalizando su condición de sujetos de derechos.

El PSMMG está fundado en una concepción de reciprocidad entre derechos y obligaciones del gobierno y la población. El gobierno está obligado a garantizar el derecho a la protección de la salud, con los propios recursos fiscales que aportan los ciudadanos al tiempo que la población está obligada a contribuir con la eficacia y control del uso de los recursos públicos.

La segunda estrategia plantea la necesidad de repensar las prioridades en salud para disminuir la desigualdad en las condiciones de salud y en los recursos para atenderla, así como para incorporar las necesidades de salud, los valores sociales y la eficacia. En el propósito de alcanzar la equidad, entendida como igual acceso a los servicios ante la misma necesidad, las intervenciones serán dirigidas hacia los grupos con más necesidades en salud y en canalizar recursos a las regiones con menos servicios. Su traducción es el desarrollo de adecuaciones regionales y acciones de distinta intensidad con base en las particularidades locales<sup>4</sup>.

La tercera estrategia es la implementación de un nuevo modelo de atención denominado Modelo de Atención Ampliado a la Salud –MAS-. Su plataforma son

---

<sup>4</sup> En este objetivo la Secretaría de Salud del D.F. ha elaborado un Sistema Integral de Información, o Sistema de Regionalización por Unidades Territoriales, denominado RUTA, que incluye un censo automatizado de información en salud –morbilidad, mortalidad y recursos en salud – por AGEB. Esta última es un área geo-estadística básica, según Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

la promoción y el fomento a la salud, las actividades de vigilancia sanitaria y epidemiológica así como la participación directa de las comunidades y grupos organizados de la ciudad. Implica una profunda reorganización institucional que acentúa la atención colectiva para toda la población con estrategias integrales de detección temprana de padecimientos y de atención de necesidades en salud por grupos etareos y género.

La cuarta estrategia es la reorganización institucional, fortalecimiento y ampliación de los servicios. Incluye tres políticas centrales: el cambio en la cultura organizacional de la institución, capacitando al personal en la atención oportuna y eficiente de ciudadanos de plenos derechos, y en la revalorización del servicio y la función pública – nueva cultura de la función pública-; y finalmente, junto con el establecimiento de controles sobre la eficiencia en la provisión de los medicamentos y consumibles, el diseño e implantación de guías terapéuticas, basadas en evidencia científica, que aseguren tratamientos seguros y la homogenización y actualización de los profesionales de la salud.

La quinta estrategia es la administración en apoyo de la operación, que contempla avanzar en una cultura institucional de servicio al público , transparentar y simplificar el proceso administrativo y lograr un financiamiento suficiente

Y finalmente, la sexta estrategia es la participación ciudadana y el control social. Desde una concepción de relación recíproca entre derechos y obligaciones entre el gobierno y la sociedad, la Secretaría de Salud del D.F. promueve la participación social en las comisiones de salud, organizadas por las Asambleas Vecinales, para implantar una activa contraloría ciudadana en el seguimiento y supervisión de las finanzas y de la prestación de servicios (GDF, 2002).

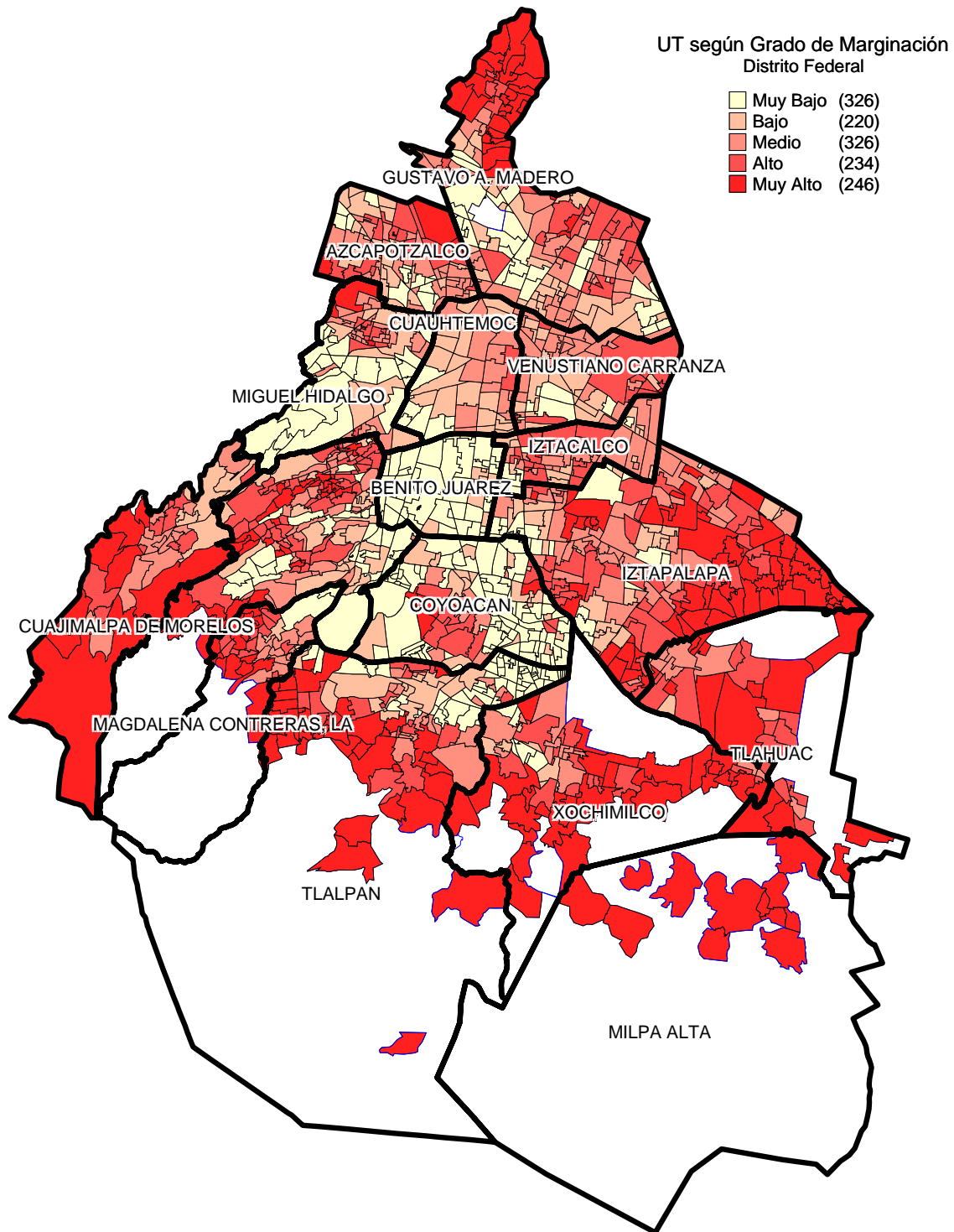
#### **IV. CARACTERIZACIÓN DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD**

Para la aplicación de las políticas sociales, y de entre ellas, la política de salud, el Gobierno de la Ciudad dividió al D.F en 1,352 unidades territoriales, a partir de la integración de un análisis geográfico, demográfico, ambiental, económico, político,

social y cultural del territorio. Estas unidades representan a la población agrupada en la estructura básica de organización, representación y de participación ciudadana.

Según el índice de marginación (ver anexo 1) desarrollado por la Coordinación de Planeación y Desarrollo del Gobierno del Distrito Federal, dichas unidades territoriales fueron caracterizadas como de: muy alta, alta, media, baja y muy baja marginación. Como resultado de ello, el 35.5% de las unidades territoriales fueron clasificadas como de muy alta y alta marginación (18.1% como muy alta y 17.3% como alta marginación), 40.3% como baja y muy baja marginación (16.2% muy baja y 24.1% baja) y 24.2% como marginación media. (Mapa 1).

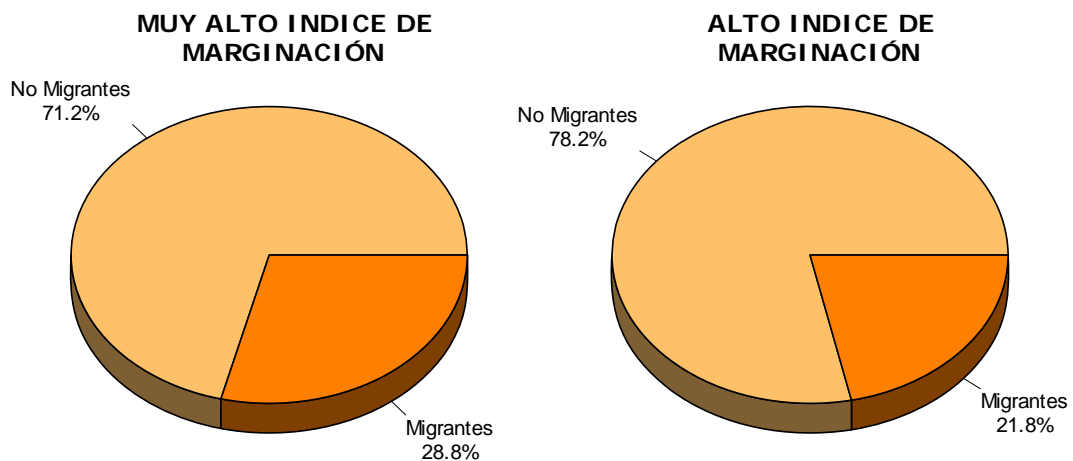
**MAPA 1. UNIDADES TERRITORIALES SEGÚN ÍNDICE DE MARGINACIÓN.  
DISTRITO FEDERAL, 2003.**



El 71.2% de la población con muy alto índice de marginación nace y vive actualmente en el Distrito Federal, mientras que 28.2% de este mismo grupo se

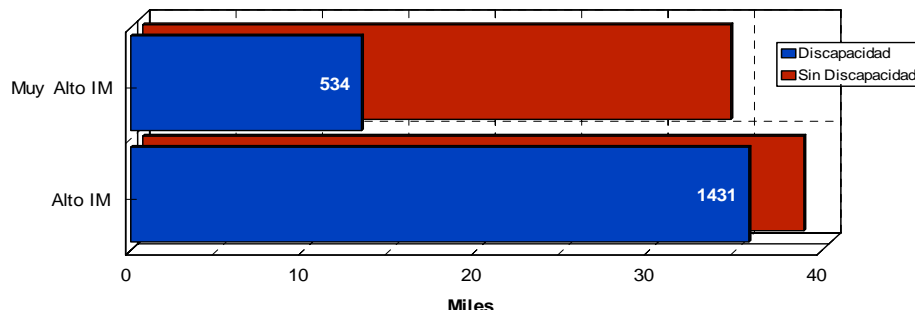
reporta como que vive fuera del D.F.; en contraste, la población altamente marginada que nace y vive en el la ciudad alcanza el 78.2% y los que viven fuera el 21.87% (Gráfico 1). Entre la población de alta y muy alta marginación el 1.9% (1,431) se reporta con alguna discapacidad ya sea motriz, auditiva, del lenguaje, visual, mental u otra; de éstos, 534 son muy altamente marginados y 897 con alto grado de marginación (Gráfico 2).

**GRAFICO 1. POBLACIÓN MIGRANTE EN UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO Y MUY ALTO INDICE DE MARGINACIÓN. DISTRITO FEDERAL, 2003.**



Fuente: INEGI, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000.

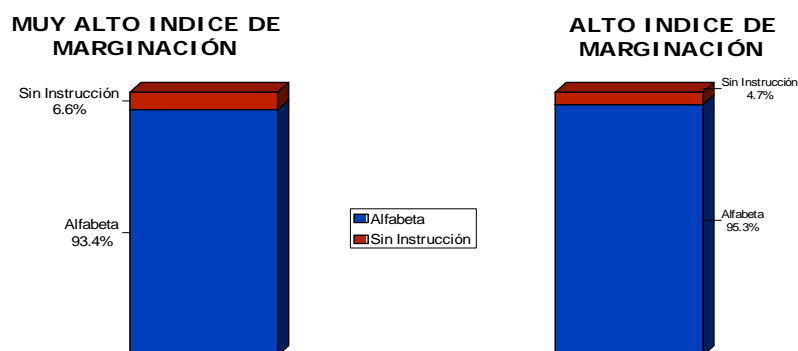
**GRAFICO 2. POBLACIÓN CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD EN UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO Y MUY ALTO INDICE DE MARGINACIÓN. DISTRITO FEDERAL, 2003.**



Fuente: INEGI. Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000.

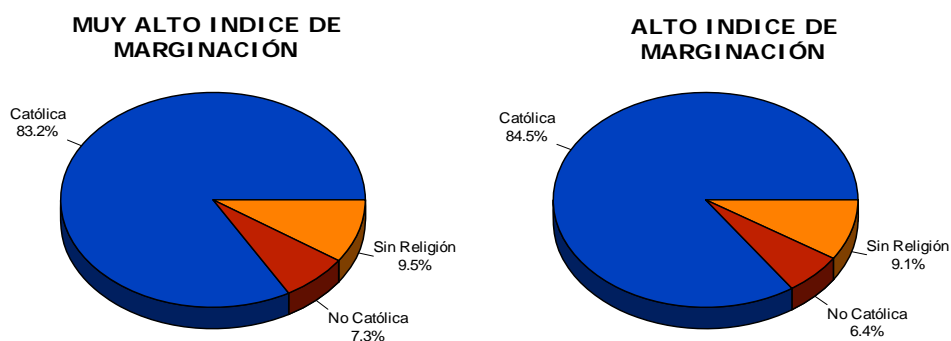
La inmensa mayoría de la población que reside en unidades de alta y muy alta marginación está alfabetizada (94.4%), siendo 5.6% la población de estos estratos la que no saben leer ni escribir, sin distinción acentuada entre ellos (Gráfico 3). De forma similar ocurre con las creencias religiosas, 83.9% profesa la religión católica, 6.8% alguna religión distinta a la católica y 9.3% ninguna religión, no existiendo grandes diferencias en las proporciones de acuerdo a los grupos alta y muy altamente marginados (Gráfico 4). En ambos grupos de marginados, poco más del 60% de la población ostenta el estatus de casado o de unión libre, mientras que 35.6% permanece soltera; éstos últimos son proporcionalmente mayores entre la población altamente marginada (Gráfico 5).

**GRAFICO 3. POBLACIÓN ALFABETA EN UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO Y MUY ALTO INDICE DE MARGINACIÓN. DISTRITO FEDERAL, 2003.**



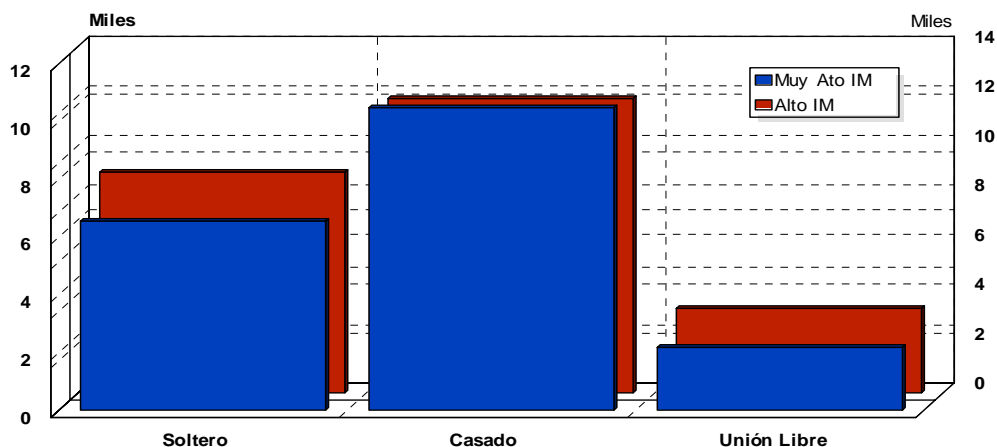
Fuente: INEGI, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000.

**GRAFICO 4. POBLACIÓN SEGÚN CREENCIA RELIGIOSA EN UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO Y MUY ALTO INDICE DE MARGINACIÓN. DISTRITO FEDERAL, 2003.**



Fuente: INEGI, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000.

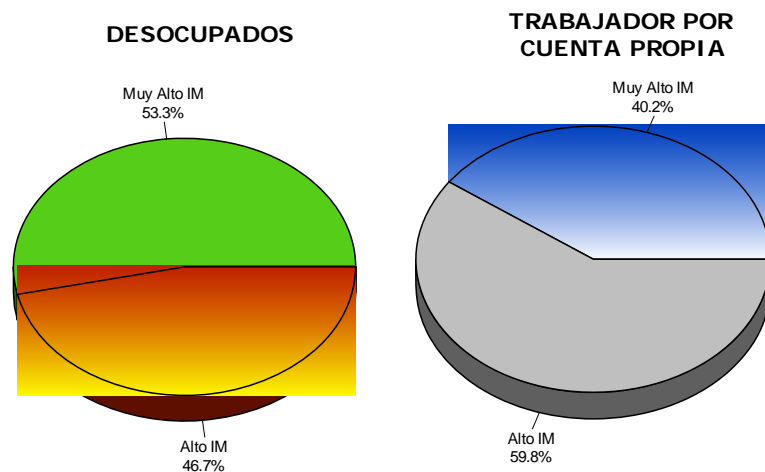
**GRAFICO 5. POBLACIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL EN UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO Y MUY ALTO ÍNDICE DE MARGINACIÓN. DISTRITO FEDERAL, 2003.**



Fuente: INEGI, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000.

La población económicamente activa de ambos grupos de marginados alcanza el 53.4% de la población, perteneciendo 55.2% al estrato de muy alta marginación y 51.9% al de alto índice de marginación. La población desocupada de alta y muy alta marginación no rebasa el 1%, de éstos, la mayor proporción se halla en el estrato de muy alta marginación (53.3%). El trabajo por cuenta propia es la modalidad predominante (10.1%) entre estos grupos de población, siendo de casi 60% entre los clasificados con índice de marginación alto (Gráfico 6).

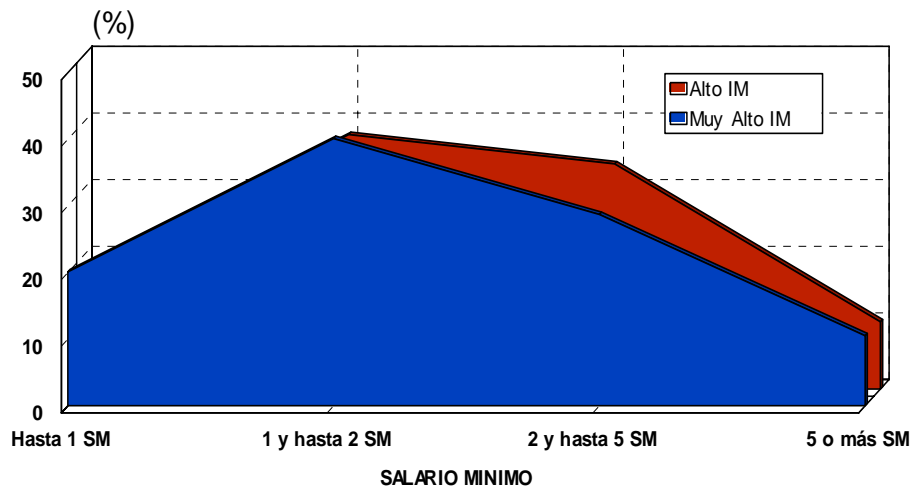
**GRAFICO 6. POBLACIÓN SEGÚN OCUPACIÓN EN UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO Y MUY ALTO ÍNDICE DE MARGINACIÓN. DISTRITO FEDERAL, 2003.**



Fuente: INEGI, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000.

Aproximadamente 40% de la población con alto y muy alto índice de marginación gana uno y hasta dos salarios mínimos y poco más del 30% ingresa dos y hasta cinco salarios mínimos. Los ingresos de hasta un salario mínimo en esta población representan el 19.1%, fundamentalmente distribuidos en 122 unidades territoriales del D.F. que concentran hasta el 21.8% de la población con estos ingresos, particularmente en las delegaciones de Iztapalapa, Milpa Alta, M. Contreras y Gustavo A Madero (Mapa 2). En contraposición, la población que gana más de dos salarios mínimos se encuentra dispersa en casi todas las delegaciones exceptuando las anteriormente mencionadas (Mapa 3). Solo el 10.3% de esta población recibe cinco o más salarios mínimos (Gráfico 7).

**GRAFICO 7. POBLACIÓN SEGÚN INGRESOS EN UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO Y MUY ALTO INDICE DE MARGINACIÓN. DISTRITO FEDERAL, 2003.**



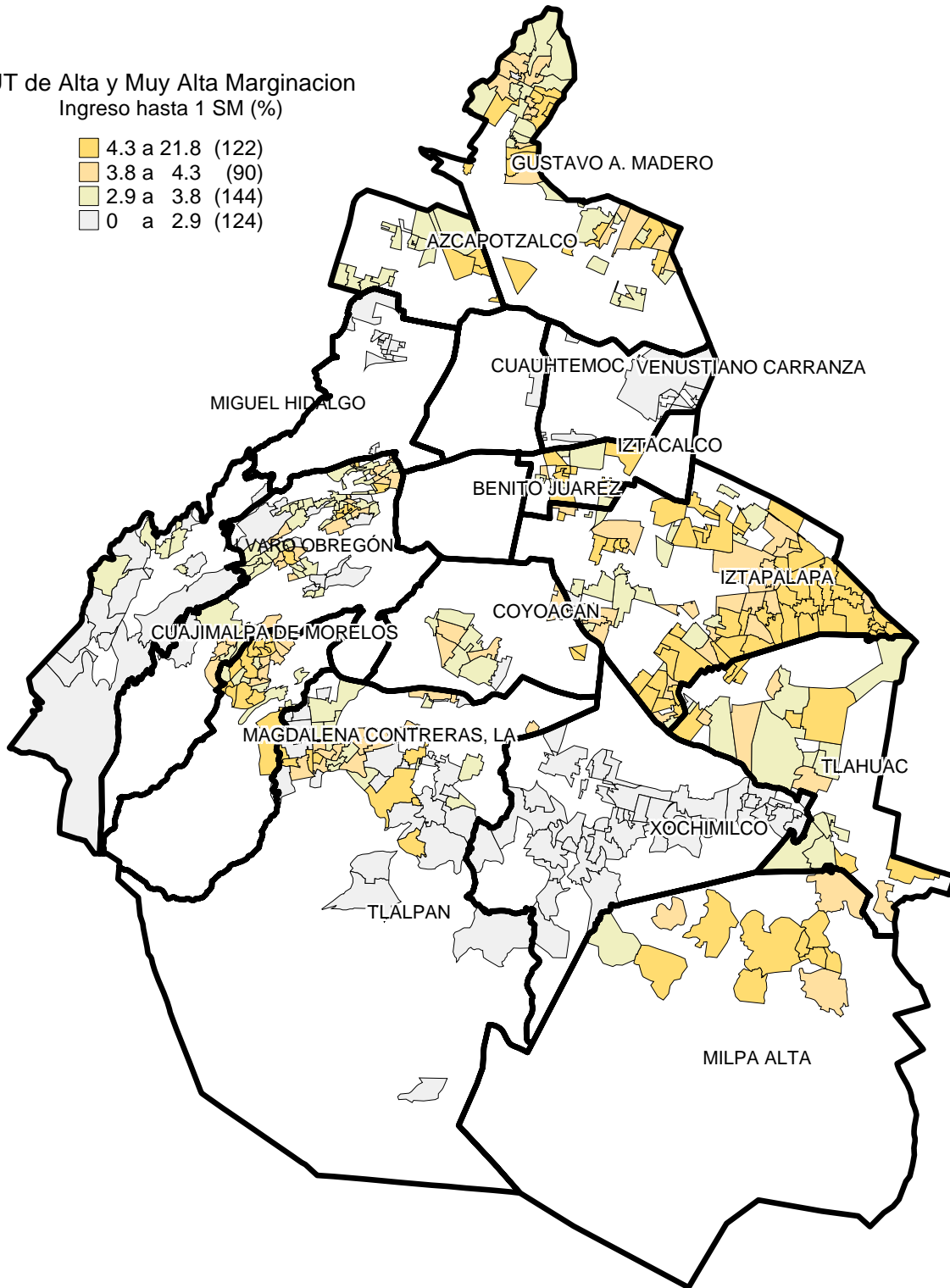
Fuente: INEGI, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000.

**MAPA 2. POBLACIÓN CON INGRESO DE HASTA UN SALARIO MÍNIMO DE LAS UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO Y MUY ALTO INDICE DE MARGINACIÓN.**

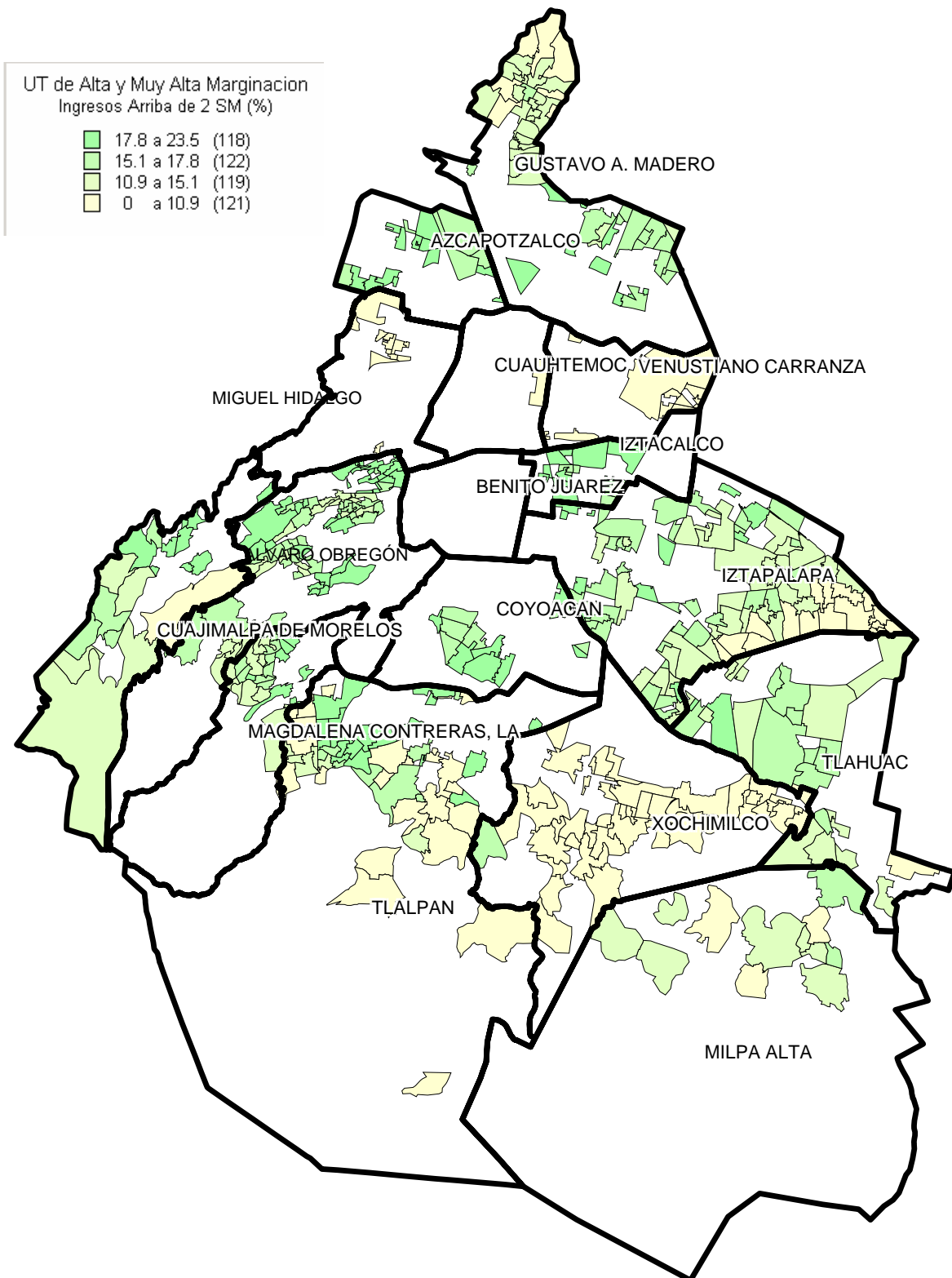
**DISTRITO FEDERAL, 2003.**

UT de Alta y Muy Alta Marginacion  
Ingreso hasta 1 SM (%)

- 4.3 a 21.8 (122)
- 3.8 a 4.3 (90)
- 2.9 a 3.8 (144)
- 0 a 2.9 (124)

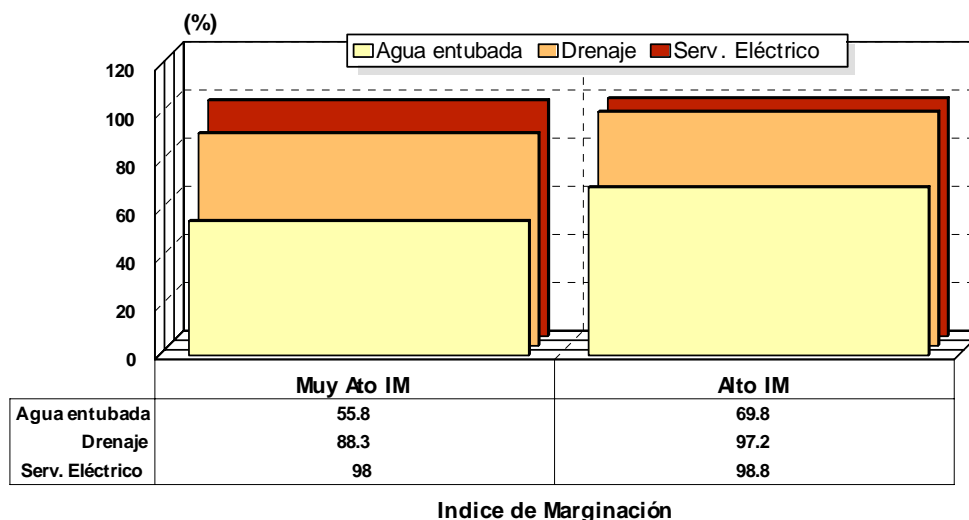


**MAPA 3. POBLACIÓN CON INGRESO MAYOR DE 2 SALARIO MÍNIMO DE LAS UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO Y MUY ALTO ÍNDICE DE MARGINACIÓN. DISTRITO FEDERAL, 2003.**



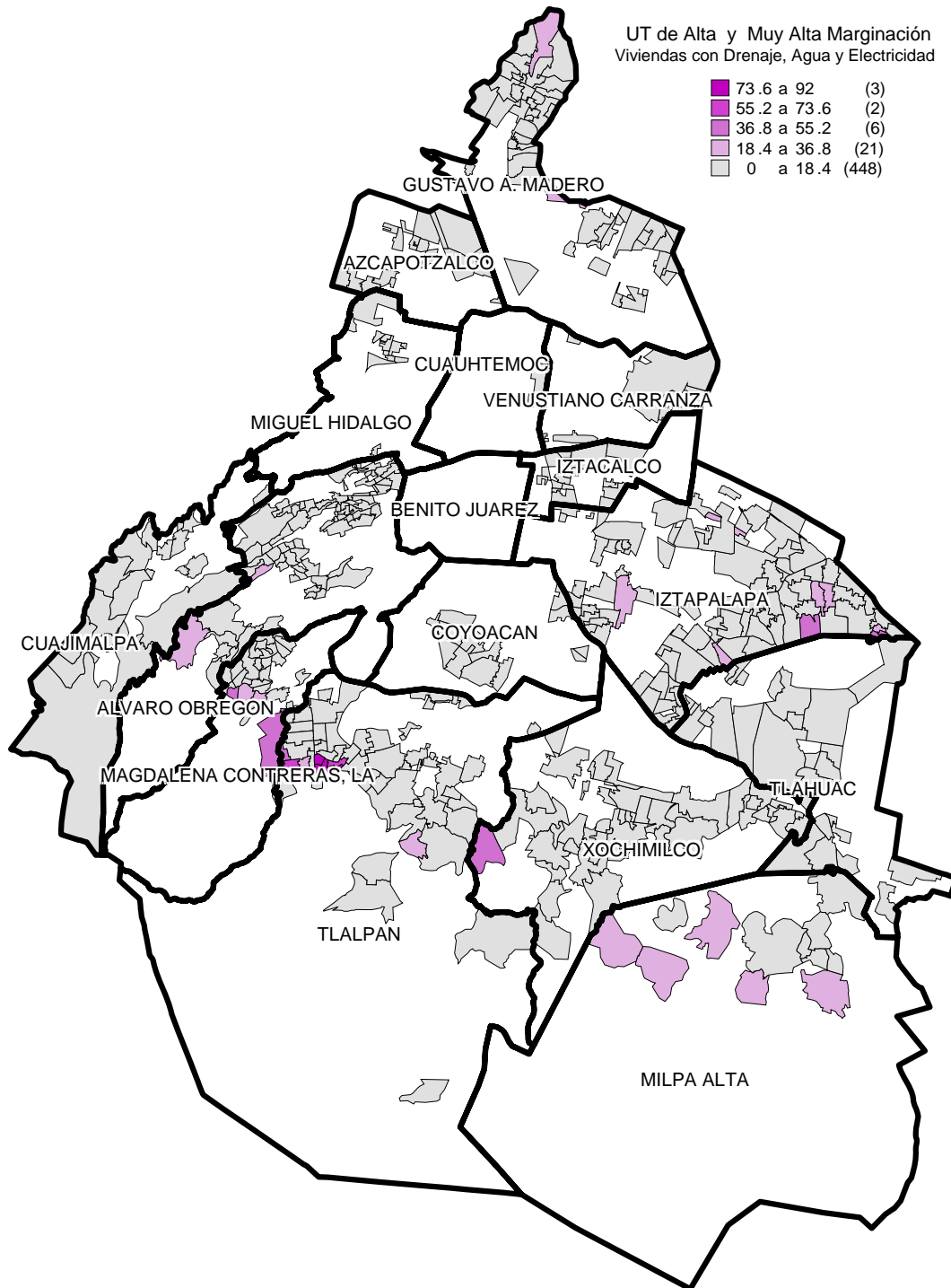
La inmensa mayoría de las viviendas habitadas en el D.F. por las personas clasificadas con alto y muy alto índice de marginación (7,724) cuentan con servicios eléctrico (98%); sin embargo, el agua entubada solo llega al 55.8% de las viviendas habitadas en las unidades territoriales de muy alta marginación, mientras que se recibe en casi 70% de las viviendas ubicadas en unidades territoriales con alto grado de marginación. El servicio de drenaje en las viviendas está presente en el 88.3% y 97.2% de las viviendas de las unidades de muy alta y alta marginación (Gráfico 8). La proporción de viviendas con todos los servicios (agua, drenaje y electricidad) en estas unidades territoriales es baja (0.4%), observándose que sólo en cinco unidades territoriales se concentra poco más de 50% de las viviendas que tienen todos los servicios (Mapa 4).

**GRAFICO 8. VIVIENDAS SEGÚN SERVICIOS DISPONIBLES EN UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO Y MUY ALTO ÍNDICE DE MARGINACIÓN. DISTRITO FEDERAL, 2003.**



Fuente: INEGI, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000.

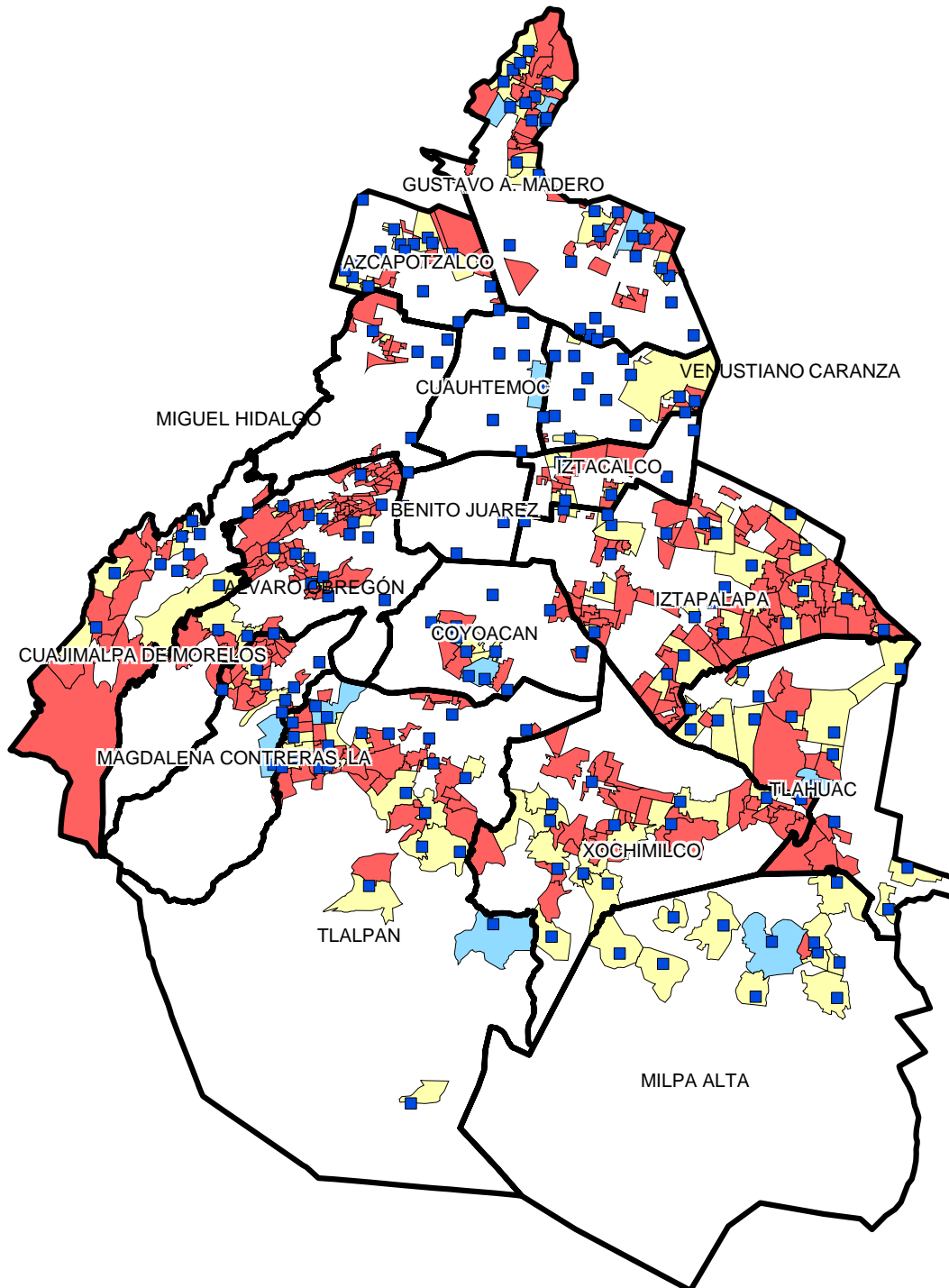
**MAPA 4. VIVIENDAS CON TODOS LOS SERVICIOS EN UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO Y MUY ALTO ÍNDICE DE MARGINACIÓN. DISTRITO FEDERAL, 2003.**



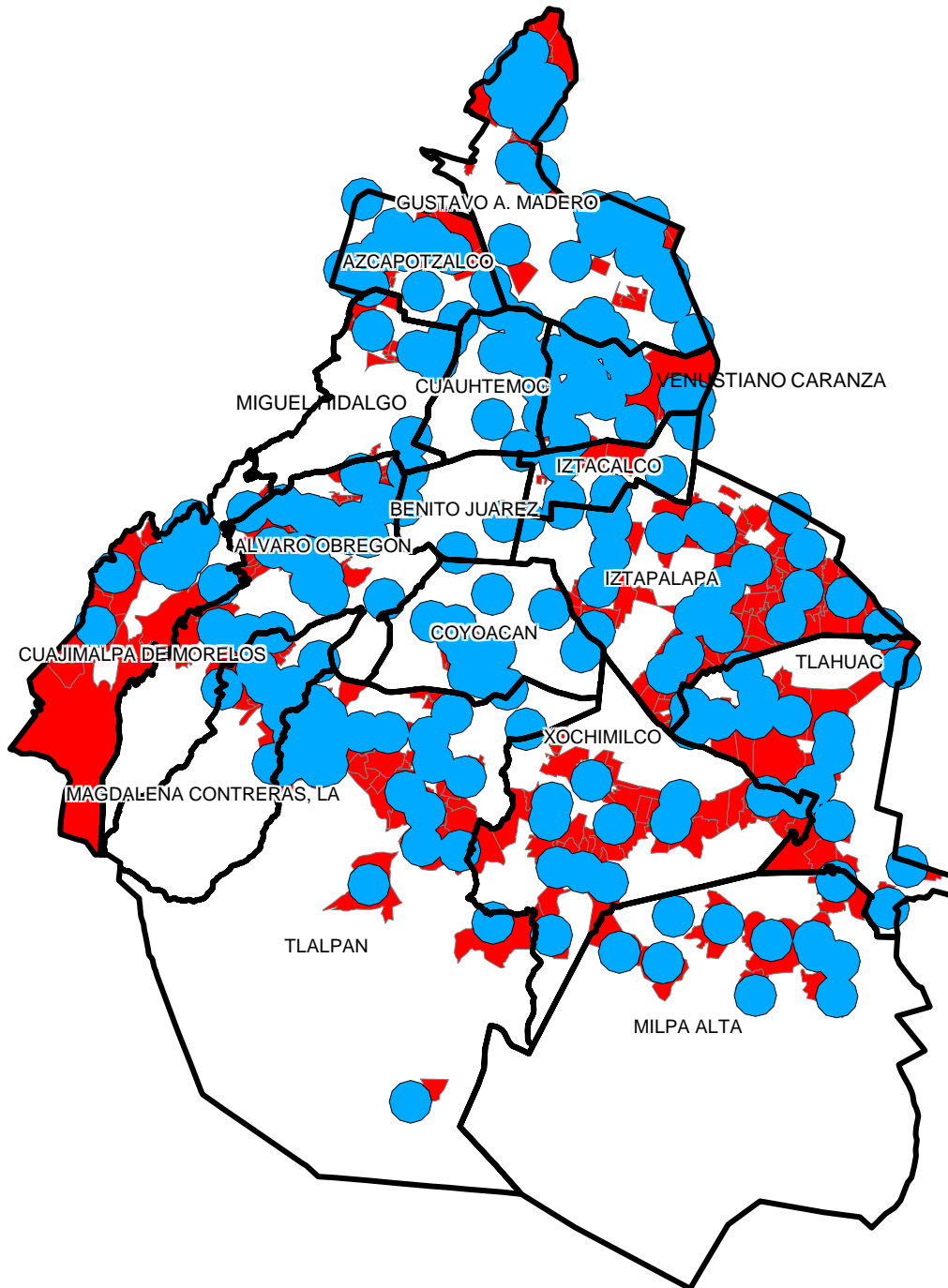
## Recursos del Sistema de Salud para la atención de la población en situación de exclusión

Solo 12 unidades territoriales clasificadas como de alta y muy alta marginación en el D.F. tienen enclavadas en su territorio dos unidades de atención médica; 124 de estas unidades territoriales tienen al menos una unidad de salud y 344 unidades territoriales no tienen ubicada en su territorio ninguna unidad de salud (Mapa 5). El área de influencia de los 26 hospitales (con un radio de 3 Km<sup>2</sup>), y de los 214 centros de salud (con un radio de 1 Km<sup>2</sup>) con que cuenta la Secretaría de Salud del Distrito Federal muestra que la inmensa mayoría de las unidades territoriales de alta y muy alta marginación de la región norte del D.F. se encuentra aparentemente cubierta por dichas unidades, fundamentalmente para las delegaciones de Gustavo A. Madero, Azcapotzalco, Cuauhtémoc, Iztacalco y Miguel Hidalgo; sin embargo, la región sureste de la ciudad muestra que esta cobertura es menor tanto para los hospitales como para los centros de salud, observando a las delegaciones de Iztapalapa, Tláhuac, Tlalpan, Xochimilco, M. Contreras y Cuajimalpa como las más afectadas (Mapa 6 y 7).

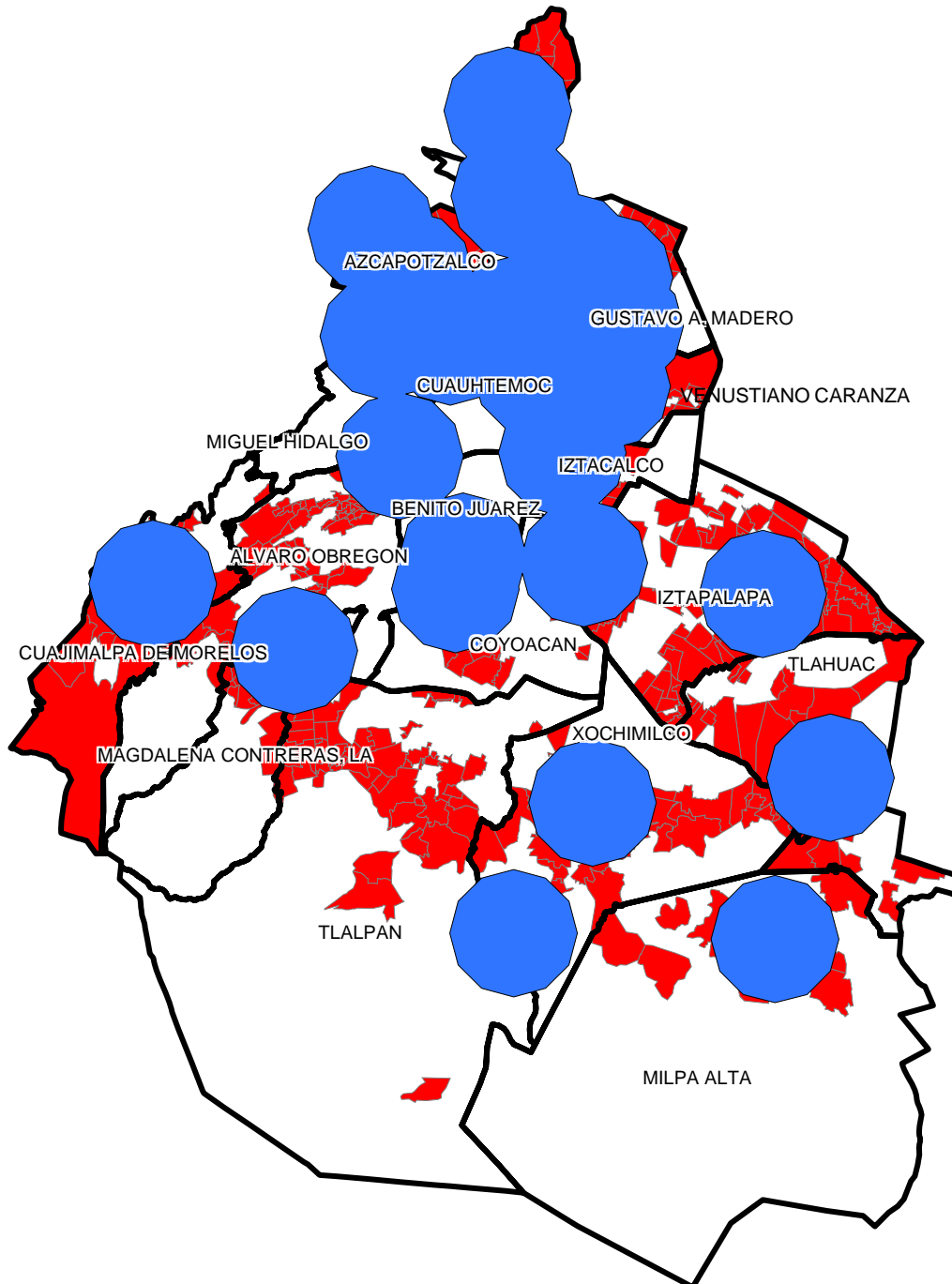
**MAPA 5. UNIDADES DE SALUD UBICADAS EN LAS UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO Y MUY ALTO INDICE DE MARGINACIÓN. DISTRITO FEDERAL, 2003.**



**MAPA 6. AREA DE INFLUENCIA DE LOS CENTROS DE SALUD UBICADOS EN LAS UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO Y MUY ALTO INDICE DE MARGINACIÓN. DISTRITO FEDERAL, 2003.**

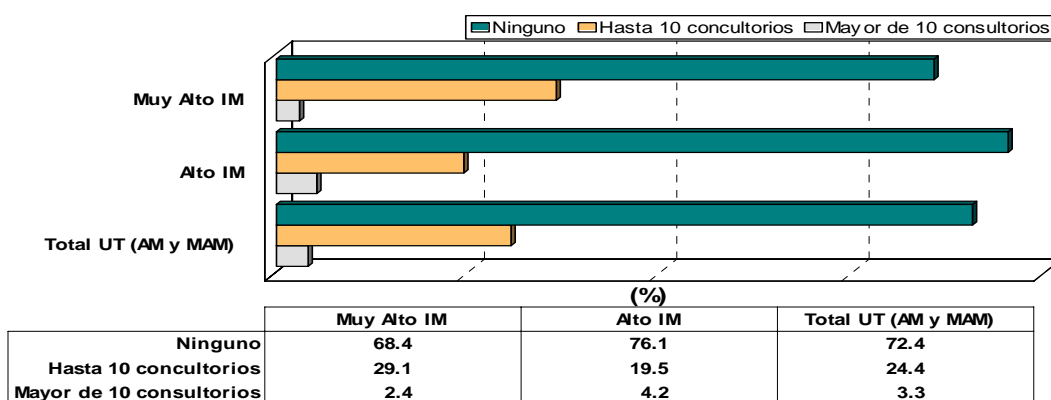


**MAPA 7. AREA DE INFLUENCIA DE LOS HOSPITALES SEGÚN UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO Y MUY ALTO INDICE DE MARGINACIÓN. DISTRITO FEDERAL, 2003.**



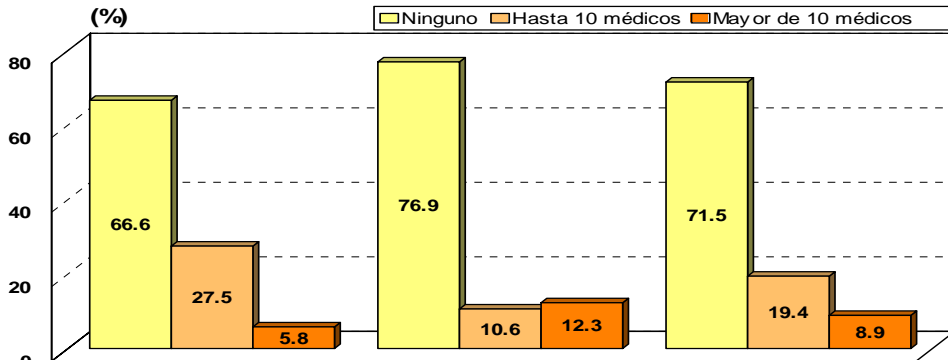
Un análisis de los consultorios médicos (centros de salud y hospitales) de la Secretaría de Salud muestra que solo 3.3% de las unidades territoriales con índice de marginación alto y muy alto tienen 10 o más consultorios que pertenecen a las unidades de atención médica ubicadas en dichas unidades territoriales; 24.4% con 10 o menos consultorios y 72.4% de estas unidades territoriales no cuentan con ningún tipo de consultorio (Gráfico 9). El mismo análisis referido para el total de médicos en contacto con pacientes de unidades de salud ubicadas y camas censables y no censables ubicadas en unidades territoriales de alta y muy alta marginación indica que escasamente 8.9% de las unidades territoriales tienen mas de 10 médicos, 19.4% hasta 10 médicos y 71.5 ningún médico; mientras que entre 1.9% y 2.1% de ellas cuentan con camas censables (Gráfico 10 y 11).

**GRÁFICO 9. CONSULTORIOS MÉDICOS EN UNIDADES DE SALUD UBICADAS EN UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO Y MUY ALTO ÍNDICE DE MARGINACIÓN. DISTRITO FEDERAL, 2003.**



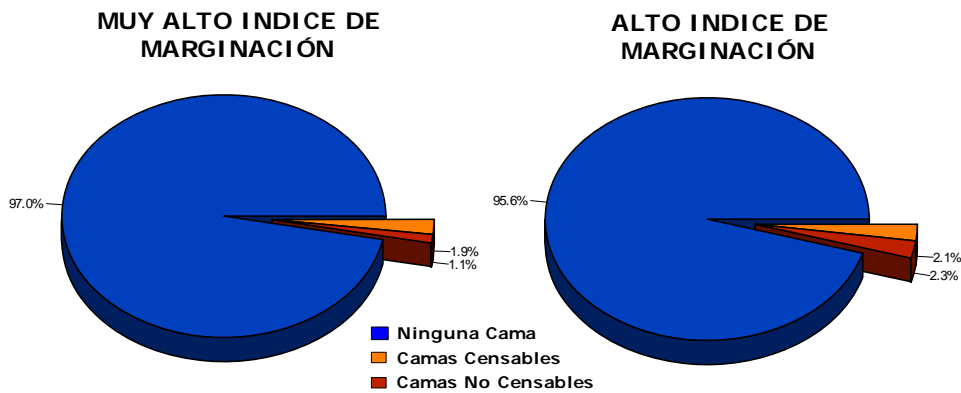
Fuente: Secretaría de Salud del Distrito Federal

**GRAFICO 10. TOTAL DE MÉDICOS EN CONTACTOS CON PACIENTES EN UNIDADES DE SALUD UBICADAS EN UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO MUY ALTO INDICE DE MARGINACIÓN. DISTRITOFEDERAL, 2003.**



**GRAFICO 11. TOTAL DE CAMAS CENSABLES Y NO CENSABLES EN UNIDADES DE SALUD UBICADAS EN UNIDADES DE ALTO Y MUY ALTO INDICE DE MARGINACIÓN. DISTRITO FEDERAL, 2003.**

Fuente: Secretaría de Salud del Distrito Federal



Fuente: Secretaría de Salud del Distrito Federal

### Levantamiento del Censo

El censo se realizó en 15 Delegaciones Políticas debido a que Benito Juárez no tiene unidades territoriales caracterizadas como de muy alta y alta marginación. De acuerdo con los datos de COPLADE la población que habita en estas unidades territoriales asciende a 2'304,923 personas, lo que equivale a hablar de un universo de 880,385 familias residentes en las unidades de referencia (con un promedio de 4.02 miembros); las que constituyen los hogares teóricos a los que habría que aplicarse el censo.

En campo, el personal responsable de levantar el censo contó con un mapa de cada unidad territorial de muy alta y alta marginación el cual fue trabajado en términos de ir registrando las manzanas y viviendas al interior de cada unidad territorial, con el fin de realizar de manera exhaustiva la aplicación del censo. En los barrios, sólo se encontraron a 683,179 hogares, de entre los cuales se aplicaron 573,364 cédulas familiares. Se reportaron 109,815 cédulas no aplicadas ya sea porque no se encontraron en el momento de las visitas<sup>5</sup> ( 73% ) o porque no aceptaron contestar la cédula ( 27% ). Teniendo como hallazgo 197,206 hogares no existentes. Lo que significa que el universo real de población sobre el cual habría de aplicarse el censo es de 683,179 hogares, es decir un 77.6% de la población teórica proporcionada por COPLADE.

La principal causa por la cual no fueron encontradas las familias en sus domicilios fue por trabajar durante los horarios hábiles. Los motivos por aquéllas que no aceptaron responder fueron: desconfianza del manejo que pudiera hacerse de la información; la extensión del cuestionario; falta de interés en los programas del gobierno; por desconfianza en el propio programa de SMYMG; porque se atienden con médicos particulares o bien porque cuentan con seguridad social. A pesar de estas eventualidades se encontró en términos generales muy buena disposición para responder la cédula.

### **Determinación de la muestra**

Para fines del presente informe, se determinó una muestra representativa, estratificada por Delegación Política, con un total de 9,437 cédulas, que contienen información respecto de 36,422 personas. Esta muestra tiene un 95% de confianza con un margen de error de  $\pm 2.5\%$  .

Para el análisis de datos se eligió el paquete estadístico SPSS (Statistical

---

<sup>5</sup> Los domicilios fueron visitados en por lo menos cuatro ocasiones en diferentes días y horarios, a efecto de obtener la mayor respuesta posible.

Package of Social Science). Y se utilizaron frecuencias simples, grupos de análisis (edad, sexo, factores) y cruce de variables, en donde el dato que se manejó, para todas las categorías de análisis, fue el número de individuos.

Cabe hacer la aclaración que el resto de la información de las cédulas que no fueron incluidas en la muestra, específicamente de la población que carece de seguridad social –ya sea que se encuentre inscrita en el PSMYMG o no- está siendo procesada con la finalidad de que la SSDF, esté en posibilidad de tomar decisiones concretas en las propias unidades de salud, para mejorar la calidad y el trato que se brinda en los servicios así como responder ampliamente a las necesidades específicas de atención que requiere la población al nivel de las unidades territoriales de referencia.

Asimismo coadyuvar en el abatimiento de los obstáculos de falta de información y culturales –de la población elegible que no utiliza los servicios de salud- y que habita en las unidades territoriales de Muy Alta y Alta Marginación. Contar con información que reoriente las acciones de promoción de la participación y organización de la población en torno a su salud.

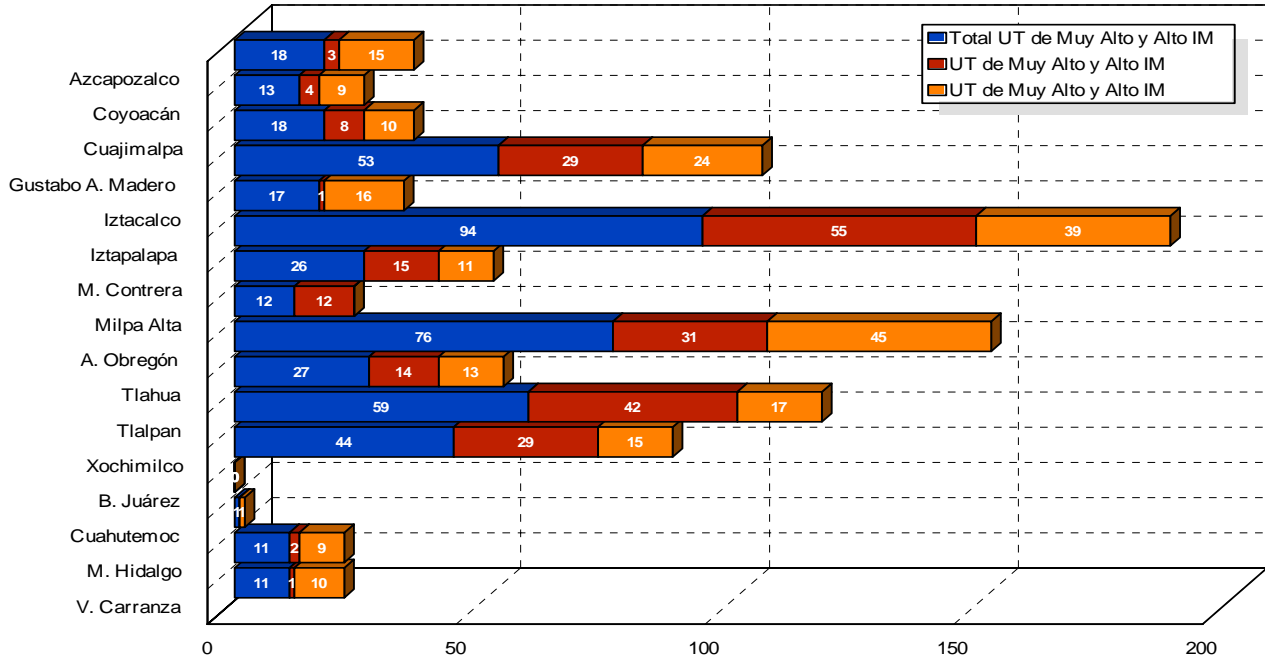
El análisis de los datos refleja que las Delegaciones Políticas que tuvieron un mayor número de cédulas no aplicadas fueron Iztapalapa, Tlalpan y Gustavo A. Madero y las Delegaciones que presentaron datos con un mayor número de cédulas aplicadas fueron Tláhuac y Magdalena Contreras.

### **Población en Situación de Exclusión en Salud en el Distrito Federal**

Las delegaciones políticas, Iztapalapa (19.5%) y Álvaro Obregón (15.8%) son las delegaciones con mayor número de unidades territoriales clasificadas como de muy alto y alto índice de marginación, seguidas por Tlalpan (12.2%), Gustavo A. Madero (11.8%), y Xochimilco (9.1%). Sin embargo, cuando se separan estos

estratos de marginación se observa que Milpa Alta tiene el 100% (12%) de sus unidades territoriales con muy alto índice de marginación (Gráfico12).

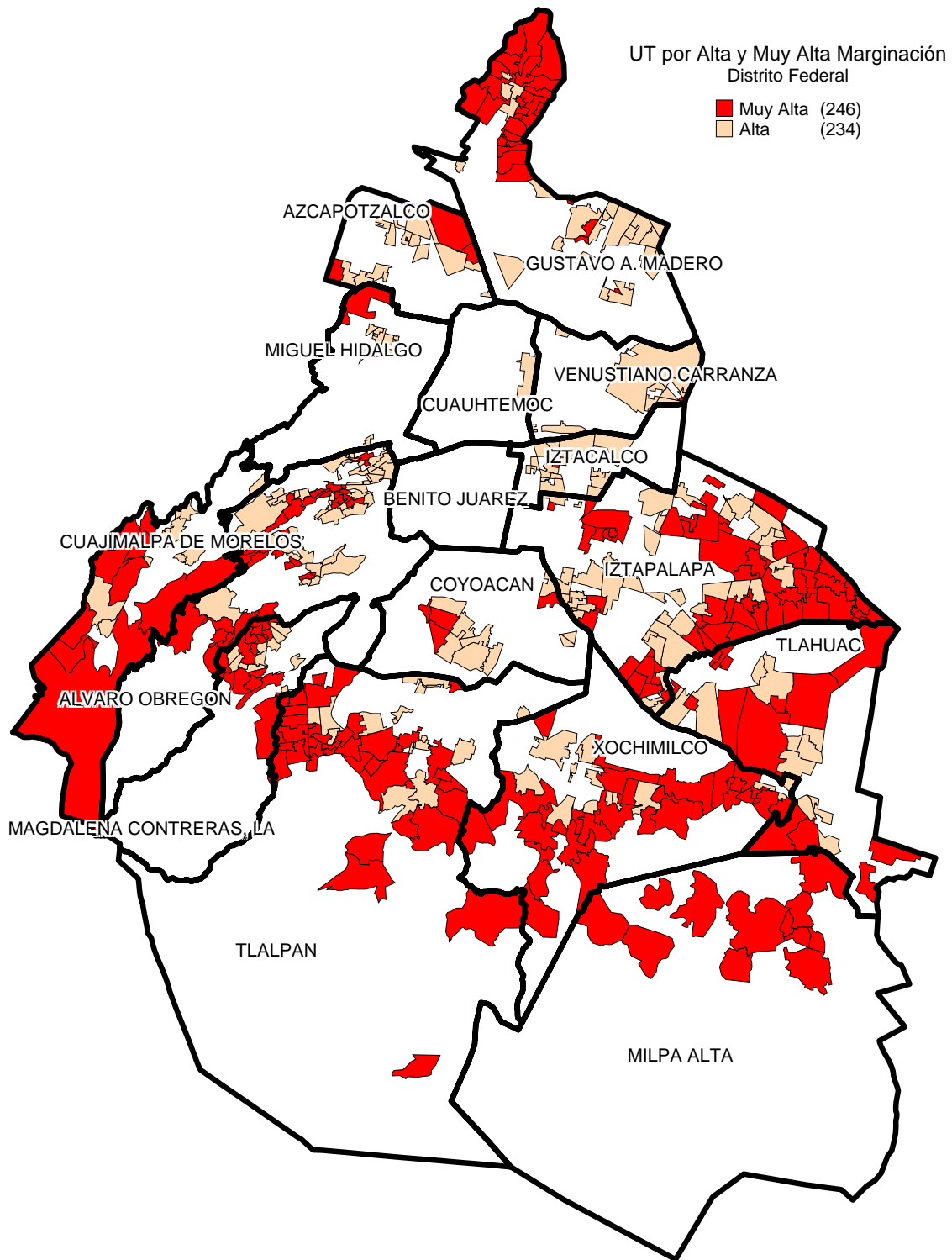
**GRAFICO1 2. UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO Y MUY ALTO INDICE DE MARGINACIÓN POR DELEGACIONES POLITICAS. DISTRITO FEDERAL, 2003.**



Fuente: COPLADE/Secretaría de Salud Distrito Federal.

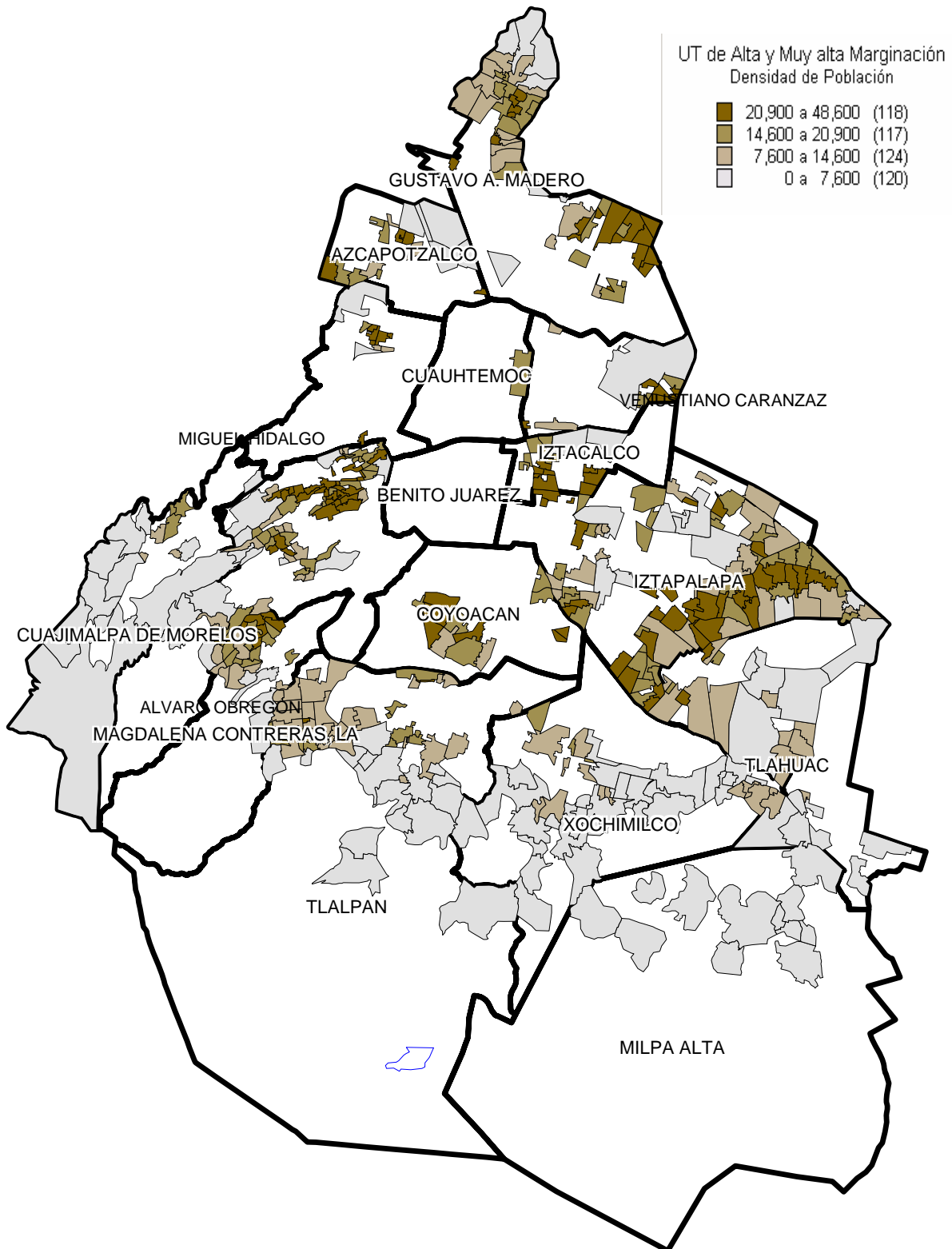
La distribución espacial de las unidades territoriales según el índice de marginación muestra un comportamiento característico de las megas ciudades. Las unidades territoriales de muy alta y alta marginación se concentran en la periferia del D.F, mientras que el resto se distribuyen hacia a la región centro, tanto a nivel de la ciudad, como al interior mismo de las delegaciones (Mapa 8).

**MAPA 8. UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO Y MUY ALTO ÍNDICE DE MARGINACIÓN.  
DISTRITO FEDERAL, 2003.**



Tomando en cuenta la densidad de población por unidad territorial, existen 118 unidades territoriales con una densidad de población superior a los 20 mil habitantes por Km<sup>2</sup>, ubicándose fundamentalmente en las delegaciones de Iztapalapa, Cuajimalpa, Álvaro Obregón, Iztacalco y Gustavo A. Madero (Mapa 9).

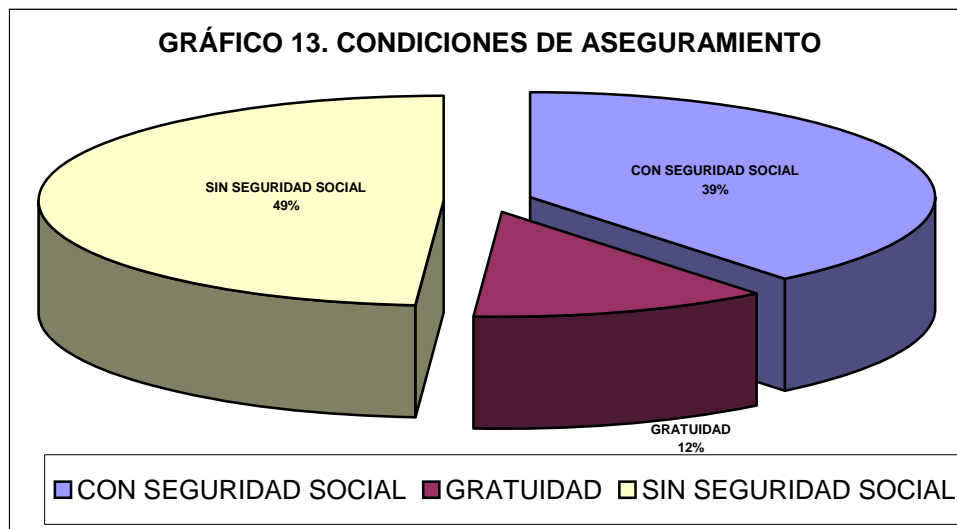
**MAPA 9. DENSIDAD DE POBLACIÓN DE LAS UNIDADES TERRITORIALES DE ALTO Y MUY ALTO ÍNDICE DE MARGINACIÓN. DISTRITO FEDERAL, 2003.**

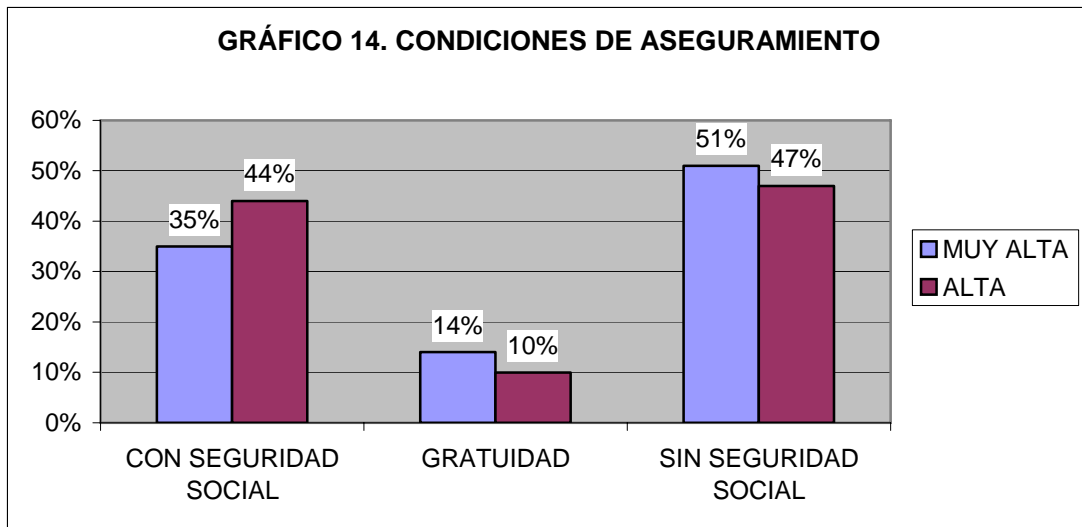


## Población según condición de aseguramiento y género

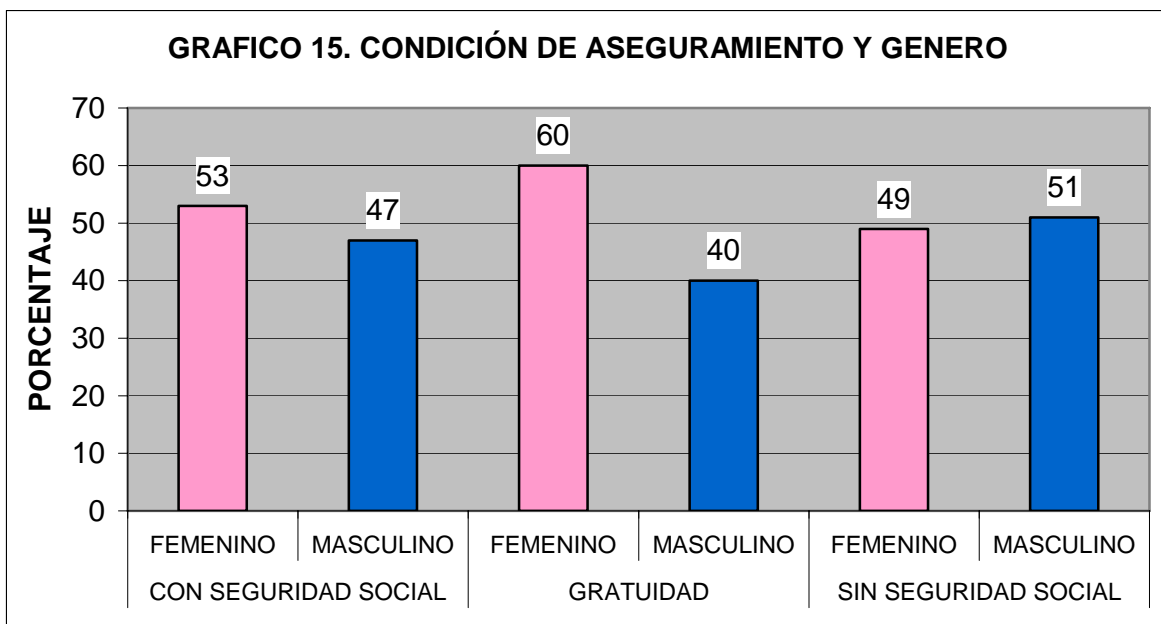
La información arrojada a través del censo y su análisis muestra que la población que habita en unidades territoriales de muy alta y alta marginación cuenta con sólo 39% de población asegurada en la seguridad social, frente a un 61% de población carente de aseguramiento pero de la cual un 12% está afiliada al PSMYMG.

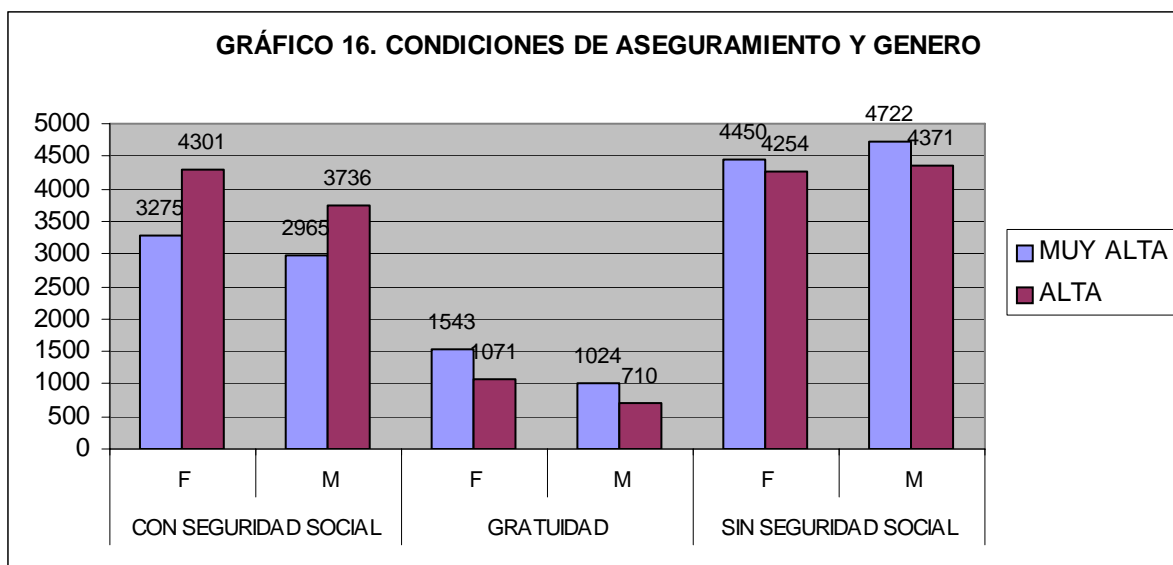
Cabe señalar que en el análisis, la población que radica en unidades de alta marginalidad tienen una diferencia de 9% de mayor aseguramiento sobre la de muy alta. Sin embargo en el caso de la población afiliada al PSMYMG es mayor 4% en las unidades de muy alta que en las de alta y en la misma proporción ocurre con la población sin ningún tipo de aseguramiento. (Graficos 13 y 14.)





La diferencia de género entre la población residente en ambos grados de marginación muestra un mayor número de mujeres con protección en salud tanto en la seguridad social como afiliadas al PSMYMG 53% y 60% respectivamente; y los porcentajes por género con protección en salud según condición de aseguramiento en las unidades territoriales son muy similares entre sí. (Gráficos 15 y 16).



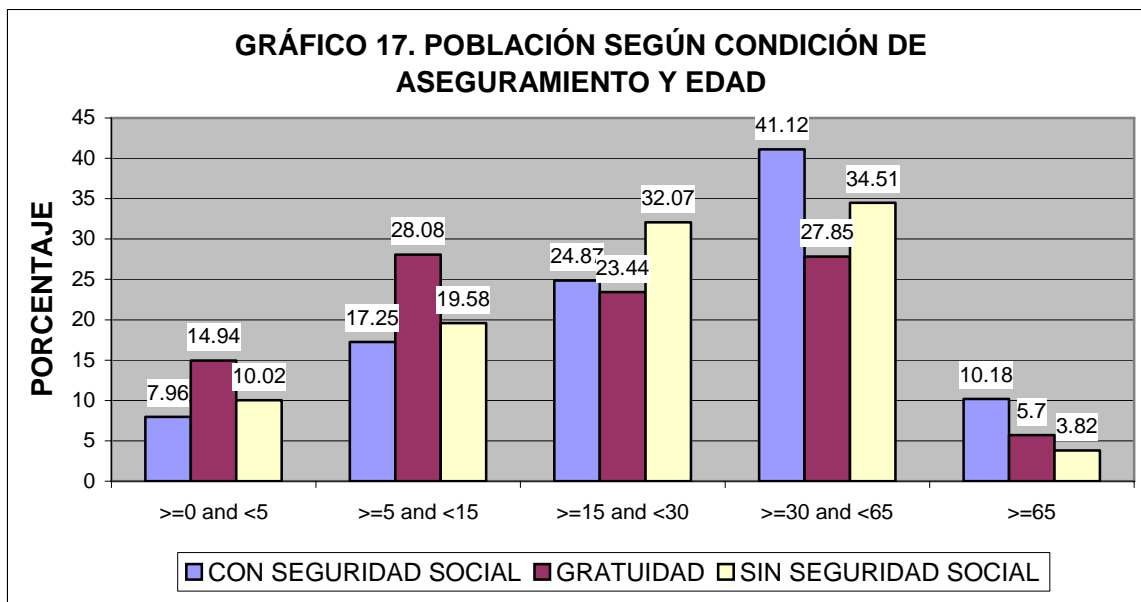


### Perfil etéreo de la población en situación de exclusión en salud

En el caso de los asegurados el grupo de edad que predomina con un 41% es el relativo a los mayores de 30 años y menores de 65, seguidos por un 25% de los mayores de 15 y menores de 30 y por un 17% de los mayores de 5 y menores de 15. El comportamiento es similar entre la población que habita en las unidades territoriales de muy alta y alta marginalidad. Para el caso de la población afiliada al PSMYMG los grupos mayoritarios con un 28% cada uno, son el de mayor de 5 años y menor de 15 y el de mayor de 30 y menor de 65 años, seguido con un 23% del grupo mayor de 15 y menor de 30 años. Y el comportamiento es similar para ésta población en las unidades de muy alta y alta.

En el caso de los desprotegidos los grupos etéreos coinciden en su proporción con los que tienen seguridad social, siendo el mayoritario con 34% el mayor de 30 y menor de 65 años; seguido por un 32% que representa al grupo de mayores de 15 y menores de 30 años y finalmente un 19% de los mayores de 5 años y menores de 15. Igual que en los casos anteriores, el comportamiento entre los residentes de unidades de muy alta y alta marginación es similar.

Destaca entre los afiliados al PSMYMG y los carentes de toda protección, porcentajes igual o menores al 5% en la población mayor de 65 años. (Gráfico 17)

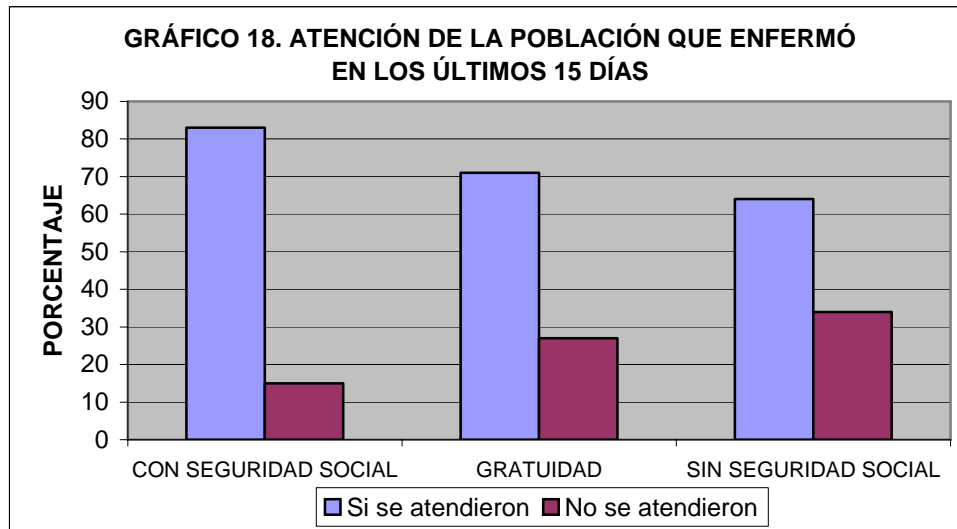


### Presencia de enfermedad y utilización de servicios de salud en los últimos quince días

Los datos del censo muestran una diferencia importante en el reconocimiento por parte de la población que manifestó enfermarse durante los últimos 15 días, con un mayor número de casos de enfermedad entre la población que no cuenta con seguridad social; 21.7 para los afiliados PSMYMG y el 17.3 para los desprotegidos en salud, frente a un 3.0 de los afiliados a la seguridad social<sup>6</sup>.

De dicha población resalta un porcentaje mayor de la población que se atendió frente a la que no lo hizo en los tres subgrupos. No obstante la diferencia de los que sí se atendieron, pertenecientes a la seguridad social en un 82.8%, es notoria con relación a la población desprotegida, la cual se atendió en 64.3% y la que no lo hizo corresponde al 34.2%. (Grafico 18)

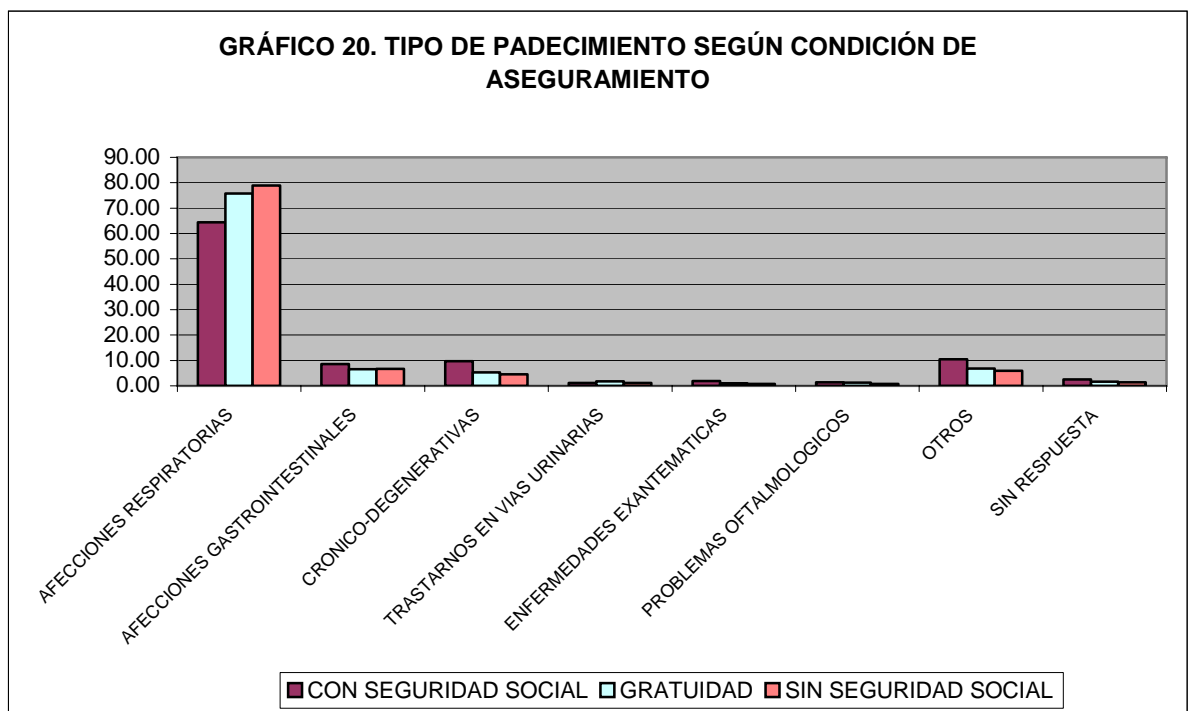
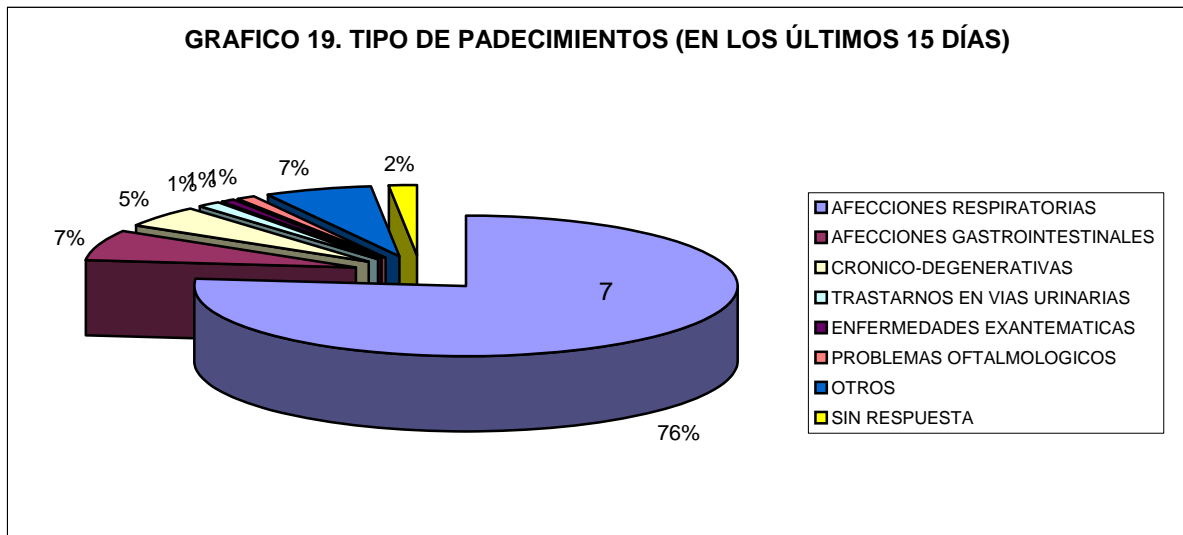
<sup>6</sup> Tasa por 1000 habitantes



Destaca, entre los enfermos que se atendieron, como principal causa las afecciones respiratorias con presencia en 64% de los asegurados, 76% afiliados al PSMYMG y 79% de los desprotegidos en salud.

La segunda afección fue Otra (que resultó de agrupar a más de 20 causas poco frecuentes) en la población con seguridad social y la afiliada al PSMYMG, mientras que las afecciones gastrointestinales ocuparon el segundo lugar para la población desprotegida.

Como tercera causa de enfermedad destaca la manifestada como crónico-degenerativa para el caso de los de seguridad social con un 9.72% y las gastrointestinales con 6.55% para los afiliados al PSMYMG. (Grafico 19 y 20)

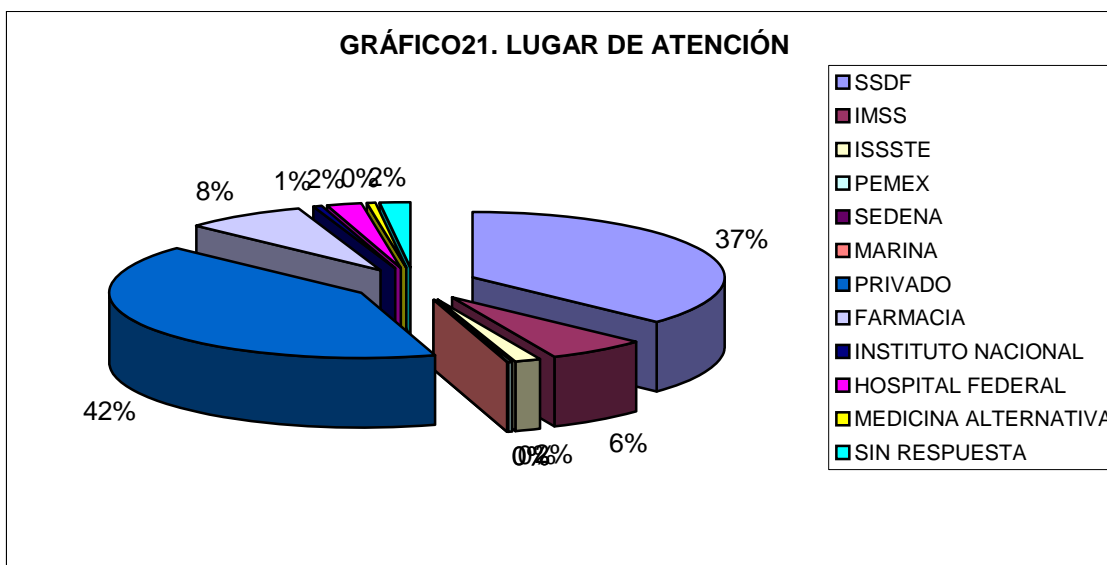


Es relevante, en el caso de la población que se enfermó, que en un 34% la población desprotegida no se atendió, mientras que la población afiliada al PSMYMG que no lo hizo fue del 27% y la que cuenta con seguridad social del 15%.

De la población que sí se atendió, que cuenta con seguridad social, el 59% se atendió en alguna institución de seguridad social; el 22% en el sector privado y el 12% en las unidades médicas de la SSDF. El 68% de la población que se atendió

y está afiliada al PSMYMG lo hizo en las propias unidades de la Secretaría, mientras que un 20% recurrió al sector privado. Por lo que respecta a la población sin ningún tipo de aseguramiento el 31% se atendió en la SSDF, el 52% con el sector privado y un 9% recurrió a la auto-atención en farmacia.

Estos datos ponen en evidencia que hay un importante porcentaje de afiliados al PSMYMG que siguen recurriendo a atenderse en el sector privado y que para la población sin protección la asistencia a los privados, con un importante gasto de bolsillo, sigue siendo su principal opción. (Grafico 21)



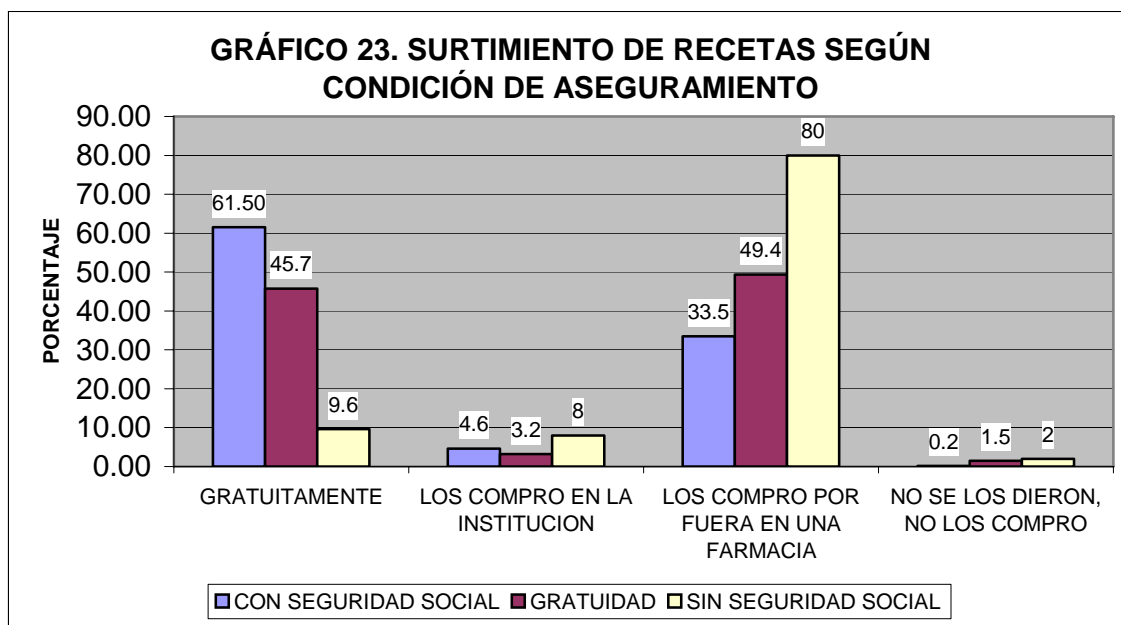
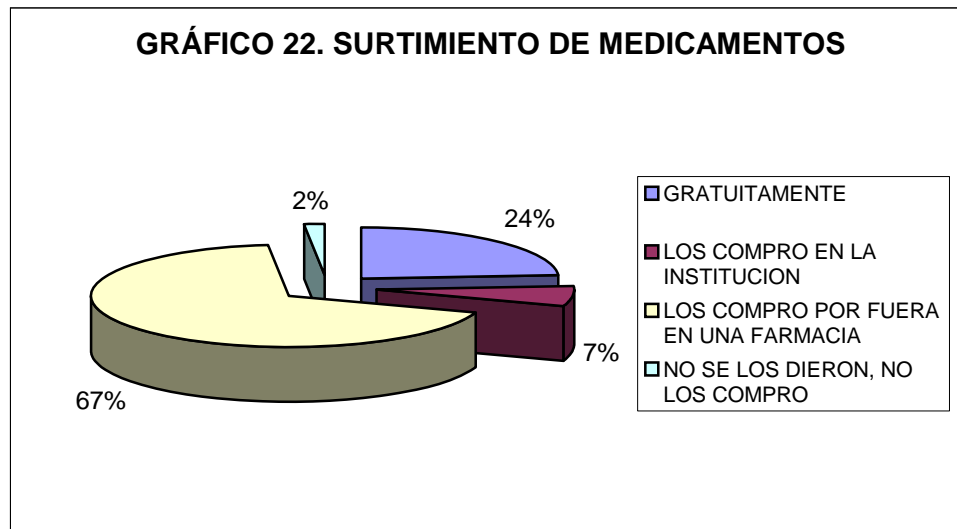
### Surtimiento de medicamentos

Del total de los enfermos que se atendieron, a un 3.3% de los que cuentan con seguridad social no le recetaron medicamentos, tampoco a un 3.5% de los afiliados al PSMYMG, ni a un 2.47% de los que no están asegurados.

El surtimiento de medicamentos de la población con seguridad social fue del 61.5% en sus instituciones, un 33% los compró en la farmacia y un 5% los compró en la institución ( lo que constituye una irregularidad), el elevado porcentaje de compras se explica por el importante proceso de desabasto de medicamentos que padecieron las instituciones de seguridad social, en el periodo en que se levantó el censo. En el caso de la población afiliada al PSMYMG, el comportamiento del nivel de surtimiento institucional fue del 46% frente a un 50% que tuvo que comprarlos en una farmacia y un 3% que los compró en la SSDF (que representa una irregularidad en la institución); el alto porcentaje de no surtimiento institucional

se explica como en el caso anterior por los procesos de oligopolización que padece el mercado de medicamentos en el país. Por cuanto hace a la población sin ningún tipo de protección, un 80% tuvo que comprar los medicamentos recetados en las farmacias, mientras que sólo el 10% se los dieron en la institución en que se atendió, y a un 8% se los vendieron en las mismas .

En general, estos datos muestran que el acceso a los medicamentos sigue siendo un asunto importante con relación al gasto de bolsillo, que afecta particularmente a la población desprotegida. (Graficos 22 Y 23)



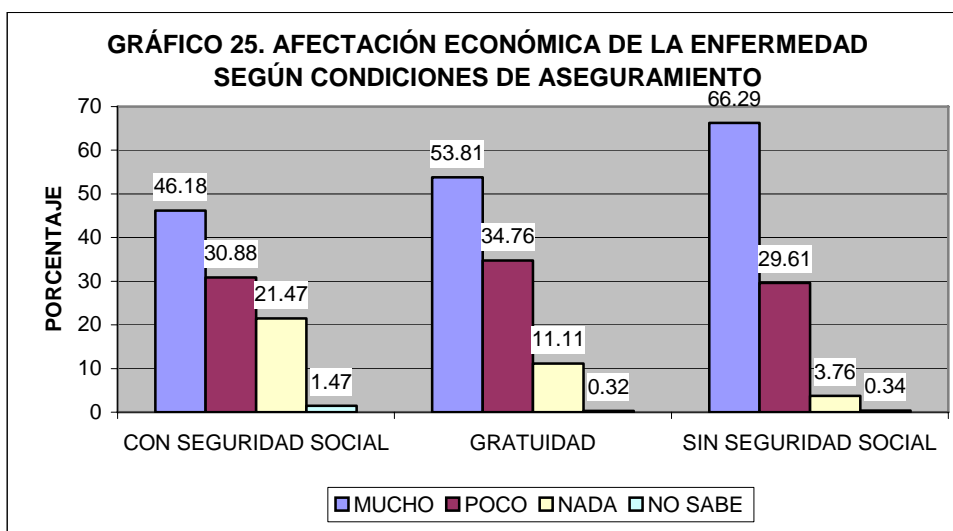
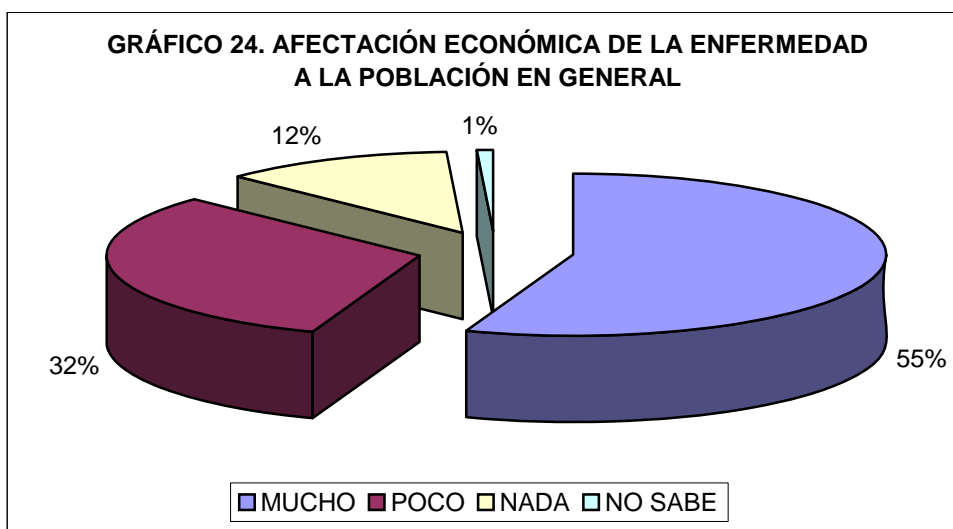
## **Afectación económica**

Una de las cuestiones importantes por conocer respecto de la población residente en las unidades territoriales de muy alta y alta marginación, es cómo perciben la afectación económica que les provoca enfermarse, por lo que se hizo un análisis tanto en relación con el padecimiento ocurrido en los últimos quince días como para aquellos que dijeron tener una enfermedad crónico degenerativa.

En el caso de enfermedad en los últimos 15 días, la población con seguridad social declaró en un 46% haber sido muy afectada económicamente, destacando con este parecer un 60% de los que se atendieron en la SSDF a pesar de que los costos de atención son mínimos, frente a otro 60% que opinaron lo mismo y se atendieron en el sector privado. Sólo un 21% de los asegurados manifestó no haber sido afectado económicamente, compartiendo esta opinión el 31% de los que se atendieron en las propias unidades de la seguridad social.

La población afiliada al PSMMG, expresó haber sido muy perjudicada económicamente en 54%, participando del mismo parecer el 50% de los que se trataron en la SSDF, y el 68% de los que lo hicieron en el sector privado. Los que dijeron haber sido poco afectados fue el 35%, opinión que inexplicablemente externó el 78% de los que se atendieron en la seguridad social. Sólo manifestó no haber sufrido en su economía un 11%, y de los tratados en la SSDF así opinaron el 14% .

En lo que concierne a la población no asegurada el 66% reveló haber sido muy afectada en su economía, correspondiendo este juicio a un 68% de los que se atendieron en el sector privado y un 64% a los que asistieron a la SSDF. Un importante 42% con la misma opinión, se atendió en la seguridad social. Únicamente declaró un 3.76% no quedar afectado económicamente, porcentaje que ascendió al 15% cuando lo expresaron aquellos que se atendieron en la seguridad social. (Gráficos 24 y 25 y cuadro 1).



**CUADRO 1. AFECTACIÓN ECONÓMICA DE LA ENFERMEDAD, SEGÚN CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO**

AFECTACIÓN	CON SEGURIDAD SOCIAL				GRATUIDAD				SIN SEGURIDAD SOCIAL			
	SSDF	S. SOCIAL	PRIVADO	PROMEDIO	SSDF	S. SOCIAL	PRIVADO	PROMEDIO	SSDF	S. SOCIAL	PRIVADO	PROMEDIO
<b>MUCHO</b>	60.42	38.03	59.49	46.18	50.42	11.11	68.09	53.81	64.42	42.31	68.1	66.29
<b>POCO</b>	31.25	29.58	34.18	30.88	35.21	77.78	30.5	34.76	31.92	42.31	27.79	29.61
<b>NADA</b>	8.33	31.46	2.53	21.47	14.17	11.11	0.71	11.11	3.22	15.38	3.82	3.76
<b>NO SABE</b>	0	0.94	3.8	1.47	0.21	0	0.71	0.32	0.44	0	0.29	0.34

La opinión en torno a la afectación económica por padecimiento crónico – degenerativo se expresó así: en los asegurados, un 41% declaró que fue muy alta y cuando ellos se atendieron en el sector privado un 59% opinó lo mismo . La población asegurada que dijo estar poco afectada sólo fue 20%.

Los afiliados al PSMMG revelaron estar muy afectados en un 53% , subiendo este porcentaje a 66% cuando se trataron en el sector privado. El 37% manifestó estar poco afectados económicamente y sólo un 10% dijo no estarlo en nada.

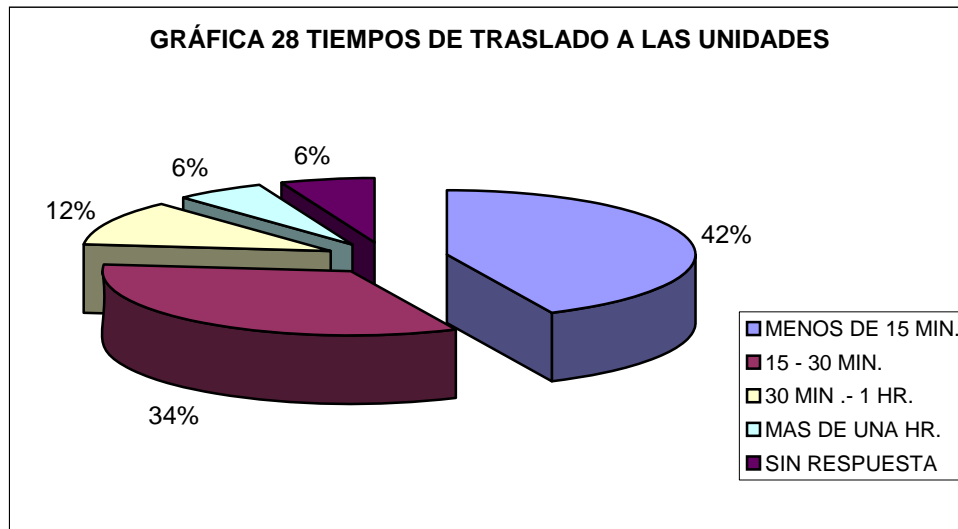
La población sin aseguramiento dijo estar muy afectada en el 65%, destacando un 48% con esa misma opinión cuando se atendieron en la seguridad social. Y un 66% cuando lo hicieron en la SSDF. El 5% dijo no estar afectada, participando el 17% de ese punto de vista cuando la atención la recibieron en la seguridad social (Gráficos 26 Y CUADRO 2)

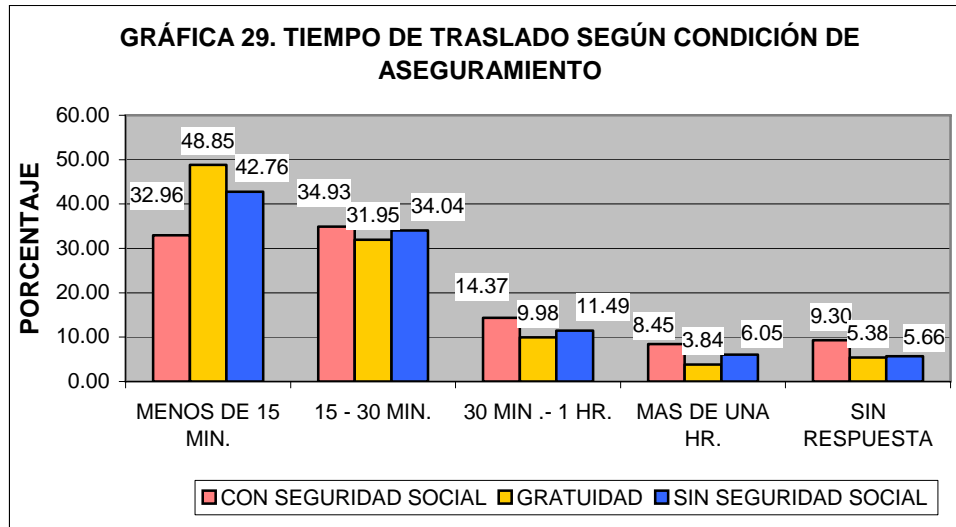
## GRÁFICO 26

## Calidad percibida de la atención a la salud

El **traslado** a la unidad médica de los enfermos con seguridad social que se atendieron ocurrió entre menos de 15 minutos y media hora en un 68%; y en más de una hora, en 8%. Sin embargo, estos porcentajes variaron cuando el traslado lo realizaron los residentes de las unidades territoriales de muy alta marginalidad que tardaron más en trasladarse que los de alta. El tiempo que ocupó la población afiliada al PSMMG en su traslado fue en un 81% no mayor a treinta minutos, comportamiento que no varió en referencia al nivel de marginalidad. En el caso de la población sin protección en salud el comportamiento del traslado fue similar, de un 77%, hasta por media hora, sin variación por marginación.

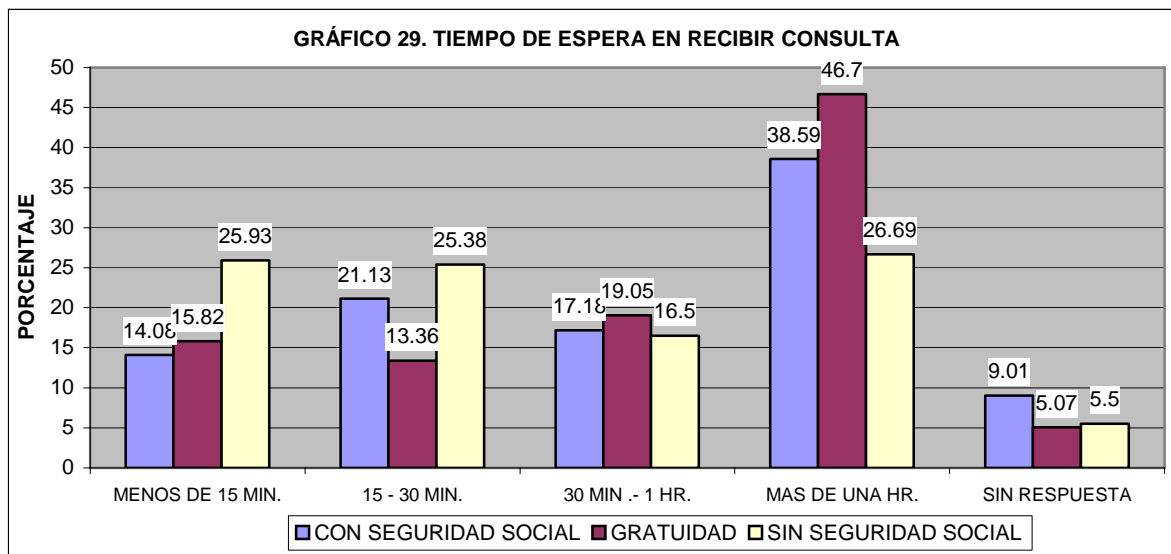
Lo que muestra que el factor geográfico no representa obstáculo alguno al acceso en salud de la población de referencia (Grafico 27)





Solo en el caso de los asegurados y de los afiliados al PSMYMG es significativo el tiempo de espera para recibir consulta médica; los afiliados al PSMYMG en un 47% tuvieron que esperar más de una hora mientras que los asegurados lo hicieron en un 38%; no se manifestaron variaciones en los tiempos de espera por nivel de marginalidad. La única excepción a considerar es un 13% , que esperó menos de 15 minutos, en unidades territoriales de muy alta marginalidad, de los afiliados al PSMYMG.

Por cuanto hace al comportamiento de la población desprotegida es notoria una disminución en el tiempo de espera para recibir la consulta, asciende solo al 27% quienes esperaron más de una hora, y se eleva al 26% los que lo hicieron por menos de 15 minutos; comportamiento que fue similar entre la población residente según nivel de marginalidad. Comportamiento que puede explicarse porque la mayoría se atendió en el sector privado.(Gráfico 29 )



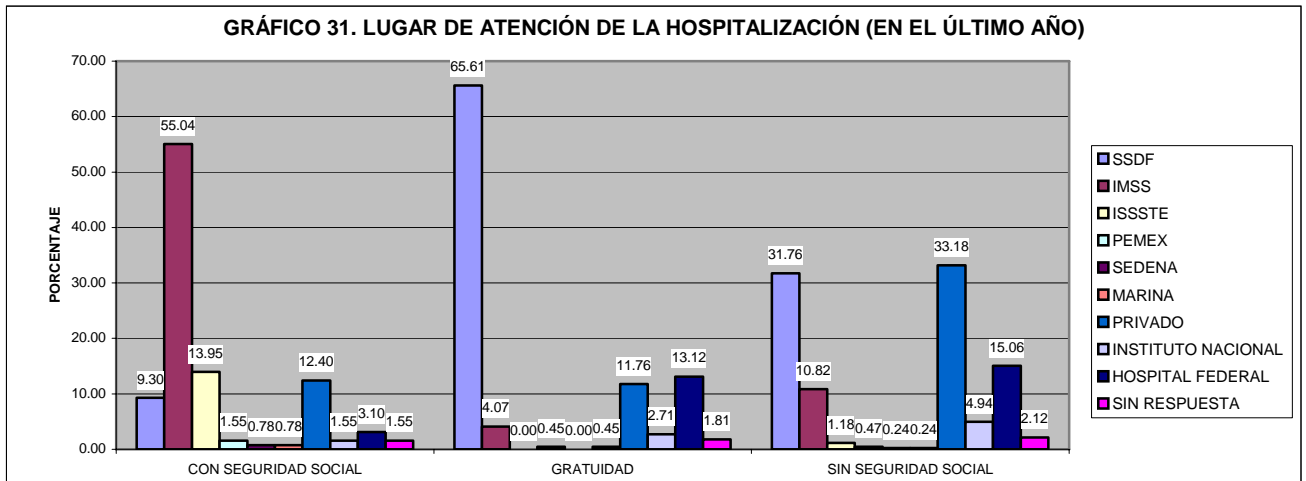
Por lo que respecta al **trato** recibido el 72% de los asegurados manifestó que era bueno, sólo un 14% dijo que era muy bueno y destaca un 28% de esta opinión cuando se atendieron con los privados. Un 12% señaló que era malo y muy malo el trato pero esta opinión nunca se manifestó cuando la atención la prestaron los privados. Los afiliados al PSMMG, en un 74% expresaron que la atención había sido buena, el 19% manifestó que fue muy buena y el 33% de los que compartieron esta apreciación se atendieron en el sector privado. El 5% reveló que la atención fue mala pero solo el 0.75% tuvo esta opinión de los que se atendieron en el sector privado. En el caso de los no asegurados el 73% manifestó haber sido bien tratados y sólo un 5% indicó que el trato había sido malo o muy malo, coincidiendo en esa percepción los que se atendieron en la seguridad social en un 19%.(Gráfico 30)

### Hospitalización en el último año

De la población que manifestó haber sido hospitalizada durante el último año, resultó una tasa del 9.04 en el caso de los asegurados a la seguridad social, una del 50.8 en el caso de los afiliados al PSMYMG y del 23.8 para los desprotegidos.

El lugar donde se atendieron en el caso de los asegurados en el 72% fue en alguna de las instituciones de seguridad social presentes en la Ciudad y el 12% en el sector privado. Los afiliados al PSMYMG se atendieron el 66% en las unidades de la SSDF, 13.12% en los hospitales federales y 11.76% en el sector privado. La población descubierta se hospitalizó, 33% en el sector privado, 32% en los hospitales de la SSDF y 15% en hospitales federales. El dato que no se explica

es un 13% que dice haber sido atendido en algún hospital de la seguridad social (Gráfico 31)



**CUADRO 9ª**

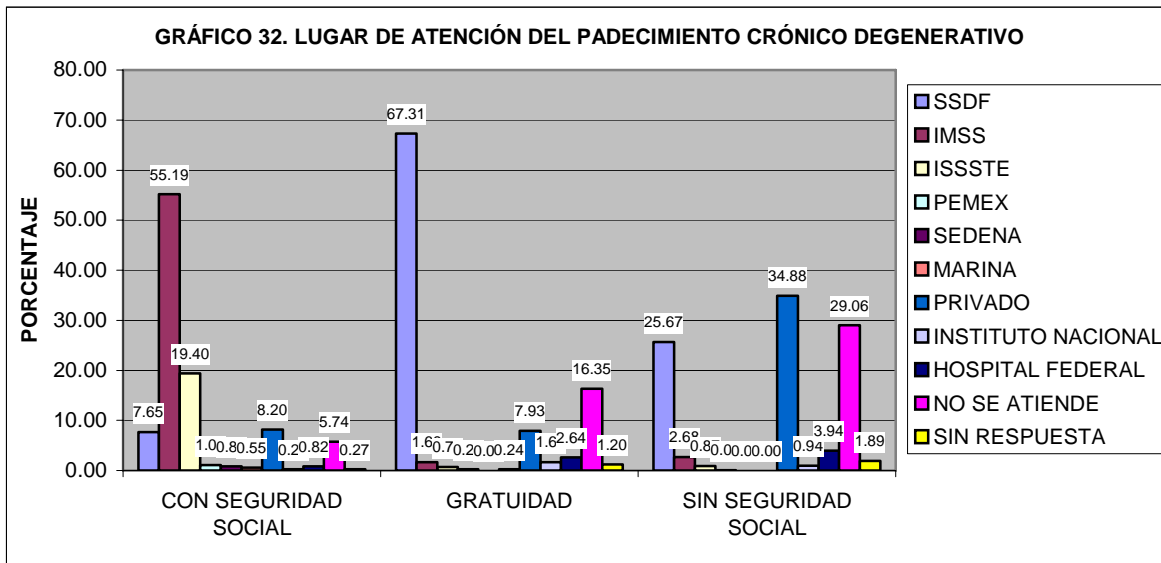
En el seguimiento post-hospitalario, al 52 % de los asegurados se les dio cita de seguimiento entre una semana y 15 días después del egreso y al 22% un mes después, mientras que no se le citó nuevamente al 15%. Los afiliados al PSMMG fueron citados el 46% entre una semana y quince días posteriores al alta, 18% un mes después y no se le citó al 26%. De la población desprotegida, al 52% se le citó entre los 15 y treinta días después del evento, al 16% después de un mes y no se citó al 21%.

## Población que manifestó tener padecimientos crónico-degenerativos

De la población que declaró padecer de una afección crónico-degenerativa se mostró una tasa del 2.5 en el caso de los asegurados a la seguridad social, una del 9.5 en el caso de los afiliados al PSMYMG y del 7.1 para los desprotegidos.

El tipo de padecimiento de mayor frecuencia en cualquiera de los tipos de aseguramiento fue la hipertensión, con 46% de los asegurados, 43% de los afiliados al PSMMG y 36% en los sin aseguramiento; seguida por la diabetes, con 26% de los asegurados, 25% de los afiliados al PSMMG y 24% de los desprotegidos. El tercer lugar lo ocupa las enfermedades del corazón con 12% en los asegurados, 10% en los afiliados al PSMMG y 13% en los no asegurados.

El lugar donde señalaron atenderse de este padecimiento fue, en el caso de los asegurados, el 77% en algunas de las instituciones de seguridad social, seguidos con un 8% de los que se atienden en el sector privado, y del 8% que lo hacen en la SSDF. Los afiliados al PSMMG el 67% se atiende en sus mismas instituciones, un 8% lo hace en el sector privado y un 19% no se atiende. De los no asegurados, el 35% se atiende en el sector privado, mientras que el 26% lo realiza en la SSDF. (Gráfico 32)



## Vacunación

Destaca del análisis sobre el lugar de inmunización de los menores de 5 años de edad, para el caso de los asegurados, un 55% que lo hicieron en la SSDF, mientras que el 33% lo realizó en las propias instituciones; de los afiliados al PSMMG el 82% se vacunó en la SSDF y el 3% acudió a la seguridad social . De los no asegurados, 79% fue vacunado por la SSDF, 8% a la seguridad social y el 12% al sector privado.

## **Conclusiones**

### **Alcances del PSMMG**

Los alcances del Programa de servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos en el objetivo de vencer la exclusión en salud en la ciudad han sido heterogéneos por las diferencias socioeconómicas, culturales e históricas existentes entre delegaciones políticas; expresándose un alcance de la inclusión en salud en variados niveles, intensidades, e incluso formas por grupo de población, en virtud de que el fenómeno de la exclusión en salud es histórico y multidimensional y de que la estrategia de gratuidad no había sido promovida públicamente sino que se realizó por demanda.

Se considera, que es en las unidades territoriales de muy alta y alta marginación donde se imbrican las peores condiciones sociales, económicas, geográficas, políticas y culturales que contribuyen a inducir y concretar la exclusión y a obstaculizar el acceso a los servicios de salud, aún en presencia misma del PSMMG.

## V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fanon, Frantz (1979), *Los condenados de la Tierra*, Civilizacao Brasileira, Río de Janeiro.

Gobierno del Distrito Federal Coordinación de Planeación y Desarrollo (2001) *Metodología para la determinación de los Índices de Marginación*. Gobierno del Distrito Federal. México D.F.

Gobierno del Distrito Federal (2002) *Programa de Salud 2002-2006*, Secretaría de Salud del Distrito Federal. México - Ciudad de la Esperanza.

Instituto Nacional de Geografía, Estadísticas e Informática (INEGI) (2002)

Organización Panamericana de Salud (1998). Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS. *Lineamientos para la elaboración de Perfiles de Sistemas de Servicios de Salud en los Países de la Región*. Washington DC,

Organización Panamericana de la Salud (2000) *Apoyo para Planear Investigaciones sobre estrategias para extender la protección social en salud: invitación para presentar propuestas*. <http://www.paho.org/rfp-ops-idrc-spa.pdf>.

Organización Panamericana de la Salud (2000<sup>a</sup>) *Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe*. [http://www.paho.org/pano\\_esptexfin.pdf](http://www.paho.org/pano_esptexfin.pdf).

Organización Panamericana de la Salud (2000b) *Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y el Caribe*. <http://www.paho.org/elementostexfinal.pdf>

OPS/OMS (2003) *Guía Metodológica para el diseño e implementación del diálogo social en salud*, Washington.

OPS/OMS (2001) Guía Metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud, Washington .

Organización Panamericana de Salud. (2001) Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud *Protocolo de Investigación Protección Social en Salud*. Washington DC.

Organización Panamericana de Salud Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.

OPS/OMS. Secretaría de Salud del Distrito Federal de México (2002). *Propuesta de cooperación técnica entre la OPS y la Secretaría de Salud del Distrito Federal de México en el marco del Proyecto OPS/ASDI de expansión de la protección social en salud (EPSS)*. Ciudad de México, {Borrador}.

Representación OPS /OMS en México. (2002) Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS /OMS. Representación en México *Perfil del Sistema de Salud de México*. 2da. Edición. Ciudad de México

Secretaría de Salud del Distrito Federal. Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial (2002) *Regionalización de las Unidades Territoriales y AGEB, Bases conceptuales*. Gobierno del Distrito Federal, México - Ciudad de la Esperanza.

## **VI. ANEXO CENSO**

Los objetivos generales del censo fueron:

1. Conocer el número de individuos y/o familias por Unidad Territorial de Muy Alta y Alta Marginación que no cuentan con Seguridad Social y que son susceptibles de incluirse en el PSMMG
2. Identificar su percepción sobre:
  - Su salud
  - utilización de los servicios médicos en el primer y segundo nivel de atención, así como urgencias
  - obstáculos geográficos para su acceso
  - obstáculos económicos en el acceso a un tratamiento requerido
  - Surtimiento de medicamentos
  - Trato recibido en las unidades de salud
  - Enfermedades crónico-degenerativas y sobre su control
  - Vacunación en menores de 5 años
  - Control prenatal
  - Mortalidad en el último año

**Con la información resultante del censo se pretende:**

1. Tomar decisiones específicas en las unidades de salud para mejorar la calidad y el trato que se brinda en los servicios así como responder ampliamente a las necesidades específicas de atención que requiere la población al nivel de unidad territorial.
2. Abatir los obstáculos de falta de información y culturales –de la población elegible que no utiliza los servicios de salud- y que habita en las U.T.'s de Muy Alta y Alta Marginación.

3. Contar con información que reoriente las acciones de promoción de la participación y organización de la población en torno a su salud.

Paralelamente al levantamiento del censo, se instrumentó una estrategia de información sobre el PSMMG a las familias carentes de seguridad social, capitalizando el esfuerzo de visitar casa por casa las 480 UT de muy alta y alta marginalidad.

Con esta estrategia se promovió el PSMMG a través de informar a las familias elegibles -no derechohabiente a la seguridad social contributiva- y que aún no estaban inscritas en el padrón del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos de la SSDF, sobre los servicios de salud que brinda el GDF a través de la SSDF, sobre el programa, los requisitos y las unidades de salud mas cercanas a sus domicilios así como horarios de atención.

## **UNIVERSO DE TRABAJO**

El Censo se levantó a todas las familias habitantes de las 480 Unidades Territoriales de Muy Alta y Alta Marginación, aproximadamente 880,385 familias (dato obtenido a partir de la población que habita dichas Unidades Territoriales, entre 4.02 miembros por familia). Y el cuestionario se aplicó al Jefe o Jefa de Familia o cualquier persona responsable mayor de 16 años residente en el domicilio.

## **PERSONAL OPERATIVO**

El censo fue aplicado por el personal del Programa de Educación para la Salud Familiar que consta de 1200 educadoras para la salud, 95 capacitadores en servicio y 19 coordinadores regionales, adscrito en las 16 Jurisdicciones Sanitarias del Distrito Federal.

## TIEMPO DEL LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Del 13 de Octubre de 2003 al 29 de abril del 2004.

### PREVIO A LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

- Se realizó una capacitación a los 19 Coordinadores Regionales y a los 95 Capacitadores para que ellos transmitieran la información a las Educadoras; sobre el formato del censo, tiempo de aplicación y condiciones del levantamiento del mismo. Cada educadora cuenta con un mapa de la unidad territorial en cuestión; y realizó un manzaneo del mismo a través del cual fué numerando las viviendas encontradas.

### PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR EL LEVANTAMIENTO DEL CENSO

- Visitar el domicilio seleccionado, en caso de no encontrar a algún miembro de la familia que pueda contestar el cuestionario, visitar el domicilio por lo menos en cuatro ocasiones en distintos horarios. La segunda visita se realizará el mismo día que realizó la primera, aprovechando que se encuentra en la zona, sólo que en distinto horario. La cuarta se realizará en sábado.
- Preguntar por alguna persona mayor de edad en el domicilio.
- Saludar y explicar el motivo de la visita.

En la parte superior contiene:

- Nombre de la encuesta.
- Identificación de la institución
- Domicilio (vialidad, nombre de la vialidad, número exterior, numero interior)
- Recuadro superior derecho donde debe anotarse: colonia, delegación, número de unidad territorial, y el número de manzana y número de vivienda, según los mapas con los que ya cuenta la educadora.

<p><b>Colonia <u>Villa Quietud</u></b> <b>Delegación <u>03</u></b> <b>No. UT: <u>03-011-1</u></b> <b>Mz. No. <u>10</u> Vi. No. <u>2</u></b></p>
---