

CONSEJO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL DEL DISTRITO
FEDERAL

EVALUACIÓN DE *DISEÑO Y OPERACIÓN* DEL
PROGRAMA DE ACCESO GRATUITO A LOS SERVICIOS
MÉDICOS Y MEDICAMENTOS A LAS PERSONAS RESIDENTES
EN EL DF QUE CARECEN DE SEGURIDAD SOCIAL LABORAL.

Informe Final

México, Distrito Federal.

10 de febrero de 2008

Universidad Veracruzana
Instituto de Salud Pública

Equipo de Evaluación Externa

Dra. Dulce María Cinta Loaiza

Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales

Dr. Gabriel Riande Juárez

Dr. Raúl Puente Rangel

Apoyo logístico:

Lic. Israel Moreno Morales

Índice

Introducción.....	I
Marco teórico-conceptual.....	III
1. Evaluación del Diseño	1
1.1. Antecedentes.....	1
1.2. Relevancia de la(s) necesidad(es) o problema(s) atendido(s).....	38
1.3. Identificación del problema y determinación de la población objetivo.....	46
1.4. Consistencia interna entre objetivos, estrategias y RO del programa.....	59
1.5. Congruencia externa de las reglas de operación, objetivos, estrategias y componentes del programa con los objetivos de la política de desarrollo social.....	81
2. Evaluación de la Operación del Programa.....	85
2.1. Recursos.....	85
2.2. Consistencia de la operación con el diseño y el logro de los resultados esperados.....	102
2.3. Congruencia de las actividades con los principios de la política de desarrollo social del DF.....	113
2.4. Sustentación y retroalimentación de los procesos.....	116
2.5. Metas.....	117
3. Conclusiones y recomendaciones respecto al diseño y a la operación.....	119
3.1. Conclusiones.....	119
3.2. Recomendaciones.....	122
Preguntas específicas.....	125
Referencias Bibliográficas.....	137
Anexos.....	132

Introducción.

La Ley de Desarrollo Social del Distrito Federal muestra una clara orientación de justicia social al ser concebida como un instrumento que busca no sólo promover, proteger y garantizar el cumplimiento de los derechos sociales universales de los habitantes del Distrito Federal, sino también disminuir la desigualdad social en sus diversas formas, ocasionada por la mala distribución de la riqueza, de los bienes y de los servicios, que prevalece entre esta población.

En esta lógica y derivado de la Ley, el gobierno del Distrito Federal ha instrumentado un conjunto de Programas Sociales que tiende a darle cumplimiento al mandato de referencia. Este es el caso del Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral. Por todos es conocido que la protección de la salud, además de ser un derecho de todos los habitantes de México, garantizado en el Artículo Cuarto de nuestra Carta Magna, es una de las áreas más sensibles en la sociedad al considerarse un bien altamente apreciado y equiparable al valor que le asignamos a la vida misma.

El espíritu fundamental del Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos, es ante todo, dar cumplimiento a un derecho de los mexicanos que se considera irrenunciable: la protección de su salud. De esta forma, la Secretaría de Salud del Distrito Federal además de cumplir con un mandato legislativo, asume de forma directa la responsabilidad de implementar y ejecutar el Programa para que a ningún residente del Distrito Federal que no cuente con seguridad social laboral, deje de tener acceso a los servicios de salud que sus necesidades le demanden.

Sin embargo, toda acción programática de atención de las necesidades sociales, requiere ser evaluada para dimensionar sus desviaciones, aciertos e impacto. Por ello y dada la multiplicidad de programas sociales que el Gobierno del Distrito Federal ha implementado, es que se decidió a crear una instancia evaluadora externa a los ejecutores de los programas y tener de esta forma, las bases para saber si su planeación social se encuentra funcionando adecuadamente.

El Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal nace con este objetivo. Dentro de sus acciones iniciales, sus miembros acordaron lanzar la convocatoria para realizar la primera evaluación de los Programas Sociales y para garantizar la adecuada imparcialidad en este proceso, decidió contratar evaluadores externos que, con una mirada neutra, emitieran un dictamen profesional de los logros o fracasos de los programas de

referencia. El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos por su enorme impacto social fue uno de los incluidos en esta convocatoria.

El documento que aquí se presenta corresponde al informe final de la evaluación que sobre el diseño y operación del referido programa, elaboraron los investigadores del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

El documento da cuenta de la evaluación del diseño en el primer capítulo; el segundo capítulo hace un recuento de la operación del programa, por último, se establecen las conclusiones y recomendaciones y al final se integran las respuestas de las preguntas específicas.

Es necesario mencionar, que el formato del análisis corresponde al establecido por el Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal, el cual definió una serie de preguntas generales y un listado de preguntas específicas, las cuales se constituyen en el eje ordenador de la información.

También es necesario precisar, que el programa en evaluación, surge en la administración anterior y que para el periodo actual no existe un documento programático actualizado, sólo se contó para este periodo con las Reglas de Operación 2007 y 2008. Esta situación puede generar alguna dificultad para la lectura del documento ya que las preguntas y respuestas referidas “*al Programa*” se ubican en el espacio temporal 2004-2006; la ausencia de la actualización programática constituyó un obstáculo que fue sorteado a través de entrevistas a funcionarios relacionados con el programa y con el apoyo de algunos informes sobre los recursos y actividades que se han desarrollado en los dos últimos años.

Por otro lado, algunas de las preguntas establecidas en los términos de referencia para esta evaluación, resultaron poco claras o incluso repetitivas, situación que sugerimos se analice para las próximas convocatorias de esta naturaleza.

Otro elemento a considerar para el futuro, es que el plazo determinado para la realización de la evaluación es insuficiente y además, el periodo de evaluación coincidió con las tareas de cierres presupuestales y procesos de planeación y programación de las dependencias evaluadas, situación que sin duda generó sobrecargas de trabajo en su personal, a pesar de lo cual, se obtuvo una excelente colaboración de las diferentes dependencias de la SSDF tanto para la obtención de la información documental, como para la realización de las entrevistas.

Marco teórico-conceptual

En este trabajo se entenderá como Programa, al “conjunto específico de acciones humanas y recursos materiales diseñados e instrumentados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas”¹

La evaluación de programas se conceptualiza como el conjunto de estrategias y procesos que fundamentan la evaluación del conjunto de acciones desarrolladas de forma sistemática en un determinado contexto, con el fin de tomar decisiones pertinentes que contribuyan a mejorar las estrategias de intervención social.

Los criterios de evaluación del diseño son para este trabajo: la pertinencia entendida como la medida en la cual un programa responde a necesidades concretas identificadas en la justificación del mismo; la congruencia externa definida como el grado en el cual un Programa se ajusta a los lineamientos jurídico-normativos en que se sustenta, así como a los planteamientos programáticos de nivel más general o global y la congruencia interna estipulada como el grado en que un programa mantiene una lógica de articulación interna entre los diferentes elementos que lo conforman.

El enfoque de esta investigación evaluativa se ubica dentro de la diversidad paradigmática, donde el posicionamiento de la evaluación de programas está fundamentado en distintas informaciones obtenidas mediante diversos métodos, que permitan obtener conocimientos más complejos, fiables y válidos; es así que se recurre al análisis de contenido de los diferentes documentos normativos y programáticos implicados en la evaluación, como igual se recurre al análisis de información estadística que permita dimensionar la magnitud de los problemas, actividades, coberturas, presupuestos, etc. y a la recuperación de la visión de los diferentes actores sociales implicados en el diseño y operación del programa.

Por lo anterior, las fuentes de información son las diferentes leyes, reglamentos, programas sectoriales, información estadística diversa, información presupuestal, y la obtenida a través de entrevistas focales con informantes claves involucrados en el diseño y operación del programa.

El diseño de la evaluación del programa es observacional, no comparativo ya que el análisis implica la contrastación de los resultados obtenidos contra las normas establecidas y las expectativas de alcance del programa en términos de su diseño y operación.

El eje axiológico que sustenta el trabajo y la postura de los evaluadores, concibe a la evaluación externa de programas como el proceso más idóneo para recabar información relevante sobre los ámbitos del programa, relativos al contexto, diseño, aplicación y posibles resultados del mismo, con la finalidad de encontrar áreas de oportunidad para la mejora del objeto de evaluación.

1. Evaluación del Diseño

1.1. Antecedentes

Nota aclaratoria inicial

Al confrontar las Reglas de Operación plasmadas en los “Lineamientos y Mecanismos de Operación de los Programas Sociales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral” (LMOPAGSMM)² y el “Programa de Salud del Gobierno del DF 2007-2012” se observa que éstos no cubren todos los contenidos del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG). Los documentos de referencia básica para el análisis del PSMMG deben ser la “Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral” (LEDAGSMMPRDFCSSL)³ aprobada por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal en 2006, su Reglamento⁴ y los “Manuales de procedimientos del acceso gratuito acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral”⁵. Por otra parte, el último documento que expone de forma sistemática el conjunto de los elementos del programa bajo evaluación es “Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal. Actualización para el periodo 2004-2006”⁶. Por estas razones se tomarán a estos últimos cuatro documentos como referentes a lo largo de nuestra evaluación.

1.1.1. Tomando en consideración las Reglas de Operación (RO) y/o la información del programa referido, describir en qué consiste y cuál es su objetivo.

El propósito del PSMMG es garantizar universalmente el derecho constitucional a la protección de la salud a todos los residentes del Distrito Federal; derecho que se planteó como misión de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) en el Programa de Salud al 2006⁷

Debe aclararse que el PSMMG está dirigido a la población no-asegurada ya que la población cubierta por los Institutos de Seguridad Social tiene garantizada este derecho. El arreglo institucional para alcanzar este objetivo es ofrecer gratuitamente todos los servicios que se prestan en las unidades médicas de la SSDF y del organismo descentralizado “Servicios de

Salud Pública del Distrito Federal” (SSPDF), sectorizado con la SSDF a la cual está funcionalmente integrado^a. El Programa proporciona, además, gratuitamente los medicamentos necesarios para el tratamiento que están contenidos en el cuadro institucional de la SSDF. Con la aprobación de la LEDAGSMMPRDFCSSL estos servicios son exigibles.

Esto se expresa con claridad en el objetivo general del PSMMG que establece:

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

Los objetivos particulares se refieren a los pasos para lograrlo que son:

- 1. Inscribir a las familias y personas no-aseguradas residentes en el DF al programa y proporcionarles una identificación que las acredite como derecho-habientes de los servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal, o sea, formalizar su condición de sujetos de derechos.***
- 2. Proporcionar sin costo todos los servicios –preventivos, diagnósticos, curativos y de rehabilitación– ofrecidos en las unidades médicas de la SSDF y los Servicios de Salud Pública a los derecho-habientes y a los adultos mayores de 70 y más años.***
- 3. Proporcionar gratuitamente a los derechohabientes y adultos mayores residentes en el Distrito Federal, los medicamentos del cuadro institucional autorizado, prescritos por un médico de estas unidades médicas en sus farmacias.***
- 4. Cubrir sistemáticamente a los derechohabientes y a los adultos mayores de 70 y más años residentes en el DF con las acciones integradas de salud***

Según la documentación oficial⁴ el PSMMG presenta como característica básica ser una política pública además de un Programa. Esto significa que abarca todas las actividades realizadas por la SSDF. No describe metas específicas de afiliación o prestación de servicios ya que tanto la afiliación como la prestación de servicios se dan en función de la demanda. Por otro lado, no existe un “Paquete o Catálogo de Servicios” ya que los afiliados tienen acceso a todos los servicios de salud del GDF^b y el Programa absorbe los programas anteriores como el llamado *Paquete Básico de Servicios Gratuitos*.

^a Cuando no se señale otra cosa, se entenderá a “SSDF” como ambos organismos.

^b Es de notar que a pesar de que se encuentra en la página web de la SSDF una pestaña “Catálogo de Servicios” su contenido es un listado de los servicios genéricos existente en cada uno de los hospitales, por ejemplo, urgencias pediátricas o trauma y ortopedia. Convencionalmente se entiende por “Catálogo de Servicios” la precisión de las intervenciones específicas que se prestan en el marco de un seguro, por ejemplo atención del parto normal, vacunación antitetánica, histerectomía, etc.

El PSMMG se instrumenta mediante un nuevo modelo de atención a la salud (MAS) que busca garantizar la atención integral, para lo cual se requería del fortalecimiento y ampliación de los servicios.

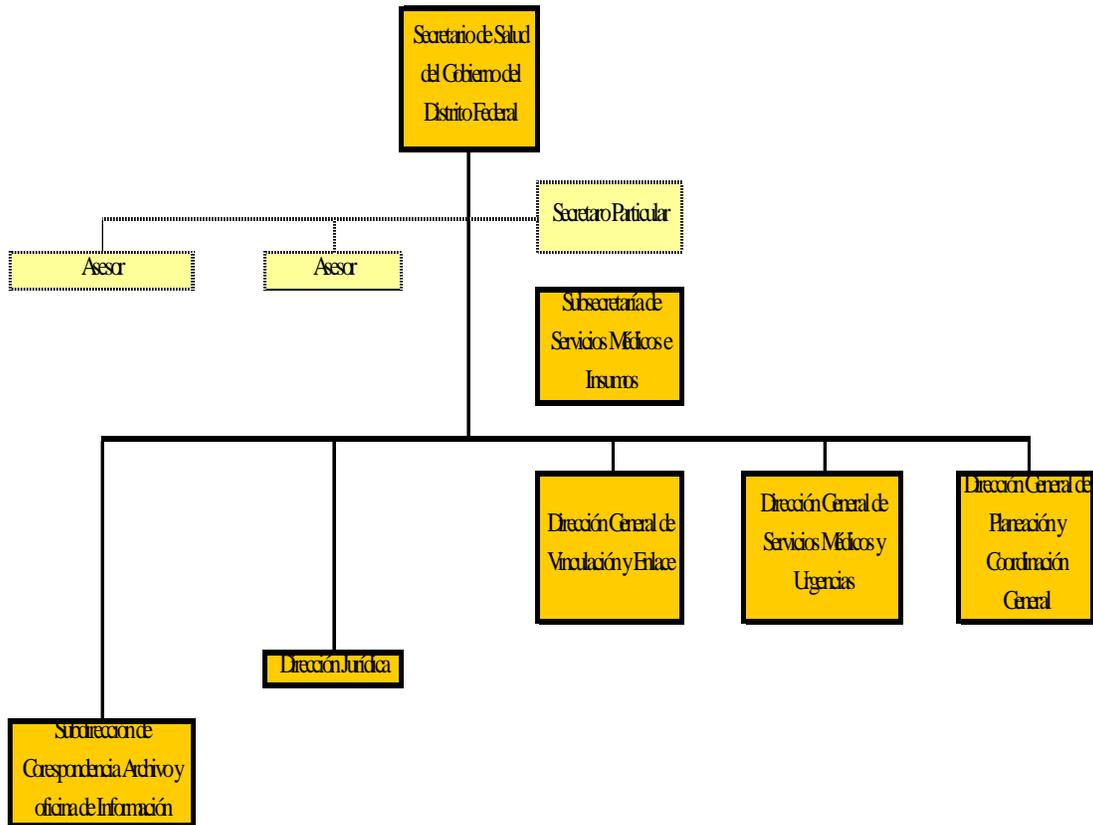
En contraste con estos objetivos las RO, contemplan Garantizar el acceso a la protección de la salud con equidad. Sin embargo en los objetivos particulares establecidos en las RO, se indica que se proporcionarán “gradualmente” a los derechohabientes del programa, los medicamentos del Catálogo y Cuadros institucionales de medicamentos; lo cual resulta contradictorio con lo establecido en el PSMMG y en la Ley de Gratuidad en donde se establece en el artículo segundo que se deberán proporcionar todos los medicamentos asociados a los servicios médico disponibles. En este contexto no se entiende a que se refiere el concepto de “gradualidad”.

1.1.2. ¿Cuáles son las dependencias involucradas en el programa? (haga un organigrama de la unidad responsable del programa).

Un primer elemento a considerar en torno a las dependencias involucradas en el programa, es que durante los años de 2007 y 2008, se realizaron varias modificaciones a las estructuras administrativas (febrero y noviembre de 2007 y enero de 2008), como parte de éstas se observa que en las efectuadas en noviembre de 2007 el PSMMG deja de enunciarse como tal y es substituido con el de “*el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos para los residentes del Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral y para la población de adultos mayores*”, además se crea la Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos que asume algunas de las funciones relacionadas con el PSMMG entre ellas la de “*garantizar el ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos para los residentes del Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral y para la población de adultos mayores, en su ámbito de competencia*”⁴

La Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, tiene dentro de sus funciones la de supervisar el ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos para los residentes del Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral y para la población de adultos mayores, en su ámbito de competencia. Se observa también que en las modificaciones efectuadas en noviembre de 2007, deja de enunciarse dentro de los procesos de su competencia, la elaboración del Informe Mensual de las Acciones Otorgadas y Recetas Expedidas y Surtidas a Derechohabientes del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal. Cabe aclarar que en el proceso de terciarización del surtimiento de medicamentos efectuado durante 2008, el informe referente a recetas expedidas y surtidas fue transferido a la empresa contratada.

FIGURA 1. ORGANIGRAMA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

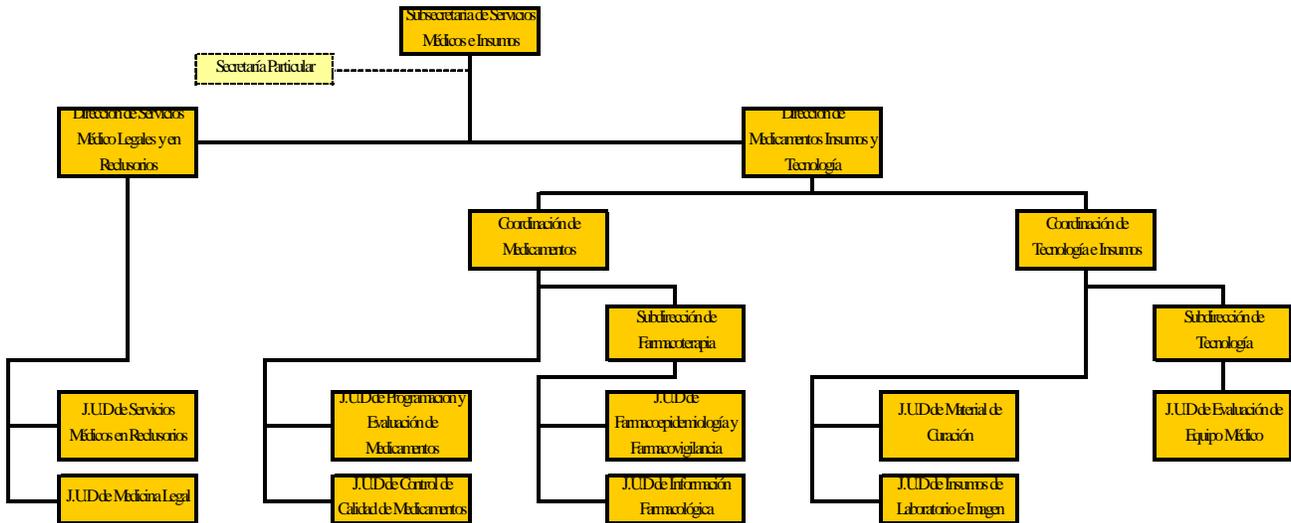


Fuente: Página Web de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

A continuación se despliega el organigrama de la Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos con la finalidad de ubicar las diferentes funciones y procesos que realizan las diferentes dependencias de esta Subsecretaría.

Como se observa, de esta Subsecretaría depende la Dirección de Medicamentos, Insumos y Tecnología, es en esta Dirección en donde se programa, vigila, evalúa y se controla la calidad de los medicamentos así como los diferentes insumos y equipamiento médico. Llama la atención que en el Manual Administrativo de referencia, no se asigne a esta Dirección ninguna función específica respecto al PSMMG o el derecho al acceso gratuito a los medicamentos.

FIGURA 2. ORGANIGRAMA DE LA SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS E INSUMOS



Fuente: Página Web de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

En dependencia directa del Secretario de Salud, se ubica la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias dentro de la cual se ubica la Coordinación de Servicios Hospitalarios la cual tiene entre sus funciones asegurar el desarrollo del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos en los hospitales de la Secretaría de Salud.

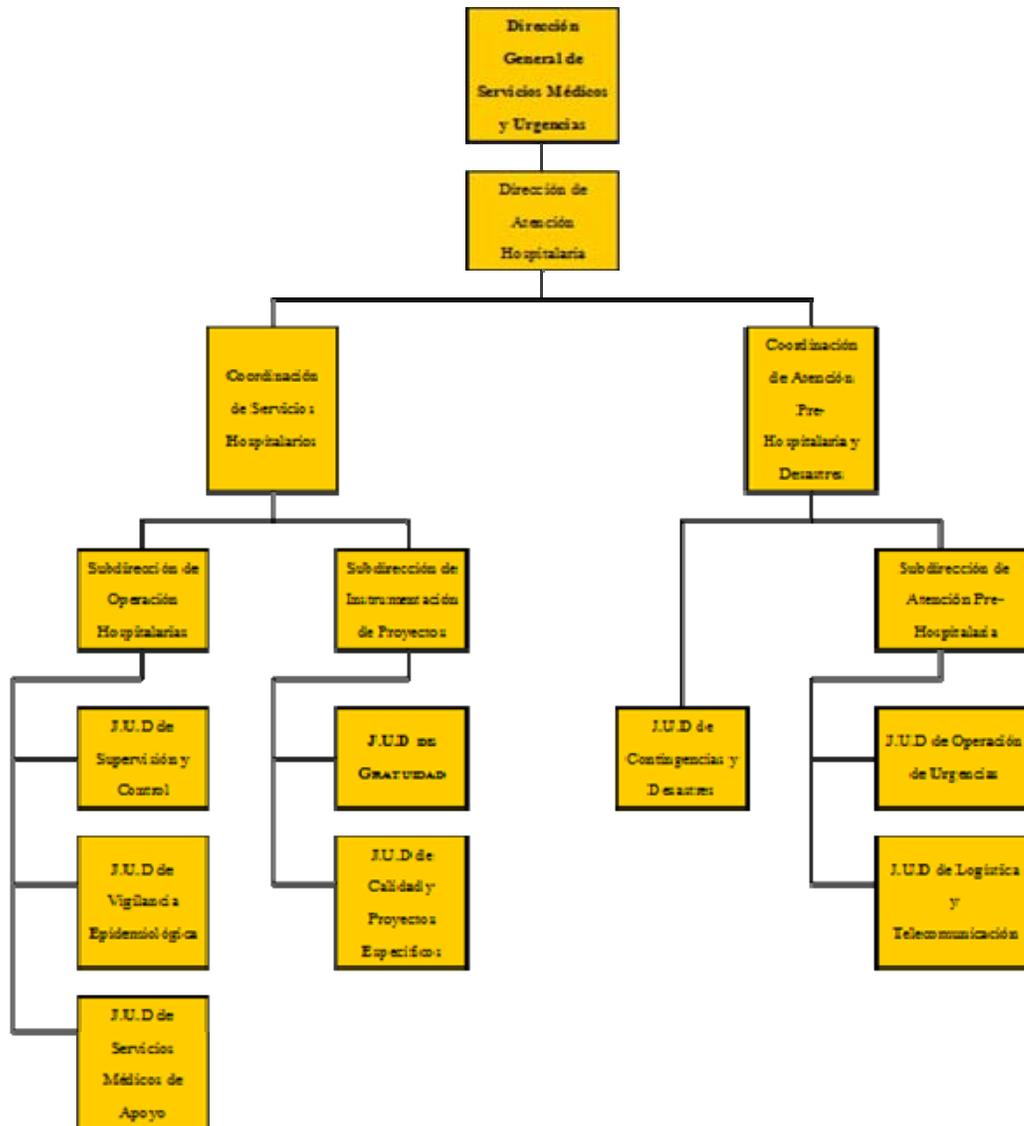
En esta Coordinación se ubica la Subdirección de Instrumentación de Proyectos cuyas funciones en relación con el PSMMG son proponer instrumentos y estrategias para asegurar el desarrollo del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos y evaluar los resultados del ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos. Dependiendo de ésta Subdirección se encuentra la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad, la cual tiene entre sus funciones las siguientes:

- Elaborar y actualizar el diagnóstico situacional sobre el ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos del Gobierno del Distrito Federal.
- Proponer y operar un Sistema de Evaluación y Control para el ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos.
- Dar seguimiento a las acciones y políticas que aplican al ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos y proponer medidas correctivas a las desviaciones detectadas.

- Dar seguimiento a las quejas planteadas por los derechohabientes, en el ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos y proponer alternativas de solución
- Asegurar el cumplimiento estricto de los procedimientos para el ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos en los Hospitales de la Red.
- Concentrar, canalizar y analizar la información proporcionada por los hospitales con relación al ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos.
- Diseñar mecanismos para la identificación de población usuaria que no vive en el Distrito Federal y que no cumple con los requisitos para recibir los beneficios del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos.
- Coordinarse con las autoridades del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Pública, para facilitar el desarrollo de los procedimientos para el ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos.

Es importante mencionar, que para el desarrollo de estas acciones la JUD de Gratuidad se apoya con personal adscrito a otras áreas que no dependen directamente de la JUD, por ejemplo, para las actividades de monitoreo para evaluar el ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos, se realiza a través de las trabajadoras sociales adscritas a cada unidad. De igual manera para proponer medidas correctivas a las desviaciones detectadas, el cumplimiento de estas medidas depende de la buena voluntad de los titulares de cada unidad médica. La realización de actividades de campo (que en el pasado recaía en personal educativo adscrito a la SSDF) ha quedado desprotegido al transferir este personal junto con la pensión del adulto mayor a la Secretaría de Desarrollo Social. Los recursos de todo orden no están adscritos ni dependen de esta JUD.

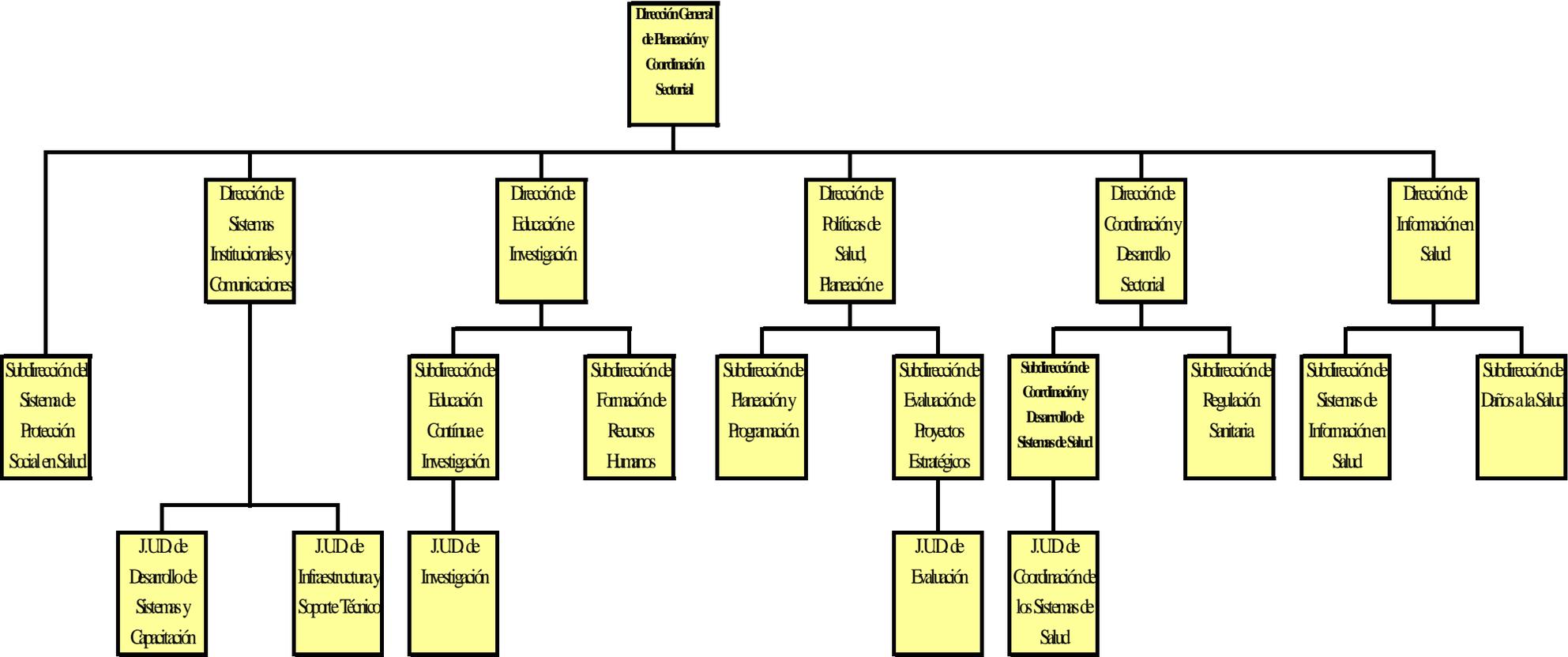
FIGURA 3. ORGANIGRAMA DE LA DIRECCIÓN GENERAL SERVICIOS MÉDICOS Y URGENCIAS



Fuente: Página Web de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

La Dirección de Información en Salud, perteneciente a la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, tiene entre sus funciones: Capacitar al personal médico y paramédico en lo referente al registro de la información y manejo del padrón de beneficiarios del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos del Gobierno del Distrito Federal y del Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal, así como en la integración de informes estadísticos en la materia.

FIGURA 4. ORGANIGRAMA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y COORDINACIÓN SECTORIAL



Fuente: Página Web de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Cabe hacer mención que hasta antes de las modificaciones del Manual realizadas en noviembre de 2007, la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, tenía bajo su responsabilidad la Integración del Padrón de Usuarios y la emisión de información estadística del PSMMG. Actualmente y de acuerdo con el Manual de procedimientos del PSMMG, esta responsabilidad recae actualmente en los departamentos de estadística de cada Jurisdicción Sanitaria.

Otro dato relevante lo constituye la creación de la Subdirección del Sistema de Protección Social en Salud, dependiente también de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, cuya inserción en la estructura refleja la importancia de ésta sobre la que se le otorga al PSMMG, la cual sólo tiene el rango de Jefatura de Unidad Departamental, y además (según información proporcionada en las entrevistas) no tiene ningún ascendente directo sobre el personal de trabajo social que realiza el proceso de afiliación al PSMMG, ni sobre el personal operativo que lo instrumenta.

Según las RO, la prestación de los servicios establecidos en el programa, se realizará a través del 100% de los hospitales de la Secretaría de Distrito Federal, es decir a través de un hospital de especialidades, nueve hospitales generales, diez hospitales pediátricos, siete hospitales materno-infantiles y un hospital materno pediátrico.

Dentro de cada una de las unidades hospitalarias corresponde a la Subdirección Médica, instrumentar y difundir el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos del Gobierno del Distrito Federal, a todo el personal de la unidad hospitalaria y asesorarlos en su aplicación, así como, mantener la coordinación permanente con el área de apoyo y la Subdirección Administrativa, para organizar la participación del personal administrativo de la unidad hospitalaria, en la ejecución de los procedimientos para el ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos del Gobierno del Distrito Federal.

CUADRO 1. HOSPITALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

No.	HOSPITAL	No.	HOSPITAL
1.	H.E. B. Domínguez	15.	H.P. Iztacalco
2.	H.G. Enrique Cabrera	16.	H.P. Iztapalapa
3.	H.G. Rubén Leñero	17.	H.P. Moctezuma
4.	H.G. Xoco	18.	H.P. Perálvillo
5.	H.G. Villa	19.	H.P. San Juan de Aragón
6.	H.G. Balbuena	20.	H.P. Tacubaya
7.	H.G. Gregorio Salas	21.	H.M.I. Inguarán
8.	H.G. Iztapalapa	22.	H.M.I. Topilejo
9.	H.G. Milpa Alta	23.	H.M.I. Magdalena C.
10.	H.G. Ticomán	24.	H.M.I. Cuauhtepac
11.	H.P. Azcapotzalco	25.	H.M.I. Tláhuac
12.	H.P. Coyoacán	26.	H.M.I. Nicolás M. Cedillo
13.	H.P. Villa	27.	H.M.I. Cuajimalpa
14.	H.P. Legaria	28.	H.M.P. Xochimilco

Fuente: Gobierno del Distrito Federal. **Secretaría de Salud**; Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS), 2007.

Según testimonio de los funcionarios entrevistados (ver anexo de funcionarios entrevistados), la prestación de servicios del PSMMG, se realiza también a través de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal aunque esta situación no está contemplada en las RO. Para ello intervienen las dieciséis jurisdicciones sanitarias (una por delegación) a través de las 231 unidades de consulta externa como se muestra en el cuadro a continuación.

CUADRO 2. UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL 2007

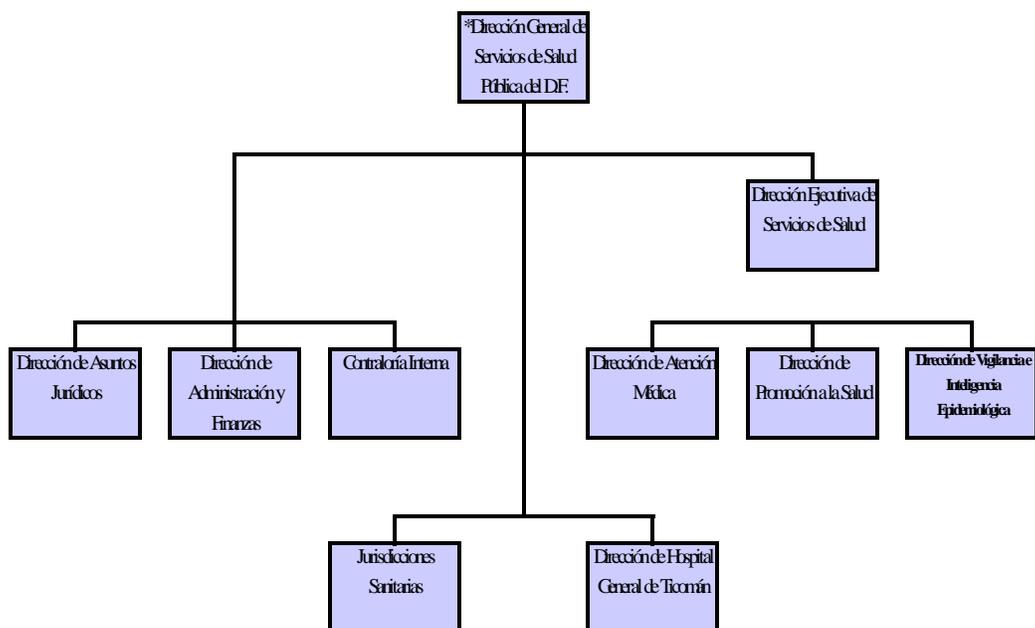
Delegación	Consulta Externa			
	Total	Centros de salud	Clínicas de Especialidad ^{1/}	Unidades Móviles
Azcapotzalco	15	15	-	-
Coyoacán	12	12	-	-
Cuajimalpa	11	11	-	-
G. A. Madero	32	31	-	1
Iztacalco	5	5	-	-
Iztapalapa	29	24	2	3
Magdalena C.	10	10	-	-
Milpa Alta	11	11	-	-
Álvaro O.	17	16	-	1
Tláhuac	15	13	1	1
Tlalpan	21	21	-	-
Xochimilco	14	12	2	-
Benito Juárez	4	4	-	-
Cuauhtémoc	13	6	7	-
M. Hidalgo	5	5	-	-
V. Carranza	17	14	1	2
Total	231	210	13	8

Fuente: SSPDF. DAM: Infraestructura de Servicio. 2008

Al parecer la prestación de servicios del PSMMG, es un proceso inercial, ya que de acuerdo al organigrama de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, y al artículo 18, Fracción XV del Estatuto Orgánico de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal^c, debería ser una atribución de la Dirección de Atención Médica de los SSPDF, la cual se debe basar en las RO, que como ya se mencionó anteriormente, no incluye en sus disposiciones a las unidades de consulta externa de primer nivel de atención.

^c Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal del 4 de Agosto de 2004

FIGURA 5. ORGANIGRAMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL



*Cargo que desempeña el Secretario de Salud del Distrito Federal, con base en el Decreto que reformó y adicionó el diverso precepto que se creó cada organismo, publicado en la Gaceta Oficial del DF el 17 de julio de 2007

FUENTE: PÁGINA WEB DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL.

Al interior de la Dirección de Atención Médica, no se observa ningún elemento relacionado con el PSMMG.

1.1.3. ¿Se encuentra alineado el programa con los objetivos de de la Política de Desarrollo Social estipulados en la Ley de Desarrollo Social y en el Programa de Desarrollo Social 2007-2012? En caso positivo ¿con cuáles de dichos objetivos?

El documento actual de referencia macro para el PSMMG, lo constituye el Programa de Desarrollo Social 2007-2012⁸; por lo que se analizará en primera instancia la congruencia entre éste documento y los planteamientos del PSMMG con la finalidad de identificar la congruencia de los planteamientos en ambos documentos, así como los posibles cambios en el tiempo ya que el PDS fue emitido en diciembre de 2007. En seguida, se abordará el análisis entre el PSMMG y Programa de Salud 2007-2012, emitido en mayo de 2007.

El PDS reconoce la existencia de 33 leyes vigentes en el Distrito Federal aprobadas por la ALDF, entre las cuales se encuentra desde luego, la Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral; enunciada en el documento como la ley

que establece el derecho a la salud. Reconoce como compromiso la tutela del Estado para el ejercicio de los derechos básicos de todas y todos los ciudadanos entre ellos el de la salud.

El PDS 07-12 establece diversos ejes de planeación y ubica la salud dentro del eje de planeación sectorial, lo que implica la elaboración de un programa de salud; contempla también un eje de planeación específica en donde se establecen programas para ciertos grupos sociales o problemas específicos, pero no incluye en este eje al PSMMG. Hasta aquí se observa que no hay una sola mención al PSMMG, pese a que en el marco jurídico hay un reconocimiento a la ley que mandata dicho programa.

Por otro lado, el PDS reconoce los planteamientos de la LDS, entre ellos: *Cumplir, en el marco de las atribuciones de la Administración Pública del Distrito Federal, con la **responsabilidad social del Estado** y asumir plenamente las **obligaciones constitucionales** en materia social para que la ciudadanía pueda gozar de sus **derechos sociales universales**, entre ellos la **salud**. Reconoce también que la desigualdad en el Distrito Federal es multidimensional e incluye los ingresos monetarios, la calidad del trabajo y del empleo, la garantía de la seguridad social y el goce de los derechos como el de la salud.*

En uno de los objetivos generales del PDS se plantea: *... alcanzar la cobertura universal y gratuita para el ejercicio del derecho a la salud; así como el control y, en su caso, disminuir la mortalidad por diabetes mellitus, enfermedades del hígado y accidentes; continuar garantizando la seguridad sanitaria del Distrito Federal y la plena compatibilidad de los servicios de salud con el nuevo perfil epidemiológico de la ciudad y con perspectiva de género.*

Llama la atención que se contemple dentro de los objetivos generales la cobertura universal y la gratuidad en el ejercicio del derecho a la salud y que en los planteamientos programáticos exista un vacío en este sentido. Se focalizan, además, ciertos padecimientos (de los cuales no se niega su importancia epidemiológica) pero quedan excluidas algunas patologías, hoy en día, reconocidas como asociadas a la pobreza y cuya mortalidad es técnicamente evitable si se tiene acceso oportuno a los servicios de salud. Es decir si se desea avanzar en la disminución de las desigualdades sociales, no debió omitirse en esta focalización, patologías como la desnutrición, las infecciones respiratorias agudas y las diarreas que siguen apareciendo dentro de las 20 principales causas de mortalidad general (ver cuadro 10). Igualmente se debería incluir a la muerte materna, sobre todo, porque recientemente la Comisión de Salud del Senado emitió un exhorto⁹ para focalizar la atención del embarazo parto y puerperio, en las 14 entidades que concentran el 75% de las muertes maternas, entre ellas el Distrito Federal; entidad que, además, no presenta la problemática de accesibilidad geográfica a los servicios de salud que presentan las otras entidades.

En los objetivos específicos del PDS se plantea en lo referente a salud:

Avanzar hacia la plena universalidad del derecho a la salud y la protección social para la población que no goza de seguridad social formal y afrontar los retos epidemiológicos y sanitarios que implican la transición socio-demográfica y epidemiológica del Distrito Federal en términos de cobertura, accesibilidad, pertinencia, calidad y calidez de los servicios y

Abatir las brechas de desigualdad de género entre mujeres y hombres, principalmente, en materia de ingresos, empleo, educación y salud.

En las Línea Programática 1: correspondiente al ejercicio de los derechos sociales, y combate a la desigualdad y la pobreza, y en la Línea Programática 2: que atiende a la equidad social, de género e igualdad sustantiva, se establecen varios planteamientos en torno a la salud, entre ellos:

- *La cobertura universal y gratuita en salud para toda la población que no cuenta con seguridad social;*
- *Ampliación del alcance, calidad, pertinencia y calidez de todos los servicios de salud públicos;*
- *Construcción de un sistema de atención en materia de salud mental;*
- *Extensión y profundización de la atención médica domiciliaria para personas adultas mayores;*
- *Ampliación de la atención médica gerontológico especializada y con perspectiva de género;*
- *Especialización con perspectiva de género para los servicios médicos para las niñas y las mujeres y mejorar sustancialmente las condiciones de salud de las mujeres;*
- *Mejora de la equidad en materia de salud entre grupos sociales y zonas geográficas;*
- *Desarrollo de una cultura para la prevención de la enfermedad en la sociedad;*
- *Consolidar una cultura de promoción y calidad en todo el sistema de salud;*
- *Reducción de los riesgos sanitarios asociados al consumo de bienes, productos y servicios.*
- *Disminución de manera progresiva de las brechas de desigualdad entre mujeres y hombres, particularmente en lo que se refiere a diferencias de salud entre otras;*
- *Abatimiento progresivo de las brechas de desigualdad que padecen las personas, familias y comunidades indígenas en la ciudad en materia de salud entre otras;*
- *Cerrar en al menos un tercio las brechas de desigualdad entre indígenas y no indígenas en salud entre otras;*

Llama la atención que para muchos planteamientos de las líneas programáticas no se presenta sustento en el PDS. Sólo por mencionar algunos, tenemos como ejemplo que: no existe ningún análisis que sirva de línea base y dé cuenta de la problemática en torno a la calidad, pertinencia y calidez de los servicios de salud públicos, tampoco se entiende el

porqué de un sistema de atención en materia de salud mental al no existir un análisis en cuanto a diferencias de género o en cuanto a las diferencias entre la población indígena y no indígena en materia de salud. Posiblemente todos ellos sean problemas relevantes; pero, al no presentar el fundamento para tales planteamientos podría suponerse que sólo responden a los planteamientos programáticos federales o a los enunciados de la LDS, con el inconveniente de que no se cuenta con una línea base de esta problemática en el Distrito Federal y por lo tanto, cualquier acción que se implemente en este sentido difícilmente podrá ser evaluada en su impacto.

Por otro lado, en cuanto a las metas que establece dicho documento, es necesario señalar que no todos los lineamientos presentan metas asociadas, además, dos de las metas relacionadas con el PSMMG parecen contradictorias:

- *Respuesta del 100% a las demandas de atención médica en el sistema público de salud del Gobierno del Distrito Federal y;*
- *Brindar atención médica gratuita a las comunidades de alta y muy alta marginación;*

De lo que se infiere una oposición al interior de los propios planteamientos del PDS; es decir, entre los objetivos generales y específicos, las líneas programáticas y las metas comprometidas, ya que si bien se pretende mantener la cobertura de los servicios de salud, el programa de gratuidad, deja de tener el carácter universal que establece la Ley, al focalizarse sólo a las comunidades de alta y muy alta marginación y no a todos los excluidos de la seguridad social; ya que en términos absolutos los primeros ascienden a 2 492 683 y los segundos a 3 741 285 habitantes, lo que hace una diferencia de 1 248 602 habitantes, que teniendo el derecho que les concede la Ley de gratuidad, son excluidos por el PDS.

En conclusión el PDS, presenta elementos que obstaculizan la congruencia entre éste y el PSMMG.

Por lo que respecta al PS 2007-2012 en los aspectos relacionados con el PSMMG, éste plantea en su objetivo general: *“Avanzar en la garantía del derecho a la salud de los habitantes del Distrito Federal...”* y dentro de la estrategia general se contempla:

Para garantizar el derecho a la protección de la salud de los habitantes del Distrito Federal, sobre la base de los principios de universalidad, justicia social, integralidad y financiamiento solidario, la SSGDF fortalecerá su papel rector; ... la prestación oportuna, equitativa, gratuita y de calidad de servicios integrales de salud

Como se observa el PS en sus principales enunciados recupera el espíritu del PSMMG, así como algunos de los lineamientos de la LDS. Sin embargo, en las estrategias específicas no

se contempla ninguna, que permita visualizar cómo se hará la conducción de aspectos relacionados con el PSMMG; en cambio se establece en este apartado “*avanzar hacia la seguridad universal en salud*” término relacionado con el Seguro Popular, el cual como se demostrará más adelante, contraviene la universalidad del derecho a la salud.

En los objetivos específicos se plantea: “*Promover el acceso universal y la equidad en salud entre grupos sociales y zonas geográficas y alcanzar la cobertura universal de salud*” y en las líneas de acción se establece “*Consolidar la cobertura de **servicios médicos y medicamentos gratuitos**, consolidar la **atención médica gratuita a todos los recién nacidos en el Distrito Federal** y continuar con la **afiliación de familias al Seguro Popular con alta y muy alta marginación**”.* Nuevamente se observa que aunque existe una alusión al PSMMG, se plantean otras líneas programáticas contrarias a la universalidad que establece la LG, toda vez que se generan focalizaciones en relación con la edad y con los niveles de marginación, es decir, se excluyen las personas que no tengan esta condición.

En el apartado donde se establecen las metas del PS, sólo se enuncia como tal “*Servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral*” pero en realidad no se establece ninguna meta la cual es necesaria para lograr la congruencia con el objetivo general planteado en el PS.

Como ya se mencionó, el marco jurídico del PSMMG lo constituye LDS y la LG, así como sus respectivos reglamentos. En la primera se establece en el artículo primero el objeto de esta Ley y en la fracción I se consigna:

Cumplir, en el marco de las atribuciones de la Administración Pública del Distrito Federal, con la responsabilidad social del Estado y asumir plenamente las obligaciones constitucionales en materia social para que la ciudadanía pueda gozar de sus derechos sociales universales

Y en la fracción II:

Promover, proteger y garantizar el cumplimiento de los derechos sociales universales, de los habitantes del Distrito Federal en particular en materia de alimentación, salud, educación, vivienda, trabajo e infraestructura social;

Además en las fracciones XVI y XIX del mismo artículo primero, se propone:

Establecer los mecanismos para que el Gobierno del Distrito Federal cumpla de manera eficiente su responsabilidad en el desarrollo social; y

Avanzar en la definición de mecanismos y procedimientos que garanticen la plena exigibilidad de los derechos sociales en el marco de las atribuciones de la Administración Pública del Distrito Federal...

La LDS contempla entre los derechos exigibles el de la salud, y define los principios bajo los cuales se funda la política de desarrollo social: la universalidad, la igualdad, la equidad de género, la equidad social, la justicia distributiva, la diversidad, la integralidad, la territorialidad, la exigibilidad, la participación, la transparencia y la efectividad, es decir, el PSMMG, debe estructurarse y operarse bajo estos principios, y son también el marco de referencia para su evaluación.

La LDS, establece también que la SSDF, forma parte de la Comisión Interinstitucional de Desarrollo Social

De lo anterior se desprende que el PSMMG forma parte de la política social del gobierno del Distrito Federal y por lo tanto está sujeto a los ordenamientos de esta ley.

El PSMMG debe además, sujetarse a los principios que rigen la política social. En la versión de dicho programa 2004-2006^d, se enfatizan de manera particular los principios de **universalidad** (está dirigido a toda la población que carece de acceso a la seguridad social laboral); **la igualdad** (entendida como igualdad de atención a igualdad de necesidades de salud); la **equidad social** (el programa favorece la equidad social al proteger a los más vulnerables desde el punto de vista social); de **justicia distributiva** (pone especial interés en la población que presenta barreras económicas para el acceso a los servicios de salud); **la integralidad** (contempla la inclusión los adultos mayores adscritos al Programa de pensión alimentaria, sin embargo, no contempla la incorporación deliberada de la población sujeta a otros programas sociales); **la territorialidad** (identifica las demarcaciones territoriales con mayor problemática de marginalidad, en las cuales enfatiza la promoción del programa); **la exigibilidad** (enuncia la exigibilidad de todos los servicios y medicamentos de que dispone la SSDF), la transparencia (contempla el seguimiento y evaluación de indicadores que dan cuenta del desarrollo del programa) y la **efectividad** (al garantizar la atención escalonada que incluye 1° y 2° nivel de atención que en conjunto tienen la capacidad resolutive para el 97% de las demandas de atención^e, según lo establecen los modelos de atención a la salud escalonados); **participación ciudadana** (al impulsar la participación ciudadana en la toma de decisiones y contraloría social del Programa). No se encuentran explicitados los principios de diversidad y equidad de género, sin embargo, tradicionalmente las mujeres son las principales demandantes en todos los sistemas de salud.

En síntesis el PSMMG cumple con la mayoría de los principios establecidos en la LDS y la magnitud y características de la población beneficiaria justifica la existencia del programa,

^d Como ya se mencionó no existe una actualización para dicho programa en el sexenio actual por lo cual se infiere que éste está vigente.

^e El 3% restante de las demandas de atención requieren de un tercer nivel de atención, el cual no se justifica desarrollar en virtud de que en el Distrito Federal se concentran la mayoría de los hospitales de 3° nivel de atención pertenecientes a la Secretaría de Salud Federal

a fin de cumplir el mandato jurídico y las obligaciones constitucionales en materia social, para que la ciudadanía pueda gozar de sus derechos sociales universales.

Evaluación de la congruencia del PSMMG 04-06 con la LDS en su justificación, sus objetivos y sus estrategias

El PSMMG 2004-2006, establece como justificación del mismo que:

La SSDF debe garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad y sus habitantes...; en consecuencia la Secretaría de Salud... comprometiéndose como autoridad sanitaria a garantizar que a través de los servicios públicos se proporcione igualdad en el acceso a los servicios ante igual necesidad de salud, y con la gratuidad, a garantizar la igualdad en el acceso a la atención médica y a los medicamentos a la población que carece de un aseguramiento en el sistema público de la seguridad social. Para ello, se le autorizó un incremento presupuestal con recursos fiscales de la ciudad, a fin de asegurar la prestación de los servicios y los medicamentos requeridos.

Como se observa, la justificación del PSMMG es congruente con los planteamientos y objetivos de la LDS señalados en la Fracción II del artículo primero

Las estrategias plasmadas en el PSMMG 2004-2006, contemplan una amplia gama que garantizan desde la programación, la organización, la ejecución del programa en todas sus vertientes. Contienen la capacitación de trabajadores, difusión del programas intramuros y extramuros (particularmente en las áreas de mayor marginación), procesos de afiliación en las unidades de 1° y segundo nivel, prestación de servicios en ambos niveles de atención, otorgamiento de medicamentos, supervisión y control de los avances a través de indicadores establecidos y verificación de cumplimiento de metas así como la evaluación de procesos y resultados incluyendo la satisfacción de los usuarios.

Pocos son los programas en el campo de la salud, con un planteamiento estratégico tan completo, lógico y articulado; por lo que es posible afirmar que existe congruencia del PSMMG 2004-2006 con la LDS en su justificación, sus objetivos y sus estrategias

1.1.4. ¿En qué año se originó el programa? ¿Cuál ha sido su trayectoria desde su creación a la fecha? (Describir los cambios identificando en qué aspectos se dan: cobertura, componentes, presupuesto, requisitos de asignación, registro, indicadores)

En 2001 el Jefe de Gobierno expide dos resoluciones de carácter general publicadas en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 20 de marzo y 14 de junio¹⁰, en las cuales se exime del pago de derechos por los servicios médicos del gobierno del DF a los adultos mayores de 70 años y a los residentes del DF sin seguridad social laboral respectivamente. En los “Considerandos” se justifica la exención de la siguiente manera:

Que uno de los principales objetivos del Gobierno del Distrito Federal es garantizar el derecho a la protección de la salud, a través del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, con ello se busca disminuir la desigualdad en el acceso a los servicios de salud y avanzar hacia la cobertura universal.

Es decir, las resoluciones tienen la finalidad de dejar sin efecto el Código Financiero que prevé el pago de derechos por los servicios médicos y desplegar el PSMMG como medio para garantizar el derecho a la salud para los residentes del DF no-asegurados y alcanzar la cobertura universal en el DF.

Después de la publicación de estas resoluciones el Programa se inició en julio de 2001¹¹ con la apertura de la inscripción en el padrón de afiliados en los 210 centros de salud y 26 hospitales de la SSDF. La inscripción era familiar y los requisitos a cumplir los siguientes: recibir la pensión alimentaria del GDF o; tener residencia mínima de 3 años en el Distrito Federal, no ser derechohabiente de alguna institución de seguridad social y habitar en las zonas determinadas como de muy alta, alta, media y baja marginación.⁹ La incorporación al programa era de inmediato una vez presentada la documentación de inscripción.

La documentación reporta que existía incertidumbre sobre el número exacto de familias susceptibles a ser afiliados al Programa por la variación de datos en distintas fuentes oficiales (CONAPO, INEGI, Secretaría de Salud) debido a los distintos métodos de estimación, a lo cual se agrega el que la condición de asegurado de las instituciones de seguridad social es cambiante. No obstante, los distintos textos calculan en entre 850 y 950 mil las familias no aseguradas. En el cuadro 3 se observa la evolución de la afiliación según lugar de registro.

CUADRO. 3. NÚCLEOS FAMILIARES REGISTRADOS EN EL PSMMG, CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES, 2001 A 2004.

Año	C. de salud	Hospitales	Total
2001	104,326	44,880	149,206
2002	138,692	76,756	215,448
2003	141,469	49,076	190,545
2004	129,667	28,471	158,148
Total	514,154	199,183	713,347

Tomado de SSDF, Informe de Trabajo 2004, p. 27. (Fuente: Registros en Padrón de afiliación)

Según el Informe de Trabajo 2004¹², se emprendió un proceso de depuración y reestructuración del padrón en este año y en el Informe de Trabajo 2006¹³ se reporta el dato de 854 mil grupos familiares afiliados. A pesar de tratarse de números aproximados por la falta de certeza sobre el denominador, esta afiliación representa alrededor del 90% de las familias susceptibles ya que como máximo las familias elegibles son 950 mil.

El último documento oficial sobre el Programa antes de la expedición de la ley y su reglamento en 2006 es el “Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del DF. Actualización para el periodo 2004-2006.”⁵ Este documento hace algunas precisiones sobre el proceso y criterios de afiliación e introduce la denominación titular a quien figura como jefe(a) del grupo familiar y derecho-habiente a todos los afiliados. Expone la justificación, los objetivos y las estrategias operativas del PSMMG incluyendo los mecanismos de supervisión y evaluación del mismo.

El documento adecua y amplía el PSMMG con base en los dos años y medio de ejecución del mismo. Expone detalladamente las estrategias operativas del Programa y especifica pormenorizadamente los procedimientos de supervisión y de evaluación con la inclusión de los indicadores de seguimiento. Es decir, es un documento donde está normado el Programa.

La “*Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social labora*”² (LEDAGSMMPRDFCSSL) (ver anexo 1) fue promulgada en mayo de 2006 y su Reglamento en diciembre del mismo año. Es de subrayar que no es una reforma a la Ley de Salud del Distrito Federal sino una ley específica del programa lo que es poco común como práctica legislativa. La Ley sólo consta de seis artículos y su Reglamento con 55 artículos donde se desarrollan los conceptos de ésta.

El primer artículo de la Ley establece como un derecho de los residentes del DF no incorporados a la seguridad social laboral el acceder gratuitamente a los servicios médicos y medicamentos en las unidades médicas del GDF. El segundo artículo señala a la SSDF como el objeto obligado a garantizar este derecho.

Los artículos tercero y cuarto obligan al Ejecutivo y Legislativo respectivamente a presupuestar los recursos suficientes para garantizar este derecho mediante un presupuesto que no puede ser menor al presupuesto del año anterior dedicado a salud corregido por la inflación. El artículo sexto mandata a los servidores públicos a que apliquen la Ley y a actuar con apego a los principios de igualdad e imparcialidad *so pena* de ser sancionados. El artículo quinto se refiere a la reglamentación de la Ley.

El Reglamento define con precisión los dónde, quién, qué y cómo del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos. Especifica que todas las unidades médicas del GDF prestarán los servicios, es decir, las de la SSDF en sentido restringido y los “Servicios de Salud Pública del DF” SSPDF. Se definen los requisitos y procedimientos de inscripción al programa como titular o miembro de una familia y el manejo del padrón de afiliados. Están enumerados genéricamente los servicios a los cuales se tiene derecho y cómo acceder a los medicamentos del Catálogo Institucional. Se prohíbe reiteradamente

toda práctica discriminatoria en los servicios y en el trato con los usuarios (artículos 4 y 17).

En 2007 en el PROGRAMA DE SALUD 2007-2012¹⁴ se reorienta programáticamente la actividad de la SSDF en función de la política de la salud formulada por la federación. Este programa está modelado sobre el programa de salud federal (como se expondrá más adelante) y sólo menciona al PSMMG como un antecedente y como una de las siete estrategias para garantizar el derecho a la salud. Ubica al Seguro Popular (SP) como el mecanismo para universalizar el derecho a la salud. A partir de este año cambia la promoción de este programa en favor del Seguro Popular y las RO publicados en febrero 2008 restringen los mecanismos de inscripción al programa (ver pregunta 1. al final).

Los componentes del programa, la prestación de los servicios médicos y la entrega gratuita de los medicamentos del cuadro institucional prescritos por un médico, no cambian formalmente ya que siguen vigentes la Ley y el Reglamento y se cuenta con manuales de procedimientos del programa para las unidades de primer nivel y los hospitales con fecha de octubre de 2007 que siguen la lógica del PSMMG 2004-2006. A pesar de que sigue vigente la Ley, al no ser cambiada o derogada, no hay evidencias claras de que se sigue cumpliendo la entrega de éstos a partir de 2007 igual como se hacía antes. (Para mayor precisión ver pregunta 1 al final).

El PSMMG 2004-2006 señala en el inciso “Financiamiento” que no existe un presupuesto aparte para este programa; concepto que se retoma en la Ley y el Reglamento en los artículos 3 y 4 que señalan la obligación de Jefe de Gobierno y de la Asamblea respectivamente de:

...garantizar en el Proyecto de Presupuesto Anual de Egresos los recursos suficientes, los cuales no deberán ser menores a los aprobados a la Secretaría de Salud del Distrito Federal en el Presupuesto de Egresos del año inmediato anterior más el incremento del índice inflacionario...

Contrario a este mandato legal las RO señalan que la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias (DGSMU), con base de sus registros de prestación de servicios, determinará el presupuesto del programa para incluirlo en el POA. Aparte de ser contradictorio con la ley no se tiene evidencias en los POA 2007 y 2008 que se haya hecho.

Los requisitos de inscripción no han cambiado desde el inicio del programa. El registro de las familias afiliadas tuvo una modificación en 2004 al cambiar la edad de los jóvenes de 16 a 18 años para quedar afiliadas junto con su familia sobre la base de la experiencia de operación del programa.

Las RO 2007 y 2008 contravienen lo dispuesto en el Reglamento ya que constriñen la atención a las unidades hospitalarias, excluyendo las unidades de primer nivel de atención señaladas en el artículo 2° fracción XV, además excluyen a las personas en situación de indigencia que no pueden acreditar su identidad.

Los indicadores de evaluación del PSMMG se sostuvieron sin modificación durante el periodo 2004-2006, pero a partir de 2007, las RO establecieron cambios sustantivos en algunos indicadores, lo que dificulta la comparación de éstos a través del tiempo.

Los principales indicadores se refieren a los servicios gratuitos respecto al total de servicios prestados y las recetas surtidas. El cuadro 4 expone los datos correspondientes a los hospitales y el cuadro 5 respecto a los centros de salud para el periodo 2002 a 2006.

CUADRO 4. TOTAL DE SERVICIOS OTORGADOS EN HOSPITALES, SERVICIOS DEL PSMMG Y SERVICIOS EXENTOS, 2002 A 2006

Año	Total otorgados	Servicio de consulta externa			% PSMMG sobre total
		Con cuota	Exentos*	PSMMG	
2002	1,060,988	356,908	8,746	695,334	65.5
2003	989,154	255,793	7,221	726,140	73.4
2004	944,200	193,915	4,125	746,160	79.0
2005	894,017	165,568	2,307	726,142	81.2
2006	974,896	115,988	1,689	857,219	87.9
Δ 2002-2006	-8%	-68%	-81%	23%	
Año	Total otorgados	Servicio de hospitalización			% PSMMG sobre total
		Con cuota	Exentos*	PSMMG	
2002	108,441	17,708	13,693	77,040	71.0
2003	112,092	15,011	17,647	79,434	70.9
2004	117,657	27,780	8,743	81,134	69.0
2005	124,316	25,222	3,641	95,453	76.8
2006	120,162	23,273	5,931	90,958	75.7
Δ 2002-2006	11%	31%	-57%	18%	
Año	Total otorgados	Servicios de rayos X			% PSMMG sobre total
		Con cuota	Exentos*	PSMMG	
2002	365,744	31,464	1,496	332,784	91.0
2003	377,443	26,331	1,261	349,851	92.7
2004	389,257	25,756	818	362,683	93.2
2005	421,557	21,872	290	399,395	94.7
2006	434,885	14,723	524	419,628	96.5
Δ 2002-2006	19%	-53%	-65%	26%	
Año	Total otorgados	Servicio de tomografía			% PSMMG sobre total
		Con cuota	Exentos*	PSMMG	
2002	10,251	663	139	9,449	92.2
2003	11,038	621	157	10,260	93.0
2004	11,242	168	37	11,037	98.2
2005	15,001	73	9	14,919	99.5
2006	16,160		412	15,748	97.5
Δ 2002-2006	58%	-100%	196%	67%	
Año	Total otorgados	Servicio de ultrasonido			% PSMMG sobre total
		Con cuota	Exentos*	PSMMG	
2002	37,010	3,853	122	33,035	89.3
2003	39,088	2,020	107	36,961	94.6
2004	28,432	1,341	38	27,053	95.1
2005	35,693	888	16	34,789	97.5
2006	36,255	1,175	0	35,080	96.8
Δ 2002-2006	-2%	-70%	-100%	6%	
Año	Total	Servicio de laboratorio			% PSMMG

		Con cuota	Exentos*	PSMMG	
2002	2,921,750	66,821	4,700	2,850,229	97.6
2003	2,876,518	47,170	4,090	2,825,258	98.2
2004	2,729,306	40,118	3,490	2,685,698	98.4
2005	2,847,521	25,772	1,939	2,819,810	99.0
2006	2,987,582	20,801	1,181	2,965,600	99.3
Δ 2002-2006	2%	-69%	-75%	4%	
Año	Servicio de recetas del PSMMG				
	PSMMG				
2002	243,351				
2003	233,458				
2004	223,271				
2005	175,940				
2006	219,005				
Δ 2002-2006	-10%				

Tomado de Informe de Trabajo, 2006, p. 32 (Fuente: Sistema de Información en Salud (sis), SSDF 2002-2006). */_ Pacientes foráneos con estudio socio-económico en categoría exento.

En términos globales el porcentaje de servicios prestados en el marco del PSMMG se incrementó año con año entre 2002 y 2006. La excepción es el porcentaje de hospitalización que tiene una ligera baja en 2004, incrementa en casi 8% en 2005 y baja en 1% en 2006. Otro dato que llama la atención es que en números absolutos la consulta externa disminuye sistemáticamente de 2002 a 2005 aunque la consulta gratuita incrementa como porcentaje del global; situación que pudiera confirmar un mejor escalonamiento de la atención entre centros de salud y hospitales, a raíz de la introducción del PSMMG, ya que al lograr una mayor capacidad resolutoria en 1er nivel, disminuye la demanda de atención en los hospitales; sin embargo, esta situación requeriría un análisis más profundo que no cae dentro de los objetivos de esta evaluación.

Un análisis del Programa¹⁵ señala que el número relativamente bajo de recetas expedidas en el Programa obedece al hecho de que sólo las recetas de consulta externa son registradas.

CUADRO 5. TOTAL DE SERVICIOS OTORGADOS EN CENTROS DE SALUD Y SERVICIOS DEL PSMMG. 2002 A 2006

Servicio de consulta externa			
Año	Total otorgados	PSMMG	% PSMMG sobre total
2002	3,626,982	1,523,917	42.0
2003	3,726,311	1,866,614	50.1
2004	3,690,910	2,225,891	60.3
2005	3,949,253	2,659,103	67.3
2006	3,416,259	2,598,026	76.1
Δ 2002-2006	-6%	70%	
Servicio de laboratorio			
Año	Total otorgados	PSMMG	% PSMMG sobre total
2002	1,392,381	515,036	37.0
2003	1,678,721	721,638	43.0
2004	2,247,860	1,252,373	55.7
2005	2,478,139	1,796,169	72.5
2006	2,348,006	1,858,854	79.2
Δ 2002-2006	69%	261%	
Servicio de rayos x			

Año	Total otorgados	PSMMG	% PSMMG sobre total
2002	106,644	38,589	36.2
2003	125,807	55,480	44.1
2004	134,853	76,373	56.6
2005	136,942	91,375	66.7
2006	131,039	95,794	73.1
Δ 2002-2006	23%	148%	

Servicio de recetas del PSMMG	
Año	PSMMG
2002	809,349
2003	735,891
2004	783,652
2005	897,872
2006	902,280
Δ 2002-2006	11%

Tomado de SSDF Informe de Trabajo 2006, p. 33 (Fuente: Sistema de Información en Salud (SIS) y registro de gratuidad de la Dirección de Atención Médica, SSPDF 2002-2005)

Esto significaría que los medicamentos suministrados a los pacientes en Urgencias o internados no aparecen registrados a pesar de que son, en muchas ocasiones, los más críticos en relación con el riesgo de muerte.

Los datos de prestación gratuita de servicios en los centros de salud, que pertenecen a los SSPDF sectorizados a la SSDF, no alcanzan un porcentaje tan alto como los servicios de los hospitales pero incrementan sistemáticamente año con año. Las recetas expedidas dentro del Programa tienen un comportamiento igual con excepción del año 2002.

Es de señalar que no existen en la página Web de la SSDF estos datos actualizados para 2007 y 2008 y la página de los SSPDF sólo tiene los datos actualizados hasta junio de 2007.

Después del cambio de administración en el Distrito Federal que ocurre en diciembre de 2006 hay una serie de cambios implícitos. En rigor no hay cambios en el diseño o los procesos del PSMMG ya que no se cambian los documentos básicos que lo rigen y los manuales de procedimientos de 2008 están en apego a la Ley. Sin embargo, aparentemente se deja de instrumentarlo y es sustituido por el Seguro Popular. Esta presunción se refuerza por el hecho de que en la página Web de la SSDF^f el Programa sólo aparece como una serie de estrategias. Por otro lado en la página Web de los SSPDF está un resumen de la Ley pero las estadísticas últimas sobre los afiliados al Programa y las consultas gratuitas son de junio y septiembre de 2007 respectivamente.

^f www.salud.df.gob.mx → programas de salud → PSMMG 18/10/08)

1.1.5. ¿Se reflejan estos cambios en las RO? Hacer un cuadro comparativo.

Las RO, aparecen por primera vez en enero de 2007, y para febrero de 2008, se publica en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, prácticamente la misma versión de 2007, por lo anterior se analizarán los cambios que presentan estos dos documentos con respecto a los planteamientos del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del DF. Actualización para el periodo 2004-2006.

Un primer elemento a destacar es el cambio en la entidad responsable del programa. En el PSMMG 04-06, la responsabilidad recae sobre la SSDF, en tanto que en las RO se establecen como responsables la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias a través de la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad. Cuadro No. 6

En relación con los objetivos y alcances del programa, se observa también una modificación en las RO, ya que en el PSMMG se establece garantizar el *derecho* a la protección a la salud y en las RO se consigna garantizar el *acceso* a la protección de la salud, evidentemente no es lo mismo garantizar un acceso que un derecho. Esta situación la refrenda el PSMMG al establecer en sus objetivos particulares que la afiliación al programa formaliza la condición de las personas como sujetos de derechos. En esta misma sección se observa otro cambio fundamental al transformarse la *gratuidad* en el otorgamiento de medicamentos, en un concepto totalmente diferente como lo es la *gradualidad* para entregar los mismos.

Con relación a las metas, se observan también algunos cambios, varios de ellos explicables por los diferentes momentos en que fueron publicados, pero algunos otros son más el reflejo de cambios en la concepción del programa, como es el caso en donde se consigna que la prestación de servicios se realizará en todos los hospitales de la SSDF y de los centros de salud de los SSPDF, en tanto que las RO sólo consignan los hospitales de la SSDF.

Uno de los cambios fundamentales que se observa en las RO, es en lo referente a la presupuestación del programa, en la concepción original, el presupuesto está constituido por todos los recursos financieros asignados tanto a la SSDF como al OPD, en tanto que en las RO se establece un mecanismo de asignación financiera, sumamente confuso pero que da idea, que no se refiere al financiamiento integral planteado inicialmente.

Respecto a los mecanismos de supervisión y control, en el PSMMG se plantea realizarla de manera integral, mediante la conformación de grupos multidisciplinarios con la participación de cada una de las direcciones generales de la Secretaría y los SSPDF; las RO establecen que se realizará una supervisión integral que coordinará la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial,

Los cambios operados a través de las RO, han dado lugar incluso al planteamiento de difícil comprensión de alguno de los indicadores de evaluación como es el caso del indicador para evaluar cobertura cuyo planteamiento original fue:

$$\frac{\text{Cantidad de personas registradas en el Padrón X 100}}{\text{Total de residentes en el DF sin seguridad social}}$$

Y en el intento por adecuarlo a las nuevas condiciones quedó como:

$$\frac{\text{Cantidad de personas registradas en el Padrón X 100}}{\text{Total de residentes en **consulta externa de especialidad**}}$$

Indicador que como tal, no evalúa nada ni aporta información para la toma de decisiones.

CUADRO 6. COMPARATIVO DE LOS CAMBIOS OPERADOS EN EL PSMMG 2004-2006 Y LAS RO 2007 Y 2008

Fecha de Publicación	Febrero de 2004	GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL 31 de enero de 2007	GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL 1 de Febrero de 2008
Documento	Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del DF. Actualización para el periodo 2004-2006	Lineamientos y Mecanismos de Operación del Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral.	Lineamientos y Mecanismos de Operación del Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral
Dependencia o Entidad Responsable del Programa	La prestación de servicios a los derechohabientes es <u>responsabilidad de la SSDF</u>	<u>Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias</u> <u>Jefatura de Unidad Departamental Gratuidad</u>	<u>Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias</u> <u>Jefatura de Unidad Departamental Gratuidad</u>
Objetivos y Alcances	Garantizar el <u>derecho</u> a la protección de la salud con equidad, entendida como igual acceso a los servicios de la SSDF ante la misma necesidad, a la población no-asegurada con residencia mínima de tres años en el DF así como de los adultos mayores de 70 y más años, también residentes en el DF	Garantizar el <u>acceso</u> a la protección de la salud con equidad, entendida como igual acceso a los servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal ante la misma necesidad, a la población no-asegurada con residencia en el Distrito Federal, así como de los adultos mayores de 70 años, también residentes en el Distrito Federal.	Garantizar el <u>acceso</u> a la protección de la salud con equidad, entendida como igual acceso a los servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal ante la misma necesidad, a la población no-asegurada con residencia en el Distrito Federal, así como de los adultos mayores de 70 años, también residentes en el Distrito Federal.
Objetivos particulares.	Inscribir a las familias y personas no-aseguradas residentes en el DF al programa y proporcionarles una identificación que las acredite como derechohabientes de los servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal, o sea, <u>formalizar su condición de sujetos de derechos.</u>	Inscribir a las familias y personas no-aseguradas residentes en el Distrito Federal al programa y proporcionarles una identificación que las acredite como derechohabientes de los servicios, así como a los adultos mayores de 70 años.	Inscribir a las familias y personas no-aseguradas residentes en el Distrito Federal al programa y proporcionarles una identificación que las acredite como derechohabientes de los servicios, así como a los adultos mayores de 70 años.

	Proporcionar sin costo todos los servicios – preventivos, diagnósticos, curativos y de rehabilitación- ofrecidos en las unidades médicas de la SSDF y los Servicios de Salud Pública a los derechohabientes y a los adultos mayores de 70 y más años.	Proporcionar sin costo todos los servicios – preventivos, diagnóstico, curativos y de rehabilitación- ofrecidos en las unidades médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y los Servicios de Salud Pública a los derechohabientes y a los adultos mayores de 70 años.	Proporcionar sin costo todos los servicios – preventivos, diagnóstico, curativos y de rehabilitación- ofrecidos en las unidades médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y los Servicios de Salud Pública a los derechohabientes y a los adultos mayores de 70 años.
	Proporcionar <u>gratuitamente</u> a los derechohabientes y adultos mayores residentes en el Distrito Federal, los <u>medicamentos del cuadro institucional autorizado</u> , prescritos por un médico de estas unidades médicas en sus farmacias.	Proporcionar <u>gradualmente</u> a los derechohabientes y adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal, los <u>medicamentos del Catálogo y Cuadros institucionales de Medicamentos</u> de la Secretaría de Salud del Distrito Federal autorizado, prescritos por un médico de estas unidades médicas en sus farmacias.	Proporcionar <u>gradualmente</u> a los derechohabientes y adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal, los <u>medicamentos del Catálogo y Cuadros institucionales de Medicamentos</u> de la Secretaría de Salud del Distrito Federal autorizado, prescritos por un médico de estas unidades médicas en sus farmacias.
	Cubrir sistemáticamente a los derechohabientes y a los adultos <u>mayores, de 70 y más años</u> residentes en el DF con las acciones integradas de salud.	Cubrir sistemáticamente a los derechohabientes y a los adultos <u>mayores de 70 años</u> residentes en el Distrito Federal con las acciones integradas de salud.	Cubrir sistemáticamente a los derechohabientes y a los adultos <u>mayores de 70 años</u> residentes en el Distrito Federal con las acciones integradas de salud.
Metas	Capacitar al 100% de los mandos superiores y medios.	Trabajo Social incorpore con oportunidad al ingreso de pacientes vía urgencias hacia hospitalización en un 100 por ciento en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.	Trabajo Social incorpore con oportunidad al ingreso de pacientes vía urgencias hacia hospitalización en un 100 por ciento en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.
	Informar al 100% de los trabajadores;	Suprimir en las unidades hospitalarias en un 90 por ciento el subregistro de las atenciones	Suprimir en las unidades hospitalarias en un 90 por ciento el subregistro de las atenciones

	otorgadas en hospitalización por los servicios de estudios de laboratorio y gabinete.	otorgadas en hospitalización por los servicios de estudios de laboratorio y gabinete.
Actualizar al 100% de los mandos superiores y medios.	Dar seguimiento a la captura de cédulas familiares por unidad hospitalaria, actualmente el avance es del 70 por ciento, debido a la modificación del programa de captura.	Dar seguimiento a la captura de cédulas familiares por unidad hospitalaria, actualmente el avance es del 70 por ciento, debido a la modificación del programa de captura.
Actualizar al 100% de los trabajadores.	Fortalecer la promoción del programa por el personal de trabajo social en el área de consulta externa y urgencias.	Fortalecer la promoción del programa por el personal de trabajo social en el área de consulta externa y urgencias.
Elaborar encuestas que midan la efectividad de las acciones	Para lograr la prestación de servicios con calidad, la Secretaría debe garantizar el abasto de medicamentos e insumos médicos y promoverá una política de uso de medicamentos con criterios terapéuticos y de fármaco-economía. Para lo cual se requiere la actualización de los cuadros institucionales de Medicamentos.	Para lograr la prestación de servicios con calidad, la Secretaría debe garantizar el abasto de medicamentos e insumos médicos y promoverá una política de uso de medicamentos con criterios terapéuticos y de fármaco-economía. Para lo cual se requiere la actualización de los cuadros institucionales de Medicamentos.
Inscribir al PSMMG en el 2004 el 60 por ciento de los núcleos familiares que viven en las Unidades Territoriales de muy alta y alta marginación y aquellos que, cumpliendo con los requisitos del Programa, solicitan su inscripción.		
Inscribir al PSMMG en el <u>2006</u> , al <u>90 por ciento del total de núcleos familiares</u> y personas residentes en el DF que	Actualmente se tiene un <u>70 por ciento de familias incorporadas al Programa</u> de Gratuidad, considerando que al	Actualmente se tiene un 70 por ciento de familias incorporadas al Programa de Gratuidad, considerando que al

	<p>cumplen con los requisitos de este Programa.</p>	<p>inicio del programa la población estimada era aproximadamente de 3.5 millones de población abierta sin seguridad social.</p>	<p>inicio del programa la población estimada era aproximadamente de 3.5 millones de población abierta sin seguridad social</p>
	<p>La prestación de servicios a los derechohabientes se hará de forma <u>directa a través de las unidades hospitalarias de la Secretaría y de las unidades médicas de los SSPDF ...</u>y a través de los mecanismos de referencia y contrarreferencia de acuerdo con las condiciones de prestación integral de red de servicios para garantizar los cuidados y la provisión de medicamentos.</p>	<p><u>Las 27 unidades Hospitalarias y 1 Hospital de Especialidad,</u> proporcionan y registran las atenciones otorgadas en un formato específico, que de manera mensual envían a la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad con la finalidad de identificar la productividad y dar cumplimiento a los indicadores establecidos en el programa.</p>	<p>Las 27 unidades Hospitalarias y 1 Hospital de Especialidad, proporcionan y registran las atenciones otorgadas en un formato específico, que de manera mensual envían a la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad con la finalidad de identificar la productividad y dar cumplimiento a los indicadores establecidos en el programa.</p>
<p>Programación Presupuestal</p>	<p>El financiamiento del Programa en lo que concierne a medicamentos y material de curación se realizará con <u>recursos fiscales autorizados en el presupuesto anual de la Secretaría de Salud y del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. Y en lo que se refiere a la prestación de los servicios que se otorgan a la población y que son los necesarios para el manejo integral de su salud, el financiamiento se realizará incorporando a las partidas tradicionalmente integradas para la</u></p>	<p>La Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, a través del registro de atenciones otorgadas, identifica la población objetivo y las prestaciones otorgadas. También a través de Programa Operativo Anual la Dirección estima los gastos en relación con la prestación de servicios.</p>	<p>La Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, a través del registro de atenciones otorgadas, identifica la población objetivo y las prestaciones otorgadas. También a través de Programa Operativo Anual la Dirección estima los gastos en relación con la prestación de servicios.</p>

	<u>operación de las unidades médicas, el presupuesto destinado al abastecimiento de los medicamentos e insumos, con lo que se garantiza a la vez, la adecuada operación de los servicios y cumplir con los objetivos de gratuidad del Programa.</u>		
Requisitos y Procedimientos de Acceso.	<p>La población objetivo del Programa son las familias y/o personas de 18 años o mayores, no asegurada en instituciones públicas de seguridad social, con residencia <u>mínima de tres años en el DF</u> y los adultos mayores de 70 años residentes en el DF. La inscripción de los derecho-habientes al Programa se realizará a demanda del los interesados, previo cumplimiento de los siguientes requisitos:</p>	<p>Se podrán afiliar las personas residentes en el Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral; podrán registrarse de manera individual como titular una vez cumplida la mayoría de edad, como titular de familia, cuando se tengan dependientes y en este último supuesto los menores de edad cuando procreen hijos.</p>	<p>Se podrán afiliar las personas residentes en el Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral; podrán registrarse de manera individual como titular una vez cumplida la mayoría de edad, como titular de familia, cuando se tengan dependientes y en este último supuesto los menores de edad cuando procreen hijos.</p>
Los requisitos son:	<p>Presentar, en original y copia, la identificación oficial con firma del titular (credencial de elector, pasaporte, o cartilla del Servicio Militar Nacional) y un comprobante de domicilio (recibo de luz, gas, teléfono, predial, credencial de elector, etcétera).</p>	<p>Acreditar ser residente del DF, para lo cual se deberá entregar copia simple de comprobante de domicilio vigente, recibo de luz, gas, teléfono, predial o credencial de elector.</p>	<p>Acreditar ser residente del D.F., para lo cual se deberá entregar copia simple de comprobante de domicilio vigente <u>de cualquiera de los siguientes servicios</u>, recibo de luz, gas, teléfono, predial o credencial de elector.</p>
	<p>Además deberá mostrar, en original y copia, la identificación oficial del cónyuge y las actas de nacimiento de los dependientes menores de 18 años, o para el caso de los recién</p>	<p>Acreditar identidad del solicitante y en su caso de cada uno de sus dependientes, para lo cual se deberá entregar copia simple de alguna identificación oficial, credencial de elector,</p>	<p>Acreditar identidad del solicitante y en su caso de cada uno de sus dependientes, para lo cual se deberá entregar copia simple de alguna identificación oficial, <u>como puede ser;</u></p>

	nacidos, el certificado de nacimiento.	pasaporte, o cartilla del servicio militar nacional para los mayores de edad y acta de nacimiento o constancia escolar con fotografía en el caso de menores de edad.	credencial de elector, pasaporte, o cartilla del servicio militar nacional para los mayores de edad y acta de nacimiento o constancia escolar con fotografía en el caso de menores de edad.
	No pertenecer a ningún sistema público de seguridad social	No estar afiliados a las instituciones de seguridad social.	No estar afiliados a las instituciones de seguridad social
	Firmar la cédula de afiliación familiar donde el titular reconoce tener una residencia mínima de tres años en el Distrito Federal.	Firmar la Cédula de afiliación que proporciona gratuitamente en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal.	Firmar la Cédula de afiliación que proporciona gratuitamente en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal.
	La inscripción al Programa se realizará a través del llenado de la cédula de afiliación familiar que acredita a la familia y/o persona de 18 años y mayor como derechohabientes, mientras reciben su credencial de gratuidad, expedida por la Secretaría de Salud del DF.	La inscripción se realiza en trabajo social en días hábiles y días festivos en turno matutino y vespertino sin ninguna distinción, siempre y cuando se cumplan los requisitos antes señalados.	La inscripción se realiza en trabajo social en días hábiles y días festivos en turno matutino y vespertino sin ninguna distinción, siempre y cuando se cumplan los requisitos antes señalados.
Procedimientos de Instrumentación	La afiliación al Programa se puede realizar en los hospitales y centros de salud del GDF, a través del servicio de trabajo social. El lugar preferente de inscripción será el centro de salud T-II o T-III más cercano al domicilio del solicitante; lugar donde quedarán adscritas las familias o individuos.	Afiliación al Programa.	Afiliación al Programa <u>de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos.</u>
	Beneficios garantizados: Servicios médicos y diagnósticos. Los derecho-habientes de la	Prestación de Servicios y Medicamentos.	Prestación de Servicios Médicos y Medicamentos.

	<p>SSDF tendrán, sin distinción ni discriminación alguna, derecho a recibir los medicamentos que existan en la institución y que estén incluidos en el Cuadro Institucional, además de los servicios preventivos, diagnósticos, curativos y de rehabilitación que se prestan en las unidades médicas de la SSDF y de los Servicios de Salud Pública. Los servicios auxiliares de diagnóstico y rehabilitación sólo son gratuitos cuando el médico de la unidad médica del GDF los prescribe como parte de su trabajo institucional. En la atención de urgencias, la gratuidad se extiende a todos los pacientes</p>		
	<p>La SSDF elaborará un padrón nominal de derecho-habientes donde conste, entre otros, el nombre y apellidos del titular, sexo, estado civil, ocupación, fecha y lugar de nacimiento, fecha de registro, dirección de residencia, en caso de tener CURP y registro federal de causantes; clave de elector, último año de escolaridad, así como los nombres de los miembros de la familia, o dependientes, susceptibles de recibir los beneficios del Programa; en orden, primero los del o la cónyuge y luego de los menores de edad.</p>	<p>Padrón de Derechohabientes.</p>	<p>Padrón de Derechohabientes <u>al Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos.</u></p>

<p>Supervisión y Control.</p>	<p>La SSDF realizará periódicamente una supervisión integral del Programa que permita garantizar que los procedimientos se están llevando a cabo conforme a los tres procesos del Programa: afiliación y "credencialización"; prestación de servicios y uso de los medicamentos y otros insumos.</p> <p>Para la supervisión se crearán <u>grupos multidisciplinarios con la participación de cada una de las direcciones generales de la Secretaría y el OPD (SSPDF)</u> a través de una cédula única que permita la realización de análisis integrales; además de la aplicación periódica de encuestas.</p>	<p>El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos tiene dos modalidades de supervisión, la primera estará integrada a la supervisión integral, que la <u>Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, coordinará</u> y la segunda será la supervisión-asesoría permanente para valorar la ejecución del Programa en cada una de las unidades operativas y del todo el personal involucrado.</p>	<p>El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos tiene dos modalidades de supervisión, la primera estará integrada a la supervisión integral, que la <u>Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, coordinará</u> y la segunda será la supervisión-asesoría permanente para valorar la ejecución del Programa en cada una de las unidades operativas y del todo el personal involucrado.</p>
	<p>La Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias y la Dirección General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, realizarán cuando menos una encuesta por año cuyos resultados midan el conocimiento y la aceptación que los derecho-habientes tienen del Programa</p>	<p>Se incluirán cédulas para evaluar el conocimiento del personal sobre los objetivos del programa a fin de estimar la identificación del personal directivo y operativo con ellos y, su responsabilidad, además se aplicará una cédula de satisfacción del usuario cada tres meses, con la finalidad de medir el conocimiento y la aceptación que en los derechohabientes tiene del Programa. Cabe señalar que ambas cédulas están ya diseñadas y validadas y cuentan ya con su base de datos para el procesamiento</p>	<p>Se incluirán cédulas para evaluar el conocimiento del personal sobre los objetivos del programa a fin de estimar la identificación del personal directivo y operativo con ellos y, su responsabilidad, además se aplicará una cédula de satisfacción del usuario cada tres meses, con la finalidad de medir el conocimiento y la aceptación que en los derechohabientes tiene del Programa. Cabe señalar que ambas cédulas están ya diseñadas y validadas y cuentan ya con su base de datos para el procesamiento</p>

		de la información.	de la información.
Estrategias.	La supervisión contará con dos componentes:	Dar seguimiento a los indicadores de evaluación.	Dar seguimiento a los indicadores de evaluación.
	<u>Técnico.</u> Referido a la vigilancia del manejo del Programa: procesos de afiliación, prestación de servicios médicos, auxiliares, abasto y acceso a los medicamentos asociados a los servicios, así como la calidad, calidez y oportunidad en su realización; <u>Financiero.</u> Incluirá la observación del manejo de los recursos contra la previsión presupuestal.	Evaluar mediante encuestas trimestrales la satisfacción del usuario y del derechohabiente, sobre los procesos de atención otorgados por el Programa de Gratuidad. Medir el grado de conocimiento del personal involucrado sobre los objetivos de programa y su aplicación (se anexa cédula). Aplicación de una cédula de satisfacción del usuario y derechohabiente para detectar los obstáculos en la prestación de los servicios. (se anexa cédula).	Evaluar mediante encuestas trimestrales la satisfacción del usuario y del derechohabiente, sobre los procesos de atención otorgados por el Programa de Gratuidad. Medir el grado de conocimiento del personal involucrado sobre los objetivos de programa y su aplicación (se anexa cédula). Aplicación de una cédula de satisfacción del usuario y derechohabiente para detectar los obstáculos en la prestación de los servicios. (se anexa cédula).
	La supervisión se realizará de <u>manera permanente</u> para valorar la ejecución del Programa en cada una de las unidades operativas (unidades médicas) y de todo el personal involucrado; así como para evaluar el conocimiento del personal sobre los objetivos del Programa a fin de estimar la identificación del personal directivo y operativo con ellos y, su responsabilidad.	Establecimiento de visitas <u>periódicas</u> a las unidades médicas para detectar y corregir los registros de las atenciones otorgadas.	Establecimiento de visitas periódicas a las unidades médicas para detectar y corregir los registros de las atenciones otorgadas.
Evaluación.	La evaluación constituye un eje central del Programa y permitirá medir el alcance e impacto de las acciones;	La Evaluación constituye un eje central del Programa y permitirá medir el alcance e impacto de las	La Evaluación constituye un eje central del Programa y permitirá medir el alcance e impacto de las

	se proponen los siguientes indicadores los cuales serán reportados por jurisdicción sanitaria y hospital, según corresponda, por mes y periodos acumulados, en los formatos correspondientes.	acciones, se describen a continuación los siguientes indicadores: Se considera que en el Distrito Federal existen 850 mil núcleos familiares, equivalentes a 3`5000,000 de habitantes sin seguridad social.	acciones, se describen a continuación los siguientes indicadores: Se considera que en el Distrito Federal existen 850 mil núcleos familiares, equivalentes a 3`5000,000 de habitantes sin seguridad social.
	<p>Número de cursos, talleres, realizados X 100/Número de cursos, talleres programados, en SSDF y OPD</p> <p>Número de mandos medios y superiores capacitados X 100/Total de mandos medios y superiores en SSDF y OPD</p> <p>Número de trabajadores informados X 100/Total de trabajadores de la SSDF y de los SSPDF</p>		
	Cantidad de núcleos familiares Incorporados X 100/Cantidad de familias elegibles	Cantidad de núcleos familiares Incorporados X 100/Cantidad de familias elegibles	Cantidad de núcleos familiares Incorporados X 100/Cantidad de familias elegibles
	Cantidad de personas registradas en el Padrón X 100/ <u>Total de residentes en el DF sin seguridad social</u>	Cantidad de personas registradas en el Padrón X 100/ <u>Total de residentes en consulta externa de especialidad</u>	Cantidad de personas registradas en el Padrón X 100/ <u>Total de residentes en consulta externa de especialidad</u>
	Total de atenciones consulta externa de medicina general de gratuidad X 100/Total de atenciones en consulta externa por Medicina general	Total de atenciones consulta externa de medicina general de gratuidad X 100/Total de atenciones en consulta externa por Medicina general	Total de atenciones consulta externa de medicina general de gratuidad X 100/Total de atenciones en consulta externa por Medicina general
	Total de atenciones consulta externa de Especialidad de gratuidad X 100/Total de atenciones en consulta externa de especialidad	Total de atenciones consulta externa de Especialidad de gratuidad X 100/Total de atenciones en consulta externa de especialidad	Total de atenciones consulta externa de Especialidad de gratuidad X 100/Total de atenciones en consulta externa de especialidad
	Cantidad de intervenciones	Cantidad de intervenciones	Cantidad de intervenciones

	quirúrgicas de Gratuidad X 100/Total de intervenciones quirúrgicas	quirúrgicas de Gratuidad X 100/Total de intervenciones quirúrgicas	quirúrgicas de Gratuidad X 100/Total de intervenciones quirúrgicas
	Cantidad de egresos hospitalarios de gratuidad X 100/Total de egresos hospitalarios	Cantidad de egresos hospitalarios de gratuidad X 100/Total de egresos hospitalarios	Cantidad de egresos hospitalarios de gratuidad X 100/Total de egresos hospitalarios
	Cantidad de personas atendidas en RX por gratuidad X 100/Total de personas atendidas en RX	Cantidad de personas atendidas en RX por gratuidad X 100/Total de personas atendidas en RX	Cantidad de personas atendidas en RX por gratuidad X 100/Total de personas atendidas en RX
	Cantidad de personas atendidas en Laboratorio por gratuidad X 100/Cantidad total de personas atendidas en Laboratorio	Cantidad de personas atendidas en Laboratorio por gratuidad X 100/Cantidad total de personas atendidas en Laboratorio	Cantidad de personas atendidas en Laboratorio por gratuidad X 100/Cantidad total de personas atendidas en Laboratorio
	Cantidad de partos atendidos por gratuidad X 100/Total de partos atendidos	Cantidad de partos atendidos por gratuidad X 100/Total de partos atendidos	Cantidad de partos atendidos por gratuidad X 100/Total de partos atendidos
	Total de recetas por gratuidad por mes X 100/Total de consultas por gratuidad por mes	Total de recetas por gratuidad por mes X 100/Total de consultas por gratuidad por mes	Total de recetas por gratuidad por mes X 100/Total de consultas por gratuidad por mes
	Cantidad de recetas completas surtidas por Mes X 100/Cantidad total de recetas de gratuidad Otorgadas por mes	Cantidad de recetas completas surtidas por Mes X 100/Cantidad total de recetas de gratuidad Otorgadas por mes	Cantidad de recetas completas surtidas por Mes X 100/Cantidad total de recetas de gratuidad Otorgadas por mes
Procedimientos de Queja o Inconformidad Ciudadana (Formas de Participación Social)	El Derechohabiente tiene derecho a reportar por escrito al director de la unidad médica donde se atiende las anomalías presentadas al solicitar o recibir cualquier servicio médico, de diagnóstico y medicamentos del Programa;	La Secretaría de Salud del Distrito Federal ha establecido nuevos mecanismo para avanzar en la mejora de la calidad de la atención médica, que se otorga en sus Unidades Hospitalaria. Como parte de estos mecanismos se encuentra la atención de quejas y sugerencias relacionadas con la atención médica que se	La Secretaría de Salud del Distrito Federal ha establecido nuevos mecanismo para avanzar en la mejora de la calidad de la atención médica, que se otorga en sus Unidades Hospitalarias. Como parte de estos mecanismos se encuentra la atención de quejas y sugerencias relacionadas con la

	<p>proporciona a los derechohabientes o usuarios de las Unidades Hospitalarias dependientes de esta Secretaría de Salud, para detectar la problemática relacionada en aspectos tales como deficiencias en la atención del personal, en el equipo médico, infraestructura y aspectos médico-legales que pudieran derivar de alguna queja o sugerencia. Por otra parte, la institución consideró oportuno tomar en cuenta las felicitaciones a las que se hagan acreedores las autoridades y el personal operativo de cada unidad hospitalaria, dándoles a conocer dicho reconocimiento por parte de la población, debido al estímulo que representa para la mejoría constante. Para ejecutar los procedimientos en la recepción de quejas o inconformidades la Secretaría de Salud del Distrito Federal cuenta en sus 28 Unidades Hospitalarias con los Módulos de Atención Ciudadana los cuales son una estrategia administrativa, cuyos objetivos son por un lado, brindar al público usuario una herramienta para la mejor utilización de los servicios públicos, y para la Institución un instrumento de</p>	<p>atención médica que se proporciona a los derechohabientes o usuarios de las Unidades Hospitalarias dependientes de esta Secretaría de Salud, para detectar la problemática relacionada en aspectos tales como deficiencias en la atención del personal, en el equipo médico, infraestructura y aspectos médico-legales que pudieran derivar de alguna queja o sugerencia. Por otra parte, la institución consideró oportuno tomar en cuenta las felicitaciones a las que se hagan acreedores las autoridades y el personal operativo de cada unidad hospitalaria, dándoles a conocer dicho reconocimiento por parte de la población, debido al estímulo que representa para la mejoría constante. Para ejecutar los procedimientos en la recepción de quejas o inconformidades la Secretaría de Salud del Distrito Federal cuenta en sus 28 Unidades Hospitalarias con los Módulos de Atención Ciudadana los cuales son una estrategia administrativa, cuyos objetivos son por un lado, brindar al público usuario una herramienta para la mejor utilización de los servicios públicos, y para la Institución un</p>
--	---	---

	<p>retroalimentación para elevar la calidad y calidez de los servicios que presta. Se cuenta con un programa diseñado específicamente para Módulos de Atención Ciudadana el cual describe los objetivos, estrategias, sistema de información y procedimientos básicos. Además, se dispone del Manual de Procedimientos para la Recepción y Atención de Quejas y Sugerencias en las Unidades Hospitalarias, vigente desde el 1° de Julio del 2006; en el cual se norma la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones de los derechohabientes o usuarios de los servicios hospitalarios. Las quejas, sugerencias y felicitaciones son expuestas en el Comité de Calidad.</p>	<p>instrumento de retroalimentación para elevar la calidad y calidez de los servicios que presta. Se cuenta con un programa diseñado específicamente para Módulos de Atención Ciudadana el cual describe los objetivos, estrategias, sistema de información y procedimientos básicos. Además, se dispone del Manual de Procedimientos para la Recepción y Atención de Quejas y Sugerencias en las Unidades Hospitalarias, vigente desde el 1° de Julio del 2006; en el cual se norma la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones de los derechohabientes o usuarios de los servicios hospitalarios. Las quejas, sugerencias y felicitaciones son expuestas en el Comité de Calidad.</p>
--	--	---

Fuente: Construcción propia a partir de los documentos enunciados.

1.2. Relevancia de la(s) necesidad(es) o problema(s) atendido(s)

1.2.1. ¿Qué tan relevantes son los problemas o necesidades que busca atender el programa? (Aportar datos del propio programa que indiquen la magnitud e importancia del problema)

El PSMMG responde al problema de la falta de acceso oportuno a los servicios médicos y medicamentos requerido para toda la población. En la identificación y priorización de este problema se entrelazan razones de orden normativo y legal con razones de orden práctico. La exposición de motivos de la LEDAGSMMPRDFCSSL¹⁶ es un documento básico para interpretar el primer grupo de razones. En el se aduce que el PSMMG se justifica por la norma de la expansión progresiva de los derechos sociales en México; por la obligación del Estado de garantizar que se cumpla con los valores fundamentales como es el derecho a la

protección de la salud y; por la obligación de las entidades federativas de satisfacer las necesidades de la población. Por otra parte, se fundamenta en un estudio que muestra que la falta de recursos económicos es el principal obstáculo al acceso a los servicios de salud antes que los obstáculos geográfico, cultural y burocrático.¹⁴

Puede decirse entonces que hay fundamentos sólidos teórico-conceptuales y legal-normativos para instrumentar el Programa en evaluación. Simultáneamente hay estudios, no sólo en México sino de todo el mundo¹⁷ que permiten identificar que el alto costo de los servicios y medicamentos impide la realización de un valor social y una garantía individual. El propósito del PSMMG es derribar este obstáculo y posteriormente legislar sobre el papel del gobierno como sujeto obligado de garantizar el derecho a la protección de la salud, es decir, convertirlo en un derecho exigible. Al respecto la exposición de motivos de la ley dice:

Con esta iniciativa de ley se busca evitar retroceder en lo que ha sido el cumplimiento de la universalidad de los derechos sociales y de utilizar plenamente los recursos disponibles sin ningún tipo de discriminación frente a la amplia desigualdad socio-económica existente entre la población carente de seguridad social laboral, residente en el Distrito Federal.

El rigor del PSMMG es una propuesta de solución a un problema reconocido desde la segunda posguerra y cuya solución es un valor social ampliamente compartido.

1.2.2. ¿Cuáles son sus principales perfiles y o su importancia de acuerdo a la bibliografía disponible?

El PSMMG tiene por objetivo garantizar el derecho a la salud que es uno de los derechos humanos y sociales menos cuestionados. Esto ilustra su relevancia como valor social y como aspiración de la sociedad.

El derecho a la salud como tal fue sancionado por México desde 1948 con la suscripción de los acuerdos internacionales, con carácter de obligatoriedad, entre otros: Declaración Universal de los Derechos Humanos, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Declaración Universal del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966) Convención Americana sobre Derechos Humanos, o Pacto de San José de Costa Rica de la OEA, 1969 y el artículo 10 del Protocolo Adicional a esta Convención Americana sobre derechos “Protocolo de San Salvador”, 1998 para sólo mencionar los más importantes.

El derecho a la protección de la salud como garantía individual fue elevado a rango constitucional (artículo 4º) hasta 1983 pero es ambiguo al señalar que: “La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud”. La Ley General de Salud

(LGS) define en los artículos 34 a 40 estas modalidades que son tres: los servicios públicos que deben regirse por criterios de universalidad y de gratuidad pero puedan cobrar una cuota de recuperación o prima (Seguro Popular); la seguridad social pública con sus propias leyes y; la privada o social bajo un convenio entre las partes contratantes.

A pesar de estas “modalidades”, ha sido confirmado en reiteradas ocasiones por el pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación que este derecho debe ser garantizado por el Estado y que comprende la recepción de medicamentos gratuitos para el tratamiento que se prescriba.

Las distintas modalidades de acceso sancionadas por la LGS son expresión de la segmentación del Sistema de Salud nacional; segmentación que se reproduce en cada entidad federativa incluyendo al DF. A esta dificultad se añade que los servicios para población abierta están descentralizados, mientras que la seguridad social está centralizada y segmentada en varios institutos; arreglo institucional que obstaculiza incluso cualquier integración funcional. Esta situación significa que los gobiernos estatales en los hechos sólo pueden instrumentar políticas respecto a la parte descentralizada de los servicios públicos a pesar de que presuntamente ejercen la rectoría del sistema de salud estatal. En el caso del DF se añade el problema de que el Departamento del Distrito Federal había construido un sistema de atención hospitalaria paralelo a los servicios de la Secretaría de Salud federal; entorno que explica la existencia simultánea de la SSDF y el OPD “Servicios de Salud Pública del DF”⁶

El PSMMG representa la opción de política de salud elegida por el GDF para garantizar el derecho a la protección de la salud de la población bajo su responsabilidad, que no cuenta con seguridad social laboral. Según el “Programa de Salud 2001-2006”⁶ se enfatizó en la gratuidad por haber encontrado que el principal obstáculo al acceso era el económico. Este enfoque recoge además, la concepción de que un derecho social para ser plenamente exigible no puede estar restringido y debe tener un sujeto obligado explícito.

1.2.3. ¿Sitúe el programa en perspectiva comparada el problema respecto a otras ciudades del país o de América Latina? Anexe las referencias de la bibliografía consultada.

La importancia de ofrecer oportunamente los servicios de salud requeridos a toda la población ha originado distintas concepciones y prácticas para lograrlo. Es posible sostener que junto con la educación universal, es la política social que más interés ha suscitado. Con excepción de los EUA todos los países desarrollados cuentan con una cobertura universal de servicios de salud y en todos los casos el papel del Estado para financiarlos/proveerlos es preponderante. Asimismo la cobertura universal es una aspiración de todos los países y

de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A continuación se analizarán algunas de las propuestas y arreglos institucionales nacionales e internacionales para alcanzarlo.

Distintas propuestas nacionales

En este inciso sólo se discutirán las propuestas para dar cobertura de salud a la población sin seguridad social, es decir, el segmento poblacional que ha resultado excluido de los servicios médicos de los institutos de seguridad social.

Durante las últimas tres décadas se han hecho varios intentos a nivel federal en este sentido: el IMSS-COPLAMAR (1983); el Paquete Básico de la SSA con la descentralización y la creación de los Sistemas Estatales de Salud (SES) (1989 a 1995); el Paquete Básico (Solidaridad-Progresas-Oportunidades) (1994); el Seguro de Salud para la Familia del IMSS (1997) y; el Sistema de Protección Social en Salud (2004). Las distintas propuestas han estado parcial o totalmente sobrepuestas en el tiempo y comparten varias características.

Los aspectos más relevantes para hacer una comparación entre las distintas propuestas son: los criterios de inclusión-exclusión; la cobertura de servicios; la forma de financiamiento; el (los) prestador(es) de servicios y; la estructura administrativa. En el cuadro siguiente se puede observar cual es el comportamiento de cada uno de los programas en estos rubros. Posteriormente se analizarán comparativamente el PSMMG y el SP dado que son los esquemas y arreglos institucionales instrumentados en el DF. Habría que añadir que el otro esquema nacional –el Seguro de Salud para la Familia—fue desplazado por el SP en una disputa interinstitucional entre la Secretaría de Salud y el IMSS durante el gobierno de Fox.¹⁸

CUADRO 7. COMPARACIÓN ENTRE ESQUEMAS DE COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD DE POBLACIÓN SIN SEGURIDAD SOCIAL, MÉXICO 1980 A 1997

Concepto	IMSS-COPLAMAR	IMSS-OPORTUNIDADES⁹	PAQUETE BÁSICO SES	SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA (SSF)
Inclusión	Rural, indígena	Familias del PDHO y del SNPSS donde no hay servicios del SES	Población "abierta" rural y urbano	Inscribirse y pagar cuota
Exclusión	Tener Seguridad Social laboral o residencia urbana	Tener Seguridad Social laboral	Tener Seguridad Social laboral	Tener Seguridad Social laboral
Cobertura de servicios	1° y 2° nivel	Paquete Básico Garantizado de	17 intervenciones	Los mismos que el seguro de

⁹ IMSS-COPLAMAR, hoy IMSS-Oportunidades tiene 3,774 unidades de primer nivel y 69 unidades de segundo nivel (IMSS-Oportunidades, 2008. Numeralía de IMSS-Oportunidades, México DF: IMSS)

		Salud de acciones gratuitas de 1 ^{er} nivel, 2 ^{do} y 3 ^{er} nivel no son gratuitos.	con medicamentos	enfermedad y maternidad del régimen ordinario del IMSS
Medicamentos	Correspondientes a las intervenciones	Correspondientes a las intervenciones	Correspondientes a las intervenciones	Sí, todos
Financiamiento	Presupuestal fiscal y contribución del usuario en dinero o trabajo comunitario	Presupuestal fiscal y contribución del usuario en dinero o trabajo comunitario	Presupuestal, fiscal	Cuota estatal de 13.9% del SMG-DF ^h y cuota de los asegurados según edad de \$889 a 2,337
Prestadores	Unidades propias	Unidades propias	Unidades SES	IMSS ordinario
Administración	IMSS-especial	IMSS-especial	SES	IMSS ordinario

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en el cuadro todos comparten el criterio de exclusión en cuanto a no tener seguridad social laboral al cual se puede añadir el criterio rural-urbano. Hay dos concepción-arreglo institucionales básicas con algunas variantes. Una, la dominante, otorga un paquete básico restringido o mínimo de intervenciones con los medicamentos correspondientes; está financiada por recursos fiscales y una contribución generalmente de trabajo comunitario; presta los servicios en unidades propias y; está administrada por instituciones preexistentes. Es de señalar que en el tránsito de IMSS-COPLAMAR a IMSS-OPORTUNIDADES se quitó la gratuidad de todos los servicios prestados y se sustituyó con un Paquete Básico Garantizado gratuito mientras que el resto de los servicios se pagan.

La otra —el SSF— se distingue por condicionar la inclusión al pago de una cuota-prima; ofrecer todos los servicios con los medicamentos correspondientes; financiarse con una cuota bipartita Estado (fiscal)-asegurados y; prestar los servicios en las unidades ordinarias del IMSS. Este esquema es en realidad la extensión del seguro de enfermedad y maternidad del IMSS a la población sin una relación laboral formal donde los asegurados asumen la cuota obrero-patronal.

Otras propuestas internacionales para garantizar el derecho a la salud

^h Salario Mínimo General del DF

Desde hace tres décadas los sistemas de salud latinoamericanos se encuentran en proceso de transformación en función de la concepción dominante de su política social. Los tres países más representativos son en orden de antigüedad de sus reformas: Chile, Brasil y Colombia.

La transformación más radical se ha dado en Chile donde se transitó de un sistema con predominio del servicio nacional de salud, público y universal, a otro de dos segmentos: el privado a través de las Instituciones de Salud Previsional; (ISAPRES) y el público a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA).¹⁹ Se basa esquemáticamente en la obligatoriedad del aseguramiento, pagado sólo por el asegurado, y la libre elección de administrador del fondo individual de salud, es decir, alguna ISAPRE o el FONASA. Las ISAPRES contratan servicios al sector privado o los prestan en unidades médicas propias mientras que el FONASA presta los servicios en el sistema público. Complementariamente el primer nivel de atención fue descentralizado y quedó a cargo de las acciones de salud pública y seguridad sanitaria.

Por las notables inequidades y distorsiones causadas por este arreglo institucional, durante los dos últimos gobiernos, se han introducido elementos de corrección pero sin reformar la estructura segmentada básica del sistema. De esta manera, se ha creado una subsecretaría de salud pública para darle mayor jerarquía a las acciones dirigidas a la colectividad. Por otra parte, en 2004 se legisló el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) que es un paquete de servicios obligatorio para todos los administradores de fondos (ISAPRE y FONASA). Cabe señalar que todos los padecimientos garantizados tienen señalado cual es su arancel (tarifa) y cual es el co-pago, es decir, la cantidad que tiene que pagar el paciente, que generalmente es del 20%²⁰

Esta reglamentación tiene varias implicaciones. Restringe los seguros privados muy limitados pero simultáneamente abre el campo para pagar servicios privados con fondos públicos.²¹

Por otro lado, es intrínsecamente inequitativa como todas las cuotas o pagos fijos. Es además probable que el co-pago impida a muchos hacer uso del AUGE y por lo tanto, no garantiza la universalidad del derecho de acceso²²

La política sanitaria brasileña está dirigida en el sentido opuesto ya que en la nueva constitución de 1988 se establece “la salud como un derecho de todos y un deber del Estado”, es decir, se establece como norma, la salud como un derecho exigible de los ciudadanos al Estado como sujeto obligado. Sus principios y directrices son la universalización, la equidad, la integralidad y la gestión democrática, con el ejercicio de lo que se convino denominar de control social. El arreglo institucional correspondiente es el Sistema Único de Salud (SUS) organizado de forma descentralizada, regionalizada,

jerarquizada e integrada. La descentralización es a los municipios que operan con financiamiento fiscal nacional, estatal y municipal. El SUS significó la fusión de los servicios de salud de seguridad social y los del ministerio de salud terminado con la segmentación del sector público. Sin embargo, dejó prácticamente intacto al sector privado.²³

El principal problema del SUS se deriva del hecho de que, a diferencia de México, el poderoso Instituto de Previsión Social era predominantemente una aseguradora que compraba servicios a los prestadores privados. El Ministerio de Salud por su parte, antes que un prestador de servicios, estaba dedicado a las acciones de salud pública. Un segundo problema proviene de la desigual capacidad de los más de 5,000 municipios para poder asumir efectivamente la responsabilidad de organizar y prestar los servicios de salud. Los grandes municipios han sido exitosos pero los pequeños y pobres han tenido que asociarse para poder cumplir su cometido.

En la construcción del SUS se ha adoptado el principio de construir desde abajo hacia arriba, es decir, desde el primer nivel con el modelo de medicina familiar pasando por el hospital general hacia la alta especialidad. Esta estrategia ha sido exitosa en cuanto a garantizar a toda la población los servicios básicos.

Adicionalmente se ha dado una expansión importante de los servicios hospitalarios: en 1995 la relación camas hospitalarias públicas/1000 habitantes era de 0.71 por una relación de camas privadas por 1000 habitantes de 2.29, en 2005 pasa a ser de 0.84 por 1.19. Aún así, la falta de los servicios más complejos ha seguido impulsado los seguros médicos privados en los sectores medios y altos con capacidad económica para pagarlos lo que conduce a la persistencia de la inequidad en función de la capacidad económica.²³

Por último es importante señalar que Brasil es el país que más ha avanzado en la participación ciudadana o control social del sistema de salud, a través de los Consejos de Salud nacional, estatal, municipal y de unidades de salud con una representación tripartita. Estas instancias tienen una influencia real en la formulación de las políticas, en particular han sido decisivas las Conferencias Nacionales de Salud con miles de representantes electos para la (re)orientación de la política de salud.²⁴

El tercer caso es Colombia y su reforma plasmada en la Ley 100, aprobada en 1993. Para el caso de México resulta especialmente aleccionadora porque Julio Frenk participó en la formulación de esta reforma junto al ministro de salud colombiano, el economista Juan Luis Londoño.²⁵ Esta reforma es el principal ejemplo de “competencia administrada” con separación de funciones entre regulación-financiamiento-prestación de servicios. Frenk, el creador del Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS) durante el sexenio 2000-2006, hizo del SP la versión corregida y disminuida de la reforma colombiana.¹⁷

La ley 100 establece la obligatoriedad del seguro de salud bajo dos regímenes paralelos: el régimen contributivo financiado con una prima pagada bipartidamente (12% sobre salario) o por la persona y el régimen subsidiado para aquellos que cumplen con determinados criterios de pobreza que se financia con medios fiscales. Ambos tienen un Paquete de Servicios Explícito pero los servicios ofrecidos en el régimen contributivo son el doble de servicios que los del subsidiado. Desde allí empieza la inequidad.²⁶ Los fondos de salud están administrados por compañías privadas (EPS) o públicas (ARS) que compran servicios para sus asegurados a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) o las Empresas sociales del Estado (ESE).²⁷

Los beneficios están clasificados en dos tipos; por un lado está el Plan Obligatorio de Salud (POS) dirigido a la persona (bienes privados) bajo la responsabilidad del administrador del seguro; por el otro, el Plan Básico de Salud (PBS) bajo la responsabilidad del Estado que cubre las actividades dirigidas a la colectividad (bienes públicos) o acciones con grandes “externalidades” (en la connotación neoliberal). El gobierno local administra el PBS y los servicios locales de salud deben asumir la responsabilidad de la salud poblacional.

Los resultados de esta reforma han sido bastante adversos. Las actividades de salud pública han disminuido; no se ha logrado la cobertura universal del seguro y se ha producido una nueva estratificación de acceso; la infraestructura de salud es insuficiente y el acceso efectivo a ella se ha comprimido.²⁸

La separación entre la atención individual y colectiva ha tenido un impacto negativo sobre la salud pública y ha roto la continuidad de la atención (promoción-prevención-detección oportuna-atención/control-rehabilitación).²⁹ Por ejemplo, la tasa de TB ha aumentado, la cobertura de vacunación ha bajado y la mortalidad materna ha subido de 63.2 por 100,000 NV en 1996 a 81.5 en 2002.²⁷

A pesar de que el seguro es obligatorio su cobertura nunca ha llegado a ser universal. En 2000 había una cobertura del 53%, en 2004 de 62% y en 2006 de 74%. El incremento en el último periodo se debe principalmente a la incorporación al régimen subsidiado que representa el 52% de todos los asegurados. Sin embargo, cerca un 25% de los no-asegurados (“vinculados”) es pobre. Su exclusión obedece a que no cumplen plenamente con los criterios de “pobreza” o no hay suficientes recursos públicos para incluirlos. El resto de los no-asegurados no es pobre pero no está incluido en ningún esquema. Por otra parte los co-pagos y cuotas moderadoras aplicadas constituyen obstáculos de acceso para los pobres. De esta manera hay una re-estratificación de los excluidos-incluidos. Asimismo, recientes encuestas demuestran que aun teniendo el seguro, el acceso a servicios de calidad no está garantizado.²⁵

La crisis hospitalaria en Colombia tiene varios componentes. Muchos servicios han cerrado porque no están incluidos en el Paquete y no reciben suficiente presupuesto. Las EPS han establecido sus propios servicios y no compran servicios a los hospitales públicos. No se pagan regularmente los servicios prestados. El sistema de “subsidio a la demanda” ha perjudicado particularmente a los hospitales públicos que han quebrado en una alta proporción y los de la seguridad social fueron vendidos en 2007.³⁰

Por último es importante subrayar que el incremento de presupuesto de salud del 7 al 10% del PIB, considerado un gran triunfo de la reforma colombiana, es un triunfo ilusorio. No se ha traducido en un mayor acceso para más personas, ni en más servicios de salud, ni en un mejoramiento de la calidad. Es decir, no es una reforma que ha logrado la equidad o la universalidad o la participación social. En cambio ha convertido el sector salud en un ámbito de negocios.

En resumen, si se comparan estas tres reformas de salud en relación con los valores aplicables del artículo 4° de la LDS, el SUS brasileño es el que más se acerca con su sistema público único, a pesar de la persistencia de un importante sector de medicina prepagada. Hay acceso universal al SUS gracias a la gratuidad de los servicios e integralidad de los servicios en ausencia de un paquete predeterminado lo que facilita la exigibilidad; el financiamiento fiscal con reglas explícitas tiende a la justicia distributiva, la equidad social y la igualdad; los Consejos garantizan la participación que permite mayor transparencia. La segmentación en dos sistemas paralelos público y privado persistirá mientras no haya suficiente infraestructura de salud para atender todas las necesidades de salud.

En los casos chileno y colombiano hay una disposición legal de universalidad en tanto el aseguramiento es obligatorio pero ésta no se cumple. Estamos además, ante sistemas segmentados con coberturas de servicios diferentes (desigualdad) y con paquetes de servicios que favorecen la fragmentación e impiden la integralidad. Los servicios de los paquetes son exigibles pero falta la infraestructura médica para poder acceder a ellos; en el caso colombiano hay incluso miles de quejas al respecto ante el Procurador General. Hay cierto efecto de justicia distributiva dentro del sistema público (horizontal) pero no entre los dos sistemas (vertical). Por último la participación y la transparencia son reconocidamente bajas en los sistemas privados.

1.3. Identificación del problema y determinación de la población objetivo.

1.3.1. El programa ¿tiene identificado claramente el problema o necesidad al que trata de atender? Describa la situación.

Si bien el derecho a la salud como tal está ampliamente reconocido como garantía individual y derecho social los arreglos institucionales para hacerlo cumplir también

dependen del perfil de morbilidad y mortalidad de la población a atender que a su vez está relacionada con la estructura demográfica.

El cuadro 8 expone algunos indicadores demográficos básicos que demuestran que la población del DF es prácticamente estable; que la esperanza de vida tanto de mujeres como de hombres está incrementando lentamente; que la tasa de natalidad tiene un comportamiento inverso y; que la mortalidad infantil bajó en 27% entre 2000 y 2007.

CUADRO 8. INDICADORES DEMOGRÁFICOS 2000 A 2007 DEL DF

Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Población a mitad de año								
Total	8,796,861	8,827,695	8,812,585	8,813,276	8,814,123	8,814,797	8,815,298	8,815,694
Hombres	4,258,683	4,269,304	4,306,796	4,302,018	4,297,346	4,292,618	4,287,834	4,283,044
Mujeres	4,538,178	4,558,391	4,505,789	4,511,258	4,516,777	4,522,179	4,527,464	4,532,650
Esperanzas de vida al nacimiento								
Total	75.3	75.6	75.9	76.1	76.4	76.6	76.8	77.0
Hombres	73.0	73.2	73.5	73.8	74.0	74.2	74.5	74.7
Mujeres	77.7	77.9	78.2	78.5	78.7	78.9	79.1	79.4
Tasa bruta de natalidad	16.5	16.4	16.3	16.1	16.0	15.8	15.6	15.4
Tasa de mortalidad infantil	17.2	16.5	15.7	15.0	14.4	13.8	13.2	12.6

Fuente. CONAPO. Estimaciones de la población en México. Población total de los municipios a mitad de año, 1995-2050

Tomado de SSDF, Anuario Estadístico 2007, Cuadro 1.8

Este comportamiento demográfico refleja los cambios en la composición poblacional por grupo de edad y su envejecimiento como se puede observar en el cuadro 9.

CUADRO 9. VARIACIÓN POBLACIONAL POR GRUPO DE EDAD, DF, 1980-2005

Grupo de edad	1980		1990		2000		2005		VAR. %
	Población	%	Población	%	Población	%	Población	%	80/05
TOTAL	8,831,079	100.0	8,235,744	100.0	8,605,239	100.0	8,720,916	100.0	-1.2
0 a 4 años	1,066,901	12.1	833,591	10.1	737,934	8.6	664,092	7.6	-37.8
5 a 14 años	2,203,494	25.0	1,675,408	20.3	1,507,080	17.5	1,376,529	15.8	-37.5
15 a 64 años	5,209,246	59.0	5,302,901	64.4	5,727,870	66.6	5,822,228	66.8	11.8
65 y más años	351,438	4.0	423,844	5.1	632,355	7.3	596,210	6.8	69.6

Fuente: INEGI Censos Nacionales y Conteos de Población

Tomado de Cuadro 1.2 Anuario Estadístico 2007 SSDF,

De esta manera la población con menos de 15 años constituía el 37% de la población total en 1980 y sólo 23.4% en 2005, mientras que la población en edad de trabajar se incrementó del 59% al 67% y la adulta mayor del 4% al 6.8%. Este cambio es, a la vez, resultado y causa de la transformación del perfil de mortalidad.

Como se puede observar en el cuadro 10 las principales causas de muertes son padecimientos crónico-degenerativos que tienen dos características principales. Su frecuencia tiende a incrementarse con la edad y generalmente requieren de tratamiento prolongado, habitualmente con medicamentos y bajo control médico. De esta manera, las tres primeras causas de mortalidad son enfermedades crónico-degenerativas y representan la mitad de las defunciones mientras que las infecciosas apenas llegan a ser el 5% del total y las muertes por causas externas (accidentes, homicidios y suicidios) sólo alcanzan el 6% en 2006. Es de señalar que la atención médica oportuna puede bajar la mortalidad tanto de los accidentes como de las agresiones tal como ocurrió en el periodo 2001-2006.

CUADRO 10. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL, DF, 2001 A 2006

Orden	CAUSAS	2001		2002		2003		2004		2005		2006	
		Def.	Tasa ¹										
	Total	46,627	529.1	46,984	533.1	48,586	551.3	48,950	555.4	49,882	565.9	49,894	566.0
1	Enfermedades del Corazón	8,893	100.9	9,081	103.0	9,506	107.9	9,989	113.3	10,062	114.1	9,917	112.5
2	Diabetes Mellitus	6,732	76.4	7,078	80.3	7,608	86.3	7,884	89.4	8,270	93.8	8,435	95.7
3	Tumores Malignos	6,324	71.8	6,357	72.1	6,634	75.3	6,764	76.7	6,759	76.7	6,867	77.9
4	Enfermedades Cerebro Vasculares	2,780	31.5	2,861	32.5	2,807	31.8	2,917	33.1	2,810	31.9	2,783	31.6
5	Enfermedades del Hígado	2,687	30.5	2,600	29.5	2,722	30.9	2,688	30.5	2,706	30.7	2,506	28.4
6	Accidentes	2,268	25.7	2,241	25.4	2,321	26.3	2,052	23.3	2,226	25.3	2,026	23.0
7	Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas	1,167	13.2	1,138	12.9	1,315	14.9	1,464	16.6	1,514	17.2	1,630	18.5
8	Ciertas afecciones Perinatales	1,507	17.1	1,481	16.8	1,514	17.2	1,457	16.5	1,394	15.8	1,509	17.1
9	Influenza y Neumonía	1,334	15.1	1,163	13.2	1,066	12.1	1,041	11.8	1,245	14.1	1,235	14.0
10	Insuficiencia Renal	817	9.3	861	9.8	787	8.9	845	9.6	947	10.7	908	10.3
11	Enfermedades Congénitas	847	9.6	827	9.4	794	9.0	788	8.9	761	8.6	775	8.8
12	Agresiones (Homicidios)	855	9.7	823	9.3	853	9.7	833	9.5	749	8.5	762	8.6
13	Bronquitis Crónica y la no especificada	855	9.7	823	9.3	853	9.7	833	9.5	519	5.9	506	5.7
14	Enfermedad por VIH	586	6.6	525	6.0	591	6.7	547	6.2	512	5.8	471	5.3
15	Desnutrición y otras deficiencias	494	5.6	460	5.2	496	5.6	435	4.9	412	4.7	410	4.7
16	Septicemia	376	4.3	339	3.8	397	4.5	380	4.3	387	4.4	405	4.6
17	Suicidio	377	4.3	319	3.6	375	4.3	325	3.7	353	4.0	329	3.7
18	Úlcera Gástrica y Duodenal	295	3.3	312	3.5	294	3.3	271	3.1	313	3.6	298	3.4
19	Enfermedades Infecciosas Intestinales	268	3.0	268	3.0	262	3.0	262	3.0	280	3.2	284	3.2
20	Infecciones Respiratorias	264	3.0	370	4.2	296	3.4	301	3.4	272	3.1	247	2.9
	Síntomas y Signos Mal Definidos	381	4.3	333	3.8	361	4.1	255	2.9	260	2.9	254	2.9
	Las demás Causas	6,766	76.8	6,998	79.4	7,034	79.8	6,932	78.6	7,131	80.9	7,337.0	83.4

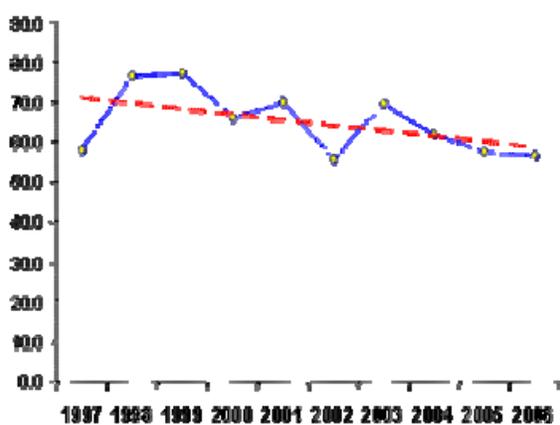
1/ Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: SSDF/INEGI

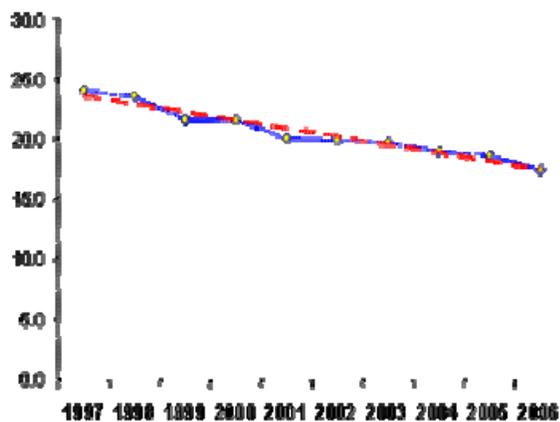
En el análisis de las tasas de mortalidad debe tomarse en cuenta la estructura demográfica ya que la mortalidad incrementa con la edad. Por ello es de esperar que una población que envejece tenga tasas brutas de mortalidad más alta que una población de jóvenes. Una de las maneras de corregir este efecto es analizar la mortalidad por grupos de edad que son comparables. En las gráficas siguientes ³¹ se observa que la tendencia de mortalidad es decreciente en todos los grupos de edad en el periodo 1997-2006 aunque la tasa anual (por 100,000) puede tener variaciones cada año.

FIGURA 6. TENDENCIAS DE MORTALIDAD EN EL DF, 1997-2006

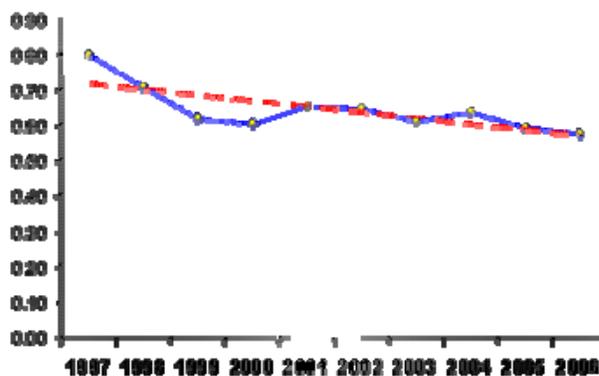
Tendencia de la tasa de mortalidad materna



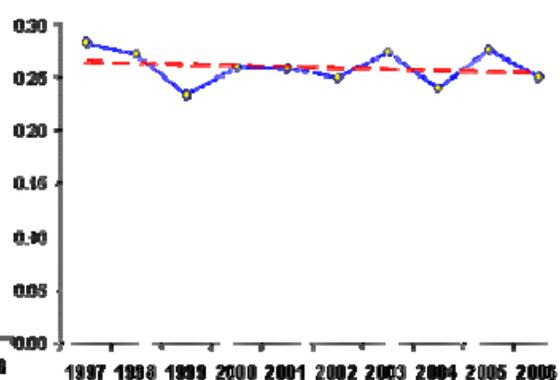
Tendencia de la tasa de mortalidad infantil



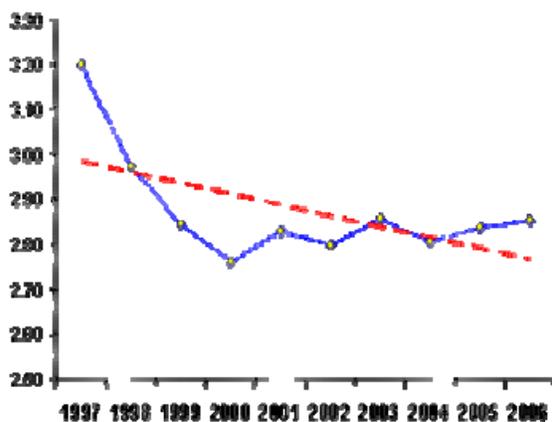
Tendencia de la tasa de mortalidad preescolar



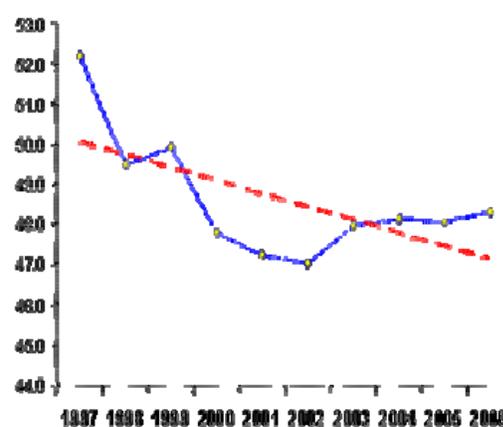
Tendencia de la tasa de mortalidad escolar



Tendencia de la tasa de mortalidad en edad productiva



Tendencia de la tasa de mortalidad en edad posproductiva



Fuente: SSDF. Agenda estadística. 2007. cuadro 2.2

Resulta particularmente significativa la tendencia a la baja en la mortalidad productiva (15-64 años) y posproductiva (65 años o más) ya que pudiera ser un indicador de un mejoramiento del acceso oportuno a la atención médica. Hay que tener presente que los cambios en la mortalidad es el efecto combinado de todas las instituciones de salud pero también es un hecho que el acceso oportuno ha sido particularmente importante para la población sin seguridad social laboral por medio del PSMMG como se analizó en los cuadros anteriores.

Aunque la población con seguridad social no puede ser considerada como una población privilegiada, la población no asegurada tiende a vivir en condiciones socio-económicas más precarias que la asegurada. Así, un estudio³² demuestra que los afiliados al PSMMG, al menos durante los primeros años, tienen niveles educativos e ingresos más bajos y viven con más frecuencia en unidades territoriales de muy alta y alta marginación que el promedio de los capitalinos.

1.3.2. ¿Tiene identificado el origen o factores determinantes del problema? Describa la situación.

Los factores que determinan el problema tienen orígenes diversos, por un lado la exclusión social que ha generado el desarrollo histórico del país y que a la fecha se sigue expresando en falta de acceso a servicios básicos entre ellos el de la salud, y por otro los cambios demográficos resultantes de las políticas poblacionales y que originan una población en proceso de envejecimiento con el consecuente cambio epidemiológico que se manifiesta por la tendencia creciente en las causas de enfermedad y muerte por enfermedades crónico-degenerativas sin que se haya logrado abatir los padecimientos asociados a la pobreza.

1.3.3 ¿Cuáles son los supuestos que justifican el programa y los riesgos de que no se cumplan? ¿Están adecuadamente identificados? Describa la situación

La pregunta parece mal formulada porque los supuestos del programa son el derecho a la protección de la salud y su garantía el acceso gratuito a los servicios; supuestos que no están en riesgo de no cumplirse en vista de que son incluso derechos constitucionales. Si se pretende indagar en qué medida la población no-asegurada requiere servicios médicos y medicamentos gratuitos y los riesgos de que ello no ocurra, podemos inferir del crecimiento año con año tanto del total de servicios prestados como los servicios gratuitos (ver cuadros 4 y 5) que era una necesidad de esta población no satisfecha por una institución pública.

1.3.4 Sus objetivos y estrategias ¿le permiten incidir en el problema? Explique

El problema planteado en el PSMMG es proporcionar oportunamente los servicios de salud y los medicamentos requeridos a fin de proteger universalmente la salud de la población en el DF. Para ello la estrategia general es remover el obstáculo económico al acceso mediante la prestación gratuita de servicios de salud y la entrega gratuita de los medicamentos. La estrategia es adecuada para lograr el objetivo general.

En vista de que es un programa para los residentes del DF se requiere hacer un proceso de afiliación que convalide el derecho de una persona o grupo familiar para acceder a las unidades de salud y recibir los beneficios. Estos objetivos particulares tienen sus estrategias correspondientes. Por otra parte hay estrategias operativas correspondientes al financiamiento y a la prestación de los servicios. Las estrategias operacionales del programa están especificadas en los documentos PSMMG 2004-2006 y el Reglamento de la Ley los cuales señalan con precisión todas las etapas instrumentales del programa: afiliación; construcción y actualización del padrón; servicios prestados y mecanismos de entrega de los medicamentos así como la supervisión y los indicadores de evaluación.

Aunque estos elementos están presentes en los documentos mencionados es preciso revisar el “Programa de Salud hacia 2006” para recuperar el diseño estratégico del Programa. Para ello es necesario recordar que el PSMMG era concebido como el eje articulador de la política de salud del sexenio 2000-2006. En este documento se plantea que para garantizar el derecho universal a la protección de la salud en el DF la palanca es el PSMMG pero para que éste funcione es además necesario (p. 30 a 50): fijar las prioridades en salud con criterio de equidad y necesidad; aplicar un nuevo modelo de atención; lograr la reorganización institucional; el fortalecimiento, ampliación de servicios públicos y la mejora de su calidad; la educación y capacitación de los recursos humanos; lo que requiere de un financiamiento solidario, suficiente y sustentable.

Al analizar las acciones tomadas para el fortalecimiento y ampliación de la infraestructura en el periodo 2001 a 2006 ¹² se observa que se construyeron dos nuevos hospitales –uno de especialidad en Iztapalapa y otro en Álvaro Obregón—y además se terminaron obras, ampliaron y adecuaron los hospitales existentes. En total se abrieron 480 nuevas camas en el periodo. Adicionalmente se hizo una inversión en equipamiento de los hospitales y centros de salud por \$438 millones. Por otra parte se construyeron 5 centros de salud grandes con rayos-X y laboratorio. Todas las nuevas obras se hicieron en zonas con falta de servicios y con servicios de alta demanda y están incluidas en el PMIF Salud nacional.³³

Este programa de salud representaba una reorientación a fondo o una reforma de salud en la dirección opuesta a las instrumentados durante los últimos dos décadas (ver inciso 2.3).

En contraste en las RO 2007 y 2008, -como ya fue señalado en el punto 1.5- parece observarse un retroceso tanto en términos de objetivos como de estrategias.

1.3.5. ¿El programa ha identificado adecuadamente su población objetivo? Fundamente su respuesta.

Los criterios de definición de la población objetivo del Programa son básicamente dos: a) la carencia de seguridad social laboral, es decir, IMSS, ISSSTE u otro y b) la residencia en el DF.² El primer criterio obedece al hecho de que la legislación derivada del artículo 123 de la Constitución convierte el derecho a la protección de la salud a los derechohabientes en un derecho exigible mediante el seguro de salud (enfermedad y maternidad). Es decir, el primer criterio racionaliza el uso de los recursos públicos evitando el acceso a servicios de salud por dos vías ante la imposibilidad de constituir un sistema único de salud.⁴ Sin embargo al sumar los derecho-habientes del PSMMG y de la seguridad social pública, se garantizaría universalmente este derecho en el DF.⁶

El segundo criterio es una restricción que se adopta por el carácter descentralizado de los servicios estatales de salud y la ausencia de mecanismos de compensación entre las entidades federativa por la atención de pacientes foráneos. Dado que el PSMMG o su equivalente no existen en las entidades federativas circunvecinas al DF que, además, tiene una mayor concentración de unidades médicas, esta restricción es necesaria para evitar la sobrecarga de los servicios y proteger el presupuesto.

Al lanzar el programa de pensión alimentaria para los mayores de 70 años se incluyó su derecho de acceder gratuitamente a los servicios médicos del GDF y recibir los medicamentos sin costo. En este caso no existe la restricción de pertenecer a un instituto de seguridad social.

Por las características del PSMMG no se incluyen en la definición de la población objetivo criterios de diferenciación por género, edad, origen étnico, etcétera. Sin embargo, el Reglamento (artículo 8) establece que las personas que viven en alta vulnerabilidad y no pueden acreditar su residencia serán liberadas de este criterio.

La población objetivo corresponde aproximadamente al 40% de las familias a las que se suman todos los adultos mayores de 70 años y más, adscritos al Programa de Pensión Alimentaria del gobierno del Distrito Federal (GDF) que es un número creciente año con año.

No todo este grupo hace uso sistemático de los servicios por pertenecer a alguna institución de seguridad social, el 71.2%, por el aseguramiento propio o por algún familiar. Del 28.8% restante el 70% reporta conocer que tienen derecho a servicios y medicamentos gratuitos en las unidades médicas del GDF.³⁴ Un indicador de la creciente utilización de los servicios de salud por parte de este grupo es que el número de egresos hospitalarios de mayores de 70 años se duplicó entre 2000 y 2007.³¹ Por otra parte se inició en 2005 el subprograma de Visitas domiciliarias para Adultos Mayores en el marco del programa de la pensión alimentaria.³⁴

Sobreposición con la población del Seguro Popular

La población objetivo del PSMMG es la misma que la del Seguro Popular (SP) debido a que ambos programas tienen como propósito ofrecer servicios de salud y medicamentos a la población carente de seguridad social. Sin embargo, cabe recordar que sólo se puede integrar 14.3% de la población elegible anualmente al SP, mientras que el PSMMG no tiene ninguna limitación en este sentido. Tampoco ofrecen los mismos beneficios a esta población (para una exposición más amplia del tema ver 1.3.9).

1.3.6. ¿En el diagnóstico del problema y en la determinación de la población objetivo se tomaron en cuenta las diferencias de género, edad, origen atareo, discapacidad, ámbito territorial; orientación sexual y otras diferencias relevantes entre la población?

En el periodo 2001 a 2006, el PSMMG satisface el objeto de la Ley de Desarrollo Social (LDS), ya que es una política que asume las obligaciones constitucionales en materia de salud (artículo 4º constitucional) y permite a la ciudadanía gozar universalmente de su derecho a la protección de la salud, sea a través del PSMMG o de la seguridad social laboral.

El PSMMG está además, alineado con la mayoría de los principios de la LDS. Es el componente del sistema público de salud capitalino que garantiza el ejercicio universal del derecho a la protección de la salud y con la LEDAGSMMPRDFCSSL la convierte en un derecho

exigible. Contribuye a la igualdad a través de la redistribución en forma de servicios públicos gratuitos y a la justicia distributiva al estar dirigido a la población excluida de la seguridad social laboral. El Programa como tal no explicita un enfoque de equidad de género y social o diversidad. Sin embargo, la LEDAGSMMPRDFCSSL y particularmente su reglamento prohíben reiteradamente la discriminación y mandatan un trato digno y equitativo. Este posicionamiento coincide con el PROGRAMA DE SALUD 2001-2006 donde se expone la política de salud, de la cual el PSMMG es el eje articulador, que define equidad como acceso igual a los servicios ante la misma necesidad. Adicionalmente enfatiza los programas de salud sexual y reproductiva y de VIH/SIDA. También es importante tomar en cuenta que la relación entre usuarias y usuarios, en general, es de dos a uno. Durante 2007 y 2008, las RO no contemplan la inclusión de población en desamparo social, que están en imposibilidad de acreditar documentalmente su residencia en el DF.

1.3.7. ¿Existe algún estudio, algún tipo de análisis o justificación analítica o de política pública que sustente la pertinencia del programa? Describa la situación.

Como ya se señaló en el inciso 2.2 la justificación analítica del programa se sustenta en el derecho a la salud vigente desde hace 60 años a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y su inclusión en la Constitución Mexicana en 1983, así como el consenso de los estudios sobre el tema respecto al incumplimiento de este derecho para la población mexicana no asegurada. Por otra parte, en el PS al 2006 se señala que una encuesta en el DF dio por resultado que el principal obstáculo al acceso de los servicios requeridos es el obstáculo económico (ver 2.1 y 2.2) lo que sustenta la pertinencia del programa.

1.3.8. ¿El programa o el servicio es pertinente respecto al problema a atender y a sus características entre la población? Fundamente su respuesta.

El programa si es pertinente ya que en su diseño incluye todos los servicios de salud prestados por el GDF a través de la SSDF incluyendo a los centros de salud de los SSPDF y los medicamentos recetados por un médico de SSDF-SSPDF del cuadro institucional. Estas unidades de salud prestan servicios preventivos, curativos y de rehabilitación a todos los grupos de edad y a ambos sexo incluyendo las Acciones Integradas de Salud por grupo étnico (ver punto 10 en preguntas específicas).

Los únicos servicios faltantes son los de alta especialidad que se proporcionan en los institutos nacionales de salud, todos ubicados en el Distrito Federal. En la planeación y expansión de los servicios de la ciudad ⁶ no se consideró adecuado construir un sistema de alta especialidad paralelo al existente por los costos implicados y la baja frecuencia de estas atenciones (menos del 2% del total).

Por tanto se puede afirmar que el diseño del programa es pertinente respecto a las necesidades de cubrir.

1.3.9. ¿Existen en otros lugares soluciones alternativas al problema que el programa atiende? ¿Hace el programa referencia a ellas? Describalas.

El concepto de cobertura de servicios de salud se refiere, por un lado a la población con acceso a ellos y por el otro a la cobertura médica, o sea, a los servicios que se proporcionan. La cobertura poblacional del SP, según los datos proporcionados por la subdirectora del sistema de protección social en salud es de 306 913 familias. En cuanto al PSMMG las familias afiliadas en 2006 fueron 854 mil ¹² y en 2008, según los datos proporcionados por la SSPDF hay 1,176 mil titulares, dato inexplicable ya que en la estimación máxima no hay más que 950 mil familias sin seguridad social laboral en el Distrito Federal. Según la misma fuente hay un total de 2,426 mil personas inscritas lo que corresponde al 70% de las personas afiliables. Es decir la cobertura poblacional del PSMMG es mucho mayor que la del SP. La cobertura médica de ambos programas debe analizarse en la comparación entre ambos.

La comparación entre el PSMMG y el SPSS-Seguro Popular resulta importante ya que los documentos revisados de 2007 y 2008 sugieren que se está sustituyendo el PSMMG por el SP (ver inciso 1.3). Originalmente el GDF declinó su incorporación al SP por los avances de PSMMG y la pérdida de derechos que significaría para sus derecho-habientes. Sin embargo, ante una fuerte presión política el GDF firmó un convenio en 2005 que comprometió la incorporación de 100,000 familias a condición de que nadie pagara una prima; que la afiliación al SP no fuera excluyente con la inscripción y uso del PSMMG; que no hubiera discriminación-positiva o negativa- en las unidades médicas, es decir, que todos tuvieran acceso a los mismos servicios y el mismo trato³⁵. No hay evidencias de que esta política ha seguido a partir de 2007 a pesar de que el artículo 4º del Reglamento de la ley de gratuidad prohíbe y sanciona las prácticas discriminatorias.

El cuadro 11 presenta una comparación entre los dos programas con las diferencias más importantes marcadas en negritas. La primera diferencia de fondo está en los criterios de inclusión y exclusión ya que sólo las familias de los deciles I y II (20% más pobres) están exentas del pago de la cuota familiar en el SP. Esto significa que el derecho de inscripción para acceder a los servicios es un derecho **condicionado** y que además se pierde si no se paga o se reinscribe.

La segunda diferencia se refiere al momento cuándo se puede afiliarse a cada uno de los programas. La diferencia básica es que el PSMMG permite la inscripción en cualquier momento, por ejemplo cuando se requiere el servicio, y con efecto inmediato. El SP a su vez

sólo permite la inscripción de 14.3% de los susceptibles anualmente³⁶ y con un periodo de latencia entre la inscripción y la entrada en vigencia del seguro.

CUADRO 11. COMPARACIÓN DEL PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS GRATUITOS CON EL SEGURO POPULAR

Concepto	PSMMG	Seguro Popular (art. 77 bis LGS)
Criterio de inclusión	Solicitar inscripción Ser residente DF No-asegurado	Solicitar inscripción Pagar cuota familiar Ser residente en México No-asegurado Renovar anualmente inscripción y pago.
Criterio de exclusión	Adquirir seguridad social	No reinscribirse y no pagar cuota. Cláusulas de exclusión definitiva
Calendario de "afiliación"	Según la demanda.	14.3 por ciento de las familias susceptibles anualmente (para todos hasta 2010)
Financiamiento	Recursos fiscales locales y federales ramo 33 FASSA (fiscales). El titular y sus dependientes no pagan ninguna cuota o prima.	Cuota social federal (origen fiscal) Cuota solidaria federal, tomada de ramo 33 FASSA (origen fiscal) Cuota solidaria estatal (origen fiscal) Cuota familiar anticipada según estudio socio-económico familiar, no reembolsable Cuota reguladora en el uso de ciertos servicios a cargo del beneficiario
Beneficios garantizados	Todos los servicios disponibles en la SSDF y los medicamentos correspondientes del Catálogo Institucional.	Paquete de 255 servicios y los medicamentos correspondientes. Algunos tratamientos "catastróficos" para algunos pacientes. Todo lo demás es pagado por el enfermo.
Forma organizativa	No tiene estructura administrativa especial.	Estructura administrativa especial "Régimen Estatal de SPSS", regulada y coordinada por la Comisión Nacional de SPSS, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud federal (SSA).
Prestador del Servicio	Secretaría de Salud del DF	Hospitales y centros de salud estatales, IMSS-Oportunidades y hospitales privados

Modificado de Laurell, 2008 en Medicina Social /Social Medicine Opt. cit. Fuente ref.: Elaboración propia con base en la Ley General de Salud 77 Bis 2004; y *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 2001.

En ambos casos el principal financiamiento es fiscal de origen federal o local. Sin embargo, el SP también incluye dos tipos de cuotas; una que es la prima familiar anual y la otra, la llamada cuota reguladora prevista para ciertos servicios usados con mucha frecuencia. El pago de la prima-cuota es una cuestión de concepción o principios y no una fuente necesaria de financiamiento. En 2007 las cuotas familiares a nivel nacional representaban el 0.9% del presupuesto total ejercido de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). Con respecto al DF los informes de la CNPSS reportan que ninguna familia pagó en 2007 y durante el primer semestre de 2008.³⁷

La tercera diferencia importante entre ambos esquemas concierne a la cobertura de servicios. El PSMMG cubre todos los servicios de salud que presta el GDF sean de primer

nivel u hospitalarios, incluidos los de 2º nivel y los de alta especialidad como son, por ejemplo, cuidados intensivos neonatales, cuidados intensivos de adultos, atención de politraumatismos, neurocirugía, atención cardiovascular avanzada, etc. El principio de equidad que rige es que todos deben tener igual acceso a los servicios ante la misma necesidad que es la definición adoptada por la OMS europea.³⁸

En contraste, el SP sólo cubre un número explícito de intervenciones médicas enumeradas en el CAUSES y un número reducido de padecimientos de gasto catastrófico, particularmente para los niños. El número de intervenciones del CAUSES se ha ido incrementando y son actualmente 255 (ver anexo 2). El catálogo de intervenciones explícitas tiene el gran inconveniente de fragmentar la continuidad de la atención al incluir para ciertos padecimientos, coberturas en el primer nivel de atención pero no en niveles de atención más complejos.

Por ejemplo, el tratamiento de la enfermedad izquémica del corazón sólo está contemplado en urgencias bajo el nombre de “angor pectoris” pero no aparece en tratamiento ambulatorio o en hospitalización a pesar de que al tratarse de un infarto al miocardio requiere de internación y posteriormente de seguimiento ambulatorio. Otro ejemplo es diabetes mellitus donde aparece estabilización en Urgencias pero no hospitalización para seguimiento y control del tratamiento. En ambos casos se trata de padecimientos que encabezan la lista de mortalidad. En la lógica del SP esto significa que el paciente tiene que pagar por estos servicios.

La CNPSS sostiene que el CAUSES cubre todos los servicios de 1er nivel y el 98% de los “egresos” hospitalarios de 2º nivel de los hospitales de los SES afirmación que es indemostrable.¹⁸ La pregunta clave, en todo caso, sería ¿por qué se hace un Catálogo de Servicios si todos los casos de determinado nivel de atención están cubiertos? Al respecto habría que señalar que la única razón de formular un catálogo de servicios es cuando se pretende someterlos a la compra-venta, o sea, funcionar como un seguro privado.

Este enfoque está implícito también en la cuarta diferencia entre ambos proyectos que es respecto a la existencia o no de una estructura administrativa separada para los programas. El PSMG está integrado a la estructura normal de la secretaría mientras que para el manejo del SP se crean las llamadas “regímenes estatales del SPSS” (REPSS). Estos reciben el dinero para el SP y compran los servicios para los asegurados; son las administradoras de los fondos públicos de salud y la clave para incorporar los prestadores privados al sistema. A pesar de la suscripción de los anexos del SP la SSDF no ha establecido el REPSS y sólo existe una Subdirección del Sistema de Protección Social en Salud que depende directamente de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial.

A pesar de que hasta el momento la gran mayoría de los servicios del SP son prestados por las unidades médicas de los SES, la última gran diferencia entre las dos concepciones en análisis es la inclusión de los hospitales privados en la prestación de servicios. La LGS no prevé esta posibilidad pero su Reglamento la tiene contemplado.

1.4. Consistencia interna entre objetivos, estrategias y RO del programa.

1.4.1. ¿Existe consistencia lógica entre los objetivos, metas y RO? Fundamente su respuesta

No existe consistencia lógica ya que el PSMMG plantea en su objetivo general garantizar el ***derecho a la protección de la salud*** en tanto que las RO plantean ***garantizar el acceso***, parecería un cambio de semántica en la redacción de las reglas de operación, pero derecho y acceso en términos jurídicos no son equiparables, la protección de la salud, desde la perspectiva del PSMMG es un derecho exigible, en tanto que garantizar el acceso, queda sujeto a las condiciones que prevalezcan en los servicios; esta situación se hace evidente también en los objetivos específicos, en el primero del PSMMG se establece el mecanismo mediante el cual ***se formaliza la condición de sujetos de derecho***, en tanto que en las RO se establece que en la inscripción se les otorgará una ***identificación*** que los acredite como ***derecho habientes*** de los servicios. En el tercer objetivo específico del PSMMG, queda establecida la ***gratuidad de los medicamentos del cuadro institucional autorizado***, en tanto que en las RO lo que se plantea al respecto, es ***“Proporcionar gradualmente los medicamentos del Catálogo y Cuadros institucionales de Medicamentos”***, sin que se especifique en que consiste tal gradualidad.

Con relación a las metas, el PSMMG sólo establece algunas metas y plantea una serie de estrategias operativas que son equiparables a lo que en las RO se define como metas físicas y de las cuales es necesario señalar que varias de ellas, no son en realidad metas, es decir, no contienen los atributos que caracterizan la enunciación de una meta, pero además, presentan varios elementos que es necesario resaltar. En las metas de afiliación se señala que ***“Trabajo Social deberá incorporar con oportunidad el ingreso de pacientes vía urgencias hacia hospitalización”***. La redacción es poco clara, pero permite inferir que la afiliación se realizará a través del servicio de urgencias de los hospitales, situación poco entendible cuando la puerta de entrada al sistema de salud es principalmente a través de las unidades de primer nivel de atención (es decir, los centros de salud) y no los servicios de urgencia hospitalarios; además, el PSMMG establece claramente que la afiliación se deberá realizar en los centros de salud y en los hospitales.

El que las RO constriñan la afiliación a las unidades hospitalarias, sin duda será un obstáculo más, para lograr ampliar la cobertura del programa. Además, sólo se consigna

que se tiene incorporado al programa el 70% de las familias, pero no se establece cuál es la meta de afiliación para cada año de operación del programa; el PSMMG tenía establecida una cobertura para el 2006 del 90% de los núcleos familiares, por lo que considerar ahora una cobertura del 70% significa un retroceso.

CUADRO 12. CONSISTENCIA LÓGICA ENTRE LOS OBJETIVOS Y METAS DEL PSMMG Y LAS RO

	PSMMG	Reglas de Operación
Objetivo General	<i>Garantizar el derecho a la protección de la salud con equidad, entendida como igual acceso a los servicios de la SSDF ante la misma necesidad, a la población no-asegurada con residencia mínima de tres años en el DF así como de los adultos mayores de 70 y más años, también residentes en el DF</i>	<i>Garantizar el acceso a la protección de la salud con equidad, entendida como igual acceso a los servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal ante la misma necesidad, a la población no-asegurada con residencia en el Distrito Federal, así como de los adultos mayores de 70 años, también residentes en el Distrito Federal.</i>
Objetivos Específicos	<p>1. Inscribir a las familias y personas no-aseguradas residentes en el DF al programa y proporcionarles una identificación que las acredite como derecho-habientes de los servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal, o sea, formalizar su condición de sujetos de derechos.</p> <p>2. Proporcionar sin costo todos los servicios –preventivos, diagnósticos, curativos y de rehabilitación– ofrecidos en las unidades médicas de la SSDF y los Servicios de Salud Pública a los derecho-habientes y a los adultos mayores de 70 y más años.</p> <p>3. Proporcionar gratuitamente a los derechohabientes y adultos mayores residentes en el Distrito Federal, los medicamentos del cuadro institucional autorizado, prescritos por un médico de estas unidades médicas en sus farmacias.</p> <p>4. Cubrir sistemáticamente a los derechohabientes y a los adultos mayores de 70 y más años residentes en el DF con las acciones integradas de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribir a las familias y personas no-aseguradas residentes en el Distrito Federal al programa y proporcionarles una identificación que las acredite como derecho-habientes de los servicios, así como a los adultos mayores de 70 años. • Proporcionar sin costo todos los servicios –preventivos, diagnóstico, curativos y de rehabilitación– ofrecidos en las unidades médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y los Servicios de Salud Pública a los derechohabientes y a los adultos mayores de 70 años. • Proporcionar gradualmente a los derechohabientes y adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal, los medicamentos del Catálogo y Cuadros institucionales de Medicamentos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal autorizado, prescritos por un médico de estas unidades médicas en sus farmacias. • Cubrir sistemáticamente a los

		derechohabientes y a los adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal con las acciones integradas de salud.
Metas	<p><u>La prestación de servicios a los derechohabientes es responsabilidad de la SSDF y se hará de forma directa a través de las unidades hospitalarias de la Secretaría y de las unidades médicas de los SSPDF de conformidad con el convenio de coordinación y colaboración suscrito por ambos; y a través de los mecanismos de referencia y contrarreferencia ratificados, de acuerdo con las condiciones de prestación integral de red de servicios para garantizar los cuidados y la provisión de medicamentos.</u></p> <p>Para lograr la <u>prestación de servicios</u> con calidad, la Secretaría garantizará el abasto de medicamentos e insumos médicos y promoverá una política de uso de medicamentos con criterios terapéuticos y de fármaco-economía. Para lo cual se establecerán y actualizarán anualmente los cuadros institucionales de medicamentos, material de curación y sustancias químicas; además, se establecerá paulatinamente un sistema computarizado de control de inventarios en tiempo real y se desarrollarán programas de capacitación en las unidades médicas correspondientes. Con estas medidas se busca reducir los costos de adquisición, favorecer sistemas eficientes de abasto y reposición de medicamentos y un uso racional en la prescripción y consumo en las unidades prestadoras de servicios.</p> <p><u>Difusión del programa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al 100% de los mandos superiores y medios; • Informar al 100% de los trabajadores; • Actualizar al 100% de los mandos superiores y medios; • Actualizar al 100% de los trabajadores; y 	<p><u>Afiliación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo Social incorpore con oportunidad al ingreso de pacientes vía urgencias hacia hospitalización en un 100 por ciento en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. • Actualmente se tiene un 70 por ciento de familias incorporadas al Programa de Gratuidad, considerando que al inicio del programa la población estimada era aproximadamente de 3.5 millones de población abierta sin seguridad social. <p><u>Prestación de Servicios Médicos y Medicamentos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Las 27 unidades Hospitalarias y 1 Hospital de Especialidad, proporcionan y registran las atenciones otorgadas en un formato específico, que de manera mensual envían a la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad con la finalidad de identificar la productividad y dar cumplimiento a los indicadores establecidos en el programa. • Suprimir en las unidades hospitalarias en un 90 por ciento el subregistro de las atenciones otorgadas en hospitalización por los servicios de estudios de laboratorio y gabinete. • Dar seguimiento a la captura de cédulas familiares por unidad hospitalaria, actualmente el avance es del 70 por ciento, debido a la modificación del programa de captura. • Fortalecer la promoción del programa por el personal de

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Elaborar encuestas que midan la efectividad de las acciones.</i> • <i>Realizar cuando menos una encuesta por año cuyos resultados midan el conocimiento y la aceptación que los derecho-habientes tienen del Programa</i> • <i>Para el 2006, inscribir al PSMMG al 90 por ciento del total de núcleos familiares y personas residentes en el DF que cumplen con los requisitos de este Programa</i> 	<p><i>trabajo social en el área de consulta externa y urgencias.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Para lograr la prestación de servicios con calidad, la Secretaría debe garantizar el abasto de medicamentos e insumos médicos y promoverá una política de uso de medicamentos con criterios terapéuticos y de fármaco-economía. Para lo cual se requiere la actualización de los cuadros institucionales de Medicamentos.</i>
--	--	---

Por todo lo anterior es posible afirmar que la lógica del PSMMG a través del enunciado de sus objetivos y metas es la de establecer el derecho a la protección de la salud, a través de garantizar desde el gobierno los servicios médicos y medicamentos gratuitos, en tanto que las RO parecería que están tratando de preservar el programa bajo el mecanismo de prestación de servicios quitando la connotación del derecho exigible.

1.4.2. ¿Existe congruencia entre los objetivos que persigue el programa y los servicios o apoyos que presta? Fundamente su respuesta

Como ya se mencionó, el objetivo general del PSMMG es el de Garantizar *el derecho a la protección de la salud con equidad*, para ello el programa refrenda la prestación de servicios médicos y medicamentos gratuitos, mediante los medicamentos que existan en la institución y que estén incluidos en el Cuadro Institucional, además de los servicios preventivos, diagnósticos, curativos y de rehabilitación que se prestan en las unidades médicas de la SSDF y de los Servicios de Salud Pública del DF. Los servicios auxiliares de diagnóstico y rehabilitación sólo son gratuitos cuando el médico de la unidad médica del GDF los prescribe como parte de su trabajo institucional. En la atención de urgencias, la gratuidad se extiende a todos los pacientes, hasta su estabilización.

Los servicios médicos que se otorgan a los derecho-habientes de la SSDF son:

- Consulta externa general y de especialidad;
- Terapia de rehabilitación:
- Estudios de laboratorio de análisis clínicos;
- Estudios de imagenología (rayos X, ultrasonido, tomografía axial por computadora);
- Atención del embarazo, parto y puerperio inmediato
- Consulta odontológica;

- Intervenciones quirúrgicas;
- Atención de urgencias y
- Hospitalización.

Los servicios no incluyen prótesis, órtesis, marcapasos, material de osteosíntesis, cirugía laparoscópica, ni cirugía estética, aunque es importante señalar que se ha creado a partir de mayo de 2008 un Fondo de Apoyo para adultos mayores y personas de escasos recursos que requieren prótesis, órtesis y apoyos funcionales.³⁹

Con relación a la instrumentación del programa, se detectaron durante las entrevistas realizadas a los funcionarios de la SSDF y de los SSPDF, varias problemáticas que pueden afectar el desarrollo del mismo. Un primer problema se deriva del proceso de terciarización que se instrumentó durante 2008 para el abasto y surtimiento de medicamentos, mismo que fue cancelado en octubre del mismo año por incumplimiento de la empresa contratada, incumplimiento que se reflejó tanto en la calidad de los medicamentos surtidos, como en la omisión de la entrega de las estadísticas respecto a surtimiento de recetas en sus diversas categorías (surtidas, parcialmente surtidas y no surtidas) y que debía reportar periódicamente.

Otro elemento identificado como problemático, es la capacidad para la captura de nuevas cédulas de afiliación y depuración del padrón de afiliados, ya que al parecer el personal que tiene asignadas estas actividades resulta insuficiente, de lo cual se desprende inconsistencias en la información sobre la cobertura actual del programa, lo que se corrobora a través de la información otorgada por las diferentes instancias de la SSDF, en donde se reportan datos diferentes sobre el total de afiliados.

Un elemento más a considerar es la falta de difusión extramuros del programa, si bien el programa se difunde en todas las unidades de la SSDF y en las unidades del SSPDF (OPD), (por los datos de cobertura que se presentarán más adelante), se infiere que el programa aún no se ha posicionado totalmente en la población objetivo, situación sin la cual difícilmente se alcanzará el objetivo de la universalidad del derecho a la protección de la salud.

Por lo que respecta a estrategias relacionadas con la atención según grupo etáreo, género, e incidencia de padecimientos, el programa no contempla estrategias específicas ya que la atención se otorga a libre demanda, a excepción de los pacientes con VIH/SIDA, para los cuales se tiene garantizado su tratamiento.

En términos de equidad, se justificaría intensificar acciones para abatir las defunciones por causas evitables técnicamente, ya que no existen barreras económicas para el acceso a los servicios de salud.

1.4.3. ¿Las estrategias del programa son congruentes con sus objetivos? Fundamente su respuesta.

En cuanto a la disposición de recursos para resolver las demandas de atención de la población, al parecer son suficientes para atender la demanda actual. Durante las entrevistas realizadas a los directivos relacionados con la atención médica del primer y segundo nivel de atención, no manifestaron déficit de recursos médicos ni de camas censables, por otro lado, tampoco manifestaron problemas con respecto a los recursos financieros asignados a la operación de los servicios, sin embargo, es necesario realizar varias consideraciones al respecto.

Una primera consideración es que de acuerdo con las propias estimaciones de población sin seguridad social laboral, de la Dirección de Información en Salud de la SSDF, para el año 2007, ésta ascendía a 3 925 144ⁱ y considerando el número de habitantes reportados como afiliados para esta fecha, sólo se tiene una cobertura de 56% de la población susceptible de afiliarse; por lo tanto la suficiencia de recursos es tal en la medida que no se ha logrado ampliar la afiliación de todos los susceptibles.

Un segundo elemento a considerar, es la heterogénea distribución de los recursos entre las delegaciones, sin duda producto de su propio desarrollo histórico, pero hoy en día se constituye en un obstáculo más para alcanzar la equidad entre delegaciones, como es posible observar en el cuadro 13, tanto la dotación de personal médico en el primer nivel de atención, como de camas hospitalarias en el segundo nivel de atención tiene comportamientos muy heterogéneos, observándose en algunas delegaciones superávit de médicos y en otras un profundo déficit, igual situación ocurre con las camas censables hospitalarias. De acuerdo a la afiliación actual y considerando exclusivamente la población afiliada al PSMMG se observa un déficit de personal médico en la Delegación Iztapalapa, y déficit de camas censables por lo menos en la mitad de las delegaciones^j.

Otro elemento que llama la atención, es el comportamiento de la demanda de la población afiliada, ya que para consulta externa general, solamente el 64% de los afiliados demandó este servicio, en tanto que el servicio de hospitalización sólo 33 de cada 1000 afiliados, cuando se esperaría una demanda del 100% en el primer caso y de 100 por cada 1000 en el segundo caso; sin embargo estos datos son discrepantes con los datos correspondientes a 2006 ya que por ejemplo, en ese año se registraron 90,958 hospitalizaciones en el marco del PSMMG lo que daría 46 por cada 1,000 afiliados, es decir 39% más hospitalizados que durante 2007.

ⁱ Por la dificultad que implica esta estimación debe tomarse con reserva

^j Considerando el parámetro de una cama por cada 1000 habitantes

Es indudable que si se pretende avanzar hacia el 100% de la afiliación de la población susceptible, los recursos disponibles son insuficientes aunque actualmente se encuentren subutilizados ya que se tiene un 60% de ocupación hospitalaria y alrededor de 2 consultas por hora médico.⁴⁰

CUADRO 13 RECURSOS MÉDICOS, CAMAS CENSABLES, POBLACIÓN SIN SEGURIDAD SOCIAL Y POBLACIÓN AFILIADA AL PSMMG POR DELEGACIÓN. 2007

	Médicos 1er nivel de atención 1/	Camas Censables 2/	Pobl. Sin Seg. Soc. 3/	Afiliados al PSMMG 4/	% de afiliados con respecto a Pobl. SSS	Afiliados por médico	Requerimiento total de médicos	Déficit o superávit (-) de médicos 1er nivel	Afiliados por cama	Requerimiento total de Camas censables	Déficit o superávit (-) de Camas Censables
Álvaro Obregón	65	120	319,888	161,873	51%	2490	107	42	1,349	162	42
Azcapozalcos	66	32	133,170	86,521	65%	1311	44	-22	2,704	87	55
Benito Juárez	40	199	133,706	26,189	20%	655	45	5	132	26	-173
Coyoacán	92	64	254,255	125,747	49%	1367	85	-7	1,965	126	62
Cuajimalpa	26	35	97,809	55,645	57%	2140	33	7	1,590	56	21
Cuauhtémoc	179	99	222,434	209,895	94%	1173	74	-105	2,120	210	111
Gustavo A. Madero	144	408	491,815	277,526	56%	1927	164	20	680	278	-130
Iztacalco	67	70	158,461	105,532	67%	1575	53	-14	1,508	106	36
Iztapalapa	130	358	913,258	415,403	45%	3195	304	174	1,160	415	57
Magdalena Contreras	31	26	107,214	60,332	56%	1946	36	5	2,320	60	34
Miguel Hidalgo	77	271	140,481	64,912	46%	843	47	-30	240	65	-206
Milpa Alta	40	44	79,074	48,219	61%	1205	26	-14	1,096	48	4
Tláhuac	57	43	177,031	146,230	83%	2565	59	2	3,401	146	103
Tlalpan	85	30	296,533	157,135	53%	1849	99	14	5,238	157	127
Venustiano Carranza	96	363	189,673	122,608	65%	1277	63	-33	338	123	-240
Xochimilco	57	90	210,342	117,915	56%	2069	70	13	1,310	118	28
Total	1252	2252	3,925,144	2,181,682	56%	1743	1308	56	969	2,182	-70

Total de Consultas Generales	2,720,089
Consultas Grales. de 1a Vez	1,394,106
Cobertura de afiliados en Consulta General	64%
Total de Egresos Hospitalarios	72,320
Egresos por cada 1000 afiliados	33

Fuentes: 1/SSPDF. DAM. Infraestructura de Servicio. 2008 2/ SSDF. Subsistema de Información en Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud (SINERHIAS), 2007 3/SSDF. DGIS. Estimaciones con base en las proyecciones de la población de México 2005-2030. Conapo.2006

1.4.4. ¿Los productos y componentes del programa guardan congruencia con los objetivos del mismo? Fundamente su respuesta.

En síntesis es posible afirmar que los multicitados objetivos del programa son: Garantizar el derecho a la protección de la salud con equidad (igual acceso ante misma necesidad); inscribiendo y proporcionando identificación a los derechohabientes para formalizar sus derechos; proporcionar sin costo servicios preventivos, diagnósticos, curativos y de rehabilitación en las unidades médicas de la SSDF; otorgar gratuitamente medicamentos del cuadro institucional; y cubrir sistemáticamente a los derechohabientes con las acciones integrales de salud y que estos objetivos si guardan congruencia con los posibles productos y componentes del programa, y enunciamos “*posibles*” porque el programa no menciona componentes sólo estrategias operativas, las cuales son: responsabilidades de la SSDF, estrategias de operación, incorporación de derechohabientes, beneficios garantizados, derechos y obligaciones de los derechohabientes, mecanismos de extensión, supervisión, evaluación y metas. De acuerdo a las precisiones de estas estrategias operativas, se observa una congruencia teórica con los objetivos planteados. Sin embargo, al analizar actualmente en la operación cada una de estas estrategias, pudieran hacerse algunos comentarios al respecto:

- a) En la primera estrategia de las responsabilidades de la SSDF para la ejecución del programa, se precisa en 14 puntos, de los cuales el segundo dice: “identificar los procesos y niveles de participación de las unidades que operan y supervisan el programa, así como su responsabilidad en el cumplimiento y seguimiento del mismo”; La identificación de los procesos y niveles de participación de las unidades que operan el PSMMG es posible identificarla a través de los Manuales de Procedimientos para los dos niveles de atención; los cuales son bastante explícitos y completos en cuanto a la operación del programa, sin embargo, en la operación no se pudieron verificar.
- b) En el párrafo sexto de responsabilidades dice: “aportar los recursos humanos, materiales, financieros y técnicos que se consideren necesarios para el cumplimiento del programa”. En este sentido no existe ningún estudio que correlacione la población a atender por el programa, con la oferta de infraestructura, equipamiento y recursos humanos disponibles en la SSDF y en la SSPDF, esta correlación nos permitiría identificar las necesidades de fortalecimiento y ampliación de estos recursos y elaborar un plan para su crecimiento y desarrollo, así como identificar las fuentes de financiamiento de dicho plan. Más adelante se ampliará el análisis sobre la oferta de servicios
- c) En el párrafo 10 dice: “definir, generar y operar los sistemas de información y evaluación”. Si bien el programa precisa algunos indicadores de evaluación y los manuales de procedimientos identifican los formatos de recolección de información, es

necesario puntualizar que si bien estos indicadores fueron útiles en el inicio del programa, se requeriría una actualización de los mismos con la finalidad de proporcionar indicadores que den cuenta de la cobertura de los diferentes beneficios que contempla el programa, en relación con la población empadronada y con la población objetivo del programa.

- d) En el párrafo 12 se habla de: “un Nuevo Modelo de Atención Ampliada en Salud a través de la reorganización institucional y el fortalecimiento y ampliación de los servicios”; bajo este esquema se realizaron importantes obras de ampliación de la infraestructura durante el periodo 2004-2006, actualmente se plantea la incorporación de nuevas unidades fijas y móviles pero se desconoce si existe una justificación técnica basada en las necesidades para la localización de ésta infraestructura.(ver inciso 1.3.4).
- e) Con respecto a los servicios garantizados, que podrían considerarse como los productos esperados del programa, actualmente hay algunas inconsistencias que pudieran dificultar la consecución plena del objetivo de garantizar el derecho a la protección de la salud con equidad, estos son los siguientes:
- En la sección 4.1, servicios médicos y diagnósticos, se precisan 9 rubros de servicios que se otorgan gratuitamente, mismos que aparecen en los manuales de procedimientos; pero al final aclaran que estos servicios no incluyen prótesis, órtesis, marcapasos, material de osteosíntesis, cirugía laparoscópica, ni cirugías estéticas. De los servicios que se excluyen de la gratuidad, la cirugía laparoscópica es un procedimiento quirúrgico de mínima invasión, que acorta los tiempos de recuperación del paciente. Las hernias y las afecciones de las vías biliares representan el 2.2% y el 1.8% de los egresos hospitalarios del 2007, pero no todos requieren de este procedimiento. Además el equipo laparoscópico y sus insumos son de alto costo por lo que habría que considerar en que casos usarlo y en que casos no. Los marcapasos y el material de osteosíntesis son insumos básicos para el manejo de patologías cardíacas y traumatológicas, mismas que representan el 1.2% y el 10.5% de los egresos hospitalarios del 2007 respectivamente. Sin embargo pocos pacientes con patología cardíaca requieren de un marcapasos y no todas de las fracturas (6,051 en 2007) requieren de material de osteosíntesis. Sería deseable que el Fondo de Apoyo para adultos mayores y personas pobres tuviese también una cobertura universal para los derechohabientes del programa tal como se manejaba hasta 2006.
- f) La estrategia operativa relativa a los derechos de los derechohabientes describe 11 de estos, de los cuales el tercero dice: “calidad y continuidad en la atención médica recibida”. Sobre la continuidad ya hemos comentado en incisos anteriores con respecto a sistema de referencia; sobre la calidad de atención médica, si entendemos a ésta como

el otorgar el mayor beneficio posible con el menor de los riesgos, no se estaría cumpliendo con la misma al no incluir como gratuitos los marcapasos, el material de osteosíntesis y, sobre todo, la cirugía laparoscópica, así como también se vería influida la calidad por la falta de continuidad ya mencionada.

- g) De los 11 derechos que se describen para los derechohabientes, algunos de ellos son similares a los derechos de los pacientes establecidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), mismos que son de observancia nacional y que, de algún modo, deberían verse reflejados, íntegramente y no parcialmente, en el programa.
- h) En la estrategia operativa de supervisión se menciona grupos multidisciplinarios de supervisión y una cédula única; sin embargo, se desconoce el programa de trabajo de estos grupos, así como sus calendarios, la cédula de supervisión y los posibles resultados.
- i) La estrategia operativa de evaluación establece indicadores en tres grandes rubros, que son: difusión del programa, afiliación y servicios; sólo el primero establece metas, en ninguno de los tres precisa estándares, ni fuentes de información para su construcción; en particular, los indicadores de servicios siempre relacionan los servicios otorgados a derechohabientes con los servicios otorgados en la unidad, cuando en realidad los indicadores deberían construirse relacionando los servicios otorgados a los derechohabientes con la población afiliada, lo que nos permitía hablar de la cobertura del programa, como ya se mencionó previamente, es deseable que estos indicadores se modifiquen.
- j) Finalmente, como última estrategia operativa, se establecen dos metas, una para el 2004 y otra para el 2006, ambas se refieren a la inscripción de familias al programa, por lo que de las ocho estrategias operativas mencionadas, sólo en una hay metas específicas.

Podemos concluir que los productos y componentes del programa en su origen guardaban congruencia con los objetivos del mismo; sin embargo, esto no implica que actualmente esta congruencia se mantenga, ya que como se ha mencionado, los cambios introducidos a partir de 2007, han debilitado la ejecución y alcance del programa, al respecto, los testimonios de los funcionarios entrevistados, denotan insuficiencia de recursos humanos en algunas áreas específicas, así como insuficiencia de algunos recursos materiales como las órtesis y prótesis; por otro lado, los mecanismos de evaluación del programa son poco claros ya que no están documentados estos procesos, además, aunque se aplican cédulas de evaluación a los usuarios, el contenido de las mismas sólo permite medir la satisfacción de los mismos y no la calidad de la atención médica, para cuya medición se requeriría implantar metodologías que evaluaran la estructura, los procesos y resultados de la atención médica. Otra estrategia que se podría incorporar para garantizar la calidad de la atención,

sería someter a los procesos de certificación del Consejo de Salubridad General, actualmente sólo 10 de las 28 unidades hospitalarias se encuentran certificadas^k y ninguno de los 223 centros de salud y clínicas de especialidad.

1.4.5 ¿Son suficientes los productos y componentes para alcanzar los objetivos perseguidos? Fundamente su respuesta

Con base en el análisis realizado en páginas anteriores, podemos mencionar que los componentes para alcanzar los objetivos perseguidos en el programa no son suficientes pero es necesario un estudio profundo de la capacidad instalada para prestar servicios, particularmente porque no se pueden aplicar los criterios de infraestructura utilizados en las entidades del país, ya que comparativamente la escasa extensión de las ciudad y la cercanía entre sus unidades operativas implica que no necesariamente se requiere autosuficiencia de cada una de las jurisdicciones.

Por otro lado, respectos a los productos de programa ya han sido comentados algunas omisiones, pero llama también la atención que en el anuario estadístico 2007, en la sección de programas especiales sólo hay un cuadro estadístico referente al PSMMG y tiene que ver con familias inscritas por delegación, primera etapa del programa, y no con la producción de servicios otorgados a estas familias, al analizar las series históricas que presenta el mencionado anuario estadístico, sobre servicios como la consulta externa, se observa que no sólo no se ha incrementado en su volumen de producción si no que han disminuido ligeramente. Por otro lado, con respecto a servicios hospitalarios, estos si presentan algún ligero incremento en sus egresos. Sin embargo, esta no permite realizar un análisis sobre el PSMMG ya que no se puede diferenciar cual de estos servicios fueron otorgados a población de derechohabientes y cuales no, esta situación sólo se menciona como evidencia de la poca importancia que recibe el programa para la difusión de sus resultados.

1.4.6 ¿Los productos y componentes son consistentes con la concepción general de los objetivos y son suficientes para producirlos? Fundamente su respuesta.

Con base en los comentarios que se han proporcionado en las paginas anteriores, podemos afirmar que los productos y componentes del PSMMG son consistente con sus objetivos, pero no suficientes para producirlos. A este respecto es necesario comentar que durante el último año se han adquirido 16 unidades móviles de alta tecnología (una para cada delegación) incluso con mastógrafos, ello con la finalidad de paliar la falta de infraestructura médica. Sin embargo, esta estrategia, además de onerosa no representa una

^k Dato tomado del catálogo de unidades con certificación vigente que aparece en la página Web del Consejo de Salubridad General. (Fecha de consulta 7 de febrero de 2009)

solución definitiva para solventar el déficit de infraestructura y equipamiento si el sistema enfrentara la demanda de servicios médicos de toda la población objetivo.

1.4.7. ¿Los productos, componentes y estrategias del Programa cumplen con los principios de la Ley de Desarrollo Social? Fundamente su respuesta

Con base en las observaciones ya comentadas, sobre los componentes, productos y estrategias del PSMMG, podemos afirmar que los principios de universalidad, integralidad, territorialidad, justicia distributiva, participación, transparencia y efectividad se cumplen parcialmente; por lo que respecta a los principios de igualdad, exigibilidad y equidad social, se puede afirmar que la estructuración del programa, sus reglas de operación y sus manuales de procedimientos se orientan al cumplimiento de estos principios; finalmente, los principios de equidad de género y diversidad no se encuentran reflejados, de manera explícita, en los documentos que sustentan la operación del programa

1.4.8. ¿La selección de la población beneficiada cumple con el orden de prelación del Reglamento de la Ley de Desarrollo Social: universalidad-focalización territorial-focalización sectorial-focalización individual?

En la pregunta anterior se señaló que los principios de universalidad y territorialidad se cumplen parcialmente; esto en virtud de que si bien el programa ofrece servicios gratuitos a toda la población que cumple con los criterios para ser derechohabiente, esta oferta de servicios no tiene aún una cobertura universal y el volumen de recursos nucleares (médicos, camas censables, infraestructura hospitalaria, entre otros) no es suficiente para atender con oportunidad la potencial demanda de la población susceptible a incorporarse al programa.

Con respecto a la territorialidad, ya se comentó que no se tuvo acceso al estudio de regionalización operativa, que georeferencia las unidades de primer nivel con la de segundo nivel. Por otra parte, el enlace del derechohabiente desde su lugar de residencia con su unidad de primer nivel de atención hacia una unidad de segundo nivel perfectamente identificada y con un capacidad resolutive adecuada para resolver la mayor parte de la patologías que el primer nivel no pudo, se debe hacer a través de un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

La LDS contempla en sus principios la previsión para disminuir la inequidad entre los diferentes grupos vulnerables, mujeres, ancianos, indígenas, etc. Sin embargo, las RO del PSMMG no plasman ningún esfuerzo deliberado para propiciar una ampliación de la cobertura en estos grupos, toda vez que los mecanismos que se plantean para otorgar los beneficios asegurados es a libre demanda, es decir, la cobertura se hará en función de la demanda de atención que realice la población sujeta del derecho que establece el Programa.

Esta situación se traduce en bajas coberturas de los grupos más vulnerables, ya que aunque no exista la barrera económica, la cual queda solventada por el PSMMG, existen otros determinantes sociales que se constituyen en obstáculos, y que sin duda, lo seguirán siendo por lo cual, difícilmente se logrará avanzar en el abatimiento y superación de las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión social en el campo de la salud, como lo plantea la LDS.

Por otro lado, el desarrollo hacia la plena universalidad que establece la LDS, parecería no mostrar avances según lo establecido en las RO 2007 y 2008², ya que como se mencionó anteriormente, en ambas se establece una cobertura del 70%, considerando una población susceptible de incorporar al Programa de más de 3.5 millones de personas.

Es importante reiterar la gran dificultad que existe tanto para conocer la población susceptible de incorporarse al programa, como la que ya ha sido incorporada al mismo, en el primer caso, debido a que la población susceptible es un estimado basado en diversas proyecciones poblacionales a lo que se agrega la inestabilidad de la seguridad social laboral¹ y, en el segundo caso, debido a la imposibilidad técnica de mantener el padrón de afiliados actualizado y depurado. Esta situación ha generado que la misma SSDF tenga considerado datos diferentes para un mismo año.

Hecha la aclaración anterior y tomando ahora como base la información publicada en Agenda Estadística 2007, como es posible observar en el cuadro 13 sólo 45.7% de la población sin seguridad social demanda los beneficios garantizados por el PSMMG^m; el mismo cuadro presenta la comparación de la población usuaria con respecto al año 2006, observándose un crecimiento global de 2.8% pero con un comportamiento muy heterogéneo entre las delegaciones mostrándose decrementos importantes en la población usuaria de Milpa Alta e Iztapalapa, e incrementos sustantivos en las delegaciones Venustiano Carranza y Benito Juárez. Cabe señalar, que de acuerdo a la dinámica poblacional delegacional, las dos primeras delegaciones muestran un crecimiento poblacional durante el periodo 1997-2005, en tanto que las dos últimas muestran decrementos poblacionales importantes.

¹ Mientras que la Agenda Estadística, establece el dato de 3 741 285 habitantes sin seguridad social, para ese mismo año la DGIS de la SSDF la estima en 3, 925, 144. Por cuanto a la población usuaria, la Agenda consigna 1,709,767; en tanto que los sistemas informáticos de los SSPDF y de la SSDF consignan 1 466 426 usuarios

^m Se supone que en un patrón de demanda "normal", cada persona debería demandar por lo menos dos consultas al año, por lo que se deduce que la cobertura del programa no es del 70% sino del 45.7% de la población susceptible.

Desafortunadamente, los datos publicados muestran algunas inconsistencias ya que en la misma fuente se señala en el cuadro 5.4, que las atenciones de primera vezⁿ en consulta general, de especialidad, odontológica y de urgencias asciende a 2 361 415, es decir, hay una discrepancia de 620,130 personas lo que implicaría una cobertura del 63% si todas estas atenciones se hubiesen otorgado a la población derechohabiente. Otro problema en la interpretación de esta información que es necesario resaltar, es que la población usuaria por delegación no necesariamente refleja la cobertura delegacional, en virtud de que en el PSMMG se establece que la población tiene la libertad de elegir la unidad de salud que más convenga a sus intereses (ya sea por sus preferencias por ciertos servicios, o bien por su cercanía a sus fuentes de trabajo).

El comportamiento de la población usuaria durante estos dos años de análisis (2006 y 2007), respalda la afirmación emitida en los párrafos anteriores respecto a que difícilmente se lograría la ampliación de la cobertura a la población más desprotegida si no se instalan mecanismos deliberados para promocionar su incorporación al Programa.

ⁿ Las atenciones de primera vez, se consideran como equivalentes de cobertura.

CUADRO 14. POBLACIÓN TOTAL, SIN SEGURIDAD SOCIAL Y USUARIA POR DELEGACIÓN. 2007

Delegación	Total	Población		Porcentaje		Población usuaria en 2006 2/	Porcentaje Incremento 2006-2007	% Var. Pobl. 97/05*
		Sin Seg Soc. 1/	Usuaría 2/	Sin Seg Soc.	Usuaría 2/			
Total	8,815,694	3,741,285	1,709,767	42.4	45.7	1,661,054	2.8	1.3
Azcapotzalco	415,530	131,184	83,542	31.6	63.7	74,802	10.5	-9.7
Coyoacán	653,595	250,369	109,433	38.3	43.7	124,720	-14.0	-2.3
Cuajimalpa	165,741	86,846	33,643	52.4	38.7	34,377	-2.2	14.6
Gustavo A. Madero	1,185,968	482,006	239,218	40.6	49.6	222,983	6.8	-7.2
Iztacalco	394,463	153,991	63,370	39.0	41.2	64,632	-2.0	-7.0
Iztapalapa	1,875,784	860,411	285,170	45.9	33.1	349,014	-22.4	7.6
Magdalena Contreras	237,153	105,274	41,923	44.4	39.8	37,843	9.7	7.6
Milpa Alta	110,944	68,763	35,477	62.0	51.6	50,331	-41.9	27.6
Álvaro Obregón	712,650	312,790	97,569	43.9	31.2	87,191	10.6	2.1
Tlahuac	357,478	161,125	82,479	45.1	51.2	76,291	7.5	28.6
Tlalpan	632,337	271,517	107,152	42.9	39.5	87,329	18.5	8.6
Xochimilco	421,439	203,303	75,703	48.2	37.2	64,463	14.8	17.6
Benito Juárez	363,073	127,399	64,201	35.1	50.4	47,828	25.5	-2.5
Cuauhtémoc	506,797	205,141	132,182	40.5	64.4	144,969	-9.7	-6.3
Miguel Hidalgo	351,800	144,118	104,336	41.0	72.4	94,084	9.8	-3.5
Venustiano Carranza	430,942	177,048	154,369	41.1	87.2	100,197	35.1	-12.5

1/ SSA/DGIS. Estimaciones a partir de los totales de población por entidad federativa. CONAPO

2/ Población que hizo uso de los servicios al menos una vez al año

3/ En relación a la población sin seguridad social

Fuente: SSDF.SIS/Subsistema de Servicios,2007

Tomado de: Secretaría de Salud del DF. Agenda Estadística 2007. México 2008.Cuadro 1.10 y */ Cuadro 1.4

Si se observa el cuadro 15, la delegación Benito Juárez es la delegación con menores problemas de marginación en tanto que la delegación de Milpa Alta, presenta uno de los mayores problemas de marginación social, agravado por su rápido crecimiento poblacional. En otras palabras, la demanda de atención espontánea tiende posiblemente^o a privilegiar a través del PSMMG, a la población con menos problema de marginación, en tanto que el beneficio no llega con la misma intensidad a las delegaciones con mayores índices de marginación.

^oSólo es una posibilidad ya que el registro de los usuarios corresponde a la delegación donde recibió la atención y no necesariamente a la delegación de residencia.

CUADRO 15. GRADO DE MARGINACIÓN POR DELEGACIÓN Y NÚMERO DE HOGARES 2000

Delegación	Grado de marginación a/				Grado de pobreza b/		
	Alta		Muy alta		Total	Inc. Equiv.	Incidencia
	Hogares	%	Hogares	%	Hogares	HI 1/	H 1/
Total	521,304	23.9	311,119	14.3	2,180,243	0.25	0.65
Azcapotzalco	19,612	17.3	4,793	4.2	113,057	0.22	0.62
Coyoacán	36,028	21.4	13,589	8.1	168,486	0.19	0.51
Cuajimalpan	7,503	21.7	8,307	24.1	34,540	0.23	0.56
Gustavo A. Madero	80,795	26.4	35,840	11.7	305,575	0.26	0.67
Iztacalco	31,635	30.7	10	0.0	102,998	0.23	0.63
Iztapalapa	121,999	28.9	116,300	27.5	422,495	0.31	0.76
Magdalena Contreras	16,918	31.3	16,775	31.1	53,977	0.25	0.66
Milpa Alta	3,464	15.7	17,242	78.1	22,079	0.43	0.88
Álvaro Obregón	61,490	36.0	18,180	10.6	170,917	0.25	0.64
Tláhuac	32,393	45.0	16,206	22.5	71,968	0.34	0.80
Tlalpan	37,843	26.2	34,335	23.7	144,587	0.25	0.62
Xochimilco	24,896	29.0	26,680	31.0	85,971	0.34	0.76
Benito Juárez	0	0.0	0	0.0	115,864	0.04	0.12
Cuauhtémoc	10,400	6.9	2,862	1.9	151,036	0.22	0.60
Miguel Hidalgo	12,703	13.2	0	0.0	96,496	0.18	0.51
Venustiano Carranza	23,625	19.7	0	0.0	120,197	0.25	0.67

Fuentes: a/ INEGI. Censo General de Población y Vivienda. COPLADE-GDF

b/ Julio Boltvinik. La pobreza en delegaciones y Municipios. HI 1/ Estandarización según intensidad de la pobreza en la población total

H 1/ Incidencia o proporción de personas pobres

Tomado de: SS DF. Agenda Estadística 2007. México 2008. Cuadro 1.4

Si el Programa realmente pretende contribuir a disminuir la vulnerabilidad social y hacer realidad el derecho a la salud, requiere se implanten nuevamente estrategias de promoción extramuros del programa, para incorporar las familias más vulnerables, particularmente en las delegaciones de Milpa Alta, Tlahuac y Xochimilco.

1.4.9. ¿Existe algún conjunto de indicadores construido ex profeso para dar cuenta de los avances y resultados del programa? Describa la situación.

Si bien el PSMMG, desde su origen planteó una serie de indicadores para dar cuenta de los avances y resultados del programa, estos no han sido modificados (salvo en algunos casos y para mal), dado que la mayoría de los indicadores se construyeron para dar cuenta de cómo avanzaba el programa con respecto a volumen total de actividades, estos indicadores cumplieron su función en el inicio del programa, pero se considera que es deseable transitar a una nueva definición de indicadores que den cuenta del avance del programa pero con respecto a la población susceptible de incorporarse al mismo y con respecto a la población afiliada, es decir indicadores de cobertura de los diferentes componentes del programa, así como, indicadores que asocien las demandas con la disponibilidad de los recursos nucleares en cada una de los componentes centrales de del programa.

Es importante además, la mejora en los mecanismos de registro y actualización tanto del padrón de afiliados como de las actividades del programa realizadas ya que como se mencionó anteriormente, existe variación en la información emitida por las diferentes fuentes relacionadas con el programa.

1.4.10 ¿Cuenta el programa con mecanismos de monitoreo y evaluación interna? Descríbalos y valórellos.

Las RO establecen que las 28 unidades hospitalarias “*proporcionan y registran las atenciones otorgadas en un formato específico, que de manera mensual enviarán a la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad con la finalidad de identificar la productividad y dar cumplimiento a los indicadores establecidos en el programa*”. Esta misma disposición se encuentra en los Manuales de Procedimientos del PSMMG para primer y segundo nivel de atención, de tal manera que todas las acciones relacionadas con el programa cuentan con formatos de concentración mensual que permiten realizar el monitoreo y evaluación interna del programa. A pesar de ello, se infiere que esta disposición no es acatada en todos los casos ya que las RO plantean como meta disminuir en un 90% el sub-registro de las atenciones otorgadas en hospitalización en los servicios de laboratorio y gabinete; también se detectó a través de las entrevistas realizadas a los funcionarios que existen problemas para la captura de las cédulas familiares por unidad hospitalaria, por modificaciones en el programa de captura, así como por la actualización de los cuadros de medicamentos y por falta de personal que realice éstas actividades.

Por otro lado, mensualmente se realiza una encuesta a los usuarios de las unidades hospitalarias en la que se exploran aspectos como servicio requerido, derechohabencia al PSMMG, la satisfacción por el tiempo de espera, el trato recibido, calidad de las instalaciones y del servicio recibido, así como, la gratuidad en los medicamentos y el servicio que recibió.

Como se observa si existen mecanismos, que de cumplirse, permitirían la construcción de indicadores adecuados para el monitoreo y la evaluación interna.

1.4.11 Marco lógico del PSMMG

Objetivo General

	Lógica de la Intervención	Metas	Estrategias	Indicadores de seguimiento	Periodización de la información	Medios de verificación y Fuentes de Información	Supuestos/Hipótesis/Factores externos
Objetivo General	Garantizar el derecho a la protección de la salud con equidad, entendida como igual acceso a los servicios de la SSDF ante la misma necesidad, a la población no-asegurada con residencia en el DF así como de los adultos mayores de 70 y más años, también residentes en el DF.	Cobertura de 100% en la población sin seguridad social laboral residente en el DF y adultos mayores de 70 y más años	Realizar promoción intramuros y extramuros sobre la existencia y bondades del programa	% de población afiliada con respecto a la población susceptible de afiliar = Población afiliada / Población susceptible de afiliar * 100	Anual	Estadísticas de afiliación de la SSDF y de SSPDF y estimados de población sin seguridad social laboral	<ul style="list-style-type: none"> Existen problemas en las fuentes de información para conocer con precisión cual es el volumen de población sin acceso a la seguridad social laboral debido a que la población total se obtiene de estimados de CONAPO y debido a que la dinámica laboral determina el volumen de los sujetos de derecho, por lo tanto es una población inestable en volumen.
			Difundir el derecho a la protección de la salud y las actividades de salud garantizadas	% de población atendida con respecto a la población susceptible de atender = Atenciones de 1ª vez / Población susceptible de atender * 100	Anual	Estadísticas de atenciones realizadas de la SSDF y de SSPDF y estadísticas de población afiliada	

Objetivos específicos:

	Lógica de la Intervención	Metas	Estrategias	Indicadores de seguimiento	Periodización de la información	Medios de verificación y Fuentes de Información	Supuestos/Hipótesis/Factores externos

Objetivos Específicos	Proporcionar sin costo todos los servicios preventivos, diagnósticos, curativos y de rehabilitación ofrecidos en las unidades médicas de la SSDF y los Servicios de Salud Pública a los derechohabientes y a los adultos mayores de 70 y más años.	100% de los usuarios que demandan servicios reciben atención preventiva, de diagnóstico, curativos o de rehabilitación	Disponer de suficientes recursos financieros, materiales, humanos y de infraestructura y equipamiento para hacer frente a las demandas.	95% de los usuarios declaran haber recibido gratuitamente la atención preventiva, de diagnóstico, curativos o de rehabilitación que requerían.	Trimestral	Encuesta de satisfacción por los servicios recibidos gratuitamente	<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con los recursos humanos, materiales (entre ellos los medicamentos), de infraestructura y financieros para hacer frente a las demandas de atención a la salud de la población sin acceso a la seguridad social laboral del Distrito Federal
	Proporcionar en sus farmacias, gratuitamente a los derechohabientes y adultos mayores residentes en el Distrito Federal, los medicamentos del cuadro institucional autorizado, prescritos por un médico de estas unidades médicas.	100% de los usuarios a los que se les prescribió medicamentos del cuadro institucional de medicamentos los reciben gratuitamente	Análisis, actualización y racionalización del cuadro básico de medicamentos. Programación, adquisición y distribución eficiente de medicamentos. Capacitación al personal médico sobre cuadro básico de medicamentos	95% de los usuarios declaran haber recibido gratuitamente los medicamentos que les fueron prescritos	Trimestral	Encuesta de satisfacción por los medicamentos recibidos gratuitamente	<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con personal directivo y operativo alineado y comprometido con el PSMMG. • La población se reconoce como ciudadanos sujetos de derecho a la protección de la salud y reconoce su exigibilidad

Componentes:

	Lógica de la Intervención	Metas	Estrategias	Indicadores de seguimiento	Periodización de la información	Medios de verificación y Fuentes de Información	Supuestos/Hipótesis/Factores externos
Componentes	Cubrir sistemáticamente a los derechohabientes y a los adultos mayores de 70 y más años residentes en el DF con las acciones integradas de salud a través de la prestación de servicios médicos y medicamentos gratuitos.	100% de los derechohabientes son cubiertos con las acciones integradas de salud	Capacitación al personal de salud para aprovechar las oportunidades para cubrir a la población derechohabiente con las acciones integradas de salud	95% de los usuarios declaran haber recibido gratuitamente las acciones integradas de salud	Trimestral	Encuesta de satisfacción por las acciones integradas de salud de las que fueron sujetos	<ul style="list-style-type: none"> • La población adquiere una cultura y un compromiso con su salud y participa demandando oportunamente servicios preventivos, de diagnóstico, curativos y de rehabilitación.

Actividades:

	Lógica de la Intervención	Metas	Estrategias	Indicadores de seguimiento	Periodización de la información	Medios de verificación y Fuentes de Información	Supuestos/Hipótesis/Factores externos
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta externa general y de especialidad • Terapia de rehabilitación • Estudios de laboratorio de análisis clínicos • Estudios de imagenología • Atención del embarazo, parto y puerperio inmediato • Consulta odontológica • Intervenciones quirúrgicas • Atención de urgencias • Hospitalización 	Se resuelven satisfactoriamente el 94% de las demandas de atención	Se reorganiza el sistema de salud con la finalidad de mantener la atención integrada de salud (referencia oportuna y eficaz al nivel de atención con capacidad resolutive para el problema de salud que enfrenta el derechohabiente)	El 100% de los usuarios que demandan atención son referidos al nivel de atención que requiere su condición de salud y ahí son atendidos apegados con apego a la normatividad	Semestral	Auditoría médica a una muestra aleatoria de 10 expedientes en cada unidad de salud. Los parámetros de referencia son las Guías Clínicas de Atención o las Normas Oficiales Mexicanas	Las Guías Clínicas de Atención y las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la atención médica se encuentran actualizadas, disponibles y son aceptadas por el personal médico

Resultados:

	Lógica de la Intervención	Metas	Estrategias	Indicadores de seguimiento	Periodización de la información	Medios de verificación y Fuentes de Información	Supuestos/Hipótesis/Factores externos
--	---------------------------	-------	-------------	----------------------------	---------------------------------	---	---------------------------------------

Resultados	<p>Desaparece la inequidad en salud, cuya principales manifestaciones son: La desaparición de las estadísticas de mortalidad de las causas asociadas a la pobreza.</p> <p>El reconocimiento y la satisfacción de la población por el sistema de salud</p>	<p>No aparecen dentro de las 20 principales causas de mortalidad: Desnutrición, Infecciones respiratorias agudas, Enfermedades diarreicas agudas y muerte materna. El 90% de la población reconoce como excelente el sistema de salud</p>	<p>Las acciones integradas de salud enfatizan en la prevención de las causas de muerte evitables.</p> <p>El personal de salud se capacita y motiva a través de estímulos pecuniarios por mantener su población de responsabilidad sin estas causas de mortalidad.</p>	<p>Tasas de mortalidad por Delegación</p>	<p>Anual</p>	<p>Estadísticas de mortalidad Encuestas poblacionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El personal de salud reconoce que la protección de la salud es un derecho exigible y que está bajo su responsabilidad el hacer realidad este derecho con la finalidad de evitar la inequidad • La población participa de manera activa en la planeación de acciones y en el monitoreo y evaluación de los servicios
-------------------	---	---	---	---	--------------	---	--

Comentarios:

Durante las entrevistas realizadas al personal directivo de la SSDF y de los SSPDE, se identificó que gran parte de este personal era de reciente ingreso a la institución y que aún se encontraban dentro de la curva de aprendizaje institucional, por lo que en varios casos los funcionarios tenían escaso dominio sobre el programa, de igual manera, se identificó que en varios de los casos, los perfiles profesionales no correspondían con las funciones que tienen bajo su responsabilidad. Estas situaciones si no se atienden pueden constituirse en una debilidad para el programa.

1.5. Congruencia externa de las reglas de operación, objetivos, estrategias y componentes del programa con los objetivos de la política de desarrollo social.

1.5.1. Las RO del programa son consistentes con los principios de la política social establecidos en el Artículo 4º de la Ley de Desarrollo Social del DF (LDS)? Describa en qué medida estos principios están incorporados al programa

En relación con la consistencia que presentan las RO con los principios de política social establecidos en la LDS, es necesario señalar que en los planteamientos que se establecen en las RO 2007 y 2008 existen algunas inconsistencias; con respecto al principio de universalidad, si bien se establece la población objetivo con la finalidad de alcanzar la universalidad en el derecho a la protección a la salud, existen algunos problemas para su cumplimiento; se enuncia un mecanismo mediante el cual se Proporcionarán “**gradualmente**” a los derechohabientes del programa, los medicamentos del Catálogo y Cuadros institucionales de medicamentos. Este enunciado substituye al original de **gratuidad**, planteado en el PSMMG. Si la intención fuera eliminar la gratuidad, se incurre en un problema que afecta la universalidad, ya que como se ha señalado, el principal obstáculo para el cumplimiento del derecho a la protección a la salud es el económico. Otro elemento que obstaculiza el cumplimiento de dicho principio es la inexistencia de metas de cobertura, así como la limitación para la afiliación sólo a través del servicio de urgencias de los hospitales, señalada en las RO.

En términos de los principios de igualdad y equidad social, las RO no contemplan los procedimientos de acceso al programa para las personas indigentes, niños en situación de calle, niños abandonados, indígenas o aquellos que por su condición sean sujetos de asistencia social, por lo que al no cumplir con los requisitos de acceso, quedarían excluidos de este derecho y dichos principios serían incumplidos en estos casos afectando además el principio de justicia distributiva; y el cumplimiento del Reglamento de la Ley de Gratuidad el cual prevé un mecanismo específico en su artículo 9, para integrar a estas personas.

Respecto a los principios de equidad de género y diversidad, las RO no presentan elementos relacionados con estos principios.

Con relación a la integralidad, se contempla la inclusión de las personas adultas mayores cubiertas por el respectivo programa de pensión alimentaria

No existen elementos en las RO relacionados con los principios de equidad de género, territorialidad, la efectividad y la participación social, aunque para ésta última y para la transparencia se enuncia como equivalente el recurso de inconformidad y queja

1.5.2. ¿Existen mecanismos para detectar la demanda de la población o la ciudadanía en este programa? Descríbalos y valórelos.

Aunque el PSMMG establece a través de los Manuales de Procedimientos el reporte obligatorio de todas las atenciones otorgadas, y a partir de estos reportes es posible establecer los indicadores de demanda, al parecer no existe personal suficiente para el procesamiento oportuno de dicha información.

Respecto a la identificación de la población susceptible de incorporarse al programa, ésta sólo se estima con base a las proyecciones de población de CONAPO, ya que no existe ningún censo o encuesta poblacional que permitiera estimar por lo menos para un punto en el tiempo, la población sin derecho a la seguridad social laboral.

1.5.3. ¿Hay organizaciones civiles participando en el programa? ¿en qué fases del programa se da esta participación? Descríbala y valórela.

La participación de las organizaciones civiles fue escasa en el programa como tal. Sin embargo, a través de las comisiones de salud nombradas en la Asambleas Vecinales realizadas en el periodo 2001-2006 se elaboraron varios diagnósticos participativos de salud en las unidades territoriales con el plan de acción correspondiente.³⁴ Asimismo en las actividades realizadas en la Clínica de VIH/SIDA y en la capacitación para la instrumentación de la Ley sobre la ILE participaron grupos de usuarios y organizaciones civiles.

1.5.4. ¿Cuenta el programa o servicio con algún mecanismo que permita conocer y medir el grado de satisfacción de la población con su prestación? Descríbalo y valórela.

Como ya se mencionó, mensualmente se aplica una encuesta de satisfacción a los usuarios de los servicios hospitalarios, aunque esta encuesta se aplica a todos los usuarios, su diseño permite identificar algunas de las respuestas de los afiliados al PSMMG. De estas respuestas se observan diferencias fundamentales en términos de la satisfacción entre las diferentes unidades hospitalarias ya que mientras algunas alcanzan porcentajes de satisfacción cercanas al 90%, otras rondan alrededor del 50%.

Es necesario precisar que no se indagó sobre la metodología bajo la cual se aplica dicha encuesta y que algunos resultados podrían derivarse de fallas metodológicas ya que en los reportes se encontró que algunos beneficiarios reportaron haber pagado por la prestación del servicio y por los medicamentos otorgados. Además, sólo se contó con los concentrados de estas encuestas lo que impidió la realización de algún procedimiento que permitiera tener todas las respuestas exclusivamente de los afiliados al PSMMG.

1.5.5. ¿Prevé el programa o los servicios mecanismos de difusión adecuados para que la población conozca sus beneficios y procedimientos de acceso y dónde ocurrir para alcanzar sus beneficios? Descríbalos y valórela.

Al iniciarse el PSMMG sólo se promovía activamente en los centros de salud y en los hospitales de la SSDF para evitar una repentina sobrecarga de los servicios y el artículo 45 del Reglamento obliga tener a la vista del público, en cada servicio: los requisitos, derechos, obligaciones y procedimientos para acceder de manera gratuita a los servicios médicos y a los medicamentos asociados.⁴

Esta promoción está reglamentada ya en el documento PSMMG actualización 2004-2006 y en el inciso 4.1.2 Manual de Procedimiento del PSMMG en unidades del primer nivel señala que es obligación del director de la unidad tener a la vista del público que toda la información sobre el programa.

El Informe de Trabajo 2005 reporta que se hizo una campaña de afiliación en las zonas de muy alta y alta marginación durante el cual se inscribieron 53 mil nuevas familias. Esta acción se hizo a raíz de visitas de campo durante las cuales se detectaron un número importante de familias sin afiliación. En este caso probablemente persistía un obstáculo cultural o de falta de información ya que esta población generalmente tiende a responder a las necesidades de salud hasta el momento en que se presenta el problema y además, suelen disponer de menos información sobre la salud y sobre los programas gubernamentales.

Las políticas de promoción mencionadas sólo tienen continuidad explícita en los Manuales de Procedimientos establecidos a partir de octubre 2007. La promoción y difusión no están incluidas en el PS 2007-2012. La tercera estrategia se denomina “Avanzar hacia la Seguridad Universal en salud” y propone como línea de acción “consolidar la cobertura de servicios médicos y medicamentos gratuitos” pero se propone hacer la afiliación al Seguro Popular en las zonas con alta y muy alta marginación. Contradictoriamente los Lineamientos del PSMMG (2007) establecen que debe fortalecerse la promoción del programa por el personal de trabajo social en el área de consulta externa y urgencias refiriéndose a los hospitales (p.1). De esta manera se abandona la promoción en los centros de salud y las campañas en las zonas marginadas aunque el Manual de procedimiento para este nivel lo señala como la principal instancia de afiliación (inciso 4.1).

Es de señalar que al tratarse de un programa de afiliación voluntaria es probable que algunas familias que cumplan con los requisitos para inscribirse al Programa no lo hagan a pesar de tener conocimiento de él, por ejemplo las familias que cuentan con y puedan pagar un seguro privado o aquellos que no acostumbran ir al médico (por ejemplo los hombres adultos). Sin embargo esta hipótesis sólo se puede comprobarse a través de una encuesta directa a la población.

Dependiendo de los resultados tal vez se debería introducir un concepto como “universalidad respecto a la demanda” lo que significa que todos los que han solicitado su inscripción la han obtenido.

Por otra parte, de juzgar por los datos parece que ha habido un retroceso ya que en 2006 el PSMMG tenía una cobertura del 90% de las familias susceptibles que pudiera corresponder “a universalidad a la demanda”; para septiembre 2008 en los datos entregados por la SSDF se reportan 1,176 mil titulares lo que sobrepasa los afiliables. Ver adicionalmente los incisos 1.1.3 y 1.4 arriba.

En resumen Como ya se mencionó, los Manuales de procedimientos del PSMMG, contemplan la exhibición permanente en las unidades de salud de de primero y segundo nivel, de los beneficios y procedimientos para acceder al programa. Sin embargo, actualmente esta difusión sólo es intramuros y no se realiza fuera de los establecimientos de salud, lo que constituye una gran limitante para la difusión del programa hacia otros habitantes sujetos de incorporación al mismo.

1.5.6. ¿Cuenta el programa con un sistema de rendición de cuentas? Descríbalos y valórelos.

Aunque originalmente el programa contaba con un sistema de rendición de cuentas (ver inciso 2.3.5) en las RO solo se señalan algunos procedimientos para la rendición de cuentas, estos no son claros, tampoco se detectó que exista una rendición de cuentas más allá de lo que establece el control de la cuenta pública

2. Evaluación de la Operación del Programa

2.1. Recursos.

2.1.1. ¿Cuenta el programa con los recursos financieros, humanos y materiales suficientes para el logro de sus objetivos y metas? Explique.

Recursos Financieros

Durante la primera etapa del programa de 2001 a 2006 el presupuesto de salud, que era el mismo que el del programa, tuvo el siguiente comportamiento.

**CUADRO 16 EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE LA SSDF, 2001-2006
(MILLONES DE PESOS)**

Año	Total SS	Capítulos						Sec. de Obras*
		1000	2000	3000	4000	5000	6000	
2000	2,275.90	1,606.20	290.5	194.7	75.0	76.2	33.3	
2001	4,008.90	1,884.10	484.1	227.7	1365.9	46.6	0.2	47.7
2002	5,030.30	2,165.20	381.2	148.2	2291.1	34.5	9.8	69.0
2003	5,389.70	2,128.20	309.9	174.8	2775.2	1.4	0.8	68.7
2004	5,883.00	2,349.50	318.5	235.5	2972.5	6.8	0.0	345.1
2005	6,499.10	2,537.20	366.9	304.6	3,153.6	135.9	0.5	73.7
2006	6,960.60	2,751.90	413.3	345.9	3,387.5	62.0	0.0	394.4

Fuente: Informe de Trabajo SSDF 2006.

*A partir de 2001 todas las obras, independientemente de la secretaría usufructuaria, fueron administradas por la Secretaría de Obras con la asesoría técnica de la secretaría involucrada.

En el análisis de los datos se manifiesta un crecimiento sostenido que nos permite inferir la suficiencia durante el periodo señalado, toda vez que se fortalecen capítulos que permiten consolidar el PSMMG, en este periodo.

De la información proporcionada por la Secretaría de Salud para los años 2007 y 2008 se desprende que el programa carece de un presupuesto y metas específicas a pesar de que las RO lo mandatan. Por este motivo no es posible determinar directamente la suficiencia o insuficiencia de los recursos respecto a la satisfacción de las necesidades de la población beneficiaria del programa, sino solamente, estimándola a través del presupuesto total. Esta situación se vuelve más compleja al incorporarse no sólo los recursos sino además las políticas operativas del Seguro Popular a la operación cotidiana de las actividades desarrolladas por la Secretaría de Salud. Es así porque está enfrentando en la operación duplicidad en el registro de las diferentes actividades, en virtud que los afiliados al Seguro Popular también son afiliados al PSMMG.

Hay que recordar que en la concepción original del PSMMG, la Ley y el Reglamento no hay un presupuesto especial para el programa (ver 1.1.1) precisamente por la inconveniencia de llevar cuentas separadas entre la actividad global de la SSDF y los servicios y medicamentos prestados gratuitamente.

La documentación proporcionada (Anteproyecto de Presupuesto de Egresos 2007, Anteproyecto de Presupuesto de Egresos 2008 y los Programas Operativos Anuales de estos años, así como Informes de Avance Trimestral enero-septiembre 2008) y los documentos electrónicos expuestos en el portal de la Secretaría de Finanzas^p permitieron completar la información de tres ejercicios fiscales, tal y como se ejemplifica en la siguiente cuadro:

CUADRO 17 EVOLUCIÓN PRESUPUESTAL SSDF Y SSPDF, 2006-2008

Entidad	Original 2006	Ejercido 2006	Original 2007	Ejercido 2007	Original 2008
Secretaría de Salud	6,784,760,346	6,958,607,665	7,639,267,947	6,257,744,400	4,627,100,000
Servicios de Salud Pública	2,411,265,810	2,487,598,998	2,579,212,881	2,297,500,000	2,669,900,000
Total	9,196,026,156	9,446,206,663	10,218,480,828	8,555,244,400	7,297,000,000

Fuentes: Informes de cuenta pública 2006 y 2007. Secretaría de Salud del DF y Servicios de Salud Pública. Informe de Avance trimestral, enero-septiembre 2008. Subsecretaría de Finanzas del DF

En 2006 hubo una ampliación presupuestal y no se presentó subejercicio. Los problemas administrativos que se generaron eran por pasivos que no fueron documentados en tiempo y forma, motivo por el cual se transfirieron al ejercicio subsecuente. La ampliación presupuestal y el ejercicio oportuno de los recursos permite colegir que se contó con los recursos financieros suficientes.

En 2007, se registra una disminución importante en el presupuesto. Una parte de la variación -\$1,232.1 millones—se explica como resultado de la transferencia de recursos que se efectuó a la Secretaría de Desarrollo Social, para la operación del Programa de Adultos Mayores con la creación del Instituto para la Atención de Adultos Mayores (junio 2007). Por otra parte, en el Informe de Avance enero-diciembre 2007, se registra una variación negativa del 5% ya que del Presupuesto Programado Modificado de 6,407.2 millones de pesos sólo se ejercieron 6,088.6. Las explicaciones de la variación se ubican en el plano administrativo: Entrega de facturas de proveedores a destiempo, canalización en el mes de noviembre de los recursos del Seguro Popular, falta de tiempo para licitar equipo médico e informático, etc. La falta de desagregación de la información proporcionada limita la posibilidad de realizar un análisis por partida presupuestal. Sin embargo el monto implicado, \$318.6 millones, parece demasiado grande para justificarse por problemas administrativos por lo que puede expresar problemas en la operación de la SSDF, incluido del PSMMG.

^p Disponible en: www.finanzas.df.gob.mx/documentos/iapp.html

En términos reales existe una reducción presupuestal en 2008 al mantenerse por debajo de lo ejercido en el año anterior, es decir descontando las transferencias a la Secretaría de Desarrollo Social por el Programa de Adulto Mayor, se registra una disminución de 17.2% global, por un monto de 1,258.2 millones de pesos, incluyendo a los SSPDF.

Esta reducción es compensada, de acuerdo al Informe de Avance Trimestral enero-septiembre 2008, con la asignación de recursos adicionales de origen federal, principalmente del Seguro Popular, que aumenta su presupuesto anual original en 13.3 % (601 millones). En el caso de los Servicios de Salud Pública se canalizaron recursos adicionales a su presupuesto anual original derivado de la incorporación de sus remanentes del ramo 33 (FASSA) y recursos federales del ramo 12 (Seguro Popular y Caravanas de Salud) y el incremento respecto a 2007 sería 22.4%. El destino del gasto de estos recursos se ubica principalmente en contratación de personal, subrogación de servicios y construcción de 32 UNEMES (Unidad de Especialidad Médica).

Las reglas de operación del Seguro Popular sólo permiten el uso de sus recursos para sus asegurados y éstos deben de tener una contabilidad propia. De manejarse conforme estas reglas el incremento del presupuesto vía recursos del Seguro Popular no podría compensar otros recortes presupuestales. Sin embargo, no se ha podido precisar el monto de recursos trasferidos por esta vía ni conocer cómo se han ejercido a pesar de que deberían estar en la página de Internet de la SSDF (cláusula sexta del convenio entre la SSDF y la CNPSS). Tampoco se ha podido precisar dónde y cuántas UNEMES se han construido.

CUADRO 18. PRESUPUESTO POR CAPÍTULO DE GASTO SSDF, 2006-2007 (MILES DE PESOS)

CAPÍTULO	2006			2007		
	ORIGINAL	MODIFICADO	EJERCIDO	ORIGINAL	MODIFICADO	EJERCIDO
TOTAL	6,784,760.30	6,958,607.70	6,958,607.70	7,639,267.90	6,257,744.40	6,257,744.40
1000	2,653,753.30	2,814,832.90	2,814,832.90	3,081,307.60	3,213,815.50	3,213,815.50
2000	427,640.10	379,395.20	379,395.20	469,277.50	417,698.80	417,698.80
3000	239,812.90	323,373.70	323,373.70	283,681.30	403,993.20	403,993.20
4000	3,421,554.00	3,379,181.70	3,379,181.70	3,713,139.10	2,126,580.80	2,126,580.80
5000	42,000.00	61,824.20	61,824.20	91,862.40	95,656.10	95,656.10

Fuente. Informe de Cuenta Pública, Secretaría de Salud del DF. Sector 26 U.R CO 01

CUADRO 19. PRESUPUESTO POR CAPÍTULO DE GASTO SSPDF, 2006-2007

CAPÍTULO	2006			2007		
	ORIGINAL	MODIFICADO	EJERCIDO	ORIGINAL	MODIFICADO	EJERCIDO
TOTAL	2,473,905.2	2,717,394.9	2,496,441.5	2,579,212.9	2,829,701.7	2,455,497.9
1000	2,095,673.6	2,138,082.2	1,987,982.2	2,169,146.8	2,174,175.9	2,010,169.5
2000	63,442.5	149,865.7	114,685.5	109,259.1	211,724.8	154,768.4
3000	302,214.6	308,822.7	295,833.1	287,379.8	287,157.3	239,483.4
4000	425.0	1,225.0	950.7	1,225.0	725.0	645.1
5000		100,697.2	78,290.9	10,002.2	110,294.3	48,681.3
6000	12,149.5	18,702.1	18,699.1	2,200.0	45,624.4	1,750.2

Fuente: Informe de cuenta Pública 2006 y 2007, Servicios de Salud Pública. Sector 26, UR PD SP

En el caso de los SSPDF, se detecta un subejercicio en los dos años, principalmente en el capítulo 1000. Los argumentos centrales expuestos en los Informes de Cuenta Pública 2006 y 2007 son: la reducción en el monto de gasto de prestaciones por licencias, inasistencias, retardos etc., y los pasivos existentes por falta de documentación por parte de proveedores.

En 2008 el Marco de Referencia de la acción sectorial y principales resultados a alcanzar establece los cambios que en materia de política presupuestal se desarrollan en el presente ejercicio: "...se determina como estrategia rebasar la planeación tradicional y ejecución sectorial para pasar a una transversal, intersectorial e integral". En el Presupuesto de Egresos 2008 de la Secretaría de Salud, en el planteamiento de las estrategias de política pública en materia de salud al PSMMG se le cataloga como una estrategia específica y línea de acción (Punto 3.1) y se le equipara con el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG). Es decir, se explicita el cambio de la política pública al priorizar las estrategias que en materia de salud instrumenta el gobierno federal, a través del Seguro Popular del cual el SMNG es sólo un añadido.

Del análisis comparativo se desprende que se han incorporado o modificado la clasificación de las actividades institucionales en 2008. Sin embargo, no existe variación significativa respecto al registro de las metas físicas señaladas a pesar que en los Informes de la Cuenta Pública 2007 y en el Informe de Avance Trimestral enero-septiembre 2008 (páginas 127 y 140) se hace el señalamiento de la aplicación de los recursos provenientes del Seguro Popular.

Con el objeto de ejemplificar lo señalado se agruparon las actividades institucionales sustantivas del Programa 16 Servicios de Salud, en un cuadro comparativo, a fin de establecer la tendencia operativa.

El primer dato que salta la vista es un incremento programado de "egresos hospitalarios" de 125 mil en 2007 a 545 mil en 2008, es decir, más de 4 veces. En el "Marco de referencia de la acción sectorial y principales resultados a alcanzar en 2008 en el Programa Operativo Anual" (p.5-6) donde se incluye como "egreso hospitalaria" atenciones en los servicios de urgencias. Esta reclasificación contraviene claramente la definición de "egreso hospitalario" adoptada por todas las instituciones públicas del país.⁴¹ En rigor, se fija una meta más baja ya que en 2007 se atendieron 745 mil urgencias y 125 mil egresos hospitalarios.

CUADRO 20. ACTIVIDADES PLANEADAS Y REALIZADAS 2007 Y 2008 Y PLANEADAS 2008. SSDF

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	2006		2007		2008
		Planeado	Realizado	Planeado	Realizado	Planeado
Administración pública: Servicios de salud						
Acciones del programa normal						
Aplicar dosis de vacunas	Dosis	171,400	127,480	122,400	104,501	90,000
Contribuir a la prevención y atención de personas con VIH SIDA	Persona	22,900	20,873	24,500	24,888	22,500
Otorgar atención médica ambulatoria	Consulta	1,551,400	1,414,837	1,430,000	1,453,046	1,988,912
Otorgar atención médica hospitalaria	Egreso hospitalario	112,000	113,300	125,000	125,493	545,000
Orientar a la población e impartir pláticas de educación para la salud	Evento	70,000	47,167	60,000	56,870	
Dar mantenimiento preventivo y correctivo a unidades de atención médica	Inmueble	26	26	27	27	27
Realizar acciones de salud preventiva	Acción					99,000
Equipar unidades de atención médica	Equipo	0	1,474	8	24	
Mantener y adquirir equipo para las unidades médicas	Equipo					5,834
Dar mantenimiento preventivo y correctivo al equipo médico	Equipo	3,470	3,470	5,760	5,760	
Cubrir compromisos pendientes de acciones realizadas en ejercicios anteriores	A/p	N/C	N/C	N/C	N/C	
Sistema de PSS (seguro popular)						
Afiliar y empadronar a familias al sistema de protección social en salud	Familia	110,000	100,000	100,000	162,707	
Administrar el sistema de protección social en salud	A/p	1	1			
Cubrir compromisos pendientes de acciones realizadas en ejercicios anteriores						
Reforzar servicios de salud pública	Acción					160,618

Fuente: Informe de Cuenta pública, Indicadores básicos de gestión institucional (programáticos-presupuestales) 2006 y 2007. Y Presupuesto de egresos de la Secretaría de Salud del DF.

Por lo que respecta a consultas otorgadas para hacer la comparación se agruparon las acciones de consulta como unidad de medida, resultando que en 2007 se registra un ligero incremento en las consultas otorgadas con relación al año anterior de 38,209; sin embargo para 2008 el número aumenta a 535,866 consultas. El incremento de 27% obedece a que se está contabilizando las consultas vía telefónica que se realizan mediante el Convenio firmado con Locatel del Programa denominado Medicina a Distancia.

También debe destacarse la disminución de dosis de vacunas en 22,979 en 2007 respecto al año anterior y lo programado para 2008 que registra un decremento de 14,450. El argumento de la disminución es por una menor demanda. En contraparte los recursos financieros (ver cuadro abajo) se incrementaron 3% en 2007 y 7% en 2008 para la aplicación de menos dosis de vacunas. Al revisar los documentos proporcionados se concluye que las acciones de prevención no es una prioridad para la actual administración. La promoción de los programas de vacunación es casi inexistente. La misma situación priva para el Programa de Atención y Prevención de personas con VIH-SIDA, las metas de atención se reducen incongruentemente año con año, a pesar del crecimiento constante de esta enfermedad. De 24,888 personas atendidas, se tiene una meta de atención en el presente ejercicio de 22,500.

Por último es de subrayar que hay un rubro de afiliación y administración del Seguro Popular mientras que no se hace mención al PSMMG lo que confirma que el SP constituye el programa prioritario.

El siguiente cuadro relativo al financiamiento del programa 16 Servicios de Salud, se desagregan las actividades institucionales como se hacía hasta 2007 y se contrasta con la nueva clasificación. En los datos de 2008 destaca el monto destinado a “Otorgar atención médica hospitalaria” (egresos hospitalarios) \$ 3 009 127.9 millones que significaría un incremento del 17.9% respecto a 2007 sumando los presupuesto de egreso hospitalario y atención de urgencias.

CUADRO 21. AVANCE FÍSICO-FINANCIERO 2006, 2007 Y 2008 DE LA SDDF (EN MILES DE PESOS)

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	2006		2007		2008	
		ORIGINAL	EJERCIDO	ORIGINAL	EJERCIDO	ORIGINAL	EJERCIDO
Servicios de salud		3,362,215.2	3,576,612.6	3,823,987.4	4,129,890.9	4,465,730.3	
Acciones del programa normal		3,129,559.3	3,182,537.9	3,530,271.9	3,634,228.3	4,189,224.7	
Aplicar dosis de vacunas	Dosis	7874.4	7,874.4	7,948.2	8,084.5	8,678.2	
Contribuir a la prev. y atención de personas con VIH/ SIDA	Persona	853.0	853.0	912.6	862.9	912.6	
Otorgar atención medica ambulatoria	Consulta	352,722.1	362,436.9	165,398.4	176,969.2	978,632.8	
Otorgar atención médica hospitalaria	Egreso hospitalario					3,009,127.9	
Proporcionar consulta externa especializada	Consulta	463,967.7	476,731.5	612,397.4	620,276.2		
Otorgar atenciones médico legales	Consulta	104,902.7	104,902.7	146,075.4	148,607.9		
Proporcionar servicios de hospitalización general y especializada	Egreso hospitalario	1,407,705.5	1,435,056.7	1,588,459.5	1,678,921.3		
Proporcionar servicios médicos de urgencias	Persona	690,040.1	679,590.8	878,217.4	873,412.5		
Otorgar consultas de P. familiar	Consulta	12,888.1	13,010.0	8,551.2	8,711.7		
Orientar a la población e impartir pláticas de educación para la salud	Evento	23,254.1	23,254.1	16,229.5	16,509.2		
Dar mantenimiento	Inmueble	37,219.9	36,697.2	41,158.1	50,288.1	62,710.5	

preventivo y correctivo a unidades de atención médica						
Realizar acciones de salud preventiva	Acción					17,742.0
Equipar unidades de atención médica	Equipo	0.0	9,369.0	40,000.0	23,338.5	
Mantener y adquirir equipo para las unidades médicas	Equipo					51,420.6
Dar mantenimiento preventivo y correctivo al equipo médico	Equipo	26,131.7	27,272.5	24,948.5	22,271.0	
Cubrir compromisos pendientes de acciones realizadas en ejercicios anteriores	A/p	0.0	6,487.1	0.0	6,012.2	
Adquisición y contratación consolidada de bienes y servicios		132,655.9	216,977.3	170,078.2	208,857.7	
Proporcionar servicios de hospitalización general y especializada	Egreso hospitalario	132,655.9	215,914.3	170,078.2	208,857.7	
Cubrir compromisos pendientes de acciones realizadas en ejercicios anteriores	S/n	0.0	1,063.0			
Sistema de PSS (seg. popular)		100,000.0	177,296.8	223,613.0	286,768.0	276,505.6
Afiliar y empadronar a familias al sistema de protección social en salud	Familia	91,000.0	171,938.7	217,404.0	274,670.6	
Administrar el sistema de protección social en salud	A/p	9,000.0	5,358.1	6,209.0	9,469.7	
Cubrir compromisos pendientes de acciones realizadas en ejercicios anteriores				0.0	2,627.7	
Reforzar servicios de salud pública (transferencia al SSPDF)	Acción					254,128.7
Otorgar serv. de apoyo Admón.	A/p					

Fuente: Informe de Cuenta pública, Indicadores básicos de gestión institucional (programáticos-presupuestales) 2006 y 2007. Y Presupuesto de egresos de la Secretaría de Salud del DF.

Debe notarse que el gasto para afiliar y empadronar 163 mil familias fue de 274.6 millones de pesos a los que se añaden 9.5 millones de administración del sistema. Esto quiere decir que casi la mitad de los 606.4 millones recibidos por vía del SP no se gastaron en atención a la salud de sus beneficiarios.³⁷ Por otra parte llama la atención que sólo se tienen presupuestados en este rubro \$276.5 millones para 2008 cuando el Informe del 1^{er} semestre de la CNPSS señala que al DF le corresponden \$884.1 millones.

Recursos Humanos

Los recursos humanos son críticos para la operación de los servicios de salud. De los documentos proporcionados por la ssdf se desprende que son un problema para su buen funcionamiento. Así en el Anteproyecto de Presupuesto de Egresos 2007 (p.7) se señala

que no han sido sustituidos los 750 trabajadores incluidos en el Programa de Retiro Voluntario. Contradictoriamente en el mismo documento se menciona que en 2006 se otorgaron 430 plazas. Quedan pendientes 320, “para lograr la prestación adecuada del servicio”.

Es necesario señalar que la información proporcionada en una hoja de cálculo de Excel, por las autoridades de la Secretaría de Salud sobre las plantilla de los hospitales es incompleta y no permite tener una visión clara respecto a la suficiencia de los recursos humanos. Se solicitó la distribución de los médicos y enfermeras, (las categorías de personal más críticas para la prestación de servicios), por turno pero sólo fueron proporcionados los datos históricos y alguna información sobre algunas funciones en el ejercicio 2008.

CUADRO 22. RECURSOS HUMANOS Y CAMAS CENSABLES POR HOSPITAL, SSDF. 2006-2008

Hospital	Trabajadores			Camas censables 2007	Trabajadores por cama 2007
	2006	2007	2008		
Total	11,052	12,295	12,064	2351	5.2
H.E. B. Domínguez	816	856	877	143	6.0
H.G. Enrique Cabrera		506	682	120	4.2
H.G. Rubén Leñero	682	778	734	124	6.3
H.G. Xoco	879	999	*860	199	5.0
H.G. Villa	709	720	721	150	4.8
H.G. Balbuena	899	1,005	914	189	5.3
H.G. Gregorio Salas	330	301	*325	50	6.0
H.G. Iztapalapa	626	721	672	144	5.0
H.G. Milpa Alta	244	309	266	44	7.0
H.G. Ticomán	471	452	*452	79	5.7
H.P. Azcapotzalco	205	203	214	16	12.7
H.P. Coyoacán	297	324	311	64	5.1
H.P. Villa	290	278	291	66	4.2
H.P. Legaría	262	286	275	62	4.6
H.P. Iztacalco	281	290	295	70	4.1
H.P. Iztapalapa	298	360	336	71	5.1
H.P. Moctezuma	435	474	*427	80	5.9
H.P. Peralvillo	334	348	*333	49	7.1
H.P. San Juan de Aragón	292	313	306	59	5.3
H.P. Tacubaya	332	342	*325	85	4.0
H.M.I. Inguarán	501	541	516	94	5.8
H.M.I. Topilejo	170	170	173	30	5.7
H.M.I. Magdalena C.	183	191	*180	26	7.3
H.M.I. Cuauhtepic	171	203	188	54	3.8
H.M.I. Tláhuac	286	264	*274	43	6.1
H.M.I. Nicolás M. Cedillo	194	190	187	16	11.9
H.M.I. Cuajimalpa	154	148	173	35	4.2
H.M.P. Xochimilco	327	365	399	90	4.1
H. En Reclusorios	384	358	*358	99	3.6

*Disminución de personal respecto a 2006

Fuente: Agenda Estadística 2007, SSDF www.salud.df.gob.mx/media/estadistica2007

Las variaciones significativas de personal se registran en 2007 con un incremento del 10% respecto a 2006. Son el resultado del inicio de operaciones del H. G Enrique Cabrera y al incremento de la plantilla de personal contratada bajo el régimen de honorarios. En 2007 se registra un incremento global en la plantilla de las unidades hospitalarias mientras que en 2008 se registra un decremento del 2% respecto a 2007 a pesar de que el número de contratos por honorarios pasó de 1,778 a 2,225 en 2008.⁴². Esto parece deberse a que un mínimo de 500 contratos se canalizaron a cubrir plazas de carácter administrativo. Basta revisar las plazas de jefe de servicio ubicadas en oficinas centrales.

Como se observa en el cuadro, nueve hospitales reducen su plantilla en 2008 respecto a 2006 y la disminución es de 231 plazas. Se infiere que estas reducciones es resultado de las denominadas “incidencias”. Por otra parte se reflejan ciertos desequilibrios en las plantillas. Usando una medida gruesa que señala que debe de haber alrededor de 5 trabajadores por cama hospitalaria tenemos que doce hospitales están por arriba del promedio de 5.2 mientras que seis están con un índice de alrededor de 4. Destacan por otra parte los dos hospitales con 16 camas por su altísimo índice que es típico de los hospitales pequeños.

La falta de información para desagregar la suficiencia de personal por tipo de hospital y turno, para la atención de la población objetivo del PSMMG implica señalar que de acuerdo a la información proporcionada, se registra en 2008 un total de 12 064 plazas ubicadas en unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud del DF, las plazas médicas y de enfermeras en contacto directo con el paciente son:

CUADRO 23. MÉDICOS Y ENFERMERAS EN CONTACTO CON EL PACIENTE, HOSPITALES DE LA SSDF, 2008

	Hospitales Pediátricos	Hospitales Materno Infantiles	Hospitales Generales	Total
Médicos*	1,096	400	1,181	2,667
Enfermeras	1,026	617	1,895	3,538
Camas	622	487	1,242	2,351
Médico/Cama	1.8	0.8	1.0	1.1
Enfermera/Cama	1.6	1.3	1.5	1.5

* No se incluyen los cirujanos dentistas

Los datos proporcionados por la Secretaría de Salud permiten concluir que el personal médico es suficiente en términos globales, en relación al número de camas censables disponibles, sin embargo, al interior de los hospitales persisten en algunos déficit de personal y en algunos otros personal en exceso. Mientras la demanda de atención hospitalaria por los afiliados al PSMMG, no se incrementa, no sería recomendable incrementar personal, tal vez si las condiciones contractuales lo permiten, lo ideal sería reubicar trabajadores en aquellos nosocomios que presentan déficit; además, dado que la capacidad instalada está subutilizada (60% de ocupación), la estrategia complementaria para corregir esta situación sería mayor difusión del PSMMG, con la finalidad de llevar a los hospitales a su óptimo de ocupación que es del 85%

Medicamentos

Los medicamentos constituye el segundo componente del PSMMG y la Ley establece que los medicamentos prescritos del catálogo institucional deben ser entregados gratuitamente.

Resulta interesante constatar que mientras que los SSPDF mantienen fijo el número de claves de su catálogo de medicamentos, la SSDF las incrementa de 202 en 2006 a 235 en 2007 y a

318 en 2008. Las variaciones que se registran por ejercicio fiscal está en función de la política que se adopta para la elaboración de los catálogos de medicamentos, determinados por el área médica en hospitales y la Dirección General de Servicios Médicos y por la política de adquisición de medicamentos.

Es de señalar que cuando estas políticas se fijan con base en criterios de fármaco economía y fármaco-epidemiología el tema más importante no es el número de claves sino su idoneidad respecto a la patología atendida y los precios comparativos de los medicamentos. Desafortunadamente no hay una justificación explícita para explicar el incremento observado en 2007 y 2008 por lo que no se puede juzgar si son, efectivamente, claves faltantes, toda vez que según información obtenida en las entrevistas a funcionarios de la SSDF, a finales de 2007, ante la posibilidad de un subejercicio en este capítulo del gasto, se creo la posibilidad de que cada médico tratante solicitara los medicamentos de su preferencia.

En el siguiente cuadro se desagregan las claves adquiridas en el periodo 2006-2008.

CUADRO 24. COMPARATIVO DE CLAVES DE MEDICAMENTOS DE LA SSDF Y SSPDF, 2006 - 2008

GRUPO DE MEDICAMENTOS	Total de Claves diferentes adquiridas en el periodo por la SSDF	2006	2007	2008
Analgesia	10	9	6	10*
Anestesia	23	16	10	22*
Cardiología	23	16	20	22*
Dermatología	8	4	5	8
Endocrinología	14	8	10	11
Enfermedades Infecciosas y parasitarias	54	41	40	49*
Enfermedades Inmunoalérgicas	8	5	6	7
Gastroenterología	16	13	11	15
Gineco-Obstetricia	11	5	6	10
Hematología	11	6	6	8
Intoxicaciones	2	0	1	2
Nefrología y Urología	9	7	7	8
Neumología	14	7	8	13*
Neurología	17	10	9	16*
Nutriología	22	8	13	21*
Oftalmología	16	1	1	15*
Oncología	23	0	19	13*
Otorrinolaringología	3	2	2	3
Planificación Familiar	2	0	1	1
Psiquiatría	15	8	9	11
Reumatología	6	2	2	6
Soluciones Electrolíticas y Sustitutos del Plasma	22	21	22	22
Vacunas, Toxoides, Inmunoglobulinas, Antitoxinas	3	0	3	3
S/C	28	13	33	22*
Total de claves	360	202	250	31

*Claves con mayor incremento.

Fuente: Catálogos de Medicamentos. 2006, 2007, 2008. Secretaría de Salud del DF. Catálogo de Medicamentos Servicios de Salud Pública 2007 y 2008

Los incrementos más importantes pueden deberse también a la inclusión de nuevos servicios en las unidades médicas como por ejemplo oncología para atender niños con cáncer pero los incrementos en anestesia, analgesia y enfermedades infecciosas y parasitarias no parecen tener una justificación.

Por otra parte, entre los medicamentos que la SSDF adquiere existen claves que no están contemplados en el cuadro autorizado por el Consejo de Salubridad que cuenta con un total de 1,213 claves. En 2006 había 17, en 2007 36 y en 2008 44. Esto constituye un incumplimiento con la normatividad para las instituciones públicas mexicanas que no deben utilizar claves no autorizados.

Para contar con una visión general se sistematizaron por grupo de atención las claves utilizadas. Las claves que se incluyen en la columna del Consejo de Salud corresponden a los grupos que coinciden con la Secretaría de Salud- SSPDF y el Seguro Popular.

CUADRO 25. CLAVES DE MEDICAMENTOS POR GRUPO Y PROGRAMA, 2008

GRUPO DE MEDICAMENTOS	CSG	SSDF y SSPDF	SPSS
Analgesia	29	11	9
Anestesia	36	25	22
Cardiología	57	28	28
Dermatología	37	20	16
Endocrinología	31	17	18
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	194	90	68
Enfermedades Inmunoalérgicas	20	10	10
Gastroenterología	63	23	20
Gineco-Obstetricia	51	13	12
Hematología	53	12	7
Intoxicaciones	11	4	1
Nefrología y Urología	50	10	6
Neumología	47	16	13
Neurología	76	19	24
Nutriología	73	26	11
Oftalmología	54	19	11
Oncología	112	24	4
Otorrinolaringología	17	4	2
Planificación Familiar	19	3	9
Psiquiatría	47	21	11
Reumatología	34	9	7
Soluciones Electrolíticas y Sustitutos del Plasma	48	29	9
Vacunas, Toxoides, Inmunoglobulinas, Antitoxinas	41	15	20
S/C (incluye biotecnológicos y sin clave)	--	28	8
TOTAL	1,200	476	346

Fuentes: Cuadro básico y Catálogo Medicamentos por clave, grupo y nivel de Atención. Consejo de Salubridad 2007. Catálogos de medicamentos de la Secretaría de Salud del DF 2006, 2007 y 2008. Catálogo de medicamentos de Servicios de Salud Pública POD 2007 y 2008. Listado de medicamentos esenciales. Seguro Popular. 2008

De acuerdo a estos datos, el número de claves utilizadas para cubrir el PSMMG es mayor que el que utiliza el Seguro Popular. Esto puede ser una expresión del hecho de que los servicios prestados en el marco del PSMMG son más amplios e incluyen algunas de muy alta especialización, particularmente en el ámbito de las urgencias traumatológicas, obstétricas y médicas así como de neonatología.

Para contar con más elementos que permitan evaluar los cambios que se han registrado en materia de adquisición de medicamentos, de acuerdo a los datos disponibles relativos a montos y cantidades contratadas en los ejercicios 2006 y 2007, se presentan los egresos en este rubro.

De acuerdo a los datos disponibles, en 2007 se ejerció una cantidad menor en compra de medicamentos, partida 2503, que en 2006 con una diferencia de \$3 182 090 (Sólo se consideraron los contratos producto de licitaciones). De esta datos se puede observar que en 2006 se gastaron \$109 639 490 y en 2007 \$106 457 399. Era de esperarse que existiera un incremento en el monto total de gasto en esta partida. Las posibles explicaciones son que en 2007 hubo subejercicio o alternativamente hubo un incremento en compras directas o por fondo revolvente.

Sin embargo, en 2007 no sólo se ejerció menos dinero sino que también se compraron menos unidades. Los datos registran una disminución de éstas en un total de 1 318 869 unidades. Esta probable deficiencia administrativa quizás constituye la causa para registrar un nivel de abasto de medicamentos del 86%. Esta situación es independiente de los precios unitarios de algunos medicamentos. En el ejercicio 2007 se registra un incremento sustantivo el precio de las unidades como se exponen a continuación.

Para analizar este problema se compararon los precios unitarios de los medicamentos en los ejercicios 2006 y 2007. Se observa un incremento en el precio unitario de los medicamentos en 2007. Se encontró, por ejemplo, que en 21 claves se registra un incremento que va de 100% hasta 895 % y en otras 19 claves fue de 50 al 95 %. En el caso de las primeras 21 claves se compraron 58 636 unidades menos que en 2006, pero su costo global incrementó en 5.8 millones de pesos.

Un ejemplo que induce a plantearse el análisis de la política de adquisición de medicamentos en la SSDF es el comportamiento errático en la compra de claves que históricamente guardan una relación con el precio, tal es el caso de la clave 1050 (insulina regular) que se compró en 2007 en \$128.40, es decir 142% más caro que en 2006 (\$53.04). Mientras que la clave 1051 (insulina rápida) se adquiere en 2007 en \$77.18 a pesar de que

en todas las otras instituciones públicas de salud estas dos claves se adquiere a un precio igual o semejante.

En 2006, también se detectó diferenciales en el precio. De acuerdo a lo registrado estas son:

- Existe en 9 claves un precio mayor al registrado en 2007.
- Los incrementos porcentuales van de 45.96% a 91.3%

Estos ejemplos nos llevan a varias conclusiones. Es necesario analizar con más detenimiento la variable de suficiencia de los medicamentos porque hay que considerar datos de cantidad, precio y claves para poder concluir si son suficientes o no. Un estudio de estas características no es factible en esta evaluación.

El otro aspecto clave para evaluar la oportunidad de la entrega de los medicamentos y la eficacia en el uso del presupuesto se refiere al sistema de abastecimiento. Es un aspecto sustantivo que impacta la operación de los servicios de salud en todo el país. Según el Informe de Trabajo de la SSDF en el año 2004, se inició la operación del denominado Sistema de Abasto de Inventario y Control de Almacenes (SAICA) se basó en la homogeneización de los catálogos de insumos.⁴³

Sus características más importantes se resumen en:

- El establecimiento de un sistema computacional de seguimiento en tiempo real de la red de almacenes y suministros de cada unidad;
- Las variables de control, entre otras, ubicación de cada insumo, precio unitario y de contrato, caducidad, ingreso, egresos, personal que opera cada movimiento, etc.
- Control en tiempo real de los almacenes de las unidades hospitalarias y almacenes centrales.
- Operado y desarrollado plataformas de código abierto -Linux, Apache, PhP, Postgres SQL- y corre en computadoras con procesadores Intel Pentium III.

Para poder conceptualizar el SAICA se desarrollaron primero una serie de estudios empíricos y de discusión grupal con el personal médico y de enfermería para consolidaron los denominados cuadros institucionales. Con el SAICA era posible cuantificar el consumo de medicamentos y desplazamiento de otros insumos que son elementos básicos para proyectar las adquisiciones. Otro elemento importante era la transparencia, debido a que se podía consultar en tiempo real los precios de compra, número de contrato, número de factura, etc. Independientemente de evaluar los costos e incrementos inflacionarios. Este sistema permitía establecer controles efectivos para prever caducidades y desabasto y por tanto garantizar la entrega oportuna de los medicamentos gratuitos en calidad y cantidad.

Al inicio de la actual administración por razones desconocidas se proyectó cambiar el sistema de abastecimiento y las políticas de adquisición de medicamentos mediante la terciarización (subrogación) del servicio de farmacia. En agosto de 2007 se emite autorización para la subrogación del servicio bajo la modalidad de compromiso multianual y el contrato bianual correspondiente fue por un monto de \$ 1,245 millones aceptando un incremento del 10% en el precio de medicamentos. A la fecha se presentan problemas de abastecimiento y facturación por parte de la empresa ganadora y sigue sin consolidarse su sistema⁹. Un elemento que nos permite reforzar la afirmación es que al 30 de septiembre de 2008 sólo se había ejercido \$ 69.2 millones de un total de \$ 582.9 millones previstos para 2008.

Este procedimiento y la situación hacen suponer que no hay un uso eficiente del presupuesto y una entrega deficiente de los medicamentos. Durante las entrevistas realizadas a funcionarios de la SSDF, se pudo constatar que los problemas no se solucionaron, motivo por el cual se canceló el contrato de subrogación y se contrató una nueva empresa para cubrir el abasto durante los dos últimos meses del año 2008.

2.1.2. Describa las principales necesidades en términos de fortalecimiento y mejora de los recursos humanos y técnicos.

El desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos constituye uno de los pilares fundamentales de la instrumentación de las políticas públicas, por ser los trabajadores de la salud uno de los factores que pueden garantizar el fortalecimiento del PSMMG. En las condiciones actuales la SSDF como institución de salud debe promover la salud como un bien público, en este sentido considerar a los trabajadores como protagonistas delimitando claramente sus derechos y responsabilidades y proceder a una redistribución equitativa y funcional de las cargas de trabajo en las unidades hospitalarias constituiría una de las acciones impostergables.

En el punto relativo a la suficiencia de recursos se señalaron algunos elementos cuantitativos y cualitativos que dimensionan la problemática de la SSDF en este rubro.

Otro elemento sustantivo es la necesidad de canalizar los recursos necesarios para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos a través de la capacitación, Por las características profesionales y antigüedad de la plantilla se presupone que existe la capacidad y experiencia para diseñar programas de actualización profesional y técnica aprovechando los recursos existentes.

Un elemento fundamental a considerar es la realización de un diagnóstico de necesidades de capacitación, el cual debería orientarse en dos sentidos, por un lado hacia el personal operativo, con la finalidad de identificar la capacidad técnica en el marco de los nuevos

⁹ Informe de Avance Trimestral. Enero-Septiembre. Explicación a la Evaluación Presupuestal por Capítulo de Gasto. Capítulo 3000

procedimientos de la gestión de la calidad en la atención a la salud, en la que se incluyen la formulación, capacitación e implementación de guías de práctica clínica para los padecimientos más frecuentes con base en las mejores evidencias científicas. Por otro lado, habría que considerar también un diagnóstico de necesidades en el campo gerencial, ya que en la administración de servicios de salud no es posible la improvisación ni la toma de decisiones sin bases fundamentadas.

Por otra parte, avanzar en construir una política laboral que defina en el mediano plazo la readecuación de las políticas sanitarias, a partir de concensuar la continuidad, cambios o readecuaciones con base en el compromiso institucional.

2.1.3. En caso de subejercicio de los recursos financieros ¿se cuenta con algún tipo de análisis o explicación?

En los diferentes instrumentos de control presupuestal revisados, en caso de presentarse subejercicio de recursos o incumplimiento de metas, la unidad responsable tiene la obligación de explicar el motivo de la variación. En los casos de subejercicio de recursos las explicaciones vertidas giran en torno al motivo que origina el subejercicio y establece las medidas correctivas y si es reiterativo la Secretaría de Finanzas emite recomendaciones preventivas.

En la revisión de las cuentas publicas de la SSDF y los SSPDF, en los casos de presentación de subejercicios, las explicaciones que se establecen siguen el mismo patrón: Recursos transferidos en los últimos dos meses del año sin posibilidad de ejercerlos por la normatividad en materia de adquisiciones, registro de menores erogaciones en servicios personales, pasivos existentes con proveedores, los requerimientos de medicamentos menores a los solicitados, pasivos en el pago de personal de honorarios, etc.

Finalmente se enumeran algunos instrumentos de control que se aplican:

- Evolución presupuestal por capítulo de gasto
- Evolución presupuestal por partidas
- Incremento presupuestal de acciones, programas o proyectos.
- Adecuaciones presupuestales
- Principales acciones, programas públicos y proyectos realizados.
- Evaluación programática-presupuestal de las actividades institucionales

2.1.4. ¿Los recursos financieros del programa están en función de las metas o, por el contrario, las metas están en función de los recursos financieros disponibles?

Forma y monto del financiamiento

Si bien el PDS no establece nada respecto al financiamiento de los programas sociales, la LDS contempla en su artículo 33, que “todos los programas deberán contar con lineamientos y mecanismos de operación en los que se incluirán, al menos ... su programación presupuestal”, las RO 2007 y 2008, contemplan a este respecto que:

“La Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, a través del registro de atenciones otorgadas, identifica la población objetivo y las prestaciones otorgadas. También a través de Programa Operativo Anual la Dirección estima los gastos en relación con la prestación de servicios”.

Este planteamiento contiene varios problemas de origen. Por un lado, el establecer los mecanismo mediante los cuales se realizará la programación presupuestal, no es equivalente a la programación presupuestal, pero además, los mecanismos que plantean las RO toman como base para el cálculo presupuestal la demanda histórica de prestación de servicios, lo cual implica falta de previsión en términos de ampliar la cobertura del programa, además, menciona que a través del programa operativo anual se estimarán los gastos, cuando un programa operativo anual en realidad es la conjunción de los gastos y no el mecanismo para determinarlos, ya que estos gastos se establecen en función de la estimación y planeación de la demanda de atención y de los costos derivados de los recursos materiales, humanos y costos generales, implicados en la los diferentes tipos de atención que se brinda dentro del Programa. Esta problemática hace suponer que no existe claridad en los procedimientos para determinar su programación presupuestal.

Por otro lado, la Ley de Gratuidad y su Reglamento (artículos 3 y 41 respectivamente), establecen que el Proyecto de Presupuesto Anual de Egresos deberá contemplar los recursos suficientes, los cuales no deberán ser menores a los aprobados a la Secretaría de Salud del Distrito Federal en el Presupuesto de Egresos del año inmediato anterior, más el incremento del índice inflacionario; este mandato no queda establecido en las RO en análisis; además, el presupuesto asignado a la SSDF para el año 2008, es inferior a los presupuestos asignados durante 2006 y 2007⁴⁴, por lo que existe una violación a lo establecido al respecto en la Ley de Gratuidad.

2.1.5. ¿Hay oportunidad en la entrega y ministración de recursos y transferencias? En caso negativo ¿cómo afecta el cumplimiento de las metas?

En términos generales la entrega de los recursos financieros se realiza de acuerdo al calendario de gasto presupuestal, por parte de la Secretaría de Finanzas. Los problemas en caso de existir se originan por problemas administrativos de algún procedimiento, en ocasiones intrascendentes, pero que constituyen el retraso de licitaciones, cancelaciones de pago, etc. Estas situaciones de carácter administrativo impactan directamente en el cumplimiento de metas.

Uno de los aspectos que se han ejemplificado es el caso de medicamentos y la problemática derivada por la consolidación del sistema de abastecimiento. Independientemente de los altos costos que se expresa en los montos de lo contratado de forma multianual.

Otro caso similar a los medicamentos se presenta en el ejercicio 2008 con el “Paquete Integral de Pruebas de Laboratorio”. El cambio de los equipos obligó a que se trasladaran a laboratorios externos las múltiples muestras de biometría hemática.

En el caso del equipo médico en 2007 que presenta un subejercicio del 17%, a pesar que los recursos están radicados “...el no logro de metas es debido a que los costos de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo médico ha sido elevado por lo cual no ha sido posible la atención en un 100%...”

Quizás el caso mas significativo es la transferencia de los recursos del Seguro Popular, de acuerdo a los Informes de Cuenta Publica del periodo comprendido del 2006 al 2008, existe un desfase reiterado en la entrega de recursos que obliga a diferir adquisiciones de equipo médico, de computo o retrasar pagos al personal contratado por honorarios, este último elemento desmotiva al personal al cobrar un mes después de haber realizado su trabajo.⁴⁵

2.2. Consistencia de la operación con el diseño y el logro de los resultados esperados

2.2.1. ¿Son suficientes las actividades del programa para el logro de los objetivos del programa? Describa y valore.

El volumen de actividades que se realiza a la fecha es suficiente para la demanda actual de servicios, aunque existen algunas inconformidades de la población usuaria que han acudido a la Asamblea Legislativa para manifestar su insatisfacción. A este respecto la Asamblea aprobó en septiembre del presente, un punto de acuerdo para exigir a la Secretaría de Salud del Distrito Federal garantizar el abasto total de medicamentos en los hospitales, centros de salud y clínicas que administra ya que las demandas ciudadanas confirman la falta de medicamentos del cuadro básico del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos de la Secretaría de Salud.⁴⁶

Por otro lado, la Comisión de Derechos Humanos del DF, en su informe 2007, reportó que de las 7044 quejas recibidas durante ese año, el 11% corresponden a la SSDF, de las quejas recibidas 258 exponen violaciones al derecho a la protección de la salud, representando este dato un incremento del 60% con respecto al 2006.

Si bien en el contexto del volumen de atenciones que proporciona la SSDF, el volumen de quejas parecería no ser indicativo de insuficiencia de actividades para el logro de los objetivos del programa.

El asunto preocupante en este sentido es el lento avance en la afiliación de la población que reúne los requisitos para su incorporación al PSMMG y la insuficiente demanda que los

afiliados hacen de los componentes del programa, para esta última situación no se cuenta con una explicación ya que se requeriría un abordaje de mayor profundidad con los afiliados al programa.

2.2.2. ¿Hay consistencia y coherencia entre el diseño y la operación? Describa y valore.

Si existe coherencia entre el diseño y la operación del programa, sobre todo porque los componentes del programa, prestación de servicios de atención médica y medicamentos, son las actividades sustantivas de la SSDF, el punto medular del programa es la gratuidad de estas prestaciones, las cuales a la fecha se siguen manteniendo en los términos que establece la Ley de Gratuidad aunque no necesariamente para todos los casos posibles como se muestra en la siguiente respuesta.

2.2.3. ¿Los mecanismos de transferencia de recursos, entrega de apoyos o prestación de servicios funcionan eficaz y oportunamente? Describa y valore.

Por cuanto a la prestación de servicios y entrega gratuita de medicamentos, con base en las encuestas que mensualmente se aplican en los hospitales de la SSDF, es posible con cierta reserva^r observar el comportamiento de la gratuidad, en ambos casos para los años 2007 y 2008.

CUADRO 26. COMPORTAMIENTO DE LA GRATUIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y SERVICIOS DE LOS HOSPITALES DE LA SSDF 2007-2008

Tipo de unidad hospitalaria	% de usuarios atendidos con gratuidad en entrega de medicamentos a residentes del DF		% de usuarios atendidos con gratuidad en la cuota de recuperación		
	Año	2007	2008*	2007	2008*
Hospitales Pediátricos		24%	79%	86%	79%
Hospitales Materno Infantiles		48%	92%	68%	77%
Hospitales Generales		63%	62%	85%	71%

Fuente: Concentrado de encuestas mensuales
 * 2008 sólo contempla las encuestas enero-junio

^r No es posible obtener conclusiones contundentes a partir de los datos de la encuesta ya que falta precisión en algunos de ellos, por ejemplo, la pregunta referida a la cuota de recuperación no se explica si se aplicó a todos los usuarios o sólo a los residentes del DF, en el pago de medicamentos si se precisa para los residentes del DF pero no se indica si son afiliados al programa.

Como se puede observar los hospitales pediátricos y materno-infantiles mejoraron en la gratuidad de entrega de medicamentos, en tanto que los hospitales generales disminuyeron sus porcentajes de gratuidad en ambos casos.

A la fecha no existe ninguna medida implementada para medir la eficacia y oportunidad para la entrega de servicios.

La eficacia en la entrega de servicios, implica que éstos realmente resuelvan la problemática de salud que presenta el usuario y la oportunidad implica el que el servicio demandado se otorgue dentro de un lapso razonable; algunas instituciones consideran lapsos razonables para recibir atención especializada (segundo nivel de atención) menos de una semana a partir de que el primer nivel de atención detecta la necesidad y menos de 20 minutos a partir de la hora en que se señala la cita y el paciente ingrese a la misma y menos de 15 minutos a partir de que llega al servicio para atender una urgencia calificada.

Por lo anterior, si se desea conocer la eficacia y oportunidad en la entrega de servicios, es necesario incorporar nuevos indicadores de evaluación.

2.2.4 ¿Son suficientes y eficientes para lograr los resultados esperados? Describa y valore.

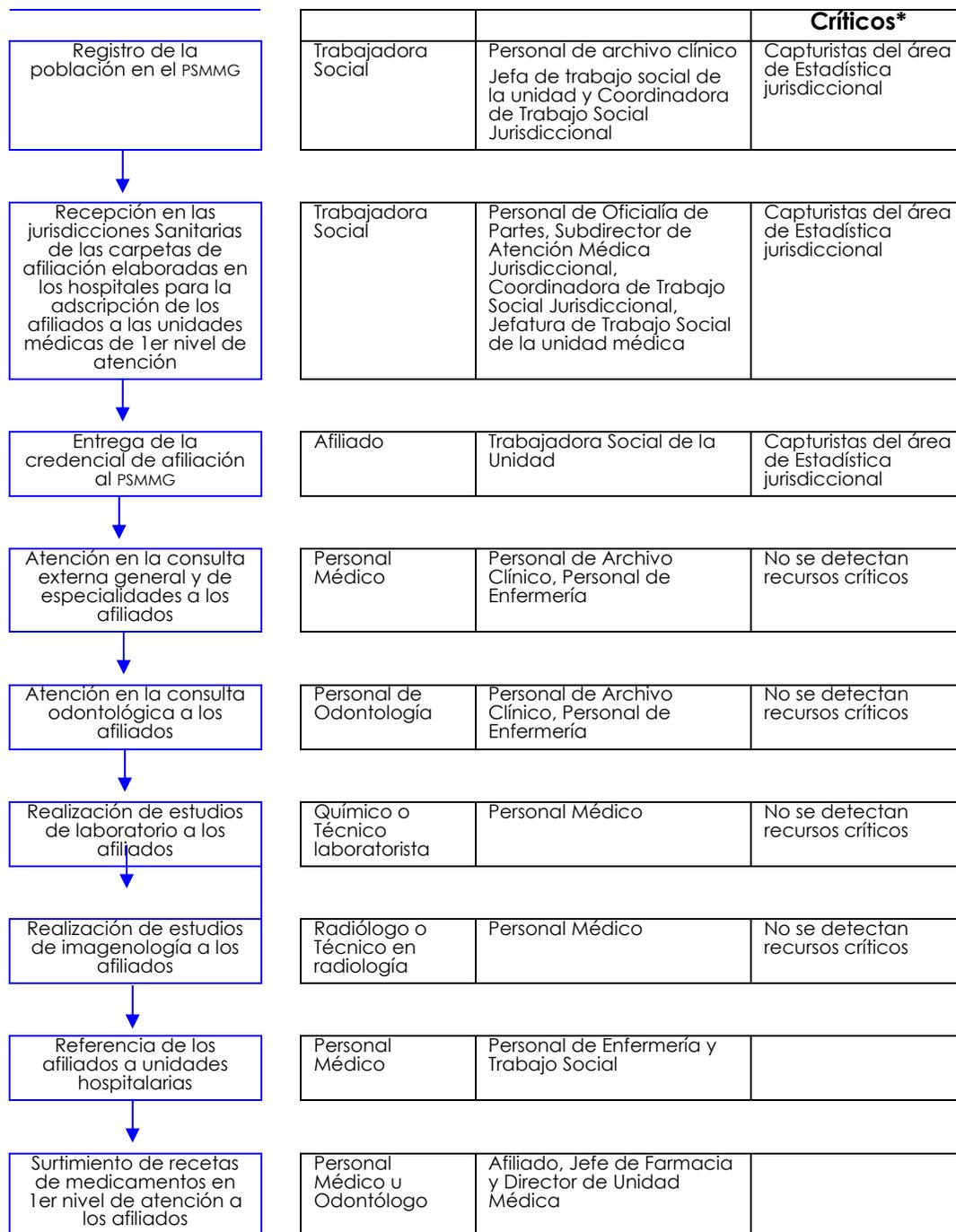
Como ya se mencionó en apartados anteriores, el volumen de servicios de atención médica y medicamentos gratuitos otorgados, aún no logra una cobertura aceptable con respecto a la población estimada sujeta de incorporarse al programa, respecto a la eficiencia en el uso de los recursos, ya se mencionó anteriormente que tanto las camas censables como el recurso nuclear de consulta externa se encuentran subutilizados, por tal razón se concluye que no hay suficiencia en las actividades ni eficiencia en el uso de los recursos para lograr los resultados esperados.

2.2.5 Describa en un diagrama de flujo las actividades principales; en qué consiste cada una de las etapas del ciclo del programa referido. Identifique en el diagrama los actores clave, los actores de soporte y los actores críticos en el funcionamiento del programa.

Las actividades principales que contempla el PSMMG, se encuentran especificadas para las unidades de primer nivel de atención (SSPDF) y para el segundo nivel de atención (SSDF) inician en ambos casos con la afiliación de la población que reúne los requisitos para su inscripción. A continuación y con base en los Manuales de Procedimientos del PSMMG se muestra el diagrama para ambos casos así como los actores clave, los actores de soporte y los actores críticos.

CUADRO 27. DIAGRAMA DE FLUJO, ACTORES CLAVE, SOPORTE Y CRÍTICOS DEL CICLO DEL PSMMG EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (SSPDF)

Diagrama	Actor Clave	Actor de Soporte	Actores
----------	-------------	------------------	---------

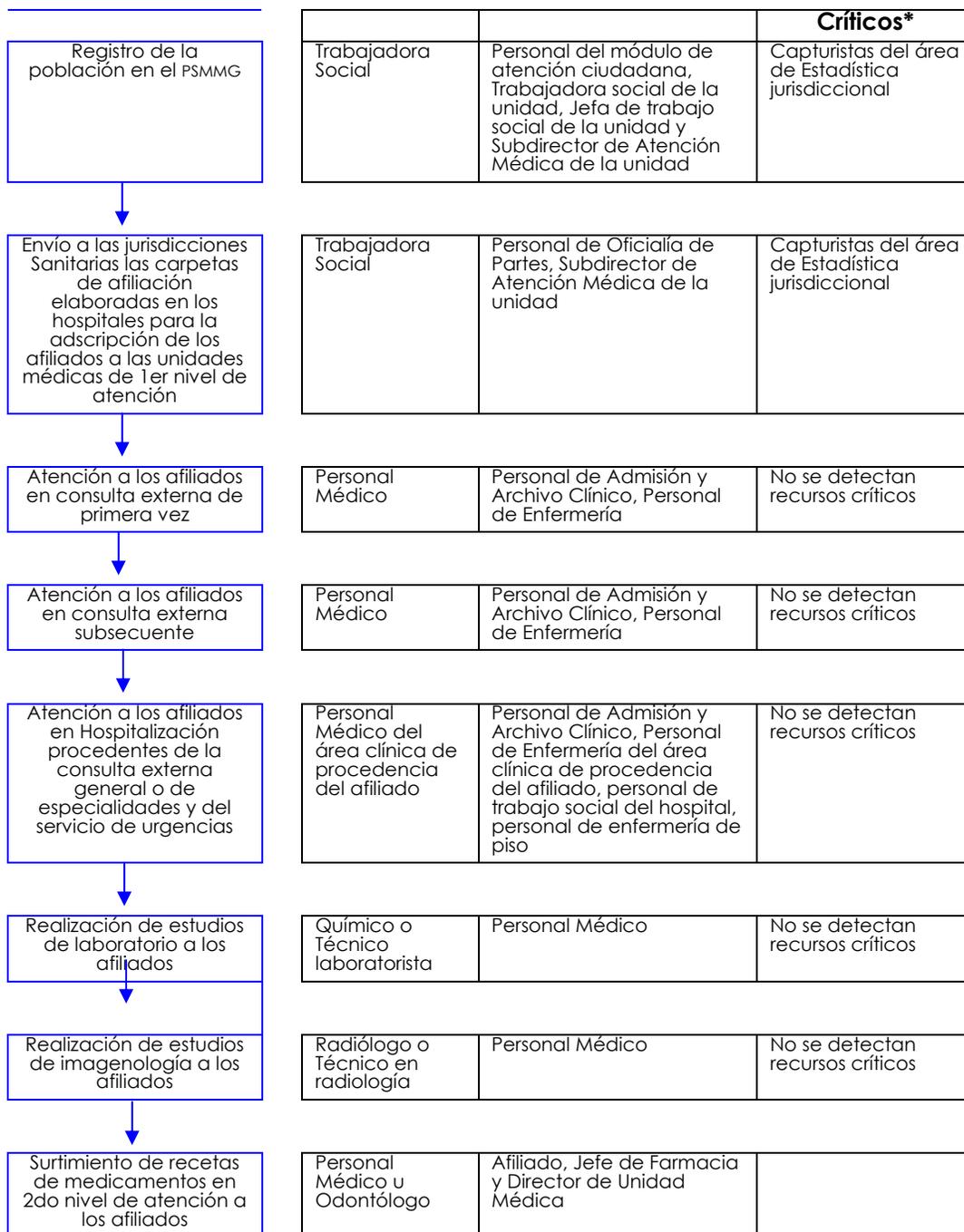


* Entendido como aquellos recursos que son insuficientes para efectuar el proceso

Como se observa en el cuadro anterior, el único actor crítico identificado se ubica en el área de Estadística de las jurisdicciones sanitarias, ya que al parecer la insuficiencia de este tipo de recurso, obstaculiza el registro oportuno de la población que realiza su proceso de afiliación al programa.

CUADRO 28 DIAGRAMA DE FLUJO, ACTORES CLAVE, SOPORTE Y CRÍTICOS DEL CICLO DEL PSMMG EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN (SSDF)

Diagrama	Actor Clave	Actor de Soporte	Actores
----------	-------------	------------------	---------



* Entendido como aquellos recursos que son insuficientes para efectuar el proceso

2.2.6. Describa el proceso de entrega de los bienes y/o prestación de servicios del programa a partir de los actores involucrados (distinguir entre actores de la misma institución, nivel y dependencia de gobierno, de los que son de otros niveles y dependencias de gobierno).

Para el caso del primer nivel de atención, se describen a continuación los procesos de consulta externa y surtimiento de recetas, todos los actores involucrados corresponden a la misma institución, nivel y dependencia de gobierno.

ACTORES INVOLUCRADOS	PROCESO CONSULTA EXTERNA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:
<p>Personal de Archivo Clínico</p>	<p>1 Recibe al titular o dependiente registrado que acude a la consulta externa, le solicita su Cédula de Afiliación o Credencial de Gratuidad y su identificación con firma. 2 Coteja los documentos de gratuidad e identificación oficial. 3. Si los datos y firmas de los documentos no coinciden: Informa de la inconsistencia detectada a trabajo social, a fin de que recoja la Cédula de Afiliación, la dé de baja y oriente al usuario para que pueda tener el acceso a los servicios, mediante el pago de los derechos que correspondan. 4 Si los datos y firmas de los documentos si coinciden: Anota en el "Formato Específico para Gratuidad", el nombre del titular o dependiente registrado, el número de folio de la Cédula de Afiliación o Credencial de Gratuidad y el número de su expediente clínico, así como el servicio que solicita. 5 Elabora "Carnet de Citas" anota el folio de registro del titular o dependiente registrado, imprime el sello del "derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos" y añade el número de expediente clínico. Le entrega al titular o dependiente registrado el "Carnet de Citas", y le indica que pase a la sala de espera. Entrega el "Formato Específico para Gratuidad" a la enfermera del consultorio del Servicio de Consulta Externa, en el cual se brindará la atención.</p>
<p>Enfermera de Consulta Externa</p>	<p>6 Recibe el "Formato Específico para Gratuidad", llama al titular o dependiente registrado, de acuerdo con la programación de las citas, le solicita su Carnet de Citas y verifica sus signos vitales y realiza somatometría. 7 Si el titular o dependiente registrado acude a consulta subsecuente, extrae expediente del archivo, anota datos de somatometría y signos vitales, entrega expediente al médico y pasa al titular o dependiente registrado. (Pasa a la actividad No. 9). 8 Si el titular o dependiente registrado acude a consulta de primera vez, abre expediente clínico, anota datos de somatometría y signos vitales, entrega expediente al médico y pasa al titular o dependiente registrado.</p>
<p>Médico</p>	<p>9 Recibe al titular o dependiente registrado y anota sus datos de gratuidad en la Hoja Diaria de Consulta Externa (nombre, número de folio de su Cédula de Afiliación y número de expediente clínico). 10 Elabora "Historia Clínica" del titular o dependiente registrado y realiza la exploración, determina diagnóstico, y establece tratamiento. *11 Elabora receta en el recetario de gratuidad y se la entrega al titular o dependiente registrado junto con el "Carnet de Citas". Le indica que pase a la farmacia a recoger sus medicamentos y si es el caso, ordena estudios de laboratorio y/o imagenología. 12 Explica al titular o dependiente registrado su diagnóstico y le da indicaciones higiénico – dietéticas</p>

13 Anota las indicaciones en el expediente clínico y si es el caso, le da cita o lo envía con el especialista. Entrega el expediente a la enfermera del servicio.

14 Registra la actividad en la "Hoja Diaria de Consulta Externa", y especialmente en el rubro del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos del Gobierno del Distrito Federal. Anota en el "Formato Específico para Gratuidad" el número de medicamentos prescritos, elabora el "Concentrado Mensual del Formato Específico para Gratuidad" y lo entrega al Director de la Unidad Médica de Atención Primaria. *

Fin del Procedimiento

ACTORES INVOLUCRADOS

Médico
Odontólogo

SURTIMIENTO DE LAS RECETAS DE MEDICAMENTOS EN LA UNIDAD MÉDICA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y ODONTOLÓGICA

- u 1 Confirma diagnóstico del titular o dependiente registrado y determina tratamiento a seguir.
- 2 Consulta el Cuadro Institucional de Medicamentos de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, a fin de prescribir los medicamentos que requiere el tratamiento.
- 3 Elabora la receta de los medicamentos requeridos o sucedáneos, en el formato oficial denominado "Receta Individual del Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos", para su surtimiento en la Farmacia de la Unidad Médica de Atención Primaria.
- 4 Entrega la receta al titular o dependiente registrado y le indica pase a la Farmacia de la Unidad Médica a surtirla
- o 5 Recibe la receta, acude a la farmacia de la Unidad Médica de Atención Primaria y entrega al Jefe de Farmacia la receta, en original y 3 copias (rosa, verde y amarilla).
- 6 Recibe la receta a surtir, Cédula de Afiliación (o Credencial de Gratuidad) e identificación oficial del titular o dependiente registrado, coteja estos documentos de identificación y los devuelve al interesado.
- 7 Revisa la receta, anota en ella el número de clave de cada medicamento prescrito y verifica existencia de los mismos. ¿?
- 8 Sí en la Farmacia se cuenta con la existencia de los medicamentos al momento de acudir el titular o dependiente registrado surte la receta en su totalidad, entrega al titular o dependiente registrado los medicamentos en las cantidades requeridas, imprime sello de surtido y firma la receta original y sus copias (rosa, verde y amarilla).
- 9 Solicita al titular o dependiente registrado que llene los rubros de recepción de medicamentos, comentarios, nombre, fecha, firma, dirección y teléfono.
- 10 Devuelve el original de la receta surtida al titular o dependiente registrado y conserva las copias rosa, verde y amarilla.
- 11 Registra en el sistema los medicamentos surtidos, archiva la copia rosa y envía al Director de la Unidad Médica de Atención Primaria las copias verde y amarilla para su registro. Titular o Dependiente Registrado
- o 12 Recibe los medicamentos y el original de la receta surtida en la Unidad Médica de Atención Primaria. (Pasa al fin del

Titular
Dependiente
registrado
Jefe de Farmacia

Titular
Dependiente

registrado Jefe de Farmacia	<p>procedimiento).</p> <p>13 Sí en la Farmacia no se cuenta con la existencia de los medicamentos al momento de acudir el titular o dependiente registrado, determina si la receta puede ser surtida, al menos, parcialmente.</p> <p>14 Si la receta no puede ser surtida parcialmente, informa al titular o dependiente registrado que no es posible surtir la receta, dado que no se cuenta en existencia con ninguno de los medicamentos prescritos.</p> <p>15 Rúbrica el original y copias (verde, rosa y amarilla) de la receta, conserva las copias rosa y amarilla, entrega al titular o dependiente registrado la original y la copia verde y le indica que acuda con el Director de la Unidad Médica de Atención Primaria para surtir los medicamentos. (Continúa en la actividad No. 23)</p> <p>16 Si la receta se puede surtir parcialmente, informa al titular o dependiente registrado que le será surtida parcialmente su receta, le entrega los medicamentos existentes en las cantidades requeridas, imprime sello de surtido y firma únicamente en los renglones de los medicamentos surtidos, en el original y las copias (rosa, verde y amarilla) de la receta y conserva las copias rosa y amarilla.</p> <p>17 Solicita al titular o dependiente registrado llene los rubros de recepción de medicamentos, comentarios, nombre, fecha, firma, dirección y teléfono.</p> <p>18 Devuelve al titular o dependiente registrado original de la receta "no surtida" o "parcialmente surtida" y la copia verde.</p> <p>19 Indica al titular o dependiente registrado que acuda con el Director de la Unidad Médica de Atención Primaria para surtir los medicamentos "no surtidos" de su receta.</p> <p>20 Registra en el sistema únicamente los medicamentos surtidos.</p> <p>21 Elabora relación de recetas no surtidas o parcialmente surtidas, anotando el Número de folio de la receta, Número de gratuidad, nombre del titular o dependiente registrado y la clave. Titular o Dependiente Registrado</p>
Titular Dependiente registrado	<p>o 22 Recibe original y copia verde de la receta "no surtida" o "parcialmente surtida".</p> <p>23 Acude con el Director de la Unidad Médica para surtir el o los medicamentos no surtidos de su receta y le entrega el original y copia verde de la receta.</p>
Director de Unidad Médica	<p>la 24 Recibe al titular o dependiente registrado para surtir el o los medicamentos no surtidos y le solicita el original y copia verde de la receta. (Regresa a la actividad 8).</p> <p>25 Recibe diariamente de la Farmacia de la Unidad Médica la relación de recetas totalmente surtidas con el conjunto de hojas verdes y amarillas, las registra, conserva la copia verde y envía la relación y las copias amarillas a la Jurisdicción Sanitaria para su revisión y posterior envío a la Dirección de Medicamentos, Insumos y Tecnología.</p> <p>Fin del Procedimiento.</p>

Para el caso del segundo nivel de atención, se describen a continuación los procesos de hospitalización y surtimiento de recetas, todos los actores involucrados corresponden a la misma institución, nivel y dependencia de gobierno.

ACTORES INVOLUCRADOS	INGRESO AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
Médico General o Especialista de Consulta Externa	1 Determina la hospitalización del titular o dependiente registrado así como la fecha de internamiento y le informa sobre su padecimiento y los procedimientos médicos requeridos y el porqué de su internamiento. 2 Envía al titular o dependiente registrado a Admisión y Archivo Clínico con la solicitud de internamiento para que le entreguen la "Hoja de Consentimiento Informado", debidamente llenada con sus datos generales, indicándole que deberá regresar.
Titular o dependiente registrado	3 Recibe solicitud de internamiento e indicaciones del médico y acude a Admisión y Archivo Clínico para el llenado de la "Hoja de Consentimiento Informado".
Personal de Admisión y Archivo Clínico	4 Recibe solicitud de internamiento del titular o dependiente registrado y elabora la "Hoja de Consentimiento Informado" del mismo, solicitando al titular o dependiente registrado la firme en presencia de dos testigos. 5 Entrega al titular o dependiente registrado la "Hoja de Consentimiento Informado" firmada y le devuelve la solicitud de internamiento.
Titular o dependiente registrado	6 Recibe la "Hoja de Consentimiento Informado" firmada y la solicitud de internamiento, acude con el médico y le entrega la "Hoja de Consentimiento Informado". Consulta Externa ()
Médico General o Especialista de Consulta Externa	7 Recibe del titular o dependiente registrado la "Hoja de Consentimiento Informado" firmada y le indica pase con la Enfermera.
Enfermera de Consulta Externa	8 Indica a la Enfermera anote la fecha de internamiento del titular o dependiente registrado. 9 Anota fecha de internamiento en el "Carnet de Citas" (SUA-AC-5), incluye en el expediente clínico la "Hoja de Consentimiento Informado" e indica al titular o dependiente registrado que pase a la Oficina de Admisión y Archivo Clínico. Entrega el expediente clínico al archivo, y el "Carnet de Citas" al titular o dependiente registrado.
Personal de Admisión y Archivo Clínico	10 Recibe documentos e integra el expediente con la historia clínica, Hoja de Consentimiento Informado y el nombre correcto del titular o dependiente registrado, el folio de su Cédula de Afiliación y nombre de la unidad hospitalaria. 11 Solicita al titular o dependiente registrado el "Carnet de Citas" (SUA-AC-5), donde está registrada la fecha de internamiento; la registra en el "Formato Específico para Gratuidad" junto con el número de folio de su Cédula de Afiliación, número de expediente y nombre del paciente; así como del servicio correspondiente. Le indica al titular o dependiente registrado el día, hora y condiciones en que deberá presentarse para hospitalizarse y le regresa el "Carnet de Citas" (SUA-AC-5).
Trabajadora Social	12 Recibe expediente clínico y solicita al titular o dependiente registrado el "Carnet de Citas" (SUA-AC-5). Confirma datos de registro para el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos y de su

identificación oficial con firma. Comprueba la incorporación de la "Hoja de Consentimiento Informado" (ECHA- 16-1) y coteja la coincidencia de todas las firmas.

13 Si los datos no están correctos y no coinciden las firmas, revisa los documentos, verifica las inconsistencias; de ser el caso, recoge la Cédula de Afiliación o credencial presentada, la da de baja y orienta al usuario para que pueda tener acceso a los servicios mediante el pago de la cuota de recuperación que corresponda. (Pasa al fin del Procedimiento)

14 Si los datos están correctos y coinciden las firmas, entrega el expediente clínico con todos los documentos al personal de la Oficina de Admisión y Archivo Clínico.

Personal de Admisión y Archivo Clínico

15 Recibe al titular o dependiente registrado el día y hora del internamiento, verifica los datos de su ingreso en el "Formato Específico para Gratuidad" (No. de folio de su cédula de afiliación o últimas 8 cifras de su tarjeta Sí Vale, nombre y número de expediente clínico, así como el servicio correspondiente). Elabora "Hoja de Ingreso Hospitalario", conduce al titular o dependiente registrado a hospitalizarse y le asigna número de cama.

Enfermera de Hospitalización

16 Recibe al titular o dependiente registrado con su expediente clínico, otorga ropa adecuada y lo instala en la cama asignada. Entrega sus pertenencias a los familiares (si es el caso) y registra los datos del titular o dependiente registrado en el "Formato Específico para Gratuidad".

Fin del Procedimiento.

El Subdirector o Jefe de Unidad Departamental Médico del hospital es el responsable de supervisar el cumplimiento de este procedimiento

ACTORES INVOLUCRADOS
Médico u Odontólogo

SURTIMIENTO DE LAS RECETAS DE MEDICAMENTOS EN LA UNIDAD HOSPITALARIA TRATANTE, SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y ODONTOLÓGICA

1 Confirma diagnóstico del titular o dependiente registrado y determina tratamiento a seguir.

2 Consulta el Cuadro Institucional de Medicamentos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, para prescribir los medicamentos que requiere el tratamiento.

3 Elabora receta de los medicamentos requeridos o sucedáneos, en el formato oficial, denominado "Receta Individual para el Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos", para su surtimiento en la Farmacia de la unidad hospitalaria.

4 Entrega receta al titular o dependiente registrado y le indica pase a la Farmacia de la unidad hospitalaria a surtirla.

Titular o dependiente registrado

5 Recibe receta(s), acude a la farmacia de la unidad hospitalaria y entrega al Jefe de Farmacia la receta, en original y 3 copias.

Jefe de Farmacia

6 Recibe receta a surtir, Cédula de Afiliación o Credencial de Gratuidad o Tarjeta Sí Vale e identificación oficial del titular o dependiente registrado, coteja estos documentos de identificación y los devuelve al interesado.

7 Revisa la receta, anota en ella el número de clave de cada medicamento prescrito y verifica existencia de los mismos.

8 Si en la farmacia se cuenta con la existencia de los medicamentos al momento de acudir el titular o dependiente registrado, surte las recetas en su totalidad, entrega al titular o dependiente registrado los

medicamentos en las cantidades requeridas, imprime sello de surtido y firma la receta original y sus copias (rosa, verde y amarilla).

9 Solicita al titular o dependiente registrado que llene los rubros de recepción de medicamentos, comentarios, nombre, fecha, firma, dirección y teléfono.

10 Devuelve original de la receta surtida al titular o dependiente registrado y conserva las copias rosa, verde y amarilla.

11 Registra en el sistema los medicamentos surtidos, archiva la copia rosa y envía a la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Médica las copias verde y amarilla para su registro. Titular o dependiente registrado

12 Recibe medicamentos y el original de la receta surtida en la unidad hospitalaria. (Conecta con el fin del procedimiento).

13 Si en la farmacia no se cuenta con la existencia de los medicamentos al momento de acudir el titular o dependiente registrado, determina si la receta puede ser surtida, al menos, parcialmente.

14 Si la receta no puede ser surtida parcialmente, informa al titular o dependiente registrado que no es posible surtir la receta, dado que no se cuenta en existencia con ninguno de los medicamentos prescritos.

15 Rubrica el original y copias (verde, rosa y amarilla) de la receta y conserva las copias rosa y amarilla y envía al titular o dependiente registrado con el Director de la Unidad Hospitalaria, para que a través del Subdirector o Jefe de Unidad Departamental Médico o Administrativo resuelva el surtimiento de su receta. (Continúa en la Actividad No. 22)

16 Si la receta si puede ser surtida parcialmente, informa al titular o dependiente registrado que le será surtida parcialmente su receta, le entrega los medicamentos existentes en las cantidades requeridas, imprime sello de surtido y firma únicamente en los renglones de los medicamentos surtidos, en el original y las copias (rosa, verde y amarilla) de la receta y conserva las copias rosa y amarilla.

17 Solicita al titular o dependiente registrado llene los rubros de recepción de medicamentos, comentarios, nombre, fecha, firma, dirección y teléfono.

18 Devuelve al titular o dependiente registrado original de la receta "no surtida" o "parcialmente surtida" y la copia verde.

19 Indica al titular o dependiente registrado que acuda con el Director de la Unidad Hospitalaria para surtir los medicamentos no surtidos en su receta.

20 Registra en el sistema únicamente los medicamentos surtidos.

21 Elabora relación de recetas no surtidas o parcialmente surtidas, anotando el No. de folio de la receta, N° de folio de su Cédula de Afiliación, nombre del titular o dependiente registrado.

22 Recibe original y copia verde de la receta "no surtida" o "parcialmente surtida".

23 Acude con el Director de la Unidad Hospitalaria quien a través del Subdirector o Jefe de Unidad Departamental Médico o Administrativo deberá surtir o completar el surtimiento de su receta y entrega el original y copia verde de la receta.

24 Recibe del titular o dependiente a través del Subdirector Médico o Administrativo el original y copia verde de la receta y resuelve el surtimiento de su receta de acuerdo a los procedimientos establecidos.

Titular o dependiente registrado

Director de la Unidad Hospitalaria

(Regresa a la actividad 8).

25 Recibe diariamente de la Farmacia de la unidad hospitalaria a través del Subdirector o Jefe de Unidad Departamental Médico o Administrativo, la relación de recetas totalmente surtidas con el conjunto de hojas verdes y amarillas, las registra, conserva la copia verde y envía a la Dirección de Medicamentos, Insumos y Tecnología la relación y las copias amarillas.

Fin del Procedimiento.

2.2.7. ¿Hay coherencia lógica y fluidez operativa entre la planeación, operación, seguimiento y evaluación del programa?

Como ya se ha mencionado, si bien existen algunos problemas detectados en las RO y en la operación del programa, sobre todo derivados de la disponibilidad de recursos (medicamentos y personal de estadística), así como en el seguimiento y la evaluación; en términos generales existe coherencia lógica y fluidez operativa.

2.3. *Congruencia de las actividades con los principios de la política de desarrollo social del D.F, (artículo 4º. De la LDS-DF)*

2.3.1. ¿Las actividades expresan y sustentan el objetivo y razón de ser del programa en relación con los principios de la política de desarrollo social?

La gratuidad en la atención médica y en los medicamentos, sin duda son elementos claves para avanzar hacia la universalidad del derecho a la salud ya que eliminan la principal barrera para acceder a la protección de la salud, por otro lado, esta característica contribuye también a la justicia distributiva y a la equidad social. El programa contempla una vez cubiertos los requerimientos para acceder a estos beneficios, la exigibilidad de los componentes del programa.

El principio de igualdad se cumple al otorgar a los derechohabientes del programa la igualdad de atención ante igualdad de necesidades, este principio se ve reforzado por la integralidad de las acciones, ya que el programa plantea la atención integral a través del acceso a los servicios del nivel de complejidad que requiera el usuario y la complementariedad con otros programas como son el del adulto mayor y el fondo para la adquisición de prótesis y órtesis, y dado que la mayoría de los usuarios considera los servicios satisfactorios, se podría inferir que estos son efectivos. En términos de territorialidad, en algún momento del desarrollo del programa, se procuraron acciones de intensificación de la afiliación en aquellas áreas de mayor marginación. El único principio que habría que impulsar es el de la transparencia, ya que como se mencionó, no se dispone públicamente de toda la información relacionada con la operación del programa.

Por lo anterior es posible concluir que en términos generales las actividades expresan y sustentan el objetivo y razón de ser del programa en relación con los principios de la política de desarrollo social

2.3.2. ¿Existe información actualizada que permita identificar claramente a los beneficiarios(as) y el registro en los padrones cumple con los lineamientos de la Ley de Desarrollo Social del DF y su Reglamento?

Aunque se dispone de información pública (en la página Web de la SSDF) sobre el padrón de beneficiarios, esta información presenta ciertas limitaciones derivadas de la falta de personal para la captura oportuna de las nuevas afiliaciones y para la depuración del padrón, este último proceso implica un alto grado de complejidad, sobre todo por la movilidad poblacional que existe en el DF, por ello se requeriría personal específico para realizar las actividades que conlleven a la depuración del padrón.

2.3.3. ¿Se respetan los montos de los apoyos y los componentes del programa y/o servicio en la entrega a la población?

El programa no tiene montos de apoyo establecidos, respecto a los componentes del programa en términos de los servicios médicos y medicamentos gratuitos, estos satisfacen las necesidades de la población demandante, aunque con algunas limitantes en el surtimiento completo de las recetas.

2.3.4. ¿Existen registro y documentación avalada del cumplimiento de una administración oportuna y confiable de los recursos del programa?

Conforme el PS al 2006, la Ley y su reglamento, no hay un presupuesto especial para el PSMMG. En el Informe de Trabajo de la SSDF 2006 se observa en el cuadro 16 que el presupuesto de la SSDF (incluyendo los SSPDF y recursos para infraestructura de salud radicados en la Secretaría de Obras) se incrementó año con año mostrando un aumento de 81% en 2006 respecto a 2000 excluyendo el presupuesto del capítulo 4000 para la pensión alimentaria. Desde el 2001 hubo un incremento de casi 100% en el capítulo 2000 que son medicamentos e insumos médicos; capítulo que durante los años siguientes se estabilizó en un nivel intermedio. Asimismo destaca el monto creciente del capítulo 3000 entre 2004 y 2006 donde se ubica el gasto en mantenimiento de las unidades médicas. Finalmente destacan los altos montos del capítulo 6000 en 2004 y 2006 correspondientes a la construcción de dos nuevos hospitales y del capítulo 5000 correspondiente a equipamiento médicos en 2005. El presupuesto de egresos no permite apreciar la baja en los ingresos debido a la cancelación de las “cuotas de recuperación” ya que ingresan a la SF.

La distribución por capítulo y los montos dedicados sugieren que el PSMMG contó con los recursos suficientes para garantizar los insumos necesarios para operar el programa y realizar el fortalecimiento de la infraestructura médica (unidades médicas y equipo) durante los últimos tres años de la administración anterior. No se cuentan con elementos para evaluar la oportunidad en la entrega de los recursos.

Para el análisis de las Cuentas Públicas 2006 y 2007 así como de las POA y los informes de avances programático-presupuestales de 2008 ver inciso 1.1 arriba.

2.3.5 ¿Se cumplen los principios de transparencia, rendición de cuentas, no clientelismo y no condicionalidad política en la entrega de los apoyos y/o servicios? ¿Cuáles son los procedimientos de verificación de lo anterior?

La transparencia y rendición de cuentas se cumplieron durante el periodo 2001 a 2006 mediante la publicación anual de Informes de Trabajo, impresos y accesibles en Internet, en los cuales se informa sobre los avances del Programa. Durante la presente administración no se tiene evidencias de que se continúe esta práctica ya que no se encuentran informes en la página web de la SSDF.

La LEDAGSMMPRDFCSSL establece en el artículo 6 que los servidores públicos encargados deben actuar en “*apego a los principios de igualdad e imparcialidad*” de lo contrario serán sancionados. Esta obligación está retomada y desarrollada en los manuales de procedimientos. Adicionalmente el artículo 55 del Reglamento plantea explícitamente que:

...los servidores públicos... se abstendrán de utilizar los derechos consignados en la Ley y este Reglamento con fines políticos, electorales y de lucro; en caso contrario serán sancionados...

Así mismo en 2004 se publicaron los resultados de una encuesta a los derecho-habientes del PSMMG.¹⁴ Respecto a la afiliación sólo el 0.7% respondió que había tenido algún condicionamiento, generalmente el pago de dinero.

Actualmente no está disponible en la página Web el reglamento de la LEDAGSMMPRDFCSSL y en los programas prioritarios solamente hay una presentación muy general del contenido del PSMMG lo que contrasta con la información exhaustiva sobre el Seguro Popular.

No hay evidencias de que existan procedimientos para verificar el cumplimiento de la LEDAGSMMPRDFCSSL.

2.3.6. ¿El programa opera en función de minimizar la inversión de tiempo que deban hacer los beneficiarios o derechohabientes para acceder a los programas y servicios?

Los manuales de procedimientos del programa tienen establecidos los tiempos para la realización de cada uno de las actividades involucradas en el Programa. El tiempo para la inscripción al programa de 1.5 horas, parecen razonable. Por otra parte el tiempo destinado durante la primera consulta es de igual duración pero la proporción entre administración y consulta es de 2 a 1. El tiempo para el surtimiento de la receta, de alrededor de una hora, también parece excesivo al igual que los tiempos para la internación en el hospital vía consulta externo o urgencias que rebasan las dos horas sólo en trámites administrativos. En

general se observa que el tiempo destinado a trámites administrativos sobrepasa el tiempo de atención médica o a la salud.

Los tiempos señalados en los manuales son indicativos pero no garantizan que efectivamente se cumplen, particularmente los tiempos de espera en consulta o urgencias.

2.4. Sustentación y retroalimentación de los procesos

2.4.1. ¿Las actividades de seguimiento del programa son sistemáticas y regulares? Descríbalas.

Si bien existe un seguimiento sistemático del programa a través de la construcción de indicadores a partir de los Informes Mensuales de Atenciones otorgadas a través del PSMMG, es evidente que las posibilidades de control, evaluación e implementación de acciones correctivas no se está realizando, la caída de los indicadores de servicios del programa así lo demuestra, es posible que esta situación tenga varias explicaciones, una de ellas es la posibilidad de que el PSMMG haya dejado de ser centro de interés político, otro elemento que explicaría esta situación, es la inserción en la estructura organizacional del responsable de estas actividades que recaen en una Jefatura de Unidad Departamental y cuya única posibilidad de implementación de acciones correctivas es a través de la buena voluntad de los directores de unidades aplicativas, ya que es a este nivel al que se canalizan las observaciones de la evolución de las actividades del programa.

Por otro lado, el hecho de que todas las actividades del primer nivel de atención se realicen en un organismo diferente a la SSDF, constituye un obstáculo más para realizar las actividades de seguimiento, control, evaluación y retroalimentación del programa.

Para que la implementación de medidas de control, evaluación y acciones correctivas, se pueda establecer con éxito, es necesario el reposicionamiento del PSMMG, al más alto nivel de la estructura orgánica, ya que difícilmente la actual JUD de Gratuidad, podría instrumentar acciones exitosas en esta dirección, sin los recursos gerenciales y de todo orden, necesarios para impulsar nuevamente este programa

2.4.2. ¿Existen información concentrada, sistematizada y analizada de las diversas fases del programa? Describa la situación.

Si existe información concentrada y sistematizada de las diversas fases del programa, pero el análisis que se podría realizar de dicha información es limitada, así como las acciones correctivas que se podrían implementar a partir de dicho análisis.

2.4.3. ¿Se utiliza esta información para dar seguimiento, evaluar y reprogramar las acciones? Describa la información.

No existen evidencias de que el seguimiento y evaluación de los indicadores, haya dado lugar a acciones de reprogramación, las causas de esta debilidad se expusieron en el punto 2.4.1.

2.4.4. ¿Se cuenta con los recursos humanos y la estructura organizacional suficiente para realizar las diferentes actividades, entregar los apoyos y/o prestar los servicios que componen programa? Describa la situación.

Como ya se mencionó en puntos anteriores, para atender la demanda actual de servicios del programa si se cuentan con los recursos humanos e infraestructura física, aunque la doble estructura organizacional (SSDF Y SSPDF), no es la condición ideal para la operación del programa ya que duplica el esfuerzo organizacional y dificulta la coordinación de actividades, generación de información, implementación de medidas correctivas, etc.

2.5. Metas

2.5.1. ¿Existe claridad en el registro y cumplimiento de metas?

Como ya se mencionó en los apartados anteriores, las RO no establecen metas, sólo se establece el seguimiento de algunos indicadores, los cuales se presentan a continuación.

2.5.2. Desglose y analice las unidades de medida, los procedimientos de registro y la consistencia de los reportes de cumplimiento de metas.

Los indicadores de seguimiento del programa se presentan a continuación en el cuadro 29, como se observa, el porcentaje de atenciones de gratuidad es aún bastante pobre, e incluso algunos indicadores tienden a deteriorarse aún más para 2008, particularmente el porcentaje de recetas surtidas completas, por otro lado si comparamos estos indicadores con los de 2006 presentados en el cuadro 4, se observa que todos los indicadores han sufrido un grave deterioro con respecto a los de ese año, lo que sugiere que el programa está perdiendo la fortaleza política y operativa que presentaba en la administración anterior.

CUADRO 29. INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL PSMMG EN LA SSDF. 2006-2007

Indicador	2007	2008*
Cantidad de cédulas familiares realizadas	26 487	3 283
% de consultas externas de medicina general de gratuidad con respecto al total de consultas de medicina general otorgadas	34	26
% de consultas externas de especialidad de gratuidad con respecto al total de consultas de especialidad otorgadas	42	42
% de intervenciones quirúrgicas de gratuidad con respecto al total de intervenciones quirúrgicas	45	51
% de egresos hospitalarios de gratuidad con respecto al total de egresos hospitalarios	50	55
% de personas atendidas en rayos x con gratuidad con respecto al total de personas atendidas en rayos x	16	14

% de personas atendidas en laboratorio con gratuidad con respecto al total de personas atendidas en laboratorio	24	25
% partos atendidos con gratuidad con respecto al total de partos atendidos	53	75
% de recetas de gratuidad con respecto al total consultas de gratuidad	44	68
% de recetas surtidas completas con respecto al total de recetas de gratuidad	89	29

***Hasta agosto de 2008**

Fuente: Jefatura de Gratuidad de la SSDF. Informe de atenciones otorgadas PSMMG.

2.5.3. En casos de incumplimiento o sobrecumplimiento de metas ¿existe algún análisis o explicación?

Ver arriba punto 2.1.1.

2.5.4. En los programas de transferencias ¿hay consistencia entre el reporte de metas de cobertura y los padrones de beneficiarios? Describa la situación.

El programa no contempla transferencias.

3. Conclusiones y recomendaciones respecto al diseño y a la operación

3.1. Conclusiones

3.1.1. Valoración global del diseño.

En términos generales el diseño del PSMMG es adecuado, ya que da cumplimiento a los principios de política social a través de garantizar el derecho a la protección de la salud, la población objetivo está claramente definida así como la problemática a atender.

Las RO de los años 2007 y 2008 presenta problemas de congruencia con el planteamiento original del PSMMG, situación que va en detrimento de los alcances obtenidos hasta el 2006 y que además se contraponen a algunos de los principios de la política social del Distrito Federal.

En términos políticos se observa una sustitución de la prioridad que este programa tenía, al trasladarse la primacía al programa del Seguro Popular; situación que se hace evidente a través del Programa de Salud 2007-2012, así como a través de la información publicada de ambos programas; además, fuera de las RO 2007-2008 y de los manuales de procedimientos, no se localizó algún documento específico que diera cuenta en forma más amplia de la connotación actual del programa.

3.1.2. Valoración global de la operación.

En cuanto a la operación del programa, si bien para la demanda actual de sus componentes, no se detecta insuficiencia de recursos, es posible que si se incrementara esta demanda a expensas de una mayor difusión y posicionamiento del mismo, los recursos serían insuficientes.

En cuanto a la distribución de los recursos entre las diferentes delegaciones político-administrativas, parecería ser que existe una distribución inequitativa de los mismos. Sin embargo, dadas las características territoriales que prevalecen en el Distrito Federal, para tener una certeza en términos de la distribución de los mismos, sería necesario profundizar el análisis en la regionalización operativa de los recursos, sobre todo porque la ampliación de infraestructura física y de recursos humanos debe estar solventada en este tipo de análisis.

Por lo que corresponde a los recursos financieros, se observa que se han presentado subejercicios presupuestales, derivados de la complejidad en los procesos para la toma de decisiones oportunas y eficaces. Se observa también un importante crecimiento en las

erogaciones para medicamentos, sin que estas hayan tenido impactos relevantes sobre el surtimiento de recetas de gratuidad, además, es evidente que la adopción de la estrategia de terciarización de estos insumos no fue exitosa, toda vez, que no sólo no resolvió el problema de abasto de medicamentos, sino que además resultó sumamente onerosa. En este contexto también debe señalarse que se incrementó el número de claves compradas, aparentemente sin ningún argumento o estudio; hecho que añade al alto costo.

Por cuanto a la suficiencia de recursos para actividades complementarias del programa, se identificaron deficiencias en el volumen del personal asignado a las tareas de captura y procesamiento de la información, sobre todo aquél relacionado con la actualización del padrón de afiliados al programa.

En relación a la calidad de la información estadística relacionada con el programa, se encontraron algunas inconsistencias; unas derivadas de la complejidad para el cálculo de la misma, como es el caso de la determinación de la población objetivos, otras derivadas de la captura poco oportuna de las cédulas de afiliación familiar y depuración del padrón, y algunas otras posiblemente por la falta de registro eficaz, sobre todo en la información relacionada con el registros de las actividades que contempla el programa.

Se observó también que algunos de los indicadores de seguimiento del programa, ya resultan insuficientes, por lo que sería deseable incorporar nuevos indicadores relacionados con la cobertura de la población objetivo. En este rubro también se introdujeron nuevos indicadores que no miden nada.

En relación con los procedimientos de seguimiento, control, evaluación y retroalimentación del programa, estos son insuficientes, ya que a pesar de que se observan retrocesos en algunos indicadores del mismo, no se identificaron acciones instrumentadas para su corrección.

3.1.3. Valoración global de la relación entre diseño y operación e identificación de problemas, sus relaciones y prioridades.

En términos generales la relación entre el diseño y la operación del programa es adecuada. Sin embargo, algunos de los problemas de la operación han comenzado a generar contradicciones entre ambos, tal es el caso de algunos contenidos de las RO, la falta de cumplimiento en los mecanismos de transparencia y sobre todo la superposición del Seguro Popular en detrimento del PSMMG. Ambos programas podrían complementarse en la práctica adecuadamente, como caso excepcional en el país ya que es la única entidad que garantiza el derecho a la protección a la salud y esta situación permitiría que, en el Distrito Federal, el Seguro Popular no generara la exclusión que se genera en otras entidades. Sin embargo el debilitamiento del PSMMG, pone en riesgo el cumplimiento cabal de la universalidad en el derecho a la protección a la salud, por lo que resulta altamente prioritario enfatizar el fortalecimiento del programa

3.1.4 Identificación de problemas de diseño y operación, sus relaciones y prioridades

Las RO vigentes presentan limitaciones en su diseño, ya que excluyen la operación de las unidades de primer nivel de atención dependientes de los SSPDF, los cuales resultan fundamentales como puerta de entrada al programa y para evitar la fragmentación de la atención a la población derechohabiente, por otro lado, estas RO son inconsistentes con lo que establecen los manuales de procedimientos.

La no inclusión de los SSPDF en las reglas de operación, obstaculiza también los flujos de información referentes a la integración y actualización del padrón de afiliados y dificulta el conocimiento de algunos indicadores relacionados con las prestaciones y la satisfacción de los usuarios por los servicios recibidos (las encuestas a usuarios sólo se aplican en el ámbito hospitalario).

Tampoco se tiene claridad en términos de los recursos financieros, materiales y humanos, si estos son suficientes, ya que de manera paralela al PSMMG, se han incorporado en los últimos años nuevos programas cuyas acciones no están vinculadas al programa de referencia.

3.1.5. Del análisis del diseño y la operación ¿cuál o cuáles son las fortalezas y debilidades del programa? ¿Cuáles sus alcances y sus restricciones? (Justifique)

Una de las fortalezas del diseño del programa lo constituye el ser el único programa en el país que garantiza la universalidad del derecho a la protección de la salud, derecho que además es exigible y para el cual existe un sujeto garante, en este caso la SSDF.

En términos de su diseño original otra fortaleza fue el de garantizar los recursos financieros necesarios para su operación, destinando todo el presupuesto de la SSDF y de los SSPDF para la operación del mismo.

Se constituye también en fortaleza el que el programa cuente con el diseño de todas las estrategias necesarias para su operación.

En términos de debilidades del diseño, podría considerarse que aunque el programa contempla todas las acciones integradas de salud, estas no son suficientes para evitar las defunciones por padecimiento evitables, debió existir un énfasis en aquellas acciones que evitan los decesos por causas como la muerte materna, las enfermedades infecciosas, y la desnutrición.

Otra debilidad es que el programa no se posicionó en el imaginario social como un elemento de su propiedad, la apropiación social del mismo hubiese garantizado su sustentabilidad en el tiempo, al margen del ideario de los funcionarios en turno.

En términos de la operación del programa, una de sus fortalezas es que aún sigue resolviendo el obstáculo económico para el acceso a los servicios de salud, así como a los medicamentos.

Sus debilidades ya fueron planteadas en los problemas identificados en el punto 3.1.2

3.2. Recomendaciones

3.2.1. Enliste y explique cada una de las propuestas de recomendaciones para la mejora en el diseño, la operación y en los diferentes puntos específicos

1. Debe instrumentarse plenamente el PSMMG tal como lo mandata la Ley correspondiente que rige la política de salud en el Distrito Federal. El primer paso para lograrlo, debe ser alinear y armonizar el Programa de Salud del D.F. con la Ley y su Reglamento. En esta alineación debe eliminarse la ambigüedad respecto al papel del Seguro Popular en la política de salud local que sólo puede ser complementario al PSMMG y operarse bajo las mismas reglas de gratuidad, equidad, y no-discriminación.
2. Sería conveniente renegociar el convenio sobre el SPSS en el Distrito Federal a fin de poder dedicar los recursos transferidos bajo este convenio para pagar los servicios no prestados en las unidades médicas del GDF para los afiliados al PSMMG y al SP a través de los Institutos Nacionales de Salud o hospitales federales ubicados en el DF. La condición de esta renegociación debería ser que este beneficio no se restrinja a los afiliados al SP.
3. Como parte de la alineación del Programa de Salud con el PSMMG deben elaborarse nuevas ROs para el PSMMG que deben regir su operación en la SSDF y en los SSPDF, que actualmente no están incluidos. Esta alineación significa resolver las contradicciones existentes en aspectos como objetivos generales y particulares, metas, programación presupuestal, instancia responsable del programa, establecimientos para la prestación de las actividades del programa, supervisión, control, y evaluación, y rendición de cuentas entre otras.
4. A fin de difundir el derecho a la protección a la salud y su instrumento, el PSMMG, es necesario fortalecer las acciones de promoción, dentro y fuera de los establecimientos de salud, preferentemente a través de profesionales de la comunicación en salud. La finalidad es posicionar mejor el programa y propiciar la apropiación social del mismo.
5. Reubicar la conducción y responsabilidad del PSMMG al más alto nivel. En vista de que involucra tanto a la SSDF y el organismo público descentralizado los SSPDF pareciera lógico que se asignara a la oficina del Secretario (que simultáneamente es el Director General de los SSPDF) quien a su vez delegaría distintas funciones en las

direcciones apropiadas. Es decir se recomienda darle la jerarquía que le corresponde al PSMMG en vista de que su buen funcionamiento involucra las áreas de: prestación de servicios de la SSDF y de los SSSPDF; de planeación e informática de la SSDF; la definición y compra de los medicamentos e insumos de la SSDF y SSPDF, entre otras.

6. Con estas consideraciones también sería importante avanzar hacia la integración orgánica de la SSDF y la SSPDF, ya que la duplicidad de estructuras, encarece la administración del sistema y obstaculiza la integración operativa. La integración funcional ya no es suficiente, pues origina además problemas de coordinación y de líneas de autoridad.
7. Realizar un profundo análisis de la regionalización operativa con la finalidad de identificar con precisión necesidades de infraestructura y recursos humanos, tanto en primer nivel de atención como en los hospitales. Con base en sus resultados implementar las medidas necesarias para solventar el déficit de recursos para garantizar la cobertura de la totalidad de la población objetivo. Esta planeación debe fijar las prioridades con criterios de los determinantes sociales, la equidad y las necesidades en salud. En esta planeación debe tomarse en cuenta la optimización de los recursos de las instituciones públicas de salud y promover convenios de prestación cruzada de servicios.
8. Replantear los mecanismos para garantizar el abasto suficiente y oportuno de medicamentos y el surtimiento total de las recetas expedidas a los derechohabientes. El problema al parecer no es de recursos financieros sino de operación. Por lo documentado en este trabajo, parecería ser que es conveniente reconstituir el proceso de determinación de necesidades-establecimiento del cuadro autorizado-compra-almacenamiento-distribución-control. Para ello se requeriría afinar guías de tratamiento; medir el uso de insumos y medicamentos en los servicios; impulsar la discusión argumentada sobre necesidades de medicamentos e insumos con el personal médico y enfermería; mecanismos competitivos de compra; restitución de la capacidad de almacenamiento y despacho de medicamento y; retomar el SAICA para garantizar el control interno y una mejor operación de los medicamentos y una administración más transparente así como un seguimiento más exacto en cuanto a los indicadores de gratuidad relacionados con la entrega de medicamentos. Se recomienda también el establecimiento formal de la vinculación de la Dirección de Medicamentos, Insumos y Tecnología con la entidad responsable de la operación del PSMMG.
9. Mejorar los mecanismos administrativos para la instrumentación del ejercicio presupuestal, con la finalidad de evitar los subejercicios o el incumplimiento de metas, así como para mejorar la transparencia en el uso de los recursos.

10. Realizar un diagnóstico de necesidades de capacitación tanto en el personal adscrito a las funciones sustantivas como a las adjetivas, y con base en él, formular un programa de desarrollo de personal.
11. Mejorar el sistema de información del PSMMG en tres vertientes. a) Proporcionar los recursos humanos y materiales necesarios en las áreas de estadística jurisdiccionales con la finalidad de mantener la captura oportuna del padrón de afiliados y de las actividades del programa y garantizar la entrega de credenciales a las familias acreditadas. Responsabilizar a la Dirección de Información en Salud a mantener actualizada y validada el padrón de afiliados. b) Realizar una encuesta poblacional con la finalidad de detectar con mayor precisión el volumen de la población objetivo, la cobertura real del programa, el grado de conocimiento de la población sobre el mismo y su opinión, en términos de la calidad (oportunidad, calidad técnica, capacidad para resolver los problemas, etc.) de los servicios que se ofrecen. c) incorporar nuevos indicadores para que el programa pueda dar cuenta de la cobertura de las actividades en relación con la población afiliada y con la población objetivo, de la eficiencia y eficacia en el uso de los recursos y de la suficiencia de los mismos.
12. Por último, se recomienda adicionar a las acciones integradas de salud, estrategias operativas que permitan detectar y remediar con oportunidad aquellos padecimientos producto de la inequidad social.

3.2.2. Proponga plazos y procedimientos posibles para la instrumentación de las recomendaciones.

A excepción de las recomendaciones 6 y 7, las demás son susceptibles de instrumentarse en el corto plazo (un año), las recomendaciones 6 y 7 posiblemente requieran de más de un año para su instrumentación.

La instrumentación de las recomendaciones depende de la existencia de voluntad política, la capacidad de negociación de cada una de las instancias involucradas en los cambios sugeridos, la existencia de personal capacitado para instrumentar las acciones o en su defecto la contratación de personal experto en cada uno de los campos y de la disponibilidad de recursos financieros para aquellas recomendaciones que implican erogaciones no contempladas en la presupuestación ordinaria.

Preguntas específicas

1. **Describir los cambios del programa en los últimos años identificando en qué aspectos se han producido: a) normativos, b) áreas responsables, c) población objetivo, d) cobertura, e) estrategias de atención, f) componentes, g) catálogos de servicios médicos, h) catálogos de medicamentos asociados, y i) formas de acceso a los medicamentos y a los servicios, j) presupuesto, k) requisitos de asignación, l) registros, m) indicadores)?** Cfr. 1.1.4

Los cambios en el PSMMG expresado en las RO y el Programa de Salud del Gobierno del DF 2007-2012 (PSGDF) respecto al PSMMG 2004-2006, la Ley y su Reglamento son:

a) Normativos. Siguen vigentes la Ley y su reglamento pero las RO publicadas en febrero de 2007 y 2008 presentan cambios discrepancias importantes los primeros.

b) Las áreas responsables cambian en las RO ya que señala a la DGSMU como la instancia responsable del Programa. No hace referencia ninguna a los SSPDF que son señalados en la Ley y su reglamento. Sin embargo, los Manuales de Procedimientos (octubre, 2007) del primer nivel de atención y servicios hospitalarios retoman los contenidos de aquellos dos documentos.

c) La población objetivo que se señala en las RO son los pacientes ingresados a hospitalización vía urgencias sin seguridad social laboral residentes en el DF en contraposición a los documentos legales que señalan a todos los residentes del DF sin seguridad social laboral como población objetivo. No obstante, en el inciso referido al presupuesto se señala como población objetivo a la que se identifica a través del registro de atenciones otorgadas. En los manuales de procedimientos se retoma como población objetivo la señalada en la ley.

d) La cobertura señalada en las RO al inicio de 2008 es el 70% de las familias residentes sin seguridad laboral; dato que está equivocada ya que se trata del 70% de las personas afiliables y se propone como meta incorporar el 100% de los pacientes ingresados vía urgencias a la hospitalización.

e) Las estrategias de atención no están considerados en las RO que sólo se refieren a estrategias de evaluación y supervisión. Las estrategias del PSGDF contemplan como tales.

f) Los dos grandes componentes, prestación de servicios y medicamentos gratuitos, del programa muestran inconsistencias entre los documentos legales y las RO e internamente en estos últimos porque en el segundo objetivo se mencionan todos los servicios de la SSDF

y los SSPDF en congruencia con la Ley pero en el rubro servicios médicos y medicamentos sólo se mencionan a los pacientes ingresados vía urgencias. En cuanto al acceso a los medicamentos los documentos legales señalan a los “medicamentos correspondientes del cuadro institucional” mientras que las RO señalan en el tercer objetivo particular el acceso “gradualmente” a los medicamentos; concepto no explicado y restrictivo en comparación con la Ley.

g) catálogos de servicios médicos y catálogos de medicamentos asociados ver inciso f) arriba

i) ver inciso f) arriba.

j) En la ley el presupuesto del PSMMG es el de la SSDF y no se determina un presupuesto específico del programa. En las RO se señala que “la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, a través del registro de atenciones otorgadas, identifica la población objetivo y las prestaciones otorgadas. También a través de Programa Operativo Anual, la Dirección estima los gastos en relación con la prestación de servicios”. Es decir en el caso de que este procedimiento se realizara habría un presupuesto específico para el Programa; hecho que nos se ha podido constatar en el análisis de los POA.

k) Los requisitos de asignación no cambian.

l) Los registros no cambian.

m) Los indicadores de seguimiento y evaluación no cambian.

2. ¿Son congruentes los lineamientos de la RO con la ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral y su reglamento? en:

a) objetivos y alcances;

b) población objetivo;

c) forma y monto de financiamiento;

d) forma de acceso a los servicios médicos;

e) forma de acceso a los medicamentos;

f) instrumentación y procedimientos;

g) integralidad de los servicios médicos y medicamentos asociados;

h) atención a las necesidades de salud de la población (cautiva y potencial);

i) enfoque y principios y

j) dependencia y unidad administrativa responsable

Ver respuestas a preguntas generales

3. En caso de no existir congruencia, señale ¿cuáles pueden ser las consecuencias? en:

a) los beneficios a los derecho-habientes.

En sus objetivos las RO señalan la prestación de todos los servicios disponibles de la Secretaría de Salud y Servicios de Salud Pública del DF. Sin embargo sólo prevé la afiliación y la prestación de servicios en los hospitales, particularmente en Urgencias. De operarse el Programa apegado a las RO no estarían incluidos los servicios de los Centros de Salud donde se deberían prestar la mayor parte de los servicios y los derecho-habientes tendrían que cubrir el costo de la consulta, de los estudios auxiliares y de los medicamentos correspondientes.

Respecto a los medicamentos se señala que estos se proporcionarán “gradualmente”; concepto que es poco claro. Contraviene el texto de la ley y su reglamento que señala que deben proporcionarse “los medicamentos asociados” a los servicios conforme el cuadro institucional. La falta de cumplimiento de este mandato y la adopción de una política para proporcionar “gradualmente” los medicamentos, obligarían al enfermo a comprarlos o a no completar su tratamiento por falta de recursos que es lo que el Programa tiene por objetivo resolver.

b) la integralidad en la atención

La integralidad de la atención médica se entiende como el acceso a los distintos niveles y actividades de atención requeridos de forma escalonada. En el caso de que sólo estuvieran incluidos los servicios de urgencias y hospitalarios en el PSMMG como señalan las RO esto significaría una ruptura con el principio de integralidad dado que no se pudiera realizar la referencia y contrarreferencia adecuadamente y estarían excluidos particularmente los servicios de promoción, prevención y consulta general que se prestan en los centros de salud.

Otro problema de integralidad que pudiera resultar de las restricciones señaladas es que los Centros de Salud refieran sus pacientes a los hospitales federales, p.e. Gea González o el General de México, donde no está instrumentado el Programa y por tanto el obstáculo económico existe.

c) la universalidad de la atención

Por universalidad de la atención se entiende que todos sin distinción tengan acceso a ella. En el supuesto de las RO de realizar la inscripción al PSMMG sólo en los hospitales particularmente a través de urgencias, la probabilidad de que todos aquellos que no lleguen

a los hospitales se inscriban al Programa disminuye; situación que a su vez repercutiría en un contacto menos frecuente con los servicios de salud particularmente los de atención primaria como son la educación para la salud, promoción, prevención, detección oportuna y control.

d) la garantía al derecho a la salud.

El cumplimiento de la garantía del derecho a la salud demanda que haya acceso oportuno a los servicios requeridos. En el caso de limitar el PSMMG a la prestación de los servicios hospitalarios del GDF no se garantizaría el derecho a la protección de la salud ya que sólo estarían incluidos una parte de los servicios requerido.

e) jurídico administrativas.

Las restricciones que las RO imponen al PSMMG no liberan al GDF o al gobierno federal de sus responsabilidades legales de prestar los servicios requeridos conforme lo resuelto la Suprema Corte de Justicia en varias ocasiones. Estas restricciones exponen por tanto a la SSDF y el GDF a demandas por falta de atención en el caso de que se haya dado un rechazo en los niveles no incluidos.

Por otra parte, las RO puedan inducir a las autoridades y el personal de los Servicios de Salud Pública a violar la Ley de gratuidad y su reglamento que en jerarquía jurídica están por encima de los lineamientos.

4. ¿Cuáles son los criterios con base en los que se costea, ejerce y controla el presupuesto del programa?

En la lógica de la LEDAGSMMPRDFCSSL el presupuesto del GDF para salud es al mismo tiempo el presupuesto del PSMMG como se desprende de los artículos 3 y 4 de la Ley. Sin embargo a diferencia de la Ley, las RO señalan en el apartado de programación presupuestal que:

La Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias... a través de Programa Operativo Anual la Dirección estima los gastos en relación con la prestación de servicios.”

De esta manera este punto es otra de las contradicciones entre la Ley y las RO expedidas en 2007. A nuestro entender, como ya hemos señalado una ley tiene mayor jerarquía jurídico-administrativa que los lineamientos o Reglas de Operación de un Programa y por tanto habría que ajustar las RO al marco legal.

5. ¿Cómo está diseñada la asignación y control de los recursos financieros para la operación de los servicios médicos y la entrega de los medicamentos?

Ver inciso 2.1.1 arriba

6. ¿Considera que guardan relación con los catálogos de atenciones médicas y catálogos de medicamentos, y con los padecimientos atendidos y necesidades de salud de la población cautiva? ¿Cómo podría mejorarse el control y transparencia de los mismos al amparo de la Ley citada?

Como ya se expuso en el inciso I.1.1 la Ley establece que todo el presupuesto de la SSDF respalda el Programa. Por ello el control y transparencia de los recursos financieros están sujetos a la legislación y procedimientos correspondientes y sometidos a las auditorías correspondientes. En este contexto hay que insistir en que los Lineamientos del programa contravienen la Ley al fijar un procedimiento para la presupuestación del programa que además no se ha cumplido.

6. ¿Cómo está vinculado el presupuesto con relación a la gradualidad de medicamentos y con respecto a la cobertura total? (tipo de padecimientos y catálogo de atenciones de la población cautiva y de la población en general)

Al parecer no existe ningún proceso gradual para la entrega de medicamentos, fuera de la mención que existe en las RO, no se pudo identificar ningún documento que explique la “gradualidad”, durante las entrevistas efectuadas a los funcionarios de la SSDF, no reconocieron la existencia de esta “gradualidad” para la entrega de medicamentos, si existe una intención de sustituir la gratuidad por la gradualidad, esta no fue explicitada.

7. ¿Cuáles son sus principales perfiles en comparación con el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), particularmente en nivel de cobertura, y con relación a los servicios médicos prestados y medicamentos asociados?

Ver inciso 1.3.9

8. ¿Pone el programa en perspectiva comparada el problema respecto a la coexistencia con el Seguro Popular en la Ciudad y con relación a otras ciudades del país?

El Informe de Trabajo de la SSDF, 2005 (p. 36-37) hace un análisis escueto del SP y fija como criterio la no-exclusividad de afiliación entre el PSMMG y el SP. Este criterio se adoptó cuando la Secretaría de Salud federal rechazó la propuesta de integrar ambos programas en uno solo.

En los documentos de 2007 y 2008 no se ha encontrado ningún análisis o lineamientos para hacer compatible los dos programas. De esta manera, los documentos de 2007 PS y 2008 LMOAGSMM no ofrecen ningún análisis consistente de las dificultades o ventajas que se pueden derivar de la operación simultánea del PSMMG y el SP. El único argumento explícito a favor del SP en el PS 2007-2012 es que proporcionaría ingresos de mil millones de pesos. No se problematiza o reglamenta cómo ejercer los fondos del SP y cómo los presupuestos regulares fiscales de la SSDF y de los SSPDF; no se prevé cómo planear y registrar el uso de

recursos pertenecientes al SP que son para sus afiliados; no se menciona el trato diferencial que según las reglas del SP debe haber para sus afiliados en los servicios; no se menciona cómo manejar la diferencia de servicios incluidos en el SP y el PSMMG entre otros problemas.

Existen indicios de que el incremento del presupuesto recibido por el SP no ha servido para el mejoramiento de los servicios. Uno de ellos es que en 2007 hubo un subejercicio de 316 millones de pesos mientras que se recibieron \$606.4 millones del CNPSS⁴⁷. Otro es que en el 1^{er} informe semestral de 2008 sobre compra de medicamentos publicado en la página Web de la CNPSS^s, el DF es la única entidad federativa que “*manifestó no tener compras de medicamentos que reportar*”. Por otra parte, no se cumple con el convenio firmado con la CNPSS en 2008 en su cláusula sexta –VIII donde se especifica que la SSDF debe difundir en su página de Internet los conceptos financiados con los recursos transferidos por lo que no se puede analizar el uso de este presupuesto.

En cuanto al análisis comparado del PSMMG con los programas en otras ciudades del país no se presenta. A todas luces no se hace porque sólo existe el Seguro Popular como alternativa en el país. Además el SP fue instrumentado tres años después del inicio del PSMMG por lo que a su inicio no existía otra alternativa que el pago de los servicios y medicamentos, el Paquete Básico gratuito de la SSA o el Seguro para la Familia del IMSS (ver cuadro comparativo 11).

9. ¿Con base en qué criterios y fuentes se estima el universo de atención de este programa?, ¿Están actualizadas?

En las RO se establece que debe contemplarse el comportamiento histórico de la demanda, el otro elemento para estimar la población a atender es el padrón de afiliados, pero como ya se ha mencionado, la actualización del mismo no es expedita.

10. ¿Cuál es la estrategia y cuáles las metas que se plantean para lograr la universalidad del programa? ¿Cómo caracteriza a su política de afiliación

Ver incisos anteriores

11. ¿Con base en qué criterios y procedimientos se establece la estrategia de difusión y promoción del programa, para lograr su universalidad?

Ver inciso 1.5.5.

12. Están contemplados programas de atención, seguimiento y prevención a los problemas de salud de la población cautiva?

^s Disponible en: www.salud.gob.mx → Seguro Popular. Consultado 22/10/08

Desde la publicación del *Programa de Salud al 2006*⁷ se establece que el cumplimiento de sus objetivos, incluyendo el PSSMG, requiere de la instrumentación de un nuevo modelo de atención. En este contexto se establecen que las intervenciones de promoción, prevención y detección temprana se organizarán en función de edad y género.

Según el Informe de Trabajo 2004 la instrumentación de este planteamiento se concretó en las *Acciones Integradas en Salud* (AIS) que impulsan la promoción, la prevención, la detección oportuna y el control de enfermedades. Tienen un enfoque anticipatorio y de atención al riesgo, contribuyen a la atención a la salud de los usuarios, de manera preventiva y con oportunidad, en la cual se integran distintos programas verticales en una acción única que abarca la promoción de la salud, prevención o detección de factores de riesgo y de los padecimientos más comunes incluyendo a los crónico-degenerativos. Su contenido de promoción, prevención, atención, control y seguimiento de las enfermedades contribuirá a disminuir la atención tardía y a fundar una nueva cultura de salud en la población.¹²

Un grupo de expertos determinó cuales son los AIS y a que grupos de edad y género dirigirlos. Resultó de su trabajo seis grupos específicos de AIS para los siguientes grupos: niños y niñas de 0 a 5 años; niñas y niños de 6 a 12 años; adolescentes de 13 a 19 años; mujeres de 20 a 69 años; hombres de 20 a 69 años y; hombres y mujeres de 70 años y más. La separación de mujeres y hombres en edad reproductiva se debe esencialmente a que una parte de su problemática de salud sexual y reproductiva es distinta. Los grupos de edad son los convencionales de la medicina preventiva aunque hay un ajuste para que el grupo de adultos mayores correspondan a la edad de la pensión alimentaria; modificación que parece razonable particularmente con el incremento de la esperanza de vida en el DF de 1 año cada tres.⁴⁸

La importancia de las AIS consiste en que se promueven activamente en los centros de salud independientemente de la causa de la visita, o sea, se las ofrecen a todos los afiliados al PSSMG aunque el objeto de su consulta hubiera sido otro. Por ejemplo una madre que lleve su hijo al centro de salud por un catarro se le ofrece a ella y al niño realizar las AIS correspondientes a sus edades.

En el 2006⁴⁹ se hizo un muestreo para cuantificar el tipo de atención, preventivo o curativo, que proporcionan los centros de salud. Los resultados demuestran que sigue prevaleciendo la atención curativa sobre la preventiva y las AIS que tienen una frecuencia mayor en los grupos de edad menores de 10 años. Otro hallazgo muy importante es que los hombres a partir de los 10 años representan un porcentaje bajo que llega al 12.3% del total en el grupo de 20 a 59 años; situación que indica la necesidad de analizar las razones de esta situación.

No hay información sobre las AIS en 2007 y 2008.

13. ¿Cómo se empata la operación del programa con la del Seguro Popular en cobertura de población, acceso a los servicios y medicamentos, atenciones médicas, y medicamentos asociados y financiamiento, presupuestario de servicios? ¿En qué se complementan, dónde se contradicen?

Ver respuesta a pregunta 8

14. ¿Cómo se han adecuado las estrategias al desarrollo del programa después de seis años de existencia del mismo?

Ver inciso 1.1.4 arriba

15. Particularice en el objetivo del programa de lograr atender las necesidades de salud de la población objetivo, en general y de la derecho-habiente o cautiva

En el punto I.3.1 se exponen extensamente cuales son las necesidades de salud de la población del DF. Es obligación de las Secretarías Estatales de Salud llevar las estadísticas de morbi-mortalidad de toda la población de las entidades federativas (LGS artículo 13. B. V) y la mortalidad se procesa conjuntamente con el INEGI. A fin de apreciar la complejidad del registro se puede señalar que en el DF mueren al rededor de 45,500 personas al año y muchos de ellos no mueren en la institución de afiliación; situación que explica las dificultades de hacer una “línea base” en cualquiera de ellos. Por otra parte, es por todos reconocido que hay un subregistro importante de la morbilidad ya que la *búsqueda de atención que es la que se registra* (atención sobre demanda) tiene relación con factores subjetivos y objetivos lo que entre otras cosas explica el bajo porcentaje de hombres que se atienden (ver 1.3.1); hecho ampliamente conocido en el campo de la salud pública. Dada estas limitaciones es muy difícil que alguna institución pueda evaluar directamente el impacto de sus programas en la morbi-mortalidad de su población de responsabilidad.

El GDF a través de la SSDF es la autoridad sanitaria en el DF y debe coordinar y dirigir la mayoría de las acciones de salud pública con una organización territorial y dirigidas a la población general, como la vigilancia epidemiológica, los cercos epidemiológicos con visitas domiciliarias e inmunizaciones, las campañas de vacunación, la educación para la salud, el control de la calidad del agua, etcétera. Asimismo la SSDF tiene a su cargo el Centro de Regulación de Urgencias Médicas que dirige y coordina la referencia de los accidentados -independientemente de su afiliación institucional y residencia- al hospital más cercano con los recursos suficientes para su atención. Para tal efecto se firmó un convenio interinstitucional con el IMSS y el ISSSTE en 2005.

16. ¿Explicite los criterios y procedimientos establecidos por la institución para garantizar, supervisar y controlar el acceso y la asignación de medicamentos e insumos médicos para la atención de los pacientes? ¿Cuáles son sus implicaciones en

el acceso oportuno? ¿Cuáles en el acceso integral a la salud? ¿Cuál es su implicación en la garantía del derecho establecido por Ley?

Como ya se mencionó, la terciarización en la entrega de medicamentos, generó pérdida del control de abastos de medicamentos y del surtimiento de recetas, además de incumplimiento en la calidad de los medicamentos entregados, por estas razones, dicho convenio fue cancelado a partir del 30 de octubre

17. ¿Cómo se ha planteado lograr atender las problemáticas de salud de la población cautiva o derecho-habiente y cómo para la población objetivo? (Análisis de los catálogos de atenciones médicas y medicamentos para ambos tipos de población)

Para la población derechohabiente, la estrategia es responder a la libre demanda, para la población objetivo que aún no se ha empadronado no hay ninguna estrategia proactiva.

Para el análisis de los cuadros de medicamentos ver punto 2.1.1 arriba

18. ¿Cómo se ha diseñado la operación de la gradación en el otorgamiento de medicamentos a la población derecho-habiente? (¿los criterios responden al tipo de padecimientos que se atienden en la institución, o lo hacen con relación a las necesidades de salud de la población?) Analizarlo y explicarlo con base en los catálogos de atenciones institucionales del programa y el de los medicamentos asociados, si existen.

Al parecer no existe ningún proceso gradual para la entrega de medicamentos, fuera de la mención que existe en las RO, no se pudo identificar ningún documento que explique la “gradualidad”. Durante las entrevistas efectuadas a los funcionarios de la SSDF, no reconocieron la existencia de esta “gradualidad” para la entrega de medicamentos, si existe una intención de sustituir la gratuidad por la gradualidad, esta no fue explicitada.

19. ¿Cuáles son los indicadores de cobertura?, ¿cuáles los indicadores de seguimiento de las atenciones, y de las acciones de prevención de la población cautiva o derecho-habiente? (en consulta general, hospitalización y urgencias)

Afiliación

Cantidad de núcleos familiares Incorporados x100

Cantidad de familias elegibles.

Cantidad de personas registradas en el Padrón x100

Total de residentes en consulta externa de especialidad

Servicios

Total de atenciones consulta externa de Especialidad de gratuidad x100

Total de atenciones en consulta externa de especialidad

Total de atenciones consulta externa de medicina general de gratuidad x 100

Total de atenciones en consulta externa por Medicina general

Cantidad de intervenciones quirúrgicas de Gratuidad x 100

Total de intervenciones quirúrgicas

Cantidad de egresos hospitalarios de gratuidad x 100

Total de egresos hospitalarios

Cantidad de personas atendidas en RX por gratuidad x 100

Total de personas atendidas en RX

Cantidad de personas atendidas en Laboratorio gratuidad x 100

Cantidad total de personas atendidas en Laboratorio

Cantidad de partos atendidos por gratuidad x 100

Total de partos atendidos

No hay indicadores específicos de prevención para los afiliados sólo los que se refieren a la población total o la que se atiende en las unidades médicas.

¿Cuáles son los indicadores de seguimiento de la asignación de los medicamentos a la población derechohabiente o cautiva? (en consulta general, hospitalización y urgencias).

Total de recetas por gratuidad por mes x100

Total de consultas por gratuidad por mes

Cantidad de recetas completas surtidas por Mes x100

Cantidad total de recetas de gratuidad otorgadas por mes

Estos indicadores no incluyen el uso intra-hospitalario de medicamentos que se proporcionan gratuitamente a todos los pacientes internados.

21. ¿Cuáles son los indicadores de satisfacción de las necesidades de salud de la población derecho-habiente que se atiende y del total de la que accede a los servicios

No existen indicadores de la satisfacción de las necesidades de salud de la población derechohabiente, a lo sumo, a través de las encuestas aplicadas mensualmente en las unidades hospitalarias se explora la satisfacción con el servicio recibido. Sin embargo, como ya fue comentado en secciones anteriores, mientras sigan apareciendo dentro de las principales causas de defunción, aquellos padecimientos para los cuales se dispone de recursos tecnológicos para evitar la muerte, es posible inferir a través de estas estadísticas que no están satisfechas todas las necesidades de salud.

22. ¿Cómo se articula o no el objetivo universal del programa de incorporar a toda la población no asegurada con la agregación de otros criterios en la RO como el de marginación?

Fue contestado en apartados anteriores.

23. ¿La detección de la demanda de servicios responde a estrategias proactivas de la institución o al contacto establecido por la población en el momento de la demanda de atención? ¿Qué ocurre con la población cautiva o derecho-habiente? ¿Se le da seguimiento? ¿De qué tipo?

No existe un proceso proactivo de detección de la demanda, la demanda es espontánea y al parecer no se le da seguimiento a la población derechohabiente, situación que además, impide la depuración del padrón de afiliados.

24. ¿Se ha planteado la difusión y promoción del programa de acuerdo con el número de afiliados con que cuenta el programa? ¿La considera proactiva? Explique.

Como ya se comentó la difusión y promoción del programa, sólo se realiza dentro de los establecimientos de salud a través de carteles informativos, consideramos que esta difusión es insuficiente, por lo que se requiere impulsar procesos de difusión y promoción del programa por lo menos en las zonas de más alta marginación.

25. ¿Cómo se fundamenta que el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos sea operado como un programa cuando su presupuesto corresponde, por Ley, a los recursos aprobados a la Secretaría de Salud del DF en el Presupuesto de Egresos del año inmediato anterior más el incremento del índice inflacionario.

Esta pregunta ya fue contestada en diversos párrafos de la primera sección.

26. ¿Cuáles son los procedimientos por los que se garantiza, supervisa y controla el abasto de medicamentos e insumos médicos? ¿Cuáles son los correspondientes al surtimiento de recetas a los derecho-habientes? ¿Cómo se registran y supervisan?

Como ya se mencionó, la terciarización en la entrega de medicamentos, generó pérdida del control de abastos de medicamentos y del surtimiento de recetas, además de incumplimiento en la calidad de los medicamentos entregados, por estas razones, dicho convenio fue cancelado a partir del 30 de octubre

27. ¿Describa el proceso gradual en la entrega de los medicamentos (o surtimiento a derecho-habientes) y señale cuáles son sus implicaciones con relación al acceso oportuno e integral a la salud, y con respecto a garantizar el derecho establecido en la Ley? ¿Qué relación guarda con el catálogo de atenciones cubiertas y cuál con las necesidades de salud de la población?

Al parecer no existe ningún proceso gradual para la entrega de medicamentos. Fuera de la mención que existe en las RO, no se pudo identificar ningún documento que explique la “gradualidad”, durante las entrevistas efectuadas a los funcionarios de la SSDF, no reconocieron la existencia de esta “gradualidad” para la entrega de medicamentos. Si existe una intención de sustituir la gratuidad por la gradualidad, esta no fue explicitada.

Referencias Bibliográficas

- ¹ De Miguel. M. Modelos y diseños en la evaluación de Programas En Sabrodo, L. (ed) Orientación Profesional: Diagnóstico e Inserción Sociolaboral Barcelona, Editorial Estel. 2000
- ² Secretaría de Salud del Distrito Federal. Lineamientos y Mecanismos de Operación de los Programas Sociales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral. México: Gaceta Oficial del Distrito Federal. No. 25 Bis del 31 de enero de 2007. pp. 62-66 y No. 266 Bis del 1º de Febrero de 2008. pp. 8-11
- ³ Asamblea Legislativa del DF. Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral. Gaceta Oficial del Distrito Federal. 22 de mayo 2006.
- ⁴ Jefe de Gobierno del DF. Reglamento de la Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social labora. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 4 de diciembre, 2006
- ⁵ Secretaría de Salud del Distrito Federal. Manuales de procedimientos del acceso gratuito acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral. 1 de octubre, 2007
- ⁶ Secretaría de Salud del Distrito Federal. Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal. Actualización para el periodo 2004-2006. México DF. Febrero de 2004. Archivo pdf.
- ⁷ Secretaría de Salud del Distrito Federal. Programa de Salud al 2006. Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal. Agosto de 2002. p. 39
- ⁸ Comisión Interinstitucional de Desarrollo Social del Distrito Federal. Programa de Desarrollo Social 2007-2012. México DF. Diciembre 2007. p. 28 Archivo pdf
- ⁹ Comisión de Salud del Senado de la República. Dictamen B-0438 Disminución de la muerte materna por parto. (en línea) México: Comunicación Social de la LX Legislatura. 16 de octubre de 2008. (consultado 26 de octubre 2008). Disponible en:
http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=7647&Itemid=80
- ¹⁰ Resoluciones de carácter general en la que se exime del pago de Derechos por los Servicios Médicos que presta el Gobierno del Distrito Federal, a la población abierta residente en el Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal. Número 33 del 20 de marzo de 2001. pp.2-3 y Número 74. del 14 de junio 2001. pp.2-3

-
- ¹¹ Secretaría de Salud del Distrito Federal. Informe de Trabajo 2001, México DF: SSDF, 2002
- ¹² Secretaría de Salud del Distrito Federal. Informe de Trabajo 2004, p. 27
- ¹³ Secretaría de Salud del Distrito Federal. Informe de Trabajo 2006, p.31, 59-70
- ¹⁴ Secretaría de Salud del DF. Programa de Salud 2007-2012. mayo, 2007. Archivo pdf
- ¹⁵ Laurell AC, Zepeda E, Musso ML. Eliminating economic barriers in health care: the Mexico City Government's experience. En Maureen Mackintosh and Meri Koivusalo (ed) *Commercialisation of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses*. London: Palgrave MacMillan. 2005
- ¹⁶ Asamblea Legislativa del DF. Diario de los Debates. 2006
- ¹⁷ Banco Mundial, invertir en Salud. Washington: Banco Mundial. 1994
- ¹⁸ Laurell AC. Health system reform in Mexico. A critical review. **Int J Health Serv.** 2007; 37(3):515-35.
- ¹⁹ Tetelboin C. La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 2003
- ²⁰ Ministerio de Salud. Garantías explícitas en salud. (en línea) Chile. (Consultado 26/10/08). Disponible en: <http://www.minsal.cl/> "sección garantías explícitas en salud.
- ²¹ Baron-B MC. y Giraldo-S JA. Análisis de Riesgo Sectorial. Hospitales. (en línea) Brasil: Investor Services S.A. 2007 (consultado 19/10/08). Disponible en: www.brc.com.co/notasyanalisis/AnalisisSectorHospitales.pdf
- ²² Periódico electrónico Attac. El Impacto del Auge en la Salud de los Chilenos. 5 de enero, 2005 (consultado: 26/10/08). Disponible en: www.attac.cl/edicion/index.php?option=content&task=view&id=194&Itemid=31
- ²³ Cohn A. La reforma sanitaria brasileña: la victoria sobre el modelo neoliberal *Medicina Social/Social Medicine*. 2008; 3:2 disponible en: www.medicinasocial.info.
- ²⁴ Escorel S. Exclusão Social e Saúde. *Rev Saúde em debate* 1994, 43
- ²⁵ Londoño JL. Frenk J.. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador en para la reforma de los sistemas de salud en América Latina, *Boletín Salud y Gerencia*; 1996 15:5-2
- ²⁶ Velandia F, Ardón NR, Jara MI, Cardona JF.. *Estructura, estado y modificación de la calidad y de la oportunidad de la Atención Médica en Colombia*. Bogota: Pontificia Universidad Javeriana. 2006; 245 pp
- ²⁷ Bossert T.. Analysing the decentralization of health systems in developing countries: decision, space, innovation and performance. *Social Science and Medicine*; 1998, 47 (10): 1513-1527

-
- ²⁸ Arbelaez MP, Gaviria MB, Franco A, Restrepo R, Hincapié D, Blas E. "Tuberculosis control and managed competition in Colombia", *Int J Health Plann Mgmt*. 2004;19: S25-S43
- ²⁹ Unger JP, De Paepe P, Ghilbert P, Soors W, Green A, "Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries", *International Journal of Integrated Care*. 2006; Vol. 6, 18 September
- ³⁰ Torres M. La crónica de una muerte anunciada. (en línea) (consultado 24 de octubre 08) Disponible en: www.salud.gobiernolegitimo.org.mx →documentos
- ³¹ Secretaría de Salud del Distrito Federal. Agenda estadística 2007. cuadro 2.2
- ³² Secretaría de Salud del Distrito Federal. Informe de Trabajo 2003, pp. 33-34
- ³³ Secretaría de Salud del Distrito Federal. Plan Maestro de Infraestructura Física de Salud, DF 2003 p. 42
- ³⁴ Secretaría de Salud del Distrito Federal. Informe de Trabajo 2005. pp. 15-16
- ³⁵ Laurell AC. La reforma de salud en la Ciudad de México, 2000-2006.(en línea) *Medicina Social/Social Medicine*, 2008; 3:2 (consultado: 12 de octubre 08) disponible en: <http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/issue/view/22>
- ³⁶ Congreso de la Unión. Ley General de Salud 2003. Artículo 77 bis octavo transitorio, 77 bis: 23, 28, 38-VII, 39. México: Diario Oficial de la Federación. Mayo 2003.
- ³⁷ CNPSS. Informe de resultados 2007, p. 14 e Informe de resultados al primer semestre 2008 p. 16
- ³⁸ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; 22 (3): 429-45.
- ³⁹ Secretaría de Salud del Distrito Federal. Lineamientos y mecanismos de operación del Fondo de apoyo para adultos mayores y personas de escasos recursos que requieren prótesis, órtesis y apoyos funcionales. Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal. No. 333. 14 de mayo de 2008. P. 4
- ⁴⁰ Secretaría de Salud del Distrito Federal. Anteproyecto de presupuesto de egresos 2009. Impreso
- ⁴¹ Secretaría de Salud Federal. NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud. Disponible en: www.salud.gob.mx
- ⁴² Oficio OIP/046/08 Oficina de Información Pública de la SSDF. DISPONIBLE EN: www.salud.df.gob.mx/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,150/Itemid,83
- ⁴³ Política Digital. Distrito Federal: Almacenes en terapia intensiva. 15 de junio de 2006. Disponible en: www.politicadigital.com.mx/?P=leernoticiaprint&Article=428
- ⁴⁴ Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Decreto de Presupuesto de Egresos 2006, 2007 y 2008. Distrito Federal: Gaceta Oficial del Distrito Federal No. 155-

TER. del 30 de diciembre de 2005. pp. 7-27, No. 12 del 31 de diciembre de 2006. pp. 3-30 y 241 Tomo II del 27 de diciembre de 2007. pp. 9-301

- ⁴⁵ Informe de Avance Trimestral de la Cuenta Pública. Enero-diciembre 2007. Banco de Información.
- ⁴⁶ Pulso Político. Exigen asambleístas a SSDF garantizar medicamentos. 3 de septiembre de 2008. Disponible en: <http://www.pulsopolitico.com.mx/2008/09/03/exigen-asambleistas-a-ssa-df-garantizar-medicamentos/>
- ⁴⁷ CNPSS. Informe 2007. Disponible en: www.seguro-popular.salud.gob.mx/descargas/trasparencia/informederesultados2007.pdf
- ⁴⁸ Secretaría de Salud del Distrito Federal. Informe de Gestión 2005. p. 37
- ⁴⁹ Secretaría de Salud del Distrito Federal. Informe de Trabajo 2006. pp. 36-39

Anexos

Anexo 1.
Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral

Artículo 1. Las personas residentes en el Distrito Federal que no estén incorporadas a algún régimen de seguridad social laboral tienen derecho a acceder de forma gratuita a los servicios médicos disponibles y medicamentos asociados en la unidades médicas de atención primaria y hospitalaria del Gobierno del Distrito Federal.

Artículo 2. El Gobierno del Distrito Federal, a través de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, deberá garantizar el acceso gratuito a las personas residentes en el Distrito Federal, que no estén incorporadas a algún régimen de seguridad social laboral, a los servicios médicos disponibles y a los medicamentos asociados que proporciona dicha dependencia de conformidad con sus atribuciones.

Artículo 3. Para hacer efectivo el acceso gratuito al derecho consignado en la presente Ley, el Jefe de Gobierno del Distrito Federal deberá garantizar en el Proyecto de Presupuesto Anual de Egresos los recursos suficientes, los cuales no deberán ser menores a los aprobados a la Secretaría de Salud del Distrito Federal en el Presupuesto de Egresos del año inmediato anterior más el incremento del índice inflacionario.

Artículo 4. Para hacer efectivo el acceso gratuito al derecho consignado en la presente Ley, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal deberá garantizar en el Decreto de Presupuesto Anual de Egresos del Distrito Federal, los recursos suficientes, los cuales no deberán ser menores a los aprobados a la Secretaría de Salud del Distrito Federal en el Presupuesto de Egresos del año inmediato anterior, más el incremento del índice inflacionario.

Artículo 5. La forma como la población hará valer el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos disponibles, medicamentos asociados, la verificación, la elaboración y actualización del padrón de beneficiarios y demás requisitos y procedimientos necesarios para el ejercicio del derecho establecido en esta Ley, se fijará en el Reglamento correspondiente.

Artículo 6. Los servidores públicos, responsables de la ejecución de esta Ley, en su aplicación deberán actuar con apego a los principios de igualdad e imparcialidad, cuyo incumplimiento dará lugar al procedimiento y sanciones conforme a los ordenamientos legales aplicables.

Anexo 2.

CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD

(Fuente: www.seguro-popular.salud.gob.Mx/descargas/menu_beneficios/catalogo_universal_explicito.pdf)

INTERVENCIONES POR CONGLOMERADO

ACCIONES PREVENTIVAS (17)

1. Vacuna antihepatitis B
2. Vacuna pentavalente acelular DPaT+Hib+IPV (contra difteria, tosferina, tétanos, poliomielitis e infecciones invasivas por H. influenzae tipo B)
3. Vacuna DPT (contra difteria, tosferina y tétanos)
4. Toxoides Tetánico y diftérico (Td) (contra difteria y tétanos)

5. Vacuna triple viral SRP (contra sarampión, rubéola y parotiditis)
6. Vacuna BCG (contra tuberculosis)
7. Diagnóstico y consejería de alcoholismo
8. Diagnóstico y consejería de tabaquismo en adolescentes
9. Detección de trastornos por déficit de atención
10. Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria
11. Examen médico completo para mujeres de 40 y más años de edad. Incluye estudios generales y detecciones de VIH/SIDA, cáncer de colon, cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino
12. Examen médico completo para hombres de 40 y más años de edad. Incluye estudios generales y detecciones de VIH/SIDA, cáncer de colon y cáncer de próstata
13. Línea de vida: acciones preventivas para niñas, niños y adolescentes
14. Línea de vida: acciones preventivas para la mujer
15. Línea de vida: acciones preventivas para el hombre
16. Línea de vida: acciones preventivas para el adulto mayor
17. Atención médico-psicológica de la violencia familiar y sexual

MEDICINA AMBULATORIA (84)

18. Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropriiva
19. Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición y obesidad en niños y adolescentes
20. Diagnóstico y tratamiento de Kwashiorkor
21. Diagnóstico y tratamiento de marasmo nutricional
22. Diagnóstico y tratamiento de deficiencia de vitamina A
23. Diagnóstico y tratamiento de rubéola
24. Diagnóstico y tratamiento de sarampión
25. Diagnóstico y tratamiento de varicela
26. Diagnóstico y tratamiento de amigdalitis aguda
27. Diagnóstico y tratamiento de faringitis aguda
28. Diagnóstico y tratamiento de laringitis y traqueitis agudas
29. Diagnóstico y tratamiento de otitis media no supurativa
30. Diagnóstico y tratamiento de otitis media supurativa
31. Diagnóstico y tratamiento de rinofaringitis aguda (resfriado común)
32. Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda
33. Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis
34. Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica
35. Diagnóstico y tratamiento del asma en adultos
36. Diagnóstico y tratamiento del asma en niños
37. Diagnóstico y tratamiento de dengue clásico
38. Diagnóstico y tratamiento ambulatorio de diarrea aguda
39. Diagnóstico y tratamiento de fiebre paratifoidea y otras salmonelosis
40. Diagnóstico y tratamiento de fiebre tifoidea
41. Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis (TAES)
42. Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis fármacorresistente (TAES-PLUS)
43. Diagnóstico y tratamiento del herpes zoster
44. Diagnóstico y tratamiento de candidiasis
45. Diagnóstico y tratamiento de gonorrea
46. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por clamidia (incluye tracoma)
47. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por trichomona
48. Diagnóstico y tratamiento de sífilis
49. Diagnóstico y tratamiento de cistitis
50. Diagnóstico y tratamiento de uretritis y síndrome uretral
51. Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda
52. Diagnóstico y tratamiento de vaginitis subaguda y crónica
53. Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda
54. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de amebiasis intestinal
55. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de anquilostomiasis y necatoriasis

56. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de ascariasis
57. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de enterobiasis
58. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de equinococosis
59. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de equistosmiasis (bilharziasis)
60. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de estrongiloidiasis
61. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de filariasis
62. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de giardiasis
63. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de teniasis
64. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de tricuriasis
65. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de triquinosis
66. Diagnóstico y tratamiento de escabiosis
67. Diagnóstico y tratamiento de pediculosis y phthiriasis
68. Diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales
69. Diagnóstico y tratamiento de onicomiosis
70. Diagnóstico y tratamiento de celulitis
71. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica de contacto
72. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis atópica
73. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis de contacto por irritantes
74. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis del pañal
75. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis exfoliativa
76. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis seborreica
77. Prevención, diagnóstico y tratamiento de psoriasis
78. Diagnóstico y tratamiento de verrugas vulgares
79. Diagnóstico y tratamiento del acné
80. Diagnóstico y tratamiento de esofagitis por reflujo
81. Diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda
82. Diagnóstico y tratamiento de úlcera péptica
83. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable
84. Diagnóstico y tratamiento de gota
85. Diagnóstico y tratamiento de la dislipidemia
86. Diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo
87. Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo (niños y adultos)
88. Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de diabetes mellitus I
89. Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de diabetes mellitus II
90. Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de hipertensión arterial
91. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica
92. Diagnóstico y tratamiento de osteoporosis
93. Diagnóstico y tratamiento de mastopatía fibroquística
94. Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide
95. Diagnóstico y tratamiento de osteoartritis
96. Diagnóstico y tratamiento de lumbalgia
97. Diagnóstico y tratamiento de depresión
98. Diagnóstico y tratamiento de psicosis (incluye esquizofrenia)
99. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia
100. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad de Parkinson
101. Otras atenciones de medicina general

ODONTOLOGÍA (8)

102. Prevención de caries (*curetaje, odontoxesis y aplicación tópica de fluor*)
103. Sellado de fosetas y fisuras dentales
104. Obturación de caries con amalgama o resina
105. Eliminación de focos de infección, abscesos y restos radiculares
106. Extracción de piezas dentarias (*no incluye tercer molar*)
107. Diagnóstico y tratamiento de pulpitis y necrosis pulpar
108. Diagnóstico y tratamiento de absceso maxilar

109. Extracción de tercer molar

SALUD REPRODUCTIVA (9)

- 110. Métodos temporales de planificación familiar: anticonceptivos
- 111. Métodos temporales de planificación familiar: preservativos
- 112. Métodos temporales de planificación familiar: dispositivo intrauterino
- 113. Métodos definitivos de planificación familiar: vasectomía
- 114. Métodos definitivos de planificación familiar: salpingoclasia
- 115. Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea
- 116. Atención del climaterio y menopausia
- 117. Diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado
- 118. Diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado

EMBARAZO, PARTO Y RECIÉN NACIDO (21)

- 119. Atención del embarazo normal (atención prenatal)
- 120. Atención del parto normal
- 121. Atención del recién nacido normal
- 122. Atención del parto por cesárea y del puerperio quirúrgico
- 123. Diagnóstico y tratamiento del prematuro sin complicaciones
- 124. Diagnóstico y tratamiento del prematuro con hipotermia
- 125. Diagnóstico y tratamiento del recién nacido con bajo peso al nacer
- 126. Estimulación temprana del recién nacido normal y del prematuro
- 127. Diagnóstico y tratamiento de eclampsia
- 128. Diagnóstico y tratamiento de pre-eclampsia
- 129. Diagnóstico y tratamiento de pre-eclampsia severa
- 130. Hemorragia obstétrica puerperal
- 131. Hemorragia por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- 132. Ruptura uterina
- 133. Enfermedad trofoblástica
- 134. Embarazo ectópico
- 135. Endometritis puerperal
- 136. Infección superficial de episiorrafia o herida quirúrgica obstétrica
- 137. Pelvipertonitis
- 138. Choque séptico puerperal
- 139. Ictericia neonatal

REHABILITACIÓN (3)

- 140. Rehabilitación de fracturas
- 141. Rehabilitación de parálisis facial
- 142. Diagnóstico y tratamiento de secuelas de desnutrición

URGENCIAS (20)

- 143. Estabilización en urgencias por crisis hipertensiva
- 144. Estabilización en urgencias del paciente diabético (cetoacidosis)
- 145. Manejo en urgencias del síndrome hiperglucémico no cetósico
- 146. Estabilización en urgencias por "angor pectoris"
- 147. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por benzodiazepinas
- 148. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por fenotiazinas
- 149. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por alcaloides
- 150. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda alimentaria
- 151. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por salicilatos
- 152. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol metílico
- 153. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por organofosforados
- 154. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por monóxido de carbono
- 155. Diagnóstico y tratamiento de mordedura de serpiente

156. Diagnóstico y tratamiento del alacranismo
157. Diagnóstico y tratamiento de picaduras de abeja, araña y otros artrópodos
158. Manejo de mordedura y prevención de rabia en humanos
159. Extracción de cuerpos extraños
160. Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas)
161. Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve (Glasgow 4-15)
162. Manejo en urgencias de quemaduras de primer grado

HOSPITALIZACIÓN (24)

163. Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis
164. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis
165. Diagnóstico y tratamiento de bronquitis aguda
166. Diagnóstico y tratamiento de meningitis
167. Diagnóstico y tratamiento de mastoiditis
168. Diagnóstico y tratamiento de osteomielitis
169. Diagnóstico y tratamiento de neumonía de comunidad en niños
170. Diagnóstico y tratamiento de neumonía de comunidad en el adulto mayor
171. Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano
172. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria
173. Diagnóstico y tratamiento del aborto incompleto y sus complicaciones (hemorragia e infección)
174. Diagnóstico y tratamiento de la litiasis renal y ureteral
175. Diagnóstico y tratamiento de la litiasis de vías urinarias inferiores
176. Diagnóstico y tratamiento de dengue hemorrágico
177. Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico moderado (Glasgow 9-13)
178. Diagnóstico y tratamiento de hepatitis A
179. Diagnóstico y tratamiento conservador de pancreatitis aguda
180. Manejo hospitalario de crisis convulsivas
181. Manejo hospitalario de hipertensión arterial
182. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda (edema pulmonar)
183. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
184. Diagnóstico y tratamiento de neuropatía periférica secundaria a diabetes
185. Manejo hospitalario de quemaduras de segundo grado
186. Diagnóstico y tratamiento de hemorragia digestiva

CIRUGÍA (69)

187. Apendicectomía
188. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad diverticular complicada
189. Diagnóstico y tratamiento de herida penetrante de abdomen
190. Diagnóstico y tratamiento de infarto y rotura esplénicos
191. Diagnóstico y tratamiento de isquemia e infarto intestinal
192. Diagnóstico y tratamiento de oclusión intestinal
193. Diagnóstico y tratamiento de perforación intestinal
194. Diagnóstico y tratamiento de torsión de anexos
195. Diagnóstico y tratamiento de úlcera péptica perforada
196. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de vólvulo colónico
197. Colectomía abierta
198. Colectomía laparoscópica
199. Diagnóstico y tratamiento de hernia hiatal
200. Hernioplastia crural
201. Hernioplastia inguinal
202. Hernioplastia umbilical
203. Hernioplastia ventral
204. Diagnóstico y tratamiento de condilomas
205. Diagnóstico y tratamiento de fibroadenoma mamario
206. Diagnóstico y tratamiento de hiperplasia endometrial

207. Diagnóstico y tratamiento de endometriosis
208. Diagnóstico y tratamiento de quistes de ovario
209. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de mioma uterino
210. Histerectomía total abdominal
211. Histerectomía vaginal
212. Plastia vaginal anterior y posterior
213. Colocación y retiro de diversos catéteres
214. Diagnóstico y tratamiento de cáncer de piel (no incluye melanoma)
215. Diagnóstico y tratamiento de insuficiencia venosa periférica
216. Diagnóstico y tratamiento de tumores benignos de tejidos blandos
217. Exploración quirúrgica de cuello
218. Toracotomía, pleurotomía y drenaje de tórax
219. Diagnóstico y tratamiento de prepucio redundante, fimosis y parafimosis (circuncisión)
220. Cirugía de acortamiento muscular para estrabismo
221. Cirugía de alargamiento muscular para estrabismo
222. Diagnóstico y tratamiento de glaucoma
223. Resección de pterigión
224. Amigdalectomía con o sin adenoides
225. Diagnóstico y tratamiento de papiloma juvenil
226. Cirugía reconstructiva para fisura de paladar (palatoplastia)
227. Cirugía reconstructiva para labio leporino
228. Diagnóstico y tratamiento de criptorquidia uni o bilateral
229. Diagnóstico y tratamiento de hidrocefalia
230. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hipertrofia congénita de píloro
231. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de cadera
232. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del pie equino en niños
233. Diagnóstico y tratamiento de hemorroides
234. Diagnóstico y tratamiento de quirúrgico de fístula y fisura anal
235. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del absceso rectal
236. Prostatectomía abierta
237. Resección transuretral de próstata
238. Artroplastia de rodilla (incluye cirugía artroscópica)
239. Diagnóstico y tratamiento de esguince cervical
240. Diagnóstico y tratamiento de esguince de codo
241. Diagnóstico y tratamiento de esguince de hombro
242. Diagnóstico y tratamiento de esguince de la rodilla
243. Diagnóstico y tratamiento de esguince de muñeca y mano
244. Diagnóstico y tratamiento de esguince de tobillo y pie
245. Diagnóstico y tratamiento de fractura de cadera (incluye hemiprótosis con acetábulo)
246. Diagnóstico y tratamiento de fractura de clavícula
247. Diagnóstico y tratamiento de fractura de cúbito y radio (incluye material de osteosíntesis)
248. Diagnóstico y tratamiento de fractura de húmero (incluye material de osteosíntesis)
249. Diagnóstico y tratamiento de fractura de mano
250. Diagnóstico y tratamiento de fractura de tibia y peroné (incluye material de osteosíntesis)
251. Diagnóstico y tratamiento de fractura de tobillo y pie
252. Diagnóstico y tratamiento de fracturas de fémur (incluye material de osteosíntesis)
253. Diagnóstico y tratamiento de luxaciones
254. Diagnóstico y tratamiento de pie diabético (incluye desde lavado quirúrgico hasta amputación supracondílea)
255. Diagnóstico y tratamiento de quiste sinovial

Anexo 3

FUNCIONARIOS ENTREVISTADOS

Director General de Servicios Médicos y Urgencias

Director General de Administración. Asiste asistente.

Contralor Interno de la SSGDF

Jefe de Programación y Evaluación de Medicamentos

Directora de Políticas en Salud, Planeación y Evaluación
Director General de Planeación y Coordinación Sectorial
Director Ejecutivo de los Servicios de Salud Pública de DF
Coordinadora del Sistema de Protección Social
Jefe de la Unidad Departamental de Gratuidad
Director de Medicamentos, Insumos y Tecnología (asiste responsable de medicamentos)
Director Administrativo del SSP
Subdirectora de Programación del SSP
Director de Información en Salud
Director de Atención Médica del SSP