

TALLER LATINOAMERICANO DE DETERMINANTES SOCIALES DE

LA SALUD

**LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
Y LA ACCIÓN POLÍTICA**

Asa Cristina Laurell

México D.F.

29 de septiembre al 2 de octubre, 2008

ALAMES

1. Introducción

Es posible darle múltiples enfoques al tema de este trabajo “*Los Determinantes sociales de la salud y la acción política*”. Durante los años setenta e inicios de los ochentas esta relación era para la Medicina Social Latinoamericana (MSL) principalmente el tema del cambio profundo de las relaciones sociales, el de la revolución social. En esta visión la transformación de la salud dependía esencialmente de la constitución de un nuevo modo de reproducción social. Había entonces una confluencia con aquellas concepciones que consideraban poco importantes los servicios de salud para la salud colectiva o incluso esencialmente negativos como el caso de Ilich en *Némesis Médica* (1978) o en otro sentido Foucault en el *Nacimiento de la Clínica* (1966) con su mirada sobre la medicina como mecanismo normativo y disciplinar. La perspectiva inicial de la MSL también hacía énfasis en el análisis de la medicina como apoyo o ámbito de acumulación (García, 1982) y retomaba algunas visiones de la salud pública que señalaban la débil asociación entre intervenciones bio-médicas, por ejemplo la vacunación, y el mejoramiento en la salud poblacional (McKeown, 1979).

Esta visión sobre las instituciones y las prácticas de salud fue cambiando a raíz de varios acontecimientos. Uno fue la posibilidad real de participar en la formulación e instrumentación de las políticas de salud, por ejemplo en Nicaragua con el gobierno sandinista o durante las transiciones democráticas como en Brasil con la Reforma Sanitaria a finales de los ochentas. Otro proceso histórico decisivo fue la emergencia de las reformas neoliberales en salud que aprovecha en su discurso la noción del bajo impacto de los servicios médicos sobre la salud de la población y, en consecuencia, promueve políticas públicas de intervenciones mínimas costo-efectivas en salud completadas con servicios privados (Banco Mundial, 1993). La creciente negación de la salud como derecho social e incluso derecho humano impulsó un renovado interés en los servicios de salud y convirtió a las políticas e instituciones de salud en un campo importante de acción política.

La Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud incluyó entre sus “redes de conocimiento” un grupo de trabajo sobre el tema de los servicios de salud como expresión de la importancia de éstos a pesar del énfasis de la Comisión en otras temáticas externas al sector salud. Esto refuerza la perspectiva de que el acceso a los servicios de salud forma parte del derecho a la salud y que éstos son un espacio importante de producción de inequidad.

Es interesante observar que la llamada 2ª generación de reformas (González y Munar, 2003) también está dando importancia a la acción política en el ámbito de los servicios de salud para instrumentar las reformas; sus arquitectos consideran que parte del fracaso de las reformas haya sido que no se las ha sabido “vender” de una manera adecuada. De allí el creciente volumen de literatura sobre la “política de las políticas” producidos por los organismos financieros internacionales (Interamerican Development Bank, 2005; Stein y Tomás, 2006) y en el ámbito académico (Oszlak, 1999; Mesa-Lago, 1999).

Todos los actores políticos han descubierto, aunque parezca una perogrullada, que las políticas son un espacio de acción política. Las políticas tienen como ámbito privilegiado a las instituciones donde se concretan en arreglos institucionales específicos que expresan diferencias profundas en la manera de abordar la problemática de salud. Estas diferencias corresponden a concepciones divergentes, o incluso diametralmente opuestas, sobre cómo organizar la sociedad y cómo generar el bienestar social; son expresiones de los proyectos políticos.

El presente trabajo aborda la acción política del gobierno de la ciudad de México (Distrito Federal) 2001-2006 para garantizar el derecho universal a la protección de la salud en su territorio. Se analizan algunas de las experiencias de la formulación e instrumentación de la política de salud y su impacto sobre el acceso a los servicios y sobre las condiciones de vida. La relevancia de esta experiencia consiste, por un lado, en que permite reflexionar sobre las características de una política local de salud, innovadora y universalista, en un contexto nacional adverso y, por el otro, pone de relieve la problemática involucrada en la lucha firme por un cambio institucional profundo.

Cabe recordar que el periodo bajo análisis se caracterizaba por la presencia simultánea de un gobierno federal de derecha y de un gobierno local de izquierda en el Distrito Federal que es el centro político y económico del país. Estos gobiernos encarnaban dos proyectos de nación distintos y en muchos aspectos contrapuestos, incluyendo sus respectivas políticas de salud. Las diferencias entre ambos gobiernos no se agotaban en sus políticas sino se expresaban en dos formas de ejercer la función gubernamental; su actuar era notablemente diferente.

2. La política social del Gobierno del Distrito Federal

El punto de partida para el análisis de las acciones de salud del Gobierno del Distrito Federal (GDF) es el marco general de su política social. Las políticas sociales se fundamentan en distintas concepciones sobre cómo generar bienestar y satisfacer necesidades sociales. En el caso de la política social del GDF la concepción subyacente era la de la universalidad de los derechos sociales y la ciudadanía social, entendida como la exigibilidad de estos derechos.

La noción de derechos sociales, con su referente colectivo, adquiere importancia en un proyecto de izquierda contra la desigualdad porque conlleva políticas de redistribución del ingreso vía la prestación gratuita de servicios públicos para igualar las condiciones básicas de vida. Esto contrasta con la concepción neoliberal que objeta la redistribución vía el Estado por considerarla una trasgresión a las leyes del mercado. Por ello los gobiernos neoliberales destacan las desigualdades entre los individuos y no entre las clases o grandes grupos sociales lo que lleva a aplicar políticas focalizadas en los individuos o grupos "vulnerables" específicos (George y Wilding, 1994).

A las distintas concepciones de política social les corresponden arreglos institucionales y acciones específicas. Esto significa que la política social no es neutral ya que favorece los intereses de unos y limita los de otros (Navarro, 1997). En el proyecto del GDF el peso relativo dado a distintos intereses se sintetizó en la divisa "Para el Bien de Todos, Primero los Pobres". Es decir, se decidió favorecer el interés general de una sociedad mayoritariamente pobre por encima de los intereses particulares de pequeños grupos de enorme poder cada día más enriquecidos por su control sobre la política y la economía. Este era el proyecto de gobierno para empezar a resolver la polarización y consecuente escisión, objetiva y profunda, de la sociedad mexicana entre una gran mayoría empobrecida¹ y la pequeña minoría opulenta; es decir, se modificaba drásticamente el uso del poder del gobierno para revertir la insultante desigualdad entre los ciudadanos.

¹ En el DF 5.6 millones o el 65% de la población del DF era pobre en 2000 según los cálculos de Boltvinik (2002). Valenzuela (2006) ha hecho un análisis de clases interesante para desentrañar quienes son los "pobres" en México.

Otros principios básicos de la política social en la administración de Andrés Manuel López Obrador fueron su inclusión masiva, su reducido costo burocrático y su articulación en la Unidades Territoriales² (UT). La confluencia de los distintos programas sociales del Programa Integrado Territorial (PIT) en la UT abrió un esquema novedoso de rendición de cuentas y transparencia de la gestión gubernamental. Permitted informar semestralmente sobre el avance de los programas en las Asambleas Territoriales y entregar casa-por-casa un informe sobre las acciones realizadas.

Adicionalmente la territorialización proporcionó el marco para iniciar los programas en los espacios socio-territoriales de mayores necesidades sociales y de allí extenderlos al resto de los territorios hasta alcanzar, en su caso, la universalidad. Este criterio ha demostrado ser más certero que la focalización individual y su eficacia es cercana a la universalización de los beneficios sociales (Mkandawire, 2005).

La universalización y el asiento territorial de los programas fueron armas potentes para combatir la discrecionalidad burocrática y el clientelismo controlador. Cuando un derecho es para todos o un programa tiene criterios incontrovertibles de inclusión-exclusión desaparece la base misma del otorgamiento del favor o la intermediación condicionada ante la autoridad. En un país como México con su pesada herencia de clientelismo y condicionamiento de los beneficios sociales es una acción política liberadora establecer derechos exigibles y romper este ciclo vicioso y destructor de la voluntad ciudadana.

Por último habría que señalar que se financiaba la política social con recursos fiscales, principalmente de origen local y, en principio, redistributivos³. Esta política era “desmercantilizadora” ya que desligaban los beneficios del pago o la contribución y apostaba a la prestación pública de los servicios (Esping-Andersen,1990).

Contrastaba con la política asumida por el gobierno federal de derecha que mantuvo los programas de inspiración neoliberal, rigurosamente focalizados de pobreza o contributivos.

Las secretarías participantes del PIT integraban el “gabinete social” que se reunían sistemáticamente con el Jefe de Gobierno. El PIT se integraba por distintos tipos de programas. Un grupo de ellos era de transferencias en dinero: pensión universal ciudadana para todos los mayores a 70 años; becas para discapacitados y hijos de madres solteras; compensación por incremento del precio de la leche. Otro grupo apoyaba las actividades económicas: micro-créditos; créditos para PYMES; becas de capacitación para desempleados. Un tercer grupo eran los programas educativos y para jóvenes: sistema de bachillerato con 16 nuevas preparatorias; una universidad con 3 planteles; útiles escolares, libros de texto gratuito para las secundarias y desayunos escolares en escuelas públicas; programa de “jóvenes en riesgo”. Finalmente estaban los programas de construcción y mejoramiento de vivienda que incluía el rescate de unidades habitacionales de interés social.

Estos programas actúan sobre varios de los determinantes sociales de la salud y abarcaban a un estimado de 3 millones de personas. Adicionalmente había una Secretaría

² La UT es el cuarto nivel de organización político-administrativo del gobierno en el DF donde se elige una Consejo Vecinal. El DF está dividido en 1,349 UTs con una población promedio de unos 6,500 habitantes.

³ El sistema tributario mexicano tiene una parte progresiva sobre los ingresos y otra regresiva basada en impuestos sobre el consumo. Sin embargo existe información confiable sobre el uso de mecanismos pseudo-legales que permiten a los grandes contribuyentes evadir los impuestos.

del Medio Ambiente con sus programas contra la contaminación, de basura y agua. La variedad y amplitud de los programas significaba que la Secretaría de Salud se dedicaba a los temas de salud en el sentido convencional y operaba además la pensión universal ciudadana.

3. La política de salud⁴. Construir la garantía del derecho a la protección de la salud.

El derecho a la salud es uno de los derechos sociales menos controvertidos ya que habla directamente a la preservación de la vida y la existencia misma del individuo; nexa que le confiere una connotación ética profunda. Incluso se ha argumentado que la salud es una necesidad humana básica y transhistórica dado que carecer de ella significa un daño serio y sufrimiento de la persona que le impide desarrollar sus capacidades y potencialidades y participar plenamente en la sociedad (Doyal y Gough, 1991).

El derecho a la protección de la salud está inscrito en el artículo 4º constitucional desde 1983 pero ha sido un derecho incumplido para muchos mexicanos que carecen de seguridad social. En el marco de la política social universalista y con el compromiso de respetar y proteger por igual la vida de todo ser humano, el GDF se planteó asumir la concreción de este derecho como su responsabilidad en cuanto garante del interés general de los capitalinos.

El desafío de garantizar la protección de la salud debía desarrollarse en varias vertientes para alcanzar el objetivo principal de la política de salud de mejorar las condiciones de salud y disminuir la desigualdad ante la enfermedad y muerte entre grupos sociales y zonas geográficas. Por un lado había que garantizar el acceso oportuno a la atención requerida y disminuir la desigualdad en el acceso a servicios suficientes y de calidad. Por el otro planteaba incrementar la seguridad sanitaria de la ciudad a través de un conjunto de actividades dirigidas a la colectividad. Para ambos era preciso fortalecer la institución pública e instrumentar mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativo y solidario.

El reto de alcanzar la cobertura universal de servicios de salud en el DF significaba en la práctica obligarse a dar atención médica a la población no-asegurada que había sido excluida de la estrategia histórica del Estado posrevolucionario de extender la cobertura de los servicios de salud a través de la seguridad social (Laurell, 1996). El artículo 123 constitucional convierte el derecho a la protección de la salud en un derecho exigible para los derechohabientes de los institutos de seguridad social. En cambio, el artículo 4º no señala el sujeto obligado de esta garantía lo que deja en la ambigüedad a quién exigir su cumplimiento al no contar con seguridad social.

El análisis de los obstáculos al acceso de la población no-asegurada (Secretaría de Salud, 2001) reveló que el costo de los servicios y de los medicamentos era el principal impedimento para atenderse. Asimismo se detectó una notable incongruencia entre las actuales necesidades de salud y la orientación médica y la ubicación geográfica de los servicios; su fisonomía era el reflejo de las necesidades de los años setenta e inicio de los ochenta. Mostraban además un largo abandono trazado en su deterioro físico y en la desmoralización institucional. La institución pública de salud subsistía pero en condiciones

⁴ Donde no se señala otra fuente los datos están tomados los Informes de Trabajo de la SSDF.

que no le permitían cumplir su cometido de prestar los servicios requeridos oportuna y dignamente a los ciudadanos usuarios y ofrecer condiciones de trabajo decentes.

En congruencia con estos hallazgos y su política social, el GDF estructuró la política de salud (Secretaría de Salud, 2002) sobre tres grandes ejes que son: *a)* garantizar universalmente el derecho constitucional a la protección de la salud; *b)* fortalecer la institución pública de salud para que obedeciera al interés general de la sociedad y; *c)* instrumentar mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativo y solidario. Estos ejes dicen relación con la construcción de la ciudadanía social entendida como el establecimiento de derechos sociales exigibles y la obligación de todos de contribuir solidariamente a su materialización.

4. El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos

La política concreta para enfrentar el obstáculo económico al acceso fue el *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG)* (2001) para la población no-asegurada residente en el DF. Esta política se constituyó en el elemento articulador del conjunto de acciones de la Secretaría de Salud del DF (SSDF). Todos los capitalinos no-asegurados tienen derecho a inscribirse en el PSMMG y el único criterio de exclusión es disfrutar del derecho a la protección de la salud a través de la seguridad social.

El proyecto de salud del GDF se inició en julio de 2001, dos años y medio antes de la entrada en operación del Seguro Popular (Sistema de Protección Social en Salud—SPSS) en enero de 2004. Tiene sus propias bases conceptual y práctica y se desarrolló como una alternativa, comprobadamente viable, a la política federal. Las diferencias entre ambas políticas son expresivas del contenido esencial de los dos proyectos de nación que hoy se enfrentan en el país.

Se estructuró el proyecto de salud del GDF para responder a las necesidades de salud y satisfacerlas fortaleciendo la institución pública y removiendo el obstáculo económico al acceso oportuno a la atención requerida. El criterio de equidad es que todos deben tener igual acceso a los servicios existentes ante la misma necesidad. En esta concepción los servicios se financian solidariamente con recursos fiscales y no con cuotas o primas pagadas por las familias o individuos.

En cambio, el proyecto federal tiene una visión de mercados de salud y libre competencia y establece un seguro de salud para constituir un fondo para financiar y comprar servicios (González Pier, 2007). Restringe el derecho a la salud al condicionarlo, por un lado, a la contratación de un seguro mediante un pago⁵ y, por el otro, a un paquete predefinido de servicios, determinado con base en criterios de costo-beneficio así como un número limitado de intervenciones de “gasto catastrófico”. Eso es, lo que no está incluido en el seguro se paga por el asegurado como en cualquier seguro. En esta concepción se entiende la equidad como el pago de una prima según el nivel de ingreso. Con este esquema se profundiza la exclusión en salud al quedar marginados los que no contribuyen a ningún seguro y sólo pueden acceder a los servicios mediante un pago directo.

⁵ Sólo el 20% más pobre de la población está exento de pago y no se pueden inscribir más que el 14.3% de la población susceptible anualmente.

En el PSMMG (2001) se prestan gratuitamente todos los servicios disponibles en la SSDF y se proporcionan sin costo los medicamentos prescritos del cuadro institucional. La afiliación al programa es un trámite sencillo y se puede realizar por anticipado o en el momento de solicitar la atención. Se estimó en entre 850,000 y 900,000 familias y todos los adultos mayores de 70 años como los potenciales derecho-habientes del PSMMG. Para reforzar la afiliación de las familias más pobres que frecuentemente no usan los servicios y tienen poca capacidad de lidiar con la burocracia, se promovió intensivamente el PSMMG en las UT de muy alta y alta marginación.

Las diferencias fundamentales de concepción y las discrepancias en los beneficios entre la política de salud federal y la del gobierno del Distrito Federal llevaron a una confrontación entre ambos gobiernos. Cuando se inició la aplicación el SPSS en 2004, el GDF declinó su inclusión en el Seguro Popular por no estar de acuerdo con las restricciones al derecho a la salud y para no perjudicar a los capitalinos quitándoles derechos de los cuales ya gozaban con el PSMMG. Por otra parte la inscripción al PSMMG estaba para entonces muy avanzada con 550 mil núcleos familiares, mientras que el Seguro Popular sólo permitía la afiliación anual del 14.3% de las familias sin seguridad social. Esta incorporación gradual hubiera llevado a prácticas discriminatorias en los servicios privilegiando a los afiliados y relegando a los no-afiliados.

La ofensiva política para desaforar al Jefe de Gobierno al inicio de 2005, fue aprovechada por el secretario federal de salud para lanzar una intensa campaña de medios para obligar a la SSDF a aceptar el Seguro Popular. Durante la negociación demostró su falta de compromiso con el pluralismo político e intentó imponer cláusulas violatorias del marco legal del propio seguro. Finalmente se firmó un convenio que eximió a los capitalinos de cualquier pago de inscripción o restricción en el acceso a los servicios, haciendo compatibles la inscripción en el Seguro Popular y en el PSMMG. Asimismo se hizo una campaña muy intensiva en las unidades médicas en contra del trato diferencial a los usuarios, prohibiendo toda discriminación. Debe señalarse que los recursos frescos entregados por vía del Seguro popular representaron menos del 5% del presupuesto de la SSDF.

En noviembre de 2006 se habían inscrito 854 mil núcleos familiares al programa, o sea, aproximadamente el 95% del universo elegible. Cabe aclarar que, con frecuencia, no todos los miembros de las familias se han inscrito por lo que el promedio de inscritos por núcleo familiar es de 2.3 miembros contra un número esperado de 3.8. Es probable que esta discrepancia se deba a que la inscripción ocurre en el momento de usar los servicios. Contrario a la lógica de los seguros donde ese comportamiento se consideraría una "selección adversa" en el caso del PSMMG no es inconveniente ya que la intención es facilitar el acceso a los servicios.

El impacto del PSMMG sobre el acceso a los servicios médicos ha sido considerable. Si se comparan los servicios prestados en 2000 con los del 2006⁶ las cirugías incrementaron en 85%, los partos en 44%, las urgencias en 34%, pacientes hospitalizados en 30%, los estudios de rayos-x en 42% y los de laboratorio en 25%. En cuanto a las consultas generales y de especialidad prácticamente se mantuvo su número. Es decir, hay un incremento muy notable en los servicios de mayor costo que revela que su pago efectivamente era un obstáculo importante al acceso. Por otra parte, la creciente inscripción en el PSMMG se ha

⁶ Datos de noviembre de 2006 proyectados a diciembre.

traducido en un alto porcentaje de servicios sin costo con respecto al total de los servicios prestados, de entre 75 y 95%.

El recibir gratuitamente los servicios y los medicamentos ha significado un ahorro para las familias afiliadas que en una estimación muy conservadora⁷ ascendió a \$3,643 millones de pesos (US\$ 348 millones), de 2002 a finales de 2006 (Secretaría de Salud, 2006); recursos que pudieron dedicarse a la satisfacción de otras necesidades básicas. La certeza de poder atenderse en caso de una enfermedad es además un elemento básico de seguridad de vida que tiene valor en si misma.

Una dificultad operativa del esquema de gratuidad, particularmente de las intervenciones de alto costo, era que los estados vecinos cobraban los servicios médicos y sólo entregaban recetas para la compra de medicamentos. Obviamente la SSDF carecía del presupuesto y de la infraestructura para suplir las deficiencias del resto de los gobiernos estatales y de los hospitales federales. Sin embargo tomó dos medidas para no perjudicar a los más necesitados. Por un lado exentó de pago a los pacientes foráneos pobres lo que significó un subsidio aproximado de US\$100 a los estados vecinos. Por el otro adoptó una política de atención gratuita de urgencias, con independencia de la condición de aseguramiento y procedencia del paciente.

A fin de garantizar la continuidad del PSMMG y establecer la obligación legal del gobierno de garantizar la atención a la salud en los términos del programa, el jefe de gobierno mandó una iniciativa de ley al respecto a la Asamblea Legislativa del DF que fue aprobada en mayo de 2006. En 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* (Gaceta Oficial, 2006) queda inscrito el derecho a la protección de la salud y se hace explícito que el GDF es el sujeto obligado a garantizarlo a la población no-asegurada. Cabe subrayar que esta ley está más apegada al texto constitucional que la propia Ley General de Salud (2004) con sus “modalidades” de acceso a los servicios como son el pago de la cuota de recuperación o la cuota de seguridad social o la compra del Seguro Popular o el convenio entre el prestador privado o social y el usuario.

Para que el PSMMG no fuera un programa declarativo sino una realidad palpable para los capitalinos, tenía que ir acompañado de un proceso de ampliación y mejoramiento de los servicios de salud y el fortalecimiento de esta institución pública. Esto entrañaba impulsar dos procesos distintos. Era preciso, por un lado, modificar el modelo de atención y, por el otro operar un profundo cambio institucional.

5. El nuevo modelo de atención

El nuevo modelo de atención, el Modelo Atención Ampliada a la Salud (MAS), plantea articular un proceso integral, resolutivo y escalonado de atención a la salud. Es decir comprende la salud colectiva, comunitaria e individual. La concepción y práctica del MAS contrastan con los “Paquetes de Servicios”, como el del Seguro Popular, que fragmentan la atención a la salud entre la comunitaria y la individual y que rompen la continuidad del proceso de atención al incluir algunas intervenciones y excluir otras.

⁷ Se calcularon con base en los costos para la SS-DF de la prestación de los servicios y de los medicamentos que están por debajo de los del mercado.

El MAS se construyó sobre cuatro pilares básicos: garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad, incluyendo la construcción gradual de un sistema único de urgencias; profundizar la educación, promoción y prevención; instrumentar políticas anti-discriminatorias específicas en los servicios y; ampliar la participación ciudadana y la contraloría social. A ello se añadieron las acciones de la reconstrucción institucional que se verán en seguida.

La seguridad sanitaria es crucial en una ciudad de gran fragilidad sísmica, hidrometeorológica, industrial y epidemiológica con una altísima concentración poblacional. Al respecto se desarrollaron dos acciones. Por un lado se fortaleció el sistema de vigilancia epidemiológica en el cual el logro más importante fue inspirar un nuevo profesionalismo rompiendo la simulación prevaleciente cuya preocupación era “cumplir la meta” aunque sólo fuera en el papel. Con ello se renovó la práctica epidemiológica y se logró enfrentar nuevos riesgos epidemiológicos, por ejemplo SARS o ántrax, y combatir eficazmente varias epidemias.

Por otro lado, se construyó la base necesaria, el Sistema Integral de Urgencias Médicas (SIUM), para coordinar y reconvertir las unidades de atención médica de todas las instituciones frente a un desastre en la ciudad. Como parte de este esfuerzo se hicieron una planeación integral, simulacros y capacitación. La otra vertiente del SIUM fue la organización de un sistema único de atención de urgencias dirigido desde el Centro Regulador de Urgencias Médicas de la SSDF.

Es ampliamente aceptado que los mejores sistemas de salud son los que enfatizan la educación, promoción de la salud y la prevención. Sin embargo la cultura de salud está muy medicalizada tanto entre los profesionistas de salud como en la población legía. La SSDF instrumentó dos nuevas iniciativas para cambiar esta práctica. Reorganizó la salud escolar y empezó a formar *Niños Promotores* en las escuelas públicas en la idea de que un cambio cultural es un proceso largo en el cual las nuevas generaciones ocupan un lugar privilegiado. En el marco de este programa se capacitaron a unos 21 mil promotores.

Simultáneamente la SSDF introdujo las llamadas *Acciones Integradas de Salud* en los centros de salud que ofrecen un conjunto de intervenciones, básicamente de promoción, prevención, detección oportuna y control a todos los usuarios. Adicionalmente se hizo un proyecto piloto de vigilancia epidemiológica de las enfermedades crónico-degenerativas que son las que más muertes causan en la ciudad. El primer padecimiento abordado fue la diabetes mellitus que constituye el 16% de la mortalidad en la ciudad y respecto al cual los servicios de salud pierden un porcentaje muy alto de las personas diagnosticadas.

El programa de VIH-SIDA de la Ciudad de México, construido a partir de 2001, era una muestra muy lograda de la concepción de un programa integrado con una fuerte participación ciudadana. Tuvo resultados extraordinarios. Convirtió a la ciudad en el primer, y probablemente único, territorio de entrega universal de antirretrovirales gratuitos. Logró mejorar sensiblemente la detección temprana y la prevención y bajar la mortalidad de SIDA en 16% en el lapso de 4 años. Este programa también ilustra una política anti-discriminatoria orientada a construir, desde y en los servicios de salud, prácticas respetuosas a las diferencias genéricas, étnicas y de preferencia sexual. En esta misma línea la SSDF desarrollaba sus programas de salud sexual y reproductiva y contra la violencia de género que era un programa transversal con participación de todas las dependencias de gobierno.

Participación social

Se llevan décadas hablando de participación comunitaria o popular en el sistema público de salud en México. Sin embargo, en el mejor de los casos, ésta ha correspondido a la ejecución de tareas en las unidades médicas para tener acceso a ellas y, en el peor, a prácticas netamente clientelares o de control corporativo. Revertir estas prácticas es fundamental para la democratización del país y de los servicios pero precisamente por sus hondas raíces en la cultura política nacional es muy complejo.

El concepto básico de participación popular y control social manejado por la SSDF era que existe una relación recíproca de derechos y obligaciones entre el gobierno y la población. En este caso, el gobierno está obligado a garantizar el derecho a la protección de la salud y a promover y permitir la participación popular, proporcionando la información necesaria sobre el contenido concreto de este derecho. Una vez que se haya logrado, la población está obligada en reciprocidad a contribuir a la eficacia en el uso y al control sobre los recursos públicos que son sus recursos. Este “contrato” entre gobierno y sociedad marca la diferencia entre el “populismo” y un gobierno socialmente responsable.

En el marco del proyecto general de participación ciudadana de la ciudad desarrollado a partir del trabajo territorial y las Asambleas Vecinales en las UTs la secretaría formó cientos de comisiones de salud. Se propuso a estas comisiones que realizaran junto con las educadoras de salud un diagnóstico participativo de salud y un plan de acción para su UT con una capacitación previa. Junto con ello se planteó reconstruir los comités de salud existentes incorporando en éstos a las comisiones y darles atribuciones de participación en la toma de decisiones y de vigilancia sobre la prestación de los servicios en los centros de salud. Los resultados de estos ensayos fueron variables y dependían en gran medida de las características personales de los participantes. Eso es, no se logró institucionalizarlos lo que habla de una gran fragilidad ante escenarios cambiantes.

6. La reconstrucción de la institucionalidad pública

La destrucción del tejido institucional, ocurrido a partir del ajuste y cambio estructural iniciado en 1983, era enorme observada desde adentro de la SSDF. Tenía un componente inercial y otro promovido para desprestigiar a la institución pública como paso imprescindible en el proceso de privatización. De esta manera, se recibió una institución ineficiente e ineficaz con instalaciones deterioradas e inadecuadas ante las nuevas necesidades de salud de la ciudad; una administración desordenada y facilitadora de la corrupción y; una cultura institucional poco propicia para avanzar en los objetivos de garantizar el derecho a la protección de la salud, tratar dignamente al ciudadano usuario y crear una nueva cultura de la salud.

La reconstrucción, o incluso refundación, de la institución pública es una tarea central para un gobierno de izquierda por varias razones. Una es de orden conceptual ya que los arreglos institucionales son la materialización de las distintas maneras de organizar la práctica social, en este caso la de salud, como solución a necesidades o como ámbito de negocio. Otra razón es histórica ya que se ha mostrado que la forma más eficiente de garantizar el derecho a la salud a toda la población es a través de lo público estatal o cuasi-público (Lister, 2007). Y por último, está la intención de redistribución que se efectúa vía la prestación pública y gratuita de servicios. Estas razones son particularmente fuertes en México donde el sector público ha sido y sigue siendo el principal proveedor de servicios a pesar de su importante deterioro.

Para entender las raíces del deterioro de la SSDF y de su función pública es conveniente distinguir dos vertientes. Una se derivaba de la estrechez económica y el consecuente deterioro material. Otra se relacionaba con la cultura institucional y una manera particular de entender lo público imbuido por el patrimonialismo y clientelismo. Ambas vertientes se reforzaban entre sí; la miseria institucional aumentaba el predominio de los intereses particulares sobre el interés general y el uso de los recursos públicos para fines particulares o la corrupción franca empobrecían todavía más a la institución. Ambas resultaban además desmoralizantes y ofensivas para trabajadores y pacientes que vivían la precariedad en las unidades médicas. La relación clientelar prevaleciente, basada en el otorgamiento de un favor a cambio de la subordinación o el silencio ante el abuso, inspira la idea de la dádiva gubernamental y no la del ejercicio de un derecho.

En estas condiciones la reconstrucción del tejido institucional tenía que desplegarse en distintos ámbitos. Paradójicamente la faceta más sencilla era la ampliación de los servicios y el fortalecimiento material de la institución. Requería de voluntad política, dinero y rectitud administrativa; recursos que se pudieron movilizar. En contraste con lo sucedido durante casi dos décadas, la salud se convirtió en una prioridad alta en la administración de 2000-2006. Esto se reflejaba en un incremento de recursos financieros para la Secretaría de Salud cuyo presupuesto para servicios de salud se incrementó en un 80% en este periodo.

Por otro lado, se realizó una sistemática planeación estratégica de servicios basada en las necesidades de salud lo cual dio por resultado: la construcción de dos nuevos hospitales, de 150 y 120 camas respectivamente, en las zonas con más carencias; la ampliación o fortalecimiento y re-equipamiento de otros 24 hospitales lo que resultó en un aumento en cerca de 30% de las camas hospitalarias. Asimismo se construyeron cinco nuevos centros de salud donde antes no había. En total la inversión en obra, equipamiento y mantenimiento de centros de salud y hospitales fue de \$2 mil millones (US\$ 191 millones). Se recibieron muchas solicitudes para otras obras pero se explicó a estos ciudadanos y organizaciones cuales eran los criterios para priorizar la inversión y apelando a la solidaridad generalmente se lograba convencer que las decisiones eran imparciales y justas.

Otra vertiente de la reconstrucción institucional se desarrollaba en el terreno administrativo. Dos temas centrales fueron el uso eficiente y transparente de los recursos públicos así como el combate a la corrupción. La administración de una institución del tamaño y con la función de la SSDF es compleja por los múltiples procesos que deben confluir y armonizarse para la atención adecuada a la salud de la comunidad o al paciente. Además acontece en un entorno emocionalmente cargado por la presencia amenazante e inquietante de la enfermedad o una lesión. Es molesto tener que volver a una oficina gubernamental varias veces para resolver un problema pero desespera sufrir carencias de insumos o indolencia en un servicio de salud.

El abasto de medicamentos y otros insumos era particularmente crítico por ser percibido como esencial para la atención y por el monto de dinero involucrado en su compra en un mercado oligopólico y manipulado. La resolución de este problema ejemplifica el tipo de cambios en los procesos administrativos que se realizaron. Se introdujo un sistema de control y de movimientos intrainstitucionales (SAICA) de insumos, se estableció un cuadro institucional de medicamentos con una nueva metodología y, se cambió todo el esquema de licitación. Con ello se logró mantener un abasto satisfactorio de medicamentos, particularmente los críticos, disminuir la influencia de los intereses puramente comerciales y bajar los precios de compra en alrededor de 20%.

El combate a la corrupción, tema básico en la reconstrucción institucional, tenía que convertirse en una práctica y rutina diaria por su ubicuidad en la sociedad mexicana. Este combate tenía que vencer el temor a la denuncia y el arraigo de las prácticas de corrupción. Es más, algunas de estas prácticas ni siquiera se percibían como tales sino como “usos y costumbres” institucionales. Este último género de corrupción va muy ligada a la transposición de los valores institucionales, es decir, el que el interés general sea subordinado a los intereses particulares; fenómeno que en su forma más cruda es la esencia misma del patrimonialismo.

La base para remontar esta inversión de los valores institucionales era insistir en que la función sustantiva de una secretaría de salud es promover y proteger la salud de la población. Se trataba pues de (re)construir una ética institucional apelando al carácter humanista de su quehacer. La promoción de esta ética del servicio público ganó credibilidad con el comportamiento observable del propio gobierno: la Austeridad Republicana con la eliminación de privilegios de la alta burocracia; la honorabilidad probada de los principales funcionarios altos; la presencia y acceso a los funcionarios altos para la resolución de problemas; la vigilancia de los contralores ciudadanos sobre los procesos de contratación de obras y bienes y; una relación institucional con el sindicato en la SSDF. Incluso en los nuevos hospitales se hicieron los diseños arquitectónico y de atención poniendo el paciente en el centro y ensayando formas de participación y control ciudadano.

7. Mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativo y solidario

El compromiso financiero del gobierno para lograr la realización de la política de salud se cumplió puntualmente. Durante la administración se incrementó el presupuesto de salud en un 80%; incremento que sube al 151% si se incluyen los recursos para la pensión ciudadana universal operada por la Secretaría de Salud. El presupuesto de salud representa el 10.4% del presupuesto público total. Por cada peso federal para salud recibido, el gobierno de la ciudad pone 1.4 pesos; situación insólita en México donde los gobiernos estatales en general aportan pocos recursos para salud.

Los nuevos recursos para salud y otros programas sociales provinieron esencialmente de los ahorros logrados mediante la llamada “Austeridad Republicana” que consistió en la eliminación de los gastos superfluos y suntuarios del gobierno. Incluye la reducción en 15% de los salarios de los altos funcionarios, la reducción de puestos de la alta burocracia (estructura), la eliminación de sus escoltas, sus gastos libres de representación, su seguro médico privado, la remodelación de sus oficinas, etcétera. Estas medidas se tradujeron en un ahorro anual de aproximado \$2 mil millones (US\$ 190) el primer año y de \$3 mil millones (US\$ 286) durante los años subsecuentes. A ello hay que añadir los ahorros logrados en el combate a la corrupción cuyo monto es difícil de cuantificar. En suma, se logró incrementar sustancialmente el gasto social sin recurrir al endeudamiento.

Es de subrayar que el presupuesto para la salud se garantiza en la Ley de Gratuidad ya que estipula que mínimo tiene que ser igual al presupuesto del año anterior ajustado por la inflación. Esta cláusula protege la estabilidad del gasto en salud en próximas administraciones y parte de un nivel de suficiencia en 2006.

8. Conclusiones preliminares

La experiencia del gobierno del Distrito Federal 2000-2006 permite demostrar que es factible que un gobierno local en un país de desarrollo medio alto garantice el derecho a la salud a toda su población, incluyendo a aquella que se encuentra excluida de los sistemas públicos de seguridad social. Esto se comprobó en la ciudad de México incluso en contra de la política federal de salud. Sin embargo para que fuera posible la condición necesaria era que el gobierno de la ciudad haya priorizado una política social basada en una concepción de derechos sociales, redistributiva y financiada con recursos fiscales. Es decir, que haya proporcionado un fuerte apoyo político y financiero a esta política.

En el contexto de una política social integral es muy importante precisar qué le toca hacer a la Secretaría o el Ministerio de Salud y qué le toca a otras instancias de gobierno. Eso es, la acción política y operativa de gobierno obedece a una lógica distinta a la de la construcción teórico-metodológica del pensamiento de MSL. O dicho de otro modo, es necesario distinguir entre la práctica institucional concreta de un ministerio de salud y las intervenciones múltiples derivadas de una política y acción gubernamental integrales para transformar las condiciones de vida y trabajo. Esto es particularmente importante porque la literatura reporta sistemáticamente dificultades de instrumentación de políticas diseñadas a atacar los determinantes sociales de la salud por los conflictos interministeriales (Public Health Agency Canada-WHO, 2008).

La reconstrucción institucional era importante en sí misma para la dignificación de las condiciones de prestación de los servicios con efectos positivos para usuarios y trabajadores. Sin embargo también es una condición para transitar de la "cultura de la dádiva" a otra de pleno ejercicio de los derechos, de la ciudadanía social. Para lograr este cambio cultural se realizaron además campañas intensivas en las unidades médicas sobre los derechos de los usuarios y la introducción de mecanismos de canalización de quejas directamente a los funcionarios más altos.

Es de destacar que el vehículo tal vez más importante para crear conciencia sobre el derecho a la salud fue el propio PSMMG. Su contenido de derecho ciudadano ha creado conciencia en la población usuaria de que puede exigir el cumplimiento de este derecho. En una encuesta entre los afiliados el 83% sabía que el derecho a la salud está inscrito en la Constitución; el 87% consideraba que los impuestos debieran usarse para mejorar la salud y el 78% que la salud debería ser una responsabilidad del gobierno (Laurell, Zepeda, Mussot, 2005).

Inicialmente hubo resistencia en los centros de salud y hospitales al PSMMG porque una parte de los trabajadores consideraba que los servicios deberían pagarse. Sin embargo hacia el final de la administración se encontró en una encuesta de percepción y talleres de discusión con directivos y trabajadores que se había extendido la aceptación de la justicia del programa y la idea de que el derecho a la salud debiera ser un derecho exigible.

Probablemente contribuyeron a ello algunas acciones concretas que generaron credibilidad en el gobierno como: el combate a la corrupción, empezando arriba y trasminando hasta abajo; la reducción del gasto gubernamental suntuario que redundó en la devolución de estos recursos a los ciudadanos bajo la forma de más y mejores servicios y como un ejemplo palpable y concreto de redistribución del ingreso a través de la disminución de los sueldos de la alta burocracia.

Se puede además constatar que se estableció una dialéctica positiva entre las ideas y demandas de la población respecto a la salud y las instituciones públicas. Con base a las

primeras la población presiona al Estado para garantizar los derechos y éste en respuesta fortalece o funda instituciones; instituciones que de esta manera encarnan y fortalecen la idea de los derechos (Rothstein, 1994).

A pesar de estos avances hay un largo camino por andar. Todavía existen obstáculos culturales y burocráticos al acceso a los servicios de salud. Estos últimos se derivan de la lentitud de proceso de constitución de una nueva cultura institucional de atención al público que topa con la idea de que la institución pública les “hace un favor a los usuarios” en vez de concebir la institución como el garante de los derechos.

Debe subrayarse que el PSMMG, que es universal y no usa procedimientos de focalización, se ha demostrado particularmente beneficioso para la población con las condiciones socio-económicas más desfavorables. Una encuesta levantada a una muestra aleatoria de las familias inscritas reveló que tienen ingresos por debajo del ingreso promedio de la ciudad, menor nivel de educación formal y residen más frecuentemente en las zonas más depauperadas (Laurell, Zepeda y Mussot, 2005). Estos datos desmienten el argumento muy usado a favor de la focalización que los programas universales son aprovechados, particularmente por los sectores medios.

Haber legislado la obligación del gobierno de hacer cumplir el derecho a la protección de la salud, junto con el apoyo masivo a esta proposición, indudablemente constituye una base firme para su continuidad. Sin embargo, ninguna política está a salvo si no existe la voluntad política de instrumentarla. Particularmente en México la Ley es débil frente a los poderes meta-legales de los detentadores en turno del poder ejecutivo.

La principal amenaza contra la política universalista del GDF es la política federal plasmada en el *Sistema de Protección Social en Salud*. El gobierno de derecha ha demostrado una posición intransigente frente a la política del gobierno del Distrito Federal tratando en todo momento de sustituirla con su propuesta; posición ciertamente contradictoria con su posicionamiento respecto a las virtudes de la descentralización del sistema de salud a las entidades federativas.

La última reflexión sobre la experiencia de gobierno vivida desde la SSDF se refiere a las vicisitudes de la (re)construcción de las instituciones públicas. La recuperación material de la SSDF era más sencilla que la reconstitución de su “tejido ético” por el entramado de intereses y vicios añejos. Sin embargo la nueva práctica institucional relacionada con la operación del PSMMG iba induciendo, junto con las mejoras materiales, un cambio hacía una nueva conciencia del servicio público.

En contraste, la construcción de una nueva institución pública como fue el caso de la pensión universal ciudadana era mucho más fácil básicamente porque se dio en un espacio libre, donde sólo se ventilaban intereses político-partidistas. Las bondades de la pensión generaron un amplio consenso en la sociedad y su implantación se dio al margen de las negociaciones entre los partidos políticos.

Referencias

- Banco Mundial, 1993. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Banco Mundial, Washington D.C.
- Boltvinik, J. 2002. “Pobreza en la ciudad de México”, *La Jornada*, 25 de enero, p.28.
- Doyal L. y Gough Y. 1991. *A Theory of Human Need*. London: MacMillan.

- Esping-Andersen, G. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Foucault, M. 1966. *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI, México DF.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal. 2006. *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*. México DF, 22/5.
- García, J C. 1982. "Crecimiento y transformación de la medicina estatal". *Revista Latinoamericana de Salud*: 2:102-117.
- George, V y P. Wilding, 1994. *Welfare and Ideology*. Londres: Harvester Wheatsheaf.
- González Pier, E. 2007. *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- González A, Munar W. 2003. *The Political Economy of Social Sector Reform*. Interamerican Development Fund, Washington D.C.
- Ilich, I. (1978) *Némesis Médica*. Ed. Joaquín Mortiz, México D.F.
- Interamerican Development Bank. 2005. *The Politics of Policies. Economic and Social Progress in Latin America. 2006 Report*. David Rockefeller/Inter-American Development Fund, Washington D.C.
- Jefatura de Gobierno del DF. 2001. *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal. 2001-2006*. Gobierno del Distrito Federal, México DF.
- Laurell, A.C., 1996. La política social del pacto posrevolucionario y el viraje neoliberal. En A. C. Laurell (coord.) *Hacia una Política Social Alternativa*, México: IERD-Fundación F. Ebert, México. pp. 15-32.
- Laurell, A.C., Zepeda E., Mussot L., 2005. "Eliminating Economic Barriers in Health Care" en Mackintosh, M., Koivusalo, M. (ed) *Commercialization of Health Care*, Palgrave-MacMillan, New York, pp 216-233
- Ley General de Salud*. México 2004.
- Lister, J., 2007. *Health policy reform. Driving the wrong way?* London: Middlesex University Press, p. 24-29.
- McKeown, T. 1979. *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?* Princeton University Press, Princeton.
- Mesa-Lago, C.1999. "Política y reforma de la seguridad social en América Latina". *Nueva Sociedad* 160: 133-150.
- Mkandawire, T. 2005. *Targeting and Universalism in Poverty Reduction*. Social Policy and Development Programme Paper Number 23. UNRISD
- Navarro, V., 1997. *Neoliberalismo y Estado de Bienestar*. Ariel, Barcelona.
- Oszlak, O. 1999 "De menor a mejor. El desafío de la segunda reforma del Estado." *Nueva Sociedad* 160:81-100.
- Public Health Agency of Canada-WHO, 2008. *Health Equity Through Intersectoral Action*. Who, Geneve.
- Rothstein, B. 1994. *Vad Bör Staten Göra? (¿Qué debe hacer el Estado?)*. Estocolmo: SNS Förlag.
- Secretaría de Salud, 2001. *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para Residentes del Distrito Federal sin Seguridad Social*. GDF; México DF.
- Secretaría de Salud, 2002. *Programa de Salud del Gobierno del Distrito Federal al 2006*. Gobierno del Distrito Federal, México DF.
- Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, 2006. *Informe de Trabajo 2006*. Mexico DF.
- Stein E, Tommasi M. 2006. *The Institutional Determinants of State Capabilities in Latin America*. Ponencia presentada en World Bank ABCDE, San Petersburgo, 19 de enero.
- Valenzuela Feijóo, J. 2007. *Estancamiento y Crisis en el México Neoliberal*. México DF: Universidad Autónoma Chapingo.

Documentos oficiales.

Secretaría de Salud, 2002. Informe de Trabajo 2001.

Secretaría de Salud, 2003. *Informe de Trabajo 2002*

Secretaría de Salud, 2004. *Informe de Trabajo 2003*

Secretaría de Salud, 2005. *Informe de Trabajo 2004*

Secretaría de Salud, 2006. Informe de Trabajo 2005

Secretaría de Salud, 2006. Informe de Trabajo 2006