

Los límites de una política de salud local: Retrocesos e inercias en la Secretaría de salud del Distrito Federal, 2007-2009

Oliva López-Arellano*, José Blanco-Gil**

Resumen

En México, desde mediados de la década de los 90 se reconocen diversas expresiones de pluralidad política, entre las que destacan la elección de gobiernos estatales y municipales de diversa filiación partidista. El gobierno del Distrito Federal (GDF), dominado desde 1997 por el Partido de la Revolución Democrática (PRD), por su orientación sociopolítica de centro-izquierda, se propone impulsar políticas integrales que contribuyan a mejorar la calidad de vida, avanzar en la justicia social y apoyar la reconstrucción del tejido social. La Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), coloca en el centro de su discurso la garantía del derecho a la protección de la salud, el fortalecimiento de lo público y el financiamiento fiscal e impulsa programas de servicios gratuitos de tendencia universalista para hacer realidad este derecho. Sin embargo, las tensiones entre el GDF y el gobierno federal exacerbadas en el 2006, en el contexto de la elección presidencial, así como el cambio de directivos en la SSDF, desdibujan la visión de derechos y desgasta la política de salud local, en especial sus contenidos de universalidad, gratuidad y fortalecimiento de lo público. Entre 2007-2009 se producen retrocesos que se expresan en la reorientación de los programas de atención.

Palabras clave: reformas de salud, protección social en salud, programas de salud, equidad en salud.

* Programa de Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva y Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (México). oli@correo.xoc.uam.mx** Asesora Titular C de la Licenciatura en Medicina. UAM / Xochimilco

** Programa de Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva y Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (México). jblanco@correo.xoc.uam.mx

Abstract

In Mexico, since the middle of the mid-1990s, different expressions of political plurality are recognized. We must emphasize the state and municipal government's elections, in where different political parties has wind. The Government of the Federal District (GDF), dominated since 1997 by the Democratic Revolution Party (PRD), representative of the centre-left's political position, has intend to promote comprehensive policies that contribute to improving the quality of life, progress in social justice and supporting the reconstruction of the social tissue. The Federal District Health Secretariat (SSDF) has placed in the core of its political speech the right to the protection of health, the needs of strength the public interest, and the needs of Universalists and Free Programmes of services to realize this right. However, tensions between the GDF and the federal Government, exacerbated in 2006 in the context of the presidential election, as well as the change of most important directives in the SSDF had recently blurs the vision of rights and worn away the local health policy, especially its contents of universality, free access and strengthening of the public policy. Briefly, between 2007 and 2009 important setbacks had occurred in the health public policy in the Federal District of Mexico, expressed in the reorientation of care programmes.

Key issues: Health reform, social protection, health programmes, health equity.

Fecha de recepción: 3 de Julio de 2009

Fecha de aprobación: 16 de Julio de 2009

Introducción

En México, desde mediados de la década de los 90 se reconocen diversas expresiones de pluralidad política por la reconfiguración de la hegemonía del Partido Revolucionario Institucional (PRI). Este partido mantiene durante 70 años un dominio absoluto del sistema político mexicano, pero en la elección presidencial de 1988 tiene un primer “descalabro” electoral con una copiosa votación a favor del candidato del Frente Democrático Nacional (FDN) que se “resuelve” deteniendo el conteo de votos por la “caída del sistema de cómputo” (Barberán et al., 1988) y posteriormente con la quema de las boletas electorales. En esta cuestionada elección, se declara ganador al candidato del PRI, quien asume el poder con muy poca legitimidad. Salinas de Gortari, desde la presidencia y a través de un conjunto de estrategias, que configuran la propuesta conocida como *liberalismo social*, entre las que destaca el uso clientelar de los programas sociales, reconstruye parcialmente la legitimidad perdida. En 1994, el PRI gana nuevamente la presidencia de la República, con un candidato perteneciente al núcleo más radical de la tecnocracia neoliberal (Ernesto Zedillo). En el año 2000, el Partido de Acción Nacional (PAN) - ubicado a la derecha del espectro político - gana la elección presidencial con Vicente Fox, produciendo una fractura en el presidencialismo priísta y posibilita la emergencia de poderes regionales y locales. Estos cambios permiten el fortalecimiento de la autonomía y capacidad de resistencia de los gobiernos estatales frente al poder presidencial, la conformación de agendas propias y la definición de políticas sociales diferentes de la orientación político-ideológica de las propuestas nacionales (López y Blanco, 2008^a).

El Distrito Federal (DF) desde 1997 - año en que se realiza por primera vez la elección de autoridades locales a través del sufragio directo- es gobernado por el Partido de la Revolución Democrática (PRD), quien gana las elecciones de 1997, 2000 y 2006. El PRD, de acuerdo a su orientación sociopolítica de centro-izquierda, propone impulsar políticas integrales que contribuyan a mejorar la calidad de vida, reducir la inequidad, avanzar en la justicia social y apoyar la reconstrucción del tejido social. Para este fin, se definen un conjunto de estrategias entre las que destacan la democratización, la participación ciudadana, la transformación de la gestión gubernamental, la construcción de ciudadanía social y la gobernabilidad (GDF, 1998).

El proyecto político del Gobierno del Distrito Federal (GDF), privilegia un gobierno con responsabilidad social y la garantía de derechos a través de políticas sociales incluyentes y de base pública. (Cárdenas, 1997). La dinámica económica

de la entidad, en particular su capacidad recaudatoria y financiera, le permite el impulso de políticas universales, a pesar de las tendencias nacionales de mercantilización y neobeneficencia en las políticas sociales (Laurell y López, 1996).

Política sanitaria local y derecho a la salud

El Gobierno del Distrito Federal (GDF) reconoce en sus documentos de política social, la necesidad de impulsar políticas integrales, en el marco de un proyecto social participativo, democrático y equitativo. En la perspectiva del GDF, el deterioro de la calidad de vida, el empobrecimiento y la polarización social, así como el detrimento de los servicios públicos, son los principales problemas a enfrentar (GDF, 1998). Sin embargo en salud se reconoce un rezago importante en la disponibilidad de servicios, recursos financieros insuficientes y un proceso descentralizador inconcluso.

El convenio de descentralización de los servicios de salud, firmado en 1997 poco antes del inicio de la gestión del primer gobierno democráticamente electo en la ciudad, traslada una serie de responsabilidades al gobierno local, sin transferir los recursos suficientes y la autoridad plena en materia laboral, financiera y de regulación sanitaria; sin embargo, con la constitución del Organismo Público Descentralizado (OPD) Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF), se posibilita una relativa autonomía en la definición de propuestas locales de atención a la salud.

En el periodo 1997-2000 se impulsa la conformación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) y en 1999 se aprueba su existencia. A partir de ese momento, se fortalece la autonomía del GDF en salud y la SSDF al encabezar el sector, define la política de salud local, las formas de articulación con los distintos subsectores y la coordinación funcional con los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

En correspondencia con la prioridad que tiene la salud en el discurso del GDF, los recursos provenientes de fondos locales, destinados a la SSDF se incrementan desde 1998 y en el periodo 2001-2004 se identifica un aumento sustancial del 42%. Además, en este periodo, el financiamiento local representa el 77% del presupuesto total de la SSDF, mientras que el 23% corresponde a recursos federales. (SSDF, 2005).

Desde 2001, la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), reconoce en sus documentos programáticos el problema de la desigualdad socio-sanitaria de los habitantes

de la ciudad de México y coloca en el centro de su discurso, la definición ético-política de garantizar el derecho a la protección de la salud a través del fortalecimiento de la institución pública y del financiamiento fiscal como condiciones para hacer realidad este derecho (SSDF, 2002 y Laurell, 2003).

Para el periodo 2002-2006 identifica seis desafíos centrales en política de salud: Mejorar las condiciones generales de salud; Disminuir la desigualdad en salud entre grupos sociales y zonas geográficas; Garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad; Incrementar el acceso oportuno al tratamiento requerido; Disminuir la desigualdad en el acceso a servicios suficientes y de calidad e Instrumentar mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativo y solidario (SSDF, 2002).

Para enfrentar las barreras de acceso por razones económicas, la SSDF impulsa dos programas prioritarios: El *Programa de Apoyo Alimentario, Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores*, primer paso para instituir la *Pensión Universal Ciudadana* que inicia en el 2001 incorporando a los adultos mayores de 70 años de zonas de muy alta y alta marginalidad. Por su perspectiva universalista, el programa se extiende progresivamente a toda la ciudad y para el 2004 la cobertura es de 95%, cubriendo a 370 mil adultos de 70 y más años, residentes en el DF, que reciben un apoyo monetario mensual equivalente a medio salario mínimo, más atención médica y medicamentos gratuitos (SSDF, 2005). El programa recibe mayor respaldo político y una cobertura legal, al ser aprobado el Derecho a la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 años, por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal en 2003 (GODF, 18 de noviembre de 2003).

El *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos*, basado en la estrategia de gratuidad, que contribuye a la equidad y a la solidaridad al ser financiado con recursos fiscales. Su universo son las familias no aseguradas residentes en el DF que al inscribirse se convierten en derechohabientes de la SSDF, formalizando su condición de sujetos de derechos. Al iniciar el año 2005, el padrón de derechohabientes de la SSDF contaba con 713 347 familias afiliadas (aproximadamente el 80% del total de familias elegibles) (SSDF, 2005 y Laurell, 2005).

Además, la SSDF desarrolla funciones normativas y de rectoría y propone la construcción de sistemas regionales de salud para fortalecer la promoción y el fomento a la salud, las actividades de vigilancia epidemiológica y ampliar la cobertura de servicios con criterios de necesidad y equidad, a través de acciones integradas (SSDF, 2002) e

invierte en la remodelación, ampliación y construcción de unidades ambulatorias y hospitalarias, ampliando en 25% la infraestructura médico-sanitaria en el periodo 2001-2005 (Laurell, 2005).

El proceso de consolidación de la SSDF y su política sanitaria anclada en la perspectiva de garantizar el derecho a la salud, permite que esta política adquiera visibilidad, que los programas masivos de atención médico-sanitaria, comiencen a jugar un papel esencial en la legitimación del partido gobernante y el desarrollo de acciones legislativas (ALDF, 2009) que culminan en la aprobación de las leyes que garantizan el derecho a la pensión alimentaria para adultos mayores, inicialmente desde los de 70 años (GODF, 18 de noviembre de 2003) y posteriormente a partir de los 68 años (GODF, 22 de octubre de 2008) y 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 (GODF, 22 de mayo de 2006).

Retrososos en la política de salud local

Las tensiones entre el GDF y el gobierno federal por la implementación de una política de salud distinta, confrontada en el plano de las estrategias y la operación de los programas, conduce a mediados del 2005, a una salida negociada en donde el GDF, acepta su incorporación al Seguro Popular de Salud y firma el convenio de coordinación con la Secretaría de Salud Federal, pero mantiene en operación sus dos programas prioritarios: el *Programa de Apoyo Alimentario, Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores* y el *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos* (López y Blanco 2008a).

En 2006, después de la elección local y consecuente llegada del nuevo gobierno, del mismo partido pero con otras prioridades, cambian los directivos en las Secretarías del GDF y se produce la reorientación de la política social. El campo de la salud interesa más en términos mediáticos y de rentabilidad electoral, por lo que las transformaciones institucionales de fondo pero con poca visibilidad política comienzan a ser relegadas. En este proceso, la política de salud orientada a garantizar derechos, en especial en los contenidos de universalidad, gratuidad y fortalecimiento de lo público sufren un acelerado desgaste.

En 2007, con el propósito de dar mayor visibilidad a la política social y publicitar en conjunto los programas sociales impulsados por el GDF, el *Programa de Apoyo Alimentario, Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores*, es reubicado en la Secretaría de Desarrollo Social. Con este cambio se fracturan los componentes que

integran el programa y se reducen las acciones sinérgicas que posibilitaba su adscripción a la SSDF. También se debilita a la institución de salud, pues en este proceso los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal pierden todos los recursos organizacionales, humanos y financieros pertenecientes a la Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor, incluidas las promotoras de salud adscritas a esta dirección, más otros recursos provenientes sobre todo de las áreas de planeación de la SSDF.

El componente de *apoyo alimentario* que implica transferencias monetarias se mantiene, pero con el traslado del programa a otra Secretaría distinta a la SSDF, las acciones integradas de salud tienen mayores dificultades para desarrollarse. Además el cambio produce un intenso antagonismo entre el personal operativo de ambas Secretarías.

El *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos* se mantiene en forma inercial, se le destinan pocos recursos y progresivamente es invisibilizado y sustituido por el programa de *Seguro Popular de Salud* (SPS), dimensión operativa del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuya lógica es el prepago de un paquete de intervenciones (SSA, 2004) y no la garantía de un derecho. Con recursos provenientes del Sistema de Protección Social en Salud se fortalece en la SSDF la dirección encargada de este programa, se contratan recursos y se inicia la instauración activa del Seguro Popular en Salud en el DF, con un impulso cada vez mayor, sobre todo porque la lógica del SPS es el financiamiento a la demanda. La afiliación de beneficiarios se convierte en la tarea esencial del sistema de salud local para allegarse recursos “frescos”; así, la SSDF “sacrifica” la dimensión ética de garantizar derechos, frente a la posibilidad de recibir recursos federales según el volumen de afiliados.

El retroceso ético-político no es menor, pues el SPS fortalece la concepción minimalista de la garantía de derechos sociales y restringe el derecho constitucional a la protección de la salud (Morales, 2004). En los hechos - ha diferencia del periodo anterior - la SSDF renuncia a una concepción de derecho universal y la sustituye por la una visión restrictiva de atención condicionada al prepago de un servicio. Se ajusta a las perspectivas gerenciales y administrativas interesadas en flexibilizar la operación de los servicios de salud y facilitar la subrogación y la articulación de prestadores de servicios diversos (privados, sociales y públicos), propuestas impulsadas por la política de salud federal (SSA, 2001).

Además, se legaliza un paquete de intervenciones de

orientación curativa, que no responden a la diversidad y complejidad epidemiológica presente en la ciudad, fragmentando la atención y reduciendo el conjunto de intervenciones gratuitas brindadas hasta ese momento por la SSDF, a través de su red de unidades hospitalarias, algunas de ellas con servicios muy especializados como cirugía de columna, neurocirugía y unidades de atención a quemados, entre otros. Se desconoce la importancia de garantizar la seguridad sanitaria en la ciudad y el sistema de vigilancia epidemiológica retorna a su dinámica inercial de reporte pasivo de enfermedades sujetas a vigilancia.

Aparte de de los retrocesos operativos, se modifica la concepción de la atención a la salud como un derecho, cuya posibilidad de garantía es a través del fortalecimiento de lo público, pues el *Seguro Popular de Salud*, a diferencia del *Programa de Servicios y Medicamentos Gratuitos*, subordina la universalidad y la gratuidad a criterios basados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios y abre las puertas a la privatización de los servicios a través de diversas formas, entre las que destacan la subrogación de servicios y de medicamentos (López y Blanco, 2008b).

En menos de tres años, el abasto de medicamentos, insumo esencial para la atención, es subrogado a una cadena privada de farmacias y se realiza una compra millonaria de vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) a una transnacional farmacéutica, a pesar de que diversos actores en México y en el mundo señalan la insuficiente evidencia sobre su utilidad. Se inicia una vacunación muy publicitada en los medios de comunicación, con un esquema de dos dosis de vacuna contra el VPH en niñas de 13 años de colonias populares de la ciudad, abriendo dos frentes de cuestionamiento: uno con la industria farmacéutica productora de la vacuna que señala que el esquema completo de vacunación son tres dosis y otra con grupos académicos y de la sociedad civil, que cuestionan la utilidad de esta vacuna, los riesgos que entraña y los conflictos de interés de quienes la impulsan (Laurell, 2008 y Laurell, 2009).

Otro de los elementos que muestra el desinterés por fortalecer lo público y el viraje mercantilista de la política de salud local es proponer a la ciudad de México como destino privilegiado para el turismo de la salud y a la red de hospitales públicos como los espacios posibles para atender esta demanda “turística”. Así como, el impulso a la reactivación económica de la ciudad (posterior a la paralización de actividades por la epidemia de influenza A/H1-N1), asegurando a sus visitantes con un seguro privado (pagado con fondos públicos) para atenderse en hospitales particulares con sede en el Distrito Federal.

Conclusiones

La política de salud del DF parte de un diagnóstico que reconoce graves problemas del entorno socioeconómico y al interior del propio sistema de salud. Entre los desafíos identificados destacan: la desigualdad socio-sanitaria; la inequidad en el acceso a servicios de salud de calidad; el deterioro y financiamiento insuficiente de los servicios públicos y la heterogénea calidad en la atención.

En el Distrito Federal, desde 1997 se gesta un modelo caracterizado por el incremento de los fondos públicos destinados a salud y a partir del segundo gobierno electo en la ciudad (2000), la SSDF plantea la centralidad de la institución pública y de los fondos fiscales para garantizar el Derecho a la Protección de la Salud. Esta concepción se plasma en programas de *Apoyo Alimentario, Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores y Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos* instrumentados desde

febrero del 2001. A pesar del contexto nacional adverso, en el periodo 2000-2006, la SSDF avanza en el fortalecimiento institucional, el incremento sustancial del financiamiento público y en la garantía del derecho a la protección a la salud con énfasis en las estrategias de gratuidad y universalidad; sin embargo, el cambio de gobierno del DF en 2006 y la reorientación pragmática de la política de salud desgasta los programas cuyo eje es la gratuidad y produce retrocesos en distintos ámbitos: 1) Se pierde la perspectiva ético-política de garantía de derecho, que sustenta la política de salud previa; 2) Se agravan los problemas operativos, muchos de ellos insuficientemente resueltos por las gestiones anteriores; 3) Se reduce la capacidad de respuesta de la SSDF frente a la complejidad epidemiológica presente en la ciudad; 4) Se aceleran los procesos de mercantilización y privatización “congelados” por las gestiones anteriores y 5) Se inicia la destrucción de la plataforma institucional construida por los gobiernos previos.

Bibliografía

Asamblea Legislativa del Distrito Federal: <http://www.asambleadf.gob.mx/is52/010803000077.pdf> (consulta del 1 de julio de 2009)

Barberán, J.; Cárdenas, C.; López, A.; Zavala, J. (1988). *Radiografía del fraude*. México: Nuestro Tiempo.

Cárdenas, C. (1997) “Una ciudad para todos. Otra forma de gobierno”. México: Fundación para la Democracia.

Ley que establece el derecho a la pensión alimentaria para los adultos mayores de setenta años, residentes en el Distrito Federal. *Gaceta Oficial del Distrito Federal*; 2003: 18 de noviembre.

Gaceta Oficial del Distrito Federal (2006) 22 de mayo. *Decreto por el que se crea 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 del Distrito Federal (2008) 22 de octubre. *Ley que establece el derecho a la pensión alimentaria para los adultos mayores de sesenta y ocho años, residentes en el Distrito Federal*.

Gobierno del Distrito Federal (1998) *Política Social del Gobierno del Distrito Federal, Documento Marco*. México, Gobierno del Distrito Federal.

Laurell, C. (2003) “¿What does Latin American Social Medicine do when it governs?”, Washington: *American Journal of Public Health*, Núm. 93.

Laurell, C. (2005) “La política de salud del Gobierno de la Ciudad de México: por los derechos sociales y la satisfacción de necesidades humanas”; en: *Informe Alternativo sobre la Salud en América Latina*, Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud.

- Laurell, C. (2008). “La vacuna contra el VPH: ¿ciencia para la ganancia?”. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2008/03/06/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>
- Laurell, C. (2009). “La vacuna de VPH. El Conflicto de interés” Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2009/03/04/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>.
- Laurell, C. y López, O. (1996). “Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health”. *International Journal of Health Services* vol. 26, núm. 1: 1-18.
- López, O. y Blanco, J. (2008a). “Camino divergentes para la protección social en salud en México”. *Salud Colectiva*, vol. 4, núm. 3: 319-333.
- (2008b). “Las vertientes privatizadoras en el seguro popular de salud en México”. *Salud Problema, Segunda época*, año 1, No. 1, 2 y 3: 78-84.
- Morales, Pedro (2003). “Servicios esenciales de salud, sofisma constitucional”. México, *Letra S*, núm. 78.
- Secretaría de Salud (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México: Poder Ejecutivo Federal.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal (2002) *Programa de Salud del Distrito Federal 2002-2006*. México, Gobierno del Distrito Federal.
- Secretaría de Salud (2004) *Financiamiento justo y protección social universal*. México, Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal (2005) *Informe de Trabajo 2004, Secretaría de Salud del Distrito Federal*. México, Gobierno del Distrito Federal.