

Régimen neodictatorial y sistema de salud del Distrito Federal, México

*Nashielly Cortés Hernández**

Resumen

En este ensayo se identifican los elementos de determinación política que enmarcan el desarrollo de un Sistema de Salud propio de la Ciudad de México –referido al Distrito Federal- en los últimos once años, con énfasis en el sexenio 2000-2006, por ser el inicio de una marcada diferencia, en cuanto a política sanitaria, del Gobierno Capitalino de centro izquierda con el Gobierno Federal de derecha. Se parte del concepto de determinación social del proceso salud-enfermedad-atención y se subraya la lógica que el modo de producción capitalista imprime a dicho proceso para entender las expresiones concretas del régimen político del Estado, su "autonomía relativa" y los logros alcanzados en ese periodo en materia de política social sanitaria local; así como para visibilizar los obstáculos que las y los capitalinos han enfrentado para mantener sus derechos sociales ante una realidad nacional de regímenes cada vez más autoritarios, represivos y cerrados a la participación de actores sociales previamente reconocidos. Todo ello con gran repercusión en la política sanitaria de la ciudad.

Palabras clave: Régimen neodictatorial, Sistema de Salud, Política Sanitaria y Ciudad de México.

Abstract

Identifying the issues of political determination make comprehensible the development of the Health System of Mexico City –talking about the Federal District- for the last decade, mainly during the period between 2000 and 2006, because of its big difference from the neoliberal tendency of national health policy. Besides that, underlying the characteristics that capitalism logic impose on the health-disease process makes clearer the relation ship between the last health policy changes in Mexico City and new ways of dictatorial regimens in Mexico as a country.

Keys words: Neodictatorial regimen, Health System, Health Policy and Mexico City.

* Estudiante del programa de Maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco. Correo electrónico: nayeleona@yahoo.com

Fecha de recepción: 3 de Julio de 2009
Fecha de aprobación: 16 de Julio de 2009

Introducción

La Ciudad de México (el Distrito Federal o DF¹) no es sólo una ciudad más, es una grande y compleja entidad federativa. Es innegable que cuando se habla de la Ciudad de México, se trata de un estado más dentro de la República Mexicana, no sólo por los elementos geográficos propios del territorio que le podrían conceder cierta autonomía, sino por los elementos socio-demográficos e idiosincráticos propios de la población que le confieren una identidad única y reconocida por la población –tanto del interior de la ciudad- como del resto la República Mexicana (Rosique, 2000).

A pesar de ello, intensa ha sido la lucha porque tal identidad sea traducida en derechos económicos, políticos e incluso de expresión ideológica. Por lo mismo, es relativamente reciente –y sigue siendo incompleto- el poder de los ciudadanos de la Ciudad de México para definir el rumbo político de su historia, sus políticas públicas y, particularmente, sus políticas sanitarias. Así, para los ciudadanos de la Capital del país,² 1997 significó la inaugural posibilidad de hacer gestión pública con cierta independencia del Estado Nacional y su política Federal –al permitírseles elegir por voto universal y directo a sus gobernantes locales³ (Rosique, 2000).

Se confirma así que: el reconocimiento institucional del ciudadano como actor político con derechos sociales, tuvo repercusión en el cambio de rumbo de las políticas sanitarias del Gobierno del Distrito Federal (GDF); ya que, la Ciudad de México –pese a ser el territorio donde se concentra la mayor cantidad de recursos y personal en salud- encarnaba los resultados de una política sanitaria nacional desigual,

fragmentada y prolongadamente en crisis financiera, reflejada en la polarización de las condiciones de vida de la población (cuadro 1) y sus correlatos en las condiciones de salud también polarizadas (Blanco, Rivera y López, 1996; López y Blanco, 2001, 2006).

Cuadro 1. Polarización en el grado de marginalidad en el DF

Grado de marginalidad	Total en millones de personas	Porcentaje
Muy alta	1.8	21.43
Alta y media	4.1	48.81
Baja	1.1	13.10
Muy baja	1.4	16.66
TOTAL	8.4	100.00

Fuente: Programa de Salud del GDF 2002-2006

Esta situación no ha cambiado sustancialmente de 1997 a la fecha; sin embargo y a decir de Asa Cristina Laurel, Secretaria de Salud del DF en el periodo 200-2006, la diferencia radica en que, desde que se dio la oportunidad de elección de los ciudadanos de la dicha ciudad, inició la presencia de gobernantes con signo político de centro-izquierda y con ella aparecieron estrategias para combatir la polarización en salud que parten de una lógica distinta a la política nacional⁴ –basada en las necesidades del capital- para centrarse más en las necesidades de la población; sin por ello dejar de reconocer los límites que la gestión tiene para recuperar desde la población misma, cuáles son reconocidas como sus necesidades prioritarias (Laurel, 2003; Laurel, 2008). La profundización del análisis de este contraste nacional-local se trabajará más adelante, por ahora el interés está en señalar el vínculo –que de tan obvio casi se ha olvidado- entre democratización y definición de política sanitaria.

La emergencia de la ciudadanía del DF como actor político ha sido tan importante que la intención de atender sus necesidades antes que las del mercado, ha merecido la descalificación de los grupos empresariales⁵ y la

¹ En el ensayo, se ha preferido usar “la Ciudad de México” sobre el de “Distrito Federal” para hacer referencia a las 16 Delegaciones asentadas en el Valle de la Ciudad de México por dos razones: la primera tiene que ver con la relevancia que tiene para el tema de la identidad colectiva el nombre de la Ciudad de México; la segunda es por empezar a posicionarse respecto de apoyar que en algún momento se defina como el Distrito sede de los poderes federales (el DF) sólo al área donde éstos se ubican y no todo el territorio de la Ciudad de México, por las implicaciones históricas y políticas que pertenecer al DF han costado. Sin embargo, dado que sigue siendo vigente en términos legales la denominación “DF” para todo el territorio de las 16 Delegaciones políticas asentadas en el Valle de la Ciudad de México, en el ensayo se usa indistintamente Ciudad de México que DF para referirse a ese territorio.

² Con una población de 8 millones 489 mil personas aproximadamente, censo 2000 CONAPO.

³ Desde 1928 había sido creado el Departamento del Distrito Federal (DDF) con facultades de decisión y de ejecución que fueron encomendadas a un Regente del DDF –quien tenía funciones más semejantes a las de un simple administrador que a las de un gobernador local-; Sin embargo hasta 1997 dicho funcionario dejaría de ser nombrado y removido libremente por el Presidente de la República, para ser elegido mediante el voto universal de los capitalinos.

⁴ Este cambio de rumbo puede documentarse en el propio programa de salud 2002-2006 presentado por la Secretaría de Salud del GDF y el contraste que este muestra respecto del Plan Nacional de Salud del Gobierno Federal 2007-2012.

⁵ Que la tildaron de populista, sobran datos que documenten esta descalificación por ejemplo está el blog: <http://no-al-populismo.blogspot>.

movilización de todo el aparato de dominación –que en el país ellos mismos encabezan⁶– para definir los pasados resultados electorales del 2006, bajo la argumentación ideológica de que son políticas sociales de “*personajes peligrosos para México*” (Steven, 2009). Así, en el país comenzaron a revivir formas de Gobierno Federal (GF) con expresiones neo-dictatoriales abiertas que ya tuvieron repercusión directa en las políticas de Salud del Sistema de Salud del Distrito Federal (SSDF), punto en el que también se profundizará en un apartado posterior.

Lo que se pretende exponer hasta aquí es que si el mayor grado de democratización alcanzado en una sociedad, le permite a ésta definir las políticas públicas que percibe como benéficas para ella misma y que se traducen en formas institucionales (como el sistema de salud de una nación, estado o distrito) con ciertos perfiles, el análisis de este grado de democratización, para los casos concretos (como el de la Ciudad de México) no es sencillo. Por ejemplo, a pesar de que hoy en día a los ciudadanos de la Ciudad de México se les reconoce el derecho al voto y a la libre elección de sus gobernantes... es decir, formalmente se vive en un régimen democrático, el alcance de dicha democratización es totalmente discutible y para muestra un botón: baste subrayar los matices que su Sistema de Salud ha tomado en la última década.

[com/](#). En el encabezado de dicho blog se lee: “*Este blog inició en dic’05 para demostrar que AMLO era la peor opción para México. Después del 02/07/06 defendimos nuestros votos e instituciones. Calderón ya es Presidente, por lo que simplemente buscamos que AMLO y los populistas dejen de dar lata, al igual que todos esos grupos violentos y minoritarios, que buscan un retroceso. El populismo solo empobrece más a los que menos tienen. El camino a las crisis económicas está pavimentado de buenas intenciones populistas. NO a la partidocracia*” (Por Danny Portales. Egresado del ITSM, Monterrey). Consultado el 10 de junio de 2009. Otro ejemplo lo encontramos en la revista *Letras Libres* donde se opina que Andrés Manuel López Obrador, entonces Jefe de Gobierno del DF, no fue más populista porque no pudo. Turrent Díaz E (2005). “Comentarios sobre el “populismo” de López Obrador”. En Cartas al editor. *Letras Libres*, abril, 2005. Consultado el 10 de Junio de 2009 y disponible en <http://www.letraslibres.com/index.php?art=10357>.

⁶ Cárdenas J. y Guerrero H (2005). “Califican senadores a AMLO como populista”. Fuente: Noticieros Televisa. En la nota se expone que senadores del PRI y PAN calificaron de populista la propuesta de AMLO el dar un 10% del presupuesto electoral a la ayuda en Sureste del país. Oct. 13, 2005. Disponible en: <http://www.esmas.com/noticierostelevisa/mexico/482099.html>. Consultado el 10 de junio de 2009. Y el mismo Salinas de Gortari, ex presidente de México en su ensayo ‘La Década Perdida’ planteando que “AMLO defiende cuotas de poder como el PRI viejo”, aseguró que “López Obrador es un populista autoritario”. (Arvizu, J. El Universal. Domingo 04 de mayo de 2008. Disponible en: <http://www.el-universal.com.mx/nacion/159231.html>. Consultado el 10 de Junio de 2009). También hay análisis serios sobre esta estrategia de descalificación como la ofrecida por Steven Johansson M. (2009). “¿AMLO Populista?” Documento consultado el 10 de junio de 2009 y disponible en: http://www.uam.mx/difusion/casadeltiempo/14_15_iv_dic_ene_2009/casa_del_tiempo_eIV_num14_15_17_20.pdf.

El análisis del SSDF, su conformación y desarrollo, da cuenta de que cuando recién se abre a la ciudadanía la posibilidad de decisión, ésta empujó a que la tendencia de las políticas locales no fueran en el mismo rumbo que las nacionales (Laurel, 2008); pero también da cuenta de esa especie de espejismo democratizador en que se vuelve “el voto”, de tal modo que aún viviendo en un supuesto régimen político democrático y republicano, en realidad, para el caso del Distrito Federal se dan otras relaciones de poder con el GF que le hacen seguir experimentando prácticas que se acercan más a lo dictatorial que a lo democrático y ello conlleva repercusiones en el terreno de la conformación de su propio Sistema de Salud y las políticas sanitarias que implementa.

Aunado a ello, a nivel Federal se ha dado un franco viraje hacia una política dictatorial, no sólo respecto de su relación con el DF, sino en general con todas las Entidades Federativas, su ciudadanía y sus gobiernos locales, contexto que pone el escenario para que se consoliden formas soterradas de dominación, otra vez con implicación en definiciones de política pública y donde la exclusión es la lógica que rige la definición de dichas políticas (Offe, 1995).

Régimen político de Estado y Sistema de Salud del DF

Es sabido que las instituciones de salud materializan en sí una serie de políticas sociales que, a su vez, permiten reconocer el régimen político del Estado, así como los fundamentos ideológicos del grupo gobernante que se encuentra al frente de él, “...en la medida en que tales políticas sean vistas como un conjunto de sucesivas tomas de posición del Estado frente a cuestiones socialmente problematizadas [y dentro de las cuales toman relevancia tanto] la dinámica intraburocrática a través de la cual se generan sucesivas tomas de posición (o políticas) del Estado, [como] la consideración de sus vinculaciones con actores sociales” (Oszlak, 1982:18). Ante esa premisa, se antoja que es necesario examinar lo que las características del SSDF permiten reconocer respecto del régimen político de Estado que subyace en su desarrollo; esto por las implicaciones en términos de reconocimiento de la salud y otros bienes públicos como derechos sociales o bien en su transformación hacia derechos mercantiles (Laurel, 1994).

Sin embargo, no es posible entender la actualidad del SSDF si no se parte del análisis de la complejidad que representa que el Sistema Nacional de Salud⁷ (SNS) se caracteriza por ser un sistema altamente fragmentado, tanto

⁷ Conformado por una serie de instituciones públicas y privadas.

en su estructura como en sus formas de financiamiento, lo que dificulta identificarlo con un régimen de política social específico. Pese a ello, para caracterizar y calificar el régimen político con base en la política de salud mexicana en términos de Esping-Andersen⁸ (Espin-Andersen, 1991), se ha recurrido a analizar las características de su financiamiento (Granados, *et al.*, 2006). No obstante, esa caracterización no basta para entender la relación entre régimen político y lo que ocurre en la conformación del Sistema de Salud local, de ahí que sea pertinente reconocer también el régimen político del Gobierno Federal (GF) en términos de democracia/dictadura lo que amplía la comprensión del hecho particular, sus características y el tipo de política sanitaria que se ha ido impulsando en el DF en la última década.

Esto se debe a que el DF no logra ser un “Estado Autónomo” por sentarse en su territorio: *a)* toda una *conformación histórica centralista* desde épocas prehispánicas, por lo que en ella se buscan las soluciones no halladas en los demás Estados de la República a todo tipo de problemáticas, incluida la de salud-enfermedad; y *b)* los *Poderes de la Federación*; con mucho, el principal conflicto en cuanto al margen de libertad permitido a la ciudadanía del DF y a su gobierno (el GDF) de definir las políticas públicas que deseen. Esta última característica se tradujo en que se viviera, desde tiempos muy remotos y hasta antes de 1997, una imposición a los ciudadanos de la capital, en el terreno de la democracia participativa, de una suerte de “dictadura”, al existir un gobierno local totalmente aislado de la sociedad civil e independiente de ella y dependiente directo de los deseos, intereses y mandatos del Gobierno Federal.

Así, la emergencia del SNS deja notar los márgenes de posibilidad que la conformación del SSDF tiene. En este orden de ideas y a modo de antecedente, se tiene que en el devenir del régimen político desde el cual emerge un SNS en México, como en el resto de América Latina, pueden distinguirse tres grandes etapas que se corresponden con

en el desarrollo histórico⁹ del país, con sus personajes y fechas particulares que dan matices a los procesos, pero que en general recorren de un periodo de esclavitud en la época colonial, a otro feudal en los albores del surgimiento del Estado Nación con avances y retrocesos hacia el de la era capitalista. Cabe reconocer que la transición del modo de producción feudal al capitalista fue difícil, heterogénea, larga y podría decirse que incompleta, aunque claramente la forma capitalista terminó siendo predominante.

Con todo, en México la emergencia del capitalismo en la esfera productiva, no se traduce en políticas y acciones de gobierno –como política sanitaria de un Estado capitalista, por ejemplo– sino hasta 1877 con la creación de la Secretaría de Beneficencia Pública, dentro de la dictadura de Porfirio Díaz (Hernández, 1982). Nace entonces un SNS dentro de un régimen político liberal y dictatorial, régimen dentro del que irrumpe la Revolución Mexicana de 1910. Sin embargo, según Villoro, la respuesta de la Revolución Mexicana al Porfiriato no fue la democracia, sino un sistema semicorporativo caracterizado por un “Estado fuerte que se relaciona con las organizaciones de clases populares en las que se apoya y legitima, a la vez que controla verticalmente [y donde] el poder ejecutivo absorbe los otros dos poderes [...] controlando toda forma de disidencia” (Villoro, 1999: 348). Diferenciada, empero, del corporativismo militarista fascista “al permitir el dominio de una burocracia política [y, al mismo tiempo] abrir un cause institucional a la participación organizada de las masas” (Villoro, 1980: 348).

Lo anterior dio lugar al desarrollo de un Estado de bienestar social que nunca logró ser universalista, pero que sí tendió a ser un medio de redistribución solidaria del ingreso, cuya mayor expresión se logró en los sistemas de seguridad social. Estos sistemas presentaron, hasta antes de las reformas neoliberales, el principio de *universalidad basada en la equidad*¹⁰ (Granados, *et al.*, 2006). Es decir, el SNS nunca fue universalista, pero los sistemas de Seguridad Social, sus instituciones, sí tendieron hacia la universalidad

⁸ La tipología de Esping-Andersen (expuesta en 1991 bajo el título de *Los tres modelos del Estado de Bienestar*) plantea que un régimen de bienestar es una combinación institucional de producción mixta de bienestar entre el Estado, la familia, el mercado y la sociedad civil y que depende de tres factores: la naturaleza de la movilización de las clases sociales, las estructuras de coalición de la clase política y el legado histórico o *path dependency*. Resultado de la interacción de esas cuatro esferas sociales, enmarcadas por esos tres factores, cada régimen sería la consecuencia de dos procesos: del grado de desmercantilización (grado de subsistencia sin dependencia del mercado) y del grado de polarización en la estratificación social (extensión de los derechos de ciudadanía o solidaridad social); de modo que habría tres regímenes de bienestar: El liberal, El Continental o corporativista y El Socialdemócrata o Escandinavo. Donde la desmercantilización y la polarización en la estratificación social son inversas y van, respecto del primer atributo (desmercantilización), de menor (en el Liberal) a mayor (en el Socialdemócrata).

⁹ Sólo se hace referencia al periodo histórico posterior a la conquista, debido a que el choque cultural que ésta provocó resultó en la imposición casi absoluta de la cosmovisión occidental de la salud y del modelo de organización social para la atención de la enfermedad, al menos oficialmente. Un estudio del desarrollo de las estructuras sociales que se ocuparon de la salud previo al periodo de la conquista, interesante sin duda, rebasa los objetivos de este ensayo, por lo que es, en este momento, prescindible.

¹⁰ La universalidad se entendió bajo dos criterios, horizontal (acceso a todos los individuos) y vertical (integralidad de la práctica médica, relación “igual necesidad de salud-igual servicio”) y se dice que basada en la equidad porque, al colectivizar el riesgo y el financiamiento, funcionaba bajo la lógica de la solidaridad intergeneracional e interclase.

como principio y meta de un sistema de salud, lo cual por cierto, fue retomado por el GDF en el año 2000 (Programa de salud del GDF, 2002-2006).

Volviendo al tema de la caracterización del régimen político que subyace en la conformación del SSDF, se observa que en el Porfiriato se vive una abierta dictadura a nivel nacional que muta hacia un Estado de bienestar social de tipo corporativista. Pero en la Ciudad de México, luego de la Revolución de 1910 y hasta antes de 1997, además de ese Estado de Bienestar social corporativista, se vive un régimen con características dictatoriales que se atacaron parcialmente cuando se permitió a la ciudadanía de ese territorio elegir mediante voto directo a sus gobernantes. Sin embargo, esa relación de subordinación hacia las políticas del GF ha seguido expresándose en los retrocesos, respecto a su propia tendencia inicial (en el año 2002), del reconocimiento de ciertos derechos sociales que representan las políticas que el gobierno local ha implementado en materia de salud; por lo que se sostiene que se desarrollaron formas *neodictatoriales*¹¹ que se expresan a nivel local y que tienden a correlacionarse con expresiones *neodictatoriales* a nivel nacional (punto en el que se profundizará más adelante).

Otro énfasis que hay que hacer es que, en un país capitalista –como México, una dictadura (o una *neodictadura*) siempre impulsará la imposición de políticas que respondan a la lógica de acumulación de capital, es decir al despojo, para lo cual precisa de remercalizarlo todo (Donnangelo, 1976). Ahora bien, siguiendo el razonamiento de Espin Andersen (1991) quien hace la caracterización de régimen político según el grado de desmercantilización que se logra en una sociedad concreta (donde la desmercantilización es entendida como la concepción de la provisión de un bien/servicio como derecho y que éste a su vez se traduce en emancipación de los individuos respecto del mercado), puede –invirtiendo la dirección del razonamiento- hacerse una extensión de ese razonamiento y caracterizar al régimen en términos de democratización (como capacidad de incidencia en la toma de decisiones de un colectivo sobre su vida social: traducida en mayor “autonomía relativa” del Estado) según la posibilidad existente en el conjunto social para influir en el grado de desmercantilización de sus derechos.

Es decir, la propia democratización aunque de manera indirecta también pudiera significar –toda proporción guardada- cierta emancipación de los sujetos respecto del mercado. Espin-Andersen (1991) busca expresiones en la política pública del grado de desmercantilización alcanzado y así califica al régimen político según encajen en los tres modelos que emplea; pero la propuesta ahora es analizar la incidencia que la ciudadanía pueda tener para definir esa desmercantilización, con lo que se recupera las nociones de régimen democrático versus dictatorial o *neodictatorial*.

Devenir posible de un SSDF en el marco de una “neodictadura”

Los procesos dentro de las reformas neoliberales.

Retomando el ejemplo de la constitución del SSDF, éste quedó enmarcado por un SNS que, por su construcción histórica, más que responder a las necesidades de cuidados a la salud de la población, se ha fundamentado en la estructura social que el devenir del modo de producción vigente ha generado; es decir, responde a las necesidades del capital en los distintos momentos de la historia del Estado capitalista. De modo dialéctico, el SNS refuerza esa estratificación social, al fomentar mayor distancia entre las clases sociales (o sus fracciones). De ahí se entiende que haya diversas instituciones Estatales y públicas a las que sólo tienen acceso grupos sociales específicos y cuyo criterio clasificatorio explícito se basa en la riqueza que generan, lo que encubre que la clasificación se da por la capacidad de pago que estos grupos tienen, pero a últimas fechas ese criterio de clasificación (la capacidad de pago) es un principio que ya no intenta ser matizado, sino abiertamente asumido y calculado (Programa Nacional de Salud 2007-2012). Principio este, que ha sido motor de las reformas nacionales a los servicios de salud en las últimas dos décadas y que han cristalizado el carácter neoliberal de las políticas públicas vigentes.

Estas reformas, conocidas como reformas neoliberales, responden a la instauración de un proyecto *transexenal* y se han dado en las diversas esferas sociales (incluidas las sanitarias, educativas, laborales y de comunicación, entre otras¹²) y, en general, refuerzan y justifican el criterio clasificatorio de la capacidad de pago de los particulares por lo que, aún declarando pretender lo contrario, terminan

¹¹ Se usa esta expresión para hacer énfasis en que siguen siendo expresiones de imposición y dominación, pese a que ocurran bajo una aparente democracia representativa. Es decir la *neodictadura* tendrá los efectos de imposición y mantendrá vigentes las condiciones de dominación/subordinación, pese a la existencia de cierto reconocimiento del voto universal, lo que en este caso se reflejará en las definiciones del tipo de Sistema de Salud que se puede configurar en un territorio determinado.

¹² En salud, baste recordar la transferencia del fondo de pensiones a los bancos con la creación del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) en el sexenio de Carlos Salinas de Gortari o las Reformas a la Ley del Seguro Social en el de Ernesto Zedillo que inició la introducción de lo que hoy se conoce como “Seguro Popular”, entre otras cosas muy nocivas para las conquistas laborales, particularmente respecto a los derechos en torno a las pensiones. (Ley del Seguro Social vigente, 1995).

ampliando la polarización en las condiciones de vida de los grupos sociales. Ésta es una razón por la cual se hace pertinente detenerse a estudiarlas; mas no la principal. La razón substancial es que en esas reformas —y sobre los procesos que en ellas se dieron— donde se encuentran bases para la conformación del régimen *neodictatorial* que hoy se vive.

En el terreno de la salud, el primer elemento de análisis que permite argumentar la afirmación previa está en el proceso de descentralización¹³ iniciado en los años 80. Aún aceptando que descentralizar era una necesidad innegable, el proceso descentralizador que se dio no fue el más afortunado, pues consistió en un proceso de cambio administrativo inmediatamente previo a las reformas neoliberales de los años noventa, que en vez de dar mayor margen de operatividad a los gobiernos locales, significó una mayor dependencia de éstos al GF.

Otro elemento que hay que subrayar dentro de los procesos subyacentes, se encuentra en lo referente a la generación discursiva que mundialmente se propuso alterar los significados de los conceptos que fundamentaban las políticas públicas previas (propias de los diversos modelos de Estado de Bienestar), como *bienes públicos*, *universalidad*, *solidaridad* y *equidad* para orientarlos en un sentido individualizador de las responsabilidades; además de que también impusieron otros conceptos como *racionalidad financiera*, *externalidades*, *eficiencia*, *eficacia*, *prepago*, *costo-beneficio*, *pobreza*, *modernización*, etcétera, que marcaron el inicio de la era neoliberal en las políticas sanitarias, con la implacable mutación del *ciudadano* como actor político con derechos sociales, al de *cliente* (Laurel, 1994).

En México todas estas medidas fueron tomadas desde el gobierno central federal y ningún gobierno local pudo oponerles resistencia, pese a que las transformaciones les fueran desfavorables por significar un deslinde de responsabilidades de atención del GF hacia los locales, sin el apoyo para que éstos desarrollaran el soporte técnico y logístico necesario para cubrir las necesidades de salud y contención de la enfermedad en la población.

Sin embargo, la experiencia remercantilizadora de la salud en otros países, como propuesta para mejorar la calidad

de los servicios, bajar los costos y romper con el monopolio del Estado (considerado alevoso) es negativa; pues, una vez que la lógica mercantil se ha impuesto, la promesa de que el *juego del mercado* repararía las carencias originadas en la multifuncionalidad del Estado¹⁴ no sólo se incumplieron, sino que los males señalados como justificación para iniciar las reformas se incrementaron: Empeoró la cobertura, aumentaron los costos (Lechner, 1992; Collins, 1994; Hernández A, 2000; Infante et al, 2000; y Tetelboin, 2007), se agravaron las condiciones de salud de la población y se suplió la concepción de salud como derecho social (obtenido a través de la pertenencia a la sociedad) por el de salud como derecho mercantil (obtenido a través de contratos monetarios entre particulares). Es decir, a nivel nacional, tras las reformas hubo un retroceso social en materia de derechos, ciudadanía y condiciones de vida (López y Blanco, 2006).

En México, el conjunto de reformas neoliberales en salud —en los hechos— ha significado una transferencia al individuo de la responsabilidad de cuidado de *su* salud y prevención de *su* enfermedad, cuestiones que ya no podrá satisfacer en los servicios que proveía el Estado, sino que tendrá que resolverlas en el mercado, con cargo financiero a la economía familiar. De este modo, a raíz de las reformas, se tiene que: a) los gobiernos locales tenían que resolver los problemas de salud de su población; b) no se les facilitó con qué hacerlo y c) el flujo financiero se condicionó a resultados estadísticos —en los dichos, aunque en los hechos, la alineación de los gobiernos locales —en materia de política sanitaria— con la lógica del gobierno central tuvo gran peso para evitar mayor restricción económica, siempre bajo el discurso federal de existencia limitada e insuficiente de recursos para la salud.¹⁵ Es decir, se instauró el mecanismo por el cual doblegar a los gobiernos locales para que impusieran a sus pobladores políticas públicas que ellos no habrían elegido, en el caso de los Estados opositores a la tendencia de la política nacional.

En ese contexto, la democratización del régimen político de la Ciudad de México en 1997, aunque sólo inicialmente, pudo traducirse en un bastión de resistencia a la tendencia nacional en materia de salud. Este caso, aunque ha sido

¹³ Que se llevó a cabo en dos etapas con más de una década de intervalo entre una y otra debido a lo conflictivo que resultó su implementación, pero que además no otorgó la suficiente autonomía a los Estados (ni al DF) dejándolos en situación de dependencia financiera hacia el gobierno central, lo que ha llevado a una posición desventajosa para implementar, con mayor margen de libertad, las políticas sanitarias que consideren pertinentes.

¹⁴ En el libre mercado se reduce el papel del Estado a regulador y canalizador de recursos públicos hacia el sector privado, dejando a un lado las funciones de proveedor de servicios y financiador que antes tenía.

¹⁵ Toman relevancia las consecuencias que estos procesos de reformas tuvieron para llevar a los gobiernos locales a tomar medidas emergentes y de contención financiera que evitaran el colapso de los sistemas de salud locales y que incluyeron el cobro de cuotas de recuperación donde no las había e incremento de las mismas donde ya existían, que no fue el caso del SSDF de 1997-2006, donde pese a las restricciones financieras, sostuvo los programas bajo la lógica de garantizar los derechos.

modesto en materia de resultados sanitarios estadísticos,¹⁶ fue muy significativo en materia de determinación política de la Práctica Médica en el Distrito Federal en términos de recobrar ciertos sentidos del quehacer en salud.

La salud como derecho social

Un buen ejemplo de esta resignificación de conceptos en salud es que a partir de la gestión iniciada en 2000 en el DF, la salud se convierte en tema central de la política pública de la Ciudad de México y se le considera un derecho social, por lo que las políticas sanitarias se basan en los principios de: *universalidad, solidaridad, equidad* en el acceso ante la misma necesidad, *discriminación positiva* para grupos vulnerados, *igualdad de derechos* de todos los ciudadanos, *democratización en salud* –en el sentido de pretender la disminución real de la polarización en salud; por ejemplo, se estableció un programa para la promoción de la salud y atención a los adultos mayores que incluía nueve acciones que lo hacían un programa muy integral (Secretaría de Salud del DF, 2006)- y, finalmente, en el principio de *justicia social* dada por la centralidad de la institución pública como única alternativa justa y sustentable para el cuidado de la salud de la población.

En el plan de acción del *Programa de salud 2002-2006* de la Secretaría de Salud del GDF también se exponen desafíos que requieren ser enfrentados en los próximos años que –pese a ser semejantes a los planteados a nivel nacional como el de mejorar las condiciones generales de salud y el de disminuir la desigualdad en salud entre grupos sociales y zonas geográficas- se diferencian en que el GDF pretendía instrumentar mecanismos de financiamiento –además de estable y suficiente- equitativo y solidario. Todo ello se tradujo en programas específicos, siendo el de Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos la expresión concreta más significativa de esta política, pero que también incluía todos los servicios de la Secretaría y los insumos para la atención, además en la atención de urgencias, la gratuidad se extendió a toda la población (Programa de salud del GDF, 2002-2006).

No es intención de este documento evaluar el impacto que estos “nuevos sentidos” tuvieron respecto del acceso a los servicios ni cuantificar la mejoría de las condiciones de

salud de la población capitalina, no sólo por los argumentos antes expuestos sobre la brevedad en la duración de dichas políticas locales que poco pudieron reflejarse en una realidad crítica construida en otra dirección desde hace tantos años; sino también porque el foco de lo que se pretende señalar está en la posibilidad de incidencia que se tiene en la definición formal del sistema de salud, que son las expresiones que permiten entrever los mecanismos que configuran las redes de poder que finalmente definen al Sistema de Salud local y perpetúan, en la Ciudad de México, formas dictatoriales o se actualizan en formas neodictatoriales.

En otras palabras, el devenir posible de un SSDF amplía sus horizontes de posibilidad a raíz de un primer mecanismo democratizador (la introducción del reconocimiento del derecho a elegir de los ciudadanos), pero este horizonte vuelve a reducirse y a alinearse al proyecto federal por diversos procesos que se implementan alrededor de las reformas neoliberales y que constituyen formas en algunos casos sutiles, otras francamente violentas, de dominación. No es una afirmación ligera decir que el SSDF se encuentra inmerso en el marco de una *neodictadura*, pero puede documentarse y se presenta a continuación.

Se plantea que en la incipiente democracia de la Ciudad de México, esta entidad federativa marcó un contraste en el tema de política pública entre la política sanitaria federal y la local; también se sostiene que de esa manera el DF se volvió un bastión de resistencia a las exigencias que la política neoliberal impuso a nivel nacional. Esto se confirma con las tendencias y tipos de programas que se implementaron en el SSDF.

Con ese antecedente, en las elecciones de 2006 hubo renovación en los gabinetes, tanto local como federal, pero permanecieron los mismos partidos políticos gobernando en cada nivel,¹⁷ por lo que no había que esperar grandes cambios en el rumbo de las políticas públicas de cada gobierno. La realidad es otra, ya que pese a que persiste el contraste nacional-local en cuanto a política pública, en política sanitaria el contraste se redujo. A nivel nacional se dio continuidad a la política neoliberal (pero con militarización de la vida social que es un viraje hacia formas abiertamente dictatoriales); mas en el nivel local, si bien no se dio una total alineación a la política del GF, sí es posible reconocer retrocesos respecto del gabinete previo respecto de la apertura a formas de privatización del sistema sanitario que hoy se tiene, así como en la conceptualización que se tiene del proceso salud enfermedad atención.

¹⁶ Sin pretender justificar, pero sí entender la modesta trascendencia hacia resultados estadísticos de dichas políticas, el análisis no puede dejar de ver que son políticas que se contrapusieron a todo un proyecto político y económico nacional y transexenal que define las condiciones de vida y salud desde diversas dimensiones sociales y no sólo la propiamente sanitaria por lo que sus efectos no son tan rápidamente reversibles. Tampoco pueden dejar de verse los obstáculos inmediatos impuestos a nivel federal y las resistencias al cambio dentro del propio SSDF.

¹⁷ Partido de la Revolución Democrática –PRD y Partido Acción Nacional –PAN, respectivamente.

Así, la política nacional de salud para el periodo 2007-2012 (Programa Nacional de Salud, 2007-2012) pretende mejorar las condiciones de salud de la población y reducir las desigualdades en salud bajo el principio de focalización alrededor del tema del combate a la pobreza; pero en sus estrategias para lograrlo hay contradicciones pues se plantea: a) fortalecer, modernizar e integrar las acciones y los servicios del SNS¹⁸ y, b) garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo esas acciones mediante una reforma financiera que, básicamente, promueve la inversión privada.¹⁹ En cambio, las políticas de salud del DF del sexenio actual padecen una especie de esquizofrenia,²⁰ pues obedecen a dos proyectos contrapuestos, uno propio del GDF e implementado a nivel local por el gobierno de centro izquierda de la Ciudad de México y otro instrumentado por el GF de derecha e impuesto al GDF después del conflicto preelectoral del 2006.²¹ Este hecho histórico marcó la emergencia de una situación política crítica en el GDF, con consecuencias en el tema sanitario, que se sumó a los obstáculos que el SSDF venía encarando aún desde 1997 para su desarrollo y buen funcionamiento.

Estos obstáculos tienen que ver con limitaciones logísticas que resultan, como ya se comentó, del tipo de descentralización a que dio lugar el convenio entre la Secretaría de Salud Federal y el Gobierno del Distrito Federal (GDF), firmado en julio de 1997 (Secretaría de Salud, 1997), ya que originó problemas para la integración orgánica entre los servicios hospitalarios y de urgencias del D.F. y los servicios de salud pública (GDF, 2002). Además, las facultades de regulación sanitaria tampoco se transfirieron en ese convenio. Como resultado hay “incremento de la

mortalidad, la discapacidad y una falta de atención oportuna que provoca altos costos humanos, sociales y económicos, individuales y colectivos [...] situación que se agravó por el crecimiento de la población conurbada del Estado de México, con rezagos en su infraestructura de salud” (GDF, 2002), por lo que llega a atenderse en el DF.

En concreto, existen obstáculos de estructura del sistema que no se podían superar y que empeoraban con los obstáculos de financiamiento que le impuso la Federación, por lo que para tener mejores resultados, la Secretaría de Salud precisaba de mayores recursos materiales, que sólo obtendría mostrando cierto grado de alineación a las políticas sanitarias federales. Lo relevante es que aunado a esas limitaciones técnico-administrativas y financieras, se presentaron obstáculos plenamente políticos que marcaron la decisión de cambiar el rumbo de las políticas sanitarias en la Ciudad de México.

Como en otros países de América Latina, en México se confirman los dos problemas de fondo en los sistemas políticos de representación señalados por Tetelboin (1997): su funcionalidad con el poder y la escasa representación de que goza. Ejemplo de ello fue el fraude electoral del 2006²² y el intento previo de excluir al principal candidato de centro izquierda, Andrés Manuel López Obrador (AMLO) de la contienda electoral, por considerarlo una amenaza por y para la cúpula empresarial mexicana. El llamado *desafuero* fue el mecanismo mediante el cual se intentó someter a AMLO a acción penal e inculparlo en un proceso judicial plagado de irregularidades. El acuerdo del *desafuero* (7 de abril, 2005) fue tomado por la mayoría alcanzada en la cámara de diputados de los partidos de derecha (Partido Revolucionario Institucional y Partido Acción Nacional). Este acontecimiento enteramente político repercutió directamente en las políticas públicas de salud del DF, pues fue el prelude para forzar al gobierno del DF a aceptar el proyecto “Seguro Popular”, programa al que se había resistido por ser contrario a su lógica, estrategia y principios de políticas sociales. Sin embargo, se cedió en ese punto a cambio de que el presidente de la república - en aquel momento Vicente Fox Quezada²³ - se retractara en el asunto del *desafuero* (Hernández L, 2005).

¹⁸ Para la protección, prevención y promoción de la salud contra riesgos sanitarios y para el control de las enfermedades.

¹⁹ Que la privatización del sector salud no mejora la eficiencia, ni promueve la integración del sector salud, menos aún mejora las condiciones de salud de la población ni reduce las desigualdades en salud, sino que favorece los monopolios y grandes consorcios, está documentado (Hernández, 2000; Tetelboin, 2007; Infante, 2000; Collins & Green, 1994; y Twaddle, 1996).

²⁰ En palabras de Laurel (2008), la primera propuesta, iniciada en 2000, es democratizadora y está encaminada a garantizar el “derecho a la protección en salud” en la ciudad. Tuvo cuatro vertientes: la gratuidad de los servicios de salud y de los medicamentos; la introducción de un nuevo modelo de atención (modelo ampliado en salud, MAS); el fortalecimiento, ampliación y mejoramiento de los servicios y una legislación que obliga al gobierno de la ciudad a garantizar este derecho. La propuesta federal, denominada “Seguro Popular”, se basa en un seguro voluntario de salud, el pago de una prima por parte de las familias, el acceso a un paquete restringido de servicios y la inscripción paulatina de la población sin seguridad social laboral.

²¹ Referente al llamado ‘proceso de *desafuero* del Jefe de Gobierno’, quien fuera favorito para ser candidato presidencial según las encuestas de 2005, así como para ganar las pasadas elecciones presidenciales de 2006. Situación que será comentada más adelante en el documento.

²² Para tener un acercamiento filmico, se sugiere ver el documental dirigido por Luis Mandoki titulado *Fraude: México*, 2006.

²³ Fox vetó el resolutivo de la cámara de diputados (27 de abril, 2005), por lo que el entonces Jefe de Gobierno del DF, AMLO, pudo ser candidato del Partido de la Revolución Democrática para las elecciones presidenciales de 2006, cuestión que de poco valió al final de cuentas, dado el fraude consumado en esas elecciones.

Es decir, lo que merece atención en este punto es como un mecanismo promovido por las redes de poder termina modificando el rumbo de la política sanitaria que los gobernantes capitalinos habían implementado. Hay otros ejemplos de este cambio de rumbo, que no es una transformación formal sino de fondo, es un cambio en la lógica que subyace en la conformación del sistema de salud.

La esquizofrenia que implicaba la aceptación del “Seguro Popular”, pero preservación de otros programas que expresaban una política sanitaria contraria a la neoliberal fue sólo inicial; con el paso del tiempo, se vieron atacados otros programas por este nuevo horizonte de posibilidad del SSDF. Es el caso del programa de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor, que antes del 2006 fue un programa prioritario de atención integral a un grupo particularmente vulnerable. Era un programa dependiente de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, a través de los Servicios de Salud Pública, en la Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor. Implicaba, con ello, un reconocimiento tácito de que la salud es un tema que requiere de manejo interdisciplinario por su naturaleza compleja de construcción sociohistórica. Suponía además una complementariedad al principio de universalidad, pues en su componente de “visitas médicas domiciliarias”, reconocía la obligación del Sistema de Salud de garantizar el acceso a toda la población, particularmente a quienes, por diversas condiciones que disminuyen su capacidad de traslado, no pueden acudir a las instalaciones que el propio sistema ha determinado para la atención de sus problemas de salud, promoción y cuidado de la misma para la política social de la Secretaría de Salud del GDF, el reconocimiento de las personas adultas mayores como parte del cuerpo social, significó asumir tres principios fundamentales: el de inclusión, el de ciudadanía y el de solidaridad intergeneracional (Secretaría de Salud del DF, 2005).

El programa, además de desmercantilizar lo referente a lo propiamente médico, también desmercantilizaba otros ámbitos de dependencia física y económica que limitan la autonomía de las personas, en este caso adultas mayores; por lo que era un programa que respondía a satisfacer las dos necesidades humanas básicas planteadas por Doyal (1994): salud y autonomía. A pesar de que había sustento teórico y documentación de la necesidad de mantener dicho programa como estratégico dentro de la Secretaría de Salud²⁴ (Secretaría de Salud del DF, 2006) fue reubicado en

la Secretaría de Desarrollo Social (Secretaría de Desarrollo Social, 2008), no sin una serie de tensiones que amenazaron su continuidad.

Otro ejemplo muy reciente y que podría calificarse de paradigmático en este cambio de rumbo por las implicaciones que tiene en cuanto a la remercantilización de la salud es el turismo sanitario (Cuenca, 2009a; Cuenca 2009b) para beneficio de los extranjeros que se pretende promover, que en nada se parece —e incluso es opuesto— a las estrategias de turismo sanitario implementadas en otros países como Cuba, donde su población nativa tiene garantizado el derecho de atención a la salud y la comercialización sanitaria se hace con el exterior y con la intención de tener una fuente más de ingreso de divisas; en cambio, el turismo sanitario que se pretende en la Ciudad de México, es ofensivo hacia su población pues ésta no tiene garantizado el derecho de atención en los servicios públicos de atención a la salud (menos aún en los privados), pero además promete más ser una política que vaya a desfinanciar al Estado, pues se propone pagar seguros médicos a extranjeros que se atenderán en instituciones privadas de salud. Se vislumbra entonces una franca adhesión a las políticas de despojo en el terreno de la salud.

A manera de conclusión

Luis Villoro, retomando a Labastida (1977), comentaba a finales de los 70, respecto de una serie de reformas hechas al Estado en materia electoral, que:

Mientras que el corporativismo de los Estados militarizados se inserta dentro de su función histórica de desmovilizar y despolitizar a la sociedad y, en particular a las clases populares, en México el corporativismo contribuye a que el Estado pueda movilizar a amplios sectores de la población sin perder su control, [y contribuía así] a que las clases populares siguieran siendo “masa de maniobra” y fuente de legitimación del Estado (Labastida citado en Villoro, 1999: 348).

Por ello, Villoro identificaba al Estado Mexicano más cerca del Estado populista que de los regímenes militares latinoamericanos contemporáneos, pues audazmente había combinado la capacidad de control y dominio con el mantenimiento de una base social de sustento relativamente amplia. Por lo mismo, había podido recurrir a una “represión más selectiva, [...] salvo en determinadas coyunturas críticas” (Labastida citado en Villoro, 1980: 349).

²⁴ Debido a que sus actividades se habían programado con base en un diagnóstico de salud realizado a las personas de 70 años y más con Pen-

sión Alimentaria en el Distrito Federal por medio de la aplicación de una Cédula de Identificación de Riesgos de las personas adultas mayores.

Sin embargo, al ir implementando políticas francamente excluyentes y agresivas para la mayoría de la población, especialmente para la clase trabajadora, se pierde esa posibilidad de legitimarse en el consenso popular organizado y controlado, por lo que el Estado neoliberal ha requerido entrar a formas abiertamente represivas²⁵ semejantes a las dictaduras sudamericanas de la década de los 70 del siglo pasado.

Villoro tuvo razón en que el tránsito hacia una democratización de la vida social fortalecería “la capacidad negociadora de la izquierda, [...] al grupo progresista de la burocracia política y a los sectores de la clase obrera menos obedientes, incorporados al sistema” (Villoro, 1999: 361). Él planteó que las posibilidades de alianzas coyunturales en esos sectores y fuerzas de la izquierda independiente, permitiría dar un paso significativo hacia el cambio del modelo político. Una prueba de ello fueron los cambios, en materia de política sanitaria, logrados en el periodo transcurrido de 2000 a 2006 en el GDF; pero para consolidar ese cambio, señalaba, “es necesario que las organizaciones de izquierda no sucumban a la tentación del oportunismo y logren su consolidación como fuerzas independientes del régimen” (Villoro, 1999: 362), advertencia que fue desatendida, y que se percibe en los cambios de rumbo en las políticas de la actual Secretaría de Salud del GDF.

Por lo tanto, la democratización de la vida social de los ciudadanos del DF, su reconocimiento como actores políticos, se tradujo en políticas sanitarias que parten de ver a la salud como un concepto amplio basado en la noción de derecho social; mientras que, el surgimiento a nivel federal nacional de un régimen político de corte neo-dictatorial

autoritario y enmascaradamente militarizado²⁶ redujo al mínimo su margen de negociación con los gobiernos locales, grupos sociales y sociedad civil en general, lo que, aunado al cambio de gabinete y actores políticos del GDF, se tradujo en retrocesos sobre las políticas sanitarias locales que tomaron matices de corte mercantil privatizador, sin que por ello pudieran destruirse totalmente los logros sociales alcanzados con el gabinete anterior.

Finalmente, decir que el Sistema de Salud de una sociedad es la expresión material de sus fundamentos filosóficos, ideológicos y culturales que se canalizan en organizaciones formales y logran validación por la correlación de fuerza que sus diversos grupos sociales instituyen en sus poderes federales nacionales constituidos históricamente (Foucault, 1992), no tendría valía alguna, como tampoco la tiene decir al contrario que ciertas formas de Estado, promueven ciertas políticas, que responden a ciertas ideologías y se reflejan en instituciones con ciertas características, etcétera, si con ello no visibilizamos el entramado de relaciones de fuerza que ahí se juegan, que además nos tocan e incluyen, nada se aportaría si no se logra develar en qué puntos somos quienes pueden modificar esos aparentes “equilibrios (traducidos en acuerdos) políticos” que ofrecen las cosas como dadas (naturalizadas y enajenadas) y qué obstáculos se nos anteponen para *ver, entender, imaginar futuros deseables* y para *hacer* al respecto. Es decir, estos planteamientos sólo cobran relevancia si son ideas útiles para entender una realidad en movimiento y fungen como herramienta que nos permite transformar esa realidad (Foucault, 2000).

La conclusión final de ese trabajo es que la democratización inicial en el DF (garantizar a los ciudadanos de la Ciudad de México la posibilidad del derecho a elegir directamente a sus gobernantes directos) que se dio en 1997, fue un primer distanciamiento de esas formas enmascaradas de dictadura que se vivieron durante tantos años en la Ciudad de México, tal distanciamiento conllevó la aparición de cierta condición de posibilidad de construcción de un sistema de salud local también más tendiente hacia los sistemas de salud que instauraron los regímenes políticos de los Estados de Bienestar (particularmente se aspiraba al modelo socialdemócrata), pese a todas las limitaciones que la fragmentación característica del Sistema Nacional de Salud imponía.

²⁵ Son muchos los ejemplos de este endurecimiento del Estado, dentro de los que se incluyen:

Ley Gestapo: sobrenombre que se le dio a la reforma judicial aprobada el 26 de febrero de 2008 que fue calificada de anticonstitucional y cuya agenda oculta es combatir y, eventualmente, vencer a las insurgencias sociales de carácter político civil y/o militar que, documentadamente, existen en varias partes del territorio nacional y que preocupan al gobierno de facto de México, con el pretexto de necesitar controlar la violencia armada de las organizaciones dedicadas al tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas; cuando se sabe que éstas actúan, entreveradas y en traslape con el poder político (Fernández, 2008; Avilés, 2008; Garduño y Méndez, 2008).

Una serie de huelgas declaradas ilegales, el caso de la huelga de Cananea, desalojada violentamente es el más significativo

La existencia de reclamos sociales permanentes para exigir la libertad de presos políticos y presentación de desaparecidos en últimos sexenios.

Las matanzas de Aguas Blancas, Guerrero (28-06-95); Acteal, Chiapas (22-12-97), así como las salidas militares y represivas que se han dado a los conflictos sociales como el ocurrido en Atenco (05-05-06), o el del magisterio con la APPO en Oaxaca (2006), etcétera. Todos ellos pagados de violaciones a los Derechos Humanos y abusos de poder.

²⁶ Al menos al principio con la creación de la Policía Federal Preventiva en el gobierno de Ernesto Zedillo (1994-2000), pero abiertamente militarizado después con las políticas de incremento financiero a la milicia y su uso para actividades ajenas a sus atribuciones constitucionales en este sexenio.

Es decir, democratizar también significó una posibilidad de desmercantilización. Sin embargo, el acceso al voto fue solo un paso inicial que visto a la distancia (muy poca aún) no trascendió lo suficiente para permitir a los ciudadanos un ejercicio de poder que diera continuidad a esa tendencia en política social, por lo que otros mecanismos de poder terminaron reinstaurando nuevas formas de régimen dictatorial, a nivel nacional sí, pero con repercusiones específicas a nivel local en el ámbito de la salud. Es decir pese a que los ciudadanos del DF no aparentan guardar una relación de imposición de gobernantes, sí experimentaron una franca limitación en sus condiciones de posibilidad para

lograr mayor desmercantilización y consolidación de ciertos derechos sociales, incluido el derecho a la salud.

En consecuencia, puede sostenerse que el grado de desmercantilización que logran las políticas públicas, en este caso en materia de derecho a la salud, también es un referente o posible veta de exploración del régimen político que se vive, en términos de democracia o *neodictadura*, cuando se vive bajo el espejismo de un régimen democrático dado por la democracia representativa, sin vías de verdadera participación de la ciudadanía en la toma de decisiones sobre la política de gobierno.

Bibliografía

- Arvizu, J. (2008). "AMLO defiende cuotas del poder como el PRI viejo". *El Universal*. Domingo 04 de mayo de 2008. <http://www.el-universal.com.mx/nacion/159231.html> (Consulta del 10 de Junio de 2009)
- Avilés, J. (2008). "Desfiladero: todos a la marcha el 31". *La Jornada*. México, 19 de enero de 2008.
- Blanco-Gil J.; Rivera-Márquez J.A.; López-Arellano, O.; Rueda-Arroniz, F. (1996). Polarización de la calidad de vida y de la salud en la ciudad de México, *Salud Problema*, 1996; 1:23-31.
- Cárdenas, J. y Guerrero, H. (2005). "Califican senadores a AMLO como populista". Noticieros Televisa. Oct. 13, 2005. <http://www.esmas.com/noticierostelevisa/mexico/482099.html>. (Consulta del 10 de junio de 2009)
- Collins, Ch. y Green, A. (1994). "Decentralitation and primary health care: some negative implications in developing countries". *International Journal of Health Services*. USA, 1994; 24(3): 459-475.
- Cuenca, A. (2009a). "Darán seguro médico a turistas en el DF". *El Universal*. Jueves 28 de mayo de 2009. <http://www.eluniversal.com.mx/ciudad/95592.html>. (Consulta del 03 de junio de 2009)
- Cuenca, A. (2009b). "Seguro para turistas extranjeros incluirá cirugías". *El Universal*. Jueves 28 de mayo de 2009. <http://www.eluniversal.com.mx/notas/600974.html> (Consulta el 03 de junio de 2009)
- Donnangelo, M.C. y Pereira, L. (1976). *La medicina en la sociedad de clases*. Brasil: Librería Dos ciudades. 1976: 3-77.
- Doyal L.; Gough, I. (1994). *Teoría de las Necesidades Humanas*. España, MacMillan Education. 1994: 406.
- Esping-Andersen, G. (1991). "As três economías políticas do welfare state". *Revista Lua Nova*. Núm. 24. 1991: 85-116.
- Fernández, F. "Asimetrías". *El Demócrata*. <http://www.atlatl.com.mx/asimetrías-reforma-judicial/8579> (Consultado el 15 de junio de 2008)
- Garduño, R. y Méndez, E. (2008). "Pasa la reforma judicial, luego de leve rasurada". *La Jornada*. México, 27 de febrero de 2008.
- Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad*. FCE. México. 2000: 217-237.
- (1992). *Microfísica del poder*. Las ediciones de la Piqueta. Madrid. 1992:87-110
- Granados, J.A.; Tetelboin, C. y A. Torres (2006). "Salud y seguridad social en México. Redefiniciones en la política sanitaria e impacto en la provisión de servicios". En:

- ¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de la salud y propuestas para la acción. México: OPS/OMS, UAM Xochimilco; UNAM; IPN, 2006: 77-98. www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/a08.pdf (consulta del día 10 de Agosto de 2008):
- Hernández, A.; Vega, R. (2000). "El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión". *Gerencia y Políticas de Salud* 2000; 1(1):48-73.
- Hernández, L. (2005). Astillero: "Acuerdos en curso". *La Jornada*, México. 25 mayo, 2005.
- Hernández, Héctor (1982). "Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1980". En: Otiz, F (ed.) *Vida y muerte del mexicano* (tomo II), México: Folios Ediciones, 1982: 49-96.
- INEGI (2000) *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*. <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.asp?s=est&c=10211> (consulta marzo-julio 2009).
- Infante, A.; De la Mata, I. y D. López (2000). "Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: Situación y tendencias". *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2008; 8 (2/3): 13-20.
- Labastida J. (1977). "Proceso político y dependencia en México (1970-1976)". En *Revista Mexicana de Sociología*. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM. Enero-marzo 9(1): 196-97.
- Laurel, A.C. (1994) "La salud: de derecho social a mercancía". En: Laurell A.C. (coord.) *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México: Fundación Friedrich Ebert/UAM-X: 9-31.
- Laurel, A.C. (2003). "What does Latin American Social Medicine do when it governs? The case of the City Government". *Am J of Public Health*, 2003; 93(12): 2028-2031.
- Laurel, A.C. (2008). "La reforma de salud en la Ciudad de México, 2000-2006". *Medicina Social*, 3(2).
- Lechner, N. (1992). "El debate sobre Estado y Mercado". *Revista Nueva Sociedad*. 121.1992:80-89.
- Ley del Seguro Social vigente (1995). <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf>. (Consulta del 02 de junio de 2009)
- López O. y J. Blanco (2001). "La polarización de la política de salud en México". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jan-fev 17(1):43-54, 2001. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4059.pdf> (consulta de junio-julio 2009)
- López O. y J. Blanco (2006). "Salud y 'nuevas' políticas sociales en México". En: Peña F. Alonzo L.A. (Coord.) *Cambio social, Antropología y Salud*, CONACULTA/ INAH, México, 2006: 15-26.
- Offe, C. (1995). "Un diseño no productivista para las políticas sociales". En: Lo Vuolo, R (coord.) *Contra la exclusión. La propuesta del ingreso ciudadano*. Buenos Aires: Niño y Dávila Editores. 1995: 83-107.
- Oszlak, O. (1982). "Políticas públicas e regímenes políticos: reflexões a partir de algumas experiencias latinoamericanas". *Revista de Administração Pública*. Brasil, 1982, 16 (1): 17-60.
- Portales, D. (2005). Blog: *No al populismo*. Disponible en: <http://no-al-populismo.blogspot.com/>. (Consultado el 10 de Junio de 2009).
- Gobierno del D.F. (2002) Programa de Salud del GDF 2002-2006. Publicado en: *Gaceta Oficial del Distrito Federal*. Agosto 22, Número 114: 73-107.
- Programa Nacional de Salud 2007-2012, capítulo III.
- Rosique Cañas, J.A. (2000). "Ciudad de México: evolución y perspectiva de la forma de gobierno". UAM-Xochimilco. *Rev. Veredas*, Año 1 núm 1 segundo semestre de 2000: 83-106.
- Secretaría de Desarrollo Social (2008). "Lineamientos y mecanismos de operación de los programas sociales a cargo de la secretaría de desarrollo social y organismos sectorizados 2008". *Gaceta Oficial del Distrito Federal* del 31 de enero de 2008.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal (2005). "Acuerdo mediante el cual se emite el programa de visitas médicas domiciliarias para adultos mayores de 70 años en el Distrito Federal". *Gaceta Oficial del Distrito Federal* del 26 de septiembre de 2005.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal (2006). "Diagnóstico de Salud de las personas de 70 años y más con pensión alimentaria". (s/d)
- Secretarías de Salud (1997). "CONVENIO de Coordinación

- para la descentralización de los servicios de salud para la población abierta del Distrito Federal”. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/con030797.html>. (Consulta del 10 de Junio de 2009).
- Steven Johansson, M. (2009). “¿AMLO Populista?” En: *Laberinto. Rev. Casa del Tiempo*. Vol II. Época IV. No. 14-15: diciembre-enero 2009: 17-20. http://www.uam.mx/difusion/casadeltiempo/14_15_iv_dic_ene_2009/casa_del_tiempo_eIV_num14_15_17_20.pdf. (Consulta del 10 de junio de 2009).
- Tetelboin, C. (1997). “Problemas en la conceptualización de la práctica médica”. *Est. Antropol. Biol.* México. 1997; VIII: 487-510.
- Tetelboin, C. (2007). “Balance del sistema privado de pensiones de Chile (1980-2000)”. En: Brachet-Márquez V (Coord.) *Salud Pública y Regímenes de pensión en la era neoliberal: Argentina, Brasil, Chile, y Perú*. México, Colmex, 2007.
- Turrent Díaz, E. (2005). “Comentarios sobre el “populismo” de López Obrador”. En *Cartas al editor. Letras Libres*, abril, 2005. <http://www.letraslibres.com/index.php?art=10357>. (Consulta del 10 de Junio de 2009)
- Twaddle, A. (1996). “Health system reforms –Toward a framework for international comparisons”. *Soc Sci Med.* Great Britain, 1996. 43 (5): 637-654.
- Villoro, L. (1999). “La reforma política y las perspectivas de la democracia”; En: *México hoy*. González Casanova Pablo. Capítulo XIV. SXXI Editores, décimo sexta edición, 1999: 348-362.