

Camino divergentes para la protección social en salud en México

Opposite pathways in social health care in Mexico

Oliva López-Arellano¹, José Blanco Gil²

¹Médica, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Doctora en Ciencias en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Profesora-investigadora Titular de la Maestría en Medicina Social y del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. UAM, Xochimilco, México. oli@correo.xoc.uam.mx

²Médico, Universidad Nacional Autónoma de México. Magister en Salud Pública, Instituto de Desarrollo de la Salud, La Habana, Cuba. Profesor-investigador Titular de la Maestría en Medicina Social. UAM, Xochimilco, México. jblanco@correo.xoc.uam.mx

RESUMEN En México, la reciente pluralidad política se expresa en diferentes modelos de políticas sociales y en la tensión en el ejercicio de gobierno entre los niveles local y nacional. El objetivo de este trabajo fue contrastar los contenidos y ámbitos principales de conflictividad de la política de salud nacional (México) versus la política de salud local (Distrito Federal). Para ello, se analizaron planes de desarrollo, documentos programáticos, presupuestos e informes del período 1994-2006, en los que se encontraron similitudes en los diagnósticos sociosanitarios y diferencias sustanciales en las agendas, las estrategias y los programas prioritarios.

PALABRAS CLAVE Reforma del Sector Salud; Políticas Públicas; Políticas Públicas de Salud; Planes y Programas de Salud; Derecho a la Salud.

ABSTRACT Current political plurality in Mexico is expressed in different models of social policies and in the tension of the exercise of government between domestic and national levels. The objective of this paper was to contrast the contents together with the main conflictive points of the national health policy (Mexico) against the domestic health policy (Mexico's Federal District). To achieve this goal, development plans, programmatic documents and budgets within the period 1994-2006 were analyzed. As a consequence, similarities and substantial differences were found regarding socio-sanitary diagnoses, agendas, strategies and priority programs.

KEY WORDS Health Sector Reform; Public Policies; Health Public Policy; Health Programs and Plans; Right to Health.

INTRODUCCIÓN

En México, la reforma del sector salud impulsada desde 1982 se caracteriza por instrumentar un modelo bipolar de mercantilización y neobeneficencia en las instituciones públicas de salud. Se liberan mercados "cautivos", promoviendo activamente la resolución de las necesidades de salud en los circuitos de mercado y se focaliza el quehacer público en poblaciones pobres, a través de un número limitado de prestaciones que conforman los llamados paquetes básicos de servicios (1).

A pesar de las tendencias generales de mercantilización y neobeneficencia de la política de salud nacional, en un marco de creciente diversidad económica y geopolítica del país y en particular por la maduración de la descentralización en salud, se perfila una autonomía relativa de los gobiernos locales para definir políticas y estrategias e implementar diversos modelos de atención médico-sanitaria, en función de su orientación política y su capacidad financiera. Sin embargo, solo las entidades con mayores posibilidades recaudatorias o en condiciones de movilizar recursos propios y además con capacidad de negociación política o bien agendas sociales diferentes, presentan una relativa resistencia frente a la política de salud nacional. Tal es el caso del gobierno del Distrito Federal.

Desde 1997, el Distrito Federal (DF) es gobernado por autoridades que provienen del Partido de la Revolución Democrática (PRD), cuyas propuestas centrales giran en torno a la democratización del país y a la justicia social, mientras que el presidente de la República en el período 1994-2000 pertenece al grupo tecnócrata del Partido Revolucionario Institucional (PRI) y en el período 2000-2006 al Partido Acción Nacional (PAN), que promueve el libre mercado y el Estado mínimo.

La relativa autonomía del DF, resultado del Estatuto de Gobierno y del proceso descentralizador, aunado a su capacidad recaudatoria y financiera, provoca tensiones y contradicciones en el ejercicio de gobierno entre los niveles nacional y local. La diversidad de orientaciones políticas, en particular, las diferencias conceptuales y estratégicas de sus plataformas en el terreno

de las políticas sociales, generan espacios de conflicto en una política concreta como es la política de salud.

El objetivo de este trabajo fue contrastar los contenidos, acciones y ámbitos principales de tensión de la política de salud nacional versus la política de salud local (DF). Para identificar los contrastes se revisaron y analizaron planes de desarrollo, documentos diagnósticos y programáticos; estrategias y prioridades nacionales y locales e informes de gestión; distribuciones presupuestales y de ejercicio del gasto correspondientes a los períodos 1994-2000 y 2000-2006 que incluyen dos sexenios presidenciales para el nivel nacional y dos gestiones de gobierno para el nivel local (1997-2000 y 2000-2006). Así mismo, se analizaron los programas más importantes de ambos espacios institucionales –Secretaría de Salud (SS) del gobierno nacional y Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF)–, los convenios/acuerdos en proceso o suspendidos entre ambos niveles y los pronunciamientos públicos de los funcionarios a cargo de la SS y de la SSDF en ambos períodos de gobierno.

EL CONTEXTO NACIONAL

En 1982, los efectos de la coyuntura internacional, en particular la caída de los precios internacionales del petróleo y el aumento del costo del crédito externo, profundizaron las contradicciones del llamado desarrollo estabilizador por sustitución de importaciones, que ya mostraba signos de agotamiento desde la década anterior y acaban bruscamente con el espejismo de la abundancia petrolera. A partir de ese momento, el gobierno mexicano asume abiertamente una política de ajuste estructural para enfrentar la crisis y un proyecto modernizador a mediano plazo, que entraña una nueva fase de desarrollo capitalista (2). El Estado mexicano, tardíamente en comparación con otros países de América Latina, transita de un modelo intervencionista, corporativo y proteccionista a un Estado que reduce drásticamente su intervención en la economía, limita su protección al mercado interno y redimensiona el papel de la política social (3).

Hacia finales de los años '80, los costos sociales de la crisis y los resultados de las políticas de ajuste cuya implementación conlleva mayor desempleo, precarización del trabajo, pérdida salarial y reducción de los fondos públicos destinados a financiar la política social, deterioran las condiciones de vida de las mayorías y provocan un descontento social que se expresa en la elección presidencial de 1988, con la pérdida de hegemonía del PRI que durante 60 años tuvo el dominio absoluto en la conducción política del país.

Las políticas de ajuste macroeconómico impulsadas por el gobierno desde la década del '80 y la articulación del país a la fase de globalización capitalista, configura un reordenamiento político-económico en la lógica de la economía neoclásica y la ideología neoliberal (4). En los años '90, se impulsa la liberalización del comercio y la privatización de empresas y servicios, así como la integración cada vez más orgánica a la economía de los Estados Unidos de Norteamérica. Se redefine el conjunto de relaciones económico-financieras con el exterior, así como el sistema de alianzas que articulan las relaciones Estado-sociedad y Estado-mercado. Los sectores dominantes incorporan sus intereses privados al interior del aparato estatal, que comienza a funcionar con una lógica privatista que reordena las relaciones sociales, consolida a la tecnocracia neoliberal como el sector hegemónico de la clase política y despoltiza las demandas sociales, reduciéndolas a actos administrativos (5).

En el sexenio 1988-1994, el gobierno avanza velozmente en el reordenamiento económico que impulsa la primacía del mercado y enfrenta el descontento social y la pérdida de legitimidad política mediante un discurso "solidario" que progresivamente es definido como liberalismo social, en el que se propicia una relación casi directa entre la figura presidencial y la población pobre. Los recursos de los programas sociales son manejados en forma discrecional y centralizada, en la lógica de los intereses electorales del PRI que intenta así, recuperar la pérdida de legitimidad expresada en la muy competida y cuestionada elección presidencial de 1988 (6).

En 1994, año en que se pone en marcha el Tratado de Libre Comercio con América del Norte, continúa la crisis política. Emerge el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN)

y se producen los asesinatos del candidato presidencial del PRI y de uno de los ideólogos más importantes de ese partido. A pesar de esta crisis, la elección presidencial es ganada por el PRI a través de una campaña que promueve el "voto del miedo". El presidente Ernesto Zedillo inicia su sexenio en diciembre de 1994 y en menos de un mes se produce una severa devaluación del peso y el colapso del sistema bancario, cuyo rescate se realiza a través de la compra de la cartera vencida (a), que posteriormente se convierte en deuda pública y evita la quiebra de los bancos, pero no salva de la pérdida de su patrimonio a miles de ahorradores (7).

El sexenio 1994-2000 transita entre la incertidumbre económica, el descontento social y el desaliento político, que se expresan en el fortalecimiento de opciones políticas distintas al PRI, que avanzan sobre todo en las elecciones estatales y municipales. Tres grandes partidos expresan esta pluralidad política:

- Partido Revolucionario Institucional (PRI): partido que en este momento aún conserva las tesis nacionalistas del Estado posrevolucionario y las formas paternalistas y clientelares de hacer política, a pesar del dominio cada vez mayor de la tecnocracia neoliberal en su conducción.
- Partido de la Revolución Democrática (PRD): aglutina muy diversas fuerzas sociales y grupos de izquierda, cuyas propuestas centrales giran en torno a la democratización del país y a la justicia social.
- Partido Acción Nacional (PAN): enarbola posiciones conservadoras y clericales e impulsa la economía de mercado y el Estado mínimo.

La incertidumbre económica y el descontento social son capitalizados en la elección presidencial del 2000 por el PAN, cuyo candidato gana la presidencia de la República. En ese sexenio (2000-2006), expresamente pro-empresarial, se proponen un conjunto de reformas que pretenden continuar con la "modernización" del país en la perspectiva neoliberal. Las reformas energética, fiscal y laboral, avanzan en los hechos muy poco por la impericia del grupo gobernante y la oposición del PRD y de grupos importantes dentro del PRI. Sin embargo, en el terreno de la política social se consolida la perspectiva neoliberal que

impulsa dos estrategias diferentes pero complementarias: la participación de la iniciativa privada en la producción de servicios que suponen una mayor rentabilidad económica y la acción selectiva del Estado a través de programas focalizados de combate a la pobreza (1).

Se configuran proyectos sociales que modifican la distribución de recursos, las relaciones de poder y desmantelan las prestaciones sociales. Estos proyectos destruyen la plataforma pública e institucional que posibilita la garantía de derechos (8) y suponen un desafío a los destinatarios organizados y una amenaza al consenso social de las democracias "corporatistas" (3).

En el ámbito local, en 1997, después de una reforma que otorga un nuevo estatuto jurídico al DF, se realizan elecciones y sus ciudadanos eligen por primera vez al Jefe de Gobierno, a través de votación universal, directa y secreta. A partir de ese año, en todas las elecciones locales que se realizan (1997, 2000 y 2006), los candidatos propuestos por el PRD y otras fuerzas de izquierda son elegidos y en el ámbito de sus competencias proponen políticas públicas que intentan distanciarse de la ortodoxia neoliberal.

La política social que desarrolla el gobierno del DF desde 1997, se basa en la perspectiva de derechos individuales y sociales, propone la construcción de ciudadanía y la universalidad de los programas sociales (9,10), frente a la política social neoliberal, que se reduce a programas de corte asistencial y focalizados en la población pobre (11-13).

Durante los períodos sexenales analizados, el gobierno nacional mantiene la contención del gasto social, como parte de su estrategia general para disminuir el déficit fiscal, mantener unas finanzas "sanas" y liberar recursos para sus prioridades y compromisos reales, como son el pago de los intereses de la deuda (externa e interna) y los rescates financieros de diversos sectores privatizados (carretero, azucarero y bancario, entre otros). La atención a la salud es una prioridad en los discursos gubernamentales, que no se expresa en el financiamiento destinado a este sector. El gasto público en salud tiene su reducción más severa a mediados de los años '80, pues de 3,7% del PIB en 1982 cae a 2,6% en 1984; para el sexenio 1988-1994, no hay una modificación sustancial, pues el promedio del gasto público en salud

como proporción del PIB se mantiene en 2,7% y en el sexenio 1994-2000 desciende a 2,3% (en promedio) (14). Para el sexenio 2000-2006 se recupera gradualmente y asciende a 2,8%, sin alcanzar las proporciones de 1982.

El reordenamiento sectorial redefine el papel del gobierno en la conducción del sistema de salud mexicano y en el financiamiento y producción de servicios de salud. Se impulsa la separación de funciones en el sector salud, dejando en la SS únicamente la rectoría y normatividad general del sistema y se propone disociar el financiamiento y la producción de servicios a través de un fondo de salud integrado con diversas fuentes de financiamiento, para que los sistemas de salud de los estados (provincias), articulen la producción de servicios a través de múltiples prestadores.

La emergencia de "nuevos" enfoques para la administración de las políticas públicas (15), justifica la pérdida de centralidad de lo público, propicia la separación de funciones, fragmenta aun más a las instituciones de salud segmentadas de origen e impulsa la descentralización de los servicios y la constitución de sistemas locales de salud.

El proceso descentralizador se desarrolla desde 1983 y a pesar de su avance desigual, en medio de conflictos políticos y burocráticos, con insuficiencias presupuestales y dificultades operativas, permite la devolución –a los gobiernos de los estados– de algunas facultades para la conducción de los sistemas de salud (5,16).

POLÍTICA DE SALUD NACIONAL VERSUS POLÍTICA DE SALUD LOCAL

El propósito general de los sistemas de salud es brindar servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios que coadyuven efectivamente al mejoramiento de las condiciones de bienestar social (17); sin embargo, la lógica de transformación de la política social replantea el papel del financiamiento público para las instituciones del sector salud: de tener un rol protagónico, se propone su focalización y su utilización solo para financiar los llamados bienes públicos –en su versión más restringida– que permitan una cobertura mínima para la

población pobre. En los hechos, la política de salud nacional se caracteriza por impulsar la agenda bancomundialista de reforma del sector (18) y la reducción del papel de las instituciones públicas de salud a la atención de la población pobre por medio de paquetes básicos de prestaciones (19), privatizando las pensiones (20) y garantizando mercados estables a través de la promoción de seguros (21).

En el período de gobierno 1994-2000, los préstamos contratados con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo comprometen al gobierno mexicano con la reforma neoliberal en el sector salud, condicionando la reorganización de los servicios públicos a la perspectiva de asistencia "minimalista" y de administración de la pobreza impulsada por este organismo supranacional (22-24). Ejemplo de lo anterior son las modificaciones a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (25) y la reorganización de los servicios de salud que atienden a población no derechohabiente plasmada en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 (26). Los principales ejes de esta transformación son la descentralización y la ampliación de cobertura a través del Paquete Básico de Servicios de Salud, que en los hechos se reduce a desconcentrar a los niveles estatales y municipales la implementación de las acciones de este paquete.

En particular, el Paquete Básico de Servicios de Salud, conformado por trece prestaciones, dirigido a la población en condiciones de pobreza y financiado con recursos del Banco Mundial para ampliar la cobertura, es la principal estrategia para el logro de los objetivos del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 (26).

Para el sexenio 2000-2006, los compromisos con la perspectiva neoliberal en salud son aún mayores (27,28). La agenda de reformas compartida por el gobierno nacional y el Banco Mundial incluye la modificación del régimen de pensiones de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la asistencia técnica para preparar la reforma del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE), la preocupación por los gastos catastróficos que realiza la población pobre para enfrentar enfermedades graves y el interés por promover esquemas de aseguramien-

to; así como la urgencia por abrir espacios a la inversión y producción privada de servicios de salud (13,29,30).

Frente a los retos de ampliar la cobertura de atención, elevar la calidad en la prestación de los servicios de salud, favorecer la equidad atendiendo prioritariamente a la población pobre y enfrentar sobre todo a las enfermedades que por su magnitud y trascendencia se constituyen en problemas de salud pública, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (30), propone un seguro voluntario para la población pobre sin seguridad social, denominado Seguro Popular de Salud. Este programa, cuya base conceptual es el modelo de pluralismo estructurado (31,32), sintetiza la estrategia más reciente del gobierno mexicano para continuar la reforma neoliberal del sistema de salud iniciada en los años '80 y reordenar el sistema público de atención a la salud en la lógica mercantil: la salud como un bien privado y su atención un servicio diferenciado, en donde los pobres reciben paquetes básicos de prestaciones costo-efectivas y los no pobres resuelven sus necesidades en el mercado (14,33,34).

La reorganización financiera y operativa del sector a través del Seguro Popular de Salud, pretende debilitar los llamados monopolios públicos, impulsar la transferencia de fondos públicos a entidades privadas y diversificar los prestadores de servicios, con el propósito de enfrentar con mayor eficiencia el agotamiento de la capacidad de respuesta de los servicios públicos de salud.

Tanto el Paquete Básico de Servicios de Salud, como el Seguro Popular de Salud pretenden remontar los graves problemas que identifican los documentos diagnósticos de los programas sectoriales de 1995-2000 y de 2001-2006, entre los que se destacan: la desigualdad en el acceso a servicios de salud de calidad, el insuficiente financiamiento público, la inequidad en la distribución de los recursos (26,30) y la desprotección financiera frente a los gastos catastróficos generados por enfermedades graves (30,35).

En contraste, el gobierno del DF desde 1997 difiere de las tendencias neoliberales dominantes y a contracorriente de la dinámica nacional, reconoce en sus documentos de política social, la necesidad de impulsar políticas integrales, en el

marco de un proyecto social participativo, democrático y equitativo que contribuya a mejorar la calidad de vida, reduzca la inequidad, avance en la justicia social y apoye la reconstrucción del tejido social (36). En la perspectiva del gobierno del DF, 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. Para este fin, se propone un conjunto de líneas estratégicas entre las que destacan la construcción de un gobierno con responsabilidad social, la democratización, la participación ciudadana, la transformación de la gestión gubernamental, la construcción de ciudadanía social y la gobernabilidad (10,37,38).

La SSDF también reconoce en sus documentos programáticos la desigualdad social y sanitaria de los habitantes de la Ciudad de México y para el período 2002-2006 identifica seis desafíos centrales para su política: 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 (39).

En el centro del discurso de la SSDF está la definición ético-política de garantizar el derecho a la protección de la salud pero, a diferencia del nivel nacional, se plantea el fortalecimiento de las instituciones públicas y la centralidad del financiamiento fiscal como condición necesaria para hacer realidad este derecho (40), (ver Cuadro 1).

En términos presupuestales, la política nacional mantiene las restricciones financieras y, en especial, se profundizan las tendencias de reducción de los recursos destinados al mantenimiento de equipos e instalaciones y al desarrollo de infraestructura de nueva creación. El sexenio 1994-2000 está marcado por la irrupción –en diciembre de 1994– de una nueva crisis financiera, que impacta negativamente el gasto social en los años '90, y en 1997 el gasto público en salud, presenta el porcentaje más bajo de la década (2,2% del PIB) (41).

En el período 2000-2006, en México, el gasto público en salud pasa de 2,3% a 2,8% del PIB, aunque continúa siendo uno de los más

bajos de América Latina y mantiene desigualdades en el gasto ejercido entre población asegurada y población sin seguridad social (42), que se atenúan hacia el final del sexenio (43). Así mismo, los recursos del Fondo de Aportaciones para los servicios de salud, principal fuente de transferencia financiera de la federación a los estados y principal fondo para sostener la operación de los servicios de salud para la población sin seguridad social, se estanca desde 2001 y no llega a significar ni el 0,5% del PIB (34).

En este contexto, el margen de maniobra de los sistemas locales de salud se reduce a su mínima expresión y en la mayoría de los estados, solo se tienen recursos para el pago de la nómina de los trabajadores del sector y para hacer frente a los gastos fijos (por ejemplo: agua, energía eléctrica, servicio telefónico y vigilancia), por lo que el financiamiento para las tareas sustantivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención a los daños es prácticamente inexistente. Así, se deslegitima su quehacer frente a la ciudadanía, se refuerzan las tesis neoliberales de que la ineficiencia, la mala calidad y el burocratismo son características inherentes a los servicios públicos y se legitiman las propuestas de mercantilización de lo público y de privatización de lo público rentable (44).

A pesar de este contexto adverso, el gobierno del DF en su interés por desarrollar políticas públicas distributivas, sumado a su capacidad recaudatoria, moviliza importantes recursos para la política social y de salud. En un primer momento, el gobierno del DF fortalece la plataforma institucional desde la que se impulsan estas políticas y con recursos locales sortea la disminución de las transferencias federales, la exclusión del DF de diversos fondos para el combate a la pobreza y la reducción de su "techo" de endeudamiento (37). A partir del año 2000, se identifica un aumento sustancial de los recursos locales destinados a la SSDF, que se incrementan en un 42% en el período 2001-2004, representando el 3,3% del PIB del estado. Entre 1997 y 2004, el crecimiento de los fondos públicos destinados a salud es de 67% y el financiamiento local representa el 77% del presupuesto total de la SSDF, mientras que el 23% corresponde a recursos federales (45,46), (ver Cuadro 2).

Cuadro 1. CONTRASTES EN LA PERSPECTIVA DE LAS POLÍTICAS SOCIALES Y DE SALUD. NIVELES NACIONAL Y LOCAL (DISTRITO FEDERAL). MÉXICO, 1994-2006.

| POLÍTICA SOCIAL NACIONAL | POLÍTICA SOCIAL LOCAL |
|--|---|
| Perspectivas de la economía neoclásica y de la ideología neoliberal. | Perspectiva del Estado social. |
| El Estado solo debe intervenir para atender a la población extremadamente pobre. | El garante de los derechos individuales y sociales es el Estado. La posibilidad de hacerlos realidad se encuentra en la transformación y fortalecimiento de las instituciones públicas. |
| Las instituciones públicas de protección social deben limitar su ámbito de acción (focalización y selectividad). | El combate de las desigualdades sociales requiere de soluciones colectivas y públicas. |
| Las poblaciones no pobres deben resolver sus necesidades esenciales en el mercado. | El mercado no puede enfrentar exitosamente la creación de condiciones seguras y dignas para garantizar la resolución de necesidades esenciales. |
| POLÍTICA DE SALUD NACIONAL | POLÍTICA DE SALUD LOCAL |
| Privatizar lo público rentable y promover la constitución de mercados estables. | Desmercantilizar los satisfactores que permiten el ejercicio de derechos. |
| Focalizar la atención hacia los grupos extremadamente pobres. | Avanzar hacia la universalidad y desarrollar programas sociales masivos y territorializados. |
| Impulsar la conformación de paquetes básicos para la atención de necesidades. | Brindar servicios integrales. |
| Romper los monopolios públicos y destinar fondos limitados para las instituciones públicas de protección social. | Fortalecer las instituciones públicas de protección social e incrementar sustancialmente sus recursos. |
| Introducir la lógica gerencial y de mercado. | Fomentar la participación ciudadana. |
| RETOS NACIONALES IDENTIFICADOS | DESAFÍOS LOCALES RECONOCIDOS |
| Equidad para abatir las desigualdades en salud. | Mejorar las condiciones generales de salud. Reducir las desigualdades en los indicadores de daño y de acceso. |
| Calidad técnica e interpersonal para mejorar las condiciones de salud y garantizar trato adecuado. | Garantizar la seguridad sanitaria del DF. |
| Protección financiera para asegurar la justicia en el financiamiento en salud. | Garantizar un financiamiento suficiente, equitativo y solidario. |

Fuente: Elaboración propia en base a datos para el Nivel Nacional de los planes de desarrollo y programas sectoriales de la Secretaría de Salud (SS) y Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) del gobierno nacional (sexenios 1994-2000 y 2000-2006); y para el Nivel Local de los programas de desarrollo y programas sectoriales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) y Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal (1997-2000 y 2000-2006).

La transformación de la Secretaría de Salud (SS) en una entidad exclusivamente normativa y reguladora, así como la transferencia de diversas tareas de conducción del sistema nacional de salud a organismos autónomos –por ejemplo la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios– e incluso algunos de ellos privados –como los consejos para la certificación de profesionales de la salud–, son cambios sustanciales que se impulsan a nivel nacional y que contrastan con el nivel local. También se observan diferencias respecto al impulso y posicionamiento frente a nuevos actores de intermediación financiera en salud –por ejemplo las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)–, y respecto a

estrategias como la competencia administrada, la constitución de mercados internos y las propuestas de solución a diversos problemas de eficiencia y calidad de la atención.

Las diferencias entre los niveles nacional y local son notables, pues en relación a la articulación de funciones, la SSDF propone el fortalecimiento de las funciones normativas y de rectoría dentro de una estructura única que simultáneamente desarrolle los sistemas regionales y opere los servicios en los niveles locales (39).

El Modelo de Atención Ampliada a la Salud (MAS) propuesto por la SSDF, tiene un carácter más organizacional y operativo. Propone en su plataforma la promoción y el fomento de la salud, las actividades de vigilancia epidemiológica, las

Cuadro 2. RECURSOS PÚBLICOS COMPROMETIDOS EN POLÍTICA SOCIAL Y DE SALUD. NIVELES NACIONAL Y LOCAL (DISTRITO FEDERAL). MÉXICO, 1994-2006.

| NACIONALES | LOCALES |
|---|--|
| 6,5% del presupuesto federal se destina a gasto social. | 12,5% del presupuesto del gobierno del DF corresponde a gasto social. |
| Canalización de los recursos públicos a los compromisos financieros (deudas interna y externa, "rescates" bancario, carretero, azucarero). | Canalización de los recursos públicos hacia grupos sociales prioritarios (adultos mayores, discapacitados, madres solteras). |
| Sin incremento sustancial en los recursos destinados a salud. | Incremento de 67% del presupuesto local destinado a salud en el período 1997-2004. |
| El gasto público en salud en el período 1994-2000 representa en promedio el 2,3% del PIB. | El 75% del presupuesto de la SSDF proviene de recursos locales y solo el 25% de recursos federales. |
| El gasto público en salud en el período 2000-2006 se recupera gradualmente y para 2006, corresponde al 2,8% del PIB. | El gasto público en salud corresponde al 3,3% del PIB estatal. |
| En el tercer año de operación del Seguro Popular de Salud los recursos fueron de 8.000 millones de pesos, en el 2005 ascienden a 16.000 millones, cifra que se duplica en el año 2006 . | En el tercer año de operación del programa de apoyo a adultos mayores los recursos ascienden a 3.500 millones de pesos, con una cobertura del 95%. |

Fuente: Elaboración propia en base a datos para el Nivel Nacional de los planes de desarrollo, programas sectoriales de la Secretaría de Salud (SS), Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) e información estadística de los informes del gobierno nacional (1994-2000); y para el Nivel Local de los programas de desarrollo, programas sectoriales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) e informes de trabajo del gobierno del Distrito Federal (1997-2000 y 2000-2006).

Cuadro 3. PRINCIPALES ESTRATEGIAS Y MODELOS DE ATENCIÓN. NIVELES NACIONAL Y LOCAL (DISTRITO FEDERAL). MÉXICO, 1994-2006.

| NACIONALES | LOCALES |
|--|--|
| Reorganización del sector salud. | Reorganización de la SSDF. |
| Separación de las funciones de rectoría, financiamiento y producción de servicios. | Integración de funciones en una misma institución. |
| Modelo de pluralismo estructurado. | Integración de los subsistemas de atención ambulatorio y hospitalario. |
| Impulso al Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS). | Impulso al Modelo Ampliado de Atención a la Salud (MAS). |
| Sistemas locales de salud descentralizados y conformación de organismos públicos descentralizados. | Modelo piramidal. Subsistemas de salud regionales y desconcentrados. |
| Articulación a través del seguro popular de múltiples proveedores de servicios de salud. | Transferencia de funciones y fortalecimiento de capacidades en el nivel operativo. |
| Promoción de la autonomía de gestión hospitalaria y los contratos de gestión. | Macroregionalización: 8 sistemas regionales. |
| Desarrollo de mecanismos de compensación entre prestadores de servicios. | Regionalización operativa: 80 cabezas de mesoregión. |
| Programas para reducir el rezago en la salud que afectan a los pobres. | Microregionalización: 840 áreas modulares. |

Fuente: Elaboración propia en base a datos para el Nivel Nacional de los programas sectoriales de la Secretaría de Salud (SS) del gobierno nacional (1994-2000 y 2000-2006) y para el Nivel Local de los programas sectoriales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) (1997-2000 y 2000-2006).

actividades preventivas con la participación de distintas comunidades, grupos organizados en la ciudad y la atención a través de acciones integradas de salud. En forma paralela, se plantea la ampliación de la cobertura de servicios con criterios de necesidad y equidad e invierte en la remodelación, ampliación y construcción de unidades ambulatorias y hospitalarias, lo que posibilita un incremento del 25% de la infraestructura médico-sanitaria en el período 2001-2005 (47).

En contraste, en el terreno operativo, la SS desde 1995 impulsa el Paquete Básico de Servicios de Salud, desarrolla programas de ampliación de cobertura focalizados hacia la población pobre –Programa de Aplicación de

Cobertura (PAC) y Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES)– y a partir de 2001, propone el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) que enfatiza los aspectos gerenciales y administrativos para flexibilizar la operación de los servicios de salud a través de organismos públicos descentralizados y facilitar la subrogación y la articulación de diversos prestadores de servicios –privados, sociales y públicos– (30), (ver Cuadro 3).

En 2002 se establece el plan piloto de aseguramiento voluntario conocido como Seguro Popular de Salud, que se inicia formalmente en abril del 2003, con la reforma a la Ley General de Salud, que adiciona un capítulo sobre el Sistema de

Protección Social en Salud. Se plantea la reestructuración de los fondos del sistema público, bajo un discurso de protección financiera para evitar el empobrecimiento por gastos catastróficos en atención médica. Este seguro es voluntario, de integración tripartita y condiciona el monto del aporte financiero federal al volumen de afiliados, es decir, subsidia la demanda y se orienta a familias de bajos ingresos y sin seguridad social (48). Su financiamiento proviene de tres fuentes:

- 1) recursos federales con dos componentes: una aportación fija por familia afiliada, llamada "cuota social" y una contribución solidaria federal que es en promedio 1,5 veces la cuota social;
- 2) aportaciones solidarias estatales que corresponden al 50% de la cuota social y que provienen de los ingresos locales;
- 3) cuota familiar prepagada que se establece con base a la situación socioeconómica de cada familia.

El Seguro Popular de Salud incluía en un inicio un paquete de servicios preestablecido de 105 prestaciones y un fondo para la atención de enfermedades que generan los llamados "gastos catastróficos" en las familias (35). El número de prestaciones se amplía gradualmente y para el 2006 son 250 las que conforman la oferta médica del Seguro Popular de Salud (49).

Los estados se comprometen a otorgar la atención "contratada" por los asegurados, con la misma infraestructura, recursos y personal ya existente en los sistemas locales de salud, lo cual genera una presión adicional sobre las ya deterioradas instituciones públicas y sobre los trabajadores de la salud.

En tanto los fondos del Seguro Popular de Salud se orientan a subsidiar la demanda y se definen por el volumen de afiliados al programa, para que los sistemas locales de salud tengan acceso a recursos adicionales es necesario afiliarse al mayor número de beneficiarios potenciales. Esta premisa, introduce la lógica mercantil del aseguramiento privado al sistema público, distraendo al personal operativo en tareas de publicidad, afiliación, construcción de padrones, identificación de preexistencias, control de altas y bajas, e incrementa los costos administrativos y de gestión en los servicios públicos de salud.

Además, obliga a la población pobre a prepagar un paquete de servicios que incluye prestaciones que antes del Seguro Popular de Salud eran gratuitas (por ejemplo vacunación y control prenatal) (50).

Por otra parte, con la propuesta de que los recursos "sigan" a la demanda, se refuerzan los mecanismos de exclusión, pues los sistemas locales con pocos recursos tienen mayores dificultades para afiliarse y por tanto son "castigados" con menor financiamiento y debido a que la afiliación es voluntaria y ligada a la capacidad de respuesta de los servicios, el círculo perverso de déficit de infraestructura - capacidad de respuesta limitada - afiliación insuficiente - recursos escasos se refuerza, profundizando las desigualdades entre los sistemas locales (44).

El Seguro Popular de Salud, se publicita como la mejor opción para extender la protección social en salud en México, democratizar el sistema de salud e incrementar la cobertura de aseguramiento público (35). Con él se pretenden amortiguar las restricciones financieras de los sistemas locales de salud, incrementar la eficiencia en la prestación y simultáneamente, imprimir otra lógica al financiamiento y producción de servicios de salud.

En contraste, para enfrentar la desigualdad socio-sanitaria y las barreras de acceso por razones económicas, el gobierno del DF a través de la SSDF impulsa dos programas prioritarios:

- 1) El Programa de Apoyo Alimentario, Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores, como un primer paso para instituir la Pensión Universal Ciudadana. Este programa se inició en el 2001 incorporando a los adultos mayores de 70 años de las zonas consideradas como de muy alta y alta marginalidad y en el primer año de funcionamiento conformó un padrón de 150.000 beneficiarios. Dada la perspectiva universalista de la política social del gobierno del DF, este programa se extendió progresivamente a toda la ciudad y para el 2004 la cobertura fue de 95%, cubriendo a 370.000 adultos de 70 y más años residentes en el DF, los que recibieron un apoyo monetario mensual equivalente a medio salario mínimo (46). El programa recibió un mayor respaldo político y una cobertura legal, al ser aprobado el Derecho a la Pensión Alimentaria para Adultos

Cuadro 4. PROGRAMAS PRIORITARIOS. NIVELES NACIONAL Y LOCAL (DISTRITO FEDERAL). MÉXICO, 2000-2006.

| NACIONAL | LOCAL |
|---|--|
| Sistema de protección social en salud que opera a través de un programa de aseguramiento voluntario para población pobre. | Programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos para población sin seguridad social. |
| Paquete de prestaciones prepagado y fondo para gastos catastróficos. | Servicios ambulatorios y hospitalarios gratuitos en la red de unidades de la SSDF. |
| Cuadro básico de medicamentos. | Cuadro de medicamentos esenciales. |
| Corresponsabilidad financiera entre la federación, los estados y las familias. | Impulso de la protección a la salud como derecho. |
| Impulso a la cultura del prepago, financiamiento a la demanda y subcontratación de múltiples proveedores. | Incremento sustancial de recursos locales para financiar los servicios gratuitos prestados por la institución pública de salud. |
| Construcción del padrón de beneficiarios del Seguro Popular de Salud. | Construcción del padrón de derechohabientes de la SSDF. |
| Financiamiento público condicionado a la demanda según el volumen de afiliados al Seguro Popular de Salud. | Financiamiento público a prioridades de salud con criterios de equidad y necesidad. Pensión universal ciudadana y servicios médicos y medicamentos gratuitos para adultos mayores de 70 años residentes en el DF. |

Fuente: Elaboración propia en base a datos para el Nivel Nacional de los programas sectoriales e informes de gestión de la Secretaría de Salud (SS) del gobierno nacional (2000-2006) y para el Nivel Local de los programas sectoriales e informes de gestión de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) (2000-2006).

Mayores de 70 años, por la Asamblea Legislativa del DF en 2003.

- 2) El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, basado en la estrategia de gratuidad, que facilita el acceso al sistema de salud al remover el obstáculo económico para acceder a la atención, y al ser financiado con recursos fiscales, contribuye a la equidad y a la solidaridad (51). Su universo son las familias no aseguradas residentes en el DF que al inscribirse al programa se convierten en derechohabientes de la SSDF, formalizando su condición de sujetos de derechos (52). Esta población tiene acceso sin costo a todos los servicios ambulatorios y hospitalarios que se ofrecen en las unidades de atención del gobierno del DF y

a un cuadro de medicamentos esenciales que en el 2003 estaba integrado por 390 claves (283 medicamentos) para uso hospitalario, 93 claves (77 medicamentos) para el primer nivel de atención y 17 medicamentos antirretrovirales (53). 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– (46,47) y en diciembre de ese mismo año, su número ascendía a 790.000 (54), (ver Cuadro 4).

Según estimaciones de la SSDF, el programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos permitió un ahorro de 2.958.156.792 de pesos a las familias beneficiarias que utilizaron los servicios de salud entre 2002 y 2004 (54).

CONCLUSIONES

La política de salud nacional y la política de salud del DF parten 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 sociosanitaria; la inequidad en el acceso a servicios de salud de calidad; el deterioro de los servicios públicos; el financiamiento insuficiente y la heterogénea calidad en la atención. Las diferencias sustanciales tienen como punto de partida el tipo de política social a la que se adscriben –perspectiva de Estado social o ideología neoliberal– que deriva en derroteros divergentes en la prioridad otorgada a las instituciones públicas de salud para garantizar derechos, el interés de fortalecer lo público-estatal o desarrollar la producción privada de servicios y las estrategias para reducir las inequidades en el acceso. Los mayores puntos de contraste están en las estrategias, los programas prioritarios y los recursos presupuestales destinados a fortalecer los servicios.

Si bien en ambas perspectivas se plantea garantizar el derecho a la protección de la salud, existen diferencias en el contenido de este derecho y en las formas para posibilitar su ejercicio. Estas divergencias se expresan con mayor claridad en los programas prioritarios: el programa de Seguro Popular de Salud, fortalece la concepción minimalista de los derechos sociales y restringe el derecho constitucional a la protección de la salud. Transita de una concepción de derecho universal a una visión restrictiva y da cobertura legal a los paquetes básicos, además de subordinar la universalidad y la gratuidad a criterios basados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

En la medida en que la prestación del paquete de servicios prepago se realiza en clínicas y hospitales públicos (con la infraestructura, equipamiento y personal existentes), se impulsa una vertiente más de atomización del sistema, en donde los servicios locales se ven obligados a diferenciar a los afiliados de los no afiliados, a clasificar a las distintas categorías de beneficiarios –según su aportación y sus esquemas de cobertura– y a mantener un padrón actualizado con altas y bajas.

En el DF, desde 1997 se impulsa una política social distinta y un modelo de sistema de salud basado en la universalidad y la gratuidad. 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 los 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, la SSDF avanza en el fortalecimiento institucional, la integralidad de la atención y el incremento sustancial de los fondos públicos destinados a salud; sin embargo, el tema de la sostenibilidad del sistema propuesto se convierte en una preocupación esencial.

Los programas prioritarios tanto del nivel nacional como local consiguen movilizar recursos importantes. A través del Seguro Popular de Salud se incrementa el financiamiento para los sistemas locales de salud en función del número de afiliados; mientras que los compromisos adquiridos por los programas de servicios médicos y medicamentos gratuitos y de apoyo alimentario para adultos mayores significan un aumento directo del volumen de recursos asignados a la SSDF.

La mayoría de los gobiernos de los estados, a pesar de reconocer los riesgos de atomización del sistema público, ven en el programa del Seguro Popular de Salud la posibilidad de resolver –aun de manera transitoria– los requerimientos más urgentes para el funcionamiento de los sistemas locales de salud. La promesa de recursos frescos para operar el Seguro Popular de Salud es suficiente para que entre 2004 y 2005, 31 estados firmen los convenios de coordinación del sistema de protección social en salud.

El gobierno del DF, se resiste a suscribir el convenio y mantiene esta posición desde el inicio del programa de Seguro Popular de Salud hasta mediados de junio de 2005. Sin embargo, las tensiones entre el gobierno nacional y el gobierno del DF se exacerban en ese año y llegan a un punto máximo de confrontación cuando el ejecutivo federal y el poder judicial se coluden para inhabilitar al jefe de gobierno del DF e impedir su postulación como candidato a la Presidencia de la República para las elecciones

del 2006. Este proceso, conocido como el desafuero, moviliza a la ciudadanía, obliga al presidente a retirar la denuncia contra el Jefe de Gobierno y al gobierno del DF a negociar la firma de algunos acuerdos de sumo interés para la política federal, entre ellos el convenio de coordinación del sistema de protección social en salud para el DF.

A finales de junio del 2005, el gobierno del DF acepta su incorporación al Seguro Popular de Salud y firma el convenio con la SS, pero mantiene en operación sus dos programas prioritarios.

En síntesis, la orientación y características de la política social establecen el marco general en el cual se configura la política de salud y

ésta a su vez, define trayectorias posibles para el reordenamiento del sistema de salud nacional y local. En México, ambas propuestas pretenden ampliar la protección social en salud y ninguna de ellas está exenta de problemas; sin embargo, una perspectiva transita por la lógica de "universalizar" en base al mercado y prepagar paquetes de servicios de atención médica, en tanto la otra visión propone un sistema público de salud universal e integral, financiado esencialmente con fondos públicos.

NOTAS FINALES

a. La cartera vencida hace referencia a los créditos que resultan irrecuperables para los bancos por la insolvencia de empresas y particulares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- López O, Blanco J. La polarización de la política de salud en México. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001;17(1):43-54.
- Valenzuela J. Crítica del modelo neoliberal. México: UNAM; 1990.
- Calderón J. Ruptura del colaboracionismo de clases. En: Gutiérrez E. Testimonios de la crisis 2. La crisis del estado de bienestar. México: Siglo XXI; 1988. p. 85-128.
- De la Garza E. Neoliberalismo y Estado. En: Laurell AC, coordinadora. Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. México: Fundación Friedrich Ebert; 1992. p. 59-73.
- López O, Blanco J. La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta. México: UAM-X; 1993.
- López O. La política de salud en México. ¿Un ejemplo de liberalismo social? En: Laurell AC, coordinadora. Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. México: Fundación Friedrich Ebert; 1992. p. 165-183.
- Delgado O. Crisis bancaria y crisis económica. En: Gutiérrez E, coordinador. El Debate Nacional. El futuro económico de la nación. México: Editorial Diana; 1997. p. 205-223.
- Laurell AC. La reforma contra la salud y la seguridad social. México: Editorial ERA, Fundación Ebert; 1997.
- Cárdenas C. Una ciudad para todos. Otra forma de gobierno. México: Fundación para la Democracia; 1997.
- Gobierno del Distrito Federal. Programa de Desarrollo del Distrito Federal. México: Gobierno del Distrito Federal; 1998.
- Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. México: Poder Ejecutivo Federal; 1989.
- Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. México: Poder Ejecutivo Federal; 1995.
- Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. México: Poder Ejecutivo Federal; 2001.

14. López O, Blanco J. Salud y "nuevas" políticas sociales en México. En: Peña F, Alonzo AL, coordinadores. *Cambio social, Antropología y Salud*. México: CONACULTA, INAH; 2006. p. 15-26.
15. Pardo MC. *De la administración pública a la gobernanza*. México: El Colegio de México; 2004.
16. López O. La estrategia descentralizadora en una política social incluyente. En: Laurell AC. *Hacia una política social alternativa*. México: Fundación Friedrich Ebert; 1996. p. 129-140.
17. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS; 2000.
18. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Washington: Banco Mundial; 1993.
19. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1990. La Pobreza*. Washington: Banco Mundial; 1990.
20. Banco Mundial. *Envejecimiento sin crisis. Políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento*. Washington: Banco Mundial; 1994.
21. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 2004. Servicios para los pobres*. Washington: Banco Mundial; 2004.
22. Banco Mundial. *Mexico Health System Reform*. Washington: Banco Mundial; 1988.
23. World Bank. *Mexico: Country Strategy and Implementation Review Meetings*. Washington: World Bank; 1995. [Mimeo].
24. World Bank. *Country Assistance Strategy of the World Bank Group of the United Mexican States*. Washington: World Bank; 1996. [Mimeo].
25. Mussot L. *Alternativas de reforma de la seguridad social*. México: Fundación Friedrich Ebert, UAM-X; 1996.
26. Secretaría de Salud. *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Anexo B: Paquete Básico de Servicios de Salud*. México: Poder Ejecutivo Federal; 1995.
27. Cercone J, de Saint Antoine JJ. *Reform of the Mexican Healthcare System*. En: Giugalde M, Lafourcade O, Nguyen V, editores. *Mexico. A Comprehensive Development Agenda for The New Era*. Washington: World Bank; 2001. p. 409-446.
28. World Health Organization. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Ginebra: WHO; 2001.
29. Banco Mundial. *Estrategia de Asistencia para el País del Grupo del Banco Mundial para los Estados Unidos Mexicanos (EAP)*. Washington: Banco Mundial; 2002. [Mimeo].
30. Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México: Poder Ejecutivo Federal; 2001.
31. Frenk J, Londoño JL. *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud*. *Boletín Salud y Gerencia*. 1997;(15):6-28.
32. Frenk J, Londoño JL, Knaut F, Lozano R. *Los Sistemas de Salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro*. En: Bezold C, Frenk J, MacCarthy S, editores. *Atención a la salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI*. México: FUNSALUD/SmithKline Beecham Pharmaceuticals; 1998. p. 119-156.
33. Laurell AC, López O. *Market commodities and poverty relief. The World Bank Proposal for health*. Navarro V, coordinador. *The Political Economy of Social Inequalities. Consequences for Health and Quality of Life*. Nueva York: Baywood; 2002.
34. Laurell AC. *Health System Reform in Mexico: A Critical Review*. *International Journal of Health Service*. 2007;37(3):515-535.
35. Secretaría de Salud. *Financiamiento justo y protección social universal*. México: Secretaría de Salud, 2004.
36. Secretaría de Desarrollo Social. *Gobierno del Distrito Federal. Política Social del Gobierno del Distrito Federal, Documento Marco*. México: Gobierno del Distrito Federal; 1998.
37. Secretaría de Desarrollo Social. *Gobierno del Distrito Federal. Principales actividades realizadas 1998-1999*. México: Gobierno del Distrito Federal; 1999.
38. Gobierno del Distrito Federal. *Programa de Desarrollo del Distrito Federal*. México: Gobierno del Distrito Federal; 2001.
39. Secretaría de Salud del Distrito Federal. *Programa de Salud del Distrito Federal 2002-2006*. México: Gobierno del Distrito Federal; 2002.

40. Laurell AC. What does Latin American Social Medicine do when it governs? *American Journal of Public Health*. 2003;(93)12:2028-2033.
41. Poder Ejecutivo Federal. Anexo Estadístico. 4º Informe de Gobierno. Presidente de los Estados Unidos Mexicanos Ernesto Zedillo Ponce de León. México: Poder Ejecutivo Federal; 1998.
42. Secretaría de Salud. Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas. México: Secretaría de Salud; 2003.
43. Secretaría de Salud. Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas. México: Secretaría de Salud; 2005.
44. López O, Blanco J. Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal. En: Jarillo E, Ginsberg E, coordinadores. *Salud Colectiva en México. Temas y Desafíos*. Argentina: Lugar Editorial; 2007. p. 21-48.
45. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Informe de Trabajo 2002. Secretaría de Salud del Distrito Federal. México: Gobierno del Distrito Federal; 2003.
46. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Informe de Trabajo 2004. Secretaría de Salud del Distrito Federal. México: Gobierno del Distrito Federal; 2005.
47. Laurell AC. La política de salud del Gobierno de la Ciudad de México: por los derechos sociales y la satisfacción de necesidades humanas. Informe Alternativo sobre la Salud en América Latina. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 2005.
48. Frenk J, González E, Gómez O, Lezana MA, Knaut F. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*. 2007;49(supl 1):S23-S36.
49. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Dirección General de Gestión de Servicios de Salud. México: Secretaría de Salud; 2006.
50. López O, Blanco J. La lógica mercantil en salud. El caso del Seguro Popular. Ponencia presentada en el IX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. 11 al 15 de agosto de 2004; Lima, Perú.
51. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Reducción de la exclusión social en salud, removiendo el obstáculo económico. La experiencia del Gobierno del Distrito Federal. México: Organización Panamericana de la Salud, Gobierno del Distrito Federal, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo; 2004.
52. Gaceta Oficial del Distrito Federal. 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 DF que carecen de seguridad social laboral. [En línea] México: Gaceta Oficial del Distrito Federal N° 58. 22 de mayo de 2006 [fecha de acceso 15 de marzo de 2008]. URL disponible en: http://www.consejeria.df.gob.mx/gaceta/pdf/Mayo06_22_58.pdf
53. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal. Actualización 2004-2006. México: Gobierno del Distrito Federal; 2004.
54. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Informe de Trabajo 2005. Secretaría de Salud del Distrito Federal. México: Gobierno del Distrito Federal; 2006.

FORMA DE CITAR

López-Arellano O, Blanco Gil J. Caminos divergentes para la protección social en salud en México. *Salud Colectiva*. 2008;4(3):319-333.

Recibido el 15 de abril de 2008

Versión final presentada el 22 de julio de 2008

Aprobado el 31 de julio de 2008