

La reforma de salud en la Ciudad de México, 2000-2006*

Asa Cristina Laurell^a

Resumen

Durante la administración de izquierda de la ciudad de México (2000-2006), se hizo una reforma de los servicios de salud para la población no asegurada, con el objetivo de garantizar universalmente el derecho constitucional a la protección de la salud en la ciudad. La reforma se desplegó en cuatro vertientes: la gratuidad de los servicios de salud y de los medicamentos; la introducción de un nuevo modelo de atención (MAS); el fortalecimiento, ampliación y mejoramiento de los servicios y una legislación que obliga al gobierno de la ciudad a garantizar este derecho. Los resultados de la reforma se resumen en la inscripción del 95% de las familias elegibles al programa de gratuidad, la ampliación de la infraestructura con cinco centros de salud grandes y en un tercio más de camas hospitalarias

en zonas pobres y desprotegidas; el aumento en el acceso y uso de los servicios, particularmente de la población pobre y de las intervenciones más costosas; y la garantía legal de la continuidad de esta política. La instrumentación de la nueva política fue apoyada con un incremento presupuestal del 80%, en la eficiencia en su ejercicio y en el combate exitoso a la corrupción. El impacto en salud se demuestra en la disminución de las tasas de mortalidad en todos los grupos de edad entre 1997 y 2005 (22% en la mortalidad infantil, 11% en edad productiva y 7.9% en la posproductiva) y en un 16% en la mortalidad por SIDA en el periodo 2000-2005. Esta reforma contrasta con la instrumentada por el gobierno federal de derecha en el resto del país, que se basa en un seguro voluntario de salud, el pago de una prima por parte de las familias, el acceso a un paquete de servicios restringido y la inscripción paulatina de la población sin seguridad social laboral.

^aMédica cirujana, Universidad de Lund, Suecia; maestra en Salud Pública, Universidad de Berkeley; EUA, y doctora *cum laude* en Sociología, Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora de tiempo completo de la Maestría en Medicina Social, Unidad Xochimilco, 1975-2000; Secretaria de Salud del Gobierno del DF, 2000-2006; Secretaria de Salud del Gobierno Legítimo de México, 2006 a la fecha. Activa promotora de la Medicina Social en América Latina y miembro de ALAMES desde su fundación.

Correo-e: laurell9998@gmail.com

Recibido: 22 de enero de 2008

Aprobado: 26 de febrero de 2008

Palabras claves: México Distrito Federal, derecho a la salud, reforma sistema de salud, progresista, gratuidad, universalidad

Conflicto de intereses: La autora del artículo fue Secretaria de Salud del gobierno del Distrito Federal de diciembre del 2000 a mayo del 2006.

Introducción

La victoria de una coalición de fuerzas de izquierda y progresistas en la ciudad de México, primero en 1997 y luego en 2000, abrió grandes posibilidades y retos en el terreno de las políticas sociales. Posibilidades, porque el bienestar social se convirtió en la primera prioridad de gobierno. Retos, porque había que superar los efectos de años de pensamiento neoliberal y de derecha en

* Cuando no se indica otra fuente los datos citados están tomados de los Informes de Trabajo de la Secretaría de Salud, 2001 a 2006.

este terreno y remontar un largo deterioro institucional.

Una política de izquierda en el México contemporáneo, necesariamente tiene en su centro la concepción sobre la universalidad de los derechos sociales en cuanto proposición constitutiva de su proyecto igualitario (Bobbio, 1998). La idea de estos derechos se abrazó tempranamente en México con la revolución social al inicio del siglo XX. Siempre fueron parcialmente incumplidos, pero el intento activo de suprimir los derechos sociales sólo se empieza a impulsar desde la imposición del proyecto neoliberal en 1983. A partir de ese año se inicia un largo proceso de ajuste y cambio estructural en el sistema de salud y de seguridad social.

La política social, el marco de la política de salud

Las políticas públicas se basan en “visiones del mundo” que emergen de un conjunto de valores y principios. Por ello, no se restringen a dictar normas y a regular conductas de los agentes económicos y los actores sociales. La política social, en cuanto ámbito particular de las políticas públicas, se fundamenta entonces en distintas concepciones sobre cómo generar bienestar y satisfacer necesidades sociales que, a su vez, se expresa en arreglos institucionales y acciones específicas. Esto significa que la política social no es neutra, ya que favorece los intereses de unos y limita los de otros (Navarro, 1997).

En el proyecto del Gobierno del DF (GDF), encabezado por Andrés Manuel López Obrador (2000-2006), el peso relativo dado a distintos intereses se sintetizó en el precepto: “Por el Bien de Todos, Primero los Pobres”. Es decir, se decidió favorecer el interés general de una sociedad mayoritariamente pobre, por encima de los intereses particulares de los pequeños grupos de poder, cada día más enriquecidos por su posición privilegiada. Esta era la propuesta y la política de gobierno para empezar a resolver la polarización y consecuente escisión de la sociedad

mexicana entre una gran mayoría empobrecida¹ y una pequeña minoría opulenta; es decir, se modificaba drásticamente el uso del poder de gobierno para revertir la ofensiva desigualdad entre los ciudadanos.

Conviene recordar que el reconocimiento de los derechos sociales se basa en la idea de que todo ciudadano, por el sólo hecho de serlo, tiene derecho a los satisfactores necesarios para una vida digna, conforme las condiciones sociales medias. De allí que los derechos son universales y que existe un compromiso solidario de la sociedad de garantizar con medios públicos y a través del Estado, el acceso a estos satisfactores. Esta concepción tiene un matiz que la distingue de la noción de los derechos humanos, que radica en que el Estado es el sujeto obligado para garantizar el derecho –“satisfacción de la necesidad”– a todos los ciudadanos y no sólo a aquéllos que no la resuelvan por otros medios. Esta distinción remite a una de las diferencias fundamentales entre una política social universal y una política social subsidiaria o selectiva y focalizada, que caracteriza los proyectos de derecha y liberal (George y Wilding, 1994).

La noción de derechos sociales, con su referente colectivo, también adquiere importancia en un proyecto de izquierda contra la desigualdad porque implica asumir políticas de redistribución vía la prestación gratuita de servicios para nivelar las condiciones básicas de vida. Esto contraviene la premisa neoliberal que objeta la redistribución vía el Estado por considerarla una trasgresión de las leyes del mercado. Es su razón de enfatizar las desigualdades entre los individuos más que entre las clases o grandes grupos sociales lo que lleva a aplicar políticas focalizadas en personas o grupos “vulnerables” específicos (George y Wilding, 1994).

La adopción de una política social basada en los derechos sociales conduce a adscribirle un papel central a la institución pública como garante y productora de los servicios para satisfacer

¹ En el DF 5.6 millones o el 65% de la población del DF era pobre en 2000, según los cálculos de Boltvinik (2002).

determinadas necesidades. La construcción de nuevas instituciones públicas o nuevos arreglos institucionales permiten, además, materializar los valores y las concepciones sociales de manera que estas instituciones, a su vez, crean y consolidan los nuevos valores y normas sociales (Rothstein, 1994).

El fortalecimiento y predominio de la institución pública adquirió especial importancia en la construcción del proyecto del gobierno del Distrito Federal porque se contraponía a la intención privatizadora del proyecto del gobierno federal de derecha. La reconstrucción de las instituciones públicas planteaba un desafío importante porque había que ponerlas en condiciones de responder adecuadamente a las exigencias ciudadanas. Existían problemas de fondo en ellas, no sólo por su prolongado deterioro, sino también porque prevalecían los intereses particulares por encima del interés general; problemática fundamental para la construcción de una nueva institucionalidad en el contexto de la cultura institucional patrimonialista. La otra cara de este problema era el uso clientelar de lo público como elemento básico de control social o corporativo.

Otros principios básicos de la política social fueron su naturaleza masiva, su reducido costo burocrático y su articulación territorial. La territorialización de los programas y del presupuesto abrió un esquema novedoso de rendición de cuentas y transparencia de la gestión gubernamental a través de las asambleas vecinales. Puso, además, el marco para la focalización inicial de los programas con criterios de necesidades insatisfechas (“grados de marginación”) en el espacio socio-territorial; criterios que han demostrado ser más certeros que los individualizados y cercanos en eficacia a la universalización de los beneficios sociales (Mkandawire, 2005). La universalización y la focalización territorial fueron armas potentes para combatir la discrecionalidad burocrática y el clientelismo. Cuando un derecho es para todos o un programa tiene criterios incontrovertibles de inclusión-exclusión desaparece la raíz misma del otorgamiento del favor.

El derecho a la salud y los desafíos del GDF

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

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

Una restricción para lograr este objetivo era, y sigue siendo, el complejo entramado nacional de centralización/descentralización de las instituciones de bienestar social. Esto se expresa en el ámbito de la salud y seguridad social en un sistema segmentado con instituciones descentralizadas en el ámbito estatal, para la población sin seguridad social laboral, y centralizadas para la población que pertenece a algún instituto público de seguridad social.² Por otra parte, la exigibilidad del derecho a la salud es diferente para esto dos grandes grupos. En la Constitución, el artículo 123^o constitucional³ determina la obligación de los patrones de prestar los servicios de salud a los asegurados y sus familias, a través de los institutos de seguridad

² Existen dos grandes institutos; uno para los trabajadores del sector privado (Instituto Mexicano del Seguro Social) y otro para los del sector público (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado).

³ Ver el artículo 123 A-XXIX y B-XI de la Constitución.

social, mientras que el artículo 4º no señala un sujeto obligado para garantizar este derecho a la población sin seguridad social laboral.

Los servicios de salud para la población no asegurada de la ciudad fueron descentralizados apresuradamente en 1997, ante la inminencia de la victoria electoral de la izquierda, e integrados a la Secretaría de Desarrollo Social. Este arreglo institucional revelaba la fuerte influencia de la visión neoliberal que prescribe subsumir toda el área social en un ministerio único, en la idea de que sólo deben existir programas sociales mínimos y estrictamente focalizados a los comprobadamente pobres.

La primera reforma institucional de los gobiernos democráticos en salud fue la constitución de la Secretaría de Salud (SSDF) en 1999. A falta de la descentralización de la educación básica y media, la SSDF se convirtió en la Secretaría más grande del área social⁴ en términos de infraestructura, trabajadores y capacidad operativa. Esta fortaleza institucional explica el papel que llegó a desempeñar con respecto a la pensión ciudadana universal.

Existían otras restricciones generales para el GDF en la formulación y ejecución de su política social, debido a su estatuto de gobierno local y por carecer de derechos plenos como entidad federativa. Son su reducida capacidad impositiva y la prohibición de endeudar el gobierno para programas sociales, los que juntos determinan el monto total de recursos públicos disponibles para ellos y obligan a su uso muy eficiente.

El desafío de hacer realidad la protección de la salud debía desarrollarse en varias vertientes para alcanzar el objetivo principal de la política de salud: mejorar las condiciones de salud y disminuir la desigualdad ante la enfermedad y la muerte entre grupos sociales y zonas geográficas de la ciudad. Por un lado, había que garantizar el acceso oportuno al tratamiento requerido y disminuir la desigualdad en el acceso a servicios suficientes y de calidad. Por el otro, se planteaba

⁴ Tenía 25 hospitales, 210 centros de salud y 25 mil trabajadores.

reforzar la seguridad sanitaria de la ciudad a través de un conjunto de actividades dirigidas a la colectividad. Para ambos era preciso fortalecer la institución pública de servicios de salud e instrumentar mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativo y solidario. El reto de alcanzar la cobertura universal de servicios de salud en el Distrito Federal (DF) significaba en la práctica obligarse a dar atención médica a la población no-asegurada –aproximadamente el 45 por ciento de las familias– que había sido excluida en la estrategia histórica del Estado posrevolucionario de extender los servicios de salud a través de la seguridad social (Laurell, 1996).

El análisis sobre los obstáculos al acceso de la población no-asegurada reveló que el costo de los servicios y los medicamentos era el principal impedimento para la atención (Secretaría de Salud, 2001-1). Asimismo, se detectó una notable incongruencia entre las actuales necesidades de salud y la orientación médica y la ubicación de los servicios; su cartografía era el reflejo de las necesidades de los años setentas e inicio de los ochentas. Por ejemplo, había 11 hospitales pediátricos, frente a una población infantil decreciente, al lado de servicios insuficientes de medicina interna que atendieran el incremento de los padecimientos crónico-degenerativos. Los servicios mostraban, además, un largo abandono trazado en su deterioro físico y la desmoralización institucional. La institución pública de salud subsistía, pero en condiciones que no le permitían cumplir su cometido de prestar los servicios requeridos oportuna y dignamente a los ciudadanos usuarios.

El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos

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

seguridad social. El complemento indispensable de esta política fue el fortalecimiento y transforma-

ción de la institución pública, base de sustentación de la política de salud.

Cuadro 1. Comparación del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) con el Seguro Popular

Concepto	PSMMG	Seguro Popular (art. 71 bis LGS)
Criterio de inclusión	Solicitar inscripción Ser residente DF No-asegurado	Solicitar inscripción Pagar cuota familiar Ser residente en México No-asegurado Renovar anualmente inscripción y pago.
Criterio de exclusión	Adquirir seguridad social	No reinscribirse y pagar cuota. Cláusulas de exclusión definitiva
Calendario de "afiliación"	Según la demanda.	14.3 por ciento familias susceptibles anualmente (para todos hasta 2010)
Financiamiento	Recursos fiscales locales y federales ramo 33 FASSA	<ul style="list-style-type: none"> • Cuota social federal • Cuota solidaria federal, tomada de ramo 33 FASSA • Cuota solidaria estatal • Cuota familiar anual por anticipado según estudio socio-económico familiar, no reembolsable • Cuota reguladora en el uso de ciertos servicios pagada por el beneficiario
Beneficios garantizados	Todos los servicios disponibles en la SSDF.	Paquete de 272 servicios y los medicamentos correspondientes. Algunos tratamientos "catastróficos" para algunos pacientes. Todo lo demás es pagado por el enfermo.
Forma organizativa	No tiene estructura administrativa especial.	Estructura administrativa especial " Régimen Estatal de SPSS ", regulada y coordinada por la Comisión Nacional de SPSS, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud federal (SSA).
Prestador del Servicio	Secretaría de salud del DF	Hospitales y centros de salud estatales y hospitales privados

Fuente: Elaboración propia con base en la Ley General de Salud y *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 2001

Este proyecto de salud del GDF se inició en julio del 2001 (*Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 2001), dos años y medio antes de la entrada en operación del proyecto federal –el Seguro Popular⁵ o el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)– de enero del 2004. El proyecto del DF tuvo y tiene su propia base conceptual y práctica y se desarrolló como una alternativa, comprobadamente viable, a la política federal. Las diferencias entre ambas políticas son expresiones del contenido esencial de los dos proyectos de nación que hoy se enfrentan en el país (Cuadro 1).

El proyecto de salud del GDF se estructuró para responder a las necesidades de salud, satisfaciéndolas fortaleciendo a la institución pública y removiendo el obstáculo económico al acceso oportuno a los servicios requeridos. Su

criterio de equidad es que todos deben tener igual acceso a los servicios existentes ante la misma necesidad. En esta concepción los servicios se financian solidariamente con recursos fiscales y no con cuotas o primas pagadas por las familias o individuos.

En cambio, el proyecto federal tiene una visión de mercado de salud y libre competencia y establece un seguro de salud para constituir un fondo para financiar y comprar servicios (González Pier, 2007). Restringe el derecho a la salud al condicionarlo, por un lado, a la contratación de un seguro mediante un pago⁶ y, por el otro, a un paquete predefinido de servicios, determinado con base en criterios de costo-beneficio, así como un número restringido de intervenciones de "gasto catastrófico". Es de subrayar que los servicios que

⁵ Para un análisis a fondo sobre el Seguro Popular vea Laurell, 2007.

⁶ Sólo el 20% más pobre de la población está exento de pago.

no están incluidos en el seguro los tienen que pagar los pacientes. En esta concepción se entiende la equidad como el pago de una prima según el nivel de ingreso. Con este esquema se profundiza la exclusión en salud al quedar marginados los que no contribuyen a ningún seguro y que sólo pueden acceder a los servicios mediante un pago directo. Esta situación se agrava porque sólo se pueden inscribir el 14.3 por ciento de los no-asegurados cada año y la inscripción depende que la entidad federativa pague la prima por familia asegurada.

En cambio, mediante el *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos* (Secretaría de Salud, 2001-2) se prestan gratuitamente todos los servicios disponibles en la SSDF y se proporcionan sin costo los medicamentos prescritos del cuadro institucional. La afiliación al programa es un trámite sencillo y se puede realizar por anticipado o en el momento de solicitar la atención. Se estimó en entre 850,000 y 900,000 familias y todos los adultos mayores con pensión alimentaria como los potenciales derecho-habientes del PSMMG. Para reforzar la afiliación de las familias más pobres que frecuentemente no usan los servicios y tienen poca capacidad de lidiar con la burocracia, se promovió intensivamente el PSMMG en las unidades territoriales de muy alta y alta marginación. A finales de 2006 se habían afiliado 854 mil núcleos familiares lo que para fines prácticos equivale a una cobertura universal (Cuadro 1).

Las diferencias fundamentales de concepción y las discrepancias en los beneficios entre la política de salud federal y la del gobierno del Distrito Federal llevaron a una disputa entre ambos gobiernos. Cuando se inició la aplicación del SPSS en 2004, el GDF declinó su inclusión en el Seguro Popular por no estar de acuerdo con las restricciones al derecho a la salud y para no perjudicar a los capitalinos, quitándoles derechos de los cuales ya gozaban con el PSMMG, desde, la discriminación en los servicios. Los recursos frescos suministrados por vía del Seguro Popular representaron menos del 5 por ciento del presupuesto de la SSDF y su entrega fue muy irregular.

La creciente inscripción en el PSMMG se tradujo en un alto porcentaje de servicios sin costo con respecto al total de los servicios prestados, como se observa en el Cuadro 2. Respecto al rubro de hospitalización es de señalar que aproximadamente el 20 por ciento está registrado como pacientes foráneos, por lo que el 95 por ciento de los capitalinos hospitalizados no pagan este servicio. Debe advertirse que los estudios de laboratorio y de rayos-X están incluidos en la cuota de recuperación de los pacientes hospitalizados foráneos, por lo que aparecen como gratuitos. Igualmente, es necesario mencionar que los medicamentos dispensados dentro de los hospitales, que son los más caros y complejos, no se administran vía la receta de gratuidad-inscripción al PSMMG, que estaba para entonces muy avanzada, con 550 mil núcleos familiares o dos tercios de los elegibles, mientras que el Seguro Popular sólo permitía una afiliación anual limitada. Esta incorporación gradual hubiera llevado a prácticas discriminatorias en los servicios privilegiando a los afiliados y relegando a los no-afiliados.

Al inicio de 2005, la Presidencia de la República inició una ofensiva política contra el Jefe de Gobierno del Distrito Federal. En este contexto, la Secretaría de Salud (SSA) federal lanzó una intensa campaña en los medios para obligar a la SSDF a aceptar el Seguro Popular. Durante la negociación bilateral, la SSA demostró su falta de compromiso con el pluralismo político e intentó, incluso, imponer en el convenio cláusulas violatorias del marco legal del propio Seguro Popular⁷. Finalmente, se firmó un convenio que eximió a los capitalinos de cualquier pago de inscripción o restricción en el acceso a los servicios, haciendo compatibles la inscripción en el Seguro Popular y en el PSMMG. Asimismo, se hizo una campaña muy intensiva en las unidades médicas en contra del trato diferencial a los usuarios, prohibiéndolo.

La otra cara del impacto del PSMMG sobre el mejoramiento de las condiciones de vida es que en una estimación muy conservadora generó, un ahorro para las familias afiliadas del orden de \$356 millones de dólares entre 2002 y 2006;

⁷ Artículo 77 bis de la Ley General de Salud.

Cuadro 2. Servicios prestados en el PSMMG o por forma de pago, SSDF, 2006

Servicios	Total servicios otorgados	Servicios exentos ^{1/}	PSMMG	
			Número	Porcentaje del total
Centros de salud				
Consulta externa	3'416,259		2'598,026	76.1
Rayos X	131,039		95,794	73.1
Laboratorio	2'348,006		1'858,854	79.2
Recetas de gratuidad			902,280	
Hospitales				
Consulta externa	974,896	1,689	857,219	87.9
Hospitalización	120,162	5,931	90,958	75.7
Urgencias ^{2/}	765,740	Servicio gratuito para todos	765,740	100.0
Rayos X	434,885	524	419,628	96.5
Tomografía	16,160		15,748	97.5
Ultrasonido	36,255		35,080	96.8
Laboratorio	2'987,582	1,181	2'965,600	99.3
Recetas de gratuidad			219,005	

^{1/} Personas que no pertenecen al PSMMG pero por su situación socio-económica no pagan.

^{2/} Como política institucional no se cobran las urgencias.

Fuente: SIS y datos de la DG de Planeación de la SSDF, 2006

recursos que pudieron dedicar a la satisfacción de otras necesidades básicas.

Una de las dificultades operativas del esquema de gratuidad, particularmente de las intervenciones de alto costo, era que los estados vecinos cobraban los servicios médicos y sólo entregaban recetas para la compra de medicamentos. La SSDF carecía del presupuesto y de la infraestructura para suplir las deficiencias del resto de los gobiernos estatales y de los hospitales federales. Sin embargo, tomó dos medidas para no perjudicar a los más necesitados: por un lado, eximió a los pacientes foráneos pobres del pago, por el otro, la SSDF adoptó una política de atención gratuita de urgencias, con independencia de la condición de aseguramiento y procedencia del paciente. El principio irrenunciable de tratar las emergencias graves sin cobrar fue aceptado por todas las instituciones públicas de salud con unidades médicas en el DF y se firmó un convenio al respecto en 2005, después largas negociaciones.

A fin de garantizar la continuidad del PSMMG y establecer la obligación legal del gobierno de

garantizar la atención a la salud en los términos de éste, el Jefe de Gobierno mandó una iniciativa de ley al respecto a la Asamblea Legislativa del DF, que fue aprobada en mayo de 2006. En la *Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas*

Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2006) queda inscrito el derecho a la protección de la salud y se hace explícito que el gobierno es el sujeto obligado para garantizarlo a la población no-asegurada. Cabe subrayar que esta ley está más apegada al texto constitucional que la propia *Ley General de Salud*, que señala distintas “modalidades”⁸ de acceso a los servicios, como son el pago de la cuota de recuperación, la compra del Seguro Popular o el convenio entre el prestador privado o social y el usuario.

Para que el PSMMG no fuera un programa declarativo en el papel, sino una realidad

⁸ Ver artículos 1, 36, 77 bis 38 y 40.

palpable para los capitalinos, tenía que ir acompañado de un proceso de ampliación y mejoramiento de los servicios de salud y del fortalecimiento de esta institución pública. Esto entrañaba impulsar dos procesos distintos: por un lado, modificar el modelo de atención y, por el otro, operar un profundo cambio institucional.

El nuevo modelo de atención

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

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

La preocupación por la seguridad sanitaria es obvia en una ciudad de gran fragilidad sísmica, hidro-meteorológica, industrial y epidemiológica, con una altísima concentración poblacional. Al respecto, se desarrollaron dos acciones relevantes: por un lado, se fortaleció el sistema de vigilancia epidemiológica en el cual un logro particularmente importante fue inducir un nuevo profesionalismo, rompiendo la simulación⁹ de antaño; con ello se renovó la práctica epidemiológica y se lograron enfrentar nuevos riesgos epidemiológicos, por ejemplo,

⁹ La supremacía del “cumplimiento de la meta” por encima de la solución real de problemas.

SARS o ántrax, y combatir eficazmente varias epidemias; por otro lado, se construyó la base necesaria –el Sistema Integral de Urgencias Médicas (SIUM)– para coordinar y reconvertir las unidades de atención médica de todas las instituciones ante un desastre en la ciudad. Como parte de este esfuerzo se hizo una planeación integral con simulacros y capacitación sistemáticos. La otra vertiente del SIUM fue la organización de un sistema único de atención de urgencias dirigido desde el Centro Regulador de Urgencias Médicas operado por la SSDF. Este centro logró disminuir los rechazos y el tiempo de traslado al hospital, sustancialmente adecuado para la atención, con resultados positivos sobre la mortalidad y la discapacidad.

Existe un amplio consenso respecto a que los mejores sistemas de salud son los que enfatizan la educación, la promoción de la salud y la prevención. Sin embargo, en México, como en la mayoría de los países, la cultura de salud – institucional y legal– está muy medicalizada, con las acciones curativas en el centro, lo que dificulta concretar este énfasis. La SSDF instrumentó dos nuevas iniciativas para cambiar esta práctica: por una parte, reorganizó la salud escolar y empezó a formar *Niños Promotores* en las escuelas públicas, en la idea de que un cambio cultural es un proceso largo en el cual las nuevas generaciones ocupan un lugar privilegiado. En el marco de este programa se capacitaron a unos 21 mil niños promotores. Por el otro, la SS-DF empezó a fomentar las *Acciones Integradas de Salud* en los centros de salud, que ofrecen un conjunto de intervenciones, básicamente de promoción, prevención, detección oportuna y control a todos los usuarios. Con el mismo enfoque se inició un proyecto piloto de vigilancia epidemiológica de las enfermedades crónico-degenerativas, que ocupan los primeros lugares de mortalidad en la ciudad.

El programa de VIH-SIDA de la Ciudad de México, construido a partir de 2001, era una muestra muy lograda de la concepción de un programa integrado con una fuerte participación ciudadana. Este programa combina la prevención y atención, ambas con dos ejes transversales que, por un lado, son la participación social con un

componente fuerte en la no discriminación y, por el otro, la aplicación de los avances tecnológicos. Tuvo resultados extraordinarios, logró bajar en cuatro años la mortalidad de SIDA en un 16 por ciento y mejorar sensiblemente la detección temprana y la prevención. Ilustra un tipo de política anti-discriminatoria orientada a construir, desde y en los servicios de salud, prácticas respetuosas a las diferencias genéricas, étnicas y de preferencia sexual. Con este mismo espíritu fueron desarrollados los programas de salud sexual y reproductiva y en contra la violencia de género.

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

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

En el marco del proyecto general de participación ciudadana, la secretaría formó cientos de comisiones de salud en las asambleas vecinales, promovidas por el gobierno de la ciudad. Se propuso a estas comisiones que realizaran, junto con las educadoras de salud y con una capacitación previa, un diagnóstico

participativo de salud y un plan de acción para su Unidad Territorial¹⁰. Junto con ello, se planteó reconstruir los comités de salud existentes, incorporando en éstos a las comisiones, y darles atribuciones de participación en la toma de decisiones y de vigilancia sobre la prestación de los servicios en los centros de salud. Los resultados de estos ensayos fueron variables y dependían en gran medida de las características personales de los ciudadanos participantes. El problema de fondo era el carácter clientelar de la mayoría de las organizaciones sociales, con una cultura heredada del partido de Estado, que dominó durante 70 años. La carencia de organizaciones democráticas y representativas impidió la plena institucionalización de las comisiones de salud, por lo que eran frágiles ante escenarios cambiantes.

La reconstrucción de la institucionalidad pública

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

La reconstrucción, o incluso refundación, de la institución pública, es tarea central para un gobierno de izquierda por varias razones: una es de orden conceptual, ya que los arreglos institucionales son la materialización de las distintas maneras de organizar la práctica social,

¹⁰ La Unidad Territorial es el tercer nivel de gobierno en el Distrito Federal, que se divide en el gobierno central, las delegaciones políticas y las Unidades Territoriales.

en este caso, la de atención a la salud. Así, estos arreglos pueden corresponder a la lógica de solución de necesidades, en cuyo caso, la institución pública desempeña un papel sobresaliente o la de una actividad económica lucrativa donde obligadamente el mercado y la empresa privada prevalecen. Otra razón es de orden histórico porque la forma más eficiente de garantizar el derecho a la salud a toda la población se ha mostrado que es a través de lo público estatal o cuasi-público (Lister, 2007). Y por último, para un gobierno de izquierda, la redistribución del ingreso es central, y una manera de efectuarla es por vía de la prestación pública y gratuita de servicios. Estas razones son de mucho peso en México, donde el sector público ha sido y sigue siendo el principal proveedor de servicios, pese a su deterioro (Laurell, 2007).

Para entender las raíces del deterioro de la SSDF y de su función pública es conveniente distinguir dos vertientes. Una se derivaba de la estrechez económica y el consecuente deterioro material. Otra se relacionaba con la cultura institucional y una manera particular de entender lo público, imbuido por el patrimonialismo y el clientelismo. Ambas vertientes se reforzaban entre sí; la miseria institucional aumentaba el predominio de los intereses particulares sobre el interés general y el uso de los recursos públicos para fines particulares o la corrupción franca empobrecían todavía más a la institución. Ambos procesos resultaban, además, desmoralizantes y ofensivos para los trabajadores y los pacientes, que sufrían la precariedad de las unidades médicas. La relación clientelar está basada en el otorgamiento de un favor a cambio de la subordinación o el silencio ante el abuso, inspira directamente la idea de la dádiva y suprime la noción del ejercicio de derechos.

En estas condiciones, la reconstrucción del tejido institucional tenía que desplegarse en distintos ámbitos. Paradójicamente, la faceta más sencilla era la ampliación de los servicios y el fortalecimiento material de la institución. Requería de voluntad política, dinero e integridad administrativa; recursos que efectivamente se movilizaron. En contraste con lo sucedido durante casi dos décadas, la salud se

convirtió en una prioridad alta en la administración 2000-2006. Esto se reflejaba en un incremento de recursos financieros para la Secretaría de Salud, cuyo presupuesto para los servicios de salud se incrementó en un 80 por ciento en este lapso.

Durante este periodo se realizó una planeación estratégica sistemática de servicios, basada en las necesidades de salud, lo cual dio por resultado: la construcción de dos nuevos hospitales en las zonas con más carencias económicas y de servicios; la ampliación o fortalecimiento y reequipamiento de otros 24 hospitales. Como resultado, hubo un incremento de un tercio de las camas hospitalarias. Asimismo, se construyeron cinco grandes nuevos centros de salud, donde antes no había unidades de salud. En total, la inversión en obra, equipo y mantenimiento de centros de salud y hospitales fue de 200 millones de dólares.

La Secretaría recibió muchas solicitudes de otras obras que fueron respondidas con una explicación a los ciudadanos y a las organizaciones sobre los criterios usados para priorizar la inversión. Generalmente, se lograba convencerlos sobre la imparcialidad y la justicia de las decisiones, así como apelar a la solidaridad con otros capitalinos y colonias o barrios con mayores necesidades.

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

El abasto de medicamentos y otros insumos era particularmente crítico por su importancia percibida para la atención y por el monto de dinero involucrado en su compra en un mercado frecuentemente manipulado. La solución de este problema ejemplifica el tipo de cambios en los procesos administrativos que se realizaron. Se introdujo un nuevo sistema de control (SAICA) de insumos, se estableció un cuadro institucional de medicamentos con una nueva metodología basada en la medición directa de la prescripción en el cada servicio, y se transformó a fondo el esquema de licitación para anular prácticas corruptas y monopólicas. Con estas medidas se logró mantener un abasto satisfactorio de medicamentos, particularmente de los críticos, disminuir la influencia de los intereses puramente comerciales y bajar los precios de compra en un 23 por ciento, en promedio. Era, además, una reorganización institucional que eliminaba la ocasión de corromper.

El combate a la corrupción, tema básico en la reconstrucción institucional, tenía que convertirse en una nueva práctica y rutina diaria, por su ubicuidad en la sociedad mexicana. Este combate tenía que transparentar el manejo de recursos, vencer el temor a la denuncia y el arraigo de las prácticas de corrupción. Algunas de estas prácticas ni siquiera se percibían como corruptas, sino como “usos y costumbres” institucionales o, incluso, “prestaciones laborales” no formalizadas. Corrupción de esta índole va muy ligada a la inversión de los valores institucionales, esto es, la de que el interés general sea subordinado a los intereses particulares; fenómeno que en su forma más cruda es la esencia misma del patrimonialismo.

Un elemento para revertir esta transposición de valores era insistir en que la función sustantiva de cualquier Secretaría de Salud es proteger la salud de la población y que la Secretaría sólo tiene razón de ser en la medida en que lo logre. Se trataba pues de (re)construir una ética institucional apelando al contenido humanitario de su quehacer. La promoción de esta nueva ética del servicio público ganó credibilidad gracias al comportamiento observable del propio gobierno.

Causó mucho impacto el llamado programa de *Austeridad Republicana*, que se inició en 2000, con un recorte del 15 por ciento a los salarios de los altos funcionarios del nuevo gobierno y la eliminación de gastos suntuarios. Con los recursos ahorrados –alrededor de 300 millones de dólares anualmente– se financiaron una parte importante de los programas sociales. Otras pautas que reforzaron la nueva práctica institucional fueron la honorabilidad probada de los principales funcionarios y el acceso directo a ellos para la resolución de los problemas planteados por los ciudadanos; la vigilancia de los contralores ciudadanos¹¹ sobre los procesos de contratación; una relación de apego al contrato colectivo e institucional con el sindicato en la SSDF, etcétera.

Por otra parte, en los nuevos hospitales se experimentaron diseños arquitectónicos y nuevas formas de atención que pusieron al paciente y su familia en el centro de todas las actividades. La idea subyacente es que es posible materializar los nuevos valores y prácticas públicas en una concepción espacial y en otra organización de la atención.

Avances en el ejercicio del derecho a la salud

La reconstrucción institucional era importante en sí misma para la dignificación de las condiciones de prestación de los servicios con efectos positivos para usuarios y trabajadores. Empero, también era una condición para transitar de una cultura donde recibir servicios públicos de salud se consideraba una dádiva, a otra de pleno reconocimiento del derecho exigible a la salud. Con esta finalidad, también se realizaron campañas intensivas en las unidades médicas sobre los derechos de los usuarios y se establecieron mecanismos de canalización de quejas directamente a los funcionarios de más alto nivel.

¹¹ En todos los comités de adquisiciones y obras se incorporaron a “contralores ciudadanos” que tenían acceso a todas las sesiones y a toda la documentación involucrada en una licitación, para transparentar el uso del dinero público.

Es de destacar que tal vez el vehículo más importante para crear conciencia sobre el derecho a la salud fue el propio *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos*. En una encuesta entre sus afiliados, el 83 por ciento sabía que el derecho a la salud está inscrito en la Constitución; el 87 por ciento consideraba que los impuestos debieran dedicarse a mejorar la salud y el 78 por ciento que la salud debiera ser una responsabilidad del gobierno.

Inicialmente, hubo cierta resistencia del personal en los centros de salud y hospitales al PSMMG en cuanto a los mecanismos para concretar el derecho a la salud. Sin embargo, hacia el final de la administración en una encuesta de percepción y en los talleres de discusión con directivos y trabajadores se encontró que se había extendido la aceptación del programa, junto con la idea de que el derecho a la salud debiera ser un derecho exigible.

Un indicador de la aceptación de los servicios y el acceso a ellos –el ejercicio real de este derecho– es la pauta de la prestación de servicios de salud entre 2000 y 2006 que se observa en el

Cuadro 3.¹² Así, durante estos años de la administración, se produjo un incremento relevante, sobre todo en los servicios de mayor costo; las cirugías aumentaron en un 85 por ciento, los nacimientos 44 por ciento, los estudios de rayos-X 42 por ciento, las urgencias 34 por ciento y la hospitalización 30 por ciento, mientras que la consulta externa se mantuvo prácticamente estancada.

El PSMMG contribuyó de manera importante a esta tendencia, pero también es factible que estos datos reflejen el fortalecimiento y mejoramiento institucional. Por ejemplo, en el Distrito Federal prácticamente todas las mujeres atendían su parto con un médico, por tanto, el incremento en los nacimientos en los hospitales del SSDF probablemente evidencia que aumentó la preferencia por el hospital público, por encima de las pequeñas clínicas privados; cambio que en sí mismo es importante por tener un impacto directo sobre la mortalidad materna en la ciudad

¹² La población del DF prácticamente se mantuvo estable durante este periodo (Instituto Nacional Estadística, Geografía e Informática, 2005).

Cuadro 3. Evolución de la prestación de servicios médicos, 2000-2006

Concepto	2000	2006*	Incremento Porcentual 2000 a 2006
Consulta externa	4'818,207	4'758,941	-1.2
Urgencias ^{2/}	572,024	765,740	33.9
Egresos hospitalarios	89,973	120,162	30.1
Porcentaje ocupación hospitalaria	56.4	71.9	27.5
Promedio de días estancia	4.4	4.1	-6.8
Intervenciones quirúrgicas	42,564	78,576	84.6
Nacimientos	30,922	44,632	44.3
Estudios de rayos X	404,878	573,700	41.7
Estudios de laboratorio	4'345,710	5'410,532	24.5

* Información estimada del último trimestre de 2006

^{1/} Incluye consulta especializada y salud mental

^{2/} Incluye información de hospitales, eventos especiales, sanciones administrativas y centros toxicológicos

Fuente: Sistema de Información de Salud (SIS), SSDF, 2006

Una de las objeciones más reiteradas en contra de la prestación gratuita de servicios de salud es que se aprovechan más de ello los sectores medios. Esta suposición no se confirma en el caso de la ciudad de México. En una encuesta levantada

entre los afiliados al PSMMG se encontró que su ingreso es más bajo que el de la población general, al igual que su nivel educativo, y que viven más frecuentemente en zonas de alta y muy alta marginalidad. Es decir, este programa universal

favorece más a los pobres que el resto de la población, sin incurrir en la focalización, con sus múltiples problemas e injusticias (Mkandawire, 2005).

Por último, algunos datos sobre el impacto en la salud de los capitalinos como verificación definitiva del éxito de un proyecto de salud. Ciertamente, no debe olvidarse la importancia relativa de los servicios sobre las condiciones de salud, ya que éstas dependen en última instancia de las condiciones de vida y trabajo de la gente. Con esta limitación, y en el entendimiento de que la SSDF atiende, junto con el IMSS y el ISSSTE, a la población del DF, es interesante observar que las tasas de mortalidad en todos los grupos de edad disminuyeron en el periodo 1997 a 2005 (Cuadro 4).

Los datos que llaman particularmente la atención son la tendencia a la baja de las tasas de mortalidad que se presenta en la edad productiva y postproductiva. Generalmente, se da un incremento en la mortalidad en estos grupos cuando la mortalidad desciende en las edades

tempranas. El hecho de que hayan bajado probablemente se debe al mejoramiento de los servicios de salud.

Cabe una reflexión final sobre la experiencia de la SSDF respecto a las vicisitudes de la (re)construcción de las instituciones públicas para garantizar los derechos. Como ya se vio, la parte material de la recuperación de la Secretaría de Salud era más sencilla de lo que se podría consignar como la reconstitución de su “tejido ético”, por el entramado de intereses particulares y vicios añejos. Es importante subrayar empero que la nueva práctica institucional relacionada con la operación del *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos* iba induciendo, junto con las mejoras materiales, un cambio hacía una nueva conciencia del servicio público. En contraste, la construcción de una nueva institución pública a partir de la constitución de un nuevo derecho, como fue el caso de la pensión alimentaria, era mucho más fácil. Parece que esto ocurrió básicamente porque se dio en un espacio abierto y libre, donde sólo se ventilaban posiciones partidistas. Las bondades de la pensión generaron

Cuadro 4. Mortalidad por grupo de edad, Distrito Federal, 1997-2005

Años	General ¹		Infantil ²		Preescolar		Escolar		Productiva		Post-productiva	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1997	46,884	5.4	3,848	24.0	425	0.8	459	0.28	17,571	3.2	24,560	52.2
1998	46,773	5.4	3,699	23.6	445	0.7	440	0.27	17,336	3.0	24,840	49.5
1999	46,601	5.3	3,323	21.6	381	0.6	376	0.23	16,711	2.8	25,793	49.9
2000	46,029	5.2	3,127	21.6	365	0.6	402	0.26	16,535	2.8	25,567	47.8
2001	46,627	5.3	2,894	20.0	384	0.7	396	0.26	17,003	2.8	25,931	47.3
2002	46,984	5.3	2,858	19.9	368	0.6	378	0.25	16,875	2.8	26,490	47.0
2003	48,586	5.5	2,807	19.7	340	0.6	408	0.27	17,289	2.9	27,716	48.0
2004	48,950	5.6	2,676	19.0	349	0.6	352	0.24	17,032	2.8	28,541	48.1
2005	49,882	5.7	2,591	18.7	322	0.6	398	0.28	17,283	2.8	29,257	48.1
Varia ción			-1,257	-22.3	-103	-25.5	-61	-2.4	-288	-11.3	+4,697	-7.9

^{1/} Tasa por 1,000 habitantes

^{2/} Tasa por 1,000 nacidos vivos.

Fuente: Proyecciones de la población y NV en México 1996-2030 y 2000-2030, CONAPO. Defunciones INEGI/SSA

un amplio consenso en la sociedad y su implantación se dio al margen de las negociaciones entre los partidos políticos.

Referencias

- Boltvinik, J. 2002. "Pobreza en la ciudad de México", *La Jornada*, 25 de enero, p.28.
- Bobbio, N., 1998. *Derecha e Izquierda*. Madrid: Taurus.
- Doyal, L. y Gough I. 1991. *A Theory of Human Need*. London: MacMillan.
- Esping-Andersen, G. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Esping-Andersen, G. 1999. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- George, V y P. Wilding, 1994. *Welfare and Ideology*. Londres: Harvester Wheatsheaf.
- González Pier E. 2007. *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Laurell, A.C., 1996. La política social del pacto posrevolucionario y el viraje neoliberal. En A. C. Laurell (coord.) *Hacia una Política Social Alternativa*, México: IERD-Fundación F. Ebert, México. pp. 15-32.
- Laurell, A.C., 1997. *La Reforma contra la Salud y Seguridad Social*. México: ERA.
- Laurell, A.C., 2007. Health system reform in Mexico. *International Jour. Health Services*, 37:3, 515-535.
- Lister, J., 2007. *Health policy reform. Driving the wrong way?* London: Middlesex University Press, p. 24-29.
- Mkandawire, T., 2005. *Targeting and Universalism in Poverty Reduction*
Ginebra: United Nations Research Institute for Social Development.
- Navarro, V., 1997. *Neoliberalismo y Estado de Bienestar*. Barcelona: Ariel.
- Navarro, V. 1998. Neoliberalism, "globalization", unemployment, inequalities, and the welfare state. *International Jour. Health Services* 28:4:607-682.
- Rothstein, B. 1994. *¿Qué debe hacer el Estado? (Vad Bør Staten Göra?)*. Estocolmo: SNS Förlag.

Por así decirlo, la sociedad impuso la pensión como un derecho social contra los partidos de derecha y a través del Estado.

Documentos oficiales.

- "Resolución de Carácter General en el que se exime de pago de derechos por los servicios médicos que presta el Gobierno del Distrito Federal, a la población abierta residente en el Distrito Federal", *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 14 de junio, 2001.
- "Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral" *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 22 de mayo, 2006
- Instituto Nacional Estadística, Geografía e Informática, 2005. *Conteo de Población 2005*. <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/conteos/conteo2005/def>
- Secretaría de Salud, 2001-1. *Programa de Salud del Gobierno del Distrito Federal al 2006*. México DF: Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.
- Secretaría de Salud, 2001-2. *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para Residentes del Distrito Federal sin Seguridad Social*. México DF: Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.
- Secretaría de Salud, 2002. *Informe de Trabajo 2001*. México DF: Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.
- Secretaría de Salud, 2003. *Informe de Trabajo 2002*. México DF: Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.
- Secretaría de Salud, 2004. *Informe de Trabajo 2003*. México DF: Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.
- Secretaría de Salud, 2005. *Informe de Trabajo 2004*. México DF: Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.
- Secretaría de Salud, 2006. *Informe de Trabajo 2005*. México DF: Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.
- Secretaría de Salud, 2006. *Informe de Trabajo 2006*. México DF: Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.



Medicina Social

Salud Para Todos