

Universalizar y Territorializar las Políticas en Salud en el Distrito Federal; Premisa para garantizar la Equidad e Igualdad

Luisa Mussot*

Introducción

El presente análisis aborda el vínculo de las políticas selectivas de focalización territorial en la experiencia en ciernes de salud en la Ciudad de México, y las políticas sociales universales, ambas de orden sectoriales. Así como sobre sus implicaciones en términos de equidad e igualdad en el acceso integral al derecho a la salud. Proceso que se realiza a partir de tejer un orden conceptual y metodológico en el diseño de la política social y en el ejercicio de gobierno para garantizar los derechos sociales, desde la focalización territorial de la política en salud. Se señala cómo este vínculo representa una alternativa a las orientaciones de mercado por un lado y reduccionista, por otro, de las políticas de focalización selectiva implementadas en el país en el sector de la salud y social desde el gobierno federal. Planteando la necesidad de profundizar el ejercicio de acompañamiento de la lógica sectorial universalista con la atención territorializada en las acciones en salud para abordar la pluralidad de dimensiones que implica el derecho a la salud. Sin que en cada caso sean reformuladas conceptualmente las políticas y sus objetivos.

Particularmente se da cuenta de un proceso en el que la política universal en salud ha condicionado el diseño y posibles trayectorias de políticas de focalización en el sector.

* Asesora académica de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, UACM

1. Los desafíos en salud y la estrategia de la Ciudad de México

El sistema de salud del DF no ha escapado al contexto de fragmentación, desfinanciamiento, deterioro y disminución en la capacidad de respuesta que las instituciones públicas de salud padecen, en el conjunto del sistema nacional.

El sistema de salud nacional está constituido por tres subsectores que cuentan con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y prestación de servicios, lo que le hace un sistema desarticulado y segmentado acorde a la inserción laboral de la población que atiende (pertenencia o no a la economía formal) así como a su nivel de ingresos (o capacidad de pago): *a)* sector público para la población no asegurada o abierta; *b)* sector de la seguridad social para personas afiliadas a la seguridad social y *c)* sector privado.

En el subsistema para la población sin seguridad social, o población abierta, la cobertura de los servicios sólo abarca la prestación “universal” y gratuita de 13 acciones de salud pública y de atención a los individuos y las familias. Lo que supone un déficit de recursos para garantizar la cobertura de primer y segundo niveles de atención a la población objetivo. Situación que ha implicado que haya entidades federativas que viven en condiciones de “desastre sanitario”: En el caso de los institutos de seguridad social (IMSS, e ISSSTE), que cubre al 47 por ciento de la población, según datos de 1995, éstos, por ley deben garantizarles la integralidad de los servicios médicos y medicamentos requeridos. Situación que a pesar de la reforma de 1995, no se ha garantizado y que ha conducido a que hoy el sector en su conjunto viva una situación de desastre económico e institucional. Cuya consecuencia es la afectación de la población asegurada, a la que se le limita la garantía del derecho a la salud.

La explicación de la paralización y desmejora de los servicios públicos, para población abierta y de la seguridad social, es debida fundamentalmente al prorrogado desfinanciamiento instruido en el sector desde 1983. Siendo que la caída presupuestal llegara a más del 50 por ciento per cápita en la seguridad social y cerca del 60 por ciento en la población no asegurada entre 1982 y 1987. Aunque ha habido un proceso de refinanciamiento del sector, el presupuesto del

sector en el 2000 todavía es tan bajo y no ha recuperado el nivel previo a su crisis de financiamiento (Laurell, 2001)

Hoy en el país, el gasto público en salud representa del 2.8 al 3 por ciento del Producto Interno Bruto (SSDF; 2002), lo que le hace aparecer dentro de los más bajos del continente, cotejado con los países de desarrollo similar. Situación que sin duda precipita la continuidad de los efectos negativos sobre los recursos del sistema: deterioro físico y tecnológico, desvaloración del servicio público y precariedad salarial, así como quebranto de las condiciones de trabajo.

La insuficiencia financiera se ha visto agravada, además, por una perversa distribución del presupuesto entre los distintos grupos de la población¹. El 1.86 por ciento corresponde a los asegurados en los Institutos de Seguridad Social, es decir, un 41 por ciento de la población; mientras que el 0.74 por ciento del PIB, está destinado a la población abierta, o no-asegurada, que representa el 59 por ciento de la población. Y de dicha cifra, la mayor parte va directamente al Sistema de Protección Social en Salud, o Seguro Popular (SSDF; 2000).

El desfinanciamiento público en salud ha tenido un impacto negativo sobre la prestación oportuna y de calidad de los servicios, y explica, en gran parte, el proceso de incremento del gasto en salud por parte de las familias; fenómeno que se conoce en el sector como incremento en el gasto de bolsillo familiar, lo que representa un gasto catastrófico para la economía familiar.

Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares del INEGI - 2000, el gasto monetario total subió de 2.9 por ciento, en 1984, a 3.5 por ciento en 2000. Lo que significaba que el 10 por ciento de las familias más pobres carecían de recursos para poder atenderse. En el 2000, sólo el 49 por ciento de estas familias más pobres gastó en salud, en comparación con el 86 por ciento,

¹ Esta distribución implicaba, en 2001, usando como indicador el costo del Seguro de Salud para la Familia del IMSS, que el gasto federal en salud para la población no-asegurada tuviera un déficit del 69 por ciento, para operar los servicios de salud con suficiencia. Y tomando en cuenta el gasto local de las entidades federativas para la misma población, y agregándolo, el déficit representaba el 52 por ciento; por lo que se hubiera necesitado triplicar el presupuesto en el primer caso o duplicarlo, en el segundo, a efecto de garantizar la viabilidad y eficiencia de los servicios (SSDF; 2002).

que lo hizo del 10 por ciento de las familias con los ingresos más altos. Además, la desigualdad en el gasto relativo es desfavorable para las familias más pobres, ya que dedican el 5.2 por ciento de su gasto total a salud mientras que las familias con el ingreso más alto gastan el 3.5 por ciento. El gasto en medicamentos representa en promedio el 36 por ciento del gasto en salud y llega a 47 por ciento para los hogares más pobres en comparación con el 31 por ciento para los hogares de más altos ingresos en 2000 (SSDF; 2002).

En este contexto de desfinanciamiento, fragmentación y disminución de la capacidad de respuesta de las instituciones públicas de salud, el gobierno federal ha ofrecido la competencia y la promoción del sector privado como la solución a los problemas del sector salud. La esencia de la reforma nacional en ciernes radica en introducir la figura de aseguramiento universal, supuestamente voluntario, y condicionado al pago de una cuota familiar, acompañada de un subsidio por el Estado. A través suyo se busca sustentar económicamente la competencia mercantil en la producción de servicios de salud, fortaleciendo la mezcla público-privada, y en el que tanto los administradores del financiamiento como los prestadores de servicios compiten por los “clientes”.

Este modelo, llamado “pluralismo estructurado”, constituye una reforma regresiva en salud. A través suyo, el acceso al derecho a la salud se condiciona al pago de un seguro y, la responsabilidad del Estado se restringe a garantizar un mínimo de servicios a los comprobadamente pobres y a subsidiar un seguro que da derecho a recibir gratuitamente algunos servicios, aunque de manera fragmentada. También le corresponde regular las actividades de los agentes administradores de fondos y prestadores de servicios. Su expresión más acabada es el Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular, que fue legalizado en 2004 con la reforma a la Ley de Salud, pero cuyos antecedentes datan de la agenda de la reforma de mercado al sistema, impuesta al país desde 1995 por el Banco Mundial²

² Véase al respecto de esta reforma Asa Cristina Laurell, *Response to the Lancet series on Mexico Health System Reform in Mexico: A critical review (2007)*

A esta propuesta de reforma mercantilista al sector salud, que abre las puertas a las fuerzas del mercado y a la proliferación de las aseguradoras privadas en el único interés de convertir al sector salud en una empresa de capitalización financiera, se le ha acompañado desde el gobierno federal, por la generalización de políticas sociales residuales y compensatorias de modelo asistencial y de focalización individual en los comprobadamente más pobres. Lo que no sólo no ha resuelto la histórica desigualdad y la limitación de la protección en salud de millones de ciudadanos sino que las han intensificado.

Este complejo y multidimensional fenómeno de precariedad sanitaria, el Gobierno del Distrito Federal (GDF) lo ha enfrentado en la Ciudad con una actuación pública innovadora, inaugurada desde el 2001: el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG). Programa que desde el 2006, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal lo elevó a rango de ley con la aprobación de la Ley que “exime del pago de derechos por la prestación de servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral”.

Estrategia de atención a la exclusión relativa en salud en el DF que significa al proceso de diseño de la política pública del gobierno de izquierda del Distrito Federal, por constituir una contribución valiosa a la extensión de la protección en salud, y por haber reubicado en la agenda de la discusión sobre el diseño e instrumentación de las políticas públicas locales tres elementos centrales: a) el insustituible papel del Estado y su centralidad como responsable del bienestar de los ciudadanos y como garante de los derechos sociales; b) la política, como el instrumento de negociación y de acuerdo entre las fuerzas económicas y políticas en la salvaguarda y garantía del interés general; y c) la universalidad de la protección en salud como la estrategia central de combate a la exclusión.

2. La estrategia del Gobierno del Distrito Federal en salud

2.1 Desigualdad e inequidad en el Acceso a los Beneficios del Sistema de Salud y al Tratamiento Requerido en la Ciudad

El Distrito Federal si bien es la entidad federativa con la mayor concentración de servicios de salud del país, padece de muchos de los problemas que aquejan al sistema nacional, situación que se traduce en la desigualdad en el acceso oportuno al tratamiento requerido y a los beneficios del sistema de salud, de los ciudadanos en el conjunto del sistema.

Se distinguen entre los principales factores que inciden en la desigualdad en salud de la Ciudad a los siguientes: *a)* La fragmentación, deterioro y abandono de las instituciones públicas en salud (provocado por un prolongado periodo de desfinanciamiento que ha mermado su eficiencia); *b)* al condicionamiento laboral para ser beneficiario de la seguridad social y por tanto, a no tener garantizado el derecho al acceso a la atención médica y a los medicamentos; *c)* La precariedad en las condiciones socio-económicas de más del 41 por ciento de la población sin protección en salud residente en el DF; *d)* La ausencia de hábitos para acudir a atenderse en las instituciones públicas de salud; *e)* La carencia de una cultura de prevención en salud y la desinformación sobre las políticas y los programas institucionales y finalmente *f)* El desconocimiento ciudadano de los derechos sociales y particularmente el de la protección en salud.

De entre los anteriores elementos, el económico, ha constituido el principal obstáculo para abatir la desigualdad e inequidad en el acceso a los servicios en la capital, por la SSDF de acuerdo a la siguiente consideración: la garantía de la protección de la salud al usar los servicios sólo existía en la Ciudad para aquellos asegurados en la seguridad social, y para sus familias, dentro de sus instituciones.

El resto de la población tenía que pagar a través de cuotas de recuperación para obtener el tratamiento y los medicamentos requeridos³.

La forma de organización del subsistema de salud que atiende a la población abierta cargaba sobre el paciente y su familia la mayor parte del costo de la enfermedad, las cuotas de recuperación en la atención, y al egreso, los medicamentos. Por lo que el acceso a los servicios de la SSDF, aun siendo público, estaba condicionado por la imposibilidad económica de solventarlos, particularmente en el caso de los egresos hospitalarios, ya que su costo sobrepasa, con creces, los recursos de la mayoría pobre. Circunstancia que colocaba a las familias de bajo ingreso en una situación en la que atender su salud es sinónimo de erogar un gasto catastrófico para su economía, o lo que es peor aún, de aplazar la atención y del tratamiento requerido.

Frente a esta situación la respuesta del GDF en salud, en contraposición con lo que ocurre en el nivel nacional, ha sido la gratuidad en el acceso a los servicios médicos y medicamentos como mecanismo de garantía del derecho a la protección de la salud de los Ciudadanos residentes en el Distrito Federal no beneficiarios de la seguridad social –a través del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG).

Con ella se incide directamente casi en el total de la población, responsabilidad directa de atención de la SSDF, en términos de atención individualizada. Es decir, sobre aquella población residente en la Ciudad que carece de seguridad social laboral y que incluye a aproximados 3.9 millones de personas que habitan en la Capital; de entre los cuales se ha calculado que un aproximado 5 por ciento se auto-excluye de la atención pública por recurrir al sector privado.

Esta población coincide en su mayoría con la población más afectada por el proceso de devastación social padecida en el país por más de dos décadas de

³ El pago de la cuota de recuperación se realiza de acuerdo con la situación socio-económica del demandante, excluyendo del pago, al paquete básico en salud que incluye 13 acciones de salud pública y de atención.

políticas del ajuste y cambio estructural. A inicios del Siglo XXI, se concretaba en la Ciudad la presencia de casi un sesenta y cinco por ciento de la población en condiciones de pobreza: 3.3 millones de capitalinos viviendo en pobreza extrema y otros 2.3 millones, en pobreza moderada. (Boltvinik, 2002)⁴. Población que además reside en zonas de muy alta y alta marginación, con un ambiente social y ecológico profundamente degradado y con serias carencias de servicios; condiciones que impactan negativamente su salud.

El PSMMG ofrece a la población sin seguridad social residente en el Distrito Federal, sin desembolso alguno, todos los servicios que prestan las unidades médicas de la SSDF y los medicamentos del cuadro institucional autorizado. La gratuidad también abarca el programa de VIH-SIDA y todas las urgencias calificadas independientemente de la condición de aseguramiento y residencia habitual de la persona.

A través del PSMMG se avanza en el cumplimiento universal del derecho a la protección de la salud en la capital. Con él se remueve el obstáculo económico al acceso equitativo a la atención y tratamiento requeridos, que constituye la principal causal de inequidad y desigualdad en el acceso.

2.2 El enfoque territorial como premisa para garantizar la equidad y la igualdad en el acceso a la salud en la Ciudad

Una vez que el GDF resolvió el principal obstáculo en el acceso a la salud a través del PSMMG, reconoció a través de un estudio⁵ en las Unidades territoriales de alta y muy alta marginación, sus alcances heterogéneos, traducidos en niveles e intensidades diferentes de protección pública en salud, por grupo de población y situación socio-económica. De ahí que el reto por organizar la política pública

⁴ Este cálculo resulta de la instrumentación del método de “medición integrada de la pobreza” (Boltvinik, J. 2002)

⁵ La experiencia del estudio se tituló Reducción de la exclusión en salud, removiendo el obstáculo económico. La experiencia del Gobierno del Distrito Federal (SSDF;2004)

desde el territorio (o focalización territorial) aparezca como una estrategia metodológica alternativa a las políticas pública de corte universalista en el momento de destinar y concentrar recursos o de diseñar programas específicos y /o proyectos puntuales tomando en cuenta las características locales (socioeconómicas, demográficas y de salud) de la población sobre las que se quiere incidir directamente.

El resultado de este ejercicio ha posibilitado el conocimiento socioeconómico y el índice de marginación de los diferentes espacios poblacionales de la Ciudad de México, además que ha permitido identificar con precisión, las zonas donde una proporción mayoritaria de la población experimenta condiciones de carencia, rezago y de exclusión de satisfactores fundamentales: las UT's de muy alta y alta marginación. Éste ha sido el referente con base en el cual el GDF ha planeado la aplicación territorial de sus programas sociales y, es el mismo con el que la SSDF se ha propuesto alcanzar la universalidad del derecho a la protección en salud en una segunda fase de expansión del PSMMG.

El GDF desarrolló una metodología que determina la marginación al interior de las Unidades Territoriales (UT's) con base en la información disponible del duodécimo Censo General de Población y Vivienda del INEGI realizado en 2000. A partir de programas informáticos especializados se empalmaron y ajustaron las áreas geo-estadísticas básicas con las UT's obteniendo el conteo de cada unidad territorial y el perfil poblacional y socio-económico de cada una de ellas con información censada (Menchaca 2002).

El resultado de este ejercicio ha posibilitado el conocimiento socioeconómico y el índice de marginación de los diferentes espacios poblacionales de la Ciudad de México, además que ha permitido identificar con precisión, las zonas donde una proporción mayoritaria de la población experimenta condiciones de carencia, rezago y de exclusión de satisfactores fundamentales: las UT's de muy alta y alta marginación. Éste ha sido el referente con base en el cual el GDF ha planeado la aplicación territorial de sus programas sociales.

Esta propuesta metodológica constituye una alternativa a la estrategia de focalización individual en los comprobadamente necesitados (o “credencialización” de los pobres), convirtiendo a la unidad territorial, en el componente organizacional de definición y decisión de las políticas públicas. Así, a partir de una ordenada evaluación de la magnitud y especificidad de las causas y caracterización de la fenómeno a estudiar, se actúa directamente sobre él.

El enfoque territorializado permite interrelacionar fenómenos de diferente tipo (principalmente socio-económicos y demográficos) en las localidades donde habrán de tomarse decisiones. Y admite análisis multifactoriales en diferentes dimensiones: 1) definición del objeto de estudio; 2) determinación y selección de las dimensiones, variables e indicadores adecuados para cuantificar y dimensionar el fenómeno; y 3) establecimiento de las técnicas estadísticas más apropiadas para el procesamiento de los datos obtenidos y 4) Plan de análisis.

Reseñaremos adelante los alcances de la estrategia territorial con el que la SSDF se propuso alcanzar la universalidad del derecho a la protección en salud en una segunda fase de expansión del PSMMG. Concretando a esta estrategia como la forma de garantizar eficaz y oportunamente las acciones que disminuyan la desigualdad en salud entre los habitantes de la Ciudad, una vez eliminado el obstáculo económico en el acceso a los servicios.

3. Medición de la exclusión en salud en las Unidades territoriales de muy alta y alta marginación de la Ciudad

El PSMMG constituye la principal estrategia del GDF para avanzar en el cumplimiento de universalizar el derecho a la protección de la salud en la capital, contribuyendo a democratizar la salud al remover el obstáculo económico al acceso equitativo al tratamiento requerido, conjuntamente con el abatimiento de algunos de los problemas asociados con la calidad técnica y humana de los servicios otorgados y con una planeación estratégica de largo plazo de los servicios (SSDF, 2002).

Sin embargo sus alcances se han mostrado heterogéneos y la extensión de la protección pública en salud alcanza diferentes niveles e intensidades por grupo de población y Unidad Territorial según grado de marginación, explicados por el carácter histórico y multidimensional de la exclusión en salud.

Esta razón de orden metodológico y, la prioridad del GDF por garantizar el derecho a la salud a la población sin seguridad social residente en estas Unidades Territoriales, dispusieron el reto de conocer y sistematizar la situación de exclusión y el perfil de los excluidos en ellas, a efecto de desarrollar, a través del diálogo social, las intervenciones que junto con el PSMMG permitan avanzar en el logro de la universalidad en la protección.

Este esfuerzo supuso buscar en la dimensión territorial la explicación del fenómeno multifactorial de la exclusión en salud y, por lo tanto, analizar en ella los cruces entre la particular situación social, cultural y de salud de los grupos poblacionales residentes, así como la complejidad y pluralidad de causas que propician la exclusión, y los recursos y servicios de salud disponibles.

Debido a la complejidad para estimar e identificar la exclusión relativa en salud en la Ciudad, se procedió metodológicamente a hacer una primera gran división de la población residente en el DF entre aquella que es beneficiaria de la seguridad social y la que no está asegurada, o población abierta. De entre ella, la exclusión se da entre quienes no acceden a la atención en el sector privado o no cuentan con un seguro médico privado. El restante 5 por ciento de la población abierta no entra dentro del universo de discusión de la exclusión ya que dispone de recursos y se atiende en la gran empresa médica. A partir de esta primera división, la principal estrategia de acción del GDF se centró en atender a esta población a través del PSMMG, que remueve el obstáculo económico al acceso equitativo al tratamiento requerido y que avanza en el cumplimiento universal del derecho a la protección de la salud en la capital.

El segundo corte metodológico para identificar y cuantificar la exclusión relativa en salud en la Ciudad, ha sido separar a la población sin seguridad social, residente en las 480 Unidades Territoriales de muy alta y alta marginación, del

resto de la población sin seguridad social residente en las UT's de media, baja y muy baja marginalidad, según la clasificación realizada por la Coordinación de Planeación y Desarrollo del Distrito Federal (COPLADE).⁶ A través de esta segunda segmentación se buscó homogeneizar a la población según los riesgos culturales comunes de exclusión, identificándolos para actuar territorialmente con estrategias específicas y precisas basadas en el diálogo social, complementarias al PSMMG.

Se realizó una investigación de campo a través de la aplicación de una cédula nominal /hogares a un total de 880,385 hogares en las Unidades Territoriales de muy alta y alta marginación. En virtud de la falta de disponibilidad de datos precisos sobre las Unidades Territoriales de muy alta y alta marginación relativos a condiciones de salud; grado de utilización y acceso (geográfico, cultural y económico) a los servicios de primer y segundo nivel de atención así como a preventivos y de urgencias; acceso a medicamentos; percepción sobre la calidad técnica y humana de la atención; cuidado y control de las enfermedades crónico degenerativas y; barreras geográficas. Su objetivo fue identificar la percepción que la población sin protección en salud y la inscrita en el PSMMG tiene sobre su salud, la utilización que hacen de los servicios médicos públicos y el carácter de los obstáculos en su acceso.

Con los datos arrojados por este censo se complementó una línea basal de medición y caracterización de la exclusión en salud en el DF en las 480 Unidades Territoriales de muy alta y alta marginación, definiendo la especificidad de su origen, gradación y heterogeneidad.

De la aplicación de la estrategia de focalización territorial en el análisis de la exclusión en salud, se llegó a la conclusión de que aunque la exclusión en salud el GDF la entienda, en sentido estricto, como negación parcial más o menos permanente en el tiempo al derecho a satisfacer las necesidades de salud de la población, en la Ciudad no revela un proceso de exclusión absoluta al acceso de

⁶ Consultar la metodología desarrollada para determinar la marginación de las Unidades Territoriales en el Capítulo IV.

los servicios de salud más básicos; lo que conlleva a identificarla como un fenómeno de falta de **oportunidad** en el acceso a los beneficios plenos del sistema de salud, o exclusión relativa en salud. Ella se explica por un lado, por que el sistema de salud pública nacional y local han centrado históricamente parte importante de sus acciones sanitarias en la atención de la salud pública, permitiendo consolidar, en las tres últimas décadas un elocuente sistema de muy alta cobertura para el conjunto de la población, asegurada o no a la Seguridad Social en: inmunizaciones, prevención, tratamiento oportuno de infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años, micro-nutrientes, programas verticales varios, y detecciones, etcétera. Este sistema ha impactado las tasas de las patologías sujetas a vigilancia epidemiológica y a las tasas de mortalidad, contribuyendo a un importante cambio demográfico y epidemiológico en la Ciudad y el país.

En segundo lugar, la presencia de una exclusión relativa en salud en la Ciudad se explica por la confirmación empírica de una constante en el comportamiento de la población residente en ella carente de seguridad social, que en su mayoría accede siempre a los servicios públicos de salud pero de manera tardía, y con grados diferenciados de calidad. La atención de los casos de mayor complejidad médica, que a su vez son los más costosos, siempre acaban siendo atendidos en las unidades médicas del sector público.

Y finalmente que las Unidades Territoriales de muy alta y alta marginación son las zonas con mayor riesgo, vulnerabilidad y exclusión y en ellas confluyen, en espacio y tiempo, las barreras económico-sociales, y culturales (las barreras geográficas en la Ciudad son relativas) que contribuyen a obstaculizar el acceso oportuno a los servicios de salud. Por ello, y en presencia del PSMMG destacan los factores culturales como los de mayor peso en la exclusión, identificados con la ausencia de hábitos para acudir a las instituciones públicas de salud para atenderse y la carencia de una cultura de prevención en salud; y así mismo sobresale el desconocimiento de la salud como un derecho social.

En la evaluación de la exclusión en salud en las UT's de mayor índice de marginación, el considerando de partida es la falta de aseguramiento en la seguridad social pública. El segundo tiene que ver con que el fenómeno de la exclusión en salud en las UT's de referencia es heterogéneo y da muestra de un proceso de acceso parcial a ciertos servicios de salud demandados o necesitados, y no a todos y cuando se requieren.

4. Conclusiones

El GDF ha planteado una experiencia innovadora en salud en donde la garantía del derecho a la protección en salud se piensa como un proceso de inserción social. Sus premisas están asentadas en la reforma del espacio público con prioridad en lo social; en la garantía universal colectiva del derecho a la protección de la salud, y no como singularidad técnica; en el solidarismo institucional protegiendo colectivamente las necesidades individuales y familiares; y en la política social ligada a la condición y construcción de ciudadanía. Es decir, en una relación donde se privilegia la exigibilidad de derechos en cumplimiento con las obligaciones y no como negociaciones o concesiones del poder político. En otros términos, esta experiencia significa pensar la inclusión social en salud como parte de la redefinición de las relaciones entre el estado y la sociedad (GDF, 2004).

La especificidad de la política en salud del GDF radica en cuando menos los siguientes aspectos: 1) Es una estrategia que trasciende al sector salud. Las acciones que la acompañan están centradas en mejorar las "condiciones de vida" y de salud a través de una política social basada en criterios de equidad en la diversidad, respeto a los derechos individuales y colectivos y promoción de la participación activa de los beneficiarios de los programas⁷. 2) Está pensada como una intervención de carácter universal acompañada con la aplicación específica de

⁷ La participación social además de constituir un compromiso político y método de gobierno para el GDF, representa una estrategia de legitimación de la acción pública a través de la intervención ciudadana en la decisión y contraloría social.

programas y políticas dando prioridad a las Unidades Territoriales donde residen los más necesitados, o focalización territorial.

Al reto del gobierno local de continuar eliminando el obstáculo económico en el acceso a la salud, como estrategia de universalización del derecho a la salud, deben sumarse otros dos, para responder con eficiencia al reto de abonar a la equidad e igualdad: fomentar una política universal, activa y propositiva, de promoción y prevención en salud, adecuada a las necesidades de cada territorio; así como, garantizar una atención con calidad técnica y humana. Y por otro lado, la de avivar e impulsar la responsabilidad compartida (gobierno- usuarios de los servicios) para hacer exigible el derecho a la salud, avanzando con ello en el proceso de construcción de ciudadanía.

Bibliografía

Fanon, Frantz (1979), *Los condenados de la Tierra*, Civilizacao Brasileira, Río de Janeiro.

Gobierno del Distrito Federal Coordinación de Planeación y Desarrollo (2000) *Metodología para la determinación de los Índices de Marginación*. Gobierno del Distrito Federal. México D.F.

Gobierno del Distrito Federal (2002) *Programa de Salud 2002-2006*, Secretaría de Salud del Distrito Federal. México - Ciudad de la Esperanza.

IMSS (1995) *Ley del Seguro Social*. Poder Ejecutivo Federal, México DF.

Laurell, A. C.(2007) *Response to the Lancet series on Mexico Health System Reform in Mexico: A critical review*

Laurell, A. C.(2001) Health reform in Mexico: The promotion of inequality. *Int. J. Health Serv.* 31:291–321, 2001.

Menchaca, M. (2002) *Pobreza urbana y combate a la igualdad en la Ciudad de México. Derechos sociales y Estado Igualitario. Principios de la Política Social del Gobierno de Distrito Federal* . Secretaría de Desarrollo Social. México.

Organización Panamericana de la Salud (2000) *Apoyo para Planear Investigaciones sobre estrategias para extender la protección social en salud: invitación para presentar propuestas*. <http://www.paho.org/rfp-ops-idrc-spa.pdf>.

Organización Panamericana de la Salud (2000) *Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y el Caribe*. <http://www.paho.org/elementostextfinal.pdf>

Secretaría de Salud del Distrito Federal, Organización Panamericana de la Salud y Agencia sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (2004) *Reducción de la Exclusión en salud, removiendo el obstáculo económico. La experiencia del Gobierno del Distrito Federal, México.*

Secretaría de Salud del Distrito Federal. Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial (2002) *Regionalización de las Unidades Territoriales y AGEB, Bases conceptuales.* Gobierno del Distrito Federal, México - Ciudad de la Esperanza.

World Bank (1998). *Mexico: Health System Reform.* Unpublished document. Washington,DC,.

.