



**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS Y
AMBIENTALES**

**REFLEXIONES SOBRE LA UNIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE
SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS GRATUITOS Y EL
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD DEL DISTRITO
FEDERAL PARA UNIVERSALIZAR LA COBERTURA**

Tesis presentada por:
SANTIAGO MUNÉVAR SALAZAR

Para optar por el grado de:
MAESTRÍA EN ESTUDIOS URBANOS
Promoción 2011-2013

Directora de tesis:
DRA. ARACELI DAMIÁN GONZÁLEZ

Lectora:
DRA. MARTHA SCHTEINGART GARFUNKEL

México, D.F., julio de 2013

Agradecimientos

Antes que nada, debo agradecerle al CEDUA por haberme permitido terminar y titularme de la Maestría en Estudios Urbanos.

Agradezco a mi directora de tesis, Araceli Damián, que me acompañó durante todo el proceso con comentarios pertinentes, ayudándome a conocer el entorno político del Distrito Federal entre 1997 y 2013. También le agradezco a Martha Schteingart, lectora del documento, que me hizo recomendaciones puntuales.

Le debo muchos agradecimientos a Laura Flamand, profesora investigadora del Centro de Estudios Internacionales de *El Colegio de México* quien, aunque no conociera directamente el sector salud en la ciudad, siempre estuvo dispuesta a ayudarme con dudas metodológicas, conceptos y bibliografía. Por ella surgió mi interés por los temas de salud y coordinación de organizaciones públicas. A José Luis Méndez le agradezco sus comentarios iniciales y por haberme aceptado como oyente en su clase de Introducción a las Políticas Públicas. Y cómo no agradecerle a la profesora Venier, a quien le debo mucho por enseñarme a escribir.

Fuera del Colmex, debo reconocer la ayuda de Pablo Yanes, quien, en las dos ocasiones que pude dialogar con él, me hizo reflexionar sobre la pertinencia de mi tesis. Y sí, efectivamente, la *Red Ángel* desapareció, pero considero que lo que quedó bajo el nombre de *Capital Social*, hasta ahora, son los mismos programas que antes.

En fin, gracias a todas las otras personas que me ayudaron para hacer esta tesis. Los errores siguen siendo míos. Espero que esta investigación contribuya en el avance del cumplimiento del derecho a la salud en el Distrito Federal.

Índice

Índice de cuadros, gráficas y anexos.....	i
Introducción.....	1
Capítulo uno. Universalismo débil en la política social del Distrito Federal 1997 – 2012	19
Capítulo dos. Debilitamiento del enfoque de derechos en la política de salud del Distrito Federal 1997 – 2012	42
Capítulo tres. Un objetivo, dos programas. Hacia la unificación del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos con el Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal.....	76
Conclusiones.....	102
Bibliografía.....	112
Anexos.....	119

ÍNDICE DE CUADROS, GRÁFICAS Y ANEXOS

DIAGRAMAS

Diagrama uno. Sistema de servicios de salud en México (p. 10).

CUADROS

Cuadro uno. Cobertura de salud según cifras institucionales y según el Censo de Población y Vivienda de INEGI, 2010 (p. 11).

Cuadro dos. Leyes relacionadas con el desarrollo social en el Distrito Federal 1996 – 2012 (p. 27).

Cuadro tres. Organizaciones relacionadas con el desarrollo social en el Distrito Federal 1996 – 2012 (p. 30).

Cuadro cuatro. Cobertura de los programas sociales en el Distrito Federal (2010-2012) (p. 38).

Cuadro cinco. Infraestructura disponible en la Secretaría de Salud Federal y el Departamento del Distrito Federal (1985) (p. 45).

Cuadro seis. Comparación leyes de salud para el Distrito Federal 1987 y 2009 (p. 47).

Cuadro siete. Comparación de programas de salud del Distrito Federal 2002-2006 y 2007-2012 (pp. 50).

Cuadro ocho. Presupuesto Seguro Popular en el Distrito Federal (miles de pesos) (p. 58).

Cuadro nueve. Recursos transferidos por cuota social y aportación solidaria federal al Seguro Popular en el Distrito Federal (miles de pesos) (p. 58).

Cuadro diez. Gasto público en salud, Distrito Federal 1990 – 2011, según el SINAIS (miles de pesos) (p. 60).

Cuadro once. Gasto público en salud per cápita, por entidad federativa, 2011 (p. 62).

Cuadro doce. El derecho a la salud en la Ley de Salud del Distrito Federal 2009 (p. 67).

Cuadro trece. Distrito Federal. Recursos físicos y humanos por delegación, según población sin seguridad social, 2011 (p. 70).

Cuadro catorce. Comparación del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos con el Seguro Popular (p. 79).

Cuadro quince. Comparación de funciones entre la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad y la Subdirección de Protección Social en Salud (p. 87).

Cuadro dieciséis. Propuesta de unificación de funciones entre la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad y la Subdirección de Protección Social en Salud (p. 89).

Cuadro diecisiete. Reformas a la Ley de Salud del Distrito Federal (p. 98).

GRÁFICAS

Gráfica uno. Gasto programable y gasto social en el Distrito Federal 2000-2011 (p. 33).

Gráfica dos. Ingresos en el Distrito Federal 2000-2012 (p. 33).

Gráfica tres. Tipo de cobertura previsto en las reglas de operación de programas (2009) (p. 37).

Gráfica cuatro. Tipo de cobertura real de los programas (2009) (p. 37).

ANEXOS

Anexo uno. Comparación del Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2000-2006 (sección “Progreso con Justicia”) y del Programa de Desarrollo Social 2007-2012 del Distrito Federal (p. 120).

Anexo dos. Leyes relacionadas con el desarrollo social en el Distrito Federal 1996-2012 (p. 121).

Anexo tres. Organizaciones relacionadas con el desarrollo social en el Distrito Federal 1997-2012 (p. 123).

Anexo cuatro. Programas de desarrollo social en el Distrito Federal 1997-2012 (p. 124).

Anexo cinco. Comparativo de documentos rectores del PSMMG 2004-2013 (p. 126).

INTRODUCCIÓN

El universalismo, como fundamento y horizonte normativo de la política social, ha vuelto a al debate público sobre políticas sociales en México con el establecimiento de diversos programas sociales que buscaban alcanzar este objetivo, especialmente en el ámbito de la salud, desde la creación del Seguro Popular en 2002. A pesar de este retorno al debate sobre el universalismo, la mayoría de programas sociales no han logrado avanzar significativamente en coberturas, amplitud y calidad de los servicios otorgados. Por lo tanto, al igual que muchos países en América Latina, México tiene un “universalismo débil” (Filgueira, Molina, Papadópulos y Tobar, 2006: 47).

El objetivo de esta tesis es hacer un diagnóstico sobre el avance hacia el universalismo en el Distrito Federal, en donde, a partir de la llegada al poder del Partido de la Revolución Democrática (PRD) en 1997, se han hecho grandes esfuerzos por construir lo que Andrés

Manuel López Obrador denominó un “Estado de bienestar local”, inspirado en corrientes teóricas relacionadas con el universalismo, el enfoque de derechos y la ciudadanía plena. Para dilucidar los obstáculos que han impedido alcanzar coberturas universales, estudiaremos el caso del sector salud en la Ciudad, en el cual, a pesar de que conviven el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y el Programa de Acceso Gratuito a Servicios Médicos y Medicamentos (PSMMG), no se ha logrado afiliar a la totalidad de personas sin seguridad social laboral.

Antes de explicar con más detalles los objetivos y métodos de la investigación, en este capítulo introductorio presentaremos, en un primer momento, las reformas a los Estados de bienestar en América Latina y su relación con el universalismo. En segundo lugar, presentaremos, de manera somera, una hipótesis sobre la debilidad del universalismo en México. Tercero, mostraremos cómo se introdujo el universalismo como objetivo central en las políticas de salud en el mundo y en México. Finalmente, expondremos justificación, objetivos, preguntas, hipótesis y metodología de esta investigación.

ENTRE LIBERALISMO Y “UNIVERSALISMO BÁSICO”: REFORMAS NEOLIBERALES DE LOS ESTADOS DE BIENESTAR EN AMÉRICA LATINA

Durante los dos últimos siglos, la formación del Estado de bienestar en el mundo siguió trayectorias diferentes, basadas en concepciones distintas sobre el papel de la política social en las sociedades. Según la tipología clásica de Gosta Esping-Andersen (1990: 26-27), estos procesos se podrían agrupar en tres modelos del Estado de bienestar.

El primero, denominado liberal-residual, se caracteriza por un gasto social modesto; los programas están sujetos a verificación de la condición socioeconómica de los individuos (“means-tested”); los beneficios son complementarios al ingreso laboral; la provisión de

bienes y servicios de hace mediante esquemas privados. Los casos típicos son los países angloparlantes – Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Irlanda. El segundo, conservador, se distingue por un gasto social elevado; son fuertemente corporativistas porque las políticas se negocian entre los principales asociados – el capital, los trabajadores y el Estado–; busca mantener el orden social; las ayudas están ligadas a la seguridad social; las familias tiene un papel importante, a la inversa de los servicios públicos. Los países europeos occidentales son ejemplos de estas tendencias. Finalmente, el modelo socialdemócrata tiene un gasto social muy elevado; su cobertura es casi universal; buscan el pleno empleo y alta productividad. Los países escandinavos como Suecia y Dinamarca son fieles representantes de este modelo.

En América Latina, hacia finales de los años setenta, había tres tipos de regímenes de bienestar¹: universales, duales y excluyentes (Barba, 2012: 41). Los primeros – Chile, Argentina, Uruguay y Costa Rica – se caracterizaron por su tendencia a la expansión gradual y universalizante de derechos sociales; los duales – Brasil, México, Colombia y Venezuela – y los excluyentes – Ecuador, Perú, Bolivia, Paraguay y todos los países de América Central excepto Costa Rica – se distinguían por indicadores sociales bajos y grado de desmercantilización del bienestar incipiente. Los duales privilegiaron a la “población urbana, organizada y relevante para el modelo Importación por Sustitución de Importaciones (ISI) y excluyendo al resto de la población”; en los excluyentes, esta división fue tan amplia que dejaron fuera de su cobertura a la mayoría de la población (Barba, 2008: 55).

¹ Aunque esta clasificación comparte muchos principios con la tipología de Gosta Esping-Andersen, (Esping-Andersen, 1990: 26-27) según el grado de desmercantilización del trabajo, la estratificación social que provoca, los principios rectores de la política social, el alcance de los derechos, etc., en América Latina se ha preferido usar categorías distintas, sobre todo por la diferencia de causas que han formado el Estado benefactor en la región y en Europa. Un régimen de bienestar es una “forma histórica de articulación entre la política social, el funcionamiento de la economía, particularmente del mercado de trabajo y de las estrategias de bienestar de los hogares” (Barba, 2008: 53).

La reforma social neoliberal², originada con la crisis de la deuda en 1982, trajo consigo una reducción del gasto social real per cápita, que pasó de alrededor de 219 a 196 dólares en Hispanoamérica; como porcentaje del PIB, éste se redujo de 11.9 a 10.6% y en relación al gasto público total, tuvo una disminución del 40.9 al 37.9% (Huber, 2004: 204). Esto implicó, según Evelyn Huber,

“una baja en el valor real de las pensiones cuando quedaron por debajo de la inflación; disminución en la cantidad y en la calidad de la atención a la salud debida a recortes de personal; una baja en los salarios de los profesionales en la atención a la salud; recortes en los programas de operación de clínicas y hospitales; una falta de inversión en nuevas instalaciones, etc., y procesos similares en la educación... la reducción o eliminación del subsidio a los precios y a los controles de las necesidades básicas, que golpeó fuertemente a los grupos más pobres” (Huber, 2004: 205-206).

Más allá de la reducción del gasto social y sus consecuencias cuantitativas, las reformas modificaron instituciones, principios y diseño de políticas públicas en la mayoría de los países. Quizá, la transformación más visible tuvo que ver con la focalización de los programas. Junto con esto, los gobiernos y las instituciones financieras internacionales impulsaron la descentralización de la educación y la salud, además de apoyar una mayor inversión privada en los servicios sociales. Se insistió, al igual que en los estados de bienestar liberales, en la necesidad de introducir “pruebas de medios” para garantizar que la ayuda llegara a los más pobres y “merecedores” de la asistencia. Este cambio de enfoque provocó una mayor fragmentación, en la que convivían programas focalizados, diversos grados de

² La reforma social neoliberal incluye el conjunto de reformas relacionadas con las políticas de salud, educación, vivienda y los programas asistenciales de combate a la pobreza, cuyas características principales describiré a continuación.

mercantilización de servicios sociales y pensiones, junto con rasgos de los viejos sistemas de seguridad social (Barba, 2012: 42). El resultado, según Fernando Filgueira, fue un “corporativismo persistente combinado con una reforma liberal” (citado en Barba, 2012: 42). Los estados de bienestar de la región estarían, entonces, adoptando este modelo³, con características muy similares al tipo “liberal-residual” descrito por Esping-Andersen.

En contra de esta tendencia, han surgido, en la última década, propuestas para retomar el universalismo como horizonte normativo en la región (Molina *ed.*, 2006; Valencia *coord.*, 2010). El objetivo es crear un “universalismo básico” que supere el “falso o débil universalismo”⁴ en el que se encuentran la mayoría de países en América Latina, que se caracteriza, según estos autores, por un “edificio de tres pisos” en la política social:

1) un primer piso para la población pobre (aunque no siempre la más pobre), con programas focalizados, no contributivos, de transferencia de renta y contraprestación familiar. Y también, programas asistenciales de corte integral, pero acotados en magnitud, cobertura y duración; 2) un segundo piso, cada vez menos sólido, constituido por programas de naturaleza corporativa, orientados a la población integrada..., pero sin capacidad de ingresar al mercado del tercer piso; 3) el tercero está dirigido a sectores de altos ingresos constituido por mercados de seguros de salud, de jubilaciones y pensiones, y educación. Es este el piso más sólido, pues sus beneficiarios, los pocos que pueden acceder a él, son los que tienen las mejores posibilidades para proveer, orientar y dirigir los recursos que requieren las políticas sociales” (Filgueira *et al.*, 2006: 38).

³ Sobra decir que “los programas de política social son procesos sociales en los que difícilmente encontramos estos modelos en estado ‘puro’” (González de la Rocha citado en Valencia, 2000: 120).

⁴El “débil o falso universalismo” es aquél en el que los servicios sociales provistos para los ciudadanos están fuertemente estratificados, lo que crea ciudadanías de distinto grado, contraviniendo el principio de universalismo y ciudadanía plena, y obstruyendo el avance hacia una “sociedad de semejantes”. (Filgueira, Molina, Papadópulos y Tobar, 2006: 47).

Para superar esta situación, se tendrá que promover “la cobertura universal de prestaciones esenciales que cumplan con estándares de calidad, ofrecidas sobre la base de principios de ciudadanía”. En esta visión, el Estado “renovado”, a la inversa de la visión liberal, adquiere un “papel determinante como garante del acceso y usufructo de estas prestaciones universales, así como de su calidad” (Molina, 2006: v). Los principios que guían esta propuesta son cuatro:

- 1) “la cobertura del conjunto de prestaciones esenciales que lo definen debe ser universal y debe alcanzar a las categorías de población definidas a partir de atributos que todas las personas cumplan; 2) este conjunto de prestaciones, que bien puede incluir bienes, rentas o servicios, debe cumplir con estándares de calidad garantizados para todos; 3) el usufructo de este conjunto de prestaciones debe estar garantizado para todos, y esa garantía debe ser brindada por el Estado; 4) el universalismo básico ofrecerá un conjunto limitado de prestaciones llamadas esenciales” (Molina, 2006: vii).

Ahora bien, estas son las tendencias que hubo en los países de la región latinoamericana. México no se escapó, al contrario, es un caso típico de un Estado de bienestar que se construyó de manera corporativista y clientelar. En la siguiente sección se presentará, de manera breve, el estado actual del universalismo en México.

UNIVERSALISMO DÉBIL EN EL ESTADO DE BIENESTAR MEXICANO

El estado de bienestar mexicano se ha caracterizado como dual o de “universalismo estratificado” (Bizberg, 2012: 150). Dual, porque nunca superó un 60% de cobertura, dejando excluidos de la protección social al otro 40% de la población; estratificado, porque dentro de los sistemas creados hay subsistemas que se diferencian por la calidad de los servicios y las condiciones de acceso. En su primera fase de expansión, la concepción tutelar del estado llevó a universalizar los derechos sociales de los ciudadanos, creando un sistema de salud y

educación con cobertura relativamente amplia pero, en la práctica, los beneficios se han dirigido, en gran medida, a un sector, el corporativo (Bizberg, 2012: 150). Una particularidad del sistema mexicano es que “fue sobre todo un mecanismo de intercambio clientelar entre el estado y los sectores más estratégicos: trabajadores del gobierno, obreros de las empresas estatales y militares”. Así, el estado benefactor mexicano puede denominarse, antes de las reformas, según Bizberg, como “estatal-corporativo”.

A mediados de los años noventa, “se dio el giro de un régimen corporativo... a otro de asistencia” (Bizberg, 2012: 158)⁵. En el sistema de seguridad social y de salud, que a diferencia de otros países están unidos, la reforma buscó privatizar las pensiones, eliminando cargas potenciales sobre recursos del gobierno, universalizar, aunque de manera estratificada, la salud, integrando las instituciones de seguridad social en una secretaría, y descentralizar servicios. Sin embargo, según Mesa-Lago, la cobertura del sistema de salud subió de 41,8% en 1985 a 45.3% en 2002; en pensiones, cuya expansión no era objetivo de la reforma, pasó de 37% en 1990 a 28% después de los cambios (Mesa-Lago citado en Bizberg, 2012: 159). El fracaso de la universalización y unificación del sistema derivó en la creación del Seguro Popular, que pretendía atender alrededor de la mitad de la población que no tenía acceso a salud⁶. Así, tenemos un sistema fragmentado, centrado en un núcleo público-asistencial, que desplaza al tradicional modelo corporativo-estatal y convive con un sector contributivo de seguridad social y uno privado.

⁵ Para una descripción y análisis de los cambios provocados por las reformas ver Ilán Bizberg (2012), “El régimen de bienestar mexicano, del corporativismo al asistencialismo” en Ilán Bizberg y Scott B. Martin (eds.), *El estado de bienestar ante la globalización. El caso de Norteamérica*, México, El Colegio de México, pp. 147-177. Los párrafos siguientes están basados en este texto.

⁶ Hay varias críticas a este sistema relacionadas con el financiamiento, los principios, que contradicen la constitución al no ser universal y gratuito, y el posible crecimiento de las desigualdades entre estados que puede provocar el esquema tripartito de obtención de recursos –cotización individual de beneficiarios (que excluye a los dos deciles más bajos), gobierno federal y estados (Bizberg, 2012: 166).

Una de las hipótesis de esta tesis, es que la política social en México, especialmente en el ámbito de la salud, está en una situación de “débil universalismo” por la desigualdad y la fragmentación en la cantidad y calidad de los servicios que se otorgan. Por lo tanto, el derecho a la salud está fragmentado. Por esta razón, y como intentaremos demostrar, la propuesta de universalismo básico es pertinente para nuestro estudio de caso.

UNIVERSALISMO Y SALUD: LA CARRERA POR LA “COBERTURA UNIVERSAL”

Durante la última década, el aseguramiento universal se estableció como objetivo de los sistemas de salud en gran parte de los países del mundo (Laurell, 2010: 80). Esta carrera por alcanzar la cobertura universal se institucionalizó oficialmente en la resolución de la versión número 58 de la Asamblea de Salud Mundial en 2005, que la definía como “el acceso para todos a intervenciones prioritarias de salud en el ámbito de la promoción, prevención, curación y rehabilitación, a un costo soportable” (Latko *et al.*, 2011: 2161).

Algunos países han avanzado más que otros y han adoptado definiciones y estrategias diferentes para alcanzar dicho objetivo. En América Latina, desde los años ochenta y hasta comienzos del siglo XX, la mayoría de países han comenzado un proceso de reforma de sus sistemas de salud (Barba, 2012b: 62). Países como Chile y Colombia han reformado sus sistemas de salud, según la visión del “pluralismo estructurado”, que se inspira del influyente informe del Banco Mundial *Invertir en Salud*, publicado en 1993, que buscaba establecer esquemas con participación de los actores privados y definir un paquete de intervenciones mínimas, para los más pobres (Laurell, 2010: 81). Otros países, como Brasil, promovieron la formación de un sistema que beneficiara a todos sus habitantes, no sólo a los comprobadamente pobres, y con un financiamiento más generoso. Sin embargo, ninguno de los casos ha logrado alcanzar la afiliación universal, y mucho menos igualar los servicios

otorgados para población sin seguridad social con aquellos para población con seguridad social.

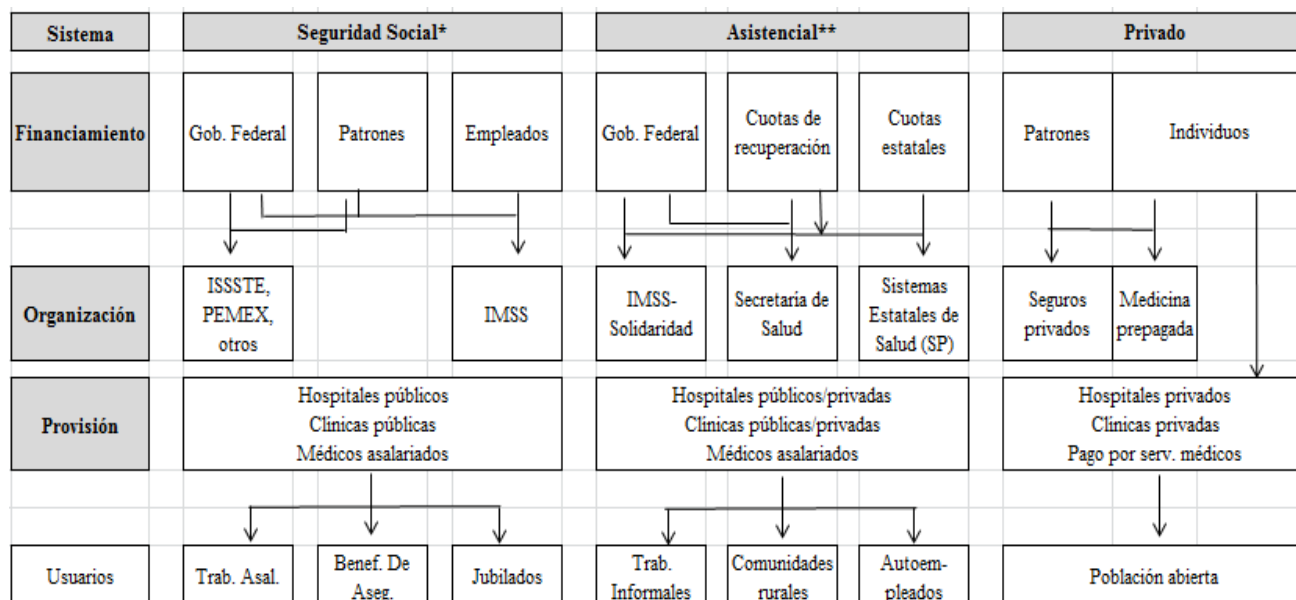
En México, el gobierno de Vicente Fox (2000-2006) creó el Seguro Popular en Salud en el año 2002, que se transformaría en el Sistema de Protección Social en Salud con la reforma de la Ley General de Salud en 2003⁷. Este modelo es, desde entonces, el principal instrumento del gobierno federal que intenta garantizar el acceso a la salud de la población sin seguridad social en el país y tiene tres objetivos fundamentales: 1) “brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través del aseguramiento público en materia de salud; 2) crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios; 3) disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos de salud” (González Pier et al. citado en Flamand y Moreno, dictaminado: 103). Desde su origen, el Seguro Popular fue “una política pública descentralizada... (que) trataba de aprovechar la infraestructura instalada y la capacidad de operación de las entidades federativas para extender la cobertura del Seguro al mayor número posible de personas” (Flamand y Moreno, dictaminado: 104).

Con la creación de este esquema, como en otros países de la región, en vez de contrarrestar la fragmentación del sistema de salud, la ha incrementado (Laurell, 2010: 81; Valencia, 2010: 42). Como se puede ver en el diagrama uno, los servicios están segmentados en tres grandes grupos, según la capacidad de pago de los individuos: los servicios de

⁷ “Es importante observar que Seguro Popular inició en 2002 como un programa piloto que operó en cinco estados, aunque para enero de 2004, cuando entraron en vigor las reformas a la Ley General de Salud que dieron origen al Sistema de Protección Social en Salud, el programa ya operaba en 24 estados” (Flamand y Moreno, dictaminado: nota 11, p. 103)

seguridad social laboral que incluyen los del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR⁸; los asistenciales en donde se encuentra el Seguro Popular e IMSS-Solidaridad; los privados para quienes pueden pagar altos costos. Por lo tanto, el sistema de salud en México está en una situación de “débil universalismo” por la desigualdad y la fragmentación de los servicios que presta.

DIAGRAMA UNO. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO



* Incluye IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, MS.

** Incluye SSA, Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) e IMSS-Solidaridad.

Fuente: Elaboración propia con base en Noriega, Carlos, Patricia Huitrón y Miriam Matamoras (2006), p. 21.

Aparte de aumentar la fragmentación del sector, el Seguro Popular no ha permitido alcanzar la cobertura universal. Según cifras oficiales, la cobertura, en millones de personas, se distribuye como sigue: Seguro Popular 52.7, IMSS 44.6, ISSSTE 8.3 y otros 1.9 (Fajardo, 2012). Sin embargo, no hay consenso sobre las cifras. En efecto, el Censo de Población y

⁸ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Servicios Médicos de la Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA) y Servicios Médicos de la Secretaría de Marina.

Vivienda del 2010 (INEGI, cuadro uno), dice que hay 26.2 millones de personas afiliadas al Seguro Popular, el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) reporta 31.1 millones y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) 43.5 millones.

De igual manera, el número de personas no derechohabientes varía según la fuente. Coneval reporta 35.8 millones, INEGI 37.9 millones y el SINAIS 59.1 millones (Flamand y Moreno, dictaminado: 105)⁹. El cuadro uno presenta las cifras de cobertura según fuentes oficiales (cuarta columna) y según el Censo de INEGI (segunda columna), para 2010. Según el gobierno, ya se habría alcanzado la cobertura universal; para el INEGI, hace falta afiliar a 33.8% de la población.

CUADRO UNO. COBERTURA DE SALUD SEGÚN CIFRAS INSTITUCIONALES Y SEGÚN EL CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA DE INEGI, 2010

Institución de Salud	Afiliados (CENSO, 2010)	Porcentaje	Afiliados (Instituciones de Salud, 2010)	Porcentaje
a) IMSS	35,380,021	31.5%	52,310,086	46.6%
b) SP	26,229,071	23.3%	43,518,719	38.7%
c) ISSSTE	6,303,630	5.6%	11,993,354	10.7%
TOTAL (a + b + c)	67,912,722	60.4%	107,822,159	96.0%
Otra derechohabencia	6,403,444	5.7%	4,514,379	4.0%
Sin derechohabencia	38,020,372	33.8%	0	0.0%
Población Nacional	112,336,538	100.0%	112,336,538	100.0%

Fuente: De la Cruz, 2012: tabla 1.

La fragmentación del derecho a la salud, derivada de la segmentación del sistema de salud que se describió en esta sección, está también presente en el Distrito Federal. La diferencia, como se verá en el siguiente apartado es que hay un programa adicional: el Programa de

⁹ El objetivo de este apartado no es evaluar de manera integral el Seguro Popular, sino discutir si ha contribuido a avanzar en la cobertura universal. Por lo tanto, dejamos de lado aspectos positivos como el aumento en el gasto público en salud, la disminución de la desigualdad en la distribución del gasto para población sin seguridad social y con seguridad social, la reducción del empobrecimiento por gastos catastróficos, etc.

Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno Distrito Federal, con el que se pretendía alcanzar, al igual que el Seguro Popular en el ámbito nacional, la cobertura universal en salud.

FRAGMENTACIÓN Y COBERTURA UNIVERSAL EN EL DISTRITO FEDERAL

En 2001, el gobierno de Andrés Manuel López Obrador puso en marcha el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) como principal estrategia para lograr la cobertura universal en salud. En 2005, después de presiones políticas y mediáticas, el Gobierno del DF (GDF) firmó el *Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud* (SPSS) (Secretaría de Salud, 2006: 35), siendo así la última entidad federativa en adoptarlo. El GDF no quería aceptarlo porque ya tenía el PSMMG y consideraba que el SPSS representaba una pérdida de derechos para su población (Laurell, 2008: 174).

En ese entonces, ambos programas representaban, según la visión del GDF, los dos proyectos de nación que se enfrentaban en el país (Laurell, 2008: 174). Sin embargo, como intentaremos demostrar en esta investigación, esta oposición no es tan radical en la práctica. Al contrario, los dos persiguen el mismo objetivo – la cobertura universal – y tienen la misma población objetivo – sin seguridad social laboral – entre otras características que comparten. Por lo tanto, no son antagónicos sino complementarios. Esta es la principal hipótesis de la tesis y lo que buscamos mostrar es que uno de los obstáculos para avanzar en cobertura ha sido la falta de coordinación entre ambos programas. Según Evalúa DF, “después de casi once años de inicio del PSMMG, no se ha alcanzado su universalización” (Cinta Loaiza, 2013: 92). De igual manera, el SPSS tampoco ha logrado universalizar su cobertura.

Este problema no es único del sector salud, sino de toda la política social en la ciudad. Como mostraremos en el primer capítulo, el déficit de implementación de ésta ha conducido a bajos niveles de cobertura y niveles magros de bienes y servicios otorgados. Aunque los avances realizados por los gobiernos del DF desde 1997 son únicos en el país, todavía falta recorrer un largo camino para garantizar los derechos sociales y económicos de la población capitalina.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, HIPÓTESIS, OBJETIVOS, MARCO TEÓRICO Y METODOLOGÍA

La pregunta de investigación que se deriva de lo anterior es ¿Qué obstáculos enfrenta el Gobierno del Distrito Federal para universalizar la cobertura en el sector salud? La hipótesis o respuesta que proponemos a esta pregunta es que la falta de coordinación entre el Seguro Popular (SP) y el PSMMG ha sido uno de los principales límites para avanzar en esta meta. El objetivo general de la tesis es analizar la situación actual de la cobertura universal de la política social en el DF, especialmente en el sector salud, y, derivado del análisis, se propone la unificación de ambos programas, con el fin de juntar esfuerzos presupuestales e institucionales que permitan alcanzar la afiliación universal y la ampliación de los servicios y medicamentos actualmente otorgados.

Para ello, usaremos los desarrollos teóricos sobre la coordinación de organizaciones del sector público (Bouckaert, Peters y Verhoest, 2010; Cabrero, 2007; Radin, 2003). Para estos autores, la coordinación es hoy en día un tema fundamental para mejorar el desempeño de las políticas públicas. Las reformas inspiradas en el paradigma de la Nueva Gestión Pública – que incluyeron la creación de nuevas agencias gubernamentales para adaptarse a los entornos y medidas de descentralización – iniciaron un proceso de *diferenciación* en las organizaciones del sector público. Ahora, en un entorno con tantos actores y nuevas agencias,

es necesario un proceso de *integración* que intente “cohesionar, integrar, encontrar valores comunes en medio de la diversidad, encontrar coherencia organizacional, unicidad” (Cabrero, 2007: 4).

En la mayoría de países de América Latina, incluido México, durante las últimas tres décadas, se implementaron medidas para descentralizar algunas competencias como la salud y la educación. Este proceso hizo que cada vez más las políticas dependieran de varios niveles de gobierno, lo que obligó a pensar el tema de la coordinación. Como dice Cabrero, “algunas iniciativas son complementarias, otras se desarrollan sin generar sinergias, y otras francamente pueden contraponerse y neutralizarse entre sí”. Por lo tanto, “el reto de encontrar formas de cooperación entre promotores de esta diversidad de iniciativas es urgente” (2007: 2).

No hay una definición única de la coordinación. Un punto de partida que proponen algunos autores es que es “la manera en la que las organizaciones intentan que sus actividades tomen en cuenta las de otras organizaciones” (Hall *et al.* citados en Bouckaert, Peters y Verhoest, 2010: 15) o “un ajuste mutuo entre actores o una interacción más deliberativa que produce resultados positivos para los participantes y evita consecuencias negativas” (Lindblom citado en Bouckaert, Peters y Verhoest, 2010: 15). Una definición más completa, propuesta por Bouckaert, Peters y Verhoest (2010, 16) es que son “los instrumentos y mecanismos que buscan mejorar el alineamiento, voluntario o forzoso, de tareas y esfuerzos de las organizaciones al interior del sector público. Estos mecanismos se usan con el objetivo de aumentar la coherencia y reducir la redundancia, lagunas y contradicciones dentro y entre políticas, implementaciones y gestiones”.

La última definición incluye algunos de los beneficios esperados que, según Molina y Lycha (citados en Cabrero, 2007: 6), se pueden agrupar en cuatro categorías: 1) la disminución de redundancias en procesos y tareas administrativas, con el ahorro que significa; 2) la disminución de riesgos de incoherencia en la acción organizada; 3) la identificación de vacíos en las cadenas de funciones y en el entramado institucional; 4) la creación de sinergias en el quehacer de todos los componentes. Un beneficio adicional, pertinente para la propuesta que haremos en el tercer capítulo, es que permite “garantizar el acceso, sin problemas, de los ciudadanos a un conjunto de servicios relacionados” (Bouckaert, Peters y Verhoest, 2010: 18). Como intentaremos demostrar, la unificación de los programas de salud en el DF permitiría obtener estos beneficios.

Por otra parte, Guy Peters (citado en Cabrero, 2007: 6) considera que la coordinación puede tener diferentes connotaciones. Negativa, cuando “solo constituye un mecanismo para evitar el traslape entre acciones gubernamentales diversas”; positiva cuando “la intención de los participantes es trabajar conjuntamente y cooperar entre sí”; integral cuando “no sólo se coopera para ofrecer un servicio, sino para compartir los objetivos de la política en cuestión”. Finalmente, la etapa más avanzada de la coordinación sería aquella en la que “se comparte plenamente la visión de futuro en un proyecto y estrategia de gobierno”. Nuestra hipótesis es que la coordinación en el sector salud del DF, especialmente entre el PSMMG y el SP, tiene una connotación negativa. Nuestra propuesta pretende avanzar hacia la etapa más avanzada, unificando las dos acciones para que compartan visión y estrategia de gobierno.

Finalmente, Radin (2003) propone una clasificación de los diferentes instrumentos para avanzar en la coordinación intergubernamental en cuatro categorías: estructurales, programáticas, de investigación y reforzamiento de capacidades y de instrumentos de comportamiento. En la práctica, estos tipos no son excluyentes, sino que se complementan

unos a otros. Los primeros tienen que ver con roles formales y relaciones, patrones de autoridad y liderazgo, reglas, políticas y regulaciones. Los programáticos implican la aplicación de recursos y el rediseño de programas y esquemas de financiamiento. El tercer tipo busca el “empoderamiento” de los gestores, mediante su formación y la investigación. El último, se relaciona con el dilema de permitir menos o más autonomía o imponer menos o más rendición de cuentas. Como veremos, nuestra propuesta de unificar el SP y el PSMMG está entre los instrumentos estratégicos y programáticos. En efecto, se puede clasificar en lo que Radin denomina la “colaboración” – incluido en los programáticos – que implica la unión del diseño, implementación y evaluación de los nuevos servicios (2003: 613). El autor reconoce que se sobrepone a los estratégicos porque implica un reconocimiento de los diferentes niveles de gobierno que las viejas estructuras deben abrirle el paso a nuevas si se quieren resolver los problemas (2003: 613).

Este marco teórico nos servirá para diagnosticar la situación actual, desde un punto de vista organizacional, del sector salud en el Distrito Federal y para proponer nuevos esquemas de coordinación, con el fin último de avanzar hacia la cobertura universal. Ahora bien, antes de empezar con la investigación es necesario presentar la metodología y la estructura de la tesis.

La metodología se divide en dos estrategias: análisis de documentos primarios y revisión de estudios académicos, evaluaciones internas y externas. Además, se entrevistarán a algunos actores clave del sector salud y de la academia. Los documentos primarios nos servirán para tres objetivos. El primero es reconstruir la evolución de la política social, especialmente la de salud, entre 1997 y 2012; conocer la configuración institucional y de actores que participan en la formulación de las políticas; comparar similitudes y diferencias entre el gobierno de Andrés Manuel López Obrador y Marcelo Ebrard, con el fin de revelar

tendencias actuales. Entre los documentos que se revisarán se encuentran: leyes relacionadas con el desarrollo social y con la política de salud, aprobadas durante el periodo estudiado; programas de gobierno en el ámbito del desarrollo social y de salud; decretos anuales del presupuesto de egresos del Distrito Federal; reglas de operación de programas sociales y especialmente de salud (SP y PSMMG), entre otros.

La revisión de fuentes secundarias servirá para desarrollar los aspectos teóricos de la investigación, como la definición de conceptos centrales. También será útil para conocer los diferentes paradigmas relacionados con la política social y la manera en que éstos han influido la formulación de dicha política. Por otra parte, nos permitirá detectar los desafíos considerados importantes por los actores que participan en el campo y nos darán información para evaluar, de manera somera, el avance en las coberturas para caracterizar el estado actual del universalismo en la ciudad.

Finalmente, las entrevistas semi-estructuradas a actores clave en el campo de la política de salud – que no constituyen una estrategia central de la tesis – permitirán evidenciar prácticas reales o *de facto* que existen en la formulación de dicha política. Con esta herramienta se pretende ir más allá de los marcos legales y de lo oficial, para analizar las prácticas informales que tienen una influencia en el proceso de formulación.

Para llevar a cabo la investigación, haremos, en un primer capítulo, una reconstrucción de la configuración de la política social entre 1997 y 2012 para terminar en un diagnóstico sobre el estado del universalismo en la ciudad. En el segundo capítulo, analizaremos cómo se ha construido la política de salud en el DF, su relación con la cobertura universal, destacando los cambios que han tenido el Seguro Popular y el PSMMG. Esto nos permitirá discutir en el tercer capítulo la visión que opone a ambos programas, demostrando que no

son del todo antagónicos, sino complementarios, para, finalmente, proponer un esquema de unificación que permita avanzar hacia la universalización.

CAPÍTULO UNO

UNIVERSALISMO DÉBIL EN LA POLÍTICA SOCIAL DEL DISTRITO FEDERAL

1997 – 2012

INTRODUCCIÓN

La política social en el Distrito Federal ha sido uno de los instrumentos clave del Partido de la Revolución Democrática (PRD) para conquistar apoyo electoral y marcar diferencias ideológicas con el gobierno nacional. Una característica fundamental es su enfoque de derechos universales. Esto es relevante porque va en contra del paradigma que empezó a dominar, desde los años ochenta, la política social en México. La orientación corporativista, predominante hasta entonces, dejó su lugar a concepciones asistenciales, que dieron origen, en 1988, al programa *Solidaridad*, reemplazado por *Progresá* en 1997 y, finalmente, reformado bajo el nombre *Oportunidades* en el año 2002. Hoy, “México es reconocido como uno de los países más innovadores por sus políticas sociales focalizadas y *means tested*” (Bizberg, 2012: 170).

La política social del Distrito Federal aparece, entonces, como una alternativa a esta trayectoria, porque tiene, según Martínez (en prensa, 2010: 39), tres características principales: “1. Se funda en el enfoque de derechos...; 2. Se asienta en corrientes teóricas relacionadas con la socialdemocracia, la ciudadanía y el universalismo; 3. Posee un alto grado de institucionalización...”. Para llegar a este punto, los gobiernos del Distrito Federal usaron diferentes instrumentos, como la creación de leyes y organizaciones, el aumento del gasto social y la implementación de programas sociales.

La hipótesis de este trabajo es que, a pesar de tener las características anteriores, la política social en el DF sufre un déficit de implementación¹⁰, razón por la cual hay un “universalismo débil” (Filgueira, Molina, Papadópolos y Tobar, 2006: 47). Es decir, el universalismo que se expresa en los programas de gobierno, en la legislación y en los objetivos de las organizaciones y programas creados entre 1997 y 2012, no se ha logrado en la práctica. La mayoría de los programas tiene coberturas deficientes y niveles de apoyo mínimos, en comparación con los beneficios de la población asegurada. El principal objetivo de esta tesis es, mediante el estudio de caso del sector salud en el DF, dilucidar los obstáculos que han impedido la implementación del universalismo en este campo.

Para demostrar esta hipótesis, compararemos, en primer lugar, la concepción de política social expresada en los programas de gobierno de Andrés Manuel López Obrador (en adelante AMLO) y Marcelo Ebrard, el enfoque dominante en las leyes aprobadas durante el periodo y los objetivos de las organizaciones creadas. Con esta primera parte, demostraremos que la concepción de la política social sigue principios universales, los cuales

¹⁰ Este déficit, según Evalúa-DF, es uno de los cinco que tiene la política social en el DF. Los otros cuatro son déficits de articulación, de relaciones intergubernamentales, de sustentabilidad y de calidad y suficiencia (Canto, 2013: 18).

se inscribieron en el marco legal e institucional. En segundo lugar, estudiaremos la evolución del gasto y programas sociales más importantes, así como su alcance, en términos de cobertura. Así, demostraremos que hay una brecha entre el paradigma y concepción de la política social y su implementación, que intentaré explicar en los capítulos posteriores.

PROGRAMAS DE GOBIERNO: DERECHOS Y POBLACIONES VULNERABLES

Este apartado pretende comparar objetivos y estrategias, en el ámbito del desarrollo social, que guiaron la acción de los gobiernos de AMLO (2000 – 2006) y Marcelo Ebrard (2007 – 2012). El gobierno de Cuauhtémoc Cárdenas (1997 – 2000) no se incluyó porque el desarrollo social no fue una prioridad en su periodo¹¹. Durante la primera etapa, el documento rector fue la sección denominada “Progreso con justicia” del *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2000-2006* (en adelante PGD-2000); en el segundo, fue el documento *Ciudad con equidad, incluyente y participativa, Programa de Desarrollo Social 2007-2012* (en adelante PGDS-2007). Para compararlos, se establecieron siete criterios: conceptos centrales, relaciones causales, objetivos, líneas programáticas, organizaciones, instrumentos de planeación y técnicos. (Anexo uno)¹²

Los *conceptos centrales* presentes en ambos documentos son similares, aunque hay diferencias en la importancia que le otorgan a cada uno de ellos. Se pueden distinguir términos relacionados con el *diagnóstico, deber ser y medios* – o instrumentos – para lograr los objetivos. Los primeros – pobreza, desigualdad, inequidad, exclusión, vulnerabilidad,

¹¹Aunque hubo algunas acciones dirigidas a niños de la calle, mujeres, y se aprobó la “Ley de Instituciones de Asistencia Privada”, el desarrollo social no estuvo, como se verá en las siguientes secciones, en la agenda del gobierno, tal vez por la importancia del tema de la inseguridad y la necesidad de establecer bases para gobernar la ciudad.

¹²Para no perderse en el desarrollo del texto es indispensable ver los anexos citados.

marginación, desintegración familiar – están presentes en los dos programas, con excepción de “Necesidades básicas insatisfechas”, que no aparece en el PGDS-2007. En cuanto al *deber ser*, los dos gobiernos pretenden alcanzar el universalismo, la ciudadanía social y plena, goce universal de derechos, Estado social de derechos y equidad. El PGDS-2007 incluye, a diferencia del PGD-2000, la “cohesión” y la “convivencia social” como horizontes normativos y le da más importancia a la equidad (de género) y a los grupos vulnerables. Finalmente, ambos gobiernos proponen un “Gobierno socialmente responsable / comprometido” como medio para superar los problemas sociales. La diferencia que hay en esta parte es que el PGD-2000 insiste, más que el PGDS-2007, en el tema de la “redistribución” y la “justicia social”.

La *relación causal* dominante en el PGD-2000 es que los problemas económicos y sociales son causas de inseguridad y delincuencia. Por lo tanto, la política social se convierte en un instrumento, no sólo para aumentar el bienestar de las personas, sino para combatir estos fenómenos. En el PGDS-2007 hay tres relaciones importantes. La primera es que al garantizar los derechos de la población, se incrementan las oportunidades de desarrollo para todos. Luego, la equidad es un instrumento para el crecimiento económico y el desarrollo social. La gran diferencia entre ambos está en que el PGDS considera al Estado social de derechos como medio para aumentar la competitividad de México en “el sistema mundial de ciudades”. Así, el objetivo final pareciera ser, no tanto el bienestar, sino la eficiencia económica.

El *objetivo* principal de ambos gobiernos fue crear un Estado capaz de garantizar derechos sociales a toda su población. En los dos casos se incluyeron objetivos relacionados con derechos, poblaciones específicas y gestión de la política. Entre los primeros se incluyen educación, salud y protección social, empleo de calidad y bien remunerado, vivienda y

medioambiente. Las poblaciones vulnerables por atender fueron mujeres, adultos mayores, jóvenes, infancia, discapacitados, indígenas, enfermos mentales, adictos, etc. En cuanto a la gestión, la participación ciudadana se consideró un instrumento clave en los dos programas. La primera diferencia que salta a la vista es la importancia de la equidad de género y, en menor medida, la inclusión de la comunidad de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Transgénero e Intersexuales (LGBTTI), en las poblaciones prioritarias del gobierno de Ebrard. Además, la gestión adquirió mayor importancia, al menos en el discurso, durante el segundo periodo, con la creación del Sistema de Desarrollo Social, de Evalúa-DF, las nuevas tecnologías de la información y el principio de transparencia.

Para integrar conceptos, relaciones causales y objetivos, cada gobierno definió *líneas programáticas*. Durante el primer periodo se establecieron cinco: 1) freno al empobrecimiento de la población y disminución de las desigualdades sociales; 2) fortalecimiento de los servicios de salud (servicios y medicamentos gratuitos); 3) promoción de la equidad, la igualdad y la diversidad; 4) educación, cultura y recreación; 5) impulso y reorganización de la actividad económica, promoción de la inversión, empleo y defensa del trabajo. En el segundo, también fueron cinco: 1) ejercicio de los derechos sociales, combate a la desigualdad y la pobreza; 2) equidad social, de género e igualdad sustantiva; 3) asistencia social con perspectiva de derechos; 4) participación ciudadana, recuperación de la vida pública y fortalecimiento de la cohesión social; 5) desarrollo urbano incluyente y sustentabilidad con equidad.

De nuevo, la equidad de género y la cohesión social aparecen como prioridades del gobierno de Ebrard, así como la participación ciudadana, medio para mejorar la gestión de la política. El programa de AMLO destaca la importancia de salud y educación entre los derechos, en contraste con el papel de la asistencia social en el segundo documento. Por

último, el PGD-2000 considera que el fomento de la actividad económica es un instrumento fundamental para mejorar el bienestar, por lo que la incluye como una línea programática.

En cuanto a *organizaciones* responsables de formular, implementar y evaluar la política de desarrollo social, el PGD-2000 nombra las secretarías, institutos, consejos y demás, desde una perspectiva sectorial – por derechos y por poblaciones vulnerables – de la política social. En cambio, el PGDS-2007 incluye, además de las que aparecen en el PGD-2000, la Comisión Interinstitucional de Desarrollo Social, el Consejo de Desarrollo Social y Evalúa-DF, creadas por la Ley de Desarrollo Social, que busca, en parte, superar la visión fragmentada de la política social¹³.

Los *instrumentos* para planear la política social fueron diferentes entre ambos programas. El gobierno de Obrador creó el Programa Territorial Integrado para el Desarrollo Social (PTIDS), que especificaba acciones, alcances, beneficios, presupuesto y dependencias responsables. Sus líneas de acción fueron participación ciudadana, planeación territorial y programas sociales. Las Asambleas vecinales democráticas, junto con organizaciones de la sociedad civil, tenían un papel importante en la formulación de dicho instrumento.

Sus vertientes programáticas eran: 1) prevención del delito; 2) apoyo a adultos mayores; 3) becas a personas con discapacidad; 4) becas a niñas y niños en condiciones de pobreza y vulnerabilidad; 5) créditos para ampliación y rehabilitación de vivienda; 6) mantenimiento de unidades habitacionales; 7) creación de estancias infantiles; 8) créditos a microempresarios; 9) desayunos escolares; 10) apoyo a la producción rural; 11) construcción

¹³Esto no quiere decir que, en la práctica, haya funcionado. En este capítulo me limito a estudiar las instituciones formales, y no las informales – distinción del neo-institucionalismo –, que serán el objeto en los capítulos posteriores.

y mantenimiento de escuelas; 12) apoyo a mercados públicos; 13) becas para trabajadores desempleados.

El segundo gobierno preveía programas sectoriales y específicos, sin dar continuidad al PITDS. Los primeros se destinaron a satisfacer derechos; los segundos, atender poblaciones vulnerables. Así, el gobierno de Ebrard disminuyó el peso de la perspectiva territorial, central en el primer programa. Además, la importancia de la equidad, especialmente de género, y la inclusión de la diversidad sexual fueron rasgos distintivos en la planeación del segundo periodo.

Finalmente, el PGD-2000 sólo mencionó, como *instrumento técnico*, el Sistema de Información Económica, Geográfica y Estadística del DF; el PGDS-2007 incluyó el Sistema de Información del Desarrollo Social, reglas de operación y padrones de beneficiarios como documentos esenciales para mejorar y transparentar programas sociales. Así, la gestión aparece de nuevo como un objetivo prioritario del segundo gobierno.

De la comparación de estos criterios se derivan cinco conclusiones. En primer lugar, ambos gobiernos adoptaron, en su discurso, el universalismo y el enfoque de derechos como guías para la política social. Sin embargo, el gobierno de AMLO privilegió derechos sociales para toda la población – salud, educación y trabajo –, insistiendo en redistribución y justicia social; Marcelo Ebrard favoreció derechos sociales para poblaciones vulnerables – en especial las mujeres –, por la importancia que le dio a la equidad como horizonte normativo. Tercero, el “Estado social de derechos” se concibió, durante el primer periodo, como instrumento para resolver problemas de seguridad; en el segundo, como medio para aumentar la competitividad de la ciudad en el “sistema mundial de ciudades”. Tercero, la gestión fue una preocupación central del programa de Ebrard, mediante la inclusión de nuevas tecnologías en la administración, reglas de operación y padrones de beneficiarios. Por último,

el criterio territorial, adoptado en la primera administración, se abandonó en la segunda. En resumen, la concepción de política social del gobierno de Obrador se acerca más al modelo socialdemócrata; la de Ebrard a visiones liberales y residuales.

LEYES DE DESARROLLO SOCIAL EN EL DISTRITO FEDERAL 1997 - 2012

Otro instrumento usado por el PRD para institucionalizar el enfoque de derechos fue la legislación. Según esta perspectiva teórica, para que los derechos sean plenos, es decir, efectivos, ejecutables y exigibles, deben incluirse en “el cuerpo legal aplicable en una sociedad, como la Constitución o leyes específicas” (Courtis citado en Medrano, 2010:10). Así, en teoría, la política social deja de estar sujeta a vaivenes políticos y económicos; los bienes y servicios que se entregan dejan de ser “dádivas” del Estado para convertirse en derechos exigibles por los ciudadanos¹⁴.

La Ciudad de México no tiene constitución propia; los esfuerzos se han centrado en aprobar leyes relacionadas con derechos sociales, poblaciones vulnerables y organizaciones para mejorar la gestión. En efecto, entre julio de 1996 y enero de 2013, se aprobaron treinta y seis leyes relacionadas con el desarrollo social, inspiradas en el enfoque de derechos universales (Cuadro dos y Anexo dos). Como se puede ver en el cuadro tres, el periodo en el que se aprobaron más leyes fue el de Marcelo Ebrard (2006-2012), seguido por el de Cuauhtémoc Cárdenas y Rosario Robles (1996 – 2000) y el de AMLO (2001-2006).

¹⁴Aquí toma sentido la afirmación de Douglas North (2005 retomado en Vergara 2010) que dice que hay una “íntima relación entre los sistemas de creencias y el marco institucional... la estructura institucional refleja las creencias acumuladas por la sociedad a lo largo del tiempo” (p. 143). En efecto, al aprobar este conjunto de leyes, la Asamblea institucionalizó (creó un *path dependence*) la creencia (quitándole al término su carga negativa) según la cual el enfoque de derechos universales, que implica la desmercantilización del acceso a bienes y servicios básicos, es el más apto para aumentar el bienestar de la población.

CUADRO DOS. LEYES RELACIONADAS CON EL DESARROLLO SOCIAL EN EL DISTRITO FEDERAL
1996 – 2012

Periodos Derechos - Poblaciones	1996 - 2000	2001 - 2006	2006 - 2012	Total
Trabajo	1	1	2	4
Vivienda	1	-	-	1
Educación	1	3	3	7
Alimentación	-	1	2	3
Salud	-	1	2	3
Participación	1	-	1	2
Juventud	1	-	-	1
Mujeres	-	1	4	5
Adultos Mayores	1	1	1	3
Infancia	1	-	1	2
Personas con discapacidad	-	-	1	1
Generales	5	-	3	8
Total	12	8	20	40¹

Nota 1: la suma total de leyes es treinta y siete y no cuarenta. Esta diferencia se explica porque la "Ley para la atención integral del cáncer de mama del Distrito Federal", junto con la "Ley que establece el derecho a la pensión alimentaria para los adultos mayores" y la "Ley que establece el derecho a recibir un apoyo alimentario a las madres solas de escasos recursos" se contabilizan en dos rubros: salud y mujeres, alimentación y adultos mayores, y alimentación y mujeres, respectivamente.

Fuente: elaboración propia con información del archivo de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal.

Ley de Desarrollo Social

El 23 de mayo de 2000 se aprobó la Ley de Desarrollo Social, marco para la formulación, implementación y evaluación de la política de desarrollo social en el DF¹⁵. Este documento se ha reformado siete veces desde su creación (Martínez, 2010: 23). Esta ley busca cumplir

¹⁵Siguiendo con el vocablo del neo-institucionalismo, esta Ley define “quién habrá de tener acceso al proceso de toma de decisiones”, además de definir “la estructura formal de incentivos y desalientos” (North retomado en Vergara, 2010: 146).

“con la responsabilidad social del Estado y asumir plenamente las obligaciones constitucionales en materia social para que la ciudadanía pueda gozar de sus derechos sociales universales”. Queda institucionalizado, por lo tanto, el enfoque de derechos universales y ciudadanía plena; por el carácter vinculante de la ley, toda acción gubernamental relacionada con el desarrollo social debe concebirse bajo esta perspectiva. El texto se divide en once partes – disposiciones generales, facultades, Consejo de Desarrollo Social, Consejo Delegacional de Desarrollo Social, Comisión Interinstitucional de Desarrollo Social, planeación programación y presupuestación, programas de desarrollo social, participación social, Consejo de Evaluación del Desarrollo Social, denuncia ciudadana y auditorias.

La Secretaría de Desarrollo Social tiene que coordinar las acciones de desarrollo social de las dependencias y entidades de la administración pública, y establecer puentes de diálogo con la sociedad civil. Para lo primero, la ley creó la Comisión Interinstitucional de Desarrollo Social, y para el diálogo con actores no gubernamentales, estableció el Consejo de Desarrollo Social. El instrumento rector para la planeación de la política social, según el documento, es el Programa de Desarrollo Social y los Programas Delegacionales de Desarrollo Social. Los programas sociales son herramientas para aterrizar todo lo anterior, y tienen que sujetarse a reglas de operación y padrones de beneficiarios. Finalmente, la evaluación “externa e independiente” queda en manos del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social, que tiene la obligación de presentar un programa anual de evaluaciones. Este es, entonces, el marco para formular, implementar y evaluar la política social del DF.

Por otra parte, con base en el cuadro tres, se puede decir que en el periodo 2006-2012 hubo un equilibrio entre leyes que garantizan derechos específicos (45% del total) y aquellas que protegen poblaciones vulnerables (35%). En cambio, durante la etapa anterior (2001-

2006), hubo relativamente más leyes que garantizan un derecho (75%) que leyes que protegen grupos particulares (25%). Aunque las leyes dependen del poder legislativo, hay una correspondencia entre estas observaciones y las diferencias en los programas de gobierno antes estudiados, puesto que una de las conclusiones decía que el gobierno de Ebrard ponderó la equidad y, por lo tanto, las poblaciones vulnerables; Obrador le dio más importancia a los derechos para todos.

ORGANIZACIONES RESPONSABLES DEL DESARROLLO SOCIAL

Además de programas de desarrollo y leyes aprobadas, otro instrumento para institucionalizar el enfoque de derechos universales fue la creación de organizaciones¹⁶ relacionadas, al igual que las legislaciones, con derechos específicos o poblaciones vulnerables. En efecto, entre 1996 y 2012 surgieron nueve institutos, dos consejos, tres fondos o fideicomisos, la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, se reformó la Junta de Local de Conciliación y Arbitraje del DF, y se descentralizó el sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. En total, en 2012 había dieciséis organizaciones nuevas, en relación a 1996 (Anexo tres)¹⁷.

Como se puede ver en el cuadro tres, en la primera etapa (1996-2000) se crearon organizaciones encargadas de garantizar el derecho al trabajo, vivienda, educación y deporte,

¹⁶Retomo la distinción, hecha por el neo-institucionalismo, entre instituciones y organizaciones. Según Rodolfo Vergara (2010), una organización es “un conjunto de individuos que trabajan de manera coordinada para obtener metas u objetivos compartidos por todos” (p. 19); una institución no es, como comúnmente se cree, una entidad pública o privada, sino un “conjunto de reglas... que crean patrones estables de comportamiento en una comunidad de individuos” (p. 35). Las instituciones son las “reglas del juego en una sociedad... las restricciones que dan forma a la interacción humana” (North, 1990: 3).

¹⁷No se toman en cuenta las diferentes secretarías relacionadas con el desarrollo social – Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Salud, Secretaría de Educación, Secretaría Trabajo y Fomento al Empleo, Secretaría de Desarrollo Económico, Secretaría del Medio Ambiente, Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades –, que tienen un papel más importante que las organizaciones anteriores, porque ya se habían creado en la *Ley Orgánica de la Administración Pública del DF* de 1998.

además de establecer el Injuve-DF, antes un departamento de la Secretaría de Desarrollo Social, y el Inmujeres-DF. El gobierno de AMLO formó la UACM y el Fondo para el Desarrollo Social, que buscaba fomentar la creación de empleos mediante créditos a negocios. Durante la administración de Marcelo Ebrard, surgieron dos en el ámbito del derecho a la educación – Fideicomiso Educación Garantizada, Instituto Local de la Infraestructura Física Educativa –; tres para poblaciones vulnerables – Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal, Instituto para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones –; y dos generales – Consejo de Evaluación del Desarrollo Social y el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

CUADRO TRES. ORGANIZACIONES RELACIONADAS CON EL DESARROLLO SOCIAL EN EL DF
1996 – 2012

Periodos Derechos - Poblaciones	1996 - 2000	2001 - 2006	2006 - 2012	Total
Trabajo	2	1	-	3
Vivienda	1	-	-	1
Educación	1	1	2	4
Alimentación	-	-	-	-
Salud	-	-	-	-
Deporte	1	-	-	1
Participación	-	-	-	-
Juventud	1	-	-	1
Mujeres	1	-	-	1
Adultos Mayores	-	-	1	1
Infancia	-	-	-	-
Personas con adicciones	-	-	1	1
Personas con discapacidad	-	-	1	1
Generales	-	-	2	2
Total	7	2	7	16

Fuente: elaboración propia con información de los sitios web oficiales.

Hasta aquí hemos analizado programas de gobierno del DF, legislación aprobada y organizaciones creadas. Este conjunto de instituciones y organizaciones formales expresan el horizonte normativo y las estrategias de los gobiernos en el ámbito del desarrollo social. Como se mostró, estos tres conjuntos han contribuido a la institucionalización del universalismo, inspirado en el enfoque de derechos y de ciudadanía plena. Sin embargo, no dicen nada sobre la efectividad de los planes, es decir, no permiten evaluar si se ha logrado avanzar en el camino proyectado. Por lo tanto, estudiaremos, en dos apartados siguientes, la evolución del gasto social y los programas sociales – con sus coberturas –, para dilucidar algunas fallas en la implementación de dicho horizonte normativo.

AUMENTO Y CONCENTRACIÓN DEL GASTO SOCIAL

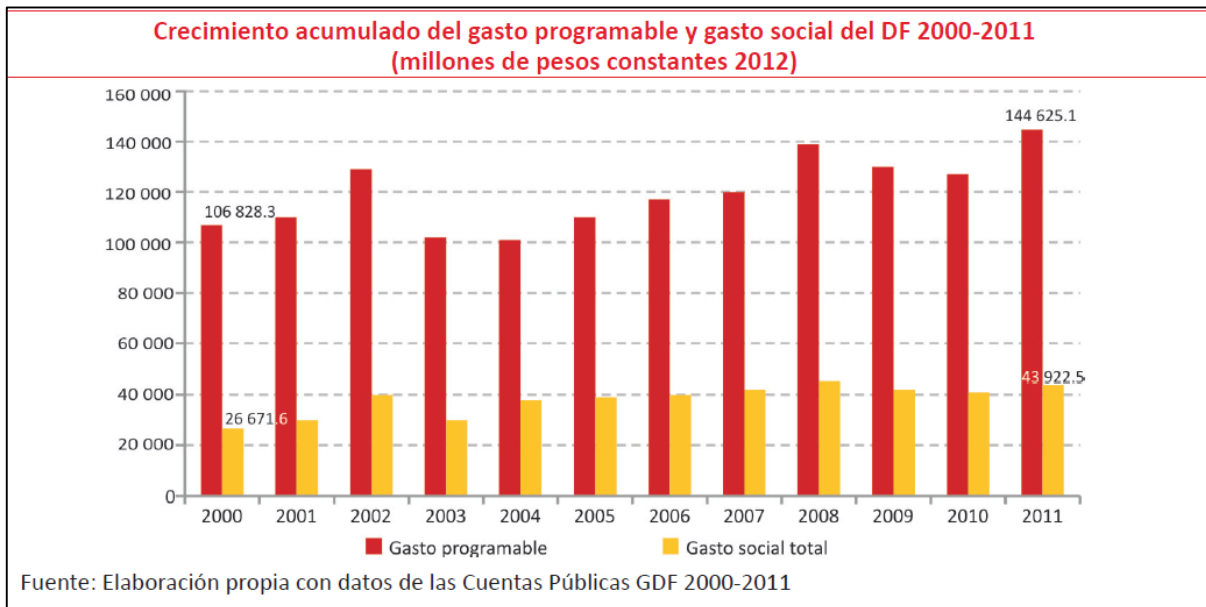
El presupuesto de un gobierno refleja las prioridades políticas de un gobierno. La mayoría de conflictos políticos en las democracias avanzadas se relacionan con la distribución de los recursos públicos hacia diferentes políticas públicas (Obinger y Wagschal, 2010: 333). Según estos autores, el Estado de bienestar en los países de la OCDE, en promedio, absorbe más del cincuenta por ciento del gasto público total. En el Reino Unido, el gasto social del gobierno para el año fiscal 2004-2005 representó alrededor de dos tercios del gasto público total, doce veces más que el gasto destinado a la defensa o a la “ley y el orden” (Dean, 2006: 2-3). Estos ejemplos muestran la importancia del gasto social en la actualidad.

Sin embargo, el estudio del gasto social puede ser engañoso (Esping-Andersen, 1990: 19), por lo que este autor prefiere analizar la “sustancia teórica” de los Estados de bienestar. Pero, para Obinger y Wagschal (2010: 334), la calidad de la información ha mejorado mucho desde 1990 y ayuda a conocer los regímenes sociales y su funcionamiento. El gasto social

permite saber lo que el Estado de bienestar hace y cómo se organiza (p. 334). En el caso del Distrito Federal, los *Decretos de presupuestos de egresos* permiten conocer, a grandes rasgos, el gasto social que se destina hacia diferentes rubros. Sin embargo, no permiten saber qué porcentaje se destina para gastos administrativos y cuánto gasto tiene una incidencia directa en el bienestar de la población. Aun así, del análisis de la evolución del gasto social en el DF se puede deducir qué tan importante fue el ámbito social para los gobiernos.

En la gráfica uno se puede ver la evolución del gasto social comparada con el aumento del gasto programable. El crecimiento de las erogaciones destinadas al desarrollo social en el periodo de 2000 a 2011 fue de 65% (Canto, 2013: 35). Sin embargo, hubo variaciones entre cada año y periodos. En 2000, representaba 25% (26,671.6 millones de pesos) del gasto programable; en 2006, alrededor de 34% (40,000 millones de pesos); en 2011 era 30.4% (43,922.5 millones de pesos). Esto quiere decir que, entre 2000 y 2006, el gasto social aumentó 50%; en el periodo 2006-2012, aumentó 10%.

GRÁFICA UNO. GASTO PROGRAMABLE Y GASTO SOCIAL EN EL DF 2000-2011



Fuente: Canto, 2013: 36.

GRÁFICA DOS. INGRESOS EN EL DF 2000-2012



Fuente: Canto, 2013: 36.

En efecto, la gráfica uno muestra el aumento del gasto social en la primera etapa, seguido de un estancamiento en la segunda. Sin embargo, no se puede aislar este análisis del contexto económico, pues en 2008 estalló la crisis económica mundial que afectó las finanzas públicas de gran parte de gobiernos occidentales, incluido México. Este hecho se puede ver en la disminución del gasto programable a partir de 2008. En todo caso, visto el periodo en conjunto, el gasto social aumentó significativamente, lo que no se hubiera podido hacer sin el incremento en los ingresos del DF (gráfica dos): pasaron de 81,374 millones de pesos en 2000 a 132,022 en 2011. Esto fue posible porque el Gobierno del DF, a diferencia de la mayoría de entidades subnacionales en México, hizo crecer sus ingresos propios; en 2000 fueron 44,542 millones; en 2011, 60,863, es decir, aumentaron 65% y representaron 46% de los ingresos totales en 2011.

Ahora, una parte importante de estas erogaciones se destina para los programas sociales, instrumentos para “aterrizar” la política social. En 2009, el gasto ejercido en programas sociales de la administración central representó: “el 13% de todo el gasto público de la ciudad de México; el 26% del gasto total de la administración central...; el 56% del gasto social total en la ciudad; el 43% del gasto social total de la ciudad, incluyendo el subsidio al agua y al transporte público” (Murayama, 2011: 30-31). En el siguiente apartado presentaremos los principales programas sociales creados entre 1997 y 2012.

PROGRAMAS SOCIALES DEL DF

Los programas sociales son, según la Ley de Desarrollo Social para el DF,

“las acciones de la Administración que promueven el cumplimiento de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y que, por su naturaleza, pueden dividirse en: programas de transferencias monetarias o materiales, de prestación de servicios, de construcción, mejoramiento u operación de la infraestructura social, y de otorgamiento de subsidios directos o indirectos” (Artículo 3).

Hasta diciembre de 2012, había, en el Distrito Federal, alrededor de 450 programas sociales, que la nueva administración compactó a 175. De estos, 53 están a cargo de la administración central; 122, de las dieciséis Delegaciones¹⁸. Aunque parecen muchos programas, tres de ellos – Acceso gratuito a servicios y medicamentos, Pensión alimentaria para adultos mayores, Prepa Sí – concentraron 70% del presupuesto en 2009, y doce programas representaron 94.5% del gasto ejercido en programas sociales de la administración central del DF (Murayama, 2011: 31).

En el año 2010, con el objetivo de mejorar la gestión de los programas más importantes, el gobierno de Ebrard creó *Red Ángel*¹⁹, agrupando los quince programas que absorbían la mayor parte del gasto social (Anexo cuatro): 1. Acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral; 2. Pensión alimentaria para adultos mayores; 3. Vivienda en conjunto; 4. Prepa Sí;

¹⁸Arturo Páramo, “Apuntala el Distrito Federal su bandera política”, *Excélsior*, México, 4 de marzo de 2013. Disponible en <http://www.excelsior.com.mx:8080/2013/03/04/887170>. Y “Brinda el gobierno local el DF contra la descomposición social”, *La Jornada*, México, 14 de febrero de 2013, sec. Capital. Disponible en <http://www.jornada.unam.mx/2013/02/14/capital/041n1cap>.

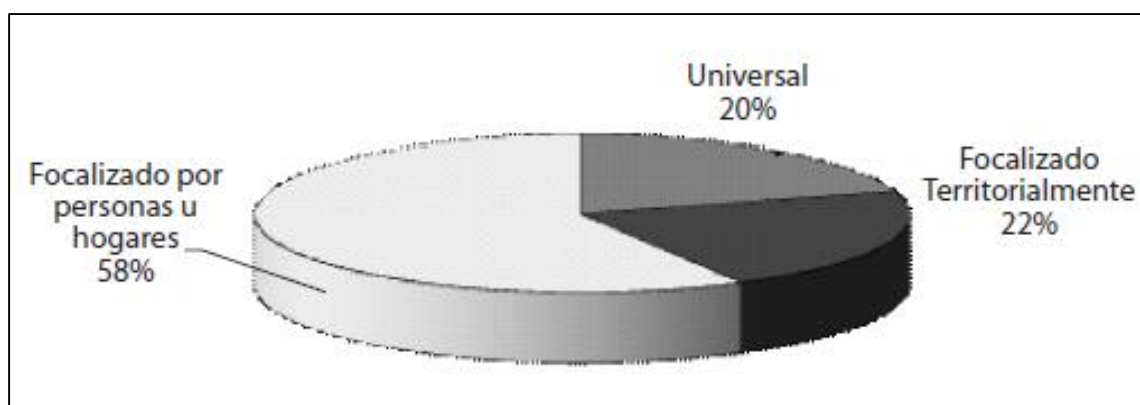
¹⁹La *Red Ángel* desapareció con la nueva administración, dejando su lugar a *Capital Social*, la “nueva” estrategia de Miguel Ángel Mancera, que en realidad conserva lo que agrupaba la *Red Ángel* y crea algunos programas. Ver artículos de la nota seis.

5. Mejoramiento de vivienda; 6. Apoyo económico a personas con discapacidad; 7. Seguro de desempleo; 8. Desayunos escolares; 9. Uniformes escolares gratuitos; 10. Becas escolares para niñas y niños en condición de vulnerabilidad social; 11. Útiles escolares gratuitos; 12. Atención médica y entrega de medicamentos gratuitos a domicilio; 13. Educación garantizada; 14. Niñ@s talento; 15. Atención integral de cáncer de mama.

Según el artículo 32 de la LDS-DF, “Los programas sociales específicos de la APDF deberán enmarcarse en los principios de esta ley y ser congruentes con el contenido del PGDS”. Por lo tanto, deberían seguir el principio del universalismo. En la práctica, esto no sucede. Muchos programas usan la focalización territorial, permitida por la LDS-DF, y otros la focalización por personas, lo que permite el Reglamento de la LDS-DF *sólo en casos excepcionales* (Murayama, 2011: 38). Sin embargo, las gráficas tres y cuatro muestran la distribución de programas según su cobertura esperada y lograda. En resumen, sólo 12% de los programas logran una cobertura universal real.

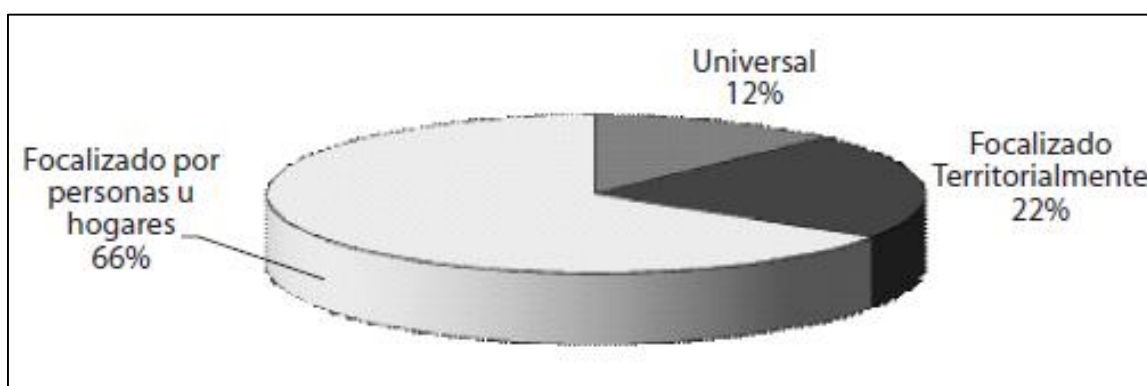
Aunque esta cifra anuncia el déficit de implementación, no lo muestra en toda su magnitud. En efecto, el cuadro cuatro expone las brechas en las coberturas de los quince programas antes citados. Para empezar, las *Reglas de operación* hacen omisiones serias sobre la información requerida para elaborar indicadores de cobertura, en especial, no publican cuántos individuos representan la población objetivo. En otros casos, como en el de útiles y uniformes escolares, y el de educación garantizada, es difícil conocer la población potencial solicitante del programa.

GRÁFICA TRES. TIPO DE COBERTURA PREVISTO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DE PROGRAMAS
(2009)



Fuente: Murayama, 2011: 41.

GRÁFICA CUATRO. TIPO DE COBERTURA REAL DE LOS PROGRAMAS
(2009)



Fuente: Murayama, 2011: 41.

CUADRO CUATRO. COBERTURA DE LOS PROGRAMAS SOCIALES EN EL DF (2010-2012)

Nombre	Cobertura
Programa de acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral	A finales del 2011 el programa cubría 75% de la población objetivo. En 2012 se esperaba incluir 784 mil personas adicionales. (Nota: dice exactamente lo mismo en reglas de operación de 2010 y 2011). En 2013, sin justificar, la cifra de cobertura pasa a 84%.
Programa de pensión alimentaria para adultos mayores	En 2012 se cubrieron 480,000 personas. Es el único programa con cobertura universal.
Programa de vivienda en conjunto	En 2011 se esperaba entregar 4,218 créditos de vivienda. El rezago de vivienda de alrededor 250,000 viviendas, según el INVI.
Programa de estímulos para el Bachillerato Universal Prepa Sí	En 2012 se esperaba otorgar 200,000 estímulos mensuales. Es difícil conocer la población potencial solicitante de los beneficios del programa.
Programa de mejoramiento de vivienda	En 2011 se esperaba entregar 17,992 créditos de vivienda. El rezago de vivienda de alrededor 250,000 viviendas, de las cuales 92,000 son de mejoramiento, según el INVI.
Programa de apoyo económico a personas con discapacidad	En 2011 se atendieron 78,636 personas; en 2012 se espera cubrir 80,609 personas. En el DF hay 385,385 personas con discapacidad permanente según las ROP. Sin embargo, la población objetivo es, según el mismo documento, de 109,272 individuos. Así, la cobertura es de aproximadamente 70%.
Programa de seguro de desempleo	En 2009 se logró una cobertura de 16%, en el 2010 de 20% y en el 2011 de 21%. En 2012 se espera una cobertura de 20%.
Programa de desayunos escolares	En 2012 se esperaba cubrir 193,051 beneficiarios de niveles inicial y preescolar, y 535,936 de primaria y especial.
Programa de uniformes escolares gratuitos	En 2012 se esperaba entregar un estimado de 2'500,000 uniformes o vales. Es difícil conocer la población

	potencial solicitante de los beneficios del programa.
Programa de becas escolares para niñas y niños en condición de vulnerabilidad social	En 2011 se atendieron 24,120 personas; en 2012 se esperaba cubrir las mismas personas. Según evaluación interna de 2011, "atiende a un número reducido de la población potencial solicitante de los beneficios del programa".
Programa de útiles escolares gratuitos	En 2012 se esperaba entregar un estimado de 1'250,000 paquetes o vales. Es difícil conocer la población potencial solicitante de los beneficios del programa.
Programa de atención médica y entrega de medicamentos gratuitos a domicilio ("Programa Ángel" - 2009)	Sin información
Programa de educación garantizada	En 2012 se esperaba cubrir 2,415 personas. Es difícil conocer la población potencial solicitante de los beneficios del programa.
Programa de Niñ@s talento	En 2012 se esperaba apoyar 120,000 personas. Es difícil conocer la población potencial solicitante de los beneficios del programa.
Programa de atención integral de cáncer de mama	En 2010 se esperaba hacer 50 mil estudios de mastografía de pesquisa. Es difícil conocer la población potencial solicitante de los beneficios del programa.

Fuente: elaboración propia con información de las *Reglas de operación* de los programas, datos publicados en los sitios oficiales de las entidades responsables y evaluaciones externas e internas.

Ahora bien, aunque la gráfica cuatro muestra que tan solo el 12% de los programas tienen un tipo de cobertura universal real, esto no significa que sólo el 12% del gasto sea universal. Los dos programas que, omitiendo los serios problemas con la información sobre cobertura que hay, se acercan al universalismo (pero no en amplitud del beneficio) es la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores y el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos. Luego, el resto de coberturas, ordenadas según el monto destinado por el gobierno al programa, son deficientes. Por ejemplo, el Seguro de desempleo cubre alrededor de 20%. Además, en la gran mayoría de los casos, no se diferencia población objetivo, potencial y

efectivamente atendida y se usa esta confusión para dificultar la evaluación de los objetivos. Esta información evidencia parte los problemas que hay para avanzar en la universalización de la política social.

Según el último estudio de Evalúa-DF, el DF ha

“cumplido de manera parcial con los criterios propios de un enfoque de derechos humanos como lo establece la LDS-DF, por lo que se podría suponer que, tendencialmente, el sistema de protección social construido por el GDF podría estarse alejando, o por lo menos sufrir un estancamiento en el enfoque de garantía de derechos de ciudadanía.

De manera adicional, se observa que los instrumentos de protección social no contributivos que ha creado el GDF siguen la tendencia presente en el sistema de protección social a nivel nacional de ofrecer garantías desiguales de los derechos sociales, al dar mínimos de subsistencia a los destinatarios de los programas, en comparación con las personas que cuentan con acceso a esquemas de la seguridad social” (Canto, 2013: 81).

CONCLUSIÓN

La comparación de programas de desarrollo social, el rastreo de leyes aprobadas, de organizaciones creadas y el estudio de la evolución del gasto social, junto con coberturas esperadas y reales, nos permiten tener una visión panorámica de la política social en el Distrito Federal entre 1997 y 2012.

La comparación entre el gobierno de AMLO y de Ebrard dilucida una tendencia hacia un debilitamiento del enfoque de derechos y de la política social en su conjunto. En efecto, el gasto social aumentó, en el primer periodo, 50%; en el segundo periodo, 10%. Además,

como veremos con el caso de la salud, hubo un impulso por condicionar la política social a los “recursos institucionales disponibles”, lo que no es otra cosa que debilitar la exigibilidad de los derechos. Esto revelaría un cambio de una concepción “socialdemócrata” a una más liberal de la política social.

La situación actual de la política social en la ciudad es única en el país, pero todavía hay deficiencias en las coberturas y en la amplitud de los bienes y servicios otorgados. La mayor parte del gasto social se destina al Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos y a la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores, que tienen un avance significativo en coberturas, más no en calidad, como se verá en los siguientes capítulos. El resto de programas sociales alcanzan coberturas magras, aunque representen un parte importante del gasto social. Por lo tanto, el DF tiene un “universalismo débil” caracterizado por los tres pisos de la política social, mencionados en la introducción: políticas para los más pobres – la mayoría de los 15 programas más importantes son rentas dirigidas a la población sin seguridad social, con alguna carencia o en una etapa del ciclo de vida que impide la vinculación efectiva al mercado laboral –, servicios corporativos – IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, etc. – y servicios privados para la población más adinerada.

En el siguiente capítulo, ahondaremos en estos cambios en el campo de la política de salud, mediante la reconstrucción de los principales acontecimientos, durante el mismo periodo.

CAPÍTULO DOS

DEBILITAMIENTO DEL ENFOQUE DE DERECHOS EN LA POLÍTICA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL 1997 – 2012

INTRODUCCIÓN

La prestación de servicios médicos y medicamentos en México se caracteriza, al igual que la política social en su conjunto, por un “universalismo débil”. En efecto, la fragmentación de las organizaciones del sector, que responde a la capacidad de pago de distintas categorías de ciudadanos, es su principal característica. Desde la creación del Seguro Popular, se fortaleció, en algunos aspectos, el “primer piso” de atención, destinado para la población sin seguridad social laboral que, en su mayoría, son individuos de bajos recursos. El “segundo piso” corresponde a las instituciones como el IMSS, ISSSTE y demás, que son fuertemente corporativos, destinados a los trabajadores del sector privado y público. Finalmente, el “tercer piso” son los servicios privados de salud, para las personas con capacidad de pagarlos. El Distrito Federal no se escapa de esta fragmentación, sino que, al contrario, añade un eslabón más en el “primer piso”: el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos

(PSMMG), destinado, al igual que el Seguro Popular, para la población sin seguridad social laboral.

El objetivo de este capítulo es estudiar cómo se construyó el fragmentado sistema de salud en el Distrito Federal, que atiende a población abierta, para comprender las posibilidades de cambio en el futuro. En un primer momento presentaremos las modificaciones provocadas por la descentralización de los servicios hasta la creación de la Secretaría de Salud en 1997. Luego, estudiaremos la política de salud del gobierno de Andrés Manuel López Obrador, en comparación con la de Marcelo Ebrard, destacando la implementación descoordinada del PSMMG y del Sistema de Protección Social en Salud (en adelante, Seguro Popular).

En tercer lugar, discutiremos los cambios introducidos por la nueva Ley de Salud del Distrito Federal, promulgada en 2009. Por último, analizaremos el avance en el cumplimiento del derecho a la salud en el DF, desagregado, con base en disposiciones del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU, en cuatro ámbitos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (López Menéndez citado en Cerda García, 2010: 4-5). Así, lo que se busca demostrar es que los dos programas centrales del DF – PSMMG y SP – no son antagónicos, sino complementarios y podrían avanzar hacia la universalización de la cobertura si se unificaran.

DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL DISTRITO FEDERAL

La reforma del estado mexicano, iniciada en los años ochenta, incluía entre sus ejes principales de acción, la descentralización de los servicios públicos con el objetivo de mejorar su eficiencia y adaptarse a los entornos locales. Más que evaluar si esto se logró, el

objetivo de este apartado es analizar cómo, con las medidas adoptadas desde los ochenta, se fortaleció el sistema de salud local, pero al mismo tiempo se dio una mayor fragmentación.

Entre 1976 y 1994 se impulsó la descentralización de servicios para la población no asegurada en el país, época en que surgieron los Sistemas Estatales de Salud (SESAs). Además, la salud se reconoció, en 1983, como derecho constitucional, y se promulgó, en 1984, la *Ley General de Salud*. El resultado de estas reformas fue el “Sistema Nacional de Salud” (SNS), en el que gobierno federal y estados compartían responsabilidades en la garantía del derecho a la salud. Sin embargo, el SNS fue “un escudo simbólico detrás del cual persistieron las escisiones de antaño” (Brachet-Márquez, 2010: 364). En efecto, hubo varias deficiencias en el proceso: “se incluyeron solo catorce estados²⁰, el gobierno central siguió limitando las prerrogativas de gasto de las entidades federativas, no se definieron con claridad las responsabilidades de cada orden de gobierno y la tarea normativa seguía centralizada” (Flamand y Moreno, dictaminado: 92).

En la Ciudad de México convivían dos sistemas antes de las medidas de descentralización²¹: el complejo administrado por el Departamento del Distrito Federal (DDF) y aquél que dependía de la Secretaría de Salud Federal (SSA). En 1983 inició la reorganización de los servicios de la SSA que buscaba: 1) definir un modelo uniforme de atención primaria; 2) establecer un sistema de referencias y contrarreferencias; 3) desarrollar un modelo de atención orientado a la descentralización, desconcentración y modernización administrativa. En 1984 se firmó el convenio de coordinación entre el DDF y la SSA, en el cual se preveían dos etapas. La “integración funcional” significaba coordinar

²⁰ Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Nuevo León, Morelos, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tabasco y Tlaxcala.

²¹ Los siguientes párrafos están hecho con base en Duhau, 1997.

programáticamente los servicios de ambas organizaciones; la “integración orgánica” buscaba la fusión en un solo ente. La infraestructura disponible en 1985 es la que se muestra en el cuadro cinco.

CUADRO CINCO. INFRAESTRUCTURA DISPONIBLE EN LA SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL Y EL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL (1985)

Unidades de salud	SSA	DDF	Total
Primer nivel	223	235	458
Segundo y tercer nivel	9	29	38
Camas censables	3,954	1732	5,686

Fuente: Duhau, 1997: 223.

Sin embargo, la integración de los servicios nunca se dio y la creación del Instituto de Servicios de Salud del DF se quedó en documentos oficiales (Duhau, 1997: 223). La administración que entraría en funciones en 1989 iniciaría un reordenamiento con base en la *Ley General de Salud* y en la *Ley de Salud para el Distrito Federal*, que tendría como ejes centrales: participación de la comunidad, promoción activa de la salud, prevención de la enfermedad y desarrollo del sistema de referencia y contrarreferencia. (Duhau, 1997: 223). Pero, según Emilio Duhau, hasta mediados de los noventa, “estos objetivos y líneas programáticas que [habían] orientado la organización de los servicios de salud, no [habían] llegado a traducirse en un modelo que [propiciara] un acceso efectivo de la población a los servicios de salud en los términos programáticamente planteados”. Además, “en cuanto a la articulación en términos del esquema de atención a la salud programáticamente definido... se puede afirmar que era nula” (Duhau, 1997: 225). Esta era la situación bajo los gobiernos anteriores a 1997, en los cuales había poca autonomía y recursos en el diseño de las políticas

para población sin seguridad social. El entorno cambiaría a partir de 1997 y, sobretodo, del año 2001, con la llegada al gobierno de Andrés Manuel López Obrador.

MÁS PRINCIPIOS, POCA COORDINACIÓN: LA NUEVA LEY DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

En 1987, cuatro años después de que adquiriera rango constitucional el derecho a la salud y tres años después de que el Congreso de la Unión aprobara la *Ley General de Salud*, se promulgó la *Ley de Salud para el Distrito Federal*. En septiembre de 2009, luego de doce años de gobierno del PRD, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó una nueva *Ley de Salud del Distrito Federal*, que incluyó gran parte de los principios adoptados y acciones realizadas en el sector por los gobierno de AMLO y Marcelo Ebrard. El cuadro seis presenta una comparación de ambas leyes para entender qué cambió en 2009²².

El cambio más significativo que aportó la nueva de ley de salud de 2009 fue fijar tres principios, que no estaban en el documento anterior de manera explícita, que tienen que adoptarse en el diseño de todas las acciones del sector: universalidad, equidad y gratuidad (artículo tercero). El primero se define como “la cobertura de los servicios de salud que responda a las necesidades de salud de toda persona para hacer efectivo su derecho a la protección a la salud”; el segundo es “la obligación de las autoridades sanitarias locales de garantizar acceso igual a los habitantes del Distrito Federal a los servicios de salud disponibles ante las necesidades que se presenten en la materia”; la gratuidad significa “el acceso sin costo a los servicios de salud disponibles en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal y a los medicamentos asociados a estos servicios, a los residentes del Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral”. La adopción de estos conceptos

²² El anexo uno es una versión completa de esta comparación, aquí se presentan únicamente los rubros en los cuales hubo más modificaciones. A continuación, presentamos los cambios más relevantes y comentaremos lo previsto para la coordinación de actores.

es evaluada como un avance y corresponde a los principios de la *Ley de Acceso Gratuito a Servicios Médicos y Medicamentos*, otro pilar legislativo del sector, promulgada en 2006.

CUADRO SEIS. COMPARACIÓN LEYES DE SALUD PARA EL DISTRITO FEDERAL 1987 Y 2009

	Ley de Salud del Distrito Federal 1987	Ley de Salud del Distrito Federal 2009
Conceptos		Principios Artículo 3 Universalidad - Equidad - Gratuidad.
Ojetivos Artículo 1º	1) Regular las bases y modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud por parte de la población en el Distrito Federal y la competencia del Jefe de Gobierno del Distrito Federal en materia de salubridad local. 2) Fijar las normas conforme a las cuales el Jefe de Gobierno ejercerá sus atribuciones en la prestación de los servicios de salubridad general. 3) Determinar la estructura administrativa y los mecanismos adecuados para que el Jefe de Gobierno del Distrito Federal participe con la Secretaría de Salud Federal en la prestación de los servicios de salud.	1) Regular las bases y modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud por parte de la población del Distrito Federal y la competencia del Jefe de Gobierno del Distrito Federal en materia de salubridad local. 2) Fijar las normas conforme a las cuales el Jefe de Gobierno ejercerá sus atribuciones en la prestación de los servicios de salubridad general. 3) Determinar la estructura administrativa y los mecanismos adecuados para que el Jefe de Gobierno del Distrito Federal participe con la Secretaría de Salud Federal en la prestación de los servicios de salud. 4) Establecer derechos y obligaciones de la población en el ámbito de la salud. 5) Definir los mecanismos para promover la participación de la población en la definición, vigilancia y desarrollo de los programas de salud del Distrito Federal.
Clasificación servicios públicos de salud DF Artículo 6, IX		1) Servicios prestados por el Gobierno de la ciudad, mediante la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2) Servicios prestados por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, directamente o por medio de sus órganos desconcentrados y organismos descentralizados. 3) Servicios prestados por las instituciones de Seguridad Social, regulados por las leyes que los rigen.
Organizaciones Responsables	1) Consejo de Salud del Distrito Federal. 2) Secretaría de Salud del Distrito Federal.	1) Consejo de Salud del Distrito Federal. 2) Secretaría de Salud del Distrito Federal. 3) Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. (Descentralizado - sectorizado en 4) Red de Hospitales del Gobierno del Distrito Federal. 5) Sistema de Alerta Sanitaria y Comité Científico de Vigilancia Epidemiológica y 6) Centro de Inteligencia y Preparación de Respuesta Epidemiológica de la Ciudad de 7) Sistema de Protección Social en Salud. (Coordinado mediante la Secretaría)
Sistema de Salud del Distrito Federal	3) Consejo de Trasplantes del Distrito Federal / Centro de Trasplantes del Distrito	8) Consejo de Trasplantes del Distrito Federal / Centro de Trasplantes del Distrito 9) Centro de Transfusión Sanguínea del Distrito Federal. (Órgano desconcentrado de 10) Agencia de Protección Sanitaria del Distrito Federal. (Órgano desconcentrado del 11) Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF-DF). 12) Instituto para la Asistencia e Integración Social (IASIS, Secretaría de Desarrollo 13) Sistema de Urgencias Médicas / Centro Regulador de Urgencias (Secretaría) 4) Comités Delegacionales de Salud. (Secretaría)

Fuente: elaboración propia con base en la *Ley de Salud para el Distrito Federal* de 1987 y la *Ley de Salud del Distrito Federal* de 2009.

Por otra parte, hay tres modificaciones visibles: 1) intento por distinguir claramente derechos y obligaciones de los usuarios; 2) inclusión de más ámbitos de acción e intervención de las autoridades y se detallan con más precisión objetivos y competencias en cada uno; 3) distinción clara entre tres tipos de servicios de salud prestados en el DF, según la organización responsable: Secretaría de Salud del DF, Secretaría de Salud del Gobierno Federal e Instituciones de Seguridad Social.

En cuanto a organizaciones responsables de la política de salud, se incluyen diez nuevos actores en el sistema de salud. Además, para los responsables de la conducción de dicha política – Secretaría de Salud, Servicios de Salud Pública, etc. – se detallan con precisión las competencias. A pesar de que se incluyen nuevos agentes, no se prevén nuevos instrumentos de coordinación. En efecto, los artículos relacionados con el Consejo de Salud del Distrito Federal, que es el “órgano de consulta y apoyo del gobierno” (artículo 22) integrado por representantes de varias Secretarías, organizaciones de la sociedad civil e instituciones académicas, no se modifican. A parte de este Consejo, el artículo quince de la vieja ley y el dieciséis de la nueva, decían que “la coordinación del Sistema de Salud del Distrito Federal estará a cargo del Jefe de Gobierno” y establece sus atribuciones. Por lo tanto, la nueva ley de salud no modifica los instrumentos de coordinación de las autoridades sanitarias.

Al contrario, el documento de 2009 institucionaliza la fragmentación de acciones de salud en el DF al incluir un capítulo (Título segundo, capítulo XIII) dedicado al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) en el Distrito Federal, en el que no se hace ninguna mención sobre el programa de Gratuidad del DF, ni prevé instrumentos concretos de coordinación entre ambos programas. Esta falta de diálogo entre los dos no es única de la Ley, sino que está presente en la mayoría de documentos oficiales. En efecto, cuando se habla

del PSMMG nunca se menciona, más que marginalmente, al Seguro Popular, y viceversa. La distinción radical entre los dos pareciera estar naturalizada en el gobierno, nadie problematiza una posible coordinación. En resumen, la nueva ley de salud consolida los principios de universalidad, equidad y gratuidad, pero no aporta en la coordinación interna o externa de las organizaciones sanitarias.

UNIVERSALISMO DILUIDO EN LA POLÍTICA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL (1997 – 2012)

La primera reforma en salud de los gobiernos del PRD consistió en la creación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en 1999. Antes, los servicios de salud estaban adscritos a la Secretaría de Desarrollo Social, pero con el nuevo Estatuto de Gobierno, promulgado en 1998, se separan oficialmente la Secretaría de Desarrollo Social y la de Salud. Durante el gobierno de Cárdenas no se formuló un programa sectorial, ni hubo acciones relevantes en el campo de la salud. La mayor parte de los esfuerzos de su gobierno se destinaron a combatir problemas de seguridad y establecer bases políticas para gobernar la ciudad.

En cambio, el gobierno de Andrés Manuel López Obrador le daría una importancia inédita a las políticas sociales. Su lema de gobierno era “Por el bien de todos, primero los pobres” y buscaba, durante su gobierno, erigir un “Estado de bienestar local” que acabara con la pobreza, disminuyera la desigualdad entre los grupos sociales y eliminara las bases sociales de la delincuencia. La salud era, en la concepción del gobierno, un eje importante de acción para avanzar en esta meta. Por lo tanto, en agosto del año 2002 se publicó en la Gaceta Oficial del DF el *Programa de salud 2002-2006*²³, en el que se hizo un diagnóstico de los

²³ Gaceta oficial del Distrito Federal, Núm. 114 del 22 de agosto de 2002, pp. 73-107.

principales problemas y se formulaban estrategias para resolverlos. El cuadro siete es una comparación entre este documento y el *Programa de Salud 2007-2012* del Distrito Federal.

CUADRO SIETE. COMPARACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL 2002-2006 Y 2007-2012.

	Programa de Salud 2002-2006	Programa de Salud 2007-2012
Diagnóstico	Condiciones de salud	<p>1) Pobreza urbana. "Devastación social de casi dos décadas de políticas de ajuste y cambio estructural". Según el método de "medición integrada de la pobreza", 3.3 millones de pobres extremos, 2.3 millones en pobreza moderada. Es decir, 65% de la población puede ser considerada pobre.</p> <p>2) Entre las principales causas de mortalidad en el DF están: enfermedades del corazón (99.4, tasa por mil habitantes en el 2000), diabetes mellitus (73.2), tumores malignos (70.4), enfermedades cerebrovasculares (32.6) y del hígado (30.3), etc. Enfermedades emergentes: SIDA, cardiovasculares, hipertensión arterial, problemas de salud mental y adicciones.</p> <p>3) Desigualdad ante la muerte entre las delegaciones.</p>
	Servicios de salud	<p>1) Necesidad de garantizar la disposición y compromiso de las autoridades de gobierno locales para instrumentar las estrategias y líneas de acción necesarias.</p> <p>2) Necesidad de garantizar la suficiencia de recursos financieros y materiales.</p> <p>3) Insuficiencia, desmotivación, altos índices de ausentismo y falta de capacitación del personal.</p>
Desafíos - Objetivos	Condiciones de Salud	<p>1) Mejorar las condiciones generales de salud;</p> <p>2) Disminuir la desigualdad en salud entre grupos sociales y zonas geográficas.</p>
	Servicios de Salud	<p>1) Promover el acceso universal y la equidad en salud entre grupos sociales y zonas geográficas.</p> <p>2) Garantizar un trato adecuado y mejorar los niveles de oportunidad y efectividad de la atención en salud.</p> <p>3) Impulsar la cooperación, la coordinación interna y externa entre los diversos actores del sistema de salud y lograr una gestión efectiva en salud.</p> <p>4) Asegurar la disponibilidad y acceso de insumos para la salud en particular los medicamentos.</p> <p>5) Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en Salud.</p>
		<p>1) Mejorar las condiciones de salud de los habitantes del Distrito Federal.</p> <p>2) Alcanzar la cobertura universal de salud.</p> <p>3) Fomentar una cultura para la prevención de enfermedades en la sociedad y promover una cultura de la calidad en todo el sistema de salud.</p> <p>4) Consolidar las Redes de Servicios de Salud y la rectoría de la SSGDF.</p> <p>5) Asegurar la justicia financiera en materia de salud.</p>

Estrategias en el Sector Salud	1) Gratuidad al usar los servicios, mediante el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos.	Estrategia general	Para garantizar el derecho a la protección de la salud de los habitantes del Distrito Federal sobre la base de los principios de universalidad, justicia social, integralidad y financiamiento solidario, la SSGDF fortalecerá su papel rector e implementará políticas públicas y programas orientados a la promoción de la salud; prevención y control de riesgos y daños a la salud; la prestación oportuna, equitativa, gratuita y de calidad de servicios integrales de salud; acciones para la mejora de la satisfacción de necesidades y expectativas de salud de los ciudadanos, así como para el uso racional y transparente de los recursos para la salud.
	2) Establecimiento de prioridades en salud con criterio de equidad y necesidad. Dos ejes: disminuir la desigualdad en las condiciones de salud y en los recursos para atenderla; necesidades de salud, valores sociales y eficacia.	Estrategias específicas	1) Fortalecer los programas para la promoción de la salud, prevención y manejo de riesgos y daños a la salud. 2) Atender los problemas de salud emergentes asociados a las transiciones epidemiológica, demográfica y social, de acuerdo a prioridades. 3) Avanzar hacia la Seguridad Universal en salud para los habitantes del Distrito Federal. 4) Proporcionar servicios de salud integrales, oportunos, eficaces y eficientes a todos los habitantes del Distrito Federal.
	3) Modelo de Atención Ampliada a la Salud (MAS).		5) Constituir y fortalecer las redes de atención a la salud organizando la oferta de servicios individuales y comunitarios. 6) Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 7) Establecer un plan integral de mejora de la calidad en salud. 8) Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población mediante acciones relacionadas con la protección contra riesgos sanitarios y ambientales. 9) Fortalecer la inversión e innovar en materia de capital humano e investigación en salud.
	4) Reorganización institucional, fortalecimiento y ampliación de servicios.		
	5) Calidad integral de los servicios.		
	6) La administración en apoyo a la operación.		
	7) El financiamiento: soporte de la política de salud.		
	8) Educación e investigación.		
Instrumentos de planeación y coordinación	Programa Operativo Anual		Se menciona la necesidad de "establecer y mantener una coordinación eficaz y eficiente entre las diferentes instancias de gobierno: el federal, el estatal y los municipales y delegacionales", pero no se prevé un instrumento concreto para ello.
	Modelo de Atención Ampliada a la Salud (MAS)	1) Garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad. 2) Ampliar y asegurar el acceso de la población no-asegurada y mayor de 70 años a una intervención oportuna y adecuada (Gratuidad). 3) Construir gradualmente un sistema integral y único de urgencias en la capital. 4) Ampliar la participación ciudadana y la contraloría social. 5) Usar con eficiencia y transparencia los recursos públicos de salud.	Acuerdos o convenios con otras instituciones prestadoras de servicios como IMSS, ISSSTE, etc. Buscar coordinación y financiamiento con instituciones académicas para capacitación y formación.

Fuente: elaboración propia con base en el *Programa de Salud 2002-2006* (Secretaría de Salud, 2002b) y *Programa de Salud 2007-2012* (Secretaría de Salud, 2007b) del Gobierno del Distrito Federal.

Los principales desafíos (cuadro siete) relacionados con las condiciones de salud eran mejorar las condiciones generales de salud y disminuir la desigualdad en salud entre grupos sociales y zonas geográficas. En cuanto a los servicios de salud, se establecieron cuatro objetivos: 1) garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad; 2) incrementar el acceso oportuno al tratamiento requerido; 3) disminuir la desigualdad en el acceso a servicios suficientes y de calidad; 4) instrumentar mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativo y solidario (Secretaría de Salud, 2002: 17-19).

Para avanzar en estos ejes el programa preveía ocho estrategias generales: 1) Gratuidad al usar los servicios, mediante el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG); 2) Establecimiento de prioridades en salud con criterio de equidad y necesidad; 3) Modelo de Atención Ampliada a la Salud (MAS); 4) Reorganización institucional, fortalecimiento y ampliación de servicios; 5) Calidad integral de los servicios; 6) Administración en apoyo a la operación; 7) Financiamiento como soporte de la política de salud; 8) Educación e investigación (Secretaría de Salud, 2002: 29-50).

En otras palabras, se establecía la obligación del gobierno en la resolución de problemas de salud y en la garantía del derecho a la salud. En efecto, quedaba claro que los servicios de salud no eran una dádiva del Estado, sino un derecho exigible de los ciudadanos por el sólo hecho de ser ciudadanos. El objetivo central era alcanzar la cobertura universal en salud, removiendo el obstáculo económico que tenían las familias pobres al momento de usar servicios y comprar medicamentos. Para ello, se creó el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) como principal estrategia, y en torno al cual deberían funcionar todas las áreas de la Secretaría de Salud.

El Programa de Salud del Gobierno del Distrito Federal 2007 – 2012 establece una continuidad con el anterior, aunque con algunos cambios. En primer lugar, el programa de 2002 hacía un diagnóstico más específico en el ámbito de servicios de salud; en 2007 desaparece. Luego, los objetivos se desagregan en dos temporalidades: corto y mediano plazo. A grandes rasgos, no hay un cambio radical, pero se incluye el “acceso universal” de manera explícita en el primer objetivo específico. Se establece uno para la cooperación y coordinación interna y externa de salud que buscan una “gestión efectiva”, temas que en el programa anterior no eran importantes. Además, se incluye la importancia de garantizar disponibilidad de medicamentos y fortalecer la cultura de prevención de enfermedades.

Por otra parte, se prevé fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura. Finalmente, en cuanto a instrumentos de coordinación, aunque se le dé mayor importancia al tema, no se prevén instrumentos o instancias concretas para hacerlo. Tal vez, la diferencia más visible es que, aunque se explicita el principio de gratuidad y se reconozca que toda la SS-DF debe guiarse por la *Ley de Acceso Gratuito a Servicios Médicos y Medicamentos* del DF, hay un mayor énfasis en la universalidad. En todo caso, se establece que el PSMMG es la principal estrategia del gobierno local.

EVOLUCIÓN DEL PSMMG Y DEL SEGURO POPULAR

El PSMMG y el Seguro Popular (SP) son los dos programas centrales de la Secretaría de Salud del DF para alcanzar la cobertura universal y garantizar el acceso de los ciudadanos a servicios y medicamentos. En este apartado estudiaremos brevemente rasgos relevantes de la evolución de ambos programas, desde 2004 para el PSMMG y desde 2005 para el SP. Se compararán las características principales de cada uno para demostrar que comparten el mismo objetivo y la misma población objetivo.

El PSMMG empezó a operar en el año 2001 y se institucionalizó con una ley el 22 de mayo de 2006²⁴. El primer documento oficial que guio su implementación fue el *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del DF. Actualización para el periodo 2004-2006* (en adelante, PG-2004), publicado en febrero de 2004. A partir de 2007 se publicarían anualmente reglas de operación (en adelante, RO). A continuación,

²⁴ 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.

analizaremos los cambios más relevantes en estos documentos a partir de los siguientes criterios: objetivos, población objetivo, metas y programación presupuestal²⁵ (anexo cinco).

En el PG-2004 se establecía como objetivo general, “Garantizar el *derecho* a la protección de la salud”. Sin embargo, en las RO de 2007 hasta 2013 este objetivo queda como sigue, “Garantizar el *acceso* a la protección de la salud”. Así, la palabra “derecho” desaparece del objetivo general establecido en un principio, para quedar como “acceso”. Además, a partir de 2010, en las RO, aunque el objetivo sigue siendo el mismo, se añade la siguiente frase: “...de conformidad con los recursos presupuestales asignados a la Secretaría de Salud del Distrito Federal”. Es decir, se condiciona el acceso a servicios y medicamentos a la capacidad económica del Estado, lo que contradice los principios de universalidad y gratuidad que rigen el programa y que deben guiar la política de salud según el artículo tercero de la *Ley de Salud del Distrito Federal*.

En relación con los objetivos particulares, hay un cambio que se relaciona con el anterior. En un principio, se buscaba “Proporcionar *gratuitamente*... los medicamentos del cuadro institucional autorizado”. Las RO, a partir de 2007, dicen “Proporcionar *gradualmente*... los medicamentos del Catálogo y Cuadros institucionales de Medicamentos...”. Este cambio de la “gratuidad” a la “gradualidad” somete el derecho de los ciudadanos a las restricciones presupuestales de la Secretaría, de la misma forma que el condicionamiento anterior.

En cuanto a población objetivo (PO) y cobertura del programa, hay inconsistencias en las cifras proporcionadas. La meta original del PG-2004 era “cubrir 90% de núcleos familiares y personas residentes en el DF” sin seguridad social laboral para 2006. Meta que,

²⁵ Evalúa DF (Cinta Loaiza *et al.*, 2008:26-38) hizo el cuadro comparativo hasta las reglas de operación de 2008. En el anexo cinco se presenta una actualización con las reglas de operación de 2009 a 2013.

con las cifras oficiales disponibles, no se cumplió y fue modificada posteriormente. En efecto, en las RO de 2007, 2008 y 2009 reconocían, sin justificación alguna, que la cobertura del programa era 70% de las familias, estimando que la PO era alrededor de 3.5 millones de personas. Luego, en las RO de 2010, la estimación de la PO sube a 3,864,261 personas, de los cuales decían cubrir 74%. Finalmente, en las RO de 2013, aunque la PO no cambia, sí se modifica, de nuevo sin justificación, la cobertura, que llega a 84% y la meta esperada – afiliar a 75 mil personas. En resumen, hay confusión y cambio de cifras sin explicación ni fuentes citadas.

Por otra parte, las metas establecidas en el PSMMG eran amplias – como afiliar 90% de los núcleos familiares o capacitar e informar 100% de los mandos superiores y medios – o generales – elaborar encuestas que midan la efectividad de las acciones. En las RO desde 2007 hasta 2012, la mayoría se relacionaban con la gestión del programa – como “suprimir en las unidades hospitalarias en un 90 por ciento el subregistro de las atenciones otorgadas” o “dar seguimiento a la captura de cédulas familiares”. En 2013, hay un cambio significativo, puesto que las metas ya no tienen que ver tanto con proceso administrativos, sino con los objetivos centrales del programa, es decir, garantizar acceso a servicios y medicamentos. Además, se establecen cifras muy específicas – como otorgar 4,858,973 consultas generales y de especialidad u otorgar atención médica mediante 153,341 egresos hospitalarios. Así, se pasa de metas generales relacionadas con la gestión a unas muy específicas, que facilitan la evaluación y rendición de cuentas de las acciones realizadas.

La programación presupuestal es otro rubro en el que hubo cambios significativos. En un principio, la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias tenía que estimar, con base en la prestación de servicios, los gastos necesarios. Las RO de 2010 modifican esto, al definir un “techo presupuestal”, al cual quedan condicionados los servicios y medicamentos

que otorga el programa. Una vez más, se condiciona el derecho de los ciudadanos a los recursos, contraviniendo los principios de universalidad y gratuidad. Otro comentario importante en cuanto al presupuesto es que el gasto per cápita del programa en 2013 fue de 2,344 pesos²⁶, cifra similar a la del SP en 2011 que, según estimaciones del CIEP, fue de 2,419.3 pesos, y muy inferior al costo unitario del IMSS o ISSSTE en 2011 – 10,189.8 y 26,085.8 respectivamente (De la Cruz, 2012).

Esto hace evidente el camino que hace falta recorrer para que las personas sin seguridad social del DF tengan acceso a los mismos servicios y medicamentos que la población con seguridad social laboral. Avanzar hacia esta igualdad depende, en gran medida, de la decisión del GDF de dar prioridad al sector de la salud, con el fin de aumentar sus recursos disponibles. Finalmente, en el rubro de articulación con otros programas, de las RO, de manera sorprendente, no se menciona el Seguro Popular que, como veremos, tiene el mismo objetivo y la misma población objetivo.

En conclusión, se pueden hacer cuatro comentarios sobre el conjunto de estas modificaciones. En primer lugar, los cambios de conceptos – de “derecho” a “acceso”, de “gratuidad” a “gradualidad” y su posterior desaparición – parecerían indicar, como ya afirmaba Evalúa DF en 2008, que las RO le están quitando al programa “la connotación de derecho exigible”, lo que va en contra de la *Ley de Salud del DF*. Esto, junto con el condicionamiento de servicios y medicamentos a los “recursos institucionales disponibles”, son obstáculos que impiden avanzar en el objetivo de la universalidad. Tercero, hay preocupación creciente por la gestión y evaluación del programa, que se deja ver en el

²⁶ El techo presupuestal definido para la Secretaría de Salud en el año 2013 es de \$7,866,121,281 pesos, lo que, dividido en 3,355,287 personas que decían cubrir en diciembre de 2012, representa un gasto per cápita para población sin seguridad social de 2,344 pesos.

establecimiento de metas concretas y medibles. Finalmente, la coordinación no es un problema central para quienes diseñan el programa.

A diferencia del PSMMG, el Seguro Popular no tiene reglas de operación que guíen su implementación, ni algún documento similar. El instrumento de planeación es el *Plan de Acción Específico 2007-2012* (PAE), en el que se definen misión, visión, objetivos, estrategias y actividades, pero a nivel nacional, no por entidades federativas. Por esto, es más complicado hacer un seguimiento de cómo evolucionó en el DF desde su adopción. En un principio el GDF se opuso a incorporar el SP entre sus estrategias en el campo de la salud por el avance del PSMMG y por la supuesta pérdida de derechos que significaría para la población (Cinta Loaiza *et al.*, 2008: 56).

Sin embargo, luego de una fuerte presión mediática y política, el GDF y el gobierno federal firmaron, en junio de 2005, el *Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud* (SPSS) (Secretaría de Salud, 2006: 35). No obstante, el GDF siguió teniendo una “posición crítica respecto a la concepción y operación” del SPSS. En el informe 2006 la SS-DF sostenía que el DF “en contraposición, sostiene como política central, la gratuidad de los servicios médicos y medicamentos gratuitos” (Secretaría de Salud, 2006: 36), es decir, el PSMMG. Sin embargo, como veremos en el siguiente capítulo, mediante una comparación, los dos programas no son incompatibles como sostenía el gobierno en aquel momento.

Ante la falta de reglas de operación, la única fuente de información oficial sobre el SP en el DF son los informes y comparencias anuales de la SS-DF y los informes de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Sin embargo, la información presentada para el DF es poco sistemática, varía mucho cada año y, con frecuencia, los datos son incorrectos. A continuación (cuadro ocho) se presenta, a reserva de la veracidad de los datos,

un intento de organizar la evolución del presupuesto asignado al SP en la ciudad, único rubro que, aunque no hay datos para todos los años, se puede hacer un seguimiento en el tiempo. El cuadro nueve se hizo con información de un estudio elaborado por Evalúa DF en 2013.

CUADRO OCHO. PRESUPUESTO SEGURO POPULAR EN EL DISTRITO FEDERAL
(MILES DE PESOS)

	2006	2007	2008	2009 (1)	2010	2011	2012 (2)
Informes SS-DF	317,900	500,000	NI	1,177,051	1,735,000	2,300,000	10,526,000

Notas:

1. El monto de 2009 es del periodo entre septiembre de 2009 a agosto de 2010.
2. La diferencia tan grande con el año anterior evidencia la confusión que hay en las cifras. Con la información disponible no se puede saber exactamente cuánto presupuesto se destina al SP en la ciudad (ver cuadro cinco con cifras del SINAIS).

Fuente: elaboración propia con base en informes y comparecencias anuales SS-DF 2006 – 2012.

CUADRO NUEVE. RECURSOS TRANSFERIDOS POR CUOTA SOCIAL Y APORTACIÓN SOLIDARIA
FEDERAL AL SEGURO POPULAR EN EL DISTRITO FEDERAL (MILES DE PESOS)

	Cuota social	Aportación solidaria federal	Total transferido
2006-2011	3,573,365	3,918,050	7,491,415
2012			2,368,311
Total			9,859,725

Fuente: Canto Chac, 2013: 92.

Según esta información, el monto presupuestal transferido al DF por concepto del SP ha crecido desde su adopción 644%, al pasar de aproximadamente 317 millones de pesos a 2,368 millones. Sin embargo, otra es la información presentada por el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS, cuadro diez). Con la información de este cuadro no se puede saber qué cantidad de cada rubro se destina al Seguro Popular, pero sí el gasto público para la población sin seguridad social (cuadro once). Si omitimos los detalles²⁷, el gasto per cápita del DF para este sector de la población es extremadamente alto, tanto, que es superior al gasto per cápita para población *con* seguridad social en el resto de entidades federativas, como se puede ver en el cuadro doce. En resumen, es difícil, con la información disponible, determinar el presupuesto del SP en la ciudad.

²⁷ Que no son menores, hace falta desagregar cada uno de los rubros presentados en el cuadro para excluir cifras que no deberían incluirse, como el monto destinado a los Institutos de Especialidad.

CUADRO DIEZ. GASTO PÚBLICO EN SALUD DISTRITO FEDERAL 1990 – 2011, SEGÚN EL SINAI
(MILES DE PESOS)

Año	Gasto Público Total en Salud 1/	Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social 2/	Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social 3/	Gasto Federal en Salud 4/	Gasto Estatal en Salud 5/	Ramo 12 6/	IMSS-Opor 7/	FASSA (Ramo 33) 8/	IMSS 9/	ISSSTE 10/	PEMEX 11/
1990	30,010,245.5	28,735,894.1	1,274,351.5	1,274,351.5		1,274,351.5			24,361,361.7	4,374,532.3	
1991	43,635,277.0	42,147,057.8	1,488,219.3	1,488,219.3		1,488,219.3			27,961,043.5	14,186,014.3	
1992	45,788,166.1	44,160,379.0	1,627,787.0	1,627,787.0		1,627,787.0			28,921,589.4	15,238,789.6	
1993	45,702,892.1	44,118,343.7	1,584,548.3	1,584,548.3		1,584,548.3			31,968,358.4	11,049,088.6	1,100,896.7
1994	50,607,702.1	48,961,646.0	1,646,056.1	1,646,056.1		1,646,056.1			36,331,779.8	10,937,826.4	1,692,039.8
1995	35,371,565.2	34,028,999.1	1,342,566.1	1,342,566.1		1,342,566.1			28,049,649.2	4,776,997.3	1,202,352.6
1996	34,753,318.7	33,303,686.0	1,449,632.7	1,449,632.7		1,449,632.7			25,520,513.4	5,876,170.9	1,907,001.6
1997	40,591,304.9	37,700,054.0	2,891,250.9	2,891,250.9		2,891,250.9			28,982,539.2	7,210,852.7	1,506,662.1
1998	40,884,152.1	39,112,334.1	1,771,818.0	1,771,818.0		0.0		1,771,818.0	29,574,124.6	8,040,430.9	1,497,778.6
1999	48,800,952.9	43,150,051.5	5,650,901.4	2,347,114.4	3,303,787.0	319,120.2		2,027,994.2	31,383,319.1	10,237,215.3	1,529,517.2
2000	69,126,438.4	45,388,515.4	23,737,922.9	20,073,387.3	3,664,535.7	17,918,885.3		2,154,502.0	33,459,268.3	10,166,720.8	1,762,526.4
2001	56,735,266.7	44,070,289.7	12,664,977.0	8,412,388.6	4,252,588.3	6,158,126.8		2,254,261.9	29,810,600.5	12,387,106.1	1,872,583.1
2002	56,765,747.9	44,261,785.4	12,503,962.5	8,458,037.2	4,045,925.3	6,222,491.9		2,235,545.3	32,149,256.9	10,212,658.3	1,899,870.2
2003	63,359,346.8	49,886,303.8	13,473,043.1	9,689,725.1	3,783,318.0	7,157,282.4		2,532,442.7	35,545,561.7	12,022,577.7	2,318,164.4
2004	69,706,061.7	56,690,507.0	13,015,554.7	8,895,657.7	4,119,897.0	6,013,611.5	458,335.7	2,423,710.6	42,430,466.0	12,183,685.0	2,076,356.1
2005	68,369,075.4	53,477,344.9	14,891,730.5	10,174,584.4	4,717,146.1	7,170,943.4	404,695.4	2,598,945.6	37,424,823.4	13,620,266.4	2,432,255.1
2006	68,553,901.7	53,275,612.0	15,278,289.6	10,397,786.7	4,880,503.0	7,382,543.6	357,896.2	2,657,346.8	36,508,854.8	14,370,938.3	2,395,818.9
2007	78,794,754.5	60,227,818.1	18,566,936.4	13,356,596.7	5,210,339.6	10,617,278.9	144,217.0	2,595,100.9	36,749,307.1	20,929,389.6	2,549,121.4
2008	73,722,623.4	57,162,477.2	16,560,146.2	11,560,679.4	4,999,466.8	8,483,241.4	388,630.5	2,688,807.5	36,680,821.0	17,959,150.0	2,522,506.2
2009	81,880,846.7	58,503,506.6	23,377,340.1	18,736,291.7	4,641,048.5	14,814,739.0	1,149,807.4	2,771,745.3	38,399,321.1	17,515,290.3	2,588,895.2
2010	87,288,866.0	64,884,966.2	22,403,899.8	17,525,853.4	4,878,046.4	14,048,920.7	731,977.6	2,744,955.2	42,923,684.1	19,725,173.1	2,236,109.0
2011	84,781,416.0	60,728,149.0	24,053,267.0	19,056,657.2	4,996,609.8	15,538,920.1	226,123.7	3,291,613.4	34,471,992.1	23,532,753.4	2,723,403.6

- Notas: 1. El Gasto Público Total en Salud = Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social + Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social.
2. El Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social = Gasto del IMSS + Gasto del ISSSTE + Gasto en Salud de PEMEX.
3. El Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social = Gasto Estatal en Salud + Gasto del Ramo 12 + Gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades.
4. El Gasto Federal en Salud = Gasto de Ramo 12 + Gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades.
5. Es el Gasto en Salud efectuado con recursos propios de los Estados.
6. Es el Gasto del Ramo Administrativo destinado al Sector Salud.
7. Es el Gasto del Programa que opera con fondos del Gobierno Federal, se apoya en la estructura administrativa del IMSS y funciona en forma desconcentrada. Proporciona servicios de Salud.
8. Es el Gasto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), incluido en el Ramo 33 (Aportaciones Federales para entidades Federativas y Municipios).
9. Es el Gasto ejercido por Instituto Mexicano del Seguro Social.
10. Es el Gasto ejercido por Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
11. Es el Gasto en Salud ejercido por Petróleos Mexicanos.
12. El Producto Interno Bruto por entidad federativa se encuentra a precios básicos, mientras que el nacional a precios de mercado, por lo que la suma de los montos por entidad federativa no es igual al dato nacional.

Fuente: elaboración propia con base en información del Sistema Nacional de Información en Salud (notas del SINAIS).

CUADRO ONCE. GASTO PÚBLICO EN SALUD PER CÁPITA, POR ENTIDAD FEDERATIVA, 2011
(MILES DE PESOS)

Estado	Gasto Público Total en Salud 1/	Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social 2/	Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social 3/	Gasto Federal en Salud 4/	Gasto Estatal en Salud 5/	Población sin Seguridad Social	Población con seguridad social	Gasto per cápita para población sin seguridad social	Gasto per cápita para población con seguridad social
Estados Unidos Mx.	436,946,934.4	243,261,171.8	193,685,762.6	166,986,228.2	26,639,534.4	59,567,138	49,652,793	3.25	4.90
Aguascalientes	4,372,673.6	3,030,388.7	1,942,284.8	1,756,057.1	186,227.7	475,065	701,344	4.09	4.32
Baja California	12,711,143.0	8,220,921.4	4,430,221.6	2,970,423.0	1,519,736.6	1,274,878	2,065,283	3.52	3.98
Baja California Sur	3,303,685.2	2,564,070.0	1,339,615.2	1,013,321.3	326,234.0	204,504	388,400	6.55	6.60
Campeche	4,545,574.2	2,134,276.5	2,411,297.7	1,786,406.7	624,891.0	443,672	370,673	5.43	5.76
Cochila	10,446,577.3	7,936,148.7	2,510,428.7	2,211,408.7	299,020.0	736,000	1,344,675	3.41	4.08
Colima	3,095,937.4	1,712,329.5	1,383,607.9	1,371,144.5	12,463.4	270,737	345,321	5.11	4.96
Chiapas	13,617,143.5	3,147,250.5	10,469,893.0	9,825,190.3	644,702.7	3,785,087	813,551	2.77	3.87
Chihuahua	13,577,348.7	8,251,822.0	5,326,126.7	3,937,203.7	1,388,923.0	1,250,293	2,201,014	4.26	3.75
Distrito Federal	84,781,416.0	60,728,149.0	24,053,267.0	19,056,657.2	4,996,609.8	3,901,862	4,948,481	6.16	12.27
Durango	6,726,465.7	3,820,128.6	2,906,337.1	2,791,150.6	115,186.5	729,203	831,293	3.99	4.60
Guanajuato	16,798,990.1	7,723,080.2	9,075,909.9	8,166,123.2	909,786.7	2,997,289	2,091,024	3.03	3.69
Guerrero	10,238,396.9	3,658,695.6	6,579,701.4	6,316,804.5	262,896.9	2,383,784	743,697	2.76	4.92
Hidalgo	7,964,142.6	3,062,581.3	4,901,561.3	4,796,529.3	105,032.0	1,657,586	787,446	2.96	3.89
Jalisco	26,645,335.9	17,039,354.9	9,606,581.1	7,629,753.0	1,976,828.0	3,424,766	3,697,958	2.81	4.61
México	41,849,617.3	17,621,339.4	24,228,277.9	21,117,262.2	3,111,015.7	8,316,569	6,905,487	2.91	2.55
Michoacán	11,788,510.6	5,576,430.0	6,212,020.6	6,032,715.2	179,305.5	2,768,596	1,165,481	2.24	4.78
Morelos	6,186,851.6	3,434,256.7	2,752,595.0	2,532,045.4	220,549.5	1,035,922	663,691	2.66	5.17
Nayarit	4,206,419.3	2,042,105.8	2,164,313.5	1,942,197.3	222,116.2	513,915	460,207	4.21	4.44
Nuevo León	18,139,966.7	14,391,032.9	3,748,933.8	3,438,331.3	310,602.5	1,380,014	3,175,008	2.72	4.53
Oaxaca	11,507,998.9	3,079,929.5	8,428,069.5	7,805,849.0	622,220.5	2,748,498	797,375	3.07	3.86
Puebla	15,386,022.7	7,194,653.4	8,191,363.3	7,830,311.9	361,051.4	4,095,047	1,663,250	2.00	4.33
Querétaro	5,552,722.8	2,889,210.0	2,663,512.8	2,468,773.4	194,739.5	861,160	920,116	3.09	3.14
Quintana Roo	5,442,360.9	3,184,001.9	2,258,359.0	1,739,842.1	518,516.9	620,251	790,116	3.64	4.03
San Luis Potosí	8,408,657.9	3,989,184.0	4,419,474.0	3,941,311.4	478,162.6	1,403,621	1,101,780	3.15	3.62
Sinaloa	10,556,827.4	6,415,365.4	4,141,462.0	3,468,932.5	672,529.6	1,167,942	1,490,878	3.55	4.30
Sonora	10,252,129.0	6,688,554.9	3,563,574.1	2,806,514.9	757,059.2	948,348	1,604,971	3.76	4.17
Tabasco	10,729,502.7	4,035,039.4	6,694,463.3	4,432,824.2	2,261,639.2	1,389,504	680,819	4.82	5.93
Tampulipas	13,371,138.9	7,900,013.7	5,471,125.2	4,727,575.2	743,550.0	1,355,828	1,910,996	4.04	4.13
Tlaxcala	4,162,090.1	1,529,774.0	2,632,316.1	2,344,350.1	287,966.0	799,138	365,109	3.29	4.19
Veracruz	25,855,180.6	13,007,892.1	12,847,288.5	10,927,726.7	1,919,561.7	4,785,893	2,523,920	2.68	5.15
Yucatán	8,496,858.2	5,126,592.7	3,370,265.5	3,089,449.6	280,815.9	979,921	983,803	3.44	5.18
Zacatecas	5,028,048.6	2,126,533.7	2,901,515.0	2,712,042.8	189,472.2	861,645	513,626	3.37	4.14

Notas: 1. El Gasto Público Total en Salud = Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social + Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social.

2. El Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social = Gasto del IMSS + Gasto del ISSSTE + Gasto en Salud de PEMEX.

3. El Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social = Gasto Estatal en Salud + Gasto del Ramo 12 + Gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades.

4. El Gasto Federal en Salud = Gasto de Ramo 12 + Gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades.

5. Es el Gasto en Salud efectuado con recursos propios de los Estados.

Fuente: elaboración propia con base en información del Sistema Nacional de Información en Salud (notas del SINAISS).

En cuanto a cobertura, tampoco hay claridad en los datos presentados. Los informes y comparencias de la SS-DF presentan información aproximada o no presentan, según el año. Omitiendo estos inconvenientes, en 2006 este programa cubría a unas 320,000 personas; en 2010 a 1,609,907 y actualmente dice tener, aproximadamente, 2,400,000 individuos afiliados. Si aceptamos la cifra de 3,900,000 personas sin seguridad social en la ciudad, el SP tiene una cobertura de 61.5%. Este dato y el presupuesto son los únicos rubros con algún tipo de información (incompleta e incorrecta).

Tal es la confusión con las cifras que, para 2006, Asa Cristina Laurell afirmaba haber alcanzado, “para fines prácticos a la cobertura universal” (Laurell, 2008: 175); para 2008, como mencionan los investigadores de Evalúa DF, la SS-DF reportó tener afiliados a 1,176,000 familias, “dato inexplicable ya que en la estimación máxima no hay más que 950 mil familias sin seguridad social laboral en el Distrito Federal” (Cinta Loaiza *et al.*, 2008: 56); finalmente, luego de una “corrección” de datos, Armando Ahued Ortega, secretario de salud de Marcelo Ebrard desde 2008, afirmaba, en su comparencia ante la Asamblea Legislativa del Distrito Federal 2011, que uno de los dos principales logros del sector era que “hoy podemos afirmar con plena satisfacción, que en la Ciudad de México, hemos logrado la cobertura universal de salud en el primero y segundo nivel de atención, al cien por ciento” (Secretaría de Salud, 2011: 29).

Cifra también inexplicable porque el cien por ciento es imposible de alcanzar, ya que, como la misma SS-DF reconoce en una respuesta a una recomendación emitida por Evalúa DF en enero de 2010, siempre habrá un porcentaje de personas que no quieren afiliarse, no tienen documentos oficiales, ya están inscritos a un sistema de salud particular o acuden a otras organizaciones del sector público federal (Secretaría de Salud, 2010b: 5). Hay, por lo tanto, gran confusión con las cifras, lo que afecta la credibilidad del sistema de información

en salud local e impide la rendición de cuentas. Además, la no publicación de estos datos va en contra del artículo 67-XV de la *Ley de Salud del Distrito Federal* que obliga a la SS-DF a publicar la información de “universos, coberturas, servicios ofrecidos, así como del manejo financiero del sistema local de protección social en salud”.

Como ya mencionamos antes, desde la adopción resistida del SP en la ciudad, este programa era visto por el GDF como opuesto al PSMMG y contradecía los principios de universalidad y gratuidad, establecidos en el artículo tercero de la *Ley de Salud para el Distrito Federal*. Posteriormente, la visión del gobierno cambiaría. En efecto, en el informe 2011, la SS-DF parece abandonar su “visión crítica” sobre el SPSS y lo considera “un mecanismo de financiamiento *complementario*, para seguir garantizando el acceso de los capitalinos a los servicios de salud, en los términos de la *Ley de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos*” (Secretaría de Salud, 2011: 22). El programa pasa, por lo tanto, de ser *contradictorio* a *complementario*, aunque el supuesto conflicto no ha desaparecido.

Según el estudio realizado por Evalúa DF en 2013, una de las tendencias principales del sector salud en la última década es “el desplazamiento del PSMMG, por la condicionalidad fiscal propiciada por la aplicación del Seguro Popular” (Canto Chac, 2013: 91). Así, el SP tendría mayor importancia que el PSMMG en la planeación del sector salud. Dice el estudio que “se tiende a privilegiar al SP como objetivo de política sanitaria local, dado que garantiza a la ciudad recursos presupuestales federales por el volumen de afiliados, lo que propicia la sustitución paulatina del PSMMG” (Canto Chac, 2013: 91). Parecería, entonces, que el PSMMG y el SP estuvieran compitiendo entre sí y fueran programas que persiguen objetivos diferentes. Sin embargo, como veremos en el tercer capítulo, no tiene sentido que sean dos programas diferentes porque buscan el mismo objetivo y tienen la

misma población objetivo. Antes, es necesario evaluar, brevemente, el avance en el cumplimiento del derecho a la salud.

AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD EN EL DISTRITO FEDERAL

El derecho a la salud es uno de los menos controvertidos porque “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 citados en Laurell, 2008: 172). La creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 le dio reconocimiento como derecho, definiéndolo como “el estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, que además requiere del goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, [siendo...] uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (Arriaga citado en Cerda García, 2010: 3).

Posteriormente, el artículo veinticinco de la *Declaración Universal de Derechos Humanos* de 1948 y el artículo doce del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC) institucionalizan el derecho a la salud en el régimen jurídico internacional, imponiendo obligaciones concretas a Estados para garantizarlo (López Menéndez citado en Cerda García, 2010: 3). En México, el artículo cuarto de la Constitución establece la salud como derecho, al igual que la *Ley General de Salud*, la *Ley de Salud del Distrito Federal*, entre otras.

Para definir contenido y objetivos del concepto, el Comité DESC de la ONU, que vigila el cumplimiento del PIDESC, estableció cuatro componentes del derecho a la salud: 1) *disponibilidad* suficiente de instituciones e instalaciones, bienes y servicios de salud; 2)

accesibilidad, incluye cuatro dimensiones que son la no discriminación, accesibilidad física, económica e informativa; 3) *aceptabilidad*, las instalaciones, bienes y servicios deben respetar la ética médica y ser culturalmente apropiados y tomar en cuenta diferencias de género y etarias; 4) *calidad*, incluye personal médico calificado, medicamentos científicamente aprobados y vigentes y equipo de hospital, agua potable y servicios sanitarios adecuados (López Menéndez citado en Cerda García, 2010: 4-5).

Alejandro Cerda García, en un estudio hecho para Evalúa DF, intentó medir, aunque de manera poco sistemática, el avance en el cumplimiento del derecho a la salud en el DF, con base en estas cuatro dimensiones. Presentaremos los principales resultados de su investigación, complementados con algunos datos propios, para evaluar, brevemente, cómo los cambios analizados en apartados anteriores han contribuido a mejorar condiciones y servicios de salud en la ciudad. Sin embargo, la falta de información es, otra vez, un obstáculo real para hacer esta evaluación.

El avance más importante es, tal vez, que los cuatro criterios están presentes en el marco normativo de la ciudad, como se muestra en el cuadro doce.

CUADRO DOCE. EL DERECHO A LA SALUD EN LA LEY DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL 2009

CRITERIO	ARTÍCULO	CONTENIDO
Disponibilidad		
	1°	Regular las bases y modalidades para <i>garantizar el acceso</i> a los servicios de salud por parte de la población del Distrito Federal.
	5, fracción IX	Un servicio básico de salud es "la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud".
	6°, fracción IX	Se entiende por servicios de salud las "acciones que se realizan en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad".
	67, fracción II	El Sistema de Protección Social en Salud tiene que "proveer los servicios de salud del sistema, disponiendo de la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad".
Accesibilidad		
No discriminación	11, fracción III	Un derecho de los usuarios es "ser atendidos oportuna, eficaz y cálidamente por el personal de salud que corresponda, con respeto a sus derechos, su dignidad, su vida privada, su cultura y sus valores en todo momento".
Accesibilidad física	16, fracción XIV	Impulsar la descentralización y consolidar la desconcentración de los servicios de salud en las Delegaciones.
Accesibilidad económica	3°	Este artículo fija como principio del sector la gratuidad, entendida como "El acceso sin costo a los servicios de salud disponibles en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal y a los medicamentos asociados".
Accesibilidad a la información	11, fracción V a X	Entre los derechos de usuarios está "recibir información suficientes, clara, oportuna, veraz y apropiada a su edad, género, educativa, cultural e identidad étnica sobre su historial médico y sobre su estado de salud".

Aceptabilidad		
	11, fracción II	Un derecho de los usuarios es "recibir tratamiento médico conforme a los principios médicos científicamente aceptados".
	16 bis 3	Un derecho de los usuarios es "ser atendidos oportuna, eficaz y cálidamente por el personal de salud que corresponda, con respeto a sus derechos, su dignidad, su vida privada, su cultura y sus valores en todo momento".
	Capítulo XXVI Artículos 100 y 101	"Los pueblos y comunidades indígenas, tienen derecho al uso de las prácticas y conocimientos de su cultura y tradiciones, relacionados a la protección, prevención y fomento a la salud. El ejercicio de este derecho no limita el acceso de los pueblos y comunidades indígenas a los servicios y programas del Sistema de Salud del Distrito Federal".
Calidad		
	11, fracción IV	Un derecho de los usuarios es "tener la seguridad en la calidad y la certeza de la continuidad en la atención médica recibida".
	15, fracción III	El Sistema de Salud del Distrito Federal tiene por objeto "procurar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud".
	67, fracción II	El Sistema de Protección Social en Salud tiene que "proveer los servicios de salud del sistema, disponiendo de la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad".

Fuente: elaboración propia con información de la Ley de Salud para el Distrito Federal, 2009.

Los indicadores para evaluar *disponibilidad*, segundo criterio, son la cantidad de unidades médicas, de camas censables²⁸ y de médicos, en función de la población sin seguridad social, que es la que atiende el gobierno de la ciudad. El cuadro trece presenta estos indicadores por delegación política. Se pueden hacer cuatro observaciones generales. Primero, el DF cumple con el estándar de la OMS de un médico por cada mil habitantes al tener un índice de 1.85. Pero no garantiza una cama censable por cada mil habitantes, tiene un indicador de 0.66. Tercero, el número de unidades médicas de primer nivel por cada diez mil habitantes – 0.91 – y las de segundo nivel por cada cien mil habitantes – 0.97 – parece razonable.

²⁸ La cama censable se define como “la cama en servicio instalada en el área de hospitalización, para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente” (NOM, 2004). El indicador de camas censables por cada mil habitantes “valora la disponibilidad de camas censables... para atender a una población en un lugar y periodo determinados, así como la cobertura de población con base en este recurso” (Sistema Nacional de Salud, 1999).

CUADRO TRECE. DISTRITO FEDERAL. RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS POR DELEGACIÓN, SEGÚN

POBLACIÓN SIN SEGURIDAD SOCIAL, 2011

	Unidades médicas de primer nivel	Unidades médicas de segundo nivel	Camas censables	Médicos	Población sin seguridad social	Unidades primer nivel / PSS (1)	Unidades segundo nivel / PSS (2)	Camas censables / PSS (3)	Médicos / PSS (4)
Iztapalapa	48	5	427	988	895,859	0.54	0.56	0.48	1.10
Gustavo A. Madero	45	7	420	914	463,033	0.97	1.51	0.91	1.97
Álvaro Obregón	26	1	114	441	321,014	0.81	0.31	0.36	1.37
Tlalpan	31	3	205	486	299,066	1.04	1.00	0.69	1.63
Coyoacán	20	1	43	295	245,628	0.81	0.41	0.18	1.20
Cuauhtémoc	30	2	99	638	222,078	1.35	0.90	0.45	2.87
Xochimilco	18	3	96	283	220,714	0.82	1.36	0.43	1.28
Tláhuac	20	2	151	364	191,854	1.04	1.04	0.79	1.90
Venustiano Carranza	24	4	356	744	182,763	1.31	2.19	1.95	4.07
Iztacalco	8	1	58	227	152,188	0.53	0.66	0.38	1.49
Miguel Hidalgo	14	3	257	589	140,318	1.00	2.14	1.83	4.20
Benito Juárez	12	1	199	501	133,128	0.90	0.75	1.49	3.76
Azcapotzalco	19	2	35	314	128,226	1.48	1.56	0.27	2.45
Magdalena Contreras	14	1	28	149	109,390	1.28	0.91	0.26	1.36
Cuajimalpa	13	1	35	119	107,384	1.21	0.93	0.33	1.11
Milpa Alta	14	1	44	184	89,219	1.57	1.12	0.49	2.06
TOTAL	356	38	2,567	7,236	3,901,862	0.91	0.97	0.66	1.85

- Notas: 1. Fórmula: (Unidades médicas de primer nivel / población sin seguridad social)*10,000.
 2. Fórmula: (Unidades médicas de segundo nivel / población sin seguridad social)*100,000.
 3. Fórmula: (Camas censables / población sin seguridad social)*1,000.
 4. Fórmula: (Médicos / población sin seguridad social)*1,000.

Fuente: elaboración propia con información de la Agenda Estadística 2011 de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Sin embargo, si desagregamos la información por delegaciones políticas, resulta evidente una distribución geográfica desigual. Por ejemplo, Iztapalapa, la región con más población sin seguridad social (895,859 personas), tiene 0.54 unidades médicas de primer nivel por cada diez mil habitantes sin seguridad social (SSS), frente a 1.48 de Azcapotzalco, que está en la posición trece de población SSS (128,226), o a 1.31 de Venustiano Carranza que ocupa la novena posición de personas SSS (182,763). Lo mismo sucede con la distribución de camas censables. Iztapalapa cuenta con 0.48 por cada mil habitantes SSS, frente a Venustiano Carranza con 1.95 o Miguel Hidalgo, en la onceava posición de individuos SSS (140,318), con 1.83. En cuanto a recursos humanos, la situación es aún más contrastante. Iztapalapa tiene 1.1 médicos por cada mil personas SSS y Álvaro Obregón, en tercera posición de personas SSS (321,014), tiene 1.37; en el otro extremo, Miguel Hidalgo con 4.20; Benito Juárez, en la posición doce de personas SSS (133,128), 3.76 médicos.

Estos ejemplos ponen en evidencia el problema de inequidad en la distribución de recursos físicos y humanos en el territorio, lo que afecta la disponibilidad de estos en regiones donde más hacen falta. En efecto, esta observación es común en estudios o evaluaciones del sector. Según Evalúa DF, la “heterogénea distribución de los recursos entre las delegaciones... es un obstáculo más para alcanzar la equidad entre delegaciones” (Cinta Loaiza *et al.*, 2008: 64). Por otra parte, según el programa de salud 2002-2006 del DF (Secretaría de Salud, 2002: 17-18) y Cerda García (2010: 15), la infraestructura de salud en la ciudad fue construida antes de los años ochenta y corresponde a la distribución poblacional de aquellos años. Además, según el *Programa de Salud 2007-2012* del DF, “es evidente una concentración de infraestructura regional y por delegación al interior del Distrito Federal” (2007: 21), lo que afecta la disponibilidad de servicios en zonas periféricas, donde se encuentra la mayor cantidad de personas SSS.

Aparte de este problema, es difícil determinar el grado de disponibilidad de medicamentos y de personal capacitado. Según Evalúa DF (Cinta Loaiza *et al.*, 2008: 98) es necesario “analizar con más detenimiento la variable de suficiencia de medicamentos” y “elaborar un diagnóstico de las necesidades de capacitación del personal”. En cuanto a los medicamentos, según Cerda García (2010: 22), “en el caso de la población afiliada al PSMMG, el comportamiento del nivel de surtimiento institucional fue de un 46% frente a un 50% que tuvo que comprarlos en una farmacia y un 3% que los compró en la SSDF (lo que representa una irregularidad en la institución)”. Para este autor, esto se explica por la “oligopolización” del mercado de medicamentos en el país. En resumen, los desafíos relacionados con *disponibilidad* tienen que ver con una redistribución de los recursos físicos y financieros, además de realizar un estudio sobre el grado de desabastecimiento de medicamentos y sus causas.

La *accesibilidad*, segunda dimensión del derecho a la salud, se divide en tres categorías: física, económica y a la información. La primera es reducida por el problema de la inequidad en la distribución geográfica de recursos humanos y financieros. En cuanto a la segunda, el PSMMG tenía como principal objetivo acabar con el obstáculo económico para garantizar el acceso a servicios y medicamentos de la población no asegurada. Sin duda, el programa es un avance, pero la insuficiencia de recursos, en comparación con instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, etc.), disminuye la accesibilidad. Una prueba de ello es que, como se dijo en el párrafo anterior, de los afiliados, 50% tuvo que comprar los medicamentos en una farmacia. Finalmente, no hay datos para evaluar el avance en el acceso a la información, pero este derecho es ampliamente reconocido en el marco normativo.

En cuanto a *aceptabilidad*, tercera dimensión, los programas del GDF, según Cerda García (2010: 19), sufren de una desarticulación institucional, que se traduce en “falta de

atención especializada en cuanto a las principales enfermedades que caracterizan el perfil patológico del Distrito Federal, como aquellas de tipo crónico-degenerativo; problemas de salud en cuanto al sobrepeso, obesidad y otros trastornos alimenticios; enfermedades de transmisión sexual” etc. Sin embargo, hay avances en la detección del cáncer cérvico-uterino, aunque “las acciones dependen del presupuesto con el que se cuente para el año administrativo” (Cerdea García, 2010: 20). Finalmente, se aprobó, en 2007, la *Ley para Despenalizar el Aborto en el Distrito Federal*. Se desconoce, según el autor, “cómo los programas enfocados a las mujeres o a las personas adultas mayores, operan con los estándares de aceptabilidad en cuanto a sensibilidad de género y/o etaria”.

La última dimensión es la *calidad*, que en el DF es deficiente por tres factores: 1) “los recursos humanos no son suficientes para cubrir la demanda de intervención; 2) no se cuenta con los medicamentos, instrumental médico, estudios de gabinete e insumos suficientes y necesarios para cumplir con la atención de manera eficaz; 3) la atención a la salud de las y los pacientes no es idónea” (Cerdea García, 2010: 21-22).

En resumen, aunque no existe información suficiente para evaluar con precisión cada una de las dimensiones del derecho a la salud, se puede decir que el principal avance con los gobiernos del PRD fue en el ámbito de la accesibilidad, por la eliminación (parcial) del obstáculo económico para acceder a servicios y medicamentos mediante el PSMMG. En términos de disponibilidad, muy relacionado con accesibilidad, es necesario avanzar en la redistribución geográfica de recursos físicos y humanos.

CONCLUSIÓN

El marco normativo y los programas de salud de los gobiernos del Distrito Federal creados entre 1997 y 2012 representaron un avance en la consolidación del sistema de salud local. Leyes y programas fijaron como principios rectores del sector universalidad, gratuidad y

equidad, además de obligar al Estado a resolver los problemas sanitarios. El objetivo central, derivado de los instrumentos de planeación, es la cobertura universal, que garantice acceso gratuito a servicios médicos y medicamentos gratuitos. Para ello se creó, desde 2001, el PSMMG, que es la principal estrategia del gobierno.

Sin embargo, esta institucionalización del universalismo en el marco legal y programático se diluye en las reglas de operación del PSMMG. En efecto, el condicionamiento de los servicios y medicamentos a los recursos disponibles, el cambio de “garantizar el derecho” a “garantizar el acceso” y de “otorgar gratuitamente” a “gradualmente los medicamentos”, representan un debilitamiento de la concepción basada en el enfoque de derechos y una pérdida en el avance hacia la exigibilidad de estos.

Además, la dificultad de conocer y diagnosticar las condiciones de salud y los servicios de salud en la ciudad, por falta de información adecuada, es un obstáculo para evaluar los programas, etapa indispensable para detectar fallas y potencialidades en el campo de la salud. Parece necesario avanzar en la elaboración de información más confiable en tres ámbitos: 1) cobertura de población; 2) origen y destino de los recursos financieros; 3) estudio de “regionalización operativa” que asocie recursos humanos, físicos y financieros, con el fin de detectar sobre o sub-utilización de estos en las delegaciones de la ciudad.

La evolución del PSMMG y del SP pareciera indicar, según investigadores de Evalúa DF, que “se tiende a privilegiar al SP como objetivo de política sanitaria local, lo que propicia la sustitución paulatina del PSMMG” (Canto Chac, 2013: 91). Sin embargo, como analizaremos en el siguiente capítulo, los dos programas comparten los mismos objetivos, la misma población objetivo y las funciones que desempeñan los encargados de cada uno son muy similares, razón por la cual se podrían unificar en una sola área administrativa, para

crear sinergias, eliminar duplicidad de funciones y avanzar hacia la universalización de la cobertura.

CAPÍTULO TRES

UN OBJETIVO, DOS PROGRAMAS. HACIA LA UNIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS GRATUITOS CON EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL DISTRITO FEDERAL

INTRODUCCIÓN

Después de casi una década de implementación, ni el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG), ni el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular, SP), han logrado su principal objetivo, es decir, la cobertura universal en salud. Hay diferentes obstáculos para alcanzarla, uno de ellos es la falta de coordinación entre ambos programas, como analizamos en el capítulo anterior. Por lo tanto, el objetivo es proponer un esquema de unificación de las áreas administrativas responsables del PSMMG y del SP.

Para hacer esta propuesta, demostraremos, en un primer apartado, que hay correspondencia entre ambos programas en términos de objetivos, población objetivo y otros rubros. Luego, presentaremos las funciones de cada área administrativa y las consecuencias negativas de no coordinarse, y expondremos la propuesta y sus beneficios. Finalmente, analizaremos las reformas necesarias, en leyes y documentos oficiales del sector salud, para hacer la unificación.

El Gobierno del Distrito Federal (GDF) se opuso, en un principio, a la adopción del SP en el DF porque representaría una pérdida de derechos para los capitalinos y porque, desde 2001, se implementaba el PSMMG, cuya concepción era diferente, y hasta antagónica, según discursos oficiales, a la del SP (Cinta Loaiza *et al.*, 2008: 56). Pero, ante una fuerte presión mediática y política (Laurell, 2008: 175), el GDF tuvo que firmar, en junio de 2005, el *Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud* (SPSS) (Secretaría de Salud, 2006: 35), siendo así la última entidad federativa en adoptarlo.

A pesar de esta firma, el GDF siguió teniendo una “posición crítica respecto a la concepción y operación” del SP. En el informe 2006, la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SS-DF) sostenía que la ciudad “en contraposición, sostiene como política central, la gratuidad de los servicios médicos y medicamentos gratuitos”, es decir, el PSMMG (Secretaría de Salud, 2006: 36). El cuadro catorce, elaborado por Asa Cristina Laurell, Secretaria de Salud en aquel momento, ilustra esta visión, mediante una comparación del SP y el PSMMG según criterios de inclusión/exclusión, calendario de afiliación, financiamiento, beneficios garantizados, forma organizativa y prestador del servicio.

Este cuadro lo retomaron en una investigación realizada para Evalúa DF en 2008 (Cinta Loaiza *et al.*, 2008: 57) y, siguiendo el argumento de Laurell, los investigadores consideran que la concepción de ambos programas es diferente, casi antagónica. En efecto, el PSMMG, según Laurell, “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” (2008: 174).

Así, según esta visión que opone ambos programas, el proyecto del GDF se propuso fortalecer la institución pública y remover “el obstáculo económico para el 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... los servicios se financian solidariamente con recursos fiscales y no con cuotas o primas pagadas por las familias o individuos”. El proyecto federal del SP, de manera aparentemente opuesta, “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... Restringe el derecho a la salud al condicionarlo, por un lado, a la contratación de un seguro mediante un pago y, por el otro, a un paquete predefinido de servicios” (Laurell, 2008: 174).

CUADRO CATORCE. COMPARACIÓN DEL PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS GRATUITOS CON EL SEGURO POPULAR

Concepto	PSMMG	Seguro Popular (art. 77 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 no pagar cuota. Cláusulas de exclusión definitiva
Calendario de "afiliación"	Según la demanda.	14.3 por ciento de las familias susceptibles anualmente (para todos hasta 2010)
Financiamiento	Recursos fiscales locales y federales ramo 33 FASSA (fiscales). El titular y sus dependientes no pagan ninguna cuota o prima.	Cuota social federal (origen fiscal) Cuota solidaria federal, tomada de ramo 33 FASSA (origen fiscal) Cuota solidaria estatal (origen fiscal) Cuota familiar anticipada según estudio socio-económico familiar, no reembolsable Cuota reguladora en el uso de ciertos servicios a cargo del beneficiario
Beneficios garantizados	Todos los servicios disponibles en la SSDF y los medicamentos correspondientes del Catálogo Institucional.	Paquete de 255 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, IMSS-Oportunidades y hospitales privados

Fuente: Laurell, 2008: 17,4 retomado en Cinta Loaiza *et al.*, 2008: 57.

Hasta aquí, el SP y el PSMMG parecen dos programas irreconciliables. Sin embargo, si analizamos con más detalle cada criterio de comparación en el DF, las diferencias se diluyen, si es que no desaparecen. En primer lugar, los criterios de inclusión y exclusión para ambos programas son, en la práctica, los mismos. Según el cuadro uno, la gran diferencia sería el pago de la cuota familiar que pide el SP. No obstante, uno de los acuerdos a los que se llegó para adoptar el SP en la ciudad es que las familias no pagan cuotas (Cinta Loaiza, 2008: 56-57). Por lo tanto, este rubro desaparece y solo queda la solicitud de inscripción, no

ser asegurado y residir en el DF. Además, la renovación de la inscripción, en la práctica, no es anual, sino trianual y no representa un condicionamiento porque al solicitar los servicios, las familias son inscritas automáticamente.

El calendario de afiliación aplicaba hasta 2010, fecha en la que el SP pretendía alcanzar la cobertura universal. Pero, como mostramos en el capítulo anterior, hay gran confusión y manipulación de cifras sobre cobertura y, con los datos disponibles, se sabe que aún, en 2013, no se ha logrado este objetivo. Aquí es importante destacar que la población objetivo del SP y del PSMMG son las personas que no están afiliadas a las instituciones de seguridad social como IMSS o ISSSTE, que se ha denominado “población sin seguridad social”, “no derechohabiente” o “abierta”. Sin embargo, otro problema para el cálculo de coberturas, es que, por falta de un sistema único de afiliación en el sector salud, es difícil comprobar que una persona es, o no, derechohabiente. La afiliación se hace confiando en declaraciones de los individuos que la solicitan. El punto central aquí, es que ni el SP, ni el PSMMG han logrado la cobertura universal. La población objetivo es alrededor de 3,900,000 personas. El primero dice cubrir aproximadamente 2,400,000; el segundo, 3,400,000 (ver discusión sobre cifras en el segundo capítulo).

El cuarto criterio del cuadro comparativo es el financiamiento. De nuevo, la gran diferencia es la cuota familiar y reguladora. Como ya dijimos, éstas no se cobran en el DF. Además, en el ámbito nacional, estas cuotas no han representado, desde su creación, más del uno por ciento de los ingresos del SP. Por lo tanto, ambos programas se financian, en el DF, sólo con recursos fiscales, locales o federales (Ramos 12 y 33).

En cuanto a beneficios garantizados, quinto criterio, el cuadro presenta información que no es realmente comparable. En efecto, el PSMMG dice cubrir “todos los servicios disponibles en la SSDF y los medicamentos correspondientes del Catálogo Institucional”. Pero, con la información publicada, es imposible determinar cuáles son estos servicios, si son más o menos que las 284 patologías incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) en 2012. Lo que sí se puede saber es que, en la práctica, el costo por persona del SP en 2011, según estimaciones del CIEP, fue de 2,419.3 pesos; el costo del PSMMG en 2013 fue de 2,344 pesos por persona²⁹. Esto puede indicar que la diferencia en beneficios garantizados, entre ambos programas, no es muy grande.

Por otra parte, no hay información suficiente para comparar qué programa ofrece más medicamentos en la práctica. Lo que sí se sabe, es que hay insuficiencia. Prueba de ello es que “en el caso de la población afiliada al PSMMG, el comportamiento del nivel de surtimiento institucional (de medicamentos) fue de un 46% frente a un 50% que tuvo que comprarlos en una farmacia y un 3% que los compró en la SSDF (lo que representa una irregularidad en la institución)” (Cerdeza García, 2010: 22; Cinta Loaiza, 2008: 102). En cuanto al desabastecimiento en el caso del Seguro Popular, no hay información oficial o externa que permita conocer su magnitud. Como recomendó Evalúa DF en 2008, es necesario realizar un estudio sobre el grado de desabastecimiento de medicamentos y sus causas (Cinta Loaiza *et al.*, 2008: 98).

La forma organizativa, sexto criterio del cuadro, varía mucho en cada entidad federativa (Flamand y Moreno, dictaminado: 114). En el Distrito Federal, el PSMMG

²⁹ El techo presupuestal definido para la Secretaría de Salud en el año 2013 es de \$7,866,121,281 pesos, lo que, dividido en 3,355,287 personas que decían cubrir en diciembre de 2012, representa un gasto per cápita para la población sin seguridad social de 2,344 pesos.

depende de la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad, aunque, en teoría, toda la SS-DF trabaja para cumplir los objetivos del programa. El SP depende de la Subdirección de Protección Social en Salud de la misma secretaría. Por lo tanto, ambos pertenecen al mismo órgano ejecutivo, pero, desde un punto de vista organizacional, el SP tiene mayor importancia. Finalmente, según entrevistas con funcionarios encargados del diseño e implementación de los programas, los beneficiarios de cada uno tienen acceso a las mismas instalaciones físicas de la ciudad. El prestador del servicio es, por lo tanto, la SS-DF.

En conclusión, el SP y el PSMMG persiguen el mismo objetivo – garantizar el derecho a la salud –, tienen la misma población objetivo – personas sin seguridad social en el DF –, se financian con recursos fiscales, al parecer otorgan beneficios similares y dependen de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Una de las diferencias, entre otras que discutiremos más adelante, es que dependen de dos áreas administrativas distintas, lo que provoca, desde un punto de vista organizacional, consecuencias negativas, que analizaremos en los apartados siguientes, para proponer un esquema de unificación.

CAMBIO DE PERCEPCIÓN OFICIAL Y NECESIDAD DE CLARIFICAR RELACIÓN

Como ya se mencionó, el GDF mantuvo, en un principio, una “visión crítica”, así denominada por el mismo gobierno, sobre el SP y le daba mayor importancia al PSMMG. En el informe de trabajo de 2011, la SS-DF parece abandonar esta percepción del SP y comienza a considerarlo como “un mecanismo de financiamiento *complementario*, para seguir garantizando el acceso de los capitalinos a los servicios de salud, en los términos de la *Ley de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos*” (Secretaría de Salud, 2011: 22). En respuesta a una recomendación de Evalúa DF, emitida en 2010, sobre la coordinación de ambos programas, la SS-DF respondió diciendo que, en la práctica, son

complementarios, lo que confirma la información de funcionarios entrevistados. Parece haber, por lo tanto, un reconocimiento oficial de que ambos programas no son antagónicos como se pensaba antes, sino complementarios.

Sin embargo, no es una visión compartida por todos los actores del campo de la salud. Evalúa DF, en un balance de la política social del DF desde 1997 hasta 2012, establece como una de las principales tendencias en el sector “el desplazamiento del PSMMG, por la condicionalidad fiscal propiciada por la aplicación del Seguro Popular” (Canto Chac, 2013: 91). Como vimos en el cuadro comparativo, dicha “condicionalidad fiscal” no existe en la ciudad. De todos modos, el SP tendría mayor importancia que el PSMMG en la planeación del sector salud. Dice el estudio que “se tiende a privilegiar al SP como objetivo de política sanitaria local, dado que garantiza a la ciudad recursos presupuestales federales por el volumen de afiliados, lo que propicia la sustitución paulatina del PSMMG” (Canto Chac, 2013: 91). Parecería, entonces, que el PSMMG y el SP estuvieran, según esta visión, compitiendo entre sí y fueran programas que persiguen objetivos diferentes, lo que, como demostramos, no es cierto.

Hay más declaraciones que hacen evidente la necesidad de superar esta confusión y clarificar la relación entre ambos programas. Por ejemplo, la evaluación externa, realizada en 2008 por Evalúa DF (Cinta Loaiza *et al.*, 2008: 122), emitió dos recomendaciones relacionadas con este problema. La primera decía que en la alineación del PSMMG con la Ley de Salud del DF “debe eliminarse la ambigüedad respecto al papel del Seguro Popular en la política de salud local que sólo puede ser complementario al PSMMG”. Pero no explican por qué “sólo” puede ser complementario. En la segunda, “renegociar el convenio sobre el SPSS en el Distrito Federal a fin de poder dedicar los recursos transferidos bajo este convenio para pagar los servicios no prestados en las unidades médicas del GDF para los

afiliados al PSMMG y al SP”. Esta última es una muestra de que no hay una coordinación óptima para el uso de los recursos, en beneficio de los usuarios.

Finalmente, en un comentario aislado, la evaluación dice que “ambos programas podrían complementarse en la práctica adecuadamente, como caso excepcional en el país”. Pero, sin justificación alguna, añaden lo siguiente: “sin embargo, el debilitamiento del PSMMG, pone en riesgo el cumplimiento cabal de la universalidad en el derecho a la protección a la salud, por lo que resulta altamente prioritario enfatizar el fortalecimiento del programa”. ¿Por qué no pensar en la unificación y fortalecimiento de ambos, más allá de mencionarlo marginalmente? No hay respuesta a esta pregunta en dicho estudio, ni en la literatura sobre el tema. El objetivo de esta tesis es, precisamente, discutir este problema y proponer la unificación de los dos programas.

SITUACIÓN ACTUAL, TIPOS Y BENEFICIOS DE LA COORDINACIÓN

El problema de la coordinación es uno de los más viejos que enfrenta el sector público en el mundo (Bouckaert, Peters y Verhoest, 2010: 13). Según Radin, una tendencia en las últimas décadas es la inclusión de diferentes niveles de gobierno en el diseño e implementación de políticas públicas, lo que los vuelve interdependientes. Es poco común en la actualidad, dice el autor, que un solo nivel tenga suficiente influencia para determinar el diseño, financiamiento, gestión y provisión de políticas y servicios (Radin, 2003: 608). Esta tendencia se agudizó en América Latina con las medidas de descentralización implementadas desde los ochenta.

Con este proceso, según Enrique Cabrero, las políticas sociales han sufrido reacomodos, ajustes y crisis (2007: 2). Han surgido iniciativas de todos los niveles de gobierno, de las cuales, algunas son complementarias, otras se desarrollan paralelamente y

otras se contradicen y neutralizan entre sí. Por lo tanto, “el reto de encontrar formas de cooperación entre promotores de esta diversidad de iniciativas es urgente” (2007: 2). Los beneficios que podrían esperarse de la coordinación son cuatro: 1) disminución de redundancias en procesos y tareas administrativas, con el ahorro que significa; 2) la disminución de riesgos de incoherencia en la acción organizada; 3) la identificación de vacíos en las cadenas de funciones y en el entramado institucional; 4) la creación de sinergias en el quehacer de todos los componentes (Molina y Licha citados en Cabrero, 2007: 6). Como veremos en el siguiente apartado, lo que buscamos con la propuesta, se relaciona con estas cuatro dimensiones.

Por otra parte, Guy Peters (citado en Cabrero, 2007: 6) considera que la coordinación puede tener diferentes connotaciones. Negativa, cuando “solo constituye un mecanismo para evitar el traslape entre acciones gubernamentales diversas”; positiva cuando “la intención de los participantes es trabajar conjuntamente y cooperar entre sí”; integral cuando “no sólo se coopera para ofrecer un servicio, sino para compartir los objetivos de la política en cuestión”. Finalmente, la etapa más avanzada de la coordinación sería aquella en la que “se comparte plenamente la visión de futuro en un proyecto y estrategia de gobierno”. Nuestro punto de vista es que la coordinación en el sector salud del DF, especialmente entre el PSMMG y el SP, tiene una connotación negativa. En efecto, como hemos demostrado hasta ahora, ambos programas se implementan de manera paralela, evitando el traslape. Nuestra propuesta pretende avanzar hacia la etapa más avanzada, unificando las dos acciones para que compartan visión y estrategia de gobierno.

Para lograr este objetivo, hay diferentes instrumentos de coordinación en el sector público. Radin hace una clasificación, en el campo de las relaciones intergubernamentales, en cuatro categorías: estructurales, programáticos, de investigación y reforzamiento de

capacidades y de comportamiento (2003: 610). Nuestra propuesta se relaciona con varios tipos, especialmente con la “colaboración”, que incluye la unión de recursos, planeación, implementación y evaluación de nuevos servicios. Radin lo clasifica como instrumento programático, pero reconoce que se sobrepone con los estructurales porque implica el reconocimiento de los diferentes niveles, de que las viejas estructuras deben cambiar para resolver problemas intergubernamentales (2003: 613). La única diferencia es que no solo consideramos la unión en estas funciones, sino también la unificación de las áreas administrativas, encargadas de cada programa dentro de la SS-DF.

HACIA LA UNIFICACIÓN

La organización actual, en la que el PSMMG depende de la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad (JUD de Gratuidad) y el SP de la Subdirección de Protección Social en Salud (SPSS), implica redundancias en procesos y tareas administrativas, es decir, duplicidad de funciones. Como se muestra en el cuadro quince, las funciones de cada área administrativa, que aparecen en el Manual Administrativo de la Secretaría de Salud del DF, se presentan en forma de listas. En estas, no hay distinción entre diferentes procesos o etapas y, algunas, son poco claras y generales, lo que no resulta útil a la hora de implementar y evaluar lo que hacen estas dependencias.

CUADRO QUINCE. COMPARACIÓN DE FUNCIONES ENTRE LA JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE GRATUIDAD Y LA SUBDIRECCIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad	Subdirección de Protección Social en Salud	
Objetivo	Objetivo	
Verificar el funcionamiento del ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos en las unidades médicas de segundo nivel de atención y proponer medidas para la solución de los problemas detectados.	Garantizar las acciones necesarias para el desarrollo eficiente, eficaz y oportuno del Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal, en coordinación con las Direcciones Generales de Servicios Médicos y Urgencias, Administración en la Secretaría de Salud, y el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.	
Funciones	Funciones	
1. Elaborar y actualizar el diagnóstico situacional sobre el ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos del Gobierno del Distrito Federal.	1. Acordar con la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial los asuntos relacionados con la planeación, organización, operación y control de la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal, así como la aplicación de los recursos financieros del Sistema, de acuerdo con lo que establece la Ley General de Salud, su Reglamento y el Acuerdo de	10. Supervisar, evaluar y dar seguimiento a los mecanismos de atención de las quejas de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal, y a las medidas correctivas aplicadas en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal y en las instituciones públicas con quienes se tengan firmados convenios interinstitucionales.
2. Proponer y operar un Sistema de Evaluación y Control para el ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos.	2. Realizar las acciones financieras, administrativas y normativas del Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal en coordinación con las Direcciones Generales de Servicios Médicos y Urgencias, Administración en la Secretaría de Salud y el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Pública del Distrito	11. Evaluar periódicamente la prestación de los servicios que ofrece el Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal, tomando en consideración la opinión de los beneficiarios sobre el ejercicio de sus derechos y la satisfacción por los servicios recibidos.
3. Dar seguimiento a las acciones y políticas que aplican al ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos y proponer medidas correctivas a las desviaciones detectadas.	3. Coordinar las acciones necesarias para la oportuna prestación, supervisión y evaluación de los servicios de salud descritos en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud.	12. Elaborar los informes respecto del Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal conforme a la Ley General de Salud, su Reglamento y Acuerdo de Coordinación, que deberán entregarse a la Secretaría de Salud Federal.
4. Dar seguimiento a las quejas planteadas por los derechohabientes, en el ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos y proponer alternativas de solución.	4. Conciliar con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, previo envío de recursos subsecuentes, el monto de los recursos federales transferidos con base en el padrón vigente de beneficiarios.	13. Solicitar, recibir, y aprobar informes sobre la prestación de los servicios del Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal en las instituciones públicas con quienes se hayan suscrito convenios interinstitucionales e interestatales.
5. Asegurar el cumplimiento estricto de los procedimientos para el ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos en los Hospitales de la Red.	5. Diseñar, organizar y controlar las acciones necesarias para la afiliación al Sistema de Protección Social en Salud de familias no aseguradas en el Distrito Federal.	14. Evaluar los procedimientos de referencia y contrarreferencia del Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal, con las instituciones públicas con las que se suscriban convenios.
6. Concentrar, canalizar y analizar la información proporcionada por los hospitales con relación al ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos.	6. Organizar campañas de difusión respecto del universo de cobertura, servicios ofrecidos y del manejo financiero del Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal.	15. Organizar la capacitación para el funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal.
7. Diseñar mecanismos para la identificación de población usuaria que no vive en el Distrito Federal y que no cumple con los requisitos para recibir los beneficios del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos.	7. Aplicar los mecanismos de evaluación de la capacidad económica de las familias, conforme a los lineamientos fijados por la Secretaría de Salud Federal, para establecer el nivel de cuota familiar que corresponda e identificar a las familias sujetas al régimen no	16. Evaluar y proponer la suspensión o cancelación de la cobertura del Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal en los casos procedentes.
8. Coordinarse con las autoridades del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Pública, para facilitar el desarrollo de los procedimientos para el ejercicio del derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos.	8. Integrar y administrar el padrón de beneficiarios en los términos de las disposiciones aplicables, y preparar el informe con los elementos necesarios para integrar el padrón nacional del Sistema de Protección Social en Salud.	17. Conciliar con la Secretaría de Salud Federal, los informes de servicios otorgados por los hospitales públicos con los que se tengan suscritos convenios, a partir de lo cual se retendrán las cuotas que corresponden a la federación.
	9. Vigilar, atender y tutelar los derechos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal.	18. Instrumentar y supervisar el Sistema de Control Interno de la Secretaría de Salud, elaborado por la Contraloría Interna, así como implementar acciones para su mejora.
		19. Atender las recomendaciones generadas en el Diagnóstico de Control Interno, integrado por la Contraloría Interna.

Fuente: elaboración propia con base en el *Manual Administrativo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal*, 2007, pp. 81 y 153.

Como se puede ver, algunas funciones se duplican, como las relativas a la evaluación de las acciones de cada área o el seguimiento a las quejas y sugerencias de los derechohabientes. La propuesta de unificación de ambas áreas, presentada en el cuadro dieciséis, pretende clarificar las funciones de cada una y ordenarlas en torno a cuatro etapas – diagnóstico, diseño de estrategias, implementación y evaluación –, que facilitarían las acciones realizadas para garantizar el derecho al acceso gratuito a servicios médicos y medicamentos.

CUADRO DIECISÉIS. PROPUESTA DE UNIFICACIÓN DE FUNCIONES ENTRE LA JEFATURA DE UNIDAD DEPARTAMENTAL DE GRATUIDAD Y LA SUBDIRECCIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

ACCESO GRATUITO A SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS	
Objetivo	
Garantizar el derecho al acceso gratuito a servicios médicos y medicamentos asociados, en las unidades médicas de primer y segundo nivel, a las personas que no tienen seguridad social laboral.	
Funciones	
1. INFORMACIÓN - DIAGNÓSTICO	3. IMPLEMENTACIÓN
Elaborar y actualizar un diagnóstico sobre los obstáculos que impiden acceder gratuitamente a servicios médicos y medicamentos de primer y segundo nivel.	Organizar y controlar las acciones necesarias para la afiliación de la población al programa de salud del Distrito Federal.
Elaborar y actualizar un diagnóstico sobre los servicios médicos y medicamentos prioritarios para mejorar las condiciones de salud de la población sin seguridad social laboral en el Distrito Federal.	Administrar el padrón de beneficiarios del sistema de salud del Distrito Federal.
Elaborar y actualizar un diagnóstico sobre cobertura e identificar a la población potencialmente beneficiaria de los programas de salud del Distrito Federal.	Asegurar el cumplimiento adecuado de las estrategias para eliminar obstáculos al acceso a servicios médicos y medicamentos gratuitos y para afiliar a la población potencialmente beneficiaria que desconoce sus derechos.
Elaborar y actualizar un diagnóstico sobre las finanzas disponibles y necesarias para garantizar el derecho al acceso gratuito a servicios médicos y medicamentos.	Coordinarse con el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, Institutos Nacionales de Salud y demás organizaciones del sector para garantizar un flujo de información adecuado y la buena prestación de servicios.
	Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia para mejorar la coordinación de organizaciones del sector salud que prestan servicios en el Distrito Federal.
2. DISEÑO DE ESTRATEGIAS	4. EVALUACIÓN - RENDICIÓN DE CUENTAS
Diseñar estrategias para eliminar obstáculos que impiden el acceso gratuito a servicios médicos y medicamentos, con base en el diagnóstico realizado.	Evaluar las estrategias implementadas con base en las reglas de operación, contrastando objetivos, metas y resultados. Publicar un informe anual recopilando los resultados de la evaluación.
Elaborar un paquete de servicios y medicamentos prioritarios, que se puede ofrecer con los recursos disponibles, ampliaciones futuras y su costo correspondiente, con base en el diagnóstico realizado.	Solicitar, fomentar y facilitar evaluaciones de las estrategias por actores externos.
Crear estrategias para afiliar a la población potencialmente beneficiaria de los programas de salud del Distrito Federal, que desconoce sus derechos, con base en el diagnóstico realizado.	Diseñar e implementar sistemas adecuados para recuperar las quejas de los derechohabientes. Dar seguimiento e incluir dichas quejas en las evaluaciones internas.
Incluir recomendaciones de evaluaciones internas y externas en la formulación de las estrategias anteriores.	
Crear programas de capacitación del personal para garantizar el buen funcionamiento del programa de salud del Distrito Federal.	
Vigilar, atender y tutelar los derechos de los beneficiarios del programa de salud del Distrito Federal.	
Elaborar y actualizar anualmente reglas de operación que reúnan las estrategias anteriores y faciliten su evaluación.	
Hacer estrategias para aumentar el presupuesto destinado a garantizar el derecho al acceso gratuito a servicios médicos y medicamentos gratuitos.	
Coordinarse con la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, para que las estrategias sean coherentes con la política de salud y con programas de otras áreas administrativas.	

Fuente: elaboración propia.

El objetivo general de la nueva área administrativa, que estaría adscrita a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, igual que como lo es ahora, sería “Garantizar el derecho al acceso gratuito a servicios médicos y medicamentos asociados, en las unidades médicas de primer y segundo nivel, a las personas que no tienen seguridad social laboral”³⁰. Para lograr este objetivo, las acciones se dividen en cuatro etapas (Cuadro dieciséis), derivadas del modelo secuencial de políticas públicas (Aguilar, 2010: 34). En cada una, se definen funciones específicas y la coordinación necesaria con otras áreas administrativas de la SS-DF.

La primera etapa – recolección de información y elaboración de diagnósticos – es indispensable para el diseño de estrategias en el sector, porque permite detectar los principales problemas y desafíos, para los cuales hay que diseñar acciones específicas. Con base en el marco normativo y los programas de salud de los últimos dos gobiernos, se pueden definir cuatro ejes: 1) los obstáculos para el acceso efectivo a servicios médicos y medicamentos gratuitos; 2) la detección de servicios y medicamentos prioritarios que requiere la población de la ciudad³¹; 3) la cobertura del sistema de salud e identificación de población no afiliada por desconocimiento de sus derechos; 4) la situación financiera, proyección de necesidades presupuestarias y posibilidades de aumentar ingresos. Estas cuatro tareas se deberán hacer en estrecha relación con la Subdirección de sistemas de información en salud. Además, la detección de los servicios y medicamentos prioritarios (segunda función) se deberá hacer en coordinación con la Dirección general de servicios médicos y urgencias y la Dirección de medicamentos, insumos y tecnología de la SS-DF.

³⁰ De acuerdo con el artículo primero de la *Ley de que establece el Derecho al Acceso Gratuito a Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral*.

³¹ Este eje no está presente en el marco normativo, ni en los programas. Es parte de la propuesta que hacemos, de acuerdo con los principios del “universalismo básico”.

La segunda fase – diseño de estrategias – está muy relacionada con la anterior porque es a partir de los resultados de los diagnósticos que se pueden formular acciones específicas. En efecto, las tres primeras funciones de esta etapa corresponden a las tres primeras de la anterior. El objetivo es que, con base en los resultados de los diagnósticos, se formulen estrategias en tres ámbitos: 1) eliminar obstáculos que impidan el acceso gratuito a servicios médicos y medicamentos gratuitos; 2) elaborar un paquete de servicios y medicamentos prioritarios, ampliaciones futuras y su costo correspondiente; 3) diseñar programas para detectar y afiliar población potencialmente beneficiaria que desconoce sus derechos. Para facilitar la implementación y evaluación de estas tres estrategias, es necesario elaborar, anualmente, reglas de operación, que incluyan las recomendaciones hechas en las evaluaciones internas y externas³² (funciones 4, 6 y 7). Por otra parte, hay que establecer programas de capacitación para el personal³³ y vigilar el cumplimiento de los derechos. Finalmente, se formularán estrategias para conseguir el acuerdo político que permita ampliar los recursos financieros disponibles.

Antes de seguir, es necesario aclarar el segundo eje de acción. Pocos sistemas de salud son realmente “universales”, especialmente en los países subdesarrollados, en cuanto a la cantidad de servicios y medicamentos que cubren, por la restricción presupuestal, que se deriva, en gran medida, de una decisión política de no priorizar la salud en la agenda gubernamental. Por lo tanto, en muchos casos se define un paquete de servicios – como el CAUSES³⁴ para el Seguro Popular –, cuyo objetivo es identificar qué servicios y qué medicamentos son prioritarios para mejorar las condiciones de salud de una población y

³² En coordinación con la Jefatura de unidad departamental de evaluación.

³³ En coordinación con la Subdirección de formación de recursos humanos.

³⁴ Catálogo Universal de Servicios de Salud.

focalizar los recursos hacia estos. Esta propuesta se alinea con el cuarto principio del “universalismo básico”, según el cual, éste “ofrecerá un conjunto limitado de prestaciones llamadas esenciales” que se deben ir ampliando progresivamente (Molina, 2006: vii). Esto, junto con el diagnóstico – segunda función de la primera etapa –, se deberá hacer con la ayuda de la Dirección general de servicios médicos y urgencias y la Dirección de medicamentos, insumos y tecnología.

La idea es, en un principio, focalizar los recursos para financiar dicho paquete y, luego, llegar a un acuerdo que permita aumentar los recursos para ampliarlo hasta donde sea necesario. La propuesta que hacemos (segunda función) es definir, con base en el presupuesto actual del SP y del PSMMG, un paquete común y proyectar ampliaciones futuras, lo que se relaciona con la cuarta función de esta etapa. Aunque el GDF haya sostenido que su cobertura es universal, en la práctica, esto no es así porque no se destinan los recursos necesarios.

Como ya se dijo, el presupuesto por persona sin seguridad social destinado a salud por el GDF en 2013, fue de 2,344 pesos³⁵, cifra similar a la del SP en 2011 que, según estimaciones del CIEP, fue de 2,419.3 pesos, y muy inferior al costo unitario del IMSS o ISSSTE en 2011 – 10,189.8 y 26,085.8 respectivamente (De la Cruz, 2012). La definición de un Paquete Común de Servicios y Medicamentos permitiría disminuir, aunque sea un poco, la fragmentación del universalismo en salud, por lo menos en el “primer piso”, que corresponde a los servicios para población sin seguridad social laboral.

En cuanto a las acciones de implementación, el objetivo es garantizar que las estrategias diseñadas se cumplan efectivamente. Por lo tanto, hay tres ejes principales: 1) organizar y

³⁵ El techo presupuestal definido para la Secretaría de Salud en el año 2013 es de \$7,866,121,281 pesos, lo que, dividido en 3,355,287 personas que decían cubrir en diciembre de 2012, representa un gasto per cápita para población sin seguridad social de 2,344 pesos.

controlar las acciones necesarias para la afiliación de la población y la administración del padrón de beneficiarios³⁶; 2) garantizar el buen funcionamiento de los programas para eliminar obstáculos al acceso a servicios y medicamentos y para afiliar población potencialmente beneficiaria que desconoce sus derechos; 3) coordinarse con las demás organizaciones del sector salud para garantizar un buen flujo de información y prestación de servicios³⁷.

Finalmente, la evaluación de las acciones permitirá detectar fallas y potencialidades para proponer acciones correctivas. Se sugieren cuatro funciones: 1) evaluar las estrategias diseñadas con base en las reglas de operación y publicar un informe anual con los resultados; 2) solicitar, fomentar y facilitar la evaluación por parte de actores externos; 3) diseñar e implementar sistemas adecuados para recuperar las quejas de los derechohabientes e incluirlas en las evaluaciones.

Con la separación y adecuada coordinación de estas cuatro etapas, se lograría avanzar hacia la garantía del derecho al acceso a servicios médicos y medicamentos gratuitos de primer y segundo nivel, objetivo central de los programas y leyes de salud del DF durante la última década.

ASPECTOS POTENCIALMENTE POLÉMICOS EN TORNO A LA UNIFICACIÓN

Es importante aclarar que la propuesta anterior se inscribe únicamente en el ámbito de la gestión, por lo que se excluyen diversas consideraciones políticas que discutiremos, brevemente, a continuación. Entre estos hay dos fundamentales: 1) las diferencias

³⁶ En coordinación con la Subdirección de sistemas de información en salud.

³⁷ En coordinación con la Dirección general de servicios médicos y urgencias y la Dirección de medicamentos, insumos y tecnología.

ideológicas entre el Gobierno Federal (GF) y el Gobierno del Distrito Federal (GDF); 2) el uso político-electoral por parte de ambos niveles de gobierno.

En las secciones anteriores intentamos demostrar que el SP y el PSMMG no son del todo antagónicos, sino que tienen varios puntos en común. Sin embargo, hay dos elementos ideológicos centrales que, para que se logre la unificación, se tiene que llegar a un acuerdo político-administrativo. El primero tiene que ver con la rectoría de la política de salud, es decir, qué nivel de gobierno tendrá que tomar las decisiones de política pública. México vive un proceso de democratización-descentralización, en el cual los gobiernos locales han ganado un espacio importante en diferentes ámbitos. Por esta razón, y porque el sistema de salud del Distrito Federal es bastante sólido, en nuestra propuesta asumimos que debería ser el gobierno capitalino, específicamente la Secretaría de Salud del DF, quien tenga dicha rectoría. Sin embargo, el arreglo debe surgir de una negociación entre los dos niveles, junto con los actores interesados.

El segundo punto a considerar, central en las reformas a los sistemas de salud en el mundo, es la participación del sector privado en la prestación de los servicios de salud. Como lo dice Barba Solano (2012b: 63), “la separación de funciones de los sistemas de salud ha sido un elemento importante en muchas reformas, particularmente en lo concerniente a la separación de la provisión de servicios y el financiamiento del sistema”. Es decir, qué tanto debe proveer servicios y financiarlos el sector público y/o el sector privado. En México, esta discusión se dio desde la introducción del Seguro Popular porque el proyecto, inspirado en el “pluralismo estructurado” de Julio Frenk y Juan Luis Londoño (1997), preveía una participación importante del sector privado en la provisión y financiamiento de los servicios de salud.

En efecto, la condición del Partido Revolucionario Institucional (PRI) para aceptar el SP en 2005 fue la exclusión del sector privado en la prestación de servicios. Posteriormente, se violó este acuerdo por medio de un reglamento, expedido por el Ejecutivo (Laurell, 2009). Esto demuestra que es un tema en el que hay diferencias ideológicas y políticas que no se pueden obviar. En el caso del DF, el modelo de salud siempre ha defendido el financiamiento y prestación de servicios por parte del Estado, mediante recursos públicos. Para avanzar en la unificación propuesta, sería necesario hacer un debate amplio sobre los efectos negativos y positivos, en términos del cumplimiento del derecho a la salud, de incluir actores privados en el sector salud, revisando y evaluando experiencias internacionales como las de Colombia y Brasil. Estos son los dos puntos relacionados con las diferencias ideológicas entre ambos niveles de gobierno que habría que superar para avanzar en la propuesta.

El uso político-electoral de los programas de salud, segundo aspecto político, es otro obstáculo para que se haga realidad la propuesta. Como afirma Tosoni (2007: 48), “el clientelismo siempre es noticia en México, y durante los periodos electorales aparece como un escándalo político asociado a la corrupción”. Los programas de salud en México, por representar una parte importante del gasto público, son atractivos para las prácticas clientelares. En América Latina, “los servicios de salud constituyen entre un tercio y la mitad del gasto social en América Latina” (Barba, 2012b: 61), lo que los hace un nicho muy seductor para la compra de votos. En México, se ha acusado, con frecuencia, al gobierno nacional de usar el Seguro Popular de manera clientelar (Nexos, 2007). Pero más que acusaciones, normales en la escena política, el Consejo General del Instituto Electoral del Distrito Federal sancionó, el 31 de julio de 2006, al Partido de Acción Nacional (PAN) local por haber usado el Seguro Popular para promover a sus candidatos políticos (Herrera, 2007).

Pero esta no es solo una práctica del Gobierno Federal, sino también del Gobierno Distrito Federal. Carlos Cruz Arzate (2011: 5) sostiene que las corrientes del Partido de la Revolución Democrática en el Distrito Federal, para consolidarse, han usado instrumentos de tres tipos: clientelismo, *pork barrel* y patronazgo. El objetivo de este apartado no es denunciar y analizar este tipo de prácticas, sino demostrar que, por la cantidad de recursos que representan los programas de salud en el DF, son instrumentos clientelares de ambos niveles de gobierno. Y esto es un obstáculo para la unificación porque en el caso de que se hiciera, la identificación de la política de salud con algún partido político, y por lo tanto los votos, se perderían. Si se quiere avanzar en el cumplimiento del derecho a la salud, los políticos tendrían que abandonar sus prácticas clientelares en este campo.

Si estos dos obstáculos políticos – diferencias ideológicas y uso clientelar de los programas – se superan, habría que hacer una serie de reformas legales para avanzar en la unificación de los programas, que se describen en el siguiente apartado.

REFORMAS NECESARIAS PARA LA UNIFICACIÓN

Para unificar los dos programas de salud tiene que haber una negociación entre el Gobierno del Distrito Federal, la Asamblea Legislativa del DF, el Gobierno Federal y el Congreso de la Unión. En cuanto al Jefe de Gobierno, la *Ley de Salud del Distrito Federal* le da las siguientes atribuciones en el ámbito de la colaboración con la administración federal:

Artículo 16, inciso III: “Determinar la forma y términos de concertación y colaboración con las instituciones federales y los sectores social y privado para garantizar la prestación de los servicios de salud”;

Artículo 16, inciso IV: “Proponer e impulsar la adecuada coordinación y vinculación con la Secretaría Federal... para brindar atención médica de especialidad a la población del Distrito Federal;

Artículo 16, inciso XXI: “Suscribir convenios de coordinación y concertación con la Secretaría Federal...”.

Sin embargo, le decisión tiene que negociarse con el Gobierno Federal, puesto que el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) es un programa nacional. Los documentos oficiales que necesitan reformarse para avanzar en la unificación son:

- *Ley de Salud del Distrito Federal* (en adelante, LS-DF);
- *Acuerdo de Coordinación para la Prestación que para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud que celebra el Ejecutivo Federal y el Gobierno del Distrito Federal* (en adelante, Acuerdo);
- *Manual Administrativo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal* (en adelante, Manual);
- Reglas de operación del *Programa de Acceso Gratuito a Servicios Médicos y Medicamentos para personas sin seguridad social del Distrito Federal* (en adelante, RO).

Como se mencionó en el capítulo anterior, la LS-DF institucionaliza la separación del PSMMG y del SP al dedicar un capítulo (Título segundo, capítulo XIII) al segundo y no relacionarlo con el primero. Por lo tanto, se propone reformar este fragmento para que se aplique a los dos programas como se muestra en el cuadro diecisiete.

CUADRO DIECISIETE. REFORMAS A LA LEY DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

Capítulo XIII	
<i>Del Sistema de Acceso Gratuito a Servicios Médicos y Medicamentos</i>	
Artículo 66	Todos los habitantes del Distrito Federal tienen derecho a ser incorporados al <i>Sistema de Acceso Gratuito a Servicios Médicos y Medicamentos</i> , sin importar su condición social o económica, en los términos dispuestos por la <i>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</i> .
Artículo 67	Para los efectos del presente capítulo, se crea el <i>Sistema de Acceso Gratuito a Servicios Médicos y Medicamentos</i> en el Distrito Federal como el régimen del Sistema de Protección Social en Salud aplicable en su territorio, el cual será coordinado por el Jefe de Gobierno a través de la Secretaría de Salud, que tendrá las atribuciones siguientes:
VI.	Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del régimen de protección social en salud en el Distrito Federal, así como los demás ingresos que en razón de frecuencia en uso de los servicios o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados, se impongan de manera adicional en los términos de las disposiciones de Ley aplicables. (Se propone anular este inciso porque no se cobran cuotas familiares en el Distrito Federal)
XI.	Procurar las acciones necesarias para que las unidades de atención médica del Gobierno provean como <i>mínimo los servicios convenidos en el Catálogo Común de Servicios Médicos actual</i> .

Fuente: elaboración propia.

Así, el nombre cambiaría de *Sistema de Protección Social en Salud* a *Sistema de Acceso Gratuito a Servicios Médicos y Medicamentos*. Los demás artículos se relacionan con las funciones que tiene el SP actualmente y no habría que reformarlos porque la unificación de funciones propuesta incluye estos mandatos. Las únicas dos modificaciones es, primero, anular el inciso VI del artículo 67, en el cual se prevé recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares correspondientes al DF que, como se dijo anteriormente, no se cobran en la Ciudad.

La segunda modificación es al inciso XI del mismo artículo, que prevé que las unidades médicas del Gobierno de la ciudad presten, como mínimo, los “servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, gineco-

obstetricia, pediatría y geriatría, de acuerdo al nivel de atención, acreditando previamente su calidad”. Si se adopta un paquete común de servicios médicos, del cual hablamos en el apartado anterior, este inciso debería quedar como sigue: “Procurar las acciones necesarias para que las unidades de atención médica del Gobierno provean como mínimo los servicios convenidos en el Catálogo Común de Servicios Médicos actual”. La palabra “actual” es porque dicho catálogo se tiene que ir ampliando de acuerdo con las proyecciones hechas por la Unidad de Acceso Gratuito a Servicios Médicos y Medicamentos.

En cuanto al Acuerdo, si se adopta el Paquete Común de Servicios Médicos, se debe modificar la cuarta cláusula, dedicada a la prestación de servicios de salud. Actualmente, se establece que el GDF garantizará la prestación de los servicios contemplados en el Catálogo de Servicios Esenciales (CASES, hoy CAUSES) y los medicamentos asociados a esos tratamientos, incluidos en el Cuadro Básico y el Catálogo de Medicamentos del Sector Salud. La modificación pretende que el GDF garantice la prestación de servicios del Paquete Común de Servicios Médicos, que incluye los del CAUSES y otros adicionales que se definan en un principio con base en el diagnóstico realizado, con sus medicamentos asociados. Por otra parte, los anexos del Acuerdo relativos al destino de los recursos provenientes del Gobierno Federal deberán negociarse con base en los diagnósticos que, según la propuesta, debe hacer la nueva área administrativa para diseñar estrategias.

Para adaptar el Manual a la nueva situación se tendría que cambiar las páginas en las que se enlistan las funciones de la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad (p. 81) y de la Subdirección de Protección Social en Salud (p. 153). El cambio sería incluir en el Manual la lista de funciones, agrupadas en cuatro etapas (diagnóstico, diseño, implementación y evaluación), que se propuso en el apartado anterior (cuadro tres).

Finalmente, para facilitar la evaluación y rendición de cuentas, que permiten mejorar el desempeño del programa, se tendrán que hacer reglas de operación unificadas cada año. Para esto, se pueden adaptar las reglas de operación que actualmente rigen al PSMMG, que contienen: 1) dependencia o entidad responsable del programa; 2) objetivos y alcances; 3) meta física; 4) programación presupuestal; 5) requisitos y procedimientos de acceso; 6) procedimientos de instrumentación; 7) procedimientos de queja o inconformidad; 8) mecanismos de exigibilidad; 9) mecanismos de evaluación e indicadores; 10) formas de participación social; 11) articulación con otros programas sociales; 12) glosario. Es importante que en la programación presupuestal se desglose con más detalle el origen y destino de los recursos y no solo se indique el “techo presupuestal”, lo que dificulta analizar el rubro de financiamiento del programa.

CONCLUSIÓN

El PSMMG y el SP en el Distrito Federal, como se demostró con la comparación de ambos programas, comparten objetivo – garantizar el acceso a servicios médicos y medicamentos – , población objetivo – sin seguridad social laboral –, se financian con recursos fiscales, están adscritos a la Secretaría de Salud del DF y prestan los servicios en las mismas instalaciones. A pesar de estas convergencias, son dos proyectos que se han implementado, hasta ahora, de manera paralela y sin una comunicación óptima. Es decir, han operado bajo lo que Guy Peters denomina una “coordinación negativa” en la que lo único que se busca es evitar el traslape de acciones.

Por lo tanto, la propuesta que hacemos es avanzar hacia un esquema de “coordinación integral” en la que se produzcan sinergias en las acciones de ambos programas. Para lograrlo, proponemos la unificación de las áreas administrativas encargadas de cada uno. Las

funciones que tendría que cumplir el Sistema de Acceso Gratuito a Servicios Médicos y Medicamentos, nombre tentativo, se agrupan en torno a cuatro etapas – diagnóstico, diseño de estrategias, implementación y evaluación –, lo que facilitaría, no solo la evaluación y la rendición de cuentas, sino el esclarecimiento del proceso para quienes participan en él, además de avanzar en la garantía del derecho al acceso gratuito a servicios médicos y medicamentos, en el cual la cobertura universal juega un papel determinante.

La visión actual del gobierno de la ciudad es favorable a la unificación porque se pasó de una *oposición* ideológica y práctica de ambos programas a una visión de *complementariedad* entre los dos. La decisión depende de la negociación de los diferentes actores involucrados – Jefe de Gobierno del DF, partidos políticos en la ALDF, Secretaría de Salud, Gobierno Federal, entre otros – cuya voluntad y posicionamientos políticos pueden constituir un obstáculo, tal vez infranqueable, en detrimento del avance en el cumplimiento del derecho a la salud.

CONCLUSIONES

El desarrollo de esta investigación nos permite obtener conclusiones en torno a tres temas centrales: el estado actual del universalismo en la Ciudad de México, la calidad y tipo de información disponible sobre políticas y programas públicos, y las posibilidades de superar la fragmentación del universalismo en el sector salud.

Entre 1997 y 2013 los gobiernos del Partido de la Revolución Democrática, en el ejecutivo y el legislativo, han hecho grandes avances en la institucionalización de la política social, basada en principios universales, el enfoque de derechos y de ciudadanía plena. En efecto, en dicho periodo se promulgaron treinta y seis leyes relacionadas con el desarrollo social – entre las cuales están la *Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal*, la Ley de pensión alimentaria para adultos mayores, la Ley de acceso gratuito a servicios médicos y medicamentos, etc. –, se crearon dieciséis organizaciones nuevas en el sector – entre las cuales se encuentran el Injuve-DF, Inmujeres, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Fideicomiso de Educación Garantizada, Consejo de Evaluación del Desarrollo

Social del DF, etc. – y, por mandato de la Ley de Desarrollo Social, el gobierno de Marcelo Ebrard elaboró un Programa de Desarrollo Social. El fundamento teórico de este entramado institucional y organizacional es, de manera evidente, el universalismo, el enfoque de derechos y la ciudadanía plena.

En el sector de la salud, los gobiernos del PRD crearon la Secretaría de Salud del Distrito Federal en 1998, se aprobó una nueva ley de salud para la ciudad en 2009 y el gobierno de AMLO y Ebrard implementaron programas de salud. De igual manera, la adopción del universalismo es explícita a lo largo de dichos documentos. En efecto, la *Ley de Salud del Distrito Federal*, aprobada en 2009, estableció como principios rectores del ámbito de la salud, la universalidad, la equidad y la gratuidad (artículo tercero). Por otra parte, los programas de salud tenían como principal objetivo promover el acceso universal a servicios médicos y medicamentos.

Sin embargo, en el campo de la salud, como en el resto de la política social de la ciudad, el avance hacia el universalismo ha sido lento. Como demostramos en la tesis, hay, como en muchos países y ciudades de América Latina, un “universalismo débil” (Filgueira, Molina, Papadópulos y Tobar, 2006: 47) que se manifiesta no sólo en la fragmentación de los sistemas, sino también en el alcance de las coberturas.

En efecto, la provisión de bienes y servicios está fuertemente segmentada, en función de la capacidad de pago de distintos segmentos de la población. Siguiendo el esquema que proponen Filgueira, Molina, Papadópulos y Tobar (2006: 47), habría, en el caso de la salud en la ciudad, un “primer piso” para la población sin seguridad social que, por lo general, corresponde a los individuos de los deciles de más bajos ingresos, representado por el Seguro Popular y el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, cuyo gasto per

cápita fue, en 2013 de 2,344 pesos³⁸, cifra similar a la del SP en 2011 que, según estimaciones del CIEP, fue de 2,419.3 pesos. El “segundo piso” está destinado para trabajadores del sector privado y del Estado, por lo que tiene una base corporativa, está representado por el IMSS y el ISSTE principalmente, cuyo gasto per cápita fue, en 2011, de 10,189.8 y 26,085.8 pesos respectivamente (De la Cruz, 2012). Finalmente, el “tercer piso” es al que tienen acceso quienes pueden pagar el costo de los servicios privados de salud y pensiones.

En cuanto al alcance de las coberturas en el conjunto de la política social, según una evaluación de un número amplio de programas sociales de la ciudad, realizada por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal en 2009, sólo 12% de los programas logran una cobertura realmente universal (Murayama, 2011: 38). Los únicos programas que logran, omitiendo los enormes problemas que hay con las cifras, una cobertura mayor al 80% son el Programa de Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 años y el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos. De resto, programas como el Seguro de Desempleo sólo llegan a cubrir 20% de su población objetivo.

Ahora bien, no sólo hay un “universalismo débil”, sino también un debilitamiento del universalismo, junto con el enfoque de derechos y de ciudadanía plena. Esta tendencia se manifiesta, de manera sobresaliente, en las crecientes contradicciones del derecho en el ámbito del desarrollo social. En efecto, aunque dicho enfoque se reconoció ampliamente en el marco institucional y organizacional, durante el gobierno de Marcelo Ebrard hubo una tendencia a condicionar la política social a los “recursos disponibles”.

³⁸ El techo presupuestal definido para la Secretaría de Salud en el año 2013 es de \$7,866,121,281 pesos, lo que, dividido en 3,355,287 personas que decían cubrir en diciembre de 2012, representa un gasto per cápita para población sin seguridad social de 2,344 pesos.

El caso de la salud, como lo analizamos en el segundo capítulo, es paradigmático de esta puja porque, no sólo se añadieron frases en las reglas de operación del PSMMG para condicionar la prestación de servicios médicos y medicamentos a los “recursos institucionales disponibles”, sino que también se cambiaron pequeñas palabras – como de “garantizar el *derecho*” a “garantizar el *acceso*” o de “otorgar *gratuitamente*” a “*gradualmente* los medicamentos” – que lo único que hacen es debilitar la exigibilidad del derecho a la salud, lo que, además, va en contra de la *Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal* y de la *Ley de Salud del Distrito Federal*.

El debilitamiento del universalismo se puede ver también en la evolución del presupuesto. El aumento del gasto social durante el periodo 2000-2006 fue de 50%; en el periodo 2007-2012 fue de tan solo 10%. Esto evidencia un cambio de prioridades entre el gobierno de Andrés Manuel López Obrador y el de Marcelo Ebrard. Además, en cuanto a los principios y énfasis de cada uno de los programas de gobierno, en el área del desarrollo social, se puede ver una tendencia a incluir principios de corte más liberal en el gobierno de Ebrard. Por ejemplo, éste último destacaba la importancia de la equidad, de igualar las oportunidades de poblaciones vulnerables – en especial las mujeres o la comunidad LGBTTI –, lo que contrasta con la importancia de la igualdad y la redistribución durante el gobierno de López Obrador.

El segundo grupo de conclusiones que podemos hacer es que es necesario mejorar la información disponible para evaluar los programas sociales. Las reglas de operación son un documento muy útil para la implementación y evaluación de las acciones del gobierno, pero dejan de serlo cuando los objetivos son poco claros, dejan amplios márgenes de ambigüedad, o cuando los indicadores – en especial los de cobertura – no son realmente indicadores que relacionen la población objetivo con la población cubierta. En cuanto al presupuesto, es

necesario esclarecer el origen – dentro del Decreto anual de presupuesto de egresos del Distrito Federal – y destino de los recursos – a qué rubros se destina el presupuesto asignado, qué porcentaje es de gastos administrativos, cuál tiene incidencia directa en el bienestar de la población, etc.

En el caso de la salud, la falta de información es un obstáculo para evaluar el avance en el cumplimiento del derecho. Primero, la confusión en torno a las cifras de cobertura es enorme. Tal es el problema que, como lo mencionamos en el segundo capítulo, dos secretarios de salud – Asa Cristina Laurell y Armando Ahued Ortega – en 2006 y 2011 respectivamente, afirmaban haber llegado a la cobertura universal en salud. Para evitar cualquier tipo de manipulación política de los datos, sería sano que este indicador estuviera a cargo de una organización externa a la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Además, sería útil crear un padrón único de beneficiarios del sector salud en la ciudad, con el fin de evitar duplicidades y tener cifras certeras de la población sin derechohabencia.

Segundo, de igual forma que para el resto de los programas sociales, es necesario aclarar el origen y destino de los recursos para financiar el Seguro Popular y el PSMMG. En las reglas de operación unificadas, derivadas de la propuesta del tercer capítulo, debería aparecer con claridad qué proporción del Ramo 12 y del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) corresponde al Seguro Popular, qué parte del gasto del GDF en salud le correspondería al programa de acceso gratuito a servicios médicos y medicamentos, qué porcentaje se destina a gastos administrativos y cuánto incide directamente en las condiciones y servicios de salud de la población.

Tercero y último, nos adherimos a la recomendación realizada por investigadores contratados por Evalúa DF en 2008, en cuanto a la necesidad de un estudio de “regionalización operativa” que relacione recursos humanos, físicos y financieros por áreas

geográficas, para determinar grados de sobre o sub-utilización, que permitan mejorar su distribución territorial. Otra recomendación que adoptamos es la de realizar un estudio sobre el abastecimiento de medicamentos y las causas de su insuficiencia.

El tercer grupo de conclusiones tiene que ver con la propuesta de unificación del Seguro Popular y del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos en el Distrito Federal, como estrategia para empezar a superar, aunque sea en el “primer piso”, la debilidad del universalismo en el campo de la salud. Como demostramos en el tercer capítulo, el discurso que oponía ambos programas, basado en la maximización de diferencias en el ámbito nacional, no se aplica del todo para el Distrito Federal. Al contrario, son complementarios en cuanto al objetivo que persiguen, que es la cobertura universal en salud; la población objetivo, que comprende a personas sin seguridad social laboral; se financian con recursos fiscales, Ramo 12 y FASSA para el Seguro Popular, y gasto del GDF en salud; el costo unitario de cada programa es similar, alrededor de 2,400 pesos, lo que implica que los servicios médicos y medicamentos que otorgan a sus beneficiarios no son muy distintos; los servicios se prestan en las mismas instalaciones, infraestructura de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal para el primer nivel y la Red Hospitalaria del GDF para el segundo nivel

Estas similitudes hacen ineficiente la relación actual entre ambos programas, caracterizada por una “coordinación negativa”, usando los términos propuestos por Guy Peters, en la que lo único que se busca es evitar el traslape de acciones. Por lo tanto, la propuesta que hacemos en el tercer capítulo busca avanzar hacia una etapa “integral” de la coordinación, en la que se compartan objetivos y visión a largo plazo. Para esto, consideramos que la unificación de la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad

(JUDG) y la Subdirección de Protección Social en Salud (SPSS) es una opción para avanzar hacia la universalización de la cobertura.

El esquema de unificación de funciones propuesto se divide en cuatro etapas. La primera – diagnóstico – busca detectar los principales desafíos en cuanto a obstáculos que impiden el acceso a servicios médicos y medicamentos, establecer qué servicios y medicamentos son prioritarios para mejorar las condiciones de salud, cobertura y población potencialmente beneficiaria que desconoce sus derechos, y necesidad de recursos financieros. La segunda fase – diseño de estrategias – pretende crear acciones detalladas para avanzar en los ejes principales, derivados del diagnóstico anterior. La tercera – implementación – debe garantizar que dichas estrategias se lleven a cabo de la mejor manera posible, además de administrar los procesos de afiliación, el padrón de beneficiarios y el sistema de referencia y contrarreferencia. Por último, la cuarta etapa – evaluación – es indispensable para detectar las acciones que están funcionando y las que no, para corregirlas, terminarlas o establecer nuevas. Esta última fase debe estar muy relacionada con la elaboración de los diagnósticos.

Entre los puntos que incluye esta propuesta, basada en el marco normativo y programático que se ha aprobado en la última década, cabe destacar la creación de un Paquete Común de Servicios Médicos y Medicamentos, que no está en dicho marco. El objetivo es, de acuerdo con el cuarto principio del “universalismo básico” que establece la necesidad de ofrecer “un conjunto limitado de prestaciones llamadas esenciales”, que se deben ir ampliando progresivamente (Molina, 2006: vii), detectar qué servicios y qué medicamentos son prioritarios para mejorar las condiciones de salud de la población de la ciudad, con el fin de focalizar los recursos e irlos ampliando progresivamente. La idea no es condicionar o fragmentar el derecho a la salud, sino hacer más eficiente el uso de recursos disponibles, durante la búsqueda de un acuerdo político que permita ampliar dicho paquete, lo más rápido

que se pueda. Aunque existen programas sociales, como la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores, que empezaron sin ningún antecedente y se ampliaron rápidamente, en general, este proceso toma tiempo. Es muy difícil pensar que se podrán ofrecer servicios y medicamentos sin restricciones para todos en un lapso de cinco años, cuando también hay necesidades en educación, vivienda, transporte, etc. La construcción de un Estado de Bienestar toma tiempo, como lo muestra esta cita del historiador Tony Judt:

“Salvo en el caso de la educación, que desde antes de 1914 ya era universal y cubría todos los niveles, el sistema de bienestar escandinavo no se concibió e implantó de una sola vez, sino que se instauró paulatinamente. La atención sanitaria sería, en concreto, lo último en consolidarse: en Dinamarca la cobertura sanitaria universal no se alcanzó hasta 1971, veintitrés años después de ser inaugurado al otro lado del Mar del Norte el Servicio de Salud Pública británico de Aneurin Bevan” (Judt, 2011: 535).

En la Ciudad de México, con recursos mucho más limitados que países como los Nórdicos, apenas van unos doce años de intentos por fortalecer el sistema de salud. Por lo tanto, si se quiere eficiencia en el proceso, hay que focalizar en un principio los recursos limitados hacia intervenciones prioritarias, e ir ampliándolos con el aumento de los ingresos tributarios.

Para terminar, es importante hacer un comentario sobre los obstáculos que puede enfrentar la propuesta. Según Bouckaert, Peters y Verhoest (2010: 25-32) las barreras para avanzar en la coordinación de organizaciones públicas pueden ser de cinco tipos. El primero es la obstinación o la falta de interés, puesto que implica salir de un pensamiento rutinario, dependiente del sendero que se ha creado históricamente. Este primero se relaciona con el segundo, que es la ignorancia o la falta de información compartida sobre las funciones de otras áreas administrativas. Estas dos barreras pueden ser un límite en este caso, aunque esta

tesis es un intento por superar la falta de información. El principal hallazgo en las entrevistas con la Jefa de Departamento del Programa de Gratuidad y con la Subdirectora de Planeación y Programación fue, precisamente, esa falta de interés y conocimiento sobre lo que hacía el otro programa y una forma de pensar determinada por la inercia institucional, debido a la existencia de funciones rutinarias.

El tercer tipo de obstáculos tienen que ver con la necesidad de mantener bajo secreto la información, que es una fuente importante de poder para las organizaciones. El cuarto, relacionado con el anterior, es el “oscurecimiento de la rendición de cuentas”. Estas pueden ser barreras en el DF porque el gobierno Federal siempre ha querido mantener un control estricto sobre los recursos que destina para el Seguro Popular y la información relacionada— sin lograrlo de manera muy eficaz por problemas de fuga de recursos, subejercicio del presupuesto, entre otros problemas. Tal vez, no tienen la suficiente confianza en el gobierno local para otorgarle el manejo presupuestal. En efecto, en cuanto a la rendición de cuentas, Bouckaert, Peters y Verhoest dicen que la coordinación tiene consecuencias negativas sobre ella porque impediría la supervisión por parte de los actores que antes controlaban las acciones. Sin embargo, la propuesta que hacemos en el tercer capítulo destaca la importancia de la evaluación y de aclarar ciertos aspectos — como el origen y destino de recursos, información sobre cobertura, etc. —, con el fin de diseñar mejores estrategias.

Finalmente, y tal vez el obstáculo más grande, es la “política partidista” y las diferencias ideológicas. En efecto, como discutimos en un apartado del tercer capítulo, el GDF siempre ha buscado diferenciarse ideológicamente del gobierno nacional, presentándose como una alternativa a éste. Entre los instrumentos que el GDF ha usado para este propósito se encuentra el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos que, según algunos autores como Laurell (2008: 174), se presentaba en el discurso oficial

como una “alternativa comprobadamente viable, a la política federal”. En esta visión, el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos y el Seguro Popular “son expresiones del contenido esencial de los dos proyectos de nación que hoy se enfrentan en el país” (Laurell, 2008: 174).

Sin embargo, como intentamos demostrar en esta investigación, esta oposición no es del todo cierta en el Distrito Federal, debido a la correspondencia de objetivos, población objetivo, financiamiento, costo unitario de cada programa e instalaciones donde se prestan los servicios de ambos programas. Por lo tanto, esperamos contribuir a superar la primera visión, que maximiza las diferencias ideológicas y políticas, para avanzar en el cumplimiento del derecho a la salud en la ciudad, unificando los dos proyectos.

BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2009), *Ley de Salud del Distrito Federal*, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 17 de septiembre.
- Banco Mundial (1993), *Informe sobre el desarrollo mundial 1993, Invertir en salud*, Washington D.C.
- Barba Solano, Carlos (2012), "Regímenes de bienestar latinoamericanos: ¿universalismo o focalización?", en José Luis Calva (coord.), *Derechos sociales y desarrollo incluyente*, México, Juan Pablos Editor-Consejo Nacional de Universitarios (Serie Para una Nueva Estrategia de Desarrollo).
- (2012b), "Reformas de tempranas, intermedias y de tercera generación en México y Chile" en Carlos Fidel y Enrique Valencia Lomelí (coords.), *(Des)encuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina*, Buenos Aires, CLACSO-Universidad Nacional de Quilmes.
- (2008), "Las reformas económica y social en América Latina: regímenes de bienestar en transición", en Rolando Cordera, *Política social: experiencias internacionales*, México, UNAM.
- Bizberg, Ilán (2012), "El régimen de bienestar mexicano. Del corporativismo al asistencialismo" en su libro con Scott B. Martin (eds.), *El estado de bienestar ante la globalización. El caso de Norteamérica*, México, El Colegio de México.
- Bouckaert, Geert, B. Guy Peters y Koen Verhoest (2010), *The Coordination of Public Sector Organizations. Shifting Patterns of Public Management*, London, Palgrave MacMillan.

- Brachet-Márquez, Viviane (2010), “Salud y seguridad social, 1917-2008: ¿Quién decide?”, en José Luis Méndez, *Políticas Públicas*, México, El Colegio de México, pp. 343-378 (Los grandes problemas de México; v. 13).
- Cabrero Mendoza, Enrique (2007), “De la descentralización como aspiración a la descentralización como problema. El reto de la coordinación intergubernamental en las políticas sociales”, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas.
- Canto Chac, Manuel y Arcelia Martínez Bordon (coords.) (2013), *Quince años de política social en el Distrito Federal, Balance y propuesta para su fortalecimiento*, México, Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal (Evalúa DF).
- Cerda García, Alejandro (2010), “Derecho a la salud en el Distrito Federal”, en *Informe del estado del desarrollo social del DF*, México, Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal (Evalúa DF).
- Cinta Loaiza, Dulce María et al. (2008), *Evaluación de diseño y operación del Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el DF que Carecen de Seguridad Social Laboral*, México, Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal (Evalúa DF), Universidad Veracruzana e Instituto de Salud Pública.
- Cohen, Ernesto y Rolando Franco (2005), *Gestión social. Cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales*, Buenos Aires, CEPAL.
- Congreso de la Unión (1984), *Ley General de Salud*, México.
- Cruz Arzate, Carlos (2011), “Las corrientes políticas del Partido de la Revolución Democrática (PRD) en el Distrito Federal (1997-2010) y su relación con el gobierno de la capital”, Tesis de Maestría en Ciencia Política, México, El Colegio de México.

- De la Cruz, Jorge (2012), “Cobertura universal de la salud en México: estimación del gasto público adicional”, México, Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C.
- Dean, Hartley (2006), *Social Policy*, Cambridge, Polity Press.
- Duhau, Emilio (1997), “Evolución reciente del sistema público de salud y seguridad social. Su impacto en las colonias” en Martha Shteingart (coord.), *Pobreza, condiciones de vida y salud en la Ciudad de México*, México, El Colegio de México.
- Esping-Andersen, Gosta (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton, Princeton University Press.
- Fajardo, Germán (2012), “Salud y seguridad social”, México, Seminario internacional de avances y retos de la política social, CIDE-CLEAR, 8 de noviembre (conferencia).
- Filgueira, Fernando *et al.* (2006), “Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida” en Carlos Gerardo Molina (ed.) (2006), *Universalismo básico. Una nueva política social para América Latina*, Washington D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, Editorial Planeta, pp. 19-55.
- Flamand, Laura y Carlos Moreno Jaimes (dictaminado), *Seguro Popular y federalismo en México. Un análisis de política pública*, México.
- Gobierno del Distrito Federal (2007), *Ciudad con equidad, incluyente y participativa, Programa de Desarrollo Social 2007-2012*.
- (2007), *Programa de Salud 2007-2012*.
- (2004), *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del DF. Actualización para el periodo 2004-2006*.
- (2002), *Programa de Salud 2002-2006*, Gaceta Oficial del Distrito Federal, 22 de agosto, pp. 73-107.
- (2000), *Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2000-2006*.

- Herrera, Jorge (2007), “Pagará PAN-DF multa propuesta seis por uso de Seguro Popular”, México, *El Universal*, 18 de enero de 2007.
- Huber Evelyn (2004) “Globalización y desarrollo de políticas públicas en Latinoamérica”, en Julio Boltvinik y Araceli Damián (coords.) *La pobreza en México y el mundo. Realidades y desafíos*, México, Siglo XXI editores.
- Judt, Tony (2011), *Postguerra. Una historia de Europa desde 1945*, México, Santillana Ediciones.
- Latko, Brian *et al.* (2011), “The Growing Movement for Universal Health Coverage”, *The Lancet*, vol. 377, junio de 2011.
- Laurell, Asa Cristina (2010), “Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina”, *Medicina Social*, vol. 5, n°1, marzo de 2010.
- (2009), “El Seguro Popular, mitos y realidades”, México, *La Jornada*, 13 de febrero, sec. Opinión.
- (2008), “La reforma de salud en la Ciudad de México”, *Medicina Social*, volumen 3, n°2.
- Londoño, Juan-Luis y Julio Frenk (1997), “Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”, Banco Interamericano de Desarrollo, Documento de Trabajo 353.
- Martínez Mendizábal, David (en prensa, 2010), “Notas distintivas del paradigma de política social del DF”.
- Medrano Buenrostro, Anahely (2010), “Análisis sobre principales enfoques de política social contemporánea”, México, Evalúa-DF.

- Murayama Rendón, Ciro y Cecilia Rabell Romero (coords.) (2011), *Evaluación de las políticas y programas sociales implementados por el Gobierno del Distrito Federal*, México, Asamblea Legislativa del Distrito Federal.
- Molina, Carlos Gerardo (ed.) (2006), *Universalismo básico. Una nueva política social para América Latina*, Washington D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, Editorial Planeta.
- Nexos, “10 mitos sobre el Seguro Popular de salud”, *Nexos en línea*, 1º de mayo de 2007.
- Noriega, Carlos, Patricia Huitrón y Miriam Matamoros (2006), “Financiamiento al Sistema de Salud en México”, México, Fundación Mexicana para la Salud – INSP, Serie de Documentos de Trabajo Innovaciones en el financiamiento de la salud.
- North, Douglass C. (2005), “Los andamios que el ser humano erige” retomado y traducido en Rodolfo Vergara (2010), *Organización e instituciones*, México, Biblioteca Básica de Administración Pública, Siglo XXI-EAPDF, pp. 142- 162.
- (1990), *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Obinger, Herbert y Uwe Wagshal (2010), “Social Expenditure and Revenues” en Francis G. Castle *et al.* (eds.), *The Oxford Handbook of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press, pp. 333-352.
- Radin, Beryl A. (2003), “The Instruments of Intergovernmental Management” en B. Guy Peters y Jon Pierre (eds.), *Handbook of Public Administration*, London, Sage Publications.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal (2012), “Comparecencia del Dr. Armando Ahued Ortega ante las Comisiones de Salud y Asistencia Social y de Grupos Vulnerables, de la VI Legislatura de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal”.

- (2011), “Comparecencia pleno de la Asamblea Legislativa del DF del Dr. Armando Ahued Ortega”.
- (2010), “Comparecencia del C. Secretario de salud Dr. Armando Ahued Ortega. Asamblea Legislativa del Distrito Federal”.
- (2010b), “Contestación a cada recomendación emitida por el Consejo de Evaluación del Desarrollo social del Distrito Federal, en relación al Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Distrito Federal”, Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, Oficio No. DGSMU/0136/2010.
- (2009), “Comparecencia pleno de la Asamblea Legislativa del DF del Dr. Armando Ahued Ortega”.
- (2009b), *Cien años de la Secretaría de Salud del Distrito Federal*, México.
- (2008), *Informe de trabajo 2008*.
- (2007), *Informe de trabajo 2007*.
- (2007b), *Programa de Salud del Gobierno del Distrito Federal 2007-2012*.
- (2006), *Informe de trabajo 2006*.
- (2002), *Programa de salud 2002-2006*, Gaceta Oficial del Distrito Federal, nº 114 del 22 de agosto, pp. 73-107.
- Schteingart, Martha (1997), “Pobreza y políticas sociales en México y Estados Unidos de Norteamérica: un estudio comparativo”, *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 50, núm. 2, pp. 161-184.
- Sistema Nacional de Salud (1999), “Boletín de información estadística. Glosario Operativo de términos”, México, Secretaría de Salud (SSA), pp. 401-403.
- Tosoni, María Magdalena (2007), “Notas sobre clientelismo político en la Ciudad de México”, *Perfiles Latinoamericanos*, nº29, enero-junio.

Valencia Lomelí, Enrique (coord.) (2010), *Perspectivas del universalismo en México*, Guadalajara, ITESO-Fundación Konrad Adenauer.

(2000), “Política social mexicana: modelos a debate y comparaciones internacionales” en su libro con Mónica Gendreau y Ana María Tepichín Valle (coords.), *Los dilemas de la política social, ¿Cómo combatir la pobreza?*, México, UdeG – ITESO – Universidad Iberoamericana, pp. 119-156.

Vergara, Rodolfo (comp.) (2010), “Introducción” en su libro, *Organización e instituciones*, México, Biblioteca Básica de Administración Pública, Siglo XXI-EAPDF, pp. 17- 47.

ANEXOS

ANEXO UNO. COMPARACIÓN DEL PROGRAMA GENERAL DE DESARROLLO DEL DISTRITO FEDERAL 2000-2006 (SECCIÓN “PROGRESO CON JUSTICIA”) Y DEL PROGRAMA DE DESARROLLO SOCIAL 2007-2012 DEL DISTRITO FEDERAL

	Programa General de Desarrollo 2001-2006		Programa de Desarrollo Social 2007-2012	
Conceptos centrales (Principios)	Diagnóstico	Pobreza - Desigualdad - Inequidad - Exclusión - Vulnerabilidad - Marginación - Desintegración familiar - Necesidades básicas insatisfechas.	Diagnóstico	Inequidad - Exclusión - Desigualdades económicas, sociales y territoriales - Pobreza - Marginación - Discriminación.
	Deber ser	Universalismo - Ciudadanía social plena - Solidaridad - Régimen de bienestar social - Igualdad - Equidad - Inclusión.	Deber ser	Equidad económica y social - Inclusión - Bienestar individual, familiar y social - Estado social de derechos - Ciudadanía social - Gooe universal de derechos - Convivencia social - Cohesión.
	Medios	Redistribución - Derechos sociales - Participación social - Justicia social - Gobierno promotor y socialmente responsable - Lucha contra la pobreza - Participación.	Medios	Desarrollo social e incluyente - Gobierno socialmente comprometido - Derechos sociales - Estado social de derechos - Ciudadanía social - Gooe universal de derechos - Progreso social - Prioridad en los pobres - Recuperación de lo público - Justicia social - Exigibilidad - Transparencia - Efectividad - Participación.
Relaciones causales	1) La "crisis social" como causa de delincuencia e inseguridad. La seguridad pública y el bienestar social no se pueden disociar.		1) La consolidación de un "Estado social de derechos" aumentará la competitividad de México en el sistema mundial de ciudades. 2) Garantizar el goce universal de derechos incrementa las oportunidades de desarrollo para todos. 3) La equidad económica y social y la tolerancia son instrumentos clave para el crecimiento económico y el desarrollo social.	
Ojetivos	General	Eliminar la pobreza extrema, reducir la magnitud de la pobreza moderada y mejorar sensiblemente la distribución de la renta local.	General	Formar un régimen y un Estado social de derechos en el DF, que permita combatir la desigualdad, promover la equidad social y de género, desarrollar la inclusión y la cohesión social en la perspectiva de acumulación de derechos.
	Específicos	1) Derechos: educación, salud y protección social, empleo de calidad y bien remunerado, vivienda, medioambiente. 2) Poblaciones: mujeres, adultos mayores, jóvenes, infancia, discapacitados, enfermos, adictos, indígenas, etc.	Específicos	1) Derechos: educación, salud y protección social, empleo de calidad y bien remunerado, vivienda, medioambiente y derecho a la ciudad. 2) Poblaciones vulnerables: mujeres, adultos mayores, jóvenes, infancia, LGBT, discapacitados, enfermos, adictos, etc. 3) Gestión: participación ciudadana, Sistema del Desarrollo Social del DF, inclusión de nuevas tecnologías.
Líneas programáticas	1) Freno al empobrecimiento de la población y disminución de las desigualdades sociales. 2) Fortalecimiento de los servicios de salud, servicios y medicamentos. 3) Promoción de la equidad, la igualdad y la diversidad. 4) Educación, cultura y recreación. 5) Impulso y reorganización de la actividad económica, promoción de la		1) Ejercicio de los derechos sociales, combate a la desigualdad y la pobreza. 2) Equidad social, de género e igualdad sustantiva. 3) Asistencia social con perspectiva de derechos. 4) Participación ciudadana, recuperación de la vida pública y fortalecimiento de la 5) Desarrollo urbano incluyente y sustentabilidad con equidad.	

Organizaciones Responsables	Secretaría de Educación Pública - Secretaría de Salud Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del DF Consejo para los Adultos Mayores - Instituto de la Juventud - I. de la Mujer Sistema de Centros Integrales de Apoyo a la Mujer Centros de Asistencia Social Red de Unidades de Atención a la Violencia Familiar Alberque para Mujeres que Viven Violencia Familiar LOCA TEL - Procuraduría Social Instituto de Ciencia y Tecnología - Instituto de Cultura - Instituto del Deporte Consejo Promotor de Proyectos Específicos para el Desarrollo Económico Consejo Promotor para el Desarrollo Económico de la Ciudad de México		Comisión Interinstitucional de Desarrollo Social Coordinaciones Territoriales de Desarrollo Social Consejo de Evaluación del Desarrollo Social	
Instrumentos de planeación	Programa Territorial Integrado para el Desarrollo Social (PTIDS)	Para cada una de las 1,352 unidades territoriales, que especificará acciones, alcances, beneficios, presupuesto y dependencias responsables. Líneas de acción: participación ciudadana, planeación territorial y programas sociales.	Ejes transversales	1) Equidad de género e igualdad sustantiva; 2) Participación ciudadana; 3) No discriminación; 4) Reordenamiento territorial y recuperación de espacios públicos.
	Asambleas vecinales democráticas	Definirán prioridades sociales para formular programas de desarrollo social, que se incluirán en programa del DF. Se recurrirá a organizaciones de la sociedad civil.	Programas sectoriales	1) Salud; 2) Educación; 3) Vivienda; 4) Trabajo, empleo y seguridad social; 5) Alimentación, nutrición y abasto; 6) Asistencia y protección social.
	Vertientes programáticas	1) Prevención del delito; 2) Apoyos a adultos mayores; 3) Becas a personas con discapacidad; 4) Becas a niños y niñas en condiciones de pobreza y vulnerabilidad; 5) Créditos para ampliación y rehabilitación de vivienda; 6) Mantenimiento de unidades habitacionales; 7) Creación de estancias infantiles; 8) Créditos a microempresarios; 9) Desayunos escolares; 10) Apoyo a la producción rural; 11) Construcción y mantenimiento de escuelas; 12) Apoyo a mercados públicos;	Programas específicos	1) Infancia; 2) Juventud; 3) Personas adultas mayores; 4) Personas con discapacidad; 5) Pueblos y comunidades indígenas; 6) Diversidad sexual; 7) Personas en situación de abandono; 8) Violencia de género; 9) Violencia en las familias; 10) Maltrato infantil; 11) Adicciones; 12) Mejoramiento de barrios.
Instrumentos técnicos	Sistema de Información Económica, Geográfica y Estadística del DF.		1) Sistema de Información del Desarrollo Social. 2) Reglas de operación. 3) Padrones de beneficiarios.	

Fuente: elaboración propia con base en los Programas de Desarrollo.

ANEXO DOS. LEYES RELACIONADAS CON EL DESARROLLO SOCIAL EN EL DISTRITO FEDERAL
1996-2012

Fecha de publicación	Nombre	Objeto	Derecho / Población
8/7/1996 Oscar Espinoza Villareal	Ley de asistencia y prevención de la violencia familiar	Establecer las bases y procedimientos de asistencia para la prevención de la violencia familiar en el Distrito Federal.	General
26/12/1996 Oscar Espinoza Villareal	Ley de fomento para el desarrollo económico del Distrito Federal	Promover y fomentar las actividades económicas, así como conservar y aumentar el empleo, en el marco de un desarrollo sostenido y equilibrado del Distrito Federal; así como la aplicación de la Ciencia y la Tecnología en estas materias.	Trabajo
14/12/1998 Cuauhtémoc Cárdenas	Ley de instituciones de asistencia privada	Regular las instituciones de Asistencia Privada que son entidades con personalidad jurídica y patrimonio propio, sin propósito de lucro que, con bienes de propiedad particular ejecutan actos de asistencia social sin designar individualmente a los beneficiarios. Las instituciones de asistencia privada serán fundaciones o asociaciones.	General
21/12/1998 Cuauhtémoc Cárdenas	Ley de participación ciudadana	Fomentar, promover, regular y establecer los instrumentos que permitan la organización y funcionamiento de la participación ciudadana y su relación con los órganos del gobierno de la Ciudad de México, conforme a las disposiciones del Estatuto de Gobierno, de esta Ley y las demás disposiciones que resulten aplicables.	Participación
31/1/2000 Rosario Robles	Ley de los derechos de las niñas y niños en el Distrito Federal	Garantizar y promover el ejercicio de los derechos de las niñas y niños.	Infancia
2/3/2000 Rosario Robles	Ley de vivienda del Distrito Federal	Orientar la política de vivienda y las acciones habitacionales del Gobierno del Distrito Federal en concurrencia con las diversas disposiciones económicas, sociales, urbanas y poblacionales, establecidas para la Zona Metropolitana de la Ciudad de México.	Vivienda
7/3/2000 Rosario Robles	Ley de los derechos de las personas adultas mayores en el Distrito Federal	Proteger y reconocer los derechos de las personas de sesenta años de edad en adelante, sin distinción alguna, para propiciarles una mejor calidad de vida y su plena integración al desarrollo social, económico, político y	Adultos mayores
16/3/2000 Rosario Robles	Ley de asistencia e integración social	Regular y promover la protección, asistencia e integración social de las personas, familias o grupos que carecen de capacidad para su desarrollo autónomo o de los apoyos y condiciones para valerse por sí mismas. Establecer las bases y mecanismos para la promoción del Sistema Local que coordine y concerte las acciones en materia de asistencia e integración social, con la participación de las instituciones públicas, las instituciones de asistencia privada y las asociaciones civiles.	General
23/5/2000 Rosario Robles	Ley de desarrollo social para el Distrito Federal	Cumplir, en el marco de las atribuciones de la Administración Pública del Distrito Federal, con la responsabilidad social del Estado y asumir plenamente las obligaciones constitucionales en materia social para que la ciudadanía pueda gozar de sus derechos sociales universales.	General
23/5/2000 Rosario Robles	Ley de fomento a las actividades de desarrollo social de las organizaciones civiles para el Distrito Federal	Fomentar las actividades de desarrollo social que realicen las organizaciones civiles en beneficio de la población de esta entidad.	General
8/6/2000 Rosario Robles	Ley de educación del Distrito Federal	Regular los servicios educativos que impartan el Gobierno del Distrito Federal, sus organismos descentralizados, sus órganos desconcentrados y los particulares con autorización o reconocimiento	Educación
25/7/2000 Rosario Robles	Ley de las y los jóvenes	Normar las medidas y acciones que contribuyan al desarrollo integral de las y los jóvenes del Distrito Federal, así como regular el funcionamiento del Instituto de la Juventud del Distrito Federal.	Juventud
28/2/2002 Andrés Manuel López Obrador	Ley del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal	Promover la equidad de género e igualdad de derechos y oportunidades entre mujeres y hombres, y establece las bases y mecanismos para el funcionamiento del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.	Mujeres
18/1/2003 Andrés Manuel López Obrador	Ley que establece el derecho a la pensión alimentaria para los adultos mayores de setenta años (en 2008 se modificó a sesenta y ocho) , residentes en el Distrito Federal	Los adultos mayores de sesenta y ocho años, residentes en el Distrito Federal tienen derecho a recibir una pensión diaria no menor a la mitad del salario mínimo vigente en el Distrito Federal.	Alimentación Adultos Mayores
27/1/2004 Andrés Manuel López Obrador	Ley que establece el derecho a contar con una beca para los jóvenes residentes en el Distrito Federal, que estudien en los planteles de educación media superior y superior del gobierno del Distrito Federal	Los jóvenes residentes en el Distrito Federal, que estudien en los planteles de educación media superior y superior del gobierno del Distrito Federal, tendrán derecho a recibir de parte de estas instituciones, una Beca no menor a medio salario mínimo mensual vigente en el Distrito	Educación
27/1/2004 Andrés Manuel López Obrador	Ley que establece el derecho a un paquete de útiles escolares	Los alumnos radicados en el Distrito Federal, inscritos en las escuelas públicas de la Entidad en los niveles de preescolar, primaria, secundaria escolarizadas, educación especial e indígena tienen derecho a recibir gratuitamente un paquete básico de útiles escolares determinado a partir de la lista oficial de útiles aprobada por la SEP en correspondencia a cada ciclo escolar que inicien.	Educación
05/01/2005 Andrés Manuel López Obrador	Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México	Dotar de autonomía a la institución de educación denominada Universidad de la Ciudad de México.	Educación
20/1/2006 Alejandro Encinas	Ley de fomento cooperativo	Establecer, regular y coordinar políticas, programas y acciones de fomento cooperativo para el desarrollo económico del Distrito Federal.	Trabajo
22/5/2006 Alejandro Encinas	Decreto por el que se crea la ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral	Las personas residentes en el DF que no estén incorporadas a algún régimen de seguridad social laboral tienen derecho a acceder de forma gratuita a los servicios médicos disponibles y medicamentos asociados en las unidades médicas de atención primaria y hospitalaria del Gobierno.	Salud
17/5/2007 Marcelo Ebrard	Ley de igualdad sustantiva entre mujeres y hombres	Regular, proteger y garantizar el cumplimiento de las obligaciones en materia de igualdad sustantiva entre el hombre y la mujer, mediante la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en los ámbitos público y privado; así como el establecimiento de acciones afirmativas a favor de las mujeres y de mecanismos institucionales que establezcan criterios y orienten a las autoridades competentes del Distrito Federal en el cumplimiento de esta ley.	Mujeres
26/12/2007 Marcelo Ebrard	Ley del seguro educativo para el Distrito Federal	Establecer el derecho de los estudiantes de primaria y secundaria inscritos en las escuelas públicas en el Distrito Federal y del Bachillerato de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, tendrán derecho a recibir una pensión mensual no menor a la mitad del salario mínimo diario vigente en el Distrito Federal, cuando el padre, la madre o el tutor responsable de la manutención fallezca.	Educación
04/01/2008 Marcelo Ebrard	Ley de educación física y deporte	Normar las actividades tendientes a fomentar, organizar, coordinar, promocionar y desarrollar la educación física y el deporte en el Distrito Federal.	Educación
29/01/2008 Marcelo Ebrard	Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia	Establecer los principios y criterios que, desde la perspectiva de género, orienten las políticas públicas para reconocer, promover, proteger y garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia; así como establecer la coordinación interinstitucional para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.	Mujeres

3/10/2008 Marcelo Ebrard	Ley que establece el derecho a recibir un apoyo alimentario a las madres solas de escasos recursos residentes en el Distrito Federal	Establecer y normar el derecho a recibir un Apoyo Alimentario mensual a las madres solas de escasos recursos residentes en el Distrito Federal.	Alimentación Mujeres
8/10/2008 Marcelo Ebrard	Ley de protección y fomento al empleo para el Distrito Federal	Establecer las bases de protección, promoción y fomento del empleo con el propósito de procurar el desarrollo económico y social integral.	Trabajo
23/10/2008 Marcelo Ebrard	Ley de Sociedades Mutualistas del Distrito Federal	Regular la organización y funcionamiento de las Sociedades Mutualistas en el Distrito Federal, así como las actividades y operaciones que pueden	General
17/09/2009 Marcelo Ebrard	Ley de salud del Distrito Federal	Regular las bases y modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud por parte de la población del Distrito Federal y la competencia del Jefe de Gobierno del Distrito Federal en materia de salubridad local.	Salud
17/09/2009 Marcelo Ebrard	Ley de seguridad alimentaria y nutricional para el Distrito Federal	Establecer las actividades estratégicas prioritarias para el desarrollo a la seguridad alimentaria y nutricional, y garantiza el derecho universal a la alimentación y a la seguridad alimentaria para todos los habitantes del Distrito Federal.	Alimentación
3/11/2009 Marcelo Ebrard	Ley de infraestructura física educativa del Distrito Federal	Regular la infraestructura física educativa al servicio del sistema educativo del Distrito Federal.	Educación
4/11/2009 Marcelo Ebrard	Ley de albergues privados para personas adultas mayores del Distrito Federal	Proteger y dar certeza jurídica de los servicios que presten los albergues privados para Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal.	Adultos mayores
30/12/2009 Marcelo Ebrard	Ley del Consejo Económico y Social de la Ciudad de México	Establecer las bases para la creación, organización y funcionamiento del Consejo Económico y Social de la Ciudad de México.	Trabajo
30/11/2010 Marcelo Ebrard	Ley de participación ciudadana	Instituir y regular los instrumentos de participación y los órganos de representación ciudadana; a través de los cuales los habitantes pueden organizarse para relacionarse entre sí y con los distintos órganos de gobierno del Distrito Federal; con el fin primordial de fortalecer el desarrollo de una cultura ciudadana.	Participación
10/9/2010 Marcelo Ebrard	Ley para la integración al desarrollo de las personas con discapacidad	Normar las medidas y acciones que contribuyan a lograr la equiparación de oportunidades para la plena integración al desarrollo de las personas con discapacidad en un plano de igualdad al resto de los habitantes del Distrito Federal.	Personas con discapacidad
21/01/2011 Marcelo Ebrard	Ley para la atención integral del cáncer de mama del Distrito Federal	Establecer los lineamientos para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, atención, tratamiento, rehabilitación, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama en el Distrito Federal.	Salud Mujeres
03/02/2011 Marcelo Ebrard	Ley de la Procuraduría Social del Distrito Federal	La Procuraduría Social del Distrito Federal es un organismo público descentralizado de la Administración Pública del Distrito Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios. Tiene por objeto la defensa de derechos sociales y los relacionados con actuaciones, funciones y prestación de servicios a cargo de la Administración Pública del DF.	General
24/2/2011 Marcelo Ebrard	Ley para prevenir y eliminar la discriminación	Garantizar que todas las personas gocen, sin discriminación alguna, de todos los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la presente y demás leyes y en general los derechos fundamentales del ser humano.	General
19/08/2011 Marcelo Ebrard	Ley que regula el funcionamiento de los centros de atención y cuidado infantil para el Distrito Federal	Regular las bases, condiciones y procedimientos mínimos para la creación, administración y funcionamiento de los Centros de Atención y Cuidado Infantil, que deben constituir un espacio seguro para el cuidado de los niños y niñas de padres, madres o de quien ejerza la patria potestad, guarda y custodia.	Infancia

Fuente: elaboración propia con base en las leyes mencionadas.

ANEXO TRES. ORGANIZACIONES RELACIONADAS CON EL DESARROLLO SOCIAL EN EL DISTRITO FEDERAL 1997-2012

Fecha de creación	Nombre	Objetivo general	Programas	Derecho/Población	Presupuesto 2012
1996	Fondo de Desarrollo Económico del Distrito Federal	Apoyar la ejecución de programas y proyectos a fin de incrementar la creación de fuentes de empleos, eficientar el aprovechamiento de los recursos naturales y propiciar el mejoramiento de los niveles de vida de la población.	¿?	Trabajo	9,435,408
1997 (Descentralización)	DIF-DF	Atender los problemas sociales de la población más vulnerable, guiada siempre por un desarrollo basado en la oportunidad, calidad humana, la mejora continua en la promoción de los servicios de asistencia social en el Distrito Federal.	1) Asistencia jurídica en materia de derechos familiar. 2) Becas escolares a menores vulnerables. 3) Apoyos económicos a personas con discapacidad. 4) Desayunos escolares y alimentación complementaria para menores. 5) Niños y Niñas talento.	General	2,724,831,249
1998	Instituto de Vivienda del Distrito Federal	Atender la necesidad de vivienda de la población residente en el Distrito Federal, principalmente la de bajos recursos económicos (vulnerable y en situación de riesgo), a través del otorgamiento de créditos de interés social para vivienda digna y sustentable. Su finalidad es contribuir a la realización del derecho humano básico que significa la vivienda.	1) De vivienda en conjunto. 2) De mejoramiento de vivienda. 3) De autoproducción de vivienda. 4) De suelo. 5) De rescate de cartera hipotecaria.	Vivienda	2,588,108,554
1998	Instituto de las Mujeres del Distrito Federal	Incorporar la transversalidad de la perspectiva de género en el diseño, aplicación y evaluación de políticas públicas que promuevan el ejercicio pleno de los derechos humanos de las mujeres y favorezcan su empoderamiento así como incidir en la transformación de la estructura organizacional y administrativa de los diferentes órganos de poder del Gobierno de la Ciudad de México.	1) Viajeros Seguras. 2) Capacitación.	Mujeres	106,719,681
1999	Instituto del Deporte del Distrito Federal	Lograr que el deporte y la cultura física estén al alcance de toda la comunidad y sean parte integral de su forma de vida, contribuyendo a que todos sus habitantes cuenten con mejores niveles de salud, educación y bienestar.	¿?	Deporte	55,067,166
1926 2000	Junta Local de Conciliación y Arbitraje del Distrito Federal	Conocer, tramitar y resolver los conflictos de trabajo de jurisdicción local en el Distrito Federal.	N/A	Trabajo	350,865,288
2000	Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal	Impartir e impulsar la educación de tipo medio superior en la Ciudad de México, especialmente en aquellas zonas en las que la atención a la demanda educativa sea insuficiente, o así lo requiera el interés colectivo. Es responsable de operar y administrar los planteles integrantes del Sistema de Bachillerato del Gobierno del Distrito Federal.	Sistema de Bachillerato del Gobierno del Distrito Federal.	Educación	687,532,631
2000	Instituto de la Juventud del Distrito Federal	Atender las necesidades de la población joven del Distrito Federal en el ejercicio pleno de sus derechos.	¿?	Juventud	90,811,176

2001	Universidad Autónoma de la Ciudad de México	Garantizar el derecho a la educación en el Distrito Federal.	N/A	Educación	855,029,564
2002	Fondo para el Desarrollo Social de la Ciudad de México	Brindar créditos que apoyen a capitalinos emprendedores, así como empresas ya establecidas que estén deseosas de hacer crecer sus negocios.	1) Crédito para tus proyectos. 2) Tu negocio crece. 3) Fondeso y el Campo. 4) Fondeso, los bancos y tu negocio.	Trabajo	192,386,308
2007	Fideicomiso Educación Garantizada	Garantizar la equidad en las oportunidades de acceso y de permanencia a una educación de calidad de todos los habitantes del Distrito Federal, independientemente de su condición económica, social, étnica o cultural.	1) Prepa Sí. 2) Va Seguro. 3) Niñ@ Talento. 4) Educación Garantizada.	Educación	1,701,533,357
2007	Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal	Organizar, definir y realizar anualmente por cuenta propia o a través de terceros la evaluación externa de la política y los programas sociales, y dar seguimiento a las recomendaciones que emita.	Evaluación externa de la política social y medición de la pobreza.	General	21,347,006
2008	Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal	Garantizar el derecho a la pensión alimentaria para adultos mayores de 68 años en el Distrito Federal.	1) Programa de pensión alimentaria para adultos mayores. 2) Visitas médicas domiciliarias.	Adultos Mayores	5,477,193,835
2009	Instituto Local de la Infraestructura Física Educativa del Distrito Federal	Formular y aplicar proyectos y programas de construcción, equipamiento, mantenimiento, rehabilitación, reforzamiento, reconstrucción, reconversión y habilitación, para elevar los parámetros de dignidad, calidad, seguridad, funcionalidad, equidad, oportunidad y pertinencia de los inmuebles e instalaciones destinados a la educación pública en el Distrito Federal, en cada ciclo escolar y con base en el ejercicio presupuestal correspondiente.	1) Programa Integral de Mantenimiento de Escuelas. 2) Instalación de Alerta Sísmica.	Educación	134,598,173
2010	Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México	Reducir el uso, el abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas, mediante el desarrollo de políticas públicas y programas sociales, a través del diseño de proyectos de investigación, prevención, formación, tratamiento, rehabilitación e integración social impulsando la participación de los sectores público, social y privado, para contribuir a elevar el nivel de salud y el desarrollo humano de los habitantes de la ciudad de México.	Programa de ayudas a establecimientos especializados sin fines de lucro que ofrecen servicios de tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas en el Distrito Federal.	Personas con adicciones	124,458,617
2010	Instituto para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal	Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad a través del libre ejercicio de sus derechos en un ambiente de igualdad de oportunidades.	1) Proceso de planeación participativa. 2) Accesibilidad universal.	Personas con discapacidad	23,368,510
2011	Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México	Prevenir y eliminar la discriminación desde el análisis, evaluación y propuesta de política pública y trabajo con la sociedad civil para el cambio de la cultura por la no discriminación, para que toda persona que viva o transita en la Ciudad de México goce sin discriminación, de todos los derechos y libertades consagrados en el orden jurídico mexicano.	¿?	General	49,000,000

Fuente: elaboración propia con base en los sitios web de las organizaciones.

ANEXO CUATRO. PROGRAMAS DE DESARROLLO SOCIAL EN EL DISTRITO FEDERAL 1997-2012

Fecha de creación	Nombre	Objetivo general	Entidad Responsable	Población objetivo	Tipo de ayuda	Cobertura	Presupuesto (pesos) 2012
2001	Programa de acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral	Garantizar el acceso a los servicios de salud integrales que prestan en las unidades médicas y los centros de salud del Gobierno del Distrito Federal, incluyendo el acceso a los tratamientos prescritos en las mismas, sin costo anticipado o al momento de requerirlos para los residentes del Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral, de conformidad con los recursos presupuestales asignados a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.	Secretaría de Salud	Residentes del Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral. Aproximadamente 3'900,000 habitantes.	Servicios médicos que prestan en los centros de salud y las unidades hospitalarias del GDF, desde el nivel preventivo, de diagnóstico, curativo y de rehabilitación. Medicamentos de acuerdo a las guías terapéuticas y por el cuadro institucional de medicamentos autorizados para hospitales y centros de salud del GDF.	A finales del 2011 el programa cubrirá 75% de la población objetivo. En 2012 se espera incluir a 784 mil personas adicionales. (Nota: dice exactamente lo mismo en reglas de operación de 2010 y 2011).	6,625,962,578
2001 (nota 1)	Programa de pensión alimentaria para adultos mayores	Otorgar una seguridad económica básica, garantizando el pleno ejercicio del derecho a la pensión alimentaria a toda persona adulta mayor de 68 años que cumpla con los requisitos establecidos en la Ley que Establece el Derecho a la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 68 años residentes en el Distrito Federal y su Reglamento. Esta pensión económica tiene como finalidad atenuar las desigualdades sociales que enfrenta este grupo de población.	Instituto para la Atención de Adultos Mayores en el DF	Adultos mayores de 68 años que cumplan con los requisitos establecidos en la Ley que Establece el Derecho a la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 68 años residentes en el Distrito Federal y su Reglamento.	Monto mensual de \$934.95 M.N.	En 2012 se espera cubrir a 480,000 personas.	4,220,408,300
¿? (nota 2)	Programa de vivienda en conjunto	Desarrollar proyectos de vivienda en conjunto, para optimizar el uso del suelo habitacional en delegaciones que cuentan con servicios y equipamiento urbano disponible.	Instituto de Vivienda del Distrito Federal	Habitantes del DF, que tengan entre 18 y 64 años, que no sean propietarios de vivienda (excepto cuando sea del lugar en donde se aplicará el financiamiento) y que tengan un ingreso hasta de 5VSMD (familiar de 8). Las poblaciones vulnerables son sujetos prioritarios.	Créditos de vivienda.	En 2011 se esperaba entregar 4,218 créditos de vivienda.	1,400,558,298
2007	Programa de estímulos para el Bachillerato Universal Prepa Sí	Operar un sistema de estímulos económicos para coadyuvar a que todos los jóvenes y demás estudiantes que cursan el bachillerato en instituciones públicas en cualquiera de sus modalidades, ubicadas en el Distrito Federal, no tengan que abandonar sus estudios por falta de recursos económicos, y hacer extensivo el apoyo por un año escolar más a los beneficiarios del programa que hayan egresado del bachillerato y se encuentren inscritos en el primer año en instituciones de educación superior públicas en el Distrito Federal.	Fideicomiso de Educación Garantizada	Jóvenes y demás estudiantes que cursan el bachillerato en instituciones públicas en cualquiera de sus modalidades, ubicadas en el Distrito Federal y beneficiarios del programa que hayan egresado del bachillerato y se encuentren inscritos en el primer año en instituciones de educación superior públicas en el Distrito Federal.	Estímulos económicos mensuales de \$500, \$600 y \$700 M.N. según la estructura de las calificaciones, de uno a diez meses dependiendo de la fecha de inscripción.	En 2012 se espera otorgar 200,000 estímulos mensuales.	1,200,000,000
¿? (nota 2)	Programa de mejoramiento de vivienda	Es un apoyo financiero a los procesos de autoadministración y mantenimiento que realizan las familias que no tienen otras fuentes de financiamiento y se encuentran en situación de pobreza. Busca atender problemas de hacinamiento, desdoblamiento familiar, vivienda precaria, deteriorada, en riesgo o provisional; fomenta el arraigo familiar y barrial. Así también, contribuye a los procesos de consolidación o mejoramiento de las colonias y barrios populares de la ciudad, así como el mantenimiento del parque habitacional multifamiliar y fomenta prácticas de sustentabilidad.	Instituto de Vivienda del Distrito Federal	Habitantes del DF, que tengan entre 18 y 64 años, que no sean propietarios de vivienda (excepto cuando sea del lugar en donde se aplicará el financiamiento) y que tengan un ingreso hasta de 5VSMD (familiar de 8). Las poblaciones vulnerables son sujetos prioritarios.	Créditos de vivienda.	En 2011 se esperaba entregar 17,932 créditos de vivienda.	989,559,138
2001	Programa de apoyo económico a personas con discapacidad	Contribuir a mejorar la calidad de vida de personas con discapacidad de escasos recursos económicos, prevenir su confinamiento y/o abandono de niña, niños, las y los jóvenes, y personas con discapacidad; asimismo brindar el apoyo para el ejercicio pleno de sus derechos sociales.	DIF-DF	Personas con discapacidad permanente. Hay 385,385 en el DF, es decir, 4.3% de la población total. La población que se busca beneficiar es de 109,272 individuos.	Monto mensual de \$787.50 M.N.	En 2011 se atendieron 78,626 personas; en 2012 se espera cubrir 80,609 personas.	761,760,707
2007	Programa de seguro de desempleo	Otorgar una protección básica a las y los trabajadores asalariados que hayan perdido su empleo, incluyendo a grupos vulnerables y discriminados, así como a las personas desempleadas que se dedicaban al comercio informal (vagoneros) dentro de las instalaciones del STC Metro residentes en el Distrito Federal y a migrantes que hayan quedado desempleados en el extranjero, y al mismo tiempo, crear las condiciones que contribuyan a su subsistencia básica e impulsen su incorporación al mercado laboral y al goce del derecho constitucional al trabajo.	Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo	Personas desempleadas habitantes del DF, mayores de 18 años, incluyendo a grupos que enfrentan condiciones de vulnerabilidad y discriminación, así como migrantes que hayan tenido la necesidad de regresar al país en condición de desempleo. "Vagoneros" que se hayan adherido al Programa de Regularización del Comercio Ambulante en las Instalaciones y Material Rodante del STC.	Beneficio económico mensual equivalente a 30 días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal, durante seis meses.	En 2009 se logró una cobertura de 16%, en el 2010 de 20% y en el 2011 de 21%. En 2012 se espera una cobertura de 20%.	531,255,814

¿?	Programa de desayunos escolares	Proporcionar una ración alimenticia diaria, de lunes a viernes, durante el ciclo escolar y preferentemente al inicio del horario de clases a las niñas y los niños inscritos en escuelas oficiales del Sistema Educativo Nacional del Distrito Federal en los niveles de educación inicial, preescolar, primaria y especial, con prioridad en zonas de muy alta, alta y media marginación, con el propósito de promover una alimentación correcta en la población escolar, mediante desayunos fríos diseñados con criterios de calidad nutricional, y acompañados de acciones de orientación alimentaria, para contribuir a su crecimiento y desarrollo adecuados.	DIF-DF	Niñas y niños que asisten a planteles oficiales del Sistema Educativo Nacional en el Distrito Federal, de nivel inicial, preescolar, primaria y especial, ubicados preferentemente en Unidades Territoriales de muy alta, alta y media marginación.	Desayunos escolares. Cuota de recuperación de \$0.50 por cada desayuno escolar consumido (posibilidad de exención).	En 2012 se espera cubrir a 193,051 beneficiarios de niveles inicial y preescolar, y 535,336 de primaria y especial.	481,569,901
2001 - 2006	Programa de uniformes escolares gratuitos	Apoyar la economía de las familias de las alumnas y alumnos inscritos en escuelas públicas del Distrito Federal en el nivel de educación básica (preescolar, primaria, secundaria, centros de atención múltiple y Educación Especial o Indígena), a través de la entrega de dos uniformes escolares confeccionados o vales para adquisición de los mismos, con objeto de que permita identificarlos como alumnos de educación básica, y que a su vez constituya una medida para reforzar su seguridad, evitar la discriminación, las diferencias sociales, y fortalecer el reconocimiento derivado de las características individuales más que de la vestimenta.	Secretaría de Desarrollo Social	Alumnas o alumnos inscritos en las escuelas públicas del Distrito Federal en los niveles de educación preescolar, primaria y secundaria escolarizadas, Educación Especial e Indígena.	Uniformes escolares confeccionados o vales para la adquisición de los mismos.	En 2012 se espera entregar un estimado de 2'500,000 uniformes o vales.	355,872,648
24/01/2001	Programa de becas escolares para niñas y niños en condición de vulnerabilidad social	Contribuir con el derecho a la educación de las niñas, niños y adolescentes que viven en situación de vulnerabilidad social y económica en el Distrito Federal, durante la educación primaria y secundaria.	DIF-DF	Niñas y niños en condición de vulnerabilidad social. No se especifica cuántos hay en el DF.	Monto mensual de \$787.80 M.N.	En 2011 se atendieron 24,120 personas; en 2012 se espera cubrir las mismas personas.	228,022,389
2001 - 2006	Programa de útiles escolares gratuitos	Garantizar el derecho a un paquete de útiles escolares por ciclo escolar a todas las alumnas y alumnos residentes en el Distrito Federal, inscritos en escuelas públicas del Distrito Federal, en los niveles de preescolar, primaria, y secundaria escolarizadas, Centros de Atención Múltiple, y Educación Especial o Indígena.	Secretaría de Desarrollo Social	Alumnas o alumnos inscritos en las escuelas públicas del Distrito Federal en los niveles de educación preescolar, primaria y secundaria escolarizadas, Educación Especial e Indígena.	Paquetes de útiles escolares o vales para la adquisición de los mismos.	En 2012 se espera entregar un estimado de 1'250,000 paquetes o vales.	126,321,086
07/07/2001 (Nota 3)	Programa de atención médica y entrega de medicamentos gratuitos a domicilio ("Programa Ángel" - 2009)	Garantizar el acceso a la protección de la salud con equidad, entendida como igual acceso a los servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal ante la misma necesidad, a la población no asegurada con residencia en el DF, así como de los adultos mayores de 68 años, también residentes en el DF.	Secretaría de Salud	Población no asegurada con residencia en el DF, así como los adultos mayores de 68 años, también residentes en el DF.	Atención médica y entrega de medicamentos gratuitos a domicilio.	¿?	61,131,630
25/07/2007	Programa de educación garantizada	Dotar de un apoyo económico para garantizar el derecho a la educación de las y los estudiantes de primaria, secundaria y nivel medio superior, de 6 y hasta 18 años, que se encuentren inscritos en escuelas públicas del Distrito Federal, a través del Programa Educación Garantizada, mediante el cual se promueve la continuidad de sus estudios hasta que concluyan el nivel medio superior, o bien cumplan los 18 años. Lo anterior en el caso de que el sostén económico de la familia (madre, padre o tutor/a) haya fallecido o haya caído en estado de incapacidad total o permanente, en una fecha no anterior al 25 de julio de 2007.	DIF-DF Fideicomiso de Educación Garantizada (Secretaría de Educación)	Niñas, niños y adolescentes, de 6 y hasta 18 años de edad cumplidos; inscritos en escuelas públicas ubicadas dentro del Distrito Federal de nivel primaria, secundaria y medio superior; y que residan en el Distrito Federal. No se especifica cuántos hay en el DF.	Monto mensual de \$832.00 M.N.	En 2012 se espera cubrir a 2,415 personas.	54,929,396
2007	Programa de Niñ@s talento	Lograr que las niñas, los niños y los adolescentes sobresalientes tengan acceso a una formación integral, a través del desarrollo de sus habilidades artísticas, culturales, científicas y deportivas, con la finalidad de generar procesos de participación infantil y educación comunitaria.	DIF-DF Fideicomiso de Educación Garantizada (Secretaría de Educación)	Niñas, niños y adolescentes de 6 a 15 años de edad con promedio mínimo de 90, que estudien en escuelas primarias y secundarias públicas ubicadas en el Distrito Federal y que radiquen en la Ciudad de México.	Apoyo directo de \$1,800.00 M.N. anuales, en depósitos de \$150.00 mensuales, además de una cuenta anual adicional de \$1,200.00 la cual se iracionará en depósitos de \$600.00 en el mes de julio y diciembre.	En 2012 se espera apoyar a 120,000 personas.	47,593,776
2004 - 2011 (Nota 4)	Programa de atención integral de cáncer de mama	Incidir en las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en la población femenina del Distrito Federal, por medio de la detección oportuna mediante la realización de la mastografía de pesquisa, diagnóstico y tratamiento. (RDP 2010)	Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (hasta 2011) Secretaría de Salud (desde 2012)	Mujeres a partir de 40 años que residan o laboren en las 16 demarcaciones políticas del Distrito Federal.	Estudios de mastografía, jornadas de salud, pláticas, seguimiento, visitas y acompañamiento psicológico.	En 2010 se esperaba hacer 50 mil estudios de mastografía de pesquisa.	32,142,000
Nota 1	Presupuesto de 2009 (Murayama, 2011: 32). En las reglas de operación de 2012 no aparece el monto presupuestal destinado a este programa.						
Nota 2	Con información de los lineamientos y mecanismos de operación de los programas del INVI, publicadas en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, Núm. 1029 Bis del 9 de febrero de 2011.						
Nota 3	Con información de la página Red Ángel del DF, http://www.redangel.df.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=53&Itemid=65						
Nota 4	Con información de las Reglas de Operación de 2010. Presupuesto de 2009 (Murayama, 2011: 32).						

Fuente: elaboración propia con base en las reglas de operación de los programas y sitios web de las dependencias responsables.

ANEXO CINCO. COMPARATIVO DE DOCUMENTOS RECTORES DEL PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS GRATUITOS

2004-2013

Documento y fecha de publicación	Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del DF. Actualización para el periodo 2004-2006 Febrero de 2004	Reglas de Operación Gaceta Oficial del Distrito Federal 31 de enero de 2007	Reglas de Operación Gaceta Oficial del Distrito Federal 1° de febrero de 2008	Reglas de Operación Gaceta Oficial del Distrito Federal 30 de enero de 2009	Reglas de Operación Gaceta Oficial del Distrito Federal 12 de febrero de 2010	Reglas de Operación Gaceta Oficial del Distrito Federal 9 de marzo de 2011	Reglas de Operación Gaceta Oficial del Distrito Federal 31 de enero de 2012	Reglas de Operación Gaceta Oficial del Distrito Federal 31 de enero de 2013
Dependencia o entidad responsable del programa	La prestación de servicios a los derechohabientes es responsabilidad de la SSDF.	<u>Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, Jefatura de Unidad Departamental Gratuidad.</u>	Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias. Jefatura de Unidad Departamental Gratuidad.	Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias. Jefatura de Unidad Departamental Gratuidad.	Secretaría de Salud del Distrito Federal, Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal. (14 unidades administrativas)	Secretaría de Salud del Distrito Federal, Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal. (15 unidades administrativas, se añadió la "Dirección de Sistemas y Comunicaciones").	Secretaría de Salud del Distrito Federal, Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal. (15 unidades administrativas)	Secretaría de Salud del Distrito Federal, Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal. (? unidades administrativas. Se añade "Dirección de Sistemas Institucionales y Comunicaciones" y "Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos"; se quitó al "Subsecretario de Salud").
Objetivos y alcances	Garantizar el <u>derecho</u> a la protección de la salud con equidad, entendida como igual acceso a los servicios de la SSDF ante la misma necesidad, a la población no-asegurada con residencia mínima de tres años en el DF, así como de los adultos mayores de 70 y más años, también residentes en el DF.	Garantizar el <u>acceso</u> a la protección de la salud con equidad, entendida como igual acceso a los servicios de la SSDF ante la misma necesidad, a la población no-asegurada con residencia en el DF, así como de los adultos mayores de 70 años, también residentes en el DF.	Garantizar el acceso a la protección de la salud con equidad, entendida como igual acceso a los servicios de la SSDF ante la misma necesidad, a la población no-asegurada con residencia en el DF, así como de los adultos mayores de 70 años, también residentes en el DF.	Garantizar el acceso a la protección de la salud con equidad, entendida como igual acceso a los servicios de la SSDF ante la misma necesidad, a la población no-asegurada con residencia en el DF, así como de los adultos mayores de 70 años, también residentes en el DF.	<u>Garantizar el acceso a los servicios de salud integrales que prestan en las unidades médicas y los centros de salud del Gobierno del Distrito Federal, incluyendo el acceso a los tratamientos prescritos en las mismas, sin costo anticipado o al momento de requerirlos para los residentes del Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral, de conformidad con los recursos presupuestales asignados a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.</u>	Garantizar el acceso a los servicios de salud integrales que prestan en las unidades médicas y los centros de salud del Gobierno del Distrito Federal, incluyendo el acceso a los tratamientos prescritos en las mismas, sin costo anticipado o al momento de requerirlos para los residentes del Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral, de conformidad con los recursos presupuestales asignados a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.	Garantizar el acceso a los servicios de salud integrales que prestan en las unidades médicas y los centros de salud del Gobierno del Distrito Federal, incluyendo el acceso a los tratamientos prescritos en las mismas, sin costo anticipado o al momento de requerirlos para los residentes del Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral, de conformidad con los recursos presupuestales asignados a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.	Garantizar el acceso a los servicios de salud integrales que prestan en las unidades médicas y los centros de salud del Gobierno del Distrito Federal, incluyendo el acceso a los tratamientos prescritos en las mismas, sin costo anticipado o al momento de requerirlos para los residentes del Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral, de conformidad con los recursos presupuestales asignados a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, como Organismo Público Centralizado y los Servicios de Salud Pública como Organismo Público Descentralizado. ALCANCES - Contribuir a mejorar la atención y prevención de la población abierta del Distrito Federal, sin seguridad social laboral y mejorar niveles de salud, con un enfoque universal, equitativo y avanzar en la garantía del derecho a la salud.
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Documento y fecha de publicación	2004	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Objetivos particulares	1) Inscribir a las familias y personas no-aseguradas residentes en el DF al programa y proporcionarles una identificación que las acredite como derechohabientes de los servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal, o sea, formalizar su condición de sujetos de derechos.	1) Inscribir a las familias y personas no-aseguradas residentes en el Distrito Federal al programa y proporcionarles una identificación que las acredite como derechohabientes de los servicios, así como a los adultos mayores de 70 años.	1) Inscribir a las familias y personas no-aseguradas residentes en el Distrito Federal al programa y proporcionarles una identificación que las acredite como derechohabientes de los servicios, así como a los adultos mayores de 70 años.	1) Inscribir a las familias y personas no-aseguradas residentes en el Distrito Federal al programa y proporcionarles una identificación que las acredite como derechohabientes de los servicios, así como a los adultos mayores de 70 años.	1) Inscribir a las familias y personas no-aseguradas residentes en el Distrito Federal y proporcionar su cédula de afiliación que las acredite como derechohabientes de los servicios integrales que prestan los centros de salud y las unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal.	1) Inscribir a las familias y personas no-aseguradas residentes en el Distrito Federal y proporcionar su cédula de afiliación que las acredite como derechohabientes de los servicios integrales que prestan los centros de salud y las unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal.	1) Inscribir a las familias y personas no-aseguradas residentes en el Distrito Federal y proporcionar su cédula de afiliación que las acredite como derechohabientes de los servicios integrales que prestan los centros de salud y las unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal.	1) Inscribir a las familias y personas no-aseguradas residentes en el Distrito Federal y proporcionar su cédula de afiliación que las acredite como derechohabientes de los servicios integrales que prestan los centros de salud y las unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal.	1) Inscribir a las familias y personas no-aseguradas residentes en el Distrito Federal y proporcionar su cédula de afiliación que las acredite como derechohabientes de los servicios integrales que prestan los centros de salud y las unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal.
	2) Proporcionar sin costo todos los servicios –preventivos, diagnóstico, curativos y de rehabilitación–ofrecidos en las unidades médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y los Servicios de Salud Pública a los derechohabientes y a los adultos mayores de 70 años.	2) Proporcionar sin costo todos los servicios –preventivos, diagnóstico, curativos y de rehabilitación–ofrecidos en las unidades médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y los Servicios de Salud Pública a los derechohabientes y a los adultos mayores de 70 años.	2) Proporcionar sin costo todos los servicios –preventivos, diagnóstico, curativos y de rehabilitación–ofrecidos en las unidades médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y los Servicios de Salud Pública a los derechohabientes y a los adultos mayores de 70 años.	2) Proporcionar sin costo todos los servicios –preventivos, diagnóstico, curativos y de rehabilitación–ofrecidos en las unidades médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y los Servicios de Salud Pública a los derechohabientes y a los adultos mayores de 70 años.	2) Inscribir a la población vulnerable dependiente o no a una institución social.	2) Inscribir a la población vulnerable dependiente o no a una institución social.	2) Inscribir a la población vulnerable dependiente o no a una institución social.	2) Inscribir a la población vulnerable dependiente o no a una institución social.	Desaparece
	3) Proporcionar gratuitamente a los derechohabientes y adultos mayores residentes en el Distrito Federal, los medicamentos del cuadro institucional autorizado, prescritos por un médico de estas unidades médicas en sus farmacias.	3) Proporcionar gradualmente a los derechohabientes y adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal, los medicamentos del Catálogo y Cuadros Institucionales de Medicamentos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal autorizado, prescritos por un médico de estas unidades médicas en sus farmacias.	3) Proporcionar gradualmente a los derechohabientes y adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal, los medicamentos del Catálogo y Cuadros Institucionales de Medicamentos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal autorizado, prescritos por un médico de estas unidades médicas en sus farmacias.	3) Proporcionar gradualmente a los derechohabientes y adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal, los medicamentos del Catálogo y Cuadros Institucionales de Medicamentos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal autorizado, prescritos por un médico de estas unidades médicas en sus farmacias.	3) Proporcionar sin costo los servicios auxiliares de diagnóstico y de rehabilitación de manera gratuita cuando los médicos tratantes de los centros de salud y unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal lo prescriban como parte del tratamiento médico y de acuerdo con los recursos institucionales autorizados.	3) Proporcionar sin costo los servicios auxiliares de diagnóstico y de rehabilitación cuando los médicos tratantes de los centros de salud y unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal lo prescriban como parte del tratamiento médico y de acuerdo con los recursos institucionales autorizados.	3) Proporcionar sin costo los servicios auxiliares de diagnóstico y de rehabilitación cuando los médicos tratantes de los centros de salud y unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal lo prescriban como parte del tratamiento médico y de acuerdo con los recursos institucionales autorizados.	3) Proporcionar sin costo los servicios auxiliares de diagnóstico y de rehabilitación cuando los médicos tratantes de los centros de salud y unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal lo prescriban como parte del tratamiento médico y de acuerdo con los recursos institucionales autorizados.	3) Proporcionar sin costo los servicios auxiliares de diagnóstico, curativo y de rehabilitación y de acuerdo con los recursos institucionales autorizados.
	4) Cubrir sistemáticamente a los derechohabientes y a los adultos mayores de 70 y más residentes en el Distrito Federal con las acciones integradas de salud.	4) Cubrir sistemáticamente a los derechohabientes y a los adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal con las acciones integradas de salud.	4) Cubrir sistemáticamente a los derechohabientes y a los adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal con las acciones integradas de salud.	4) Cubrir sistemáticamente a los derechohabientes y a los adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal con las acciones integradas de salud.	4) Otorgar los servicios médicos que prestan en los centros de salud y las unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, desde el nivel preventivo, de diagnóstico, curativo y de rehabilitación y que deberán estar prescritos como parte del tratamiento médico y de acuerdo con los insumos y recursos institucionales autorizados.	4) Otorgar los servicios médicos que prestan en los centros de salud y las unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, desde el nivel preventivo, de diagnóstico, curativo y de rehabilitación y que deberán estar prescritos como parte del tratamiento médico y de acuerdo con los insumos y recursos institucionales autorizados.	4) Otorgar los servicios médicos que prestan en los centros de salud y las unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, desde el nivel preventivo, de diagnóstico, curativo y de rehabilitación y que deberán estar prescritos como parte del tratamiento médico y de acuerdo con los insumos y recursos institucionales autorizados.	4) Otorgar los servicios médicos que prestan en los centros de salud y las unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, desde el nivel preventivo, de diagnóstico, curativo y de rehabilitación y que deberán estar prescritos como parte del tratamiento médico y de acuerdo con los insumos y recursos institucionales autorizados.	4) Otorgar los servicios médicos que prestan en los centros de salud y las unidades hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal, desde el nivel preventivo, de diagnóstico, curativo y de rehabilitación y que deberán estar prescritos como parte del tratamiento médico y de acuerdo con los insumos y recursos institucionales autorizados.
	N/A	N/A	N/A	N/A	5) Otorgar los medicamentos a los titulares y sus dependientes de acuerdo a las guías terapéuticas y por el cuadro institucional de medicamentos autorizados para hospitales y centros de salud del Gobierno del Distrito Federal.	5) Otorgar los medicamentos a los titulares y sus dependientes de acuerdo a las guías terapéuticas y por el cuadro institucional de medicamentos autorizados para hospitales y centros de salud del Gobierno del Distrito Federal.	5) Otorgar los medicamentos a los titulares y sus dependientes de acuerdo a las guías terapéuticas y por el cuadro institucional de medicamentos autorizados para hospitales y centros de salud del Gobierno del Distrito Federal.	5) Otorgar los medicamentos a los titulares y sus dependientes de acuerdo a las guías terapéuticas y por el cuadro institucional de medicamentos autorizados para hospitales y centros de salud del Gobierno del Distrito Federal.	5) Otorgar los medicamentos a los titulares y sus dependientes de acuerdo a las guías terapéuticas, el Cuadro Básico y el Catálogo Institucional de Medicamentos , autorizados para hospitales y centros de salud por el Gobierno del Distrito Federal.
	N/A	N/A	N/A	N/A	6) Actualizar de manera permanente el padrón de beneficiarios del Programa.	6) Actualizar de manera permanente el padrón de beneficiarios del Programa.	6) Actualizar de manera permanente el padrón de beneficiarios del Programa.	6) Actualizar de manera permanente el padrón de beneficiarios del Programa.	6) Actualizar de manera permanente el padrón de beneficiarios del Programa.
	N/A	N/A	N/A	N/A	7) Durante este año habrá énfasis en afiliación con enfoque de los Derechos Humanos y de Género a la población con discapacidad, población callejera, población indígena, población LGTBTTTI, personas adultas mayores, migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo, y víctimas de trata de personas.	7) Durante este año habrá énfasis en afiliación con enfoque de los Derechos Humanos y de Género a la población con discapacidad, población callejera, población indígena, población LGTBTTTI, personas adultas mayores, migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo, y víctimas de trata de personas.	7) Durante este año habrá énfasis en afiliación con enfoque de los Derechos Humanos y de Género a la población con discapacidad, población callejera, población indígena, población LGTBTTTI, personas adultas mayores, migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo, y víctimas de trata de personas.	7) Durante este año habrá énfasis en afiliación con enfoque de los Derechos Humanos y de Género a la población con discapacidad, población callejera, población indígena, población LGTBTTTI, personas adultas mayores, migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo, y víctimas de trata de personas.	7) Afiliar con enfoque de Derechos Humanos y de Género a la población con discapacidad, población callejera, población indígena, población Lésbico, Gay, Bisexual, Transgénero, Transexual, Travesti e Intersexual (LGBTTTI), personas adultas mayores, migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo, y víctimas de trata de personas.

Documento y fecha de publicación	2004	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Población objetivo y Cobertura		Actualmente se tiene un 70 por ciento de familias incorporadas al Programa de Gratuidad, considerando que al inicio del programas la población estimada era aproximadamente de 3.5 millones de población abierta sin seguridad social.	Actualmente se tiene un 70 por ciento de familias incorporadas al Programa de Gratuidad, considerando que al inicio del programa la población estimada era aproximadamente de 3.5 millones de población abierta sin seguridad social.	Actualmente se tiene un 70 por ciento de familias incorporadas al Programa de Gratuidad, considerando que al inicio del programa la población estimada era aproximadamente de 3.5 millones de población abierta sin seguridad social.	Los habitantes del DF sin seguridad social laboral son 3,864,261. De estos han sido inscritos en el PSM/MG 74% hasta diciembre de 2009. El rezago es de 1,004,708 habitantes.	Aproximadamente 3,900,000 habitantes, de los cuales 75% ya están incorporados. Durante este año se espera incluir a 784 mil personas.	Aproximadamente 3,900,000 habitantes, de los cuales 75% ya están incorporados. Durante este año se espera incluir a 784 mil personas.	Aproximadamente 3,900,000 habitantes, de los cuales 84% ya están incorporados. Durante este año se espera afiliar a 75 mil personas.

Documento y fecha de	2004	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Metas	1) Inscribir al PSMIMG en el 2004 el 60 por ciento de los núcleos familiares que viven en las Unidades Territoriales de muy alta y alta marginación y aquellos que, cumpliendo con los requisitos del Programa solicitan su inscripción. Inscribir al PSMIMG en el 2006, al 90 por ciento del total de núcleos familiares y personas residentes en el DF que cumplen con los requisitos de este Programa.	1) Actualmente se tiene un 70 por ciento de familias incorporadas al Programa de Gratuidad, considerando que al inicio del programa la población estimada era aproximadamente de 3.5 millones de población abierta sin seguridad social.	1) Actualmente se tiene un 70 por ciento de familias incorporadas al Programa de Gratuidad, considerando que al inicio del programa la población estimada era aproximadamente de 3.5 millones de población abierta sin seguridad social.	1) Actualmente se tiene un 70 por ciento de familias incorporadas al Programa de Gratuidad, considerando que al inicio del programa la población estimada era aproximadamente de 3.5 millones de población abierta sin seguridad social.	1) Actualmente se tiene un 70 por ciento de familias incorporadas al Programa de Gratuidad, considerando que al inicio del programa la población estimada era aproximadamente de 3.5 millones de población abierta sin seguridad social.	META FÍSICA: dar 5,339,005 atenciones en los servicios de primer y segundo nivel de atención. Consulta Externa General, Consulta Externa Especializada, Hospitalización y Urgencias.	Durante este año se espera incluir a 784 mil personas.	Durante este año se espera incluir a 784 mil personas.	1) Realizar con oportunidad 75,000 afiliaciones a las personas residentes del Distrito Federal, sin seguridad social laboral durante el 2013.
	2) Capacitar al 100% de los mandos superiores y medios.	2) Trabajo Social incorpore con oportunidad al ingreso de pacientes vía urgencias hacia hospitalización en un 100 por ciento en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.	2) Trabajo Social incorpore con oportunidad al ingreso de pacientes vía urgencias hacia hospitalización en un 100 por ciento en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.	2) Trabajo Social incorpore con oportunidad al ingreso de pacientes vía urgencias hacia hospitalización en un 100 por ciento en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.	2) Trabajo Social incorpore con oportunidad al ingreso de pacientes vía urgencias hacia hospitalización en un 100 por ciento en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.	1) Trabajo Social incorpore con oportunidad a la población abierta que acude a las unidades médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con énfasis en los Derechos Humanos y de Género.	1) Trabajo Social incorpore con oportunidad a la población abierta que acude a las unidades médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con énfasis en los Derechos Humanos y de Género.	1) Trabajo Social incorpore con oportunidad a la población abierta que acude a las unidades médicas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con énfasis en los Derechos Humanos y de Género.	2) Otorgar en las unidades médicas y centros de salud 4,868,973 consultas Generales y de especialidad.
	3) Informar al 100% de los trabajadores.	3) Las 27 unidades Hospitalarias y 1 Hospital de Especialidad, proporcionan y registran las atenciones otorgadas en un formato específico, que de manera mensual envían a la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad con la finalidad de identificar la productividad y dar cumplimiento a los indicadores establecidos en el programa.	3) Las 27 unidades Hospitalarias y 1 Hospital de Especialidad, proporcionan y registran las atenciones otorgadas en un formato específico, que de manera mensual envían a la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad con la finalidad de identificar la productividad y dar cumplimiento a los indicadores establecidos en el programa.	3) Las 27 unidades Hospitalarias y 1 Hospital de Especialidad, proporcionan y registran las atenciones otorgadas en un formato específico, que de manera mensual envían a la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad con la finalidad de identificar la productividad y dar cumplimiento a los indicadores establecidos en el programa.	3) Las 27 unidades Hospitalarias y 1 Hospital de Especialidad, proporcionan y registran las atenciones otorgadas en un formato específico, que de manera mensual envían a la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad con la finalidad de identificar la productividad y dar cumplimiento a los indicadores establecidos en el programa.	2) Fortalecer en las unidades médicas de la Secretaría de Salud el registro de las atenciones otorgadas en las unidades médicas.	2) Fortalecer en las unidades médicas de la Secretaría de Salud el registro de las atenciones otorgadas en las unidades médicas.	2) Fortalecer en las unidades médicas de la Secretaría de Salud el registro de las atenciones otorgadas en las unidades médicas.	3) Otorgar atención médica a través de 153,341 egresos hospitalarios.
	4) Actualizar al 100% de los mandos superiores y medios.	4) Suprimir en las unidades hospitalarias en un 90 por ciento el subregistro de las atenciones otorgadas en hospitalización por los servicios de estudios de laboratorio y gabinete.	4) Suprimir en las unidades hospitalarias en un 90 por ciento el subregistro de las atenciones otorgadas en hospitalización por los servicios de estudios de laboratorio y gabinete.	4) Suprimir en las unidades hospitalarias en un 90 por ciento el subregistro de las atenciones otorgadas en hospitalización por los servicios de estudios de laboratorio y gabinete.	4) Suprimir en las unidades hospitalarias en un 90 por ciento el subregistro de las atenciones otorgadas en hospitalización por los servicios de estudios de laboratorio y gabinete.	3) Dar seguimiento a la captura de las cédulas de afiliación familiar elaboradas en las unidades médicas de la Secretaría de Salud.	3) Dar seguimiento a la captura de las cédulas de afiliación familiar elaboradas en las unidades médicas de la Secretaría de Salud.	3) Dar seguimiento a la captura de las cédulas de afiliación familiar elaboradas en las unidades médicas de la Secretaría de Salud.	4) Desarrollar 9,748 pláticas en las unidades médicas y centros de salud, a fin de difundir y promover la Ley de Acceso a los Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (ES "LEY DE ACCESO GRATUITO...") a la población usuaria de los servicios.
	5) Actualizar al 100% de los trabajadores.	5) Dar seguimiento a la captura de cédulas familiares por unidad hospitalaria, actualmente el avance es del 70 por ciento, debido a la modificación del programa de captura.	5) Dar seguimiento a la captura de cédulas familiares por unidad hospitalaria, actualmente el avance es del 70 por ciento, debido a la modificación del programa de captura.	5) Dar seguimiento a la captura de cédulas familiares por unidad hospitalaria, actualmente el avance es del 70 por ciento, debido a la modificación del programa de captura.	5) Dar seguimiento a la captura de cédulas familiares por unidad hospitalaria, actualmente el avance es del 70 por ciento, debido a la modificación del programa de captura.	4) Fortalecer la promoción y difusión de la Ley de Acceso a los Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (ES "LEY DE ACCESO GRATUITO...") a la población residente del Distrito Federal sin seguridad social laboral, en las unidades médicas, a través de trípticos, carteles y organización de grupos transitorios, en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, para ello se desarrollarán 20,000 pláticas informativas.	4) Fortalecer la promoción y difusión de la Ley de Acceso a los Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (ES "LEY DE ACCESO GRATUITO...") a la población residente del Distrito Federal sin seguridad social laboral, en las unidades médicas, a través de trípticos, carteles y organización de grupos transitorios, en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, para ello se desarrollarán 20,000 pláticas informativas.	4) Fortalecer la promoción y difusión de la Ley de Acceso a los Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (ES "LEY DE ACCESO GRATUITO...") a la población residente del Distrito Federal sin seguridad social laboral, en las unidades médicas, a través de trípticos, carteles y organización de grupos transitorios, en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, para ello se desarrollarán 20,000 pláticas informativas.	5) Otorgar el medicamento de acuerdo al Cuadro Básico y Catálogo Institucional de Medicamentos publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, así como sus actualizaciones.
	6) Elaborar encuestas que midan la efectividad de las acciones.	6) Fortalecer la promoción del programa por el personal de trabajo social en el área de consulta externa y urgencias.	6) Fortalecer la promoción del programa por el personal de trabajo social en el área de consulta externa y urgencias.	6) Fortalecer la promoción del programa por el personal de trabajo social en el área de consulta externa y urgencias.	6) Fortalecer la promoción del programa por el personal de trabajo social en el área de consulta externa y urgencias.	5) La incorporación de trabajadores eventuales que por el tipo de contratación carecen de toda seguridad social laboral.	5) La incorporación de trabajadores eventuales que por el tipo de contratación carecen de toda seguridad social laboral.	5) La incorporación de trabajadores eventuales que por el tipo de contratación carecen de toda seguridad social laboral.	6) Efectuar a la población beneficiaria del Programa de Gratuidad, un total de 724,191 estudios de rayos X, así como 3,338,391 estudios de laboratorio y gabinete, con la finalidad de complementar su diagnóstico terapéutico.
	7) La prestación de servicios a los derechohabientes se hará de forma directa a través de las unidades hospitalarias de la Secretaría y de las unidades médicas de los SSPDF y a través de los mecanismos de referencia y contrarreferencia de acuerdo con las condiciones de prestación integral de red de servicios para garantizar los cuidados y la provisión de medicamentos.	7) Para lograr la prestación de servicios con calidad, la Secretaría debe garantizar el abasto de medicamentos e insumos médicos y promoverá una política de uso de medicamentos con criterios terapéuticos y de farmacoeconomía. Para lo cual se requiere la actualización de los cuadros institucionales de Medicamentos.	7) Para lograr la prestación de servicios con calidad, la Secretaría debe garantizar el abasto de medicamentos e insumos médicos y promoverá una política de uso de medicamentos con criterios terapéuticos y de farmacoeconomía. Para lo cual se requiere la actualización de los cuadros institucionales de Medicamentos.	7) Para lograr la prestación de servicios con calidad, la Secretaría debe garantizar el abasto de medicamentos e insumos médicos y promoverá una política de uso de medicamentos con criterios terapéuticos y de farmacoeconomía. Para lo cual se requiere la actualización de los cuadros institucionales de Medicamentos.	7) Para lograr la prestación de servicios con calidad, la Secretaría debe garantizar el abasto de medicamentos e insumos médicos y promoverá una política de uso de medicamentos con criterios terapéuticos y de farmacoeconomía. Para lo cual se requiere la actualización de los cuadros institucionales de Medicamentos.	6) Otorgar el medicamento de acuerdo al cuadro terapéutico establecido por los dos niveles de atención de la Secretaría de Salud.	6) Otorgar el medicamento de acuerdo al cuadro terapéutico establecido por los dos niveles de atención de la Secretaría de Salud.	6) Otorgar el medicamento de acuerdo al cuadro terapéutico establecido por los dos niveles de atención de la Secretaría de Salud.	

Documento y fecha de	2004	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Programación presupuestal	<p>El financiamiento del Programa en lo que concierne a medicamentos y material de curación se realizará con recursos fiscales autorizados en el presupuesto anual de la Secretaría de Salud y del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. Y en lo que se refiere a la prestación de los servicios que se otorgan a la población y que son los necesarios para el manejo integral de su salud, el financiamiento se realizará incorporando a las partidas tradicionalmente integradas para la operación de las unidades médicas, el presupuesto destinado al abastecimiento de los medicamentos e insumos, con lo que se garantiza a la vez, la adecuada operación de los</p>	<p>La Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, a través del registro de atenciones otorgadas, identifica la población objetivo y las prestaciones otorgadas. También a través de Programa Operativo Anual la Dirección estima los gastos en relación con la prestación de servicios.</p>	<p>La Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, a través del registro de atenciones otorgadas, identifica la población objetivo y las prestaciones otorgadas. También a través de Programa Operativo Anual la Dirección estima los gastos en relación con la prestación de servicios.</p>	<p>La Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, a través del registro de atenciones otorgadas, identifica la población objetivo y las prestaciones otorgadas. También a través de Programa Operativo Anual la Dirección estima los gastos en relación con la prestación de servicios.</p>	<p>La Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, a través del registro de atenciones otorgadas, identifica la población objetivo y las prestaciones otorgadas. También a través de Programa Operativo Anual la Dirección estima los gastos en relación con la prestación de servicios.</p>	<p>La Secretaría de Salud cuenta con un techo presupuestal para otorgar la atención médica en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y la Secretaría de Salud del GDF, aproximadamente de \$5,283,878,241.00 pesos, durante el periodo del 2010.</p>	<p>La Secretaría de Salud cuenta con un techo presupuestal para otorgar la atención médica en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y la Secretaría de Salud del GDF, \$6,894,766,359 pesos, durante el periodo del 2011.</p>	<p>La Secretaría de Salud cuenta con un techo presupuestal para otorgar la atención médica en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y la Secretaría de Salud del GDF, \$6,625,962,578.00, durante el periodo del 2012.</p>	<p>La Secretaría de Salud cuenta con un techo presupuesto total de \$7, 866,121,231, en la Secretaría de Salud y en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.</p>

Documento y fecha de	2004	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Requisitos y procedimientos de acceso	La población objetivo del Programa son las familias y/o personas de 18 años o mayores, no asegurada en instituciones públicas de seguridad social, con residencia mínima de tres años en el DF y los adultos mayores de 70 años residentes en el DF. La inscripción de los derecho-habientes al Programa se realizará a demanda del interesado, previo cumplimiento de los siguientes requisitos:	Se podrán afiliar las personas residentes en el Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral; podrán registrarse de manera individual como titular una vez cumplida la mayoría de edad, como titular de familia, cuando se tengan dependientes y en este último supuesto los menores de edad cuando procreen hijos.	Se podrán afiliar las personas residentes en el Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral; podrán registrarse de manera individual como titular una vez cumplida la mayoría de edad, como titular de familia, cuando se tengan dependientes y en este último supuesto los menores de edad cuando procreen hijos.	Se podrán afiliar las personas residentes en el Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral; podrán registrarse de manera individual como titular una vez cumplida la mayoría de edad, como titular de familia, cuando se tengan dependientes y en este último supuesto los menores de edad cuando procreen hijos.	Se podrán afiliar las personas residentes en el Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral; podrán registrarse de manera individual como titular una vez cumplida la mayoría de edad, como titular de familia, cuando se tengan dependientes y en este último supuesto los menores de edad cuando procreen hijos.	Se podrán afiliar las personas residentes en el Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral; podrán registrarse de manera individual como titular una vez cumplida la mayoría de edad, como titular de familia, cuando se tengan dependientes y en este último supuesto los menores de edad cuando procreen hijos.	Se podrán afiliar las personas residentes en el Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral; podrán registrarse de manera individual como titular una vez cumplida la mayoría de edad, como titular de familia, cuando se tengan dependientes y en este último supuesto los menores de edad cuando procreen hijos.	Se podrán afiliar las personas residentes en el Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral; podrán registrarse de manera individual como titular una vez cumplida la mayoría de edad, como titular de familia, cuando se tengan dependientes y en este último supuesto los menores de edad cuando procreen hijos.
	Presentar, en original y copia, la identificación oficial con firma del titular (credencial de elector, pasaporte, o cartilla del Servicio Militar Nacional) y un comprobante de domicilio vigente, recibo de luz, gas, teléfono, predial o credencial de elector, etcétera).	Acreditar ser residente del Distrito Federal, para lo cual se deberá entregar copia simple de comprobante de domicilio vigente, recibo de luz, gas, teléfono, predial o credencial de elector.	Acreditar ser residente del Distrito Federal, para lo cual se deberá entregar copia simple de comprobante de domicilio vigente de cualquiera de los siguientes servicios, recibo de luz, gas, teléfono, predial o credencial de elector.	Acreditar ser residente del Distrito Federal, para lo cual se deberá entregar copia simple de comprobante de domicilio vigente de cualquiera de los siguientes servicios, recibo de luz, gas, teléfono, predial o credencial de elector.	Acreditar ser residente del Distrito Federal, para lo cual se deberá entregar copia simple de comprobante de domicilio vigente gas, teléfono, predial o credencial de elector.	Acreditar ser residente del Distrito Federal, para lo cual se deberá entregar copia simple del comprobante de domicilio vigente gas, teléfono, predial o credencial de elector.	Acreditar ser residente del Distrito Federal, para lo cual se deberá entregar copia simple del comprobante de domicilio vigente gas, teléfono, predial o credencial de elector.	Acreditar ser residente del Distrito Federal, para lo cual se deberá entregar copia simple del comprobante de domicilio vigente gas, teléfono, predial o credencial de elector.
	Además deberá mostrar, en original y copia, la identificación oficial del cónyuge y las actas de nacimiento de los dependientes menores de 18 años, o para el caso de los recién nacidos, el certificado de nacimiento.	Acreditar identidad del solicitante y en su caso de cada uno de sus dependientes, para lo cual se deberá entregar copia simple de alguna identificación oficial, como puede ser: credencial de elector, pasaporte, o cartilla del servicio militar nacional para los mayores de edad y acta de nacimiento o constancia escolar con fotografía en el caso de menores de edad.	Acreditar identidad del solicitante y en su caso de cada uno de sus dependientes, para lo cual se deberá entregar copia simple de alguna identificación oficial, como puede ser: credencial de elector, pasaporte, o cartilla del servicio militar nacional para los mayores de edad y acta de nacimiento o constancia escolar con fotografía en el caso de menores de edad.	Acreditar identidad del solicitante y en su caso de cada uno de sus dependientes, para lo cual se deberá entregar copia simple de alguna identificación oficial, como puede ser: credencial de elector, pasaporte, o cartilla del servicio militar nacional para los mayores de edad y acta de nacimiento o constancia escolar con fotografía en el caso de menores de edad.	Acreditar la identidad del solicitante y en su caso de cada uno de los dependientes, para lo cual se deberá entregar copia simple de alguna identificación oficial, la credencial de elector, pasaporte, o cartilla del servicio militar nacional para los mayores de edad y acta de nacimiento o constancia escolar con fotografía en el caso de menores de edad.	Acreditar la identidad del solicitante y en su caso de cada uno de los dependientes, para lo cual se deberá entregar copia simple de alguna identificación oficial, la credencial de elector, pasaporte, o cartilla del servicio militar nacional para los mayores de edad y acta de nacimiento o constancia escolar con fotografía en el caso de menores de edad.	Acreditar la identidad del solicitante y en su caso de cada uno de los dependientes, para lo cual se deberá entregar copia simple de alguna identificación oficial, la credencial de elector, pasaporte, o cartilla del servicio militar nacional para los mayores de edad y acta de nacimiento o constancia escolar con fotografía en el caso de menores de edad.	Acreditar la identidad del solicitante y en su caso de cada uno de los dependientes, para lo cual se deberá entregar copia simple de alguna identificación oficial, la credencial de elector, pasaporte, o cartilla del servicio militar nacional para los mayores de edad y acta de nacimiento o constancia escolar con fotografía en el caso de menores de edad.
	No pertenecer a ningún sistema público de seguridad social.	No estar afiliados a las instituciones de seguridad social.	No estar afiliados a las instituciones de seguridad social.	No estar afiliados a las instituciones de seguridad social.	4) No estar afiliados a las instituciones de Seguridad Social Laboral (esta última condición no aplica para personas mayores de 70 años beneficiarios de LA TARJETA DE PENSIÓN ALIMENTARIA).	4) No estar afiliados a las instituciones de Seguridad Social Laboral (esta última condición no aplica para personas mayores de 68 y/o 70 años beneficiarios de LA TARJETA DE PENSIÓN ALIMENTARIA).	4) No estar afiliados a las instituciones de Seguridad Social Laboral (esta última condición no aplica para personas mayores de 68 y/o 70 años beneficiarios de LA TARJETA DE PENSIÓN ALIMENTARIA).	4) No estar afiliados a las instituciones de Seguridad Social Laboral (esta última condición no aplica para personas mayores de 68 y/o 70 años beneficiarios de LA TARJETA DE PENSIÓN ALIMENTARIA).
	Firmar la cédula de afiliación familiar donde el titular reconoce tener una residencia mínima de tres años en el Distrito Federal.	Firmar la Cédula de afiliación que se proporciona gratuitamente en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal.	Firmar la Cédula de afiliación que se proporciona gratuitamente en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal.	Firmar la Cédula de afiliación que se proporciona gratuitamente en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal.	5) Los menores de edad que hayan constituido su propia familia y las madres solteras menores de edad, también podrán registrarse como titulares, para el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos del Gobierno del Distrito Federal, previa presentación de las copias fotostáticas de los siguientes documentos: identificación oficial o constancia escolar con fotografía, comprobante de domicilio y certificado de nacimiento de los hijos hasta los seis meses, acta de nacimiento.	5) Los menores de edad que hayan constituido su propia familia y las madres solteras menores de edad, también podrán registrarse como titulares, para el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos del Gobierno del Distrito Federal, previa presentación de las copias fotostáticas de los siguientes documentos: identificación oficial o constancia escolar con fotografía, comprobante de domicilio y certificado de nacimiento de los hijos hasta los seis meses, acta de nacimiento.	5) Los menores de edad que hayan constituido su propia familia y las madres solteras menores de edad, también podrán registrarse como titulares, para el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos del Gobierno del Distrito Federal, previa presentación de las copias fotostáticas de los siguientes documentos: identificación oficial o constancia escolar con fotografía, comprobante de domicilio y certificado de nacimiento de los hijos hasta los seis meses, acta de nacimiento.	5) Los menores de edad que hayan constituido su propia familia y las madres solteras menores de edad, también podrán registrarse como titulares, para el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos del Gobierno del Distrito Federal, previa presentación de las copias fotostáticas de los siguientes documentos: identificación oficial o constancia escolar con fotografía, comprobante de domicilio y certificado de nacimiento de los hijos hasta los seis meses, acta de nacimiento.
Requisitos	La inscripción al Programa se realizará a través del llenado de la cédula de afiliación familiar que acredita a la familia y/o persona de 18 años y mayor como derechohabientes, mientras reciben su credencial de gratuidad, expedida por la Secretaría de Salud del DF.	La inscripción se realiza en trabajo social en días hábiles y días festivos en turno matutino y vespertino sin ninguna distinción, siempre y cuando se cumplan los requisitos antes señalados.	La inscripción se realiza en trabajo social en días hábiles y días festivos en turno matutino y vespertino sin ninguna distinción, siempre y cuando se cumplan los requisitos antes señalados.	La inscripción se realiza en trabajo social en días hábiles y días festivos en turno matutino y vespertino sin ninguna distinción, siempre y cuando se cumplan los requisitos antes señalados.	6) Las personas mayores de 70 años inscritas al "Programa de la Tarjeta de Pensión Alimentaria", no requerirán registrarse para el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos del Gobierno del DF. Para recibir los servicios y medicamentos bastara con presentar su tarjeta del Programa y su identificación oficial con firma.	6) Las personas mayores de 70 años inscritas al "Programa de la Tarjeta de Pensión Alimentaria", no requerirán registrarse para el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos del Gobierno del DF. Para recibir los servicios y medicamentos bastara con presentar su tarjeta del Programa y su identificación oficial con firma.	6) Las personas mayores de 70 años inscritas al "Programa de la Tarjeta de Pensión Alimentaria", no requerirán registrarse para el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos del Gobierno del DF. Para recibir los servicios y medicamentos bastara con presentar su tarjeta del Programa y su identificación oficial con firma.	6) Las personas mayores de 70 años inscritas al "Programa de la Tarjeta de Pensión Alimentaria", no requerirán registrarse para el acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos del Gobierno del DF. Para recibir los servicios y medicamentos bastara con presentar su tarjeta del Programa y su identificación oficial con firma.
	N/A	N/A	N/A	N/A	7) Firmar la cédula de afiliación familiar que se proporciona y es requisitada por personal de trabajo social de las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal.	7) Firmar la cédula de afiliación familiar que se proporciona y es requisitada por personal de trabajo social de las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal.	7) Firmar la cédula de afiliación familiar que se proporciona y es requisitada por personal de trabajo social de las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal.	7) Firmar la cédula de afiliación familiar que se proporciona y es requisitada por personal de trabajo social de las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal.

Documento y fecha de publicación	2004	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Requisitos	N/A	N/A	N/A	N/A	8) Las personas indigentes, niños en situación de calle, niños abandonados, indígenas o aquellos que por su condición sean sujetos de asistencia social, y no puedan acreditar su identidad ni su dirección, deberán acudir a la Oficina de Trabajo Social de las Unidades médicas del gobierno del Distrito Federal para que se verifique su condición, y se procede a su registro en el padrón. En caso de que cualquiera de ellos cuente con algún tipo de tutoría institucional podrán registrarse, debiendo presentar el soporte documental que den los (avales institucionales).	8) Las personas indigentes, niños en situación de calle, niños abandonados, indígenas o aquellos que por su condición sean sujetos de asistencia social, y no puedan acreditar su identidad ni su dirección, deberán acudir a la Oficina de Trabajo Social de las Unidades médicas del gobierno del Distrito Federal para que se verifique su condición, y se procede a su registro en el padrón. En caso de que cualquiera de ellos cuente con algún tipo de tutoría institucional podrán registrarse, debiendo presentar el soporte documental que den los (avales institucionales).	8) Las personas indigentes, niños en situación de calle, niños abandonados, indígenas o aquellos que por su condición sean sujetos de asistencia social, y no puedan acreditar su identidad ni su dirección, deberán acudir a la Oficina de Trabajo Social de las Unidades médicas del gobierno del Distrito Federal para que se verifique su condición, y se procede a su registro en el padrón. En caso de que cualquiera de ellos cuente con algún tipo de tutoría institucional podrán registrarse, debiendo presentar el soporte documental que den los (avales institucionales).	8) Las personas indigentes, niños en situación de calle, niños abandonados, indígenas o aquellos que por su condición sean sujetos de asistencia social, y no puedan acreditar su identidad ni su dirección, deberán acudir a la Oficina de Trabajo Social de las Unidades médicas del gobierno del Distrito Federal para que se verifique su condición, y se procede a su registro en el padrón. En caso de que cualquiera de ellos cuente con algún tipo de tutoría institucional podrán registrarse, debiendo presentar el soporte documental que den los (avales institucionales).
	N/A	N/A	N/A	N/A	9) El usuario que no cumpla con las condiciones para el Acceso gratuitos para los servicios médicos y medicamentos gratuitos del Gobierno del Distrito Federal, podrá tener derecho a todos los servicios médicos y auxiliares mediante un pago de cuota de recuperación según se estipula en el Manual de Cuotas de Recuperación.	9) El usuario que no cumpla con las condiciones para el Acceso gratuitos para los servicios médicos y medicamentos gratuitos del Gobierno del Distrito Federal, podrá tener derecho a todos los servicios médicos y auxiliares mediante un pago de cuota de recuperación según se estipula en el Manual de Cuotas de Recuperación.	9) El usuario que no cumpla con las condiciones para el Acceso gratuitos para los servicios médicos y medicamentos gratuitos del Gobierno del Distrito Federal, podrá tener derecho a todos los servicios médicos y auxiliares mediante un pago de cuota de recuperación según se estipula en el Manual de Cuotas de Recuperación.	9) El usuario que no cumpla con las condiciones para el Acceso gratuitos para los servicios médicos y medicamentos gratuitos del Gobierno del Distrito Federal, podrá tener derecho a todos los servicios médicos y auxiliares mediante un pago de cuota de recuperación según se estipula en el Manual de Cuotas de Recuperación.

Documento y fecha de publicación	2004	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Procedimientos de instrumentación	<p>La afiliación al Programa se puede realizar en los hospitales y centros de salud del GDF, a través del servicio de trabajo social. El lugar preferente de inscripción será el centro de salud T-II o T-III más cercano al domicilio del solicitante, lugar donde quedarán adscritas las familias o individuos.</p>	1) Afiliación al Programa.	1) Afiliación al Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos.	1) Afiliación al Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos.	1) Los titulares y los dependientes registrados en el padrón podrán ser adscritos a una unidad médica de atención primaria del Gobierno del Distrito Federal, donde serán atendidos y posteriormente si es necesario para complementar su atención médica podrán ser referidos a un segundo nivel de atención (unidades hospitalarias) de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.	1) Los titulares y los dependientes registrados en el padrón podrán ser adscritos a una unidad médica de atención primaria del Gobierno del Distrito Federal, donde serán atendidos y posteriormente si es necesario para complementar su atención médica podrán ser referidos a un segundo nivel de atención (unidades hospitalarias) de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.	1) Los titulares y los dependientes registrados en el padrón podrán ser adscritos a una unidad médica de atención primaria del Gobierno del Distrito Federal, donde serán atendidos y posteriormente si es necesario para complementar su atención médica podrán ser referidos a un segundo nivel de atención (unidades hospitalarias) de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.	1) Los titulares y los dependientes registrados en el padrón podrán ser adscritos a una unidad médica de atención primaria del Gobierno del Distrito Federal, donde serán atendidos y posteriormente si es necesario para complementar su atención médica podrán ser referidos a un segundo nivel de atención (unidades hospitalarias) de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.
	<p>Beneficios garantizados: Servicios médicos y diagnósticos. Los derechohabientes de la SSDF tendrán, sin distinción ni discriminación alguna, derecho a recibir los medicamentos que existan en la institución y que estén incluidos en el Cuadro Institucional, además de los servicios preventivos, diagnósticos, curativos y de rehabilitación que se prestan en las unidades médicas de la SSDF y de los Servicios de Salud Pública. Los servicios auxiliares de diagnóstico y rehabilitación sólo son gratuitos cuando el médico de la unidad médica del GDF los prescribe como parte de su trabajo institucional. En la atención de urgencias, la gratuidad se extiende a todos los pacientes.</p> <p>La SSDF elaborará un padrón nominal de derecho-habientes donde consta, entre otros, el nombre y apellidos del titular, sexo, estado civil, ocupación, fecha y lugar de nacimiento, fecha de registro, dirección de residencia, en caso de tener CURP y registro federal de causantes; clave de elector, último año de escolaridad, así como los nombres de los miembros de la familia, o dependientes, susceptibles de recibir los beneficios del Programa; en orden, primero los del o la cónyuge y luego de los menores de edad.</p>	2) Prestación de servicios y medicamentos.	2) Prestación de servicios médicos y medicamentos.	2) Prestación de servicios médicos y medicamentos.	2) De los Servicios Médicos a los que tienen acceso los titulares y dependientes, en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal son, en los 215 Centros de Salud y Clínicas de Especialidad, son: A. Consulta externa general; B. Estudios de laboratorio; C. Control del embarazo; D. Consulta odontológica; E. Medicamentos de acuerdo al cuadro terapéutico de atención.	2) De los Servicios Médicos a los que tienen acceso los titulares y dependientes, en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal son, en los 215 Centros de Salud y Clínicas de Especialidad, son: A. Consulta externa general y de especialidad; B. Estudios de laboratorio y de gabinete disponibles; C. Control del embarazo; D. Consulta odontológica; E. Medicamentos de acuerdo al Cuadro Básico y Catálogo Institucional de Medicamentos.	2) De los Servicios Médicos a los que tienen acceso los titulares y dependientes, en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal son, en los 217 Centros de Salud y Clínicas de Especialidad, son: A. Consulta externa general y de especialidad; B. Estudios de laboratorio y de gabinete disponibles; C. Control del embarazo; D. Consulta odontológica; E. Medicamentos de acuerdo al Cuadro Básico y Catálogo Institucional de Medicamentos.	2) De los Servicios Médicos a los que tienen acceso los titulares y dependientes, en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal son, en los 217 Centros de Salud y Clínicas de Especialidad, son: A. Consulta externa general y de especialidad; B. Estudios de laboratorio y de gabinete disponibles; C. Control del embarazo; D. Consulta odontológica; E. Medicamentos de acuerdo al Cuadro Básico y Catálogo Institucional de Medicamentos.
	3) Padrón de derechohabientes.	3) Padrón de derechohabientes al Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos.	3) Padrón de derechohabientes al Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos.	3) Padrón de derechohabientes al Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos.	En las 28 Unidades Hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal son: A. Terapia de rehabilitación; B. Consulta externa general y de especialidad; C. Estudios de laboratorio y gabinete disponibles; D. Consulta odontológica; E. Atención del embarazo, parto, puerperio inmediato; F. Atención neonatal; G. Intervenciones quirúrgicas NO ESTÉTICAS; H. Hospitalización; I. Atención de urgencias; J. Medicamentos de acuerdo al cuadro terapéutico de atención.	En las 30 Unidades Hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal son: A. Terapia de rehabilitación; B. Consulta externa general y de especialidad; C. Estudios de laboratorio y gabinete disponibles; D. Consulta odontológica no especializada y cirugía maxilofacial; E. Atención del embarazo, parto, puerperio inmediato; F. Atención neonatal; G. Intervenciones quirúrgicas NO ESTÉTICAS; H. Hospitalización; I. Atención de urgencias; J. Medicamentos de acuerdo al Cuadro Básico y Catálogo Institucional de Medicamentos.	En las 30 Unidades Hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal son: A. Terapia de rehabilitación; B. Consulta externa general y de especialidad; C. Estudios de laboratorio y gabinete disponibles; D. Consulta odontológica no especializada y cirugía maxilofacial; E. Atención del embarazo, parto, puerperio inmediato; F. Atención neonatal; G. Intervenciones quirúrgicas NO ESTÉTICAS; H. Hospitalización; I. Atención de urgencias; J. Medicamentos de acuerdo al Cuadro Básico y Catálogo Institucional de Medicamentos.	En las 32 Unidades Hospitalarias del Gobierno del Distrito Federal que conforma el segundo nivel de atención, en el cual se proporcionan las especialidades básicas cirugía general, medicina interna, Gineco-obstetricia y Pediatría, así como especializadas y cirugía maxilofacial; E. Atención del embarazo, parto, puerperio inmediato; F. Atención neonatal; G. Intervenciones quirúrgicas NO ESTÉTICAS; H. Hospitalización; I. Atención de urgencias; J. Medicamentos de acuerdo al Cuadro Básico y Catálogo Institucional de Medicamentos.

Documento y fecha de publicación	2004	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Indicador de cobertura	Cantidad de personas registradas en el padrón X 100 / Total de residentes en el DF sin seguridad social	Cantidad de personas registradas en el padrón X 100 / Total de residentes en <u>consulta externa de especialidad</u>	Cantidad de personas registradas en el padrón X 100 / Total de residentes en consulta externa de especialidad	Cantidad de personas registradas en el padrón X 100 / Total de residentes en consulta externa de especialidad	Total de población sin seguridad social inscrita al padrón por Delegación Política X100 / Total de población sin seguridad social por Delegación Política	No. de población abierta sin seguridad social inscrita al padrón por Delegación Política / No. de población abierta sin seguridad social por Delegación Política	No. de población abierta sin seguridad social inscrita al padrón por Delegación Política / No. de población abierta sin seguridad social por Delegación Política	Porcentaje de afiliación de la población sin seguridad social laboral.
Definición Gratuidad	N/A	N/A	N/A	N/A	El acceso a los servicios de salud disponibles en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal y a los medicamentos asociados a los tratamientos prescritos en las mismas, sin costo anticipado o al momento de requerirlos, para los residentes del Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral	El acceso a los servicios de salud disponibles en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal y a los medicamentos asociados a los tratamientos prescritos en las mismas, sin costo anticipado o al momento de requerirlos, para los residentes del Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral, de conformidad con los recursos presupuestales asignados a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.	El acceso a los servicios de salud disponibles en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal y a los medicamentos asociados a los tratamientos prescritos en las mismas, sin costo anticipado o al momento de requerirlos, para los residentes del Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral, de conformidad con los recursos presupuestales asignados a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.	El acceso a los servicios de salud disponibles en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal y a los medicamentos asociados a los tratamientos prescritos en las mismas, sin costo anticipado o al momento de requerirlos, para los residentes del Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral, de conformidad con los recursos presupuestales asignados a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.
Articulación con otros programas sociales					No Seguro Popular!!	No Seguro Popular!!	No Seguro Popular!!	No Seguro Popular!!

Fuente: elaboración propia con base en el *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del DF. Actualización para el periodo 2004-2006*, y en las Reglas de Operación del programa de 2007 a 2013.