



*El Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal con fundamento en los artículos 42 párrafo cuarto, 42 C fracción I, VII y XIV y 42 D de la Ley de Desarrollo Social del Distrito Federal en relación con los diversos 9 fracción VII, 31 párrafo II y 38 de su estatuto orgánico e incorporando elementos obtenidos por medio de la evaluación externa realizada al **Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Distrito Federal** y los acuerdos derivados de la XI Sesión Ordinaria de 2009 de su Comité, formula las siguientes recomendaciones:*

CONSIDERACIONES

En el convencimiento de que la protección de la salud representa hoy más que nunca para la Ciudad un eje fundamental en la agenda de la protección social, con énfasis particular en los aspectos de la determinación social de la salud, la perspectiva de la salud como derecho universal, integral, equitativo y gratuito, y del sistema público de salud del DF como sujeto obligado de su promoción y garantía;

Que la protección del derecho a la salud está reconocida en la legislación local en la Ley de Desarrollo Social del Distrito Federal, la Ley de Salud del Distrito Federal y 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, “Ley de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las personas que residen en el Distrito Federal que carecen de Seguridad Social Laboral” (LAGSMMDF);

Que con la LAGSMMDF y su Reglamento se consagra la protección a la salud como un derecho social universal y se fijan las obligaciones para las autoridades capitalinas de promover, proteger y garantizar su cumplimiento. Con ello se convirtió la protección de la salud en un derecho exigible por los residentes del Distrito Federal. A través de la LAGSMMDF se legisló sobre el papel del gobierno como sujeto obligado de garantizar el derecho a la protección de la salud en el DF y se obliga al Ejecutivo y Legislativo locales a asignar recursos en salud suficientes para garantizar este derecho mediante un presupuesto anual actualizado al índice de inflación no menor al presupuesto de la Secretaría de Salud del Distrito Federal del año inmediato anterior;



Que la Ley de Salud del Distrito Federal, expedida el 26 de agosto del 2009, reconoce a la gratuidad como uno de los principios del derecho a la protección de la salud (artículo 3 fracción III) y que los servicios de atención médica que ofrezca el Gobierno del Distrito Federal, así como los medicamentos asociados, serán otorgados de manera gratuita a los usuarios, de conformidad con lo establecido en la LAGSM MDF (artículo 9);

Que el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) se creó en 2001 con los objetivos de garantizar el derecho a la protección de la salud a los residentes del DF no-asegurados en la seguridad social laboral; de disminuir la desigualdad en el acceso a los servicios de salud en el DF y; de avanzar, junto con la seguridad social laboral, hacia la cobertura universal de protección en salud en el DF, garantizando universalmente el derecho constitucional a la protección de la salud a todos los residentes en el Distrito Federal;

Que el arreglo institucional de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) con relación a la LAGSM MDF a través del PSMMG, es *ofrecer gratuitamente los servicios integrales* que se prestan en las unidades médicas de la SSDF y del organismo descentralizado Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF), además de *proporcionar gratuitamente los medicamentos necesarios para el tratamiento*, establecidos en el cuadro institucional de medicamentos de la SSDF. Y que dichos servicios incluyen atenciones preventivas, curativas, y de rehabilitación para todos los grupos de edad y de ambos sexos incluyendo las Acciones Integradas de Salud por grupo étnico;

Que en el DF conviven dos modelos de protección en salud que parten de premisas diferenciadas. El PSMMG institucionalizado en junio de 2001 y elevado a rango de ley en el 2006, se fundamenta en la idea de la garantía universal del derecho a la protección de la salud a la población residente en el DF sin seguridad social, que puede gozarse inmediatamente y en cualquier momento, sin ningún tipo de condicionamiento. Está basado en un modelo de atención integral en salud (que garantiza los servicios colectivos e individuales de manera articulada, hasta los de alta especialidad del GDF, así como los medicamentos asociados a los tratamientos); además es equitativo porque se puede tener igual acceso a los servicios, ante la misma necesidad. Organiza su funcionamiento institucional desde la SSDF con una estrategia que responde de manera directa a la estructura demográfica y a los patrones epidemiológicos de la Ciudad. Cuenta con un 70%



de la población objetivo afiliada sobre un total de 3,5 millones sin seguridad social. El Seguro Popular, por su parte, que se ubica en el Programa de Salud 2007-2012, como el mecanismo para universalizar el derecho a la salud en la Ciudad, condiciona el derecho a la protección de la salud según deciles de ingreso y en razón del pago o reinscripción al seguro; acota la inscripción anual a un 14.3% de la población susceptible y establece un periodo de latencia entre la inscripción y la vigencia del servicio. La cobertura de los servicios incluye sólo un paquete con un número explícito de intervenciones, lo cual deriva de la supremacía de un criterio de restricción presupuestal aplicado a las estadísticas en salud nacional del Consejo de Salubridad General, con el inconveniente de fragmentación de la continuidad en la atención de ciertos padecimientos, además de que para su instrumentación requiere del una estructura administrativa separada de la SSDF (régimen estatal de protección en salud), aunque todavía opera a través de una Subdirección de la SSDF;

Que a partir de 2007 el cumplimiento del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos PSMMG sufrió modificaciones significativas. Se está sustituyendo el PSMMG por el Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular como prioridad de política de salud en la SSDF, lo cual tiene significativas implicaciones regresivas en el espíritu universal, integral y equitativo del derecho a la protección de la salud de las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral.

El Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal (Evalúa-DF) emite a través de su Comité de Evaluación y Recomendaciones las siguientes recomendaciones dirigidas al:

C. Secretario de Salud del Distrito Federal y al C. Director General de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal.

RECOMENDACIONES

NATURALEZA DE LA POLÍTICA DE SALUD DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

RECOMENDACIÓN PSMMG/SSSDF/001/09

Garantizar 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, a través de los servicios públicos de salud del GDF. Lo que supone dar cabal cumplimiento a la LAGSM MDF e instituir la como el eje rector de la política de salud del Gobierno del Distrito Federal.

Para lograr este propósito se debe de actuar en los siguientes cuatro ámbitos: normativo, administrativo, financiero y de servicios.

Recomendación PSMMG/SSSDF/002/09

1. **Ámbito normativo.** Alinear y armonizar conceptual y operativamente el Programa de Salud del DF con la LAGSM MDF Y SU REGLAMENTO. En esta enmienda deberá precisarse la mayor jerarquía de esta ley y de la política de salud del GDF respecto del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), a fin de garantizar que el derecho a la protección de la salud en el sistema público de salud del DF se oriente bajo los principios y reglas del acceso gratuito, equitativo y no-discriminatorio y de una atención en salud universal e integral.

Plazo de cumplimiento:

En el año 2010 al revisar el Programa Sectorial de la Secretaría de Salud del DF, que corresponde realizarse cada 3 años de acuerdo con la Ley de Planeación del Distrito Federal, artículo 33.

Recomendación PSMMG/SSSDF/003/09

2. **Ámbito normativo.** Ajustar los lineamientos y mecanismos de operación del PSMMG (reglas de operación) a la LAGSM MDF Y SU REGLAMENTO, en lo que concierne a la Secretaría de Salud del DF y a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. Ello con el fin de resolver las contradicciones existentes en aspectos medulares como objetivos, programación presupuestal, metas y unidad administrativa responsable del programa.

Plazo de cumplimiento:

En enero de 2010 al publicarse las próximas Reglas de Operación del PSMMG de acuerdo con la Ley de Desarrollo Social y su Reglamento, artículos 43 fracción I y 51, respectivamente.

Recomendación PSMMG/SSSDF/004/09

3. **Ámbito administrativo.** Trasladar al más alto nivel jerárquico de la SSDF la responsabilidad y conducción de este derecho, asignando el PSMMG, (o atención universal e integral en salud) a la oficina del Secretario, quien a su vez es el Director General de los SSPDF.

Plazo de cumplimiento:

En el año 2010 cuando se revise el Programa Sectorial de la Secretaría de Salud del DF.

En el 2011 deberán haberse reelaborado los Manuales Administrativos de la SSDF y los de Operación la SSPDF en los que se adecúen las funciones de las unidades administrativas, respectivas y se establezca con precisión la planeación, seguimiento y operación del programa.

Recomendación PSMMG/SSSDF/005/09

4. **Ámbito financiero.-** Establecer una política presupuestal única para la SSDF que haga **complementarios** los recursos financieros del PSMMG y los del Seguro Popular (SP), sin alterar la esencia del PSMMG, a fin de garantizar tendencialmente y de forma universal, la atención integral, oportuna y óptima de la problemática epidemiológica de la Ciudad y no profundizar la separación y segmentación de la atención entre los servicios del PSMMG y los del SP. Esta política de gasto en salud deberá destinar los recursos del SP a la atención epidemiológica integral mediante una estrategia de fortalecimiento institucional de la SSDF y de los SSPDF, y a través del pago directo de la integralidad de las atenciones de tercer nivel en las instituciones del sector público de salud. Esta política de atención debe beneficiar

por igual y sin distinción alguna, a los derechohabientes del PSMMG y a los afiliados del SP.

Plazo de cumplimiento:

A finales del 2009 en el proceso de la programación presupuestal de la SSDF para el 2010.

Recomendación PSMMG/SSSDF/006/09

5. Renegociar el Acuerdo de Coordinación entre la SSDF y el Sistema de Protección Social en Salud (SP) en el que quede claramente establecida la **autonomía del GDF** en la resolución integral de la problemática epidemiológica del DF, a través de hacer complementarios los recursos financieros, humanos y materiales del Sistema de Protección Social en Salud del Distrito Federal con los de la SSDF destinados al PSMMG, para mejorar la calidad de los servicios de salud atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios del Distrito Federal, como lo establece el artículo 15 fracción II de la Ley de Salud del DF.

Plazo de cumplimiento:

Próxima revisión de los Acuerdos de Coordinación con el Sistema de Protección Social en Salud.

Recomendación PSMMG/SSSDF/007/09

6. **Ámbito de servicios.-** Establecer como política de atención epidemiológica de la SSDF y de los SSPDF la atención equitativa e integral de servicios de salud prestados por el GDF tal y como está establecido en la LAGSMMDF y su Reglamento.

La política de atención y prestación de servicios de la SSDF deberá responder a los padrones demográficos y epidemiológicos del DF garantizando igual acceso a los servicios ante la misma necesidad de salud, a toda la población beneficiaria de los servicios de salud del GDF independientemente de si son derechohabientes del PSMMG o si están afiliados al SP. Este modelo de atención, equitativo e integral deberá entregarse con calidad, calidez y oportunidad, a través de una estrategia

integral que articule la atención en salud colectiva y salud individual por medio de: 1) los servicios de primer y segundo nivel de atención así como de especialización que brindan las unidades médicas del GDF (los que engloban entrelazadamente los servicios preventivos, de promoción, curativos y de rehabilitación) y, los medicamentos del cuadro institucional asociados a los tratamientos, para todos los grupos de edad y a ambos sexos. Y, 2) los servicios no prestados en las unidades médicas del GDF o de tercer nivel, requeridos para una atención integral, oportuna y óptima, asegurados con los recursos financieros transferidos al SP, a través de las instituciones públicas del sector salud (hospitales federales e Institutos Nacionales de salud.) Para ello se habrán de establecer los Convenios con las instituciones públicas correspondientes, en apego a lo establecido en los artículos 16, fracciones IV y XXI, 28 y 67 fracciones, V, VIII y XII, de la Ley de Salud del Distrito Federal.

Plazo de cumplimiento:

En el año 2010 al revisar el Programa Sectorial de la Secretaría de Salud del DF de acuerdo con la Ley de Planeación del Distrito Federal, artículo 33.

En enero de 2011 deberá incluirse en las Reglas de Operación del PSMMG.

UNIVERSALIZACIÓN DEL PSMMG

El objetivo del desarrollo hacia la plena universalidad, parecería no mostrar avances según lo establecido en las Reglas de Operación de 2007 y 2008 del PSMMG, ya que en ambas se establece una cobertura del 70%, considerando una población susceptible de incorporar al Programa de más de 3.5 millones de personas (o 950 mil familias).

Hay que reconocer la gran dificultad que existe tanto para conocer la población susceptible de incorporarse al programa, como la que ya ha sido incorporada al mismo, en el primer caso, debido a que la población susceptible es una estimación basada en diversas proyecciones poblacionales a lo que se agrega la inestabilidad de la seguridad social laboral y, en el segundo caso, debido a la imposibilidad técnica de mantener el padrón de afiliados actualizado y depurado. Esta situación ha generado que la misma SSDF tenga considerado datos diferentes para un mismo año.

RECOMENDACIÓN PSMMG/SSSDF/008/09



Alcanzar en el corto plazo una cobertura de afiliación al PSMMG del 100% de la población residente del Distrito Federal que carece de protección en la seguridad social laboral.

Este propósito debe soportarse en las siguientes líneas de acción: relanzamiento de la atención equitativa, universal, integral y gratuita en salud como el eje de la política de salud del GDF; reposicionamiento público del PSMMG; una campaña de difusión masiva extramuros sobre el derecho a la protección a la salud y la de su instrumento en el DF, el PSMMG y; fortalecimiento de las acciones de promoción del PSMMG dentro y fuera de las unidades médicas del GDF, con campañas en los medios de comunicación y a través de profesionales de la comunicación de la salud.

Plazo de cumplimiento:

Diciembre de 2010.

Justificación:

La promoción y difusión no están incluidas en el Programa de Salud 2007-2012. La tercera estrategia se denomina “Avanzar hacia la Seguridad Universal en salud” y propone como línea de acción “consolidar la cobertura de servicios médicos y medicamentos gratuitos” pero se propone hacer la afiliación al Seguro Popular en las zonas con alta y muy alta marginación. Contradictoriamente los Lineamientos del PSMMG (2007) establecen que debe fortalecerse la promoción del programa por el personal de trabajo social en el área de consulta externa y urgencias refiriéndose a los hospitales. De esta manera se abandona la promoción en los centros de salud y las campañas en las zonas marginadas aunque el Manual de Procedimiento para este nivel lo señala como la principal instancia de afiliación.

DISTRIBUCIÓN EQUITATIVA DE INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS EN SALUD PARA LA CIUDAD Y UN SISTEMA EFICIENTE DE REFERENCIA DE PACIENTES

La evaluación al PSMMG da cuenta de que la infraestructura y recursos de la SSDF en la Ciudad están distribuidos de manera inequitativa entre las diferentes delegaciones político-administrativas, además de que es endeble y de baja resolución el existente sistema de

referencia y contra-referencia de pacientes del primer al segundo nivel de atención, lo que supone un acceso y calidad de la atención diferenciado y poco oportuno.

RECOMENDACIÓN PSMMG/SSSDF/009/09

Realizar un profundo análisis de la regionalización operativa de la SSDF con la finalidad de identificar con precisión las necesidades de infraestructura y recursos humanos en el primer y segundo nivel de atención. Con base en sus resultados, implementar las medidas necesarias para solventar el déficit de recursos para garantizar la cobertura de la totalidad de la población objetivo. Esta planeación debe fijar las prioridades con criterios de los determinantes sociales, la equidad y las necesidades en salud. En ella, debe tomarse en cuenta la optimización de los recursos de las instituciones públicas de salud y promover convenios de prestación cruzada de servicios. Con ello debe darse cumplimiento a lo establecido en el artículo 24 fracción XVIII de la Ley de Salud del Distrito Federal.

RECOMENDACIÓN PSMMG/SSSDF/010/09

Avanzar hacia la integración orgánica de la SSDF y los SSPDF, ya que la duplicidad de estructuras encarece la administración del sistema y obstaculiza la integración operativa.

Plazo de cumplimiento:

Planeación para principios del año 2011 (detección de patrones epidemiológicos; definición de necesidades -diagnóstico de infraestructura, recursos humanos y financieros-; definición de estrategias operativas y generación de indicadores -vínculo con recursos humanos y financieros por región- y determinación de acciones de intervención).

Para el año de 2011 Integración orgánica de la SSDF y de los SSPDF y operación de la regionalización operativa.

Justificación:

La evaluación al PSMMG indica que la heterogénea distribución de la infraestructura y recursos en salud de la SSDF entre las delegaciones, es producto del propio desarrollo

histórico del sistema público sanitario. Situación que hoy en día representa un obstáculo para alcanzar la equidad entre los servicios que se prestan entre las delegaciones. La dotación de personal médico en el primer nivel de atención, como de camas hospitalarias en el segundo nivel de atención, tiene comportamientos muy heterogéneos, observándose en algunas delegaciones superávit de médicos y en otras un profundo déficit, igual situación ocurre con las camas censables hospitalarias. De acuerdo a la afiliación actual y considerando exclusivamente la población afiliada al PSMMG se observa un déficit de personal médico en la Delegación Iztapalapa, y déficit de camas censables por lo menos en la mitad de las delegaciones (considerando el parámetro de una cama por cada 1000 habitantes). Así mismo la evaluación da cuenta que la integración funcional entre la SSDF y los SSPDF ya no es suficiente y origina problemas de coordinación para la atención integral, oportuna y de calidad, incidiendo negativamente en la consolidación de un eficiente sistema de referencia y contra-referencia de pacientes entre niveles; además de contrariedades en las líneas de autoridad.

GARANTÍA EN EL ABASTO Y SURTIMIENTO FINAL DE MEDICAMENTOS

En el periodo evaluado de 2007 -2008 se observa en la SSDF un importante crecimiento en las erogaciones para medicamentos, sin que éstas hayan tenido impactos relevantes sobre el surtimiento de recetas de gratuidad, además, es evidente que la adopción de la estrategia de “terciarización” de estos insumos no fue exitosa, toda vez, que no sólo no resolvió el problema de abasto de medicamentos, sino que además resultó sumamente onerosa. En este contexto también debe señalarse que se incrementó el número de claves compradas, aparentemente sin ningún argumento o estudio; hecho que se añade a su alto costo.

RECOMENDACIÓN PSMMG/SSSDF/011/09

Replantear los mecanismos y estrategias organizativas y operativas para garantizar el abasto suficiente y oportuno de medicamentos e insumos y el surtimiento total y en tiempo de las recetas expedidas a los derechohabientes. Se debe constituir un proceso formal y verificable de determinación de necesidades-establecimiento del cuadro autorizado-compra-almacenamiento-distribución-control. Para ello se requeriría definir guías de tratamiento; medir el uso de insumos y medicamentos en los servicios; impulsar la discusión argumentada sobre necesidades de

medicamentos e insumos con el personal médico y enfermería; mecanismos competitivos de compra; restitución de la capacidad de almacenamiento y despacho de medicamento y; establecer mecanismos operativos ágiles y confiables para garantizar el control interno y una mejor operación de los medicamentos y una administración más transparente así como un seguimiento más exacto en cuanto a los indicadores de gratuidad relacionados con la entrega de medicamentos. Se recomienda también el establecimiento formal de la vinculación de la Dirección de Medicamentos, Insumos y Tecnología con la entidad responsable de la operación del PSMMG.

Plazo de cumplimiento:

Para el año de 2010.

Justificación:

La evaluación da cuenta para los años 2007 y 2008, de un comportamiento errático en la estrategia de compra de claves de medicamentos, los que históricamente habían guardado una relación en el precio. Es necesario analizar con más detenimiento la variable de suficiencia de los medicamentos porque hay que considerar datos de guías de tratamiento, cantidad, precio y claves para poder concluir si son suficientes o no.

VULNERABILIDAD EPIDEMIOLÓGICA POR INEQUIDAD SOCIAL

Las reglas de operación del PSMMG no plasman ningún esfuerzo deliberado para propiciar una ampliación de la cobertura entre los diferentes grupos vulnerables, mujeres, ancianos, indígenas, toda vez que los mecanismos que se plantean para otorgar los beneficios asegurados es a libre demanda, es decir, la cobertura se hará en función de la demanda de atención que realice la población sujeta del derecho que establece el Programa.

Esta situación se traduce en bajas coberturas de los grupos más vulnerables, ya que aunque no exista la barrera económica, la cual queda solventada por el PSMMG, existen otros determinantes sociales que se constituyen en obstáculos, y que sin duda, lo seguirán siendo por lo cual, difícilmente se logrará avanzar en el abatimiento y superación de las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión social en el campo de la salud, sino se diseñan estrategias específicas para ello.

RECOMENDACIÓN PSMMG/SSSDF/012/09

Adicionar a las acciones integradas de salud, estrategias operativas que permitan detectar y remediar con oportunidad y eficiencia los padecimientos producto de la inequidad social. Debe incorporarse en la focalización epidemiológica, patologías como la desnutrición, las infecciones respiratorias agudas, las diarreas y la mortalidad materna que hoy en día se reconocen asociadas a la pobreza y cuya mortalidad es técnicamente evitable si se garantiza el acceso oportuno a los servicios de salud, y el DF es una entidad que no presenta la problemática de accesibilidad geográfica a los servicios de salud.

Plazo:

Mediados del 2010

Justificación:

El PSMMG no contempla estrategias específicas relacionadas con la atención según grupo étnico, género, e incidencia de padecimientos, ya que la atención se otorga a libre demanda, a excepción de los pacientes con VIH/SIDA, para los cuales se tiene garantizado su tratamiento.

También quedan excluidas algunas patologías reconocidas hoy en día como asociadas a la pobreza y cuya mortalidad es técnicamente evitable si se tiene acceso oportuno a los servicios de salud. No debe omitirse la atención específica de patologías como la desnutrición, las infecciones respiratorias agudas y las diarreas que siguen apareciendo dentro de las 20 principales causas de mortalidad general. Así como tampoco a la muerte materna, máxime el exhorto de la Comisión de Salud del Senado (26 de octubre 2008) por focalizar la atención del embarazo parto y puerperio, en las 14 entidades que concentran el 75% de las muertes maternas, entre ellas el Distrito Federal; entidad que, además, no presenta la problemática de accesibilidad geográfica a los servicios de salud que presentan las otras entidades.

Con fundamento en el artículo 42 D de la Ley de Desarrollo Social para el D.F., las presentes recomendaciones se hacen del conocimiento de las dependencias,



órganos desconcentrados, delegaciones o entidades para que en un término de 15 días hábiles una por una de las recomendaciones sean aceptadas o, por el contrario, se fundamente su no aceptación a fin de que el Comité de Evaluación y Recomendaciones de este Consejo analice las objeciones y de considerarlas procedentes modifique sus recomendaciones. En caso contrario, éste las someterá al análisis de la Comisión Interinstitucional de Desarrollo Social, para que en un plazo de 20 días hábiles resuelva la controversia en definitiva y de confirmarse la procedencia de las recomendaciones, éstas tendrán carácter de obligatorias.

Las consejeras y consejeros

Dr. Julio Boltvinik Kalinka

Dr. Manuel Canto Chac

Dra. Myriam Irma Cardozo Brum

Dr. Adolfo Sánchez Almanza

Mtra. Ma. del Pilar Berrios Navarro