

# Serviços de Saúde em Grandes Cidades Latino-americanas: o Caso da Cidade do México/DF<sup>1</sup>

ASA CRISTINA LAURELL<sup>2</sup>  
LAURA TAVARES SOARES<sup>3</sup>

## RESUMO

---

Este artigo apresenta a atual política de saúde e a experiência de gestão dos serviços de saúde da Cidade do México, por parte da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal. A herança deixada por governos anteriores foi a fragmentação dos serviços de saúde prestados por diferentes instituições, num país onde ainda não foi possível construir um Sistema Único de Saúde e onde a divisão entre os segurados e os não-segurados da Previdência (Seguridade) Social Mexicana traz desigualdades no acesso aos serviços. As condições de saúde determinadas pela segregação da pobreza em territórios definidos fazem com que as estratégias do Governo do DF sejam territorializadas, com adoção de programas sociais integrados, nos quais a saúde ocupa lugar de destaque. Destaca-se o esforço da Secretaria de Saúde em reorganizar e fortalecer os serviços de saúde, optando corajosamente pela gratuidade dos mesmos de modo inédito no país.

**Palavras-chave:** Saúde em grandes cidades latino-americanas; política de saúde na Cidade do México; organização dos serviços de saúde na Cidade do México.

## Pobreza Urbana e Condições de Saúde

Na Cidade do México ocorre, como em todo o país e em toda a América Latina, a devastação social de quase duas décadas de políticas de ajuste estrutural. É uma cidade polarizada entre os poucos favorecidos e os muito prejudicados pelo projeto neoliberal. Apesar de suas riquezas, o Distrito Federal possui cerca de 1,8 milhões de pessoas (21,3% de sua população) em zonas consideradas de “alta marginalidade”<sup>4</sup> ou elevada pobreza, caracterizadas por uma profunda degradação do ambiente social e ecológico, bem como por sérias carências de serviços públicos. Outros 4,1 milhões de habitantes estão ainda situados no que se consideram zonas de alta e média “marginalidade”, ou pobreza. Os 2,5 milhões restantes vivem em áreas consideradas de baixa ou muito baixa “marginalidade”.

Por outro lado, a pobreza não se circunscreve apenas aos territórios da miséria. Utilizando a metodologia da “mensuração integrada da pobreza”<sup>5</sup>, calcula-se que 3,3 milhões de moradores da capital mexicana vivem em pobreza extrema (38,3%) e outros 2,3 milhões (26,6%) em pobreza moderada. Ou seja, quase 65% da população do DF pode ser considerada pobre, o que torna a capital a segunda cidade do México com relação ao número de pobres, com 5,6 milhões de pessoas.

Com a política nacional de “combate à pobreza”, que eliminou benefícios sociais e excluiu o Distrito Federal dos fundos destinados à “luta contra a pobreza”, aprofundou-se o estancamento da infra-estrutura social e física, que o primeiro governo eleito para o DF começou a reverter apenas no biênio 1998/2000.

Esse empobrecimento prolongado e maciço se torna, portanto, o primeiro determinante importante das deficientes condições de saúde na cidade, impactada pela precariedade do trabalho, pelos baixos salários e rendimentos e pelo crescimento da tensão e do conflito social. A expressão desse quadro é a superposição das doenças relacionadas à pobreza, com os agravos das sociedades ditas modernas: as doenças crônico-degenerativas, o câncer, as lesões por acidentes e violências, os problemas relacionados com a saúde mental, como depressão e drogas, entre outros.

A estrutura demográfica da cidade também sofreu importantes modificações, propiciadas pela redução paulatina das taxas de mortalidade e pelo incremento da esperança de vida, que chega aos 75 anos para os homens e aos 79 anos para as mulheres. A redução das taxas de fecundidade dá lugar a uma diminuição relativa da população menor de 15 anos e um

aumento daquela maior de 70 anos. Este grupo representa cerca de 4% da população da Cidade do México hoje, com 325 mil idosos<sup>6</sup>.

Evidentemente, essas mudanças demográficas se refletem na frequência das várias doenças, com uma diminuição do peso relativo dos padecimentos das crianças e um incremento dos relativos à idade produtiva e à terceira idade. Atualmente, 36% das mortes acontecem na idade produtiva e 56% entre os idosos, com apenas 8% de mortalidade proporcional durante os primeiros anos de vida.

Com relação às causas de mortalidade, nos últimos vinte anos a mortalidade por doenças infecciosas diminuiu rapidamente – a mortalidade por diarreias caiu de 32,7, em 1980, para 3,9 por cem mil habitantes, em 2000 – bem como a mortalidade evitável por uma atenção oportuna, como a perinatal, cuja redução foi de 43,8 para 18,5 por cem mil no mesmo período.

Por outro lado, as mortes por doenças crônico-degenerativas cresceram de modo continuado e no ano de 2000 representavam mais da metade (53%) das mortes. Simultaneamente, emergem entre as vinte principais causas de morte a AIDS, o homicídio, o suicídio e a desnutrição, que expressam as mudanças sociais e econômicas sofridas pela sociedade de modo mais intenso na última década.

As diferentes condições de vida e de trabalho dos moradores da capital se expressam na desigualdade perante a morte e as doenças entre os diferentes territórios<sup>7</sup> da cidade. De modo geral, há uma relação direta entre o grau de pobreza e a mortalidade infantil, pré-escolar, escolar e materna. A mortalidade infantil chega a ser 2,4 vezes mais alta entre um território e outro; a pré-escolar, quatro vezes; a escolar, 2,1 vezes e a materna, 3,6 vezes.

A análise das condições de saúde e sua distribuição colocaram como principal desafio ao atual governo da cidade melhorar as condições gerais de saúde e, ao mesmo tempo, diminuir a desigualdade em saúde entre os grupos sociais e zonas geográficas.

### **Restrições ao Acesso Oportuno e de Qualidade aos Serviços de Saúde**

As restrições ao acesso oportuno aos cuidados em saúde requeridos pela população obedecem a várias causas. A primeira tem relação com os obstáculos intrínsecos aos próprios serviços. Os problemas estruturais são, por um lado, a fragmentação dos serviços em vários subsistemas (os institutos

de seguridade social, os hospitais federais, os hospitais do governo da cidade e o setor privado) e, por outro, o prolongado desfinanciamento de todas as instituições públicas de saúde. Isto se expressa no déficit de unidades de atendimento e sua inadequada distribuição geográfica.

A maioria das instalações pertencentes à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SSDF) – 26 hospitais, 210 centros de saúde, dez clínicas de especialidades e duas clínicas toxicológicas – foi construída antes dos anos oitenta, sendo insuficiente para atender aos cerca de quatro milhões de moradores da capital não filiados à Seguridade Social<sup>8</sup> e, portanto, sem direito a seus serviços. Esta situação se traduz numa falta de serviços nas zonas periféricas da cidade, onde atualmente se concentra a maior parte da população pobre. Por outro lado, a autonomia dos grandes hospitais e institutos federais impede que os moradores da cidade tenham acesso livre (universal) a seus serviços, dados os critérios restritos de admissão de pacientes e seus altos custos<sup>9</sup>.

Os hospitais da SSDF são reflexo da estrutura demográfica e dos problemas de saúde à época da sua construção, deixando de responder às necessidades atuais da população (tal como descritas acima, a partir das mudanças demográficas e socioeconômicas). Apesar de as principais causas de morte na cidade serem as crônico-degenerativas, existem nove hospitais pediátricos e nenhuma clínica de atendimento geriátrico integral; e a rede de hospitais possui um clínico de medicina interna para 40 mil adultos, enquanto existe um pediatra para 3.200 crianças. Do mesmo modo, nem a orientação dos hospitais, nem o chamado “pacote básico” dos centros de saúde correspondem às patologias e aos agravos mais importantes apresentados pela população na atualidade.

Os serviços de saúde da cidade (pertencentes à SSDF) também padecem de fragmentação e duplicidade, além de carecerem de mecanismos operantes de referência e contra-referência entre os centros de saúde e seus hospitais. Isto evidencia a falta de uma rede integrada de serviços e um desenvolvimento não planejado dos mesmos, havendo assim ineficiência na utilização dos recursos.

A ausência de um sistema único é particularmente séria no atendimento das urgências, já que significa atrasos críticos no encaminhamento de pacientes graves, o que causa o incremento da mortalidade ou da incapacidade. A falta de um atendimento oportuno provoca, assim, altos custos humanos, sociais e econômicos, tanto individuais como coletivos.

Além do DF, com seus 8,8 milhões de habitantes, a região metropolitana

da Cidade do México agrega mais dez milhões de habitantes. Com isso, o déficit de unidades médicas na região faz com que a população demande os serviços da cidade, exercendo enorme pressão sobre os hospitais gerais, traumatológicos e materno-infantis. Esta situação se agrava pelo crescimento da população conurbada do Estado do México (ao redor do DF), que possui um atraso acumulado e crescente na sua infra-estrutura de saúde. Atualmente, cerca de 23% dos pacientes internados na rede hospitalar da SSDF não reside na capital.

À deficiente e desigual qualidade dos serviços, cuja origem está na deterioração gerada por muitos anos de desfinanciamento e abandono, se agrêga a velha cultura institucional, na qual a prestação do serviço era percebida como um favor e não um direito dos cidadãos. Essa percepção é fortalecida pela ideologia neoliberal, que incentiva a cobrança pelos serviços de saúde, para que estes sejam mais “valorizados” pela população. Cria-se assim uma “cultura” da desigualdade no acesso aos serviços, na qual intervêm a falta de informação, a discriminação contra determinados grupos e a pouca consciência sobre os direitos dos cidadãos.

A desigualdade no acesso aos serviços e benefícios do sistema de saúde obedece a uma organização que transfere ao paciente e à sua família a maior parte do custo da doença. Como quase a metade dos moradores da capital não pertence a nenhuma instituição da Seguridade Social, o principal obstáculo é a impossibilidade econômica de adquirir medicamentos, bem como de pagar as “quotas de recuperação” cobradas nos serviços, particularmente nos hospitais, já que seu custo supera a capacidade de pagamento da maioria da população que, como vimos, se encontra em situação de pobreza. Isto significa que a atenção à saúde, inclusive no setor público, pode acarretar um gasto “catastrófico” para as famílias de baixa renda, impedindo ou postergando seu acesso a um tratamento oportuno.

O vínculo formal com o trabalho como condicionante para acessar o Seguro Social é, assim, um determinante da desigualdade social no acesso aos benefícios plenos do sistema de saúde. *O princípio da gratuidade, ao utilizar os serviços, só existe para os segurados e suas famílias, enquanto que o resto da população tem que pagar do seu bolso para ter acesso a um tratamento oportuno.*

Outro aspecto da desigualdade no acesso aos serviços, vinculado ao financiamento da saúde, é o baixo volume de recursos proporcionado pela Federação (através do Governo federal) ao Distrito Federal, situado entre os mais baixos níveis *per capita* das entidades federativas. Cerca de 90% do

orçamento transferido corresponde ao pagamento dos salários dos trabalhadores da rede de serviços de saúde pública, que foi descentralizada no início dos anos noventa.

O novo governo do DF colocou como prioridade o enfrentamento de quatro grandes desafios no âmbito da saúde: garantir a segurança sanitária da cidade; incrementar o acesso oportuno ao tratamento das doenças e dos agravos; diminuir a desigualdade no acesso aos serviços em quantidade e em qualidade; e viabilizar mecanismos de financiamento estáveis, suficientes, equitativos e solidários.

### **A Política de Saúde do Governo do DF**

O valor básico que sustenta a política de saúde do governo da Cidade do México é o reconhecimento da igualdade entre homens e mulheres, que o obriga a respeitar e proteger a vida de todos e cada um como seres humanos. A concretude desse valor é dada pelo direito à saúde como direito cidadão e, portanto, pela responsabilidade do governo como garantia do interesse comum ou coletivo. Esse valor ético conduz suas políticas com respeito aos indivíduos e às coletividades.

É nesse marco geral que a Secretaria de Saúde do DF propõe tornar realidade o direito à proteção à saúde e avançar na vigência da gratuidade, da universalidade e da integralidade na atenção à saúde, mediante uma política de saúde que construa o caminho para assegurar esse direito, a partir do fortalecimento dos serviços públicos e seu financiamento solidário.

O Programa de Saúde do Distrito Federal propõe a construção de um sistema de saúde universal, equitativo, antecipatório, resolutivo, eficiente, participativo e solidário, em que a SSDF se consolide como instância reitora e articuladora de todas as suas dependências, bem como coordenadora das instituições de saúde presentes na cidade.

Cabe à SSDF garantir a segurança sanitária da cidade, em coordenação com as diferentes instâncias federais concorrentes, através de ações sistêmicas de promoção da saúde, fomento e regulação sanitária, e vigilância epidemiológica. É sua atribuição, ainda, construir um sistema de atenção à saúde com serviços integrais para a população não assegurada que, junto com as instituições da Seguridade Social, garanta a cobertura universal na capital.

Esse sistema requer também um novo modelo de prestação de serviços – o Modelo de Atenção Ampliada de Serviços de Saúde (MAS) –, que

aborde os processos de saúde-doença nas suas dimensões de promoção, prevenção do risco e restauração do dano, tanto no âmbito individual, como no familiar, comunitário e coletivo, através da prestação eficaz e eficiente de serviços. Para tal, operará sistemas regionais de saúde desconcentrados, para intensificar ações e concentrar recursos, além de fortalecer a gestão regional e local. A participação social em todos os âmbitos será condição necessária para contribuir com a construção de uma cidadania social plena para todos os habitantes da cidade.

Frente a esses temas da política de saúde, o governo do DF fixou, de modo complementar e inter-relacionado, os seguintes grandes princípios:

- A **democratização da saúde**, que significa, por um lado, reduzir a desigualdade ante a doença e a morte, bem como promover o pleno desenvolvimento de capacidades e potencialidades biopsíquicas dos indivíduos para a sua plena participação social e, por outro, remover os obstáculos econômicos, sociais e culturais, para lograr o acesso equitativo ao serviço de saúde.
- A **centralidade da instituição pública**, que se constrói com o fortalecimento e a ampliação dos serviços públicos como única alternativa socialmente justa e economicamente sustentável para garantir o acesso equitativo e universal à proteção à saúde.
- A **universalidade**, que consiste em ampliar a todos, segurados e não-segurados, o direito à proteção de sua saúde, desvinculado da situação econômica e trabalhista das pessoas e famílias, eliminando a exclusão.
- A **ampliação dos serviços** oferecidos à população não-segurada, transitando do “pacote básico” aos serviços integrais de saúde em todos os níveis de atenção.
- A **equidade**, cuja substância é garantir igual acesso aos serviços existentes, ante a mesma necessidade de saúde.
- A **solidariedade**, que se concretiza no financiamento fiscal da política de saúde e proteção social, com base em contribuições progressivas em função da renda de cada um, redistribuindo o custo econômico da doença.

## **Estratégias para Enfrentar os Desafios**

Os princípios gerais da política de saúde do DF se traduzem em estratégias que têm por objetivo enfrentar os desafios colocados pela realidade da cidade. Essas estratégias se baseiam em valores sociais e convicções

éticas e, em seu conteúdo concreto, retomam aquilo que as experiências concretas demonstraram ser soluções factíveis, viáveis e sustentáveis.

Para instrumentar as estratégias, é crucial assumir e fortalecer as funções de reitoria da Secretaria de Saúde, tanto do Sistema de Saúde do DF, em seu conjunto, como dos serviços de saúde, que são responsabilidade direta do governo da cidade, adequando e ampliando as funções normativas e impulsionando uma ativa coordenação interinstitucional e setorial. Tais atividades serão realizadas com os estabelecimentos do GDF e com os demais integrantes dos setores público e privado.

Para o seu cumprimento, o papel do Conselho de Saúde do Distrito Federal e dos Conselhos, Comitês, Comissões e Grupos de Trabalho vinculados à problemática de saúde e social mais relevante na cidade deverá ser fortalecido.

### *A Estratégia Intersetorial para Melhorar as Condições de Vida e de Saúde*

A solução dos problemas básicos da baixa renda e da falta de empregos dignos e bem remunerados, que levaram ao empobrecimento generalizado da população, depende de uma mudança no modelo econômico do país, decisão que só pode ser tomada por um governo nacional. No entanto, o governo do DF está em condições de adotar medidas específicas para melhorar as condições de vida e de trabalho dos moradores da capital. Além de estimular, de distintas maneiras, a criação de empregos, dispõe de recursos (apesar de suas limitadas possibilidades de arrecadação) para financiar e construir programas sociais e de lograr uma redistribuição progressiva da renda no âmbito da cidade.

### *A Política Social Integral e Redistributiva*

A política social do governo do DF está voltada a frear e a reverter o empobrecimento da população – é uma política de promoção da saúde. Ela é concretizada em programas de proteção social dirigidos às crianças, mulheres, idosos, pessoas portadoras de incapacidades e desempregados, assim como em programas educativos, de habitação, de abastecimento de água e drenagem, além de programas ambientais.

Todos esses programas têm impacto positivo sobre as condições de vida dos beneficiários. Suas diretrizes básicas são o seu *caráter maciço*, ao

incluir milhares de famílias, e o seu *poder redistributivo*, ao canalizar recursos para os desprotegidos e necessitados. Na sua maioria, os programas estão *territorializados e integrados*. Isto facilita o trabalho interinstitucional, já que as ações das distintas áreas governamentais, coordenadas pela Secretaria de Desenvolvimento Social, confluem no Programa Integrado Territorial (PIT) para as 1.352 unidades territoriais onde se potencializa a interação com os habitantes, facilitando assim sua participação e o controle cidadão sobre o programa.

A Política de Atenção à Saúde e aos Idosos<sup>10</sup> é um componente específico dessa política social integral, cujo propósito é construir uma proteção social que resolva as necessidades básicas da população e a proteja das contingências da vida. Cabe destacar que a Secretaria de Saúde é a única instituição social do GDF que pode instrumentar os programas sociais, que abrangem milhares de pessoas, graças à presença territorial dos serviços de saúde e sua sólida estrutura institucional. Por isso, a secretaria está encarregada dos programas de “pensão cidadã” e de compensação a beneficiários do leite subsidiado.

### *A Pensão Universal Cidadã*<sup>11</sup>

O direito à chamada aposentadoria universal cidadã significa que todo cidadão, a partir de uma determinada idade, recebe uma aposentadoria ou uma pensão, independentemente de ter contribuído para a Previdência Social ou um fundo de pensões ou aposentadorias. Esse direito se baseia no fato de que, com poucas exceções, homens e mulheres contribuíram para a sociedade, ainda que não tenham tido uma relação de trabalho formal. É uma questão de justiça elementar que a sociedade lhes proporcione certa segurança na velhice.

A segurança econômica dos idosos está se convertendo num problema social de primeira grandeza no México, tendo em vista o crescente número de pessoas no grupo da terceira idade, de um lado, e, de outro, o fato de que no México apenas 30% dos idosos recebem uma aposentadoria ou pensão.

Essa nova realidade, ainda não assumida pela sociedade mexicana, requer soluções coletivas e públicas. A reforma do Instituto Mexicano de Seguridade Social (IMSS), em 1995, não atacou o problema, porque não incluiu nenhum mecanismo para ampliar a cobertura das aposentadorias. Pelo contrário, os novos requisitos para aposentaria provocaram redução da proporção dos idosos que irão dispor desse benefício.

Com base nessas considerações, o governo do DF decidiu dar uma resposta pública e institucional ao problema da insegurança econômica e médica dos idosos. Como primeiro passo para instituir o programa denominado Pensão Universal Cidadã, foi desenhado o Programa de Apoio Alimentar e de Medicamentos Gratuitos para os Idosos. As restrições orçamentárias e a limitada capacidade de arrecadar impostos obrigam-no a atingir gradualmente o objetivo final do programa, com 100% de cobertura dos idosos.

Em 2001, o programa cobriu 250 mil pessoas com 70 anos ou mais (80% dos idosos nessa faixa etária), que residem permanentemente no Distrito Federal há pelo menos três anos. Os beneficiários do programa recebem cerca de meio salário mínimo mensal, através de um cartão eletrônico, para a compra de produtos básicos. O método de seleção dos beneficiários é a “focalização territorial”, que diminui ao máximo a discricionariedade, e portanto o clientelismo, na medida em que todos os que residem num determinado território têm direito a ser incluídos. É um método mais justo, com efeitos sociais próximos dos programas universais. Além disso, reduz sensivelmente os custos administrativos, ao eliminar os estudos socioeconômicos individuais e familiares.

Esse grupo foi o primeiro a ter acesso ao programa de gratuidade de serviços médicos e medicamentos em toda a rede de serviços da SSDF, fato inédito até então. A partir do programa de educação para a saúde nos centros de saúde, se instrumenta o Programa de Atenção Integral para os Idosos, com visitas domiciliares e consultas próximas ao seu domicílio, com prescrição adequada dos medicamentos e informação sobre seu uso seguro. Através desse componente do programa, trabalha-se ativamente com os idosos e suas famílias para sua dignificação e para lhes dar o suporte e apoio requeridos, além de incorporá-los a atividades de grupo e comunitárias de promoção da saúde e de controle dos agravos crônicos.

### *Programa de Compensação para os Beneficiários do Programa de Abastecimento Social do Leite*

Um dos elementos sistemáticos da política econômica federal que contribuiu para o empobrecimento da população é a eliminação de benefícios gerais e específicos. Isto tem tido um impacto negativo sobre a alimentação básica da população pobre, a qual se vê obrigada a gastar mais recursos na compra de alimentos. Quando o Governo federal decretou aumento no preço

do leite, o governo do DF resolveu aplicar um subsídio compensatório para as famílias beneficiárias do Programa de Abastecimento Social do Leite.

Diante da negativa do Governo federal de receber a transferência de recursos do DF para manter fixo o preço na Cidade do México, o governo do DF criou um programa de entrega de vales para a compra de alimentos e leite. O objetivo deste programa é entregar os vales às 550 mil famílias beneficiárias do Programa do Leite residentes no DF, com o propósito de proteger sua alimentação e sua economia doméstica. A Secretaria de Saúde do DF é a responsável pela operação do programa e reparte trimestralmente os vales nos postos de venda do leite (“leiterias”).

## As Novas Estratégias no Setor Saúde

### *Gratuidade no Acesso aos Serviços*

A análise dos obstáculos no acesso a um tratamento adequado e eficaz no Distrito Federal revelou como elemento crucial as restrições econômicas da população, particularmente para a compra de medicamentos. Existem evidências empíricas consistentes, incluindo estudos do Banco Mundial, que confirmam que a cobrança constitui elemento central de exclusão nos serviços de saúde.

Dessa forma, a primeira grande estratégia de saúde do governo da capital é a *gratuidade do serviço*, passo fundamental para democratizar a saúde. Esta estratégia compreende todos os serviços da SSDF prestados aos indivíduos e às famílias, e inclui os medicamentos e os insumos. Os serviços coletivos de promoção, fomento, regulação sanitária e vigilância epidemiológica continuam sendo gratuitos.

Com essa estratégia, é removido o principal obstáculo no acesso aos serviços de saúde – o econômico. Propicia-se a atenção oportuna e adequada para a população não segurada e se estende um benefício restrito até então à população segurada. Isto se traduz num sistema de saúde crescentemente inclusivo que tende à universalidade, desde que a seguridade social assuma sua obrigação de atender à população de sua responsabilidade.

Até dezembro de 2001, foram inscritas mais de 200 mil famílias no Programa de Gratuidade para a população não segurada residente no DF. Esse procedimento possibilitou a criação de um “padrão de usuários”, com direito ao acesso universal aos serviços da Secretaria de Saúde, formalizan-

do sua condição de sujeitos de direitos (os chamados “*derecho-habientes*”).

A introdução da gratuidade permitiu ampliar consideravelmente a cobertura dos serviços individuais, tanto nos centros de saúde (primeiro nível) como nos hospitais (segundo nível) da SSDF. A lista padronizada de medicamentos para a rede do primeiro nível de atenção foi ampliada de vinte (correspondendo ao antigo “pacote básico”) para noventa, respondendo às necessidades de tratamento nesse nível. Nos hospitais, a gratuidade inclui todos os serviços diagnósticos e terapêuticos e uma lista de 250 medicamentos. O atendimento às urgências representa um caso particular, em que a gratuidade se estende a toda a população, independentemente de pertencer ou não ao “padrão de usuários” da SSDF.

A gratuidade também inclui as ações do programa integral de AIDS: os procedimentos diagnósticos e de consulta; a interrupção vertical da infecção mãe-filho; e os medicamentos para tratamento dos pacientes não segurados e de escassos recursos. Este grupo era antes totalmente carente de meios para enfrentar essa contingência.

A estratégia abriu a possibilidade real de garantir a tão propalada equidade, na medida em que garante a todos igual acesso aos serviços existentes, independentemente de sua condição econômica.

Além de democratizar o acesso aos serviços e diminuir a desigualdade neste aspecto, a gratuidade é um instrumento poderoso para incrementar a eficácia e reduzir o custo global dos serviços, incrementando sua eficiência. Isto é possível ao impulsionar e possibilitar a intervenção preventiva e oportuna, o que permite economizar tratamentos mais caros numa etapa mais avançada da doença e diminuir as complicações.

A estratégia da gratuidade é necessariamente acompanhada pelo compromisso de outorgar um orçamento suficiente para manter os custos nela implicados. Nesse contexto, cabe registrar que as “quotas de recuperação” cobradas dos que *não* se incluem nos critérios do “padrão de usuários” (ou seja, os que são segurados e/ou os que não moram no DF) representam apenas dois por cento do orçamento total em saúde do DF. O incremento orçamentário passa então a financiar o custo dos medicamentos, dos outros insumos e a reverter a deterioração das instalações e da manutenção dos equipamentos.

## O Novo Modelo de Atenção Ampliada à Saúde (MAS)

Para enfrentar os grandes desafios em saúde, é preciso implantar um novo modelo de atenção. O atual Modelo de Atenção Ampliada à Saúde (MAS) – considerando-se as particularidades geodemográficas e sócio-sanitárias da população da capital, bem como a situação organizacional do sistema e a legislação sanitária – pretende corrigir as experiências dos modelos de atenção anteriores, para superar a fragmentação, a superposição e as ineficiências, ampliando o acesso e os serviços prestados.

O modelo constitui as bases sobre as quais a secretaria pode concretizar os compromissos em matéria de atenção à saúde do governo do DF:

- garantir a segurança sanitária da cidade;
- ampliar e garantir o acesso da população não segurada e maior de 70 anos a uma intervenção oportuna e adequada, através da gratuidade dos serviços;
- construir gradualmente um sistema integral e único de urgências na capital;
- ampliar a participação cidadã e o controle social;
- utilizar eficientemente e com transparência os recursos públicos destinados à saúde.

Esses compromissos têm como objetivo garantir o direito à proteção da saúde dos moradores da capital, para melhorar as condições gerais de saúde e diminuir a desigualdade ante a doença e a morte, contribuindo para elevar sua qualidade de vida. Os compromissos em saúde e o MAS têm como horizonte temporal o médio prazo e podem ser desenvolvidos pela atual administração, retomando-se as prioridades derivadas do diagnóstico de saúde, descrevendo as características desejáveis dos serviços de saúde e desenvolvendo seus principais componentes.

O MAS tem por base a responsabilidade do Estado de garantir o direito à proteção da saúde, através das instituições públicas e com a reitoria da SSDF, para torná-lo efetivo no nível local. Sua plataforma está constituída pela promoção e o fomento da saúde – atividades de vigilância sanitária e epidemiológica, além das atividades preventivas, com a participação direta das várias comunidades e grupos organizados da cidade. A importância dessas ações se firma na construção de uma cidade com cidadãos mais saudáveis e no desenvolvimento de uma cultura de saúde entre a população. O MAS amplia igualmente a cobertura de serviços integrais, articulando uma rede que dê cobertura, nos distintos níveis de complexidade, à população não segurada.

Na perspectiva do MAS, garantir a segurança sanitária significa, por um lado, fortalecer as atividades institucionais de promoção da saúde, fomento sanitário, vigilância epidemiológica e medicina preventiva, bem como a capacidade de atender a desastres e emergências coletivas. Por outro, impulsiona e consolida a participação direta dos vizinhos organizados, organizações sociais e outros grupos comunitários nas mencionadas ações sanitárias, de tal modo que em cada território da cidade se tenha informação, se conheçam os riscos, se identifiquem as instituições de apoio e se atue de modo conjunto e organizado sobre os riscos cotidianos e as contingências.

Apesar de ser um procedimento de rotina, silencioso e permanente, a vigilância epidemiológica requer redefinições periódicas em seus conteúdos e processos para garantir sua validade, confiabilidade e efetividade. A SSDF reforça o Sistema de Vigilância Epidemiológica na cidade e exerce ativamente sua liderança setorial, para que as diversas instituições públicas e privadas notifiquem, sistemática e permanentemente, de acordo com as normas. Além disso, se propõe a impulsionar no setor o estabelecimento de sistemas de alarme e "locais sentinela" que permitam a imediata ação antecipatória.

A atenção a urgências é hoje uma legítima demanda cidadã dos habitantes da cidade. Os novos modelos organizacionais e tecnológicos permitem uma intervenção eficaz para salvar vidas e diminuir a incapacidade. Em nenhum outro caso, a oportunidade da atenção é tão crítica como nas urgências qualificadas. A fragmentação do sistema de saúde do DF tem dificultado a integração de um sistema único de urgências, para prejuízo da população. A SSDF se propõe a construir gradualmente esse sistema, que requer uma coordenação comprometida, inicialmente, de todas as instituições públicas de saúde e, posteriormente, com as privadas.

O núcleo primário do Sistema Integral de Urgências Médicas da Cidade do México é o Centro Regulador de Urgências da Secretaria. Seus hospitais de urgências médico-cirúrgicas para adultos e crianças contam com equipamento e pessoal especializado para atender, com alta resolutividade, a lesionados por acidentes, envenenamentos, partos complicados e recém-nascidos com patologia perinatal.

Numa segunda etapa, planeja-se incorporar ao centro regulador os hospitais federais e as instituições da seguridade social, bem como as ambulâncias certificadas, para incrementar a rapidez da atenção. Com essa integração, se canalizará o paciente ao hospital mais próximo, com os recursos reque-

ridos para sua estabilização e posterior referência à instituição de adscrição ou de sua eleição. A condição para que este esquema seja eficaz é eliminar o obstáculo do vínculo com a seguridade, brindando universal e gratuitamente o tratamento inicial requerido a todos os hospitais públicos e privados, conforme o estabelecido pela Lei Geral de Saúde. Paralelamente, a SSDF irá ampliar e regionalizar seu sistema de atenção pré-hospitalar, fortalecendo a capacidade resolutive de seus serviços de urgências médicas.

A atenção gratuita garantida pelo MAS tem como porta de entrada e de acompanhamento familiar o centro de saúde no primeiro nível. Inclui todas as intervenções e os medicamentos autorizados oferecidos nas unidades da SSDF, desde a promoção, a prevenção e o tratamento, até a reabilitação, definindo conjuntos de intervenções por níveis de complexidade de serviços. Com a finalidade de oferecer tratamento ótimo aos pacientes, trabalha nos distintos níveis com protocolos de atenção para as intervenções mais comuns. Isto permite uma atualização sistemática dos tratamentos e uma transparência dos mesmos, já que os pacientes têm acesso a eles.

As intervenções dirigidas a promover e proteger a saúde individual e familiar têm como base a educação para a saúde e um conjunto de intervenções de prevenção e detecção precoce de padecimentos comuns. A definição dessas intervenções se faz com base nas necessidades de saúde por grupos etários e de gênero, com uma abordagem integral e tomando-se em conta particularidades locais. Serão desenvolvidas ações específicas, para conseguir que toda a população de responsabilidade direta da secretaria seja incluída por essas intervenções.

O tratamento médico individual compreende aquelas doenças que podem ser atendidas nos centros de saúde e nos hospitais gerais, nas quatro especialidades básicas, bem como algumas outras especialidades comuns ou relacionadas, como a traumatologia e a neonatologia. Inclui os medicamentos e os insumos médico-cirúrgicos autorizados.

O esquema de intervenções garantidas requer, para sua sustentabilidade, o incremento da capacidade dos centros de saúde para resolver a maioria dos problemas de saúde que se apresentem. Isto supõe equipá-los adequadamente e assegurar o abastecimento de medicamentos e insumos. O fortalecimento dos centros de saúde permitirá descarregar os hospitais, para que estes possam resolver os problemas com instalações, equipamento e pessoal especializado. Adicionalmente, há os hospitais de urgências médico-cirúrgicas, que serão reforçados com recursos para atender às urgências médicas.

A acessibilidade geográfica, social e econômica dos serviços, sua eficácia e eficiência, dependem em grande medida de sua organização e da outorga explícita de direitos. Para tal, no caso do MAS, as intervenções garantidas e gratuitas são feitas através da outorga do “padrão de usuário” e do credenciamento da população não segurada residente no DF. É um instrumento que determina a porta de entrada na rede de serviços, ordena e identifica as coberturas reais por tipo de população. Requer, além disso, priorizar a construção de baixo para cima, ou seja, dar preferência relativa ao fortalecimento dos centros de saúde, sem deixar de atender às necessidades prioritárias dos serviços hospitalares.

O ponto de partida para a construção de uma rede de serviços é eliminar a ainda remanescente fragmentação interna da SSDF entre os serviços de saúde pública e os hospitalares e de urgências. Para tal, é condição indispensável do MAS a fusão funcional e orgânica desses serviços, para se estruturar uma rede integral de serviços que permita o uso racional e escalonado dos recursos disponíveis.

Com o propósito de construir sistemas regionais de saúde com uma condução única e colegiada, serão agrupadas as atuais Jurisdições (Regiões) Sanitárias, com todos os serviços nelas localizados. Isto irá fornecer as bases para conformar Redes Regionais de Serviços Integrais de Saúde, que confluem na rede de serviços do DF. A regionalização, o ordenamento dos serviços, o padrão de usuários e sua adscrição a um centro de saúde facilitarão a organização de um sistema coerente de referência e contra-referência entre os centros de saúde e os hospitais, o que propiciará a atenção integral, hierarquizada e contínua.

### **Reorganização Institucional, Fortalecimento e Ampliação de Serviços**

A prolongada deterioração e o atraso nos serviços da SSDF colocam a necessidade de traçar um plano sexenal de recuperação, fortalecimento, reorganização e ampliação dos serviços. Os critérios que norteiam esse plano são: incrementar o acesso oportuno ao tratamento requerido e diminuir a desigualdade no acesso aos serviços, além da eficácia, transparência e eficiência no uso dos recursos existentes.

Para o curto prazo, estão sendo realizadas várias ações para melhorar o funcionamento dos serviços. Entre elas, destaca-se a ampliação da lista de medicamentos autorizados e de outros insumos médicos, bem como a regu-

larização do seu abastecimento; e a sistematização da manutenção das instalações e do equipamento ou sua substituição por equipamentos novos. Para tal, criou-se uma área especializada para medicamentos, insumos e tecnologia, cuja responsabilidade é a instrumentação dessas ações e o desenho de um modelo de equipamento tecnológico por unidade e para a rede de serviços. Por outro lado, organizou-se um programa de suplências para cobrir as ausências de pessoal em áreas críticas do sistema.

Para fortalecer os serviços, dando-lhes maior resolutividade, será incentivado o uso intensivo da capacidade instalada e a reorientação de serviços ou espaços subutilizados, bem como a redistribuição de recursos materiais e humanos. Tal reordenamento permitirá incrementar a capacidade de atenção no curto prazo, sem aumentar substancialmente os gastos de investimento. O novo ordenamento dos serviços está orientado a contar com centros de saúde fortalecidos (com aumento da sua capacidade resolutiva) e clínicas comunitárias (de âmbito local).

Com relação aos hospitais, a estratégia é a reconversão dos hospitais pediátricos e alguns materno-infantis em hospitais gerais. Numa primeira etapa, serão fortalecidos os serviços de urgências em hospitais materno-infantis selecionados. Adicionalmente, concentram-se recursos humanos e materiais, dispersos na rede de unidades, fazendo remodelações simples, a fim de garantir o funcionamento pleno e eficaz dos serviços, dando prioridade ao atendimento de urgências. Neste processo será respeitada a orientação dos hospitais, perfilando-se as áreas de referência e desenvolvendo seu funcionamento em rede.

O déficit de serviços, particularmente nas zonas periféricas, torna indispensável a construção de novas unidades de atenção ao longo do sexênio e a ampliação do pessoal, a fim de diminuir a desigualdade no acesso aos serviços.

### **Qualidade Integral dos Serviços**

A qualidade da atenção se converteu em exigência dos cidadãos que têm sofrido as conseqüências da deterioração dos serviços, por conta de seu prolongado desfinanciamento. A qualidade integral requer desenvolver, simultaneamente, os aspectos técnicos e humanos do tratamento médico-sanitário. Apenas com essas medidas, podemos evitar o crescimento dos negócios que nutrem a indústria dos seguros e que dificultam, entre outras coisas, a relação terapêutica entre a equipe de saúde e os pacientes.

A qualidade técnica da atenção requer, como primeiro passo, garantir o abastecimento de medicamentos, outros insumos e a manutenção dos equipamentos. Pela importância do componente dos medicamentos e o uso adequado da tecnologia na política de saúde do Governo do Distrito Federal, foi criada a Direção Geral de Medicamentos, Insumos Médicos e Tecnologia, para desenvolver uma política de medicamentos que garanta seu uso seguro e racional, o barateamento do custo e a viabilidade de um modelo global, no manejo de medicamentos para o setor público.

A atualização contínua do pessoal é outra necessidade para se manter uma prática conforme os avanços técnico-científicos nas áreas de promoção da saúde, prevenção, terapia e diagnóstico. Parte desse esforço é a formulação e utilização de protocolos de atenção para assegurar o tratamento adequado e similar a todos os doentes.

Para melhorar a qualidade humana na prestação dos serviços e para dignificar o trabalho, estão sendo desenvolvidas ações de sensibilização e capacitação permanente do pessoal da secretaria. O propósito é construir uma nova ética de serviço ao público entre todos os trabalhadores, baseada no reconhecimento do valor igual de todos os seres humanos e da saúde como um direito do cidadão, garantido com recursos públicos. Também será adotado um código de direitos e deveres dos usuários, para que recebam informação sobre sua doença ou agravo e um tratamento digno e cientificamente fundado. Paralelamente, serão feitos acordos com os trabalhadores da saúde e seus representantes, para estabelecimento de sua carreira no serviço público, e serão definidos os mecanismos de participação de trabalhadores e usuários na gestão dos serviços.

## **A Administração no Apoio à Operação dos Serviços**

Está sendo desenvolvido na SSDF um sistema administrativo que deixe de ser um obstáculo e passe a garantir a implementação do MAS e o fortalecimento do trabalho substantivo da secretaria. Para tal, é necessário impulsionar uma cultura institucional de gestão que priorize a antecipação, o planejamento e a prevenção, em contraposição à improvisação e à correção posterior; que cuide e observe a todo instante a norma, sem deixar de ser criativo e persistente na solução dos problemas; que fomente os critérios de racionalidade e transparência na utilização dos recursos e que fortaleça o compromisso social de todos e cada um dos servidores públicos da saúde para a população da Cidade do México.

Algumas estratégias em matéria administrativa estão sendo adotadas. Cada unidade médica definirá um plano estratégico sustentado no Programa de Saúde 2001-2006, que será a base para o planejamento, a programação e a orçamentação anual. A elaboração do Programa Operativo Anual deverá converter-se em uma das ações prioritárias de todas as unidades operativas e constituirá ferramenta básica para a avaliação das atividades institucionais. A distribuição de recursos financeiros ordinários se realizará, portanto, com base nos programas por unidade e será a sustentação para impulsionar um sistema de custos que permita comparar a eficácia e a eficiência por serviço e por unidade em todo o sistema.

A secretaria está aplicando rigorosamente a política de “austeridade republicana” do governo do DF, eliminando os gastos suntuários e supérfluos e impulsionando algumas linhas de ação, tais como:

- fortalecimento da transparência nos processos de aquisição, através do planejamento das compras, em curto e longo prazos; a construção de um sistema de custos que permita seu seguimento; a vigilância estrita do exercício orçamentário nessa matéria; a informação periódica e pontual do resultado das aquisições e das economias geradas por esse conceito; e o fortalecimento da relação com os representantes cidadãos ante os Subcomitês de Aquisições e Obras Públicas;
- revisão permanente dos procedimentos para evitar a corrupção, estímulo à simplificação administrativa e estabelecimento de diferentes mecanismos que permitam à cidadania apresentar suas queixas e sugestões de modo ágil;
- vigilância e transparência no manejo orçamentário, com a publicação diária, na homepage da secretaria, das receitas e gastos do governo no setor. Adicionalmente, se propõe a implantar, em cada hospital e em cada região, um grupo fiscalizador cidadão que participe dos comitês de compras e obras, além dos conselhos diretores dos organismos descentralizados com voz e voto.

## **Participação Cidadã a Partir da Unidade Territorial**

É propósito fundamental do governo democrático do DF tornar transparentes suas ações e promover a participação da população na tomada de decisões que digam respeito à vida cotidiana na cidade. A base para lograr tal propósito é a existência das 1.352 Unidades Territoriais (UT) na cidade, em que as Assembléias de Vizinhos são a instância máxima de decisão e o

Comitê de Vizinhos, eleito por votação universal, a instância executiva.

Esse propósito é facilitado pelo fato de que a maior parte dos programas sociais do governo do DF está territorializada. Desse modo, apresenta-se diante da Assembléia de cada UT o conteúdo desses programas e o número de pessoas, famílias ou unidades habitacionais beneficiadas, além do montante de recursos dedicados a eles. Essa mesma informação é publicada e distribuída casa a casa, para permitir que os vizinhos fiscalizem o manejo dessa parte do orçamento público e sua correta aplicação nos programas sociais.

Nas assembléias de vizinhos são formadas comissões para tarefas específicas, entre outras, as de saúde. Estas são a sustentação para reconstruir os comitês de saúde dos centros de saúde desde a base, redefinindo suas funções. O ponto de partida do trabalho dessas comissões é a realização, junto com as 1.200 educadoras de saúde, de um diagnóstico participativo da saúde de sua unidade territorial.

Esses diagnósticos, as informações geradas nos centros de saúde e as políticas de saúde da cidade são os insumos para a discussão nos novos comitês de saúde, o que permite um processo de intercâmbio de experiências e aprendizagem comum. Sobre esta base são geradas as condições necessárias para uma participação informada na tomada de decisões e o controle social no âmbito local. Uma vez consolidados os comitês, propõe-se elaborar um orçamento participativo, utilizando uma parte dos recursos.

Cada comitê de saúde local elegerá seu representante perante os comitês de saúde municipais ("*delegacionais*") e regionais, com o propósito de encaminhar as propostas locais e informar seu comitê local sobre a discussão e as decisões nos demais âmbitos territoriais. Cada comitê regional elegerá, do mesmo modo, seu representante cidadão perante o Conselho de Saúde do Distrito Federal.

## **O Financiamento como Sustentação da Política de Saúde**

A vontade política de situar a saúde como uma das primeiras prioridades do governo do DF eleito para o período 2001-2006 foi demonstrada no orçamento para o primeiro ano de governo, que aumentou em 67% a participação da saúde em relação ao ano anterior, ou em 112%, se incluído o orçamento para o programa de apoio alimentar para os idosos.

O novo orçamento para a saúde corresponde a 12,5% do orçamento do Governo do DF. Isto demonstra seu firme compromisso financeiro, o qual,

no entanto, está condicionado por sua limitada capacidade de arrecadação e pelas restrições impostas por seu teto de endividamento. O orçamento *per capita* da população não segurada é da ordem de 1.100 pesos<sup>12</sup>, dos quais um terço corresponde a recursos federais e dois terços a recursos locais. O ritmo de ampliação dos serviços de saúde dependerá, em grande medida, do aumento do repasse federal para a SSDF. Por cada peso gasto pela Federação na saúde dos habitantes da capital, o GDF dedica dois pesos.

A descentralização dos serviços de saúde para as entidades federativas e a segmentação da responsabilidade de prestar serviço entre distintas instituições requerem um sistema de compensação para devolver os recursos gerados no atendimento à população não residente ou sob a responsabilidade de outras instituições (como a Seguridade Social). A ausência desse mecanismo castiga particularmente os moradores da capital não segurados, na medida em que a rede da SSDF também atende à população dos estados vizinhos e dos institutos de Seguridade Social. Dessa forma, a secretaria promoverá a concretização de um fundo de compensação respaldado pela Federação, já que o faturamento cruzado entre entidades federativas e instituições não garante o pagamento pela carência de recursos (sobretudo dos estados mais pobres circunvizinhos à Cidade do México).

Vários programas prioritários da SSDF – como o Programa Integral de AIDS, o Sistema Único de Urgências e o Programa de Idosos, todos de caráter universal – são inovadores e de interesse geral, o que abre a possibilidade de se obter fundos externos adicionais para sua implementação. Também serão negociados apoios com as municipalidades, para a manutenção e/ou ampliação das unidades de saúde.

A opção pela gratuidade dos serviços e dos medicamentos representa apenas a perda de receita da ordem de dois por cento do orçamento total da Saúde, ainda que o gasto em insumos seja substancialmente incrementado. Essa estratégia democratiza a saúde, ao remover o obstáculo econômico ao acesso aos serviços e contribui com a equidade e a solidariedade, ao ser financiada por recursos fiscais. Isto porque a imposição de impostos tende a ser maior para a população com maior renda e o custo da atenção se distribui entre sadios e doentes. A preferência pela população não segurada compensa o considerável subsídio federal que os segurados recebem pela via dos institutos de Seguridade Social. A prioridade dada às regiões e aos grupos mais pobres e carentes de serviços logra uma redistribuição progressiva, que diminui a desigualdade entre as municipalidades, as regiões e os grupos populacionais.

## NOTAS

- 1 Este trabalho está baseado no *Programa de Saúde do Governo do DF*, elaborado pela equipe diretora e pelos assessores da Secretaria de Saúde do DF, aos quais as autoras gostariam de agradecer.
- 2 Atual Secretária de Saúde do Governo da Cidade do México / Distrito Federal (DF). Professora Titular do Mestrado de Medicina Social da UAM-Xochimilco (Universidade Autónoma Metropolitana).
- 3 Pesquisadora do Laboratório de Políticas Públicas e Professora Visitante do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutora em Política Social pela UNICAMP.
- 4 O conceito utilizado em espanhol é o de "*alta marginación*", determinado por um conjunto de indicadores socioeconômicos que estabelece uma distribuição espacial da população da Cidade do México por níveis de pobreza.
- 5 Metodologia utilizada por Boltvinik.
- 6 Chamados de "*adultos mayores*".
- 7 Denominadas "*delegaciones*", que correspondem à divisão político-administrativa e sanitária da cidade.
- 8 Os chamados "*no-asegurados*", o que no Brasil equivaleria aos não-filiados à Previdência Social antes da universalização do INAMPS, em 1985.
- 9 Cabe registrar que esses serviços, apesar de públicos, são cobrados da população.
- 10 Chamado de "*Programa de los Adultos Mayores*".
- 11 "*Pensión Universal Ciudadana*".
- 12 Moeda mexicana.

**ABSTRACT**

---

**Health care services in large Latin American cities: the case of Mexico City**

This article discusses the current health policy and experience with health services management in Mexico City under the Health Secretariat of the Federal District. The legacy of previous administrations is one of fragmentation of health services provided by different institutions, in a country still lacking a Unified Health System and where the division between those covered and not covered by the Social Security System leads to unequal access to services. Since health conditions are determined by the segregation of poverty in defined territories, the strategies adopted by the government of the Federal District are territorialized, adopting integrated Social Programs in which Health occupies an outstanding position. The article highlights efforts by the Health Secretariat to reorganize and bolster health services, taking a daring stance in the choice to offer free services, a unique approach in the country.

**Keywords:** Health in Large Latin American Cities; Health Policy in Mexico City; Organization of Health Services in Mexico City.

Recebido em: 11/06/02

Aprovado em: 17/06/02