

SEGURO POPULAR DE SALUD

Siete Perspectivas



entrevistas con • julio frenk •

CUADERNOS DE SALUD PÚBLICA

juan antonio fernández ortiz

CUADERNOS DE SALUD PÚBLICA

• jaimemier y terán • asa cristina

CUADERNOS DE SALUD PÚBLICA

laurell • alfonso petersen farah

CUADERNOS DE SALUD PÚBLICA

• rogelio gómez hermosillo •

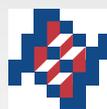
CUADERNOS DE SALUD PÚBLICA

christian baeza

CUADERNOS DE SALUD PÚBLICA



Instituto Nacional
de Salud Pública



Seguro Popular de Salud. Siete Perspectivas

Primera Edición / Febrero de 2005

ISBN: 968-6502-88-2

D.R. ©

Instituto Nacional de Salud Pública

Av. Universidad 655

Sta. Ma. Ahuacatlán

62508 Cuernavaca, Morelos, México

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico

C U A D E R N O S D E S A L U D P Ú B L I C A

SEGURO POPULAR DE SALUD
Siete Perspectivas



entrevistas con • julio frenk •

CUADERNOS DE SALUD PÚBLICA

juan antonio fernández ortiz

CUADERNOS DE SALUD PÚBLICA

• jaimemier y terán • asacristina

CUADERNOS DE SALUD PÚBLICA

laurell • alfonso petersen farah

CUADERNOS DE SALUD PÚBLICA

• rogelio gómez hermosillo •

CUADERNOS DE SALUD PÚBLICA

christian baeza

CUADERNOS DE SALUD PÚBLICA

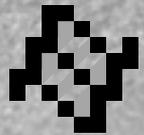


octavio gómez dantés

EDITOR



Instituto Nacional
de Salud Pública

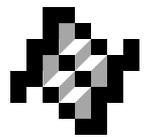


SALUD
PÚBLICA
DE MÉXICO

Contenido

Presentación	7
Octavio Gómez Dantés	
La reforma de salud de México: antecedentes y contenidos	9
EL SEGURO POPULAR DE SALUD ES UN INSTRUMENTO DE JUSTICIA SOCIAL	
Entrevista con Julio Frenk	15
Secretario de Salud de México	
ES EL CIUDADANO EL QUE VA A CUIDAR EL SEGURO POPULAR	
Entrevista con Juan Antonio Fernández Ortiz	25
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	
EL SEGURO POPULAR CUENTA CON LOS RECURSOS PARA CUMPLIR CON SUS COMPROMISOS, A DIFERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, QUE TODO PROMETE	
Entrevista con Jaime Mier y Terán	29
Secretario de Salud del Estado de Tabasco	
EL PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS GRATUITOS ESTÁ MÁS APEGADO A LA ESENCIA DEL DERECHO A LA SALUD QUE EL SEGURO POPULAR	
Entrevista con Asa Cristina Laurell	35
Secretaria de Salud del Distrito Federal	
YA NO ES "TE DOY LO QUE TENGO", SINO "TE DOY LO QUE POR DERECHO TE CORRESPONDE"	
Entrevista con Alfonso Petersen Farah	41
Secretario de Salud del Estado de Jalisco	
NO NOS PUEDE PASAR QUE, ESPERANDO LAS 100 INTERVENCIONES DEL SEGURO POPULAR, SE DETERIOREN LAS 13 INTERVENCIONES DEL PAQUETE BÁSICO DE OPORTUNIDADES	
Entrevista con Rogelio Gómez Hermosillo	47
Coordinador Nacional del Programa Oportunidades	
EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN PÚBLICA DE SERVICIOS ES EL GRAN DESAFÍO DE LA REFORMA MEXICANA	
Entrevista con Christian Baeza	51
Especialista en salud para América Latina del Banco Mundial	

Instituto Nacional
de Salud Pública



Presentación

Después de una larga discusión, en abril de 2003, el Congreso de la Unión aprobó, con 92% de los votos del Senado y 73% de los votos de la Cámara de Diputados, una reforma a la Ley General de Salud que establece el sistema de protección social en la materia, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular de Salud (SPS). Este seguro, que entró en operación el 1° de enero de 2004, cubrirá en un lapso de siete años a los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional (trabajadores por cuenta propia, desempleados, trabajadores del sector informal de la economía y personas que están fuera del mercado laboral). Junto con sus familias, estos grupos representan aproximadamente a la mitad de la población. El SPS garantiza el acceso a cerca de 100 intervenciones, con sus respectivos medicamentos, que cubren más del 90% de las causas de atención ambulatoria y hospitalaria de las instituciones públicas del país.

La implantación del SPS ha estado rodeada de dudas, especulaciones y críticas que han hecho evidente la necesidad de mayor información. Es con el propósito de ampliar la información disponible que *Salud Pública de México* publica este libro de entrevistas con varios de los principales actores de la reforma, y con funcionarios de instituciones gubernamentales y multilaterales que de manera indirecta han estado relacionados con ella. Dentro del primer grupo se incluyen el secretario de salud de México, Julio Frenk, y el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, Juan Antonio Fernández, así como los secretarios de salud del Distrito Federal y de los estados de Jalisco y Tabasco, Asa Cristina Laurell, Alfonso Petersen, y Jaime Mier y Terán, respectivamente. Al segundo grupo pertenecen el Coordinador Nacional del Programa Oportunidades, Rogelio Gómez Hermosillo y el especialista en salud para América Latina del Banco Mundial, Christian Baeza. Este grupo de entrevistas se complementa con una introducción que incluye una discusión sobre los antecedentes de la reforma y una breve descripción del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), con énfasis en el SPS. Toda la información sobre la reforma y sus instrumentos procede del *Diario Oficial de la Federación* y de documentos publicados por la Secretaría de Salud de México.

Quisiera agradecer a las siguientes personas que me ayudaron en la selección de los personajes a entrevistar, la selección de preguntas, la recopilación de información sobre el SPSS y el proceso de edición de las entrevistas: Francisco Garrido Latorre, Carlos Gracia, Mauricio Hernández Ávila, Héctor Hernández Llamas, Tania Martínez y Mauricio Ortiz. Como siempre, Carlos Oropeza fue un editor paciente, cuidadoso y puntual.

Octavio Gómez Dantés

Ahuacatlán, Morelos
Enero de 2005



La reforma de salud de México: antecedentes y contenidos

Origen de la reforma: los desequilibrios financieros

En los documentos que dieron sustento a la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), la Secretaría de Salud de México señala que la segmentación del sistema mexicano de salud y las transiciones epidemiológica y demográfica, dieron lugar a cinco grandes desequilibrios financieros que demandaban una reforma estructural: i) de nivel; ii) de origen; iii) de distribución; iv) de esfuerzo estatal, y v) de destino de los recursos.^{1, 2}

En México, la inversión en salud es insuficiente para atender los retos que plantean las transiciones demográfica y epidemiológica, que suponen un creciente predominio de las enfermedades no transmisibles, que son más difíciles de tratar y más costosas que las enfermedades infecciosas y los padecimientos relacionados con la reproducción y la mala nutrición. El país destina 5.8% del PIB a la salud, en contraste con países como Chile, Colombia y Uruguay que, con un nivel de desarrollo similar al de México, dedican 7.2, 9.6 y 10.9% del PIB a la salud, respectivamente. El promedio latinoamericano es de 6.9%.

El desequilibrio en el origen de los fondos está relacionado con el peso relativo del gasto público en el gasto total en salud. Con excepción de Estados Unidos, todos los países desarrollados financian su salud con recursos predominantemente públicos. En México, en contraste, más de la mitad de los recursos para la salud son privados y, además, provienen del bolsillo de las familias. En Colombia y Costa Rica el gasto de bolsillo asciende a 29 y 27% del gasto total en salud, respectivamente. Este tipo de gasto es injusto porque rompe con la solidaridad financiera y con un principio básico de justicia en salud que señala que los individuos deben aportar de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud. El gasto de bolsillo invierte esta regla al obligar a los individuos a aportar según sus necesidades (el más enfermo paga más) y recibir servicios según su capacidad de pago. El gasto de bolsillo, además, expone a las familias a pagos excesivos que son imposibles de anticipar por la incertidumbre implícita en los fenómenos de enfermedad y en los accidentes. Se calcula que anualmente más tres millones de familias mexicanas incurrirán en gastos catastróficos o empobrecedores por motivos de salud.*

* / Los gastos catastróficos se definen como aquellos gastos en salud superiores al 30% de la capacidad de pago, que a su vez se define como el ingreso familiar disponible una vez descontado el gasto dedicado a la alimentación. Los gastos empobrecedores se definen como aquellos gastos que, independientemente de su monto, empujan a los hogares por debajo de la línea de pobreza.

La segmentación del sistema mexicano de salud también ha favorecido la concentración de los recursos para la salud en las instituciones de seguridad social. En el rubro de atención médica, el gobierno federal asigna 1.5 veces más recursos per cápita a la población derechohabiente que a la población no asegurada. A esto se suma una condición todavía más grave: la inequitativa distribución de los recursos federales entre entidades federativas. De hecho, en términos generales, los estados con más necesidades de salud son los que menos recursos públicos reciben.

El indiscutible avance que representó la progresiva descentralización de los servicios de salud a lo largo de las últimas dos décadas no se acompañó, sin embargo, de reglas financieras claras que estipularan la corresponsabilidad de los distintos niveles de gobierno. Esta indefinición se refleja en las abismales diferencias que se registran entre los estados en materia de contribución estatal a la salud. Hay gobiernos estatales que asignan a la salud hasta 119 veces más recursos per capita que las entidades federativas que menos contribuyen con recursos propios a este sector.

El último de los desequilibrios se refiere al destino de los recursos. El sector salud dedica cada vez más recursos al pago de la nómina y cada vez menos recursos al gasto de inversión, hecho que ha influido negativamente en la ampliación de la infraestructura y en el equipamiento de las unidades.

Contenidos de la reforma: Sistema de Protección Social en Salud

Para enfrentar estos desequilibrios la Secretaría de Salud propuso y el Congreso aprobó la creación del SPSS.³ Lo que se busca con este sistema es construir una nueva estructura financiera para el sistema mexicano de salud basada en tres seguros públicos de salud:

- el Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS, que protege a los asalariados del sector privado de la economía formal y a sus familiares;
- el Seguro Médico del ISSSTE, que protege a los asalariados del sector público de la economía formal y a sus familiares, y
- el Seguro Popular de salud (SPS), que protegerá a las personas que se encuentran fuera del mercado laboral y a los trabajadores no asalariados, y a sus familiares.

Como puede observarse en la figura 1, la propuesta es que los tres seguros cuenten con una estructura financiera tripartita similar a la del IMSS. En el caso del ISSSTE, el cambio principal consiste en distinguir entre las obligaciones del gobierno federal como empleador y lo que debe ser una aportación uniforme del Estado nacional al aseguramiento de cada ciudadano (cuota social). El SPS también se financiará de manera parecida: primero, una aportación del Estado nacional idéntica a la del IMSS y el ISSSTE; segundo, una aportación solidaria que, en lugar de la cuota patronal, será cubierta por los gobiernos estatales y federal; tercero, una aportación familiar análoga a la cuota obrera de la seguridad social, la cual es proporcional a la capacidad de pago y puede ser de cero en el caso de las familias muy pobres.

Figura 1.

Nueva arquitectura financiera del sector salud mexicano

Seguros Públicos	Aportadores		
	Obrero	Patrón	Estado Nacional (cuota social)
Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS			Estado Nacional (cuota social)
Seguro Médico del ISSSTE	Empleado	Gobierno Federal	Estado Nacional (cuota social)
Seguro Popular de Salud	Familia	Gobierno Estatal / Gobierno Federal	Estado Nacional (cuota social)

Es importante resaltar el papel que juega la aportación del Estado nacional, establecida inicialmente en la reforma a la Ley del Seguro Social de 1997. Por cada persona afiliada al IMSS, el Estado aporta el valor actualizado de 13.9% de un salario mínimo general anual del Distrito Federal que se ajusta periódicamente según la inflación. En el momento actual esta cuota equivale aproximadamente a 2,400 pesos por cotizante por año. Esta aportación había estado limitada a los trabajadores del sector privado formal de la economía, lo que había producido que los asegurados del IMSS recibieran casi dos veces más recursos públicos que la población no asegurada, hecho incompatible con un sistema en donde todos los ciudadanos gozan de los mismos derechos. Con la reforma a la Ley General de Salud, esta cuota social beneficiará también a los afiliados al SPS.

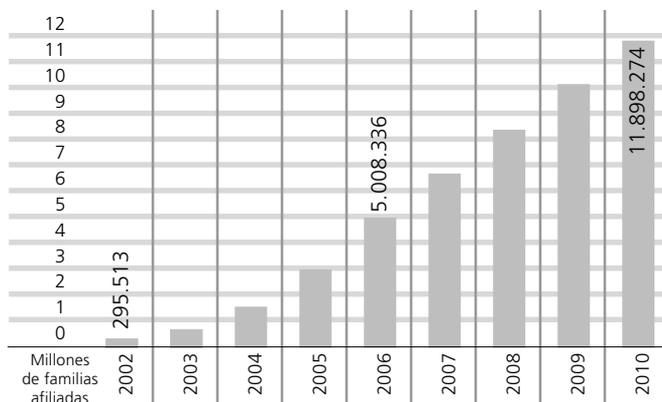
A la cuota social, como ya se señaló, se suman las aportaciones solidarias estatal y federal, y la aportación familiar. La aportación solidaria estatal mínima equivale a la mitad de la cuota social (alrededor de 1200 pesos). La aportación solidaria federal equivale a 1.5 veces la cuota social (alrededor de 3600 pesos).* Estos últimos recursos proceden del actual Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA, Ramo 33), que ya financia la mayor parte de las actividades de salud de las entidades federativas. Finalmente, la aportación familiar es proporcional a la condición económica de los hogares afiliados, siendo de cero para las familias de los deciles I y II.

A partir de enero de 2004 comenzó a integrarse a este esquema de protección social en salud 14.3% de la población no asegurada (aunque en 2002 y 2003 se habían incorporado alrededor de 750 mil familias al programa piloto). En los próximos años se esperar integrar anualmente el mismo porcentaje, de tal manera que en 2010 todos los mexicanos tendrán la oportunidad de contar con un seguro de salud (figura 2).

* / A nivel nacional la aportación solidaria federal cumple con el requisito de ser 1.5 veces la cuota social. Sin embargo, esta misma relación no se observa a nivel estatal, porque estos recursos se distribuyen por entidad federativa atendiendo, en lo fundamental, al número de familias afiliadas, pero también a necesidades de salud (mortalidad infantil y mortalidad en adultos), esfuerzos (contribución estatal al financiamiento de la atención a la salud) y desempeños estatales. Esta distribución tiene como objetivo beneficiar a las familias con mayores necesidades de salud, que tienden a residir en las entidades federativas con menor desarrollo económico y mayores índices de pobreza.

Figura 2.

Casi 12 millones de familias aseguradas en 2010



Para fines de financiamiento, los servicios ofrecidos por el SPS se dividen en servicios esenciales y servicios de alto costo. Los servicios esenciales son los que conforman el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), y habrán de ofrecerse en unidades de atención ambulatoria y hospitales generales, y financiarse con recursos que se concentrarán en el fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSP). Este catálogo incluye atención ambulatoria y hospitalaria y medicamentos para medicina interna, cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría y geriatría, así como exámenes anuales preventivos. Los servicios de alto costo habrán de ofrecerse en hospitales de especialidad y se financiarán a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).**

El FPGC se constituye con el 8% de la suma de la cuota social, la aportación solidaria federal y la aportación solidaria estatal, así como otras fuentes de recursos (intereses devengados de la inversión de los recursos disponibles, aportaciones adicionales provenientes de donaciones o aprovechamientos fiscales).

Además del FPGC, el SPSS cuenta con un fondo, equivalente al 2% de la suma de la cuota social, la contribución solidaria federal y la contribución solidaria estatal, que se dedicará a la promoción de infraestructura en las comunidades pobres, y otro fondo de reserva, igual al 1% de esa misma suma, que cubrirá las fluctuaciones en la demanda y los pagos temporalmente retrasados dentro de los estados.

Lo que resta de la cuota social y de las contribuciones solidarias federal y estatal (más del 90% de los recursos públicos) se asignan a los estados para financiar el paquete de servicios esenciales del SPS. A estos recursos se suman las contribuciones familiares, que, al igual que la contribución solidaria estatal, se recabarán a nivel estatal.

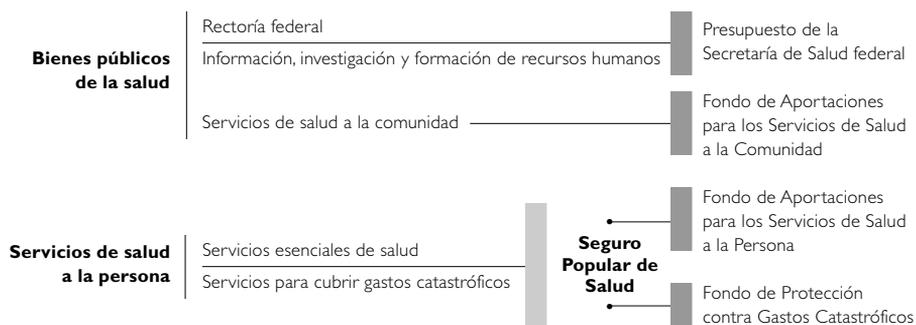
Este modelo de financiamiento implica un cambio radical en los incentivos para los gobiernos estatales y los prestadores. El financiamiento para los estados estará determinado en gran medida por el número de familias afiliadas al SPS y por lo tanto será orientado por la demanda. La naturaleza voluntaria del proceso de afiliación es una característica esencial de la reforma que además de democratizar el presupuesto constituye un incentivo para fortalecer el sistema de atención a la salud y proveer servicios de la mejor calidad posible, ya que sólo se reafiliarán las familias satisfechas con los servicios recibidos.

Una innovación adicional del SPSS es que explícitamente separa el financiamiento de los servicios de salud a la persona de los servicios a la comunidad o servicios de salud pública (Figura 3). Al crear un fondo separado para estos últimos (Fondo de Aportaciones de Servicios de Salud a la Comunidad), la reforma asegurará un adecuado financiamiento de los bienes públicos de la salud (rectoría, información, investigación, formación de recursos humanos y servicios de salud a la comunidad). Esta es una innovación importante, ya que varias reformas en otros países han descuidado las actividades de salud pública.

** / El FPGC cubre un paquete de servicios definidos por medio de un análisis de costo-efectividad que será puesto al día cada año con base en los cambios del perfil epidemiológico, el desarrollo tecnológico y la disponibilidad de recursos.

Figura 3.

Correspondencia entre tipos de bienes de la salud y fondos



De acuerdo con la Secretaría de Salud, la reforma de 2003 permitirá eliminar los desequilibrios que obligaron a su implantación. En primer lugar se espera incrementar la inversión en salud por lo menos al promedio latinoamericano. También se espera modificar la composición de las fuentes de financiamiento en salud de manera que en el mediano plazo el gasto público constituya la principal fuente de recursos. La cuota social, por su parte, busca generar una mayor equidad financiera entre instituciones, mientras que la asignación presupuestal sobre la base de las familias afiliadas pretende producir una mayor equidad geográfica, y una mayor transparencia en la asignación y uso de los recursos. Las reglas explícitas para la concurrencia de recursos federales y estatales generará, a juicio de las autoridades del sector salud, una mayor equidad en el compromiso de los gobiernos estatales con el financiamiento de la atención a la salud de las familias afiliadas al SPS. Finalmente, la asignación de recursos por familia y la vinculación del gasto de inversión con un Plan Maestro de Infraestructura a nivel nacional producirá no sólo una mayor inversión, sino también una mejor toma de decisiones en términos de ubicación y tipo de inversión que se requiere para hacer frente a las necesidades de salud de la población.

Para operar el SPSS en el ámbito federal se creó, como órgano desconcentrado, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, que tiene como tareas: instrumentar la política de protección social en salud y el plan estratégico de desarrollo del SPSS; promover la formalización de los acuerdos de coordinación en materia de protección social en salud con los gobiernos estatales; evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, y cumplir con la rendición de cuentas a los ciudadanos. La Ley General de Salud establece asimismo la creación del Consejo Nacional del Sistema de Protección Social en Salud como órgano colegiado consultivo, el cual será presidido por el Secretario de Salud. En él estarán representadas distintas autoridades del Sistema Nacional de Salud (IMSS, ISSSTE y Consejo de Salubridad General), otras dependencias públicas (Secretaría de Desarrollo Social y Secretaría de Hacienda y Crédito Público), las entidades federativas y los trabajadores de la salud. Dicho Consejo podrá opinar sobre el financiamiento del SPSS, proponer medidas para su mejor funcionamiento y acordar la creación de grupos de trabajo para el análisis de temas que el propio Consejo considere necesarios.



- 1 Secretaría de Salud. La salud en la reforma del estado: hacia un sistema universal de salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2002.
- 2 Secretaría de Salud. Financiamiento justo y protección social universal. La reforma estructural del sistema de salud en México. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2004.
- 3 Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación 2003, 15 de mayo.



EL SEGURO POPULAR DE SALUD ES UN INSTRUMENTO DE JUSTICIA SOCIAL

Entrevista con

Julio Frenk

Secretario de Salud de México

Salud Pública de México (SPM): En el mes de abril de 2003 se aprueba una reforma a la Ley General de Salud que da origen al Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular de Salud. ¿Cuándo nació la idea de este seguro?

Dr. Julio Frenk Mora (JF): La idea del Seguro Popular tiene raíces muy profundas en el tiempo. Me atrevería a decir que parte de reflexiones que empezamos a hacer varios compañeros desde la Facultad de Medicina en la UNAM, en 1976, sobre lo que debería ser el sistema de salud en México. A lo largo de estos años, aunque han cambiado mucho los contenidos de las propuestas concretas, y han ido madurando a la luz de nuevas reflexiones y nuevas experiencias de reforma en otros países, hay algunos temas que han permanecido. Yo diría que el más profundo es la crítica al carácter segmentado del sistema mexicano de salud que nació en 1943, un sistema con un esquema de seguridad social atado al empleo formal y un esquema asistencial para el resto de la población. Este diseño reflejó las realidades de esa época y, sobre todo, reflejó un optimismo sobre la evolución económica del país: que eventualmente íbamos a ser un país donde todo mundo tendría empleo estable, asalariado y, por lo tanto, todo mundo acabaría siendo derechohabiente. Esa no fue la evolución de la economía mexicana, y después de 60 años de seguridad social tenemos una cobertura muy parcial. La mitad de la población no goza de los beneficios del empleo formal y enfrenta barreras financieras para acceder a servicios de salud o eroga grandes cantidades que pueden empobrecerla. Estamos hablando no sólo de las personas que se dedican a actividades informales, sino de todos aquellos que no son asalariados, como la gran mayoría de los productores del campo –ejidatarios, comuneros, pequeños propietarios–, los trabajadores por cuenta propia del campo y la ciudad –plomeros, electricistas, etc.–, los pequeños comerciantes, los profesionistas en el ejercicio libre de su profesión, todos los que cobran por honorarios o comisión, las personas que están fuera del mercado de trabajo –amas de casa, estudiantes, personas con alguna discapacidad permanente– y los que, estando en el mercado de trabajo, no consiguen empleo: en total, la mitad de la población.

Hay entonces una línea, la idea de una segmentación, de un sistema que no es universal, que como producto de esa segmentación impone cargas y beneficios muy diferentes a la sociedad. Esa idea sí creo que tiene su raíz en los seminarios que hacíamos en la Facultad de Medicina en 1976. Aunque después la forma concreta que adoptó esa visión del sistema cambió mucho, la idea de que debíamos movernos hacia un sistema universal, parejo para todo mundo, no segmentado, esa idea creo que se generó desde entonces. Ya más recientemente, en mi caso particular, seguí estudiando este tema y en eso hice mi doctorado. Puedo incluso decir que hay un proceso consistente de maduración de esa idea, hasta convertirse en el proyecto concreto que se envió al Congreso. Pienso que es un caso de libro de texto de cómo el trabajo intelectual ayuda a formular políticas, cómo el hacer bien la fase analítica ayuda a apuntalar el trabajo político y la eventual adopción de la reforma.

SPM: ¿Podría extenderse un poco más en esta última idea?

JF: Cuando hablo del trabajo intelectual me refiero a dos elementos, tanto a la conceptualización del problema como al acopio de evidencias. No es común que las políticas públicas surjan de un ejercicio intelectual muy riguroso en esos dos frentes: por un lado toda la formulación conceptual, incluyendo los fundamentos éticos de la reforma, y por el otro lado una serie de estudios que trajeron a la luz pública un problema que ni siquiera estaba claramente en la conciencia de la gente. ¿A qué me refiero con esto último? Gracias al estudio de Cuentas Nacionales de Salud realizado en la Fundación Mexicana para la Salud en 1993, se cuantifica la magnitud del gasto privado en salud y se rompe el mito de que el gasto en salud en México era eminentemente público. Por primera vez se documenta que lejos de que esto sea así, la mayor parte del gasto es privado. Pero no sólo eso, sino que es gasto de bolsillo, incluyendo esa forma de gasto privado que se da en los establecimientos públicos, que son las famosas *cuotas de recuperación*. Ese ejercicio de análisis es una característica muy distintiva de esta reforma, el que haya tenido ese sustrato de evidencias. Porque, finalmente, ¿cuál era el discurso sobre los problemas de salud en México? Era el discurso de la desigualdad en la distribución de enfermedades, sin duda. Era el discurso de la mala calidad de la atención, también muy importante. Pero el reto de la protección financiera no aparecía. Si vemos los tres retos del *Programa Nacional de Salud* –equidad, calidad y protección financiera–, los dos primeros habían estado en el debate público, en la conciencia pública desde hacía muchos años. De hecho el debate público seguía concentrado en esos dos elementos. Pero el tema de la protección financiera estaba enterrado en la propia naturaleza y dinámica de los gastos de salud. Para nosotros el reto era traer ese tema a la agenda pública, traerlo a la conciencia pública. Y fue un caso precioso de libro de texto, de cómo un buen análisis contribuye a plantear un problema, a volverlo tema central de la agenda de las políticas públicas y convertirlo en una reforma muy trascendente. El origen fue un buen trabajo de análisis. Insisto, no nada más la parte cuantitativa, sino toda la fundamentación conceptual, incluyendo hacer explícitas las bases éticas de la reforma. Porque el ejercicio cuantitativo identifica problemas morales muy serios, como el que el más enfermo paga más. Hay un ejemplo que a mí me gusta poner: el estudio del gasto en salud revela que en México estábamos gastando o invirtiendo dos veces más recursos públicos en un derechohabiente de la seguridad social que en un no derechohabiente. Pues bien, cuando se hace explícito el valor que esa asignación de recursos plantea, eso se vuelve muy poderoso, porque lo que estamos diciendo con nuestra conducta es que en este país valoramos la vida de la gente en forma diferencial, según su posición laboral. Cuando se le hace este planteamiento a un diputado o a un secretario de Hacienda y se le dice: “Usted valora diferente la vida humana –la salud y, por lo tanto, la vida humana– según la posición laboral”, todos te dicen que no, por supuesto que no. “Bueno, entonces si usted cree que todas las vidas valen lo mismo, su conducta actual de asignación de recursos contradice ese valor. Entonces vamos a hacer que sus valores se reflejen en sus conductas de asignación de recursos.” Esa argumentación fue muy poderosa.

SPM: ¿Y cómo se transitó de la identificación de este reto a la generación de una propuesta como el Seguro Popular?

JF: La idea de un sistema de protección social o de un seguro para los no asegurados está muy explícita en el estudio que se hizo en Funsalud, *Economía y salud*. Esa idea se afinó durante mi estancia en la Organización Mundial de la Salud, en donde trabajé de 1998 a 2000. Allí se avanzó muchísimo en el marco conceptual. En el *Informe Mundial de la Salud 2000* se habla por vez primera de los objetivos de un sistema de salud. Ese informe empieza por preguntarse: ¿para qué sirven los sistemas de salud? Este conjunto de instituciones de miles y miles de personas, que absorben cantidades muy importantes de recursos, ¿para qué sirven? Eso nos llevó al planteamiento de los tres objetivos de un sistema de salud. Uno es mejorar las condiciones de salud, pero también asegurar que ese incremento de la salud se distribuya equitativamente. Dos, el trato digno a las personas, la forma en que el sistema responde a las expectativas de la población. Y tres, por primera vez se introduce el tema de un financiamiento justo, que distribuya la carga financiera en forma justa, como un objeto intrínseco del sistema de salud. El marco de la OMS le dio un gran avance a las ideas que se habían generado en Funsalud. Y ya cuando me invitó el entonces presidente electo a incorporarme al equipo de transición, ésa fue mi propuesta para enfrentar el reto de la protección financiera: un seguro público universal. Obviamente al presidente electo le llamó la atención la idea, porque si no, no me habría designado a mí. Desde mi presentación con los otros miembros del Gabinete, que fue en el Museo de San Carlos, hablé de esto. Luego en los materiales que nos pidieron para el discurso de toma de posesión. Si se lee el discurso de toma de posesión del Presidente Fox se encuentra la idea de un seguro público universal. Claro, todavía era la gran idea, que poco a poco se fue aterrizando. El 8 de enero de 2001 yo hago la convocatoria a una primera reunión extraordinaria del Consejo Nacional de Salud con todos los secretarios de salud estatales, y en mi presentación se plantea la idea de los tres grandes retos: equidad, calidad y protección financiera. Y en protección financiera se presenta claramente la idea de lograrla con un esquema de aseguramiento público. Poco después tuvimos la primera reunión con diputados. Así arrancó un proceso de diálogo con distintos actores, que a la larga tomaría todo 2001 y hasta el mes de noviembre de 2002, cuando presentamos la iniciativa de ley. Fueron casi dos años de trabajo *antes* de mandarlo como iniciativa al Senado. Al mismo tiempo empecé el trabajo al interior del Ejecutivo, primero con el IMSS y el ISSSTE, porque finalmente es un sistema complementario de la seguridad social. Empezamos por el IMSS porque la opción que teníamos, incluso todavía en el *Programa Nacional de Salud*, era montarlo sobre el Seguro de Salud para la Familia, que ya estaba contemplado en la Ley del IMSS. Se concluyó con el director del IMSS que no era una buena idea. Nos quedó muy claro al principio del sexenio que en materia de seguridad social en salud había dos agendas urgentísimas: una, arreglar lo que ya teníamos, o sea la parte de salud del IMSS y del ISSSTE, darles más solidez financiera, mejorar la calidad, el abasto de medicinas. Y dos, ampliar la seguridad social en salud a los 48 millones de mexicanos que carecían de ella: personas sin empleo formal, profesionistas, trabajadores independientes, pequeños propietarios, ejidatarios, desempleados. Ofrecerles un seguro público de salud –que es claramente un instrumento de justicia social– que cubriera los costos de su atención médica, consultas, hospitalización, intervenciones quirúrgicas y medicamentos. Pero sabíamos que si tratábamos de hacer las dos cosas juntas y en la misma institución, no iba a funcionar. Había entonces que perseguir esos dos caminos, que no eran paralelos sino convergentes, siempre con la idea de que en el mediano plazo debemos converger a un sistema mucho más integrado de seguridad social.

SPM: Pero la negociación de la propuesta no acabó allí...

JF: Después se llevó al Gabinete Social. En la gran estrategia de política social había una vertiente de protección, donde quedaba redonda la idea de la protección social en salud. Le dio mucha fuerza el que encajara con la gran estrategia y se vinculara con el resto de las áreas de la política social. Y de ahí se llevó a una reunión de Gabinete al Presidente. Cuando el Presidente da luz verde, yo expresamente pido permiso para verlo con la Secretaría de Hacienda y se me da. Empezamos así todo un trabajo muy intenso con Hacienda. Aquí hay una segunda lección. La primera es que el trabajo analítico y conceptual es muy importante. La segunda es que hay que plantear las reformas en el lenguaje del interlocutor, en este caso, al interior del Ejecutivo, en el lenguaje principalmente de la Secretaría de Hacienda. Yo creo que una de las grandes inversiones que hicimos en la Secretaría de Salud fue reunir un grupo de economistas de altísimo nivel que nos permitió sentarnos a la mesa con Hacienda y hablar de tú a tú. En México y en todo el mundo, las secretarías de Hacienda, del Tesoro, de Finanzas, o como se les llame en los diferentes países, ven con cierto desdén a las secretarías técnicas, porque hay el prejuicio de que están ahí para pedirles recursos, y su postura es defenderse del embate. El tener un fundamento técnico muy sólido ayuda. Ahí no hay que llegar con argumentaciones morales, que la salud es lo más importante y es una inmoralidad no atenderla correctamente. Ahí hay que llegar con los números duros y meterse en la lógica de ellos: qué beneficios económicos trae lo que se propone.

Luego vino el tercer ingrediente, que fue el cabildeo con los legisladores. Y aquí hay una tercera lección: no empiezas a cabildar cuando tienes el anteproyecto, sino mucho antes. Nosotros empezamos desde principios de 2002 y culminamos en noviembre con la presentación ya formal de la iniciativa. Fueron 10 meses de reuniones con los legisladores, coordinadores parlamentarios y dirigentes de partidos. Me hice una agenda muy rigurosa, y esto es otra lección: no hay sustituto a explicar las cosas en forma personal y directa. Yo no sé si fue muy eficiente, porque yo debo de haber repetido mi explicación literalmente decenas, si no es que centenas de veces. Pero yo creo que no hay sustituto de eso, se establece un espacio de confianza. Además, desde el principio se planteó como un proyecto que lo íbamos a conseguir juntos, es decir que no era un proyecto del PAN, PRI o PRD, sino un proyecto del país. Aquí debo decir una cosa: el tema ayuda, el tema de la salud es un tema que unifica por su propia naturaleza. Finalmente, muchos otros ámbitos nos diferencian. El ámbito laboral, por ejemplo, nos diferencia. Pero en salud, todos nacemos igual, a todos nos duele igual, todos nos enfermamos. Claro, los pobres se enferman más y de cosas más prevenibles que los ricos, pero finalmente todos nos enfermamos de algo y todos nos morimos. El tema de la salud por su propia naturaleza unifica, es nuestra humanidad común. Los fenómenos con los que tratamos son los que definen nuestra condición humana como una: el nacimiento, el dolor, la enfermedad, el sufrimiento, la recuperación y la muerte, eso es nuestra condición humana común. Por eso mismo es un tema que genera acuerdos, es un valor compartido. Hay un gran elemento de empatía. Es un campo propicio a movilizar sentimientos de solidaridad. Tienes aquí una argumentación muy poderosa. La gente no es culpable de sus enfermedades. Un niño no tiene la culpa de haber sufrido desnutrición intrauterina o de haber recibido un gen para la diabetes juvenil. Entonces no hay ningún elemento aquí ideológico, de meritocracia, al menos no en México. El ámbito de debate ideológico es muchísimo más estrecho que incluso en la educación, donde todavía tienes que decidir si la educación debe ser laica o religiosa. Aquí no hay salud laica o religiosa. Es un tema propicio al acuerdo, es una de esas reformas donde todo mundo puede salir ganando.

Pero, habiendo dicho esto, creo también que la reforma se pudo haber planteado en forma sectaria, confrontacional. Pudo haberse lanzado con la espada desenvainada en contra de algo, por ejemplo, en contra de la participación privada o en contra de los estados y buscando recentralizar, o en contra de la seguridad social o los sindicatos. Hay de hecho varias propuestas sobre la mesa que son totalmente confrontacionales, que no dejan espacio a ciertos actores. Nosotros cuidamos mucho que todo mundo tuviera un espacio en esto, que nadie quedara fuera. Además estudié las plataformas políticas de todos los partidos y me cuidé de que no hubiera nada en la propuesta que contradijera algún elemento vital. Me dediqué a hacer presentaciones con los tres partidos mayoritarios y abría la presentación con una cita textual de su declaración de principios o de su plataforma electoral. Y les decía: “Miren, ustedes lo dijeron ahí, ahora les voy a platicar cómo pueden ustedes cumplir con sus bases y sus electores con esa promesa que está en sus estatutos o en su programa de gobierno”. En todos los casos encontramos por dónde. Insisto, esto refleja que no hay un espectro ideológico demasiado grande. Hay variaciones, pero dentro de ciertos límites, hay una variación acotada. Ningún partido de México propone privatizar la seguridad social, por decir algo. Pero tampoco ningún partido propone eliminar o prohibir la práctica privada. Entonces, sí hay variación de matices, pero es una variación acotada. Eso ayudó, pero hubo que hacer este trabajo de revisión y estudio. Fue muy importante plantear desde el principio el compromiso de que aquí todos nos íbamos a colgar la medalla. Yo incluso tuve una plática con el Presidente y le dije: “Si queremos que esto salga, es importantísimo que se maneje como un proyecto compartido y que le demos crédito a todo mundo”. Y el Presidente me dijo: “Sale. Vamos a reconocer el mérito de todos en esta reforma”. Y eso se cumplió.

Todo esto dio lugar a una aprobación en el Senado, con una mayoría muy sólida de 92%. Pero lo más importante es que se logró con el apoyo de los cuatro partidos representados en esa Cámara, con el apoyo del 100% de la fracción del PRI, el 100% del PAN, el 100% del Verde, y la mitad de la bancada del PRD. En la Cámara de Diputados salió con 73% del voto. Ahí no pudimos tener a todos los partidos porque ahí sí el PRD votó en bloque. Nosotros sabemos, sin embargo, por testimonios personales, que muchos diputados del PRD estaban convencidos, pero quizás ahí se impuso una disciplina de partido. De todas maneras, sacar cualquier cosa de la Cámara de Diputados con más de 300 votos es un triunfo, y esta reforma salió con 319 votos, una mayoría de 73%.

SPM: ¿Cómo se va a financiar este seguro?

Es un financiamiento tripartito. Al igual que en el IMSS, hay una contribución del Estado, a la que llamamos cuota social; una segunda contribución equivalente a la cuota patronal del IMSS, pero en este caso, por no haber patrón, es cubierta de manera solidaria, mediante una fórmula explícita, por la federación y los estados. Finalmente, hay una contribución de las familias afiliadas que estará basada en su nivel de ingreso. En promedio, cinco séptimas partes son cubiertas por el Gobierno Federal, mientras que las entidades federativas y los beneficiarios cubren el resto. Cabe señalar que para las familias más pobres existe un régimen no contributivo. Estos recursos permiten ofrecer un paquete con casi 100 intervenciones que cubre más de 90% de todas las causas de consulta y hospitalización de las instituciones públicas.

SPM: ¿Y cómo va a llegar ese dinero a los estados que van a prestar los servicios?

JF: Esto es muy interesante y creo que fue lo que más atrajo al secretario de Hacienda. Hasta ahora la locomotora que jala el tren presupuestal es el número de plazas. Se trata de una *presupuestación burocrática*. El gran cambio que plantea la reforma es que la locomotora que ahora jalará el tren presupuestal va ser el número de familias afiliadas. Esto deja al sector salud como el primer sector que hace este tipo de cambio que llamo yo *presupuestación democrática*, que significa financiar o subsidiar las necesidades de la gente y no la estructura que está ahí. En este momento tenemos presupuestos inerciales insensibles al cambio demográfico. Por ejemplo, usted puede tener un hospital en una localidad donde ya todo el mundo se fue. El hospital está vacío y de todos modos se le sigue mandando su presupuesto. O puede tener un hospital en una localidad receptora de población que está a reventar, pero sigue recibiendo el mismo presupuesto inercial. Ahora no, ahora el dinero sigue a la gente. Los estados tienen un gran incentivo para mantener a la gente afiliada; por lo tanto, le tienen que proporcionar servicios de calidad, pero tienen que hacerlo dentro de un presupuesto fijo, porque nosotros le mandamos una cantidad fija por familia. Si se ofrecen servicios de manera muy dispendiosa, no les alcanza el dinero. Si se reduce la calidad, las familias se desafilian. Hay entonces un incentivo muy fuerte a equilibrar la eficiencia con la calidad. Además, la asignación del presupuesto se vuelve transparente, pues se realiza según un padrón auditable de beneficiarios. A mayor número de familias afiliadas, mayor presupuesto. Se acabó la opacidad, la discrecionalidad o la manipulación política del presupuesto. Ese fue el planteamiento que más le gustó a Hacienda, porque además si funciona bien aquí, lo puedes transferir a muchos otros sectores.

SPM: Una de las críticas que se le han hecho al Seguro Popular es que va a segmentar todavía más el sistema mexicano de salud. ¿Qué puede decirnos sobre esto?

JF: Esa crítica se basa en una lectura incompleta de la puesta en marcha del Seguro Popular. Evidentemente, por las implicaciones presupuestales, hubo que hacer gradual la implantación a lo largo de siete años. Pero hay que entender que al final de los siete años vamos a tener un sistema mucho menos fragmentado. En primer lugar porque todos los miembros de lo que hoy se llama población abierta van a ser derechohabientes del Seguro Popular, y en segundo lugar porque la estructura financiera, la arquitectura financiera del Seguro Popular, está armonizada con la de la seguridad social. De hecho vamos a tener por primera vez en nuestro país un sistema nacional de seguridad social en salud. Vamos a acabar con tres seguros públicos, todo mundo va a estar en uno de esos tres seguros. Los asalariados del sector privado de la economía formal van a estar cubiertos por el IMSS. A los asalariados del sector público de la economía formal los va cubrir el ISSSTE. Y a los no asalariados los va a cubrir el Seguro Popular. La estructura financiera de los tres es homogénea y tenemos portabilidad entre los tres seguros. Al final de los siete años tendremos un sistema que habrá superado la segmentación de lo financiero. Y esto se complementa con el hecho de que desde el arranque ya estamos desegregando la prestación entre las tres principales instancias prestadoras: el IMSS, el ISSSTE y los servicios de salud en los estados. Ya se puede hacer la utilización cruzada, porque lo que hace el Seguro Popular es convertir a todos en derechohabientes de uno de tres seguros públicos, lo que permite utilizar las instalaciones de cualquiera de esos tres prestadores, y el seguro correspondiente puede cubrir los costos de la atención. Va a haber durante estos siete años de transición una parte decreciente de la población no asegurada que va a se-

guirlo siendo. Pero yo aquí haría tres observaciones: una es que es una distinción temporal, se termina a los siete años; segundo, es una distinción que es equitativa, porque favorece primero a los más pobres, y tercero, que la mayor parte de los rubros que se van a financiar con el Seguro Popular de hecho beneficiarán a la totalidad de la población abierta. ¿A qué me refiero con esto último? A que al Seguro Popular hay que verlo no como un programa sino como un vehículo financiero. ¿Qué financia? Financia la contratación de médicos. Esos médicos no están reservados para los derechohabientes del Seguro Popular, sino que vienen a reforzar la capacidad de atención para todo mundo. Segundo rubro, el equipamiento. Nuevamente ese equipamiento beneficia tanto a los derechohabientes del Seguro Popular como a la población que sigue siendo abierta o no asegurada. Y tercero, nuevas instalaciones. Lo mismo, no va a haber instalaciones para el Seguro Popular, van a ser instalaciones que benefician a toda la población no asegurada. Lo único que queda como diferenciación son los medicamentos. Aquí sí el Seguro Popular garantiza al medicamento, que hoy no está garantizado. Pero en todo caso los que van a tener garantizado el medicamento van a ser los primeros afiliados al Seguro Popular, que son los más pobres. Presupuestalmente no era posible afiliarse de golpe a toda la población no asegurada y por eso se planteó una transición de siete años, empezando por la población de menores recursos.

SPM: Hay otros críticos que afirman que el Seguro Popular va a promover la informalidad.

JF: También es una crítica que no se sostiene. Yo aquí haría dos reflexiones. Primero, se dice a veces que la población beneficiaria del Seguro Popular son los informales. Eso es incorrecto. La población beneficiaria son los no asalariados. Y la categoría de no asalariado es muchísimo más amplia que la de informal. ¿Quiénes son los no asalariados? Como dije antes, se incluyen en primer lugar todos los productores del campo, los ejidatarios, los comuneros, los pequeños propietarios. No son informales, son muy formales, tan formales que muchos de ellos están en programas oficiales como puede ser Procampo u *Oportunidades*, están en padrones, se les conoce, tienen nombre y apellido, reciben, algunos, transferencias en efectivo. Entonces no son informales, son no asalariados y por lo tanto no tienen seguridad social. Ese es el primer grupo muy importante, que son todos los productores del campo. El segundo grupo son los trabajadores por cuenta propia de la ciudad, los pequeños comerciantes. Muchos de ellos pagan impuestos, pertenecen al régimen de pequeños contribuyentes, están establecidos pero no tienen seguridad social. Ahí caen también todos los profesionistas en el ejercicio libre de su profesión, los médicos, los abogados, los contadores, que no son informales, que pagan impuestos, que están establecidos pero que no tienen seguridad social. Están también todas las personas que cobran por honorarios o comisiones y que también pueden estar pagando impuestos y que tampoco cuentan con seguridad social. Además están las personas que están fuera del mercado del trabajo, las amas de casa, los estudiantes y las personas con discapacidad grave permanente. Otro grupo son los desempleados, que tampoco tienen seguridad social. Y, por último, en efecto, los informales, los tianguistas, el ambulante. Pero éstos son solamente un subconjunto de un grupo mucho más amplio que son los no asalariados y que hoy en día, junto con sus familias, representan aproximadamente 50% de la población. Entonces la primera respuesta a esta crítica es que el Seguro Popular no está dirigido a los informales sino a los no asalariados, y muchos de ellos, a pesar de estar establecidos y pagar impuestos, caen en la injusticia de no tener seguridad social y eso se puede corregir con el Seguro Popular.

La segunda respuesta es una respuesta lógica. El IMSS se creó en 1943. En estas seis décadas no hubo Seguro Popular, pero la informalidad creció enormemente. Entonces no podemos atribuirle a algo que no existía el crecimiento enorme de la informalidad. En estos últimos 60 años lo que se ha desarrollado es una seguridad social gravosa, una seguridad social que no siempre da valor por el costo, lo que empuja a mucha gente a evadir sus obligaciones y refugiarse en la informalidad para evitar una seguridad social que no genera los beneficios que se están esperando. El Seguro Popular tiene que responder mejor a sus derechohabientes. Va a crear una seguridad social para el siglo XXI, no una seguridad social del siglo XIX, que creó un monopolio prestador que no cuenta con incentivos para satisfacer las necesidades de los usuarios. Ahora el Seguro Popular viene a mostrarle a la seguridad social tradicional un modelo mucho más moderno, que cuenta en su estructura con incentivos para preservar a sus afiliados, porque siendo un seguro voluntario, tiene que mantener satisfechos a sus derechohabientes. El Seguro Popular cambia la estructura de incentivos, le da poder a la gente, porque ahora si la gente se desafilia se pierde el subsidio. Por último, yo diría que el Seguro Popular también va a contribuir a la formalización porque en este subconjunto de los no asalariados, que son los informales, el hecho de inscribirlos constituye un paso hacia su formalización. Entre otras cosas, para inscribirse en el Seguro Popular deben tener su clave única de registro de población, la CURP, y eso ya es un paso hacia la formalización. Nunca vamos a formalizar a los informales ofreciéndoles que paguen impuestos, pero si lo que les estamos ofreciendo es un beneficio concreto, visible, como es tener un seguro de salud que les garantiza medicamentos, consulta de especialización, cirugía, intervenciones preventivas, entonces la cosa cambia. En Sonora, por ejemplo, los pequeños contribuyentes ya pueden dedicar lo que pagan de impuesto al valor agregado a cubrir la cuota familiar de su Seguro Popular. Lo que estamos viendo aquí son tianguistas y taqueros formalizándose porque ven el beneficio directo de pagar sus impuestos. Lejos de ver en el Seguro Popular un incentivo para la informalidad, lo que veo es uno de los mayores instrumentos para formalizar a los informales.

SPM: ¿Qué le ofrece el Seguro Popular, la experiencia de reforma mexicana, al resto de los países de América Latina?

JF: El modelo segmentado que prevaleció en México, que excluía al no asalariado de la seguridad social, se encuentra en la mayoría de los países de esta región. Lo que les ofrece entonces es una nueva generación de reformas. Les ofrece una serie de herramientas metodológicas que tuvimos que utilizar para diseñar y desarrollar la reforma, empezando por las Cuentas Nacionales de Salud, que se alimentaron de las encuestas nacionales de ingresos y gastos. La mayoría de los países latinoamericanos tienen esas encuestas, pero son pocos los que las han utilizado para formular un programa, una iniciativa innovadora de aseguramiento para los no asalariados. Además de estas herramientas metodológicas, ofrece un modelo para alcanzar algo que pocos países han logrado, que es precisamente cubrir a los informales. Colombia sí lo logró; Chile, a través del FONASA, también. Pero la mayoría de los países latinoamericanos no han encontrado la fórmula, y ahora México ofrece un modelo. También ofrece algunas innovaciones muy puntuales para ir elevando de manera gradual, controlada y legislada el gasto público en salud. Finalmente, ofrece una serie de incentivos para elevar la calidad y la capacidad de responder a las expectativas de la población, desde la acreditación de las unidades, que es una innovación en el contexto latinoamericano, hasta la fórmula de presupuestación democrática, donde el dinero sigue a la gente, un esquema que le da poder a la gente.

SPM: Finalmente, ¿cómo ve al sistema mexicano de salud a 25 años, dada esta reforma?

JF: Yo lo que veo es un sistema universal de salud. Un sistema universal en dos sentidos: que cubra a todo mundo, pero además universal como lo contrario de lo segmentado, un sistema donde todo mundo está cubierto, pero además cubierto con las mismas reglas de ejercicio de los derechos. Yo veo un sistema en donde el derecho constitucional a la protección de la salud es ejercido por igual por todo mundo, independientemente de su situación laboral, su nivel de ingreso, su estado previo de salud. Eso no lo teníamos antes de la reforma. Ciertamente el reconocimiento al derecho a la protección de la salud en 1984 fue un gran avance, pero una cosa es el reconocimiento constitucional y otra cosa es la forma de ejercerlo. Lo que el Seguro Popular nos ofrece es finalmente un esquema donde todo mundo ejerce por igual su derecho, todo mundo es derechohabiente. Veo un sistema donde además se logra ya consolidar y proteger presupuestalmente las acciones de salud pública. Veo un sistema mucho mejor financiado que hoy para responder a los nuevos retos de las enfermedades más costosas y complejas. Quizás en 25 años –y esto lo quiero decir con toda claridad– se haya ya reformado el artículo 123, se haya superado la distinción del apartado A, del apartado B, de los no asalariados. Si eso se lograra, yo sí visualizo que los tres instrumentos financieros pudieran fusionarse en un solo seguro. Pero si eso no ha ocurrido, no será grave, porque la existencia de tres fondos de aseguramiento, con reglas semejantes, donde la gente puede pasar de uno a otro si cambia su situación laboral, y donde la prestación es abierta y no segregada, me parece que seguiría garantizando un ejercicio igualitario e incluyente del derecho a la protección de la salud. Por otro lado veo un sistema que se desarrolla ya con un plan maestro de infraestructura, con sistemas regionales de atención de alta especialidad, con modelos innovadores que están contemplados en un modelo integrado de atención a la salud como son las unidades de especialidades médicas, interconectado con la revolución de las telecomunicaciones, capaz de llevar atención de la más alta calidad al lugar más remoto del país. Y todo esto lo ligaría a la otra aportación importante que se ha hecho en esta administración, que es la creación del Instituto Nacional de Medicina Geonómica, que en 25 años nos estará dando productos para una atención médica mucho mas individualizada y predictiva.





ES EL CIUDADANO EL QUE VA A CUIDAR EL SEGURO POPULAR

Entrevista con

Juan Antonio Fernández Ortiz

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Salud Pública de México (SPM): Estuvo usted encargado de un área de información en el gobierno de Guanajuato durante la administración del hoy Presidente Fox. Los primeros tres años de esta administración fue coordinador nacional de Procampo. Ahora es usted Comisionado Nacional de Protección Social en Salud. ¿Cómo ha sentido esta transición de Procampo a la Comisión Nacional de Protección en Salud?

Juan Antonio Fernández Ortiz (JAF): Déjeme contarle algo que vi en el campo que me motivó a sumarme al Seguro Popular. La gente que no tiene recursos con frecuencia posterga sus tratamientos. A mí me tocó ver a productores a los que les preguntaba sobre el uso que le daban a sus subsidios. Yo pensaba que los subsidios a la agricultura se utilizaban para mejorar semilla o para mejorar el riego. No es así, “lo uso para arreglarme los dientes”, me decían. “Si la muela no me duele mucho me aguanto, pero si me duele mucho me la saco con el dinero que me dan.” Entonces empecé a ver que había un subsidio del gobierno federal destinado a la agricultura que se utilizaba en salud. “Oiga, ¿en qué va utilizar su Procampo”, les preguntaba. “Pues fíjese que el muchacho se me cayó y anda medio rencoso, y ahora que me llegue el Procampo lo voy a llevar con el médico.” Y así descubro que un alto porcentaje del subsidio –estoy hablando de un 35% de una bolsa de 22 000 millones de pesos– se estaba utilizando en salud. Y me dije: “Algo está funcionando mal en los esquemas de seguridad social, sobre todo para el campesino y el pequeño productor.” Posteriormente tengo una plática con unos diputados, y ellos me hacen el siguiente cuestionamiento: “Oiga, actuario, ¿cuánto es el subsidio del gobierno federal al IMSS?” Les respondo que el IMSS se financia de manera tripartita y que alrededor de 40% del seguro de cada trabajador es contribución del gobierno federal. “Oiga, no es justo”, me respondieron, “no es justo que los trabajadores del campo no tengan ese subsidio que le dan a un trabajador formal. El campesino trabaja de sol a sol los 365 días del año: siembra, cosecha, siembra, cosecha. Y si se enferma no tiene por parte del gobierno federal ese apoyo que le dan a un trabajador del sector privado. Todos los campesinos deberían tener también ese apoyo”. Y es ahí cuando me percaté de que el artículo cuarto constitucional no está teniendo la universalidad que debiera. A los pocos días conozco al secretario Frenk en una reunión con Javier Usabiaga. Nos platica sobre el Seguro Popular y me convence el proyecto. Y pensé: “Esta es la salida para los productores del campo, los campesinos”. Nace así una prueba piloto de 100 000 familias de Procampo que incorporamos al Seguro Popular. Encontramos un esquema que permitía que parte del subsidio pagara la contribución familiar. Y vimos que funcionaba, vimos cómo eran atendidos y recibían sus medicamentos los campesinos. Le llamaban el seguro de los medicamentos. También había quejas, por supuesto. Un campesino llegó a la oficina del secretario auxiliar y le dijo: “El Presidente Fox es un mentiroso”. “¿Por qué?” “Porque mi esposa requiere diálisis y el Seguro Popular no me la cura.” Tuvimos que encontrar la manera de apoyarlo. Y así me fui metiendo como actuario en el tema: cómo tener el riesgo repartido entre la población asegurada, cómo calcular las primas, porque había ciertas enfermedades que sí se cubrían y otras que no. Yo llegué de la noche a la mañana. Yo no tenía planeado venirme, pero era un convencido de la utilidad del Seguro Popular.

SPM: El Seguro Popular le ofrece a sus afiliados alrededor de 100 intervenciones, incluyendo algunas intervenciones especializadas y costosas, y en estas intervenciones están incluidos los medicamentos correspondientes. ¿Cómo está funcionando el Seguro Popular en la oferta de servicios básicos, de primero y segundo nivel, y cómo se puede tener acceso o cómo se va a tener acceso a las intervenciones más especializadas, a las que se van a financiar con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos?

JAF: Hoy se está afiliando en aquellos lugares en donde hay una buena y holgada oferta de servicios, y se están tratando de evitar las unidades que están sobrecapadas. También estamos estudiando la posibilidad de ampliar la oferta con las ONG básicamente, con prestadores de este tipo que califiquen para proporcionarlos. De hecho todas las unidades que presten servicios al Seguro Popular tienen que acreditar su capacidad para ofrecer servicios de calidad, para ofrecer de manera adecuada las intervenciones del paquete. Y en la medida en que los recursos del Seguro Popular vayan creciendo se van a ir cubriendo diversas enfermedades denominadas catastróficas, como la leuce-mia en niños. Los recursos que se van a obtener del tabaco –un peso por cajetilla de veinte cigarros– van a generar una bolsa de 4 000 millones de pesos, que nos permitirán adelantar la cobertura de ciertos padecimientos. Insisto, vamos a empezar con leucemia en menores. Conforme se incrementan los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos iremos incorporando más padecimientos.

SPM: Todo seguro tiene el enorme riesgo de afiliar sobre todo a personas enfermas. ¿Cómo está el problema de la selección adversa en el Seguro Popular; cuál es su magnitud?

JAF: El Seguro Popular quedó bien elaborado desde su diseño. La afiliación no es individual, es familiar, lo que permite compensar en parte esa adversidad. En segundo lugar, se está buscando la afiliación de colectividades, de localidades completas. Esto también ayuda a que se disperse el riesgo. Obviamente en algunas localidades los primeros en entrar son gente que trae algún padecimiento, pero la afiliación masiva nos ha permitido diluirlos.

SPM: A la fecha se han afiliado al Seguro Popular un poco más de un millón de familias, y a finales de 2004, van a andar por el millón y medio. En términos del número de derechohabientes el Seguro Popular está a un paso de superar al ISSSTE, a un paso de constituirse en el segundo seguro de salud de este país. La meta para finales del sexenio son cinco millones de familias; esto significa que para los próximos dos años se van a afiliar alrededor de tres millones y medio de familias. ¿Qué estrategias de afiliación se van a seguir y qué problemas se anticipan?

JAF: La estrategia no varía, es la misma, es la afiliación de colectividades completas en donde exista una oferta que pueda satisfacer la demanda que se tenga. Esto nos ha llevado hoy a 517 municipios y más de 1 200 000 familias. ¿Qué problemas se avecinan? Primero la acreditación de la oferta, que la oferta llegue a tener los estándares que se están requiriendo en este momento. El primer problema que se avecina es que probablemente tengamos una oferta no acreditada. Debemos por esto trabajar mucho en impulsar el proceso de acreditación. Otro reto es acercar a otros proveedores de servicios: sociedades civiles, cooperativas o proveedores de servicios de otras instituciones públicas. La prueba piloto de Sonora es muy interesante. En este estado a los afiliados al Seguro Popular se les puede atender en el ISSSTE o el IMSS sobre la base de tarifas preestablecidas. La demanda está, la demanda existe, yo creo que el problema es ir administrando con presupuesto suficiente y una oferta fortalecida.

SPM: Hay 29 entidades federativas que a través de convenios se han sumado al Seguro Popular. ¿Así es?

JAF: Así es.

SPM: ¿Ustedes esperarían que en el corto plazo se sumaran los otros tres?

JAF: En el corto plazo dos, Chihuahua y Durango. Los gobernadores de estos estados le revelaron al secretario Frenk su interés en incorporarse. Yo podría adelantar que antes del 31 de diciembre de este año estarán firmando Chihuahua y Durango. El que quedaría pendiente para el año que entra sería el Distrito Federal, con quien tendríamos que trabajar en un esquema de convencimiento.

SPM: ¿El Distrito Federal es una causa perdida para el Seguro Popular?

JAF: No. Yo creo que en la medida en que evolucione el Seguro Popular, en la medida en que muestre sus bondades, se irán ampliando las posibilidades de convencer al Distrito Federal. Por ejemplo, hoy llevamos ejercidos 1 664 millones de pesos, dinero fresco para salud. Habría que mostrarle al Distrito Federal las bondades y encontrar mecanismos para superar las aparentes trabas, como puede ser la aportación estatal. Podemos mostrarle cómo se ha superado en otros estados. La Secretaría de Salud es la secretaria más descentralizada. Esto tiene una gran bondad: permite que cada estado genere sus propias soluciones. Yo creo que el compartir con el Distrito Federal estas 29 problemáticas y sus respectivas soluciones nos irá acercando a ellos.

SPM: Todos los demás estados gobernados por el PRD se han sumado al Seguro Popular.

JAF: Todos.

SPM: Tenemos un Congreso en donde la oposición es mayoría y una prensa hipercrítica. La presión para generar resultados se está sintiendo ya y va a crecer conforme se acerque el final de la administración. ¿Cómo conciliar en el caso del Seguro Popular lo necesario, que tal vez sea menos vistoso, con lo políticamente explotable?

JAF: La reforma a la Ley General de Salud no es una imposición del Ejecutivo, es una propuesta muy bien consensuada con el legislativo en la que participaron todos los partidos. En el Senado se aprobó con más de 90% de los votos, en la Cámara de Diputados con más de 70%. En segundo lugar no es una propuesta de un sexenio; la reforma a la ley se brinca un periodo del ejecutivo, y culmina en el 2010. La mejor manera de poder trascender sexenalmente es con una ley. Y ya estamos teniendo resultados, mucho antes de los tiempos electorales. El Seguro Popular habla por sí solo. El legislativo recibió en el séptimo mes de este año un informe de los avances. Ahora habría que sumar a esto a la ciudadanía, para que pueda manifestar cómo siente que va.

SPM: El IMSS nació y creció al amparo de un sistema de partido único, los cambios de administración en su proceso de nacimiento no los resintió. Es más, el crecimiento explosivo del IMSS se empieza a dar hasta finales de los años cincuenta, quince años después de creado. Este no es el escenario en el que surge y se desarrolla el Seguro Popular. En el 2006 podría llegar al poder una administración que no viera con muy buenos ojos este seguro. ¿Podría haber marcha atrás?

JAF: Todo es posible. Sin embargo, yo creo que un programa puede ser cambiado por el Ejecutivo, pero una ley es más difícil. Yo aquí tendría que poner en su hipótesis el escenario de una mayoría de un partido en el legislativo, un legislativo controlado por un partido al que perteneciera también el Presidente para hacer una reforma. Yo creo que la bondad y el sustento del Sistema de Protección Social en Salud es que nace en un momento en que no hay una mayoría en la Cámara y nace por convencimiento. Hay un factor adicional de peso que es la participación de los gobiernos estatales en el Sistema de Protección Social en Salud a través de convenios de incorporación que ellos han venido suscribiendo. Yo creo que es irreversible el proceso porque la riqueza está en los estados, en la manera en que los congresos locales están adaptando el Seguro Popular a sus respectivas realidades y en los beneficios que le está aportando al ciudadano, que es quien lo va a cuidar.



EL SEGURO POPULAR CUENTA CON LOS RECURSOS PARA CUMPLIR CON SUS COMPROMISOS, A DIFERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, QUE TODO PROMETE

Entrevista con

Jaime Mier y Terán

Secretario de Salud del Estado de Tabasco

Salud Pública de México (SPM): Doctor Mier, es usted cirujano, egresado del Instituto Nacional de la Nutrición. Nos llama la atención ese tránsito de la clínica a la función pública, ¿cómo se dio?

Dr. Jaime Mier y Terán (JMT): Creo que así empezamos todos. Estás en tu práctica y un día te llama el jefe del servicio y te pide que te sumes a su equipo; otro día te llama el director y lo mismo. Nadie entiende que administrar un gran patrimonio público, con una gran cantidad de recursos humanos, materiales y financieros, es una gran responsabilidad que debe quedar no en manos de un cirujano sino de un excelente administrador. Ningún empresario privado pondría 400 millones de pesos en manos de un improvisado, pero así se da en México. Ahora yo tengo a mi favor el haber pasado por los puestos que están por debajo del Secretario. Yo fui enfermero, interno, residente, médico adscrito, director de servicio y hospital. De manera que a pesar de mis múltiples deficiencias conozco bien el funcionamiento de los servicios.

SPM: Usted sabe que Tabasco es el estado que más contribuye con recursos propios a la salud y que esto no es una cosa nueva...

JMT: Así es. Tabasco estuvo relativamente aislado durante muchos años cuando todo el país se estaba desarrollando. La carretera que comunicaba a Tabasco con México se terminó a finales de los cincuenta. La televisión llegó en el 68. La modernidad a Tabasco le llegó muy tarde, pero le llega muy rápido, porque coincidió con el desarrollo de la explotación petrolera. Y entonces hubo una revolución muy acelerada. Ese despegue social, político y económico del estado se da durante la gestión de un secretario visionario que le entra a esa primera etapa de descentralización de la Secretaría de Salud. Lo hace muy bien, lo hace con mucha inteligencia y genera ese concepto a favor de la salud pública.

SPM: ¿De quién estamos hablando?

JMT: Del doctor Bartolomé Reynés. Fue secretario por más de 12 años. Primero municipalizó los servicios de salud. Luego impuso en el reglamento interno de la Secretaría que para ser jefe de una jurisdicción sanitaria había que ser maestro en salud pública. Y a la par de esto empezó a conseguir recursos crecientes. Fue el primer estado que empezó a movilizar cantidades muy generosas para la salud. Favoreció también la atención primaria y la prevención. Después lo sucedió el doctor Lucio Lastra, también muy brillante secretario de salud. El nunca descuidó el trabajo que ya había hecho el doctor Reynés, pero además hizo algo adicional: reforzó la atención hospitalaria, de la que Tabasco estaba necesitada. Empezó a invertir grandes cantidades en los hospitales públicos y metió de lleno a la medicina hospitalaria de Tabasco en la modernidad. El generó la revista de la Secretaría de Salud.

El gobernador Manuel Andrade no se ha quedado atrás y a pesar de que desde un principio visualizó que la salud era el segundo rubro, después de la educación, que más recursos estatales consumía, pues no sólo no lo detuvo sino que lo acrecentó significativamente. Una prueba es el nuevo hospital de alta especialidad con que contamos, con 220 camas y todo lo necesario para dar un buen servicio: equipo para atender problemas coronarios vasculares, un acelerador lineal, en fin una serie de equipos que se acompañan obviamente de formación de recursos humanos para hacer una medicina altamente especializada que complementa la salud pública. Hoy en día, sin contar todavía la aportación de la reforma a la ley de salud, 8 de cada 10 pesos utilizados en los hospitales de especialidad provienen del estado.

SPM: No tenemos ninguna duda del compromiso de Tabasco con la salud y sabemos que no es un compromiso reciente. Nos llama la atención, sin embargo, que a pesar de este compromiso de varias administraciones hay todavía problemas que ya debieron haberse resuelto y que siguen allí, como la alta mortalidad en menores de cinco años. ¿Cómo se explica usted que ese largo compromiso no se haya reflejado en esos indicadores?

JMT: ¿Cual sería la razón por la que persistimos con esas altas tasas de mortalidad? Sin duda tenemos una altísima frecuencia de embarazos en adolescentes. Tenemos todavía un número muy elevado aunque descendente de partos no institucionales. Y estas son cuestiones que tienen mucho más que ver con raíces culturales, frecuentemente muy arraigadas. Es por eso que requerimos de políticas multi-sectoriales y de un cambio paulatino de la sociedad hacia una nueva cultura de hábitos saludables. De manera que si bien es cierto que no hay que bajar la guardia en ese sentido sí tenemos que entender que no se avanza muy rápidamente de una administración a otra.

SPM: Y ahora tienen un problema muy grave con los suicidios. ¿Alguna explicación?

JMT: Bueno primero habría que contextualizarlo. Si revisamos las cifras nacionales de suicidios vamos a ver que siempre están a la cabeza Yucatán, Campeche y Tabasco. De manera que no es un problema local; tampoco es un problema de ahora. Tiene que ver con raíces antropológicas. De hecho había una diosa maya del suicidio, allí está en el museo de antropología de Mérida. En segundo lugar las tasas de suicidios en Tabasco son muy altas en el entorno nacional, pero hay que pensar que México es un país con tasas muy bajas, comparado con otros países. La tasa nacional es del orden de 4 por 100 000; la tasa mundial es de 15 por 100 000 y en Tabasco andamos alrededor de 8 por 100 000, de manera que no andamos en cifras escandalosas, sobre todo si nos comparamos con países de Europa del norte, Canadá o Japón, que tienen un serio problema. Ahora la sociedad tabasqueña lo percibe y ha habido una presión intensa en este campo. El gobernador ha respondido. Hacemos una vigilancia epidemiológica e implantamos bloqueos epidemiológicos cuando hay un intento de suicidio. En los centros de salud regionales –hay 35 en todo el estado– tenemos un psicólogo. Además tenemos un hospital de salud mental muy fuerte, que inclusive ganó un premio nacional de calidad. Contamos con el número 066 de atención a urgencias, que tiene psicólogo permanente con capacitación para intervención en crisis. Estamos además prescribiendo antidepresivos de última generación de distribución gratuita. Entonces sí hay un programa estructurado y sí es algo que preocupa mucho a la sociedad tabasqueña y al gobierno del estado.

SPM: Al inicio de esta administración Tabasco tenía 1.4 millones de personas no aseguradas y a estas alturas tienen ya casi a la mitad de esa población afiliada al Seguro Popular.

JMT: Un poquito más de la mitad, me parece.

SPM: ¿Cómo ve el Secretario de Salud de Tabasco al Seguro Popular?

JMT: En primer lugar hay que felicitar a este país porque por primera vez en su historia quien dirige los destinos de la salud del país es un experto en salud pública. Hace poco hablábamos de lo curioso que resulta que un buen clínico se convierta en el encargado de las políticas públicas de salud. Bueno ahora se escogió a quien tiene el perfil. Yo estoy convencido de que el problema hoy en día en el mundo en relación con la salud es el financiamiento. Son muy conocidas las transiciones demográficas y epidemiológicas, pero igualmente importante es la transición tecnológica. Todas ellas están haciendo mucho más costosa la salud. Y bueno, poner el dedo en esa llaga fue un gran acierto del doctor Frenk. Y ha sacado adelante su agenda con gran maestría. Yo al principio pensaba que no iba a llegar muy lejos. Celebro que sí haya podido. Cuando empezamos debo reconocer que no me latía, ni a mí ni al gobernador nos latía. Pero yo le dije al entonces encargado del Seguro Popular: “Mira vamos a probar y si esto funciona yo te aseguro que Tabasco le entra”. Y bueno así fue; lo analizamos, lo estudiamos, vimos los pros, los contras, hicimos encuestas locales, y aquí estamos.

¿Qué pensamos del Seguro Popular, de la reforma financiera del sector salud? Estamos convencidos de que sí es una muy buena herramienta para enfrentar los desequilibrios financieros del sector. Hay algunas cosas que todavía no están del todo claras. Por ejemplo, cómo vamos a compensar, en el caso de Tabasco, a los municipios que presentan una sobredemanda, por ejemplo aquellos que atienden a los hermanos vecinos de Guatemala. Pero sin duda es un problema menor. El problema sustantivo entre un estado que aporta muchísimo más que otro y recibe muchísimo menos se va a resolver relativamente rápido. Y además tiene una segunda ventaja extraordinaria: está planteado con un pensamiento moderno, un pensamiento lógico, que contempla una aportación que alcanza a cubrir el compromiso adquirido, a diferencia del modelo de seguridad tradicional que promete todo y no cuenta con los recursos necesarios. ¿Cuándo les llegará la crisis a los servicios médicos de la seguridad social? Ya veremos. El Seguro Popular es un sistema moderno; cada vez que aseguremos un nuevo padecimiento tendremos que movilizar los recursos correspondientes. Desde luego tiene el problema de que no se va a cubrir 15% de los padecimientos, por lo menos en Tabasco, que tiene un paquete más grande que el resto del país. En el resto del país va a haber 20% de problemas de salud que no se van a poder resolver, que no están cubiertos por el seguro. ¿Qué se va a hacer con esos padecimientos? Ese es un gran problema. ¿Qué se va a hacer con el paciente que tiene cáncer de páncreas, con el paciente que tiene una malformación vascular en el cerebro? Para eso los actuarios, que nada más ven números, no tienen respuesta. Y claro yo no creo que la respuesta sea decir “tú diles que les vas a cubrir todo aunque no sea cierto”. Este es un problema para el que tendremos que encontrar soluciones.

SPM: El Seguro Popular es un seguro voluntario, que obliga a los prestadores a ofrecer servicios de calidad porque si no lo hacen la gente no se reafilia. Se trata de una característica muy interesante de este seguro. ¿Cómo ve esto Tabasco? Tenemos entendido que están haciendo ustedes, por lo pronto, una muy fuerte inversión en compra de medicamentos. Las encuestas nos indican que a la gente le preocupan los medicamentos, la atención del parto, mejores horarios de atención ¿Qué está haciendo Tabasco para fortalecer su oferta de servicios?

JMT: Ciertamente urgía más dinero para la salud en el país y aquí hay una ventana de oportunidad, pero lo fundamental es que si no hacemos una reforma administrativa no vamos a llegar a ninguna parte. Necesitamos toda una reingeniería para hacernos administradores. Yo soy un convencido de que los servicios de salud de este país deben seguir siendo públicos porque las experiencias privatizadoras en México no han sido muy afortunadas. Pero para dar un buen servicio hay que empezar por el gerente.

Hoy en día Tabasco está dividido en 37 microrredes. Cada una de las microrredes está encabezada por un centro de salud, que tiene de 3 a 12 núcleos básicos, donde hay un director que no solamente dirige la unidad en la que reside sino todos los centros de salud periféricos. Y para que pueda desempeñarse bien está siguiendo una maestría en administración de servicios de salud, y su administrador, una maestría en administración. De manera que como lo hizo el doctor Reynés hace muchos años, nosotros vamos a modificar nuestro reglamento interno para que no pueda dirigir una microrred alguien que no cuente con una maestría en administración de servicios.

SPM: El primer paso o uno de los primeros y más importantes pasos que toma Tabasco para fortalecer la oferta es fortalecer la capacidad gerencial de sus funcionarios...

JMT: Al gerente, capacitarlo, punto número uno. Si no tenemos gerente no tenemos nada. En segundo lugar utilizar herramientas financieras. La tradición aquí es que los centros de salud nunca tienen un peso si es que no se lo cobran al paciente. Entonces había que darles dinero, darles dinero para que ellos lo administraran. Desde luego la ley del estado nos impone ciertas trabas. El ejercicio, por ejemplo, es centralizado. Lo que hicimos entonces fue poner todo el dinero en cuentas. Cada centro de salud tiene su cuenta y conoce su estado de cuenta. Sabe cuánto dinero tiene para materiales, para recursos humanos. Recibe desde luego todo el monto tradicional, el dinero federal y el dinero del gobierno del estado. El 80% es dinero para recursos humanos que no se puede tocar, pero tiene el otro copetito de 20% más esta nueva aportación del Sistema de Protección Social en Salud. Eso va en su cuenta y aproximadamente 30% de ese dinero lo va a gastar en su propio centro de salud, y el 70% restante en compra de servicios hospitalarios y de especialidad. De manera que es hoy el centro de salud quien va a pagarle a los hospitales, públicos o privados, a los gabinetes, públicos o privados, los servicios de medicina especializada. Esto no solamente fortalece el desempeño gerencial de la propia unidad sino que, por lo menos presumimos, por lo menos así lo han dicho los ingleses, genera el incentivo de la prevención y de la contención de costos. Se trata de que el paciente no llegue al hospital porque no se enferma. Y al hospital se le asignan recursos de acuerdo a los servicios prestados.

El tercer punto es capacitación operativa. Estamos capacitando en esta primera etapa a 110 médicos. Hoy están haciendo la especialidad en medicina familiar avalados por la UNAM. Tenemos la perspectiva de que en los siguientes años se sigan inscribiendo más médicos en la especialidad para que en un futuro el 100% de los médicos que atienden a la población en el primer nivel sean familiares.

Y desde luego los recursos materiales. Estamos muy metidos en los procesos de acreditación. Ya acreditamos las primeras 130 unidades, y ojalá nos alcance el año para acreditar todas. Para eso desde luego hay una cuantiosa inversión de recursos, algunos estatales, otros del Seguro Popular...Y desde luego quintuplicamos la inversión en medicamentos para atención primaria. Eso ha sido un compromiso muy serio del gobierno del estado.

SPM: Ahora que menciona la importancia de los prestadores en este proceso, ¿cómo ven los médicos la incorporación tan entusiasta de Tabasco al Seguro Popular?

JMT: Aquí hay un pleito casado. La Cruzada Nacional por la Calidad es una maravilla. Por primera vez en la historia todo el sector salud del país se preocupa por la calidad. Pero se les olvidó el componente más importante de la calidad que es el usuario interno. Nosotros estamos haciendo encuestas a usuarios internos. No tengo todavía una respuesta, tengo respuestas preliminares. Pero sí tengo muchas entrevistas personales, y en general los médicos opinan, primero, que están muy bien ahora que funciona el aire acondicionado, hay instrumental, etc. Están muy bien porque estamos dotando a cada consultorio de cada centro de salud de una computadora para deshacer a los médicos de toda esa carga de papeles. Todavía estamos en ese proceso, espero que también termine este año. Tienen el grave problema de que aumentó la demanda de servicios en aproximadamente 10%. ¿Cómo lo vamos a mitigar? Precisamente si les quitamos la carga de papelería. Además, los centros de salud que más atiendan, tendrán más recursos, que podrán utilizar en la contratación de nuevos médicos, problema que todavía no está resuelto administrativamente, pero por lo menos recursos económicos sí los hay.

SPM: Regresemos a la pregunta original. La primera reacción de los médicos frente a lo que está sucediendo en Tabasco es de aceptación: están recibiendo mayores recursos para atender sus problemas. Esto se acompaña posiblemente de un incremento en la demanda. Pero ¿qué nivel de conciencia hay de que estamos en un proceso de cambio estructural? ¿Tienen conciencia de lo que significa el Seguro Popular, lo ven con buenos ojos o todavía se sienten ajenos a lo que está pasando?

JMT: La gente le teme al cambio, todos le tememos al cambio. No sabía nadie qué rumbo iba a tomar, ni el propio doctor Frenk, porque no sabía qué iba a pensar el Congreso. De manera que los médicos originalmente le tenían miedo al cambio. ¿Ahora cómo lo perciben? Lo perciben como una buena herramienta porque hay más y creo que es muy importante que no sólo se les dé más sino que vean que hoy el ámbito de gestión está muy cercano. Cuando van con el director porque ya se descompuso el aire acondicionado o porque no tienen agua en el consultorio, ya hay quien resuelva el problema. Ven muy bien que hay lo que recetan. Nosotros teníamos porcentajes de surtimiento de recetas de 60%. Hoy en las últimas encuestas estamos en 87% y en un buen número de unidades muy por arriba de 90%, sobre todo en las unidades rurales que siempre eran las más perjudicadas. Desde luego no tengo todavía los resultados de la encuesta de percepción de los usuarios internos. Esa es la clave, porque yo no me explico cómo el usuario externo va estar contento con los servicios que le proporcionamos si el usuario interno no está satisfecho.

SPM: ¿Qué va a pasar cuando se empiece a afiliar a las familias de mayores ingresos, que por ley van a tener que contribuir al Seguro Popular?

JMT: El usuario natural de los servicios de la Secretaría de Salud es el más pobre y ese no paga. Yo me opuse desde siempre a que se le cobrara, entre otras razones porque nos sale muy caro administrar los 20 pesos que íbamos a cobrar. Además es perfectamente legítimo que no se le cobre. Si en el Seguro Social no se le cobra al que gana el salario mínimo, aquí al que es todavía más pobre porque ni el salario mínimo gana, ¿por qué se la habría de cobrar? Esos usuarios se van a asegurar siempre. Ahora están felices, están muy agradecidos, están muy contentos porque antes no tenían medicina y ahora se la dan gratis.

Todavía la ampliación del Seguro Popular se está dando hacia el campo, hacia los gremios, a los cañeros cuando no trabajan. ¿Qué va a pasar con los otros? Ya hemos tenido solicitudes de gente de niveles un poquito más altos. Creo que se pueden afiliar si encontramos la manera de venderles el seguro de manera realista. A la gente de clase media, clase media baja, a los taxistas, a la gente de los medios de comunicación, lo que le angustia no es pagar una consulta o una medicina, lo que le angustia terriblemente es la posibilidad de pasar 10 o 15 días en terapia intensiva o una operación de corazón. Estos eventos hacen que uno venda la casa, el coche. Estos problemas todavía no los resuelve el Seguro Popular, de manera que tal vez sea un producto que no se pueda colocar en ciertos sectores. Y no creo que sea muy grave. Las clases medias de este país pueden asegurarse de manera privada. Si bien es cierto que yo soy un verdadero convencido de la medicina pública, también debe existir la medicina privada, deben existir los aseguramientos privados, no son incompatibles. De manera que si a cierta parte de la clase media no le convence el Seguro Popular, a lo mejor tiene que pagar un poquito más cada año y puede adquirir un seguro de gastos médicos mayores, porque sí le alcanza para la consulta del pediatra para su hijo, pero el seguro de gastos médicos mayores le va a responder en el caso de un problema mayor.

SPM: ¿Cómo ve al Seguro Popular a largo plazo? Hay una ley que garantiza su sustentabilidad financiera, pero ¿cómo lo ve, por ejemplo, en términos políticos? ¿Va a sobrevivir a una nueva administración que pudiera ser no muy amigable?

JMT: Ese es el reto, esa es la crisis que hay que pasar. Ya estamos del otro lado del río, pero no hay que ceder. Desafortunadamente, a mi parecer, se cometió un error muy grave: se creyó que la Ley lo era todo. Se hizo un buen cabildeo y pasó la reforma. Pero estoy convencido de que muchos legisladores aprobaron la reforma de manera corporativa. Y, bueno, se acabó esa legislatura y vino la nueva y vinieron nuevos opositores. Entonces la negociación política debe estar ahí. La salud sí es un tema político; hay diferentes maneras de verla. Entonces la negociación política tiene que seguir creciendo. Ahora es clave resolver lo que no resolvimos y hacer que la Ley tenga vigencia. Este año tenemos que conseguir los recursos que señala la Ley y si se puede un poquito más. Pero tenemos que demostrar también que podemos gastarnos ese dinero. Pero si no se va a gastar el dinero para qué pedimos más. Y hay que pedirle a la Secretaría de Hacienda que nos apoye, porque no es posible que un subsecretario de Hacienda aconseje a los gobiernos de los estados no firmar porque puede perjudicarlos. La política es fundamental, es esencial. Si pasamos este año y el siguiente caminando muy bien, no creo que pueda haber elementos para retroceder. No creo que, después de tres años y con un buen número de millones de afiliados, se pueda decir “bueno ahora ya no les vamos a dar”. De manera que es clave no bajar la guardia.



EL PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS GRATUITOS ESTÁ MÁS APEGADO A LA ESENCIA DEL DERECHO A LA SALUD QUE EL SEGURO POPULAR

Entrevista con

Asa Cristina Laurell

Secretaria de Salud del Distrito Federal

Salud Pública de México (SPM): Viene usted de una larga y exitosa carrera en la investigación y la enseñanza. En el año 2000 el Jefe de Gobierno del Distrito de Federal la invita a ser secretaria de salud, cargo que ha desempeñado desde hace ya casi cuatro años. ¿Cómo ha vivido esa transición de la academia a la función pública?

Dra. Asa Cristina Laurell (ACL): Yo creo que es una experiencia extraordinaria y muy interesante, en dos sentidos. En primer lugar, porque ha sido la oportunidad de llevar a la práctica, en condiciones políticas y financieras favorables, una serie de planteamientos sobre políticas de salud que trabajé muy intensamente durante años. Esto es un regalo de la vida. En segundo lugar, porque creo que es muy difícil entender realmente qué son los servicios de salud en México si no se está trabajando en ellos. Y ha sido una oportunidad para entender una serie de dificultades y complicaciones que desde la academia no se perciben. Problemas a los que, además, hay que dar solución. Una de las primeras cuestiones que salta a la vista es que se trata de servicios que no han sido planeados adecuadamente, de servicios que no corresponden a las necesidades que hoy tiene la población. Se trata, además, de servicios que han sufrido un grave deterioro durante muchísimos años. El deterioro más grave tal vez sea la desvalorización del trabajo dentro de estos servicios. Un signo muy claro de esto son los procesos de simulación y corrupción, que ocurrían en todos los niveles. En fin, que estar aquí te genera conocimientos y retos, muchos de los cuales no se entienden cuando se está proponiendo una política de salud desde una situación externa.

SPM: Qué bueno que menciona este asunto de los retos. En 2003 alrededor de 90% de las muertes en el Distrito Federal, según datos de la Dirección General de Información en Salud, se debieron a enfermedades no transmisibles, accidentes y lesiones. ¿Qué tan bien se han adaptado los servicios del gobierno del Distrito Federal a este patrón epidemiológico?

ACL: Esa es una de las cuestiones que tiene que ver con el perfil de los servicios. Nosotros tenemos 11 hospitales pediátricos y siete hospitales generales, y los servicios de los hospitales generales están orientados a la traumatología, porque originalmente eran traumatológicos; eran los “hospitales de sangre” de la Ciudad de México. Hospitales generales, construidos como tales, sólo tenemos dos, Iztapalapa y Ticomán, en donde hay un cierto equilibrio entre especialidades. Aquí hay algo muy interesante. En 1970 cerca de 40% de las defunciones en el Distrito Federal eran infantiles. Hoy 53% de las defunciones ocurren en mayores de 65 años de edad y sólo 6% son infantiles. O sea que ha habido un cambio realmente importante. Cuatro causas de muerte dan cuenta de más de 50% de la mortalidad.

Nosotros lo que hicimos fue una planeación estratégica que incluye, primero, fortalecer, ampliar y redefinir los servicios existentes y, después, hacer nuevos servicios. En este contexto estamos trabajando en el establecimiento de una verdadera red de unidades médicas; que cada hospital tenga una función específica dentro de esta red. Hay que señalar que las incongruencias también se derivan de la precipitación y dificultades de la descentralización, porque no creo que el desorden haya sido menor en otras entidades. Y por esto mismo es muy importante, antes de hacer cualquier otra intervención, poner de pie a los servicios que son la base material de cualquier acción.

En la primera etapa hemos fortalecido las áreas de medicina interna, las áreas de urgencias, debido a la gran presión sobre ellas, y la referencia y contrarreferencia entre hospitales y con el primer nivel de atención. El fortalecimiento y ampliación de los servicios se han hecho en función de la demanda o la necesidad de atención y en las zonas donde menos servicios hay. Es muy significativo que la ubicación de los servicios en el Distrito Federal corresponda estrictamente a la ubicación de la población hace 30 o 40 años. Por ejemplo, en Iztapalapa tenemos un hospital general y un hospital pediátrico para una población no asegurada de más de un millón de personas. Ahí hay, obviamente, un déficit de servicios. La inversión entonces se concentra ahí, con dos nuevos centros de salud en Iztapalapa y uno en Tláhuac. Ahí también estamos implantando un nuevo tipo de unidad que llamamos *clínica comunitaria*. Estas unidades están ubicadas en zonas de difícil acceso y alta densidad poblacional. En ellas estamos ofreciendo servicios integrales, incluyendo atención de partos, siempre y cuando se tenga un control prenatal, porque no queremos correr riesgos.

Como parte de la segunda etapa de inversión en nuevas unidades estamos construyendo un nuevo hospital en Iztapalapa que vamos a inaugurar en marzo de 2005. Es un hospital modular que está pensado para las necesidades de la población que lo rodea, pero que además va a cubrir una serie de deficiencias que tenemos en el resto de la red de hospitales. Ahí vamos a tener sub-especialidades de medicina interna, cirugía ambulatoria, cuidados intensivos, incluyendo cuidados intensivos neonatales.

La otra decisión clave que tomamos es que no vamos a construir nuestro propio tercer nivel de atención; me parece irracional cuando existen los institutos nacionales. Sin embargo, nosotros tenemos, y esto lo estamos manteniendo, unidades de alta especialidad, unidad de quemados, cirugía plástica, neurocirugía, cuidados intensivos neonatales, ortopedia, etcétera. Aunque formalmente son hospitales de segundo nivel de atención, en realidad son de entre segundo y tercer nivel, y a veces de tercer nivel.

SPM: Qué bueno que habla del fortalecimiento de los servicios. Quisiéramos que se extendiera un poco más en esto. El Distrito Federal, Tabasco y Jalisco son las entidades federativas que más contribuyen con recursos propios a la salud. ¿En qué se están utilizando estos recursos aparte del fortalecimiento de servicios, cuáles son las prioridades de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal?

ACL: Uno de los programas prioritarios del gobierno, que ha sido respaldado con recursos, es el *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos*. Vale señalar que los recursos financieros locales para salud (sin incluir el presupuesto para la Pensión Alimentaria) se incrementaron en 45% entre 2000 y 2004. Ahora bien, estamos ofreciendo inscribirse en este programa a toda la población no asegurada residente en el Distrito Federal.

Este programa no tendría sentido si no se contara con los insumos necesarios. Una parte importante del presupuesto va precisamente a la compra de insumos médicos. Hemos construido una política, que a estas alturas ya está bastante consolidada, para definir el cuadro de medicamentos e insumos que cada una de las unidades necesita. Esto ha sido un proceso complejo porque los datos históricos de compras que teníamos eran datos que incluían un desabasto en todo y reflejaban una falta de planeación. Hemos entonces trabajado muchísimo con grupos de expertos, jefes de servicio y médicos para ir definiendo qué requiere cada servicio. Y también hemos priorizado: qué es lo que nunca puede faltar, qué debe de haber pero cuya ausencia no genera riesgos de vida y qué medicamentos pueden ser requeridos, pero no de manera cotidiana. También hemos establecido compras especiales para abatir el riesgo de caducidad y garantizar que los medicamentos y los insumos estén en el lugar donde tienen que estar. Hoy tenemos un sistema computarizado que nos permite conocer en tiempo real existencias, faltantes y su ubicación. Todas estas acciones han permitido, además, suprimir o reducir muchísimo la corrupción casi estructural.

Otro asunto bastante invisible para los que están fuera de la operación de los servicios es el tema de mantenimiento de equipo e inmuebles. Este es un tema extremadamente importante y hemos logrado regularizarlo estableciendo contratos de mantenimiento preventivo y correctivo de todo el equipo principal. Además, hemos ido hospital por hospital jerarquizando lo que es el mejoramiento de las instalaciones, de los inmuebles. Ya hemos cambiado, por ejemplo, los gases medicinales en prácticamente todos los hospitales, y esto es costoso. También hemos tratado de dignificar las instalaciones, porque nuestros hospitales son bastante antiguos: tenemos problemas de todo tipo, de instalaciones eléctricas, instalaciones hidrosanitarias, lo que son las tripas de los hospitales. Hemos ampliado asimismo los servicios de urgencias y los obstétricos. En comparación con 2000 hemos abierto o reabierto 360 camas de las cuales 220 son nuevas. Y en todo esto se va una buena parte del presupuesto.

Otro asunto muy importante es el personal. Aquí el problema no es tanto de gasto. Había una falta total de planeación, privilegios en adscripción a turnos, desequilibrios de personal por tipo, etcétera. Hay áreas en donde nos sobra personal por tipo y por turno. Hay otras áreas en donde nos falta personal. Corregir esto es muy lento, porque son trabajadores que desde luego tienen derechos y no se puede darlos de baja, ni cambiarlos sin más. Pero hemos construido nuestras plantillas ideales, y las hemos priorizado de tal manera que todas las plazas que se van desocupando las vamos ubicando en los horarios y en las especialidades requeridas. Pero no ha sido sencillo porque hay tres concepciones de la “propiedad” de las plazas. La primera es que la plaza es “propiedad” del trabajador. La segunda es que la plaza es de la jurisdicción o del hospital. Y la tercera es que las plazas son de la Secretaría de Salud y quien tiene que distribuir las en acuerdo con el sindicato es la Secretaría de Salud. Y es esta última concepción la que ahora prevalece.

SPM: En el Distrito Federal hay aproximadamente tres millones de personas no aseguradas, más o menos 34% de la población total. Estas personas, de acuerdo con la propuesta de la administración federal, podrían dejar de depender de un esquema asistencial y convertirse en beneficiarios del Seguro Popular. El gobierno del Distrito Federal, sin embargo, ha decidido no sumarse por lo pronto a este seguro. ¿Cuál es la razón?

ACL: La razón de esto es que nosotros tenemos un programa alternativo al Seguro Popular. Además, pensamos que se trata de un programa mucho más apegado a la esencia del derecho a la salud: es el *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos*, que además de un programa es una política. Este programa lo empezamos el 1° de julio de 2001; es entonces anterior al Seguro Popular y busca garantizar el derecho a la protección de la salud. En vista de que no podemos desegmentar el sistema de salud en el ámbito local y que tenemos una población que está asegurada, que tiene legalmente garantizado el derecho a la protección de la salud, lo que buscamos es garantizarle el derecho a la salud a la población no asegurada. Tenemos un sistema para inscribir a las familias al programa. Primero se les da una hoja de inscripción y posteriormente se les da una credencial. Ambas garantizan el acceso gratuito a todos los servicios que ofrece el gobierno del Distrito Federal. Aquí no hay un paquete garantizado restringido, sino que se parte de una definición de equidad que postula que todos tienen el mismo derecho a los servicios existentes ante la misma necesidad. Se trata de una definición mucho más amplia que la definición del Seguro Popular, porque si un derechohabiente nuestro requiere de una intervención neuroquirúrgica, se le ofrece gratuitamente y además con todo lo que viene con esa intervención, incluidos los medicamentos; lo mismo para la atención neonatal o para los quemados. El único acto que tiene que realizar la población para tener ese derecho es inscribirse en el programa y comprobar su residencia en el Distrito Federal. Calculamos que tenemos entre 800 mil y 850 mil familias no aseguradas en el Distrito Federal, y hasta ahora tenemos inscritas aproximadamente a 650 mil grupos familiares en este programa. Hemos estado invitando a la gente, casa por casa en las zonas de muy alta y alta marginación, a inscribirse porque, aparte de un obstáculo económico, existe un obstáculo cultural. La población que vive en condiciones precarias no tiene hábitos de atenderse ni conocimientos sobre los programas. Estamos entonces tratando de vencer también el obstáculo cultural. Ya levantamos una encuesta que tiene preguntas sobre las condiciones socioeconómicas de los que están inscritos en el programa y se distinguen claramente de la población general: menores ingresos, menor escolaridad y viven con mayor frecuencia en las unidades de alta y muy alta marginación. De tal manera que no estamos beneficiando desproporcionadamente a los sectores medios, sino más a los más pobres en esta concepción de garantizar el derecho a la protección de la salud en la ciudad.

SPM: Nos dieron unas cifras en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Si en 2005 el Distrito Federal afiliara al Seguro Popular al 14.3% de su población no asegurada, como lo marca la Ley General de Salud, recibiría 336 millones de pesos adicionales de parte de la Federación, 17.5% de su Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) actual. En un escenario de cobertura total previsto para 2010, el Distrito Federal recibiría 2 350 millones de pesos adicionales, es decir 120% de su FASSA actual. ¿No son estos argumentos muy poderosos como para pensar en sumarse al Seguro Popular?

ACL: Yo sí quisiera poder hacer los cálculos con calma porque no sé si estas cifras sean las correctas. Lo único que es una aportación nueva es la cuota social. El resto del dinero sale del FASSA y como sale de FASSA no es dinero fresco, es nada más una reubicación de recursos preexistentes. Esto lo hemos discutido con el Jefe de Gobierno y nuestra posición en toda la discusión sobre el Seguro Popular y en las votaciones tanto en el Senado como en la Cámara de Diputados fue muy clara: una parte del PRD no está de acuerdo con la propuesta del Seguro Popular. Y son varias las razones.

Hay una razón conceptual o si se quiere política, en el buen sentido de la palabra: nosotros pensamos que no es admisible que se restrinja el derecho a la protección de la salud y se condicione a que la propia familia haga una aportación al Seguro Popular. A algunas familias se les exenta de esta aportación pero esto no está en la esencia de este seguro, porque está muy claro que está condicionado al pago de una cuota. A nosotros nos parece que no se puede condicionar un derecho social, por definición, al pago de una cuota. Se trata, además, de un seguro voluntario y yo lo digo desde ahora –y seguramente se va a demostrar que tengo razón porque así ha ocurrido en varias partes–, no va a llegar a tener cobertura universal.

También nos parece muy importante señalar que el Seguro Popular incrementa la segmentación del sistema de salud. Antes teníamos la segmentación que surge de los distintos esquemas de seguridad social y de la pequeña parte de la población que está pagando por los servicios privados de calidad. Ahora lo que se está haciendo con el Seguro Popular es dividir a la población sin seguridad social en dos nuevos grupos. Y se está tomando una parte de los recursos del FASSA para financiar el Seguro Popular, lo que significa que la población que sigue siendo no asegurada va a tener recursos decrecientes para su atención. Nosotros hicimos un estudio sobre eso y anticipamos que en varios estados el FASSA se va a agotar. Y yo me pregunto ¿qué va a pasar con esa población? Yo hablo con frecuencia con gente que está operando el Seguro Popular en algunos hospitales y me dice que lo que está pasando es que a los pacientes del Seguro Popular se les está dando todo gratuitamente, lo que significa que al resto de los pacientes se tiene que pedir o cobrar todo. De manera que se está segmentando todavía más el sistema. También es muy preocupante el asunto de la infraestructura. Como el Seguro Popular presupone infraestructura de ciertas características, se están excluyendo las zonas con menos servicios. Y ahí llueve sobre mojado porque la población que vive en las zonas con menos servicios de salud no puede ser incluida en el Seguro Popular y son las zonas más pobres del país.

SPM: Varios perredistas prominentes, como el senador Sodi y el ex gobernador Monreal, han apoyado abiertamente al Seguro Popular, y con excepción del Distrito Federal, todos los estados gobernados por el PRD –Baja California Sur, Michoacán, Tlaxcala, Zacatecas– firmaron ya convenios con este seguro. ¿Hay alguna discusión en su partido en este sentido? ¿Cómo ve usted las distintas posturas de los gobiernos perredistas alrededor del Seguro Popular?

ACL: Para empezar por el senador Demetrio Sodi: él no expresa necesariamente la posición del partido, suele expresar su opinión personal. Respecto a los otros gobiernos, yo creo que hay una diferencia que tiene que ver con el financiamiento, porque el Distrito Federal es una de las pocas entidades federativas que está en condiciones de redistribuir sus recursos porque tiene un programa de reducción del gasto superfluo de gobierno con ahorros de unos 3 000 millones de pesos anuales y tiene recursos locales importantes. Eso no es el caso de otros estados. Yo sí puedo entender que los secretarios de salud, si hay una oferta de mayores recursos, la estén aceptando. Yo quiero también recordar que uno de los principios, valga la redundancia, del Jefe de Gobierno es no negociar principios por dinero, y eso ha sido también muy claro en las negociaciones en la Cámara de Diputados. Nosotros no hemos cedido a este tipo de presiones.

SPM: En 1997, haciendo referencia a las propuestas de reforma del sector salud de la administración del presidente Zedillo, escribió usted lo siguiente: "En México se está produciendo una ruptura con el modelo de seguridad social, integral, solidario, público y tendencialmente universal." ¿Seguiría usted sosteniendo esta afirmación?

ACL: Sí, y lo dije en el contexto de la reforma del IMSS. Yo creo que es muy importante entender que en México sí hubo un proyecto histórico de construcción de un estado social, preocupado por los beneficios sociales: salud, pensiones, guarderías, etcétera. Durante muchos años fue una apuesta muy exitosa. Si se revisa el ritmo de incorporación de la población a los sistemas de seguridad social se puede constatar que fue muy amplia. Es cierto que había desigualdades, una segmentación, entre la población que tiene una relación laboral y la que no la tiene. Sin embargo, como propuesta tendencial, claramente era una propuesta que estaba teniendo éxito, porque hay periodos con incrementos en el aseguramiento de 20% anual. Lo que entra en crisis no es el sistema de seguridad social como tal, sino la provocan los cambios en el modelo económico. Cuando se cambia a un modelo económico que no genera empleo y que deprime el salario, en efecto, se pone en jaque el sistema de seguridad social o mejor dicho a cualquier sistema de protección social.

SPM: Para finalizar, a su juicio, frente a una propuesta como la del Seguro Popular ¿cuál podría ser la alternativa, ya no para la población del Distrito Federal, sino para el sistema mexicano de salud en su conjunto?

ACL: Nuestra política alternativa. Si hay un compromiso político, si hay un compromiso financiero, eso sería lo que yo propondría. Creo que todos estamos de acuerdo en muchos elementos de diagnóstico; ahí no está la diferencia. Estamos de acuerdo en que se dedican muy pocos recursos a la salud. Estamos de acuerdo en que hay una desigualdad muy importante en el acceso. Sabemos que la infraestructura está muy mal distribuida. El problema es la oferta de servicios. Yo creo que lo que se requiere en el país es hacer un sistema único, integral. Yo sé que eso es complejo en términos políticos. Se requiere un incremento *muy importante* en recursos financieros y se requiere una reorganización de los servicios, pero sobre prioridades claras, atendiendo a las necesidades de salud. Nosotros, por ejemplo, no estamos construyendo nuevas instalaciones en donde sea, las estamos poniendo en Iztapalapa, que, toda proporción guardada, es nuestro Chiapas o nuestro Oaxaca; es la zona de la ciudad en donde está la población con mayores necesidades. Y lo que está pasando con el Seguro Popular es que son los estados que tienen infraestructura, que tienen capacidad financiera los que se están beneficiando. La objeción de los secretarios estatales de finanzas al Seguro Popular tiene que ver con el dinero para pagar la cuota estatal: ¿de dónde lo van a sacar? Estamos hablando de estados que tienen capacidad recaudatoria y presupuestos muy restringidos, y que se van a ver obligados a cambiar recursos de educación a salud o de infraestructura sanitaria básica o carretera a salud. Son múltiples las necesidades que tienen los estados, particularmente los estados más pobres, y no está claro para nada cómo van a sustentar la parte financiera que les corresponde en el esquema del Seguro Popular.



YA NO ES “TE DOY LO QUE TENGO”, SINO “TE DOY LO QUE POR DERECHO TE CORRESPONDE”

Entrevista con

Alfonso Petersen Farah

Secretario de Salud del Estado de Jalisco

Salud Pública de México (SPM): Es usted médico cirujano egresado de la Universidad La Salle. En el Hospital Inglés se forma como médico internista. Muy temprano en su carrera muestra interés por los proyectos público-privados. ¿Así es?

Alfonso Petersen Farah (APF): Sí, soy egresado de la Universidad La Salle y cursé la especialidad de medicina interna en el Hospital ABC, avalada por la Universidad Nacional Autónoma de México. Cuando terminé mi especialidad me regresé a Guadalajara, de donde soy originario, a trabajar en un proyecto muy interesante en un hospital privado con una visión social. Este hospital, aunque manejaba cuotas que pagaban los pacientes, eran cuotas que estaban muy por debajo de lo que se pagaba en el sector privado, además de que ofrecía la posibilidad de exenciones de pago. Esto me sensibilizó en muchos aspectos y me hizo conciente de que con fórmulas novedosas se pueden hacer muchas cosas por el país.

SPM: Desde el inicio de su administración mostró usted un enorme interés por el Seguro Popular. En ese entonces era sólo un programa. La primera credencial del Seguro Popular se entrega en Jalisco. ¿Qué vio en este seguro el Secretario de Salud de Jalisco hace tres años?

APF: Yo trabajo en la Secretaría de Salud desde hace ya casi 10 años. En 1994 me invitaron a colaborar como jefe de departamento. Después me dieron la oportunidad de ser director de área y después director general. Un año antes de terminar la administración pasada, siendo precisamente director general, decidí retirarme temporalmente de la Secretaría. Yo me daba cuenta de que la Secretaría era una institución con una gran cantidad de cosas muy positivas, pero que también necesitaba transitar hacia fórmulas novedosas de atención para enfrentar las nuevas realidades de nuestro país. Yo le pedí al Secretario de Salud de Jalisco de aquel entonces, el Dr. Cristóbal Ruiz Gaytán, que me permitiera renunciar a la Secretaría un tiempo con la finalidad de trabajar en un proyecto que surgió de una visita que hicimos para conocer el sistema sanitario español. En ese viaje me percaté que el sistema sanitario español tiene una gran cantidad de similitudes con el nuestro, pero también una gran cantidad de avances que nosotros no habíamos podido concretar hasta ese momento. Pedí entonces un permiso sin goce de sueldo para llevar a cabo una investigación que me tomó un año. Me di cuenta que había tres cosas que habría que explorar. Primero, era necesario encontrar nuevas fórmulas de financiamiento que permitieran hacer frente a las nuevas realidades. Las enfermedades crónico-degenerativas, el cáncer y una serie de afecciones no estaban siendo tratadas ni financiadas de manera adecuada. En segundo lugar, me di cuenta que nuestro sector salud es mucho más que las instituciones públicas, y que deberíamos aprovechar las oportunidades que otras instituciones nos ofrecían. La tercera cosa de la que me percaté fue que somos una institución que tiene un grado de madurez muy importante y que gracias a eso pueden encontrar fórmulas novedosas para dar atención.

Nosotros en Jalisco empezamos a llevar servicios a la comunidad de una manera diferente. Ante la gran demanda que había en algunos municipios de poder contar con atención médica, hospitalaria, y ante la poca capacidad de respuesta que teníamos por no contar con recursos de inversión, empezamos a ubicar hospitales privados que estuvieran dispuestos a atender a nuestros usuarios con cargo a la Secretaría de Salud. Estuvimos trabajando con 10 hospitales privados del estado. Nuestras usuarias, por ejemplo, en el caso de un parto, eran atendidas durante todo el embarazo en nuestros servicios y referidas en el momento del parto a alguno de estos hospitales. Nosotros verificábamos que la atención hubiera sido la adecuada y hacíamos el pago respectivo a precios previamente acordados. Esto nos hizo ver que nosotros, como sector salud, somos mucho más que las instituciones públicas. De ahí nació la inquietud de encontrar nuevas alternativas con nuevas formas de atención. Cuando me nombraron Secretario de Salud de Jalisco y pude conocer el proyecto del Dr. Frenk, específicamente el Seguro Popular, me pareció que además de que respondía a una deuda histórica que teníamos con la sociedad, era una propuesta muy innovadora. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que se creó hace ya más de 60 años, es una institución muy sólida y muy vanguardista para la época, pero lamentablemente no muy equitativa, ya que deja sin seguridad social a todas aquellas personas que no tienen una relación estrictamente patronal. Yo creo que el Seguro Popular viene a llenar ese hueco, a saldar esa deuda de más de 60 años con la sociedad.

SPM: Jalisco y Tabasco son las dos entidades federativas que más dinero estatal le ponen a la salud. Esto se refleja en la cobertura y calidad de sus servicios. ¿Qué tanto más le está dando el Seguro Popular a las familias afiliadas respecto de lo que recibían hace tres años?

APF: Yo tengo que reconocer con mucho orgullo que Jalisco es uno de los estados que históricamente más recursos propios ha aportado a la atención de la salud. Sin embargo, también tengo que reconocer que es una situación que se debe en parte al crecimiento del Hospital Civil de Guadalajara, que ha sido una institución ampliamente reconocida en el ámbito nacional e internacional. Es un hospital que tiene una gran influencia no sólo en Jalisco, sino también en otros estados del centro y occidente de la república. Pero no deja de ser una institución que está ubicada en Guadalajara, y que en un estado tan grande como Jalisco, en donde tenemos 124 municipios, no está necesariamente accesible a todos. De tal forma que cuando llega el Seguro Popular nosotros lo que vimos fue la oportunidad del fortalecimiento de la infraestructura y la atención sobre todo en los municipios que están fuera de la zona metropolitana de Guadalajara.

SPM: Pero ¿qué recibe el asegurado de las zonas no metropolitanas que antes no recibía? ¿Qué tipo de atención adicional, qué mejoras en la calidad o qué seguridad le está otorgando el Seguro Popular que antes no le otorgaban los servicios de salud en Jalisco?

APF: La diferencia la identificaría en tres aspectos. Primero, los asegurados del Seguro Popular reciben una atención mucho más interesada y de mejor calidad; estamos concientes de que el servicio que le estamos ofreciendo a la población ya no se enmarca en la asistencia social. Ya no es “te doy lo que tengo”, sino “te doy lo que por derecho te corresponde”. La segunda cosa muy importante son los medicamentos.

Ahora, conocedores del compromiso que tenemos, hemos logrado idear más y mejores alternativas de distribución de medicamentos y de oportunidad en su entrega. La tercera cosa tiene que ver con el fortalecimiento de la infraestructura. Gracias al Seguro Popular hemos tenido la oportunidad de fortalecer y ampliar nuestra infraestructura de salud. Tomaré un ejemplo, Tomatlán; este municipio había estado históricamente atendido con un centro de salud en la cabecera municipal y tres centros de salud adicionales en su interior. Sin embargo, no contaba con acceso a atención hospitalaria. Con la llegada del Seguro Popular tuvimos los recursos necesarios para fortalecer la unidad de salud de la cabecera y construir un hospital de primer contacto.

SPM: Uno se puede imaginar, sobre todo en un estado como Jalisco, que las intervenciones de primer nivel de atención que están en el catálogo de servicios esenciales del Seguro Popular se están cubriendo de manera regular. Pero ¿qué está pasando con los casos que requieren de una atención más especializada?

APF: Yo creo que el catálogo de servicios esenciales de salud cubre sin lugar a dudas más de 90% de las necesidades de atención de la población. Sin embargo, tenemos que reconocer que la gran demanda social que tenemos ahora empieza a darse con base en lo no atendido. ¿Qué quiero decir con esto? A pesar de que hemos crecido mucho en oportunidades de atención, la gente sigue teniendo cada vez mayor necesidad y mayor exigencia para el cumplimiento de las cosas no atendidas. Si hacemos un análisis podemos determinar con bastante precisión qué necesidades de atención primaria están adecuadamente cubiertas. Lo mismo en el rubro de hospitalización: atención obstétrica, atención de urgencias, atención de accidentes. Y también con las enfermedades que se atienden en el tercer nivel, que son las más costosas: el cáncer, incluyendo las leucemias en los niños, las enfermedades renales, los trasplantes, por mencionar tan sólo algunos ejemplos. ¿Qué hemos hecho nosotros? Con el Seguro Popular estamos ofertando lo que son los servicios esenciales, pero seguimos fortaleciendo la atención histórica que le ofrecíamos a la población abierta en hospitales de alta especialidad, llámese Hospital Civil de Guadalajara, Institutos Estatales de Salud –como son los de Psiquiatría, Dermatología o Cirugía Reconstructiva– u Hospital General de Occidente. En Jalisco tuvimos la oportunidad de empezar a incluir pacientes en lo que es el fondo de gastos catastróficos. De hecho, nosotros tenemos el caso de una persona con leucemia que fue tratada con recursos del fondo de gastos catastróficos con una excelente respuesta por parte del fondo y muy buena evolución por parte del paciente. ¿Qué quiero decir con esto? Creo que tenemos que ser conscientes de que sería prácticamente imposible empezar con un seguro que cubra todas las necesidades de la población. Además, hay que reconocer que el Seguro Popular es más equitativo que el IMSS, ya que la cuota de aportación que hacen las familias no se basa en lo que gana el padre o la madre, sino en la capacidad económica de la familia. Si un padre de familia gana 10 pesos al mes en el trabajo, aportaría, por mencionar una cifra, un peso a la seguridad social, independientemente de si tiene uno o diez hijos, o si además con él viven sus padres o alguno de sus hermanos. En el Sistema de Protección Social en Salud hay mucho más justicia en la aportación, ya que el estudio socioeconómico en el cual se basa la cuota evalúa la capacidad económica de la familia. De tal manera que el padre cuyo ejemplo acabo de mencionar no pagaría absolutamente nada. A lo que quiero llegar con esto es que yo creo que el sistema de cuotas del Sistema de Protección Social en Salud es mucho más equitativo que el sistema de aportaciones del IMSS. La segunda cosa muy importante es que si bien el Sistema de Protección Social en Salud no ha cumplido con las expectativas de toda la gente, debemos reconocer que apenas tenemos un año de haber quedado claramente establecidos en la ley. Debemos recordar que el IMSS tiene más de 60 años de historia.

SPM: Se está ahora afiliando a las familias de menores recursos, que son la población que de manera natural se acerca a los servicios de salud de la Secretaría de Salud. En unos años se va a empezar a afiliarse a las familias de mayores recursos, que van a tener que hacer una contribución al Seguro Popular. ¿Qué se imagina va a suceder con esa gente, con ese segmento de la población? ¿Cómo se va a sentir en relación con el Seguro Popular? ¿Va a satisfacer sus necesidades?

APF: Lo que comenta en relación con los actuales beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud es un hecho. La mayoría de las personas que se han afiliado con nosotros, cumpliendo con el mandato del Congreso de la República son personas de bajos recursos económicos y son quizás la población a la que más deberíamos llegar con esa alternativa, precisamente para evitar que los gastos en la atención a la salud lleven a un desequilibrio en la economía familiar o que la falta de recursos económicos signifique la negativa en la atención. Creo que es importante reconocer que el Seguro Popular va mucho más allá de la atención de la enfermedad. Mucha gente que tiene dinero o que paga por la atención médica considera que de la Secretaría de Salud no recibe nada y está en un grave error. La Secretaría de Salud no es solamente una instancia proveedora de servicios de atención médica; sobre todo, tiene bajo su responsabilidad todo lo que tiene que ver con la vigilancia epidemiológica y, por supuesto, con las acciones de salud pública, acciones que tienen un gran impacto, independientemente de los ingresos económicos de las personas o de si se recibe o no atención médica cuando se necesita. Creo que conforme vayamos incluyendo a familias de mayor capacidad económica vamos a tener que llevar a cabo una concientización de las personas respecto a las actividades que realizamos y el beneficio que de ellas reciben. Hay otro aspecto muy importante y que me interesa mucho comentar. Es muy común que las personas con capacidad económica enfrenten situaciones de enfermedad que probablemente no les provoquen desequilibrios económicos, pero sí de alguna manera alteran sus planes de crecimiento y desarrollo familiar. Es muy común que estas personas se acerquen a nosotros en busca de una alternativa. Yo espero que llegue el día en que podamos ofrecer soluciones integrales a estas personas. Porque los gastos catastróficos no solamente los debemos de ver como el empobrecimiento asociado a la atención de enfermedades, sino también como la imposibilidad de desarrollo familiar asociado a la presencia de una enfermedad.

SPM: Nos hablaba el Dr. Jaime Mier y Terán, Secretario de Salud de Tabasco, de la necesidad de tener satisfechos en el Seguro Popular a nuestros usuarios internos. Se habla mucho de tener satisfechos a nuestros pacientes, pero él asegura que no se puede tener satisfechos a los usuarios de los servicios de salud si los proveedores de servicios no cuentan con lo necesario para poder proporcionar un servicio de calidad, si no se encuentran trabajando en un entorno laboral que les resulte satisfactorio. ¿Cómo ven los médicos y las enfermeras de Jalisco al Seguro Popular?

APF: Yo comparto el punto de vista del Dr. Mier y Terán. Necesitamos llevar a cabo un fortalecimiento de las estructuras que nos permitan generar mejores ambientes de trabajo y mejores expectativas para los trabajadores de la salud. Ahora los usuarios de nuestros servicios, insisto, no llegan a solicitar lo que les podemos dar; llegan a exigir lo que por obligación les tenemos que dar. Esto lógicamente ha generado si no una mayor demanda en términos del número de atenciones, sí una mayor exigencia de hacer valer los derechos de los usuarios. Esta fue la razón por la que nosotros, cuando comenzamos con el Seguro Popular, decidimos trabajar bajo un precepto muy específico: ofrecer servicios para el Seguro Popular solamente en donde podamos otorgarlos con calidad y respondiendo a la demanda de los usuarios internos. Creemos que es muy importante mantener ese equilibrio, que la gente vea que hay una diferencia entre los servicios que anteriormente recibía y los que recibe hoy. La misma percepción debe prevalecer entre los prestadores.

SPM: Al margen de los recursos adicionales que pudieran estar recibiendo las unidades –mejor infraestructura, mejor equipamiento, más medicamentos–, ¿qué nivel de conciencia existe entre los médicos y enfermeras de Jalisco respecto de la magnitud del cambio que se está dando en el sistema mexicano de salud?

APF: Los médicos y los trabajadores de la salud de la Secretaría de Salud entienden muy claramente la trascendencia de la reforma. Sin embargo, no dejo de reconocer que también hay inquietudes entre ellos debido, fundamentalmente, a dos aspectos. Primero, hay una mayor demanda, por lo tanto hay más trabajo. Segundo, hay un mayor nivel de exigencia, por lo tanto se genera una relación menos amigable. O pongámoslo en otros términos, hay una mayor exigencia en el cumplimiento de los derechos, una relación menos sustentada en la caridad.

SPM: ¿Cómo ven el resto del sector y los medios de comunicación en general de Jalisco al Seguro Popular? Los medios de comunicación, por ejemplo, ¿lo están siguiendo, están informando a la población de lo que está sucediendo, lo ven con entusiasmo, está generando resultados suficientemente obvios para que se empiece a difundir una buena imagen de este cambio?

APF: Yo percibo en los medios de comunicación dos cosas. Hay, por un lado, cierta desconfianza. Piensan que no tenemos la capacidad resolutive para atender las demandas que se generan con la expectativa del Seguro Popular. Por otro lado, hemos sido cuestionados en el sentido de que no hemos dado el servicio que la gente solicitaba. Esto último nos sucedió hace poco en el municipio de Puerto Vallarta. La demanda nos sobrepasó y eso provocó que en los medios de comunicación se estuviera manejando el tema. Yo creo que la benevolencia del Seguro Popular es clara para los medios de comunicación. Sin embargo, la capacidad de respuesta en algunas ocasiones no ha sido suficiente y ha sido cuestionada. Espero que con el paso del tiempo y los recursos adicionales se superen estos problemas.





NO NOS PUEDE PASAR QUE, ESPERANDO LAS 100 INTERVENCIONES DEL SEGURO POPULAR, SE DETERIOREN LAS 13 INTERVENCIONES DEL PAQUETE BÁSICO DE OPORTUNIDADES

Entrevista con

Rogelio Gómez Hermosillo

Coordinador Nacional del Programa Oportunidades

Salud Pública de México (SPM): Platíquenos de *Oportunidades*. Sabemos que son ya cinco millones de familias beneficiarias, 82 mil localidades y diversos reconocimientos nacionales e internacionales. ¿Qué es hoy y hasta dónde ha llegado *Oportunidades*?

Rogelio Gómez Hermosillo (RGH): *Oportunidades* es un programa del gobierno de la República que atiende a los hogares en condición de extrema pobreza: 5 millones de familias, 25 millones de mexicanos, la cuarta parte de la población nacional. Se ha venido construyendo paulatinamente y es la primera vez que el país cuenta con una red de protección social para los hogares pobres que redistribuye ingreso dentro de un esquema de incentivos que permite el desarrollo de capacidades. Mediante un sistema muy efectivo de focalización que utiliza la mejor información estadística disponible, entrega apoyos en efectivo a los hogares en extrema pobreza siempre y cuando los miembros de estas familias asistan regularmente a los servicios de salud y a las escuelas, lo que permite el desarrollo de capacidades. Es un diseño pionero y muy innovador que está siendo replicado en otros países del mundo, básicamente de América Latina. Estamos llegando a las localidades más apartadas, a las zonas más deprimidas, a hogares que durante mucho tiempo no recibieron casi ningún apoyo, ninguna atención. Y lo estamos haciendo combinando este esfuerzo de mejorar su consumo, mejora moderada de su ingreso para mejorar el consumo de alimentos y otros satisfactores básicos, con la permanencia escolar. Así, los jóvenes antes condenados a desertar después de la primaria, después de la secundaria, están completando sus ciclos escolares y se están planteando otros objetivos. Esto es básicamente *Oportunidades*, un esfuerzo de siete años que hoy llega a 100% de los municipios de nuestro país y a las 32 entidades federativas.

SPM: Ya lo mencionó usted, *Oportunidades* tiene tres componentes, el nutricional, el educativo y el componente de salud. ¿Podría extenderse un poco más en este último?

RGH: Este programa concreta una sinergia entre tres acciones: de nutrición, salud y educación. Participan en él, de manera coordinada, el sector salud, el sector educación y el sector de desarrollo social. El componente de salud consiste en la prestación de un paquete básico de 13 intervenciones, sobre todo preventivas, que incluye acciones de saneamiento ambiental, manejo del embarazo, el parto y el puerperio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades respiratorias y diarreicas. Estos servicios se reciben en unidades de primer nivel, incluso a través de personal auxiliar comunitario. El apoyo en efectivo y el acceso a los suplementos nutricionales que reciben los niños y las mujeres embarazadas y en estado de lactancia –que contienen micro-nutrientes y 20% de los requerimientos energéticos que requieren los niños y las mujeres– dependen de la asistencia regular y periódica a estas unidades de salud. Asimismo, se hace un seguimiento y un manejo muy riguroso de los casos detectados de desnutrición. A esto habría que agregar un tercer aspecto del componente de la salud que es la educación para el autocuidado, que incluye educación en temas de salud e higiene, información sobre hábitos de alimentación y prevención de enfermedades. Lo importante es que la población está acudiendo a recibir estos servicios que están teniendo un efecto preventivo muy importante.

SPM: Se cuenta además con un sistema de evaluación muy completo e innovador; ¿no es así?

RGH: Uno de los aspectos innovadores de *Oportunidades* es su evaluación externa, que tiene sus orígenes en 1997. A partir de 2001 la coordinación de la evaluación la asume el Instituto Nacional de Salud Pública, pero participan en ella expertos de diversas disciplinas: educación, salud pública, demografía, sociología. Los resultados son muy alentadores. Ha mejorado el peso y talla de los niños que reciben suplementos, se han reducido las enfermedades en menores de 5 años y estamos empezando a observar impactos de mediano plazo, como una posible reducción de mortalidad materna e infantil. Por supuesto que esto necesita consolidarse, pero la evaluación nos está diciendo qué es lo que está funcionando y qué es lo que tenemos que mejorar.

SPM: De acuerdo con cifras de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, alrededor de 750 000 familias *Oportunidades* ya están afiliadas al Seguro Popular. Estas familias, en el campo de la salud, saltan de un paquete de 13 intervenciones a un seguro con casi 100 intervenciones. ¿Qué nos puede decir sobre esto?

RGH: Yo creo que esta es una buena noticia. No tenemos una evaluación todavía porque la afiliación de las familias al Sistema de Protección Social en Salud es muy reciente, pero no cabe duda que en principio es un hecho positivo. Sí nos preocupa que vaya a privar la oferta sobre la demanda de este tipo de servicios y que se descuide de la afiliación en comunidades que no cuenten con la infraestructura necesaria para proporcionar estas 100 intervenciones.

SPM: Se dice que este paso del paquete de 13 intervenciones a un seguro legislado supone un salto de un esquema asistencial a un sistema basado en el ejercicio de un derecho social, el derecho a la protección de la salud. ¿Qué opina de esto?

RGH: No creo que el programa *Oportunidades* sea un programa asistencial, que sólo preste ayuda a población que no puede valerse por sí misma. Yo creo que el programa *Oportunidades* es un esfuerzo de equidad que está buscando invertir en las capacidades de los individuos para así ampliar sus posibilidades de acceso a satisfactores básicos, como la salud. La transferencia económica, siendo un bien en sí mismo, tiene la ventaja de no ser sólo una transferencia económica, sino ser un incentivo para el ejercicio de derechos. Ciertamente no está legislado en nuestro país el derecho a recibir estas transferencias, y sería mejor que lo fuera evidentemente, pero esto no es una limitación. Nuestro país tiene muchas experiencias –y no me refiero al Seguro Popular–, muchas décadas de experiencias de legislaciones que “garantizan” ciertos derechos, pero no se crean las condiciones para ejercerlos. Ahora sí podemos garantizar estos beneficios en todas las entidades federativas, ahora sí contamos con el presupuesto para atender a más de 90% de la población elegible. Y ahora sí podríamos avanzar ese derecho si el legislativo así lo decide. Pero si no lo hace, el Ejecutivo cuenta ya con un instrumento, con el que no contaba hace cinco años, para ofrecer esta posibilidad que ciertamente es una ampliación de derechos o un incentivo para el ejercicio de derechos tan básicos como la educación o la salud.

SPM: Un conocido economista del bienestar afirmó en alguna ocasión que “los servicios para los pobres tienden a ser pobres servicios”. En buena medida esto ha sido así porque los pobres tienen pocas posibilidades de generar presión, “no tienen voz”. *Oportunidades*, entre otras cosas, está ayudando a que la voz de los pobres se escuche. ¿Podría funcionar también como voz en la protección del derecho a la protección de su salud?

RGH: Sí, queremos fortalecer la capacidad ciudadana en estos hogares, tanto por vía de la educación como a través de esfuerzos de orientación. Por supuesto que nos asumimos también como *advocates*. La coordinación de este programa es intersectorial. En ella participan Salud, Educación, Desarrollo Social y hasta Hacienda. Juntos tenemos que hacer un esfuerzo para mejorar la atención de los cinco millones de familias que viven en extrema pobreza. Y esto no excluye la exigencia de una mejoría de la calidad de la atención en el paquete básico. La coordinación está promoviendo que el Sector Salud asuma tal responsabilidad. Me atrevo a decir, con prudencia para que no se generalice, que también es muy importante que este primer nivel de atención se fortalezca, que los proveedores de las unidades rurales reciban capacitación, cuenten con insumos suficientes. Hemos identificado cierta tendencia, minoritaria pero no por eso desdeñable, a considerar la atención a la población *Oportunidades* como un trámite burocrático: pláticas a la rápida, consultas express. Cinco millones de familias son muchas familias, ni quien lo niegue, es un reto formidable. Pero no nos puede pasar que esperando las 100 intervenciones se deterioren las 13 del paquete básico, en las que se incluyen acciones tan importantes como el saneamiento ambiental, el manejo de los alimentos, la diversificación de la alimentación o la lucha contra vectores.

SPM: Las reformas a la Ley General de Salud obligan a afiliarse al Seguro Popular de manera preferencial a las poblaciones más pobres. Pero la Ley también obliga a las unidades que prestan servicios a este seguro a acreditarlas. El problema es que las zonas más pobres no cuentan con la infraestructura necesaria para proveer la mayor parte de las intervenciones del paquete del Seguro Popular y por lo tanto no pueden acreditarse. El peligro aquí es que las poblaciones más marginadas queden excluidas de los beneficios del Seguro Popular por este círculo vicioso. ¿Podría *Oportunidades* hacer algo al respecto?

RGH: Sí y de una manera muy colaborativa. Somos un gobierno, somos instituciones, estamos en esto juntos. Y lo primero que colocamos en la mesa es lo que significa la oportunidad del primer nivel de la atención. Y no porque nos conformemos con el paquete básico, sino por los resultados que pueda dar en sí mismo. Pero ciertamente dos temas son cruciales en los próximos años. Uno son las localidades que ni siquiera se pueden incorporar a *Oportunidades* porque no hay servicios de salud. Estamos hablando de no más de 100 mil hogares mexicanos que deben de tener acceso a todos los beneficios del programa. El otro tiene que ver con la ampliación de las intervenciones, tal vez con la oferta de un paquete adaptado a las condiciones de las unidades rurales, que vaya más allá de las 13 intervenciones aunque no incluya las 100 intervenciones del Seguro Popular.





EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN PÚBLICA DE SERVICIOS ES EL GRAN DESAFÍO DE LA REFORMA MEXICANA

Entrevista con

Christian Baeza

Especialista en salud para América latina del Banco Mundial

Salud Pública de México (SPM): Nos gustaría que nos platicara muy brevemente sobre sus antecedentes. ¿Cómo llegó a su posición actual? Tenemos entendido que antes de trabajar para el Banco Mundial tuvo usted una experiencia muy rica en el Ministerio de Salud de Chile.

Christian Baeza (CB): Vamos a iniciar la historia en el año noventa, cuando en Chile se retoma la democracia. Ese año el ministro de salud me pide hacerme cargo de la Unidad de Financiamiento Internacional. Más tarde fui director de presupuesto del Ministerio de Salud. Después de eso salí de Chile por un par de años a estudiar y de allí me fui al Banco Mundial, en donde estuve entre 93 y 97. En este último año volví a Chile como director del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Estuve allí dos años y trabajé fundamentalmente los temas de reforma del financiamiento y estructura del sector público chileno. Después de FONASA me invitaron a la Organización Mundial de la Salud a escribir el capítulo 5 del *Informe Mundial de la Salud*, fui co-editor del *Informe 2000* con Phil Musgrove y otros. Luego entré a la Organización Internacional del Trabajo, en donde fui jefe global del tema de extensión de la protección social en salud. De allí me recluta de nuevo el Banco para trabajar en Argentina y Brasil, y ahora en México.

SPM: ¿Qué tan grave es a su juicio el problema de las poblaciones sin seguro de salud en América Latina?

CB: Tengo un punto de vista bastante particular sobre el asunto. Es cierto que hay una proporción importante de la población de América Latina que no pertenece a ningún esquema de seguridad social. Pero mi impresión es que en América Latina tenemos o seguridades sociales o ministerios de salud; la gran mayoría de los latinoamericanos contamos con algún mecanismo de protección. La discusión más bien en América Latina no es si nuestras poblaciones están cubiertas por un esquema u otro, sino qué tan efectivo es uno u otro en proteger de la pobreza a estas poblaciones y en asegurar el acceso a servicios que mejoren sus condiciones de salud. Ese es a mi juicio el gran desafío en América Latina. Es muy complejo el mantener este tipo de visión que supone que la única forma de cubrir las necesidades de salud es “a la Bismarck”. Esta visión olvida que también se puede hacer “a la Beveridge”. Es simplemente un accidente histórico: uno nace un poquito más hacia el este y hacia abajo que el otro, nada más. También es un poco lamentable, ya que nos lleva a enfocar la discusión en si cambiamos de régimen de protección a la gente, más que en si el régimen con el que se cuenta protege financieramente y en acceso a la población. Y la razón por la cual yo también estoy tan entusiasmado con el Seguro Popular es porque, si bien es un nuevo seguro, el énfasis en la implantación ha sido claramente en garantizar que el financiamiento público federal de México funcione, que garantice protección financiera y acceso a servicios efectivos de salud.

SPM: Hay dos reformas en salud relativamente recientes que han acaparado la atención en América Latina, una es la reforma chilena y otra la colombiana. ¿Cuáles son a su juicio las grandes virtudes de estas dos reformas y cuáles los retos que están enfrentando?

CB: Yo soy bastante crítico de la reforma de 1980 del sistema de salud chileno. Me parece que el sistema hizo crisis a fines de los años ochenta en el sentido de que no era eficiente y tenía muchas dificultades para brindar satisfacción a la población. Esa crisis da origen a la reforma, que introduce al sector privado en el aseguramiento y un seguro público que cubre a los indigentes y a cotizantes. Me parece que las partes más señeras de esa reforma son, por un lado, la separación del financiador de la prestación, en 1980, con la creación del FONASA y, por el otro, la eliminación de la distinción entre asegurados que cotizan y asegurados que son pobres y requieren del subsidio público para poder participar en el esquema. Creo que el desarrollo del sector privado asegurador en Chile ha producido muchos problemas de segmentación y equidad, que se deben más a la incapacidad del Ministerio de Salud y del sector público para regularlo, que a la existencia de incentivos perversos de los aseguradores. Pero sí hubo una mejoría sustantiva en el *know-how* en cuestión de seguros y un gran desarrollo de la prestación privada que en definitiva ha ayudado al sector público vía las compras cruzadas.

En el caso de la reforma colombiana podemos decir que, ya sea que aprendió de los errores de Chile o que aprendió sola, tiene dos o tres virtudes importantes. La primera es el gran esfuerzo de subsidiar la demanda en seguros y salirse del subsidio a la oferta del asegurador, sea público “a la Beveridge” o sea público “a la Bismarck”. Me parece que la creación por primera vez de un paquete explícito, que es garantizado, que es exigible y que introduce la elección para el asegurador es otra gran contribución, pero también un gran dolor de cabeza desde el punto de vista de lo que eso demanda en términos de rectoría. Me parece asimismo que las dos reformas, pero sobre todo la colombiana, nos enseñan que no es posible reformar el pilar asegurador en los sistemas de salud sin meter la mano profundamente en el pilar prestador. Yo tengo la impresión de que Colombia está enfrentando una crisis importante en su reforma producto de lo que fue el sueño de los economistas. Nosotros hace algún tiempo atrás pensábamos que las señales de precio iban a cambiar las conductas de los prestadores. Pero muy pronto nos dimos cuenta de que no iba a ser así; que hay que meterse en un proceso de fortalecimiento de la autonomía y mejorar la capacidad de gestión. Esta es una lección muy clara para toda América Latina.

Creo que la reforma mexicana captura algunas de estas lecciones. Y esto se refleja muy claramente en el esfuerzo de reforzamiento de la prestación pública, en el reforzamiento de la oferta de servicios. Resolver el problema de la prestación pública de servicios en el proceso de separación de funciones y en la introducción del financiamiento de la demanda es vital; creo que es el gran desafío de la reforma mexicana, la gran falla que hemos tenido en Chile y el gran signo de interrogación para la reforma colombiana.

SPM: ¿Cómo ve en el caso mexicano la incorporación de los sectores medios al Seguro Popular? En estas primeras fases del Seguro Popular la población que se va a afiliarse, que por ley tiene que afiliarse, va a ser la población de menores recursos, que es la población natural de la Secretaría de Salud. Conforme pasen los años las poblaciones a afiliarse van a ser los sectores medios, que van a tener que contribuir, y que son poblaciones que no tienden a utilizar los servicios de la Secretaría de Salud. ¿Qué anticipa que va a pasar ahí?

CB: El diseño del Seguro Popular debiera permitir la incorporación de las clases medias, sobre todo de los trabajadores no asalariados pero formales, que es el gran mercado del Seguro Popular *vis a vis* la seguridad social tradicional. Yo creo que esto va a depender de la calidad del paquete de servicios. La partida inicial puede ser un paquete muy costo-efectivo, de gran impacto para los sectores de menores ingresos, pero no demasiado atractivo para la clase media. La introducción del Fondo de Gastos Catastróficos, que habrá de financiar un número más amplio de intervenciones más complejas, puede hacer más atractivo al Seguro Popular. Yo creo que aquí los desafíos están relacionados uno con las implicaciones que esto puede tener para el mercado laboral formal, y dos, las implicaciones que esto puede tener respecto de la seguridad social formal. Yo tengo una opinión muy clara y brutal en ese sentido: nosotros en protección social no trabajamos en defensa de las instituciones, trabajamos para la protección de las personas. Si como resultado de un mejor paquete, más atractivo, más efectivo en acceso y protección financiera, la seguridad social tradicional pierde afiliados, ese es un problema de las instituciones, no de la gente; nosotros trabajamos en política pública de salud para que la gente esté protegida.

SPM: Hablemos del carácter voluntario del Seguro Popular. Tanto en Chile como en Colombia por ley la gente tiene que afiliarse a un seguro de salud. El Seguro Popular es un seguro voluntario. ¿Cómo ve esta característica de la propuesta mexicana?

CB: Creo que es una sabia definición que creo que tiene dos componentes. Uno es el principito de que salga el sol: no hay posibilidades de afiliarse de manera obligatoria a los miembros del sector informal o no asalariado. El segundo tiene que ver con la apreciación de las personas por la vinculación al seguro, y esto sólo puede ocurrir cuando hay una afiliación voluntaria. Y la afiliación voluntaria va a funcionar si o si uno hace atractivo el seguro.

Hay otra dimensión que me parece que se ha discutido bastante en términos de las consecuencias del seguro voluntario y es el tema de la selección adversa. Particularmente para los primeros años del Seguro Popular este tema a mi me tiene sin cuidado, porque básicamente ese es el objetivo de este seguro, dado que no es un seguro privado con ajuste de riesgo para sus primas, es un programa público de protección de la gente. Su objetivo es concentrar al mayor riesgo y asegurarse de que las personas de mayor riesgo y vulnerabilidad estén protegidas. Por lo tanto, a mi juicio, el tema de la selección adversa puede ser un problema financiero, pero ese siempre es un problema cuando uno subsidia un programa.

SPM: ¿Qué piensa de la prestación privada de servicios de salud para el Seguro Popular, sobre todo a luz de la experiencia que usted conoce sobre Chile? ¿Le parece problemático o va a enriquecer la oferta de servicios de salud?

CB: Quisiera contestar esa pregunta en dos ámbitos: uno es el ámbito tecnocrático y el segundo es el relacionado con la factibilidad. En teoría el asegurado debe acceder a la mejor calidad, el mejor precio y la mejor oportunidad en la búsqueda de los servicios, y nuestra obligación es ayudarlos. Pero aquí hay que introducir una cuota enorme de realidad y de justicia. Si hoy como asegurador, en el caso del Seguro Popular, lanzamos a la competencia con el prestador privado al prestador público sin antes haber preparado a este último, sin antes haberlo fortalecido, estaremos incurriendo en un error y en una injusticia. Pero ese proceso de fortalecimiento tiene que tener un tiempo límite, no puede ser infinito. Una de las virtudes del Seguro Popular en la fase de transición es estar fortaleciendo a los prestadores públicos. Esto eventualmente les permitirá entrar en igualdad de condiciones a la competencia con los prestadores privados.

SPM: Existe consenso internacional en el sentido de que si uno busca acceso universal y equitativo a servicios salud deben predominar en los sistemas de salud los financiamientos públicos. En el rubro de la prestación no existe ninguna conclusión. ¿Este puede ser un mensaje claro para las reformas latinoamericanas, seguir insistiendo, como lo está haciendo la reforma mexicana, en la necesidad del financiamiento predominantemente público de los sistemas de salud?

CB: Yo soy un ardiente defensor del financiamiento público de los sistemas de salud dados sus efectos sobre la eficiencia y la equidad. Yo creo que el esfuerzo que hace México en este sentido es esencial. Pero creo que tenemos un camino largo que recorrer. No creo que logremos llegar pronto al predominio del financiamiento público y debemos ser muy cautos respecto al camino para lograrlo. No es lo mismo financiar esto con base en el IVA que con base en un impuesto sobre la renta. Aquí hay sutilezas, y no son sutilezas menores.

SPM: Tenemos tres experiencias recientes de reforma en la región. ¿Estamos con ellas construyendo un modelo latinoamericano de reforma o más bien estamos ante múltiples vías para alcanzar el objetivo común de una mejor y más equitativa atención de las necesidades de salud de nuestra población?

CB: Lo único común es un rol muy fuerte del Estado en la rectoría y en el financiamiento, por razones de equidad y eficiencia. Lo demás depende de la historia y del contrato social de cada país. Hay países en donde la posibilidad de tener un asegurador único, integrado organizacionalmente, es viable, la gente lo quiere y lo acepta, y es parte de la historia, como sucede en Argentina o Brasil. En otros países hay que caminar hacia lo que inventó el secretario Frenk: si no podemos llegar a una unificación organizacional avancemos hacia una unificación virtual por la vía de su mecanismo asegurador.

