



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública  
México

Gómez, Octavio; Ortiz, Mauricio  
Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas  
Salud Pública de México, vol. 46, núm. 6, noviembre-diciembre, 2004, pp. 585-596  
Instituto Nacional de Salud Pública  
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10646611>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Seguro Popular de Salud

## Siete perspectivas

**E**l 1 de enero de 2004 entró en operación en México el Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo, el Seguro Popular de Salud, habrá de cubrir, en un lapso de siete años, a los 48 millones de mexicanos hoy no asegurados. Salud Pública de México decidió entrevistar a diversos funcionarios del sector salud y de agencias multilaterales, para recoger distintos puntos de vista sobre el presente y el futuro del Seguro Popular. En el curso de éste y los dos próximos números de la revista se publicarán estas entrevistas, que hoy dan comienzo con las realizadas al Secretario de Salud de México, Julio Frenk Mora, y al Comisionado Nacional de Protección Social en Salud, Juan Antonio Fernández Ortiz.

**D**espués 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 ejecutivo es el Seguro Popular de Salud (SPS). Este seguro cubrirá progresivamente a todos aquellos ciudadanos 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).<sup>1</sup> Junto con sus familias, estos grupos representan aproximadamente la mitad de la población. El

SPS garantiza el acceso a cerca de 100 intervenciones que cubren más de 90% de las causas de atención ambulatoria y cerca de 70% de las causas de atención hospitalaria de las instituciones públicas.\*

En los documentos que dieron sustento a la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPS), 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: i) de nivel; ii) de origen; iii) de distribución; iv) de esfuerzo estatal, y v) de destino de los recursos.<sup>1,2</sup>

En México la inversión en salud es insuficiente para atender los retos que plantean las transiciones

demográfica y epidemiológica. El país destina 5.8% del producto interno bruto (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 de América, 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 ineficiente e inequitativo porque impide la agregación de riesgos, y rompe con la solidaridad financiera y con un principio básico de justicia financiera en salud que señala que los individuos deben aportar de

\* A partir de enero de 2004 comenzó a integrarse a este esquema de protección social en salud 14.3% de la población no asegurada. En los próximos años se espera integrar anualmente el mismo porcentaje, de tal forma que en 2010 todos los mexicanos tendrán la oportunidad de contar con un seguro de salud.

\* Este paquete incluye intervenciones quirúrgicas (para 29 condiciones), hospitalización (9), servicios de urgencias (6), servicios de traumatología (6), servicios de rehabilitación (2), atención pre y neonatal (5), atención ambulatoria (25), atención dental (3) y servicios preventivos (9).

acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud. El gasto de bolsillo invierte esta regla ya que obliga a los individuos a aportar según sus necesidades (el más enfermo paga más) y a recibir servicios según su nivel de ingreso. 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 de dos a tres millones de familias mexicanas incurren en gastos catastróficos por motivos de salud.\*

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.

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 cápita que las entidades federativas que menos contribuyen con recursos propios a este sector.

\* Los gastos catastróficos se definen como aquellos gastos en salud superiores a 30% de la capacidad de pago, que a su vez se define como el ingreso familiar disponible una vez descontado el gasto en alimentación.

Cuadro I  
NUEVA ARQUITECTURA FINANCIERA  
DEL SECTOR SALUD MEXICANO

Seguros públicos	Aportadores		
	Obra social	Patrón	Estado nacional (cuota social)
Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS	Obra social	Patrón	Estado nacional (cuota social)
Seguro Médico del ISSSTE	Empleado	Gobierno federal	Estado nacional (cuota social)
Seguro Popular de Salud	Familia	Gobierno estatal	Estado nacional (cuota social)

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

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.

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

1. el Seguro de Enfermedades y Maternidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que protege a los asalariados del sector privado de la economía formal y a sus familiares;
2. el Seguro Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que protege a los asalariados del sector público de la economía formal, y
3. el SPSS, que protege a las personas que se encuentran fuera del mercado laboral y a los trabajadores no asalariados.

Como puede observarse en el cuadro I, 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 SPSS también se financia 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, es 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.

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 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 in-

compatible 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 beneficia también a los afiliados al SPSS.

La aportación solidaria se conforma con una aportación estatal mínima (0.5 veces la cuota social) y una aportación federal (1.5 veces la cuota social) procedente 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.

Para fines de financiamiento, los servicios ofrecidos por el SPSS 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); se ofrecen en unidades de atención ambulatoria y hospitalares generales, y se financian con recursos que se concentran en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSP). Los servicios de alto costo se ofrecen en hospitales de especialidad y se financian a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).\*

El FPGC se constituye con 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 otros dos fondos: el primero de ellos, equivalente a 2% de la suma

de la cuota social, la contribución solidaria federal y la contribución solidaria estatal, está destinado a la promoción de infraestructura en las comunidades pobres; el segundo, igual a 1% de esa misma suma, cubre 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 de 90% de los recursos públicos del SPSS) se asignan a los estados para financiar el paquete de servicios esenciales. A estos recursos se suman las contribuciones familiares, que, al igual que la contribución solidaria estatal, se recaban en el ámbito estatal.

Este modelo de financiamiento implica un cambio radical en los incentivos para los gobiernos estatales y los prestadores, ya que la asignación de recursos está determinada en gran medida por el número de familias afiliadas al SPSS y por lo tanto está orientado por la demanda. La afiliación al SPSS es voluntaria, aunque los estados tienen el incentivo de afiliar a toda la población en la medida en que su presupuesto estará crecientemente basado en una cuota anual por familia.

La naturaleza voluntaria del proceso de afiliación es una característica esencial de la reforma que ayuda a democratizar el presupuesto. También 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. De hecho, para que una unidad pueda ofrecer servicios al SPSS, debe acreditarse.

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. Al crear un fondo separado para estos últimos (Fondo de Aportaciones de Servicios de Salud a la Comunidad), la reforma asegura un

adecuado financiamiento de los bienes públicos de la salud (servicios ambientales, vigilancia epidemiológica, información y rectoría) y de las campañas comunitarias de preventión. Esta es una innovación importante, ya que varias reformas en otros países han descuidado las actividades de salud pública.

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 el 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 SPSS. Finalmente, la asignación de recursos por familia y la vinculación del gasto de inversión con un Plan Maestro de Infraestructura en el ámbito 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 descentrado, 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

\* 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.

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, presidido por el Secretario de Salud.

En él están 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 está facultado para 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.

Octavio Gómez Dantés,  
Mauricio Ortiz

## Referencias

1. Secretaría de Salud. La salud en la reforma del Estado: hacia un Sistema Universal de Salud. México, DF: Secretaría de Salud; 2002.
2. Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Hacia un Sistema Universal de Salud. México, DF: Secretaría de Salud; 2003.



Entrevista de Salud Pública de México con el doctor Julio Frenk Mora, Secretario de Salud de México

El Seguro Popular de Salud es un instrumento de justicia social

**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 empobrecer-

la. 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 soli-

dez 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 eco-

nomistas 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 cabildear 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 equivaldría 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 fi-

nanciar o subsidiar las necesidades de la gente y no la estructura que está ahí. En este momento tenemos presupuestos iniciales 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 desafilan. 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 auditável 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 seguirlo 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 afiliar 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, trasferencias 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 contribuyen-

tes 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 más individualizada y predictiva.



Entrevista con el actuario  
Juan Antonio Fernández Ortiz,  
Comisionado Nacional de Protección Social  
en Salud

Es el ciudadano el que va a cuidar el Seguro Popular

**Salud Pública de México (SPM):** Estuvo usted encargado de un área de in-

formación 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 arreglar los dientes", me decían. "Si la muela no me duele mucho me aguento, 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 renco, 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 llaman 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 actuaria 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 planteado 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 medi-*

*camentos 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 sobresaturadas. También estamos estudiando la posibilidad de ampliar la oferta con 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 leucemia 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 pre establecidas. La demanda

da está, la demanda existe, yo creo que el problema es irla 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 secretaría 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 un 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.

