



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Seguro Popular de Salud. Siete Perspectivas
Salud Pública de México, vol. 47, núm. 1, enero-febrero, 2005, pp. 78-89
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10647112>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en 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

La serie de entrevistas sobre el Seguro Popular de Salud, iniciada en el número previo de Salud Pública de México continúa ahora con las entrevistas a los Secretarios de Salud de Tabasco, del Distrito Federal y de Jalisco.



Entrevista de Salud Pública de México al Dr. Jaime Mier y Terán, Secretario de Salud de Tabasco

El Seguro Popular cuenta con los recursos para cumplir con sus compromisos a diferencia de la seguridad social que todo promete

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 desa-

rollando. 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 impulsó 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 bloques 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 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 tie-

ne 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, 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.



Entrevista de Salud Pública de México a la
Dra. Asa Cristina Laurell,
Secretaria de Salud del Distrito Federal

El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos está más apegado a la esencia del derecho a la salud que el Seguro Popular

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 Dis-*

trito 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, contruidos 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 subespecialidades 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 fal-

tar, 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 distribuirlas 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 pobla-

ción 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 caracterís-

ticas, 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 to-

dos 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.



Entrevista de Salud Pública de México al doctor Alfonso Petersen Farah, Secretario de Salud de Jalisco.

Ya no es "te doy lo que tengo", sino "te doy lo que por derecho te corresponde"

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 consciente 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 afec-

ciones 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 puede 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?

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 asegura-

dos 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, Tlaxiaco; 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 te-

niendo 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 concientes 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 fa-

miliar 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 concienciación 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 podamos 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?

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 resolutiva 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.