

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 impuso en el reglamento interno de la Secretaría que para ser jefe de una jurisdicción sanitaria había que ser maestro en salud pública. Y a la par de esto empezó a conseguir recursos crecientes. Fue el primer estado que empezó a movilizar cantidades muy generosas para la salud. Favoreció también la atención primaria y la prevención.

Después lo sucedió el doctor Lucio Lastra, también muy brillante secretario de salud. El nunca descuidó el trabajo que ya había hecho el doctor Reynés, pero además hizo algo adicional: reforzó la atención hospitalaria, de la que Tabasco estaba necesitada. Empezó a invertir grandes cantidades en los hospitales públicos y metió de lleno a la medicina hospitalaria de Tabasco en la modernidad. El generó la revista de la Secretaría de Salud. El gobernador Manuel Andrade no se ha quedado atrás y a pesar de que desde un principio visualizó que la salud era el segundo rubro, después de la educación, que más recursos estatales consumía, pues no sólo no lo detuvo sino que lo acrecentó significativamente. Una prueba es el nuevo hospital de alta especialidad con que contamos, con 220 camas y todo lo necesario para dar un buen servicio: equipo para atender problemas coronarios vasculares, un acelerador lineal, en fin una serie de equipos que se acompañan obviamente de formación de recursos humanos para hacer una medicina altamente especializada que complementa la salud pública. Hoy en día, sin contar todavía la aportación de la reforma a la ley de salud, 8 de cada 10 pesos utilizados en los hospitales de especialidad provienen del estado.

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

JMT: ¿Cual sería la razón por la que persistimos con esas altas tasas de mortalidad? Sin duda tenemos una altísima frecuencia de embarazos en

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

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

JMT: Bueno primero habría que contextualizarlo. Si revisamos las cifras nacionales de suicidios vamos a ver que siempre están a la cabeza Yucatán, Campeche y Tabasco. De manera que no es un problema local; tampoco es un problema de ahora. Tiene que ver con raíces antropológicas. De hecho había una diosa maya del suicidio, allí está en el museo de antropología de Mérida. En segundo lugar las tasas de suicidios en Tabasco son muy altas en el entorno nacional, pero hay que pensar que México es un país con tasas muy bajas, comparado con otros países. La tasa nacional es del orden de 4 por 100 000; la tasa mundial es de 15 por 100 000 y en Tabasco andamos alrededor de 8 por 100 000, de manera que no andamos en cifras escandalosas, sobre todo si nos comparamos con países de Europa del norte, Canadá o Japón, que tienen un serio problema. Ahora la sociedad tabasqueña lo percibe y ha habido una presión intensa en este campo. El gobernador ha respondido. Hacemos una vigilancia epidemiológica e implantamos bloqueos epidemiológicos cuando hay un intento de suicidio. En los centros de salud regionales –hay 35 en todo el estado– tenemos

un psicólogo. Además tenemos un hospital de salud mental muy fuerte, que inclusive ganó un premio nacional de calidad. Contamos con el número 066 de atención a urgencias, que tiene psicólogo permanente con capacitación para intervención en crisis. Estamos además prescribiendo antidepresivos de última generación de distribución gratuita. Entonces sí hay un programa estructurado y sí es algo que preocupa mucho a la sociedad tabasqueña y al gobierno del estado.

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

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

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

JMT: En primer lugar hay que felicitar a este país porque por primera vez en su historia quien dirige los destinos de la salud del país es un experto en salud pública. Hace poco hablábamos de lo curioso que resulta que un buen clínico se convierta en el encargado de las políticas públicas de salud. Bueno ahora se escogió a quien tiene el perfil. Yo estoy convencido de que el problema hoy en día en el mundo en relación con la salud es el financiamiento. Son muy conocidas las transiciones demográficas y epidemiológicas, pero igualmente importante es la transición tecnológica. Todas ellas están haciendo mucho más costosa la salud. Y bueno, poner el dedo en esa llaga fue un gran acierto del doctor Frenk. Y ha sacado adelante su agenda con gran maestría. Yo al principio pensaba que no iba a llegar muy lejos. Celebro que sí haya podido. Cuando empezamos debo reconocer que no me latía, ni a mí ni al gobernador

nos latía. Pero yo le dije al entonces encargado del Seguro Popular: "Mira vamos a probar y si esto funciona yo te aseguro que Tabasco le entra". Y bueno así fue; lo analizamos, lo estudiamos, vimos los pros, los contras, hicimos encuestas locales, y aquí estamos.

¿Qué pensamos del Seguro Popular, de la reforma financiera del sector salud? Estamos convencidos de que sí es una muy buena herramienta para enfrentar los desequilibrios financieros del sector. Hay algunas cosas que todavía no están del todo claras. Por ejemplo, cómo vamos a compensar, en el caso de Tabasco, a los municipios que presentan una sobredemanda, por ejemplo aquellos que atienden a los hermanos vecinos de Guatemala. Pero sin duda es un problema menor. El problema sustantivo entre un estado que aporta muchísimo más que otro y recibe muchísimo menos se va a resolver relativamente rápido. Y además tiene una segunda ventaja extraordinaria: está planteado con un pensamiento moderno, un pensamiento lógico, que contempla una aportación que alcanza a cubrir el compromiso adquirido, a diferencia del modelo de seguridad tradicional que promete todo y no cuenta con los recursos necesarios. ¿Cuándo les llegará la crisis a los servicios médicos de la seguridad social? Ya veremos. El Seguro Popular es un sistema moderno; cada vez que aseguremos un nuevo padecimiento tendremos que movilizar los recursos correspondientes. Desde luego tiene el problema de que no se va 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 le 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*