

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, construidos como tales, sólo tenemos dos, Iztapalapa y Ticomán, en donde hay un cierto equilibrio entre especialidades. Aquí hay algo muy interesante. En 1970 cerca de 40% de las defunciones en el Distrito Federal eran infantiles. Hoy 53% de las defunciones ocurren en mayores de 65 años de edad y sólo 6% son infantiles. O sea que ha habido un cambio realmente importante. Cuatro causas de muerte dan cuenta de más de 50% de la mortalidad.

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

En la primera etapa hemos fortalecido las áreas de medicina interna, las áreas de urgencias, debido a la gran presión sobre ellas, y la referencia y contrarreferencia entre hospitales y con el primer nivel de

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

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