

Seguro Popular de Salud

Siete Perspectivas

La serie de entrevistas sobre el Seguro Popular de Salud, iniciada en el número 6 del volumen 46 de Salud Pública de México, continúa ahora con las entrevistas a Rogelio Gómez Hermosillo, Coordinador Nacional del Programa Oportunidades y a Christian Baeza, funcionario del Banco Mundial.

No nos puede pasar que, esperando las 100 intervenciones del Seguro Popular, se deterioren las 13 intervenciones del Paquete Básico de Oportunidades

Entrevista con el Lic. Rogelio Gómez Hermosillo, Coordinador Nacional del Programa Oportunidades

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

Rogelio Gómez Hermosillo (RGH): Oportunidades es un programa del gobierno de la República que atiende a los hogares en condición de extrema pobreza: 5 millones de familias, 25 millones de mexicanos, la cuarta parte de la población nacional. Se ha venido construyendo paulatinamente y es la primera vez que el país cuenta con una red de protección social para los hogares pobres que redistribuye ingreso dentro de un esquema de incentivos que permite el desarrollo de capacidades. Mediante un sistema muy efec-

tivo de focalización que utiliza la mejor información estadística disponible, entrega apoyos en efectivo a los hogares en extrema pobreza siempre y cuando los miembros de estas familias asistan regularmente a los servicios de salud y a las escuelas, lo que permite el desarrollo de capacidades. Es un diseño pionero y muy innovador que está siendo replicado en otros países del mundo, básicamente de América Latina. Estamos llegando a las localidades más apartadas, a las zonas más deprimidas, a hogares que durante mucho tiempo no recibieron casi ningún apoyo, ninguna atención. Y lo estamos haciendo combinando este esfuerzo de mejorar su consumo, mejora moderada de su ingreso para mejorar el consumo de alimentos y otros satisfactores básicos, con la permanencia escolar. Así, los jóvenes antes condenados a desertar después de la primaria, después de la secundaria, están completando sus ciclos escolares y se están planteando otros objetivos. Esto es básicamente Oportunidades, un esfuerzo de siete años que hoy llega a 100% de los municipios de nuestro país y a las 32 entidades federativas.

SPM: *Ya lo mencionó usted, Oportunidades tiene tres componentes, el nu-*

tricional, el educativo y el componente de salud. ¿Podría extenderse un poco más en este último?

RGH: Este programa concreta una sinergia entre tres acciones: de nutrición, salud y educación. Participan en él, de manera coordinada, el sector salud, el sector educación y el sector de desarrollo social. El componente de salud consiste en la prestación de un paquete básico de 13 intervenciones, sobre todo preventivas, que incluye acciones de saneamiento ambiental, manejo del embarazo, el parto y el puerperio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades respiratorias y diarreas. Estos servicios se reciben en unidades de primer nivel, incluso a través de personal auxiliar comunitario. El apoyo en efectivo y el acceso a los suplementos nutricionales que reciben los niños y las mujeres embarazadas y en estado de lactancia –que contienen micronutrientes y 20% de los requerimientos energéticos que requieren los niños y las mujeres– dependen de la asistencia regular y periódica a estas unidades de salud. Asimismo, se hace un seguimiento y un manejo muy riguroso de los casos detectados de desnutrición. A esto habría que agregar un tercer aspecto del componente de la salud

que es la educación para el autocuidado, que incluye educación en temas de salud e higiene, información sobre hábitos de alimentación y prevención de enfermedades. Lo importante es que la población está acudiendo a recibir estos servicios que están teniendo un efecto preventivo muy importante.

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

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

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

RGH: Yo creo que esta es una buena noticia. No tenemos una evaluación todavía porque la afiliación de las familias al Sistema de Protección Social en Salud es muy reciente, pero

no cabe duda que en principio es un hecho positivo. Si nos preocupa que vaya a primar la oferta sobre la demanda de este tipo de servicios y que se descuide la afiliación en comunidades que no cuenten con la infraestructura necesaria para proporcionar estas 100 intervenciones.

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

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

posibilidad que ciertamente es una ampliación de derechos o un incentivo para el ejercicio de derechos tan básicos como la educación o la salud.

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

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

tervenciones se deterioren las 13 del paquete básico, en las que se incluyen acciones tan importantes como el saneamiento ambiental, el manejo de los alimentos, la diversificación de la alimentación o la lucha contra vectores.

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

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



El fortalecimiento de la prestación pública de servicios es el gran desafío de la reforma mexicana

*Entrevista con Christian Baeza.
Funcionario del Banco Mundial*

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

Christian Baeza (CB): Vamos a iniciar la historia en el año noventa, cuando en Chile se retoma la democracia. Ese año el ministro de salud me pide hacerme cargo de la Unidad de Financiamiento Internacional. Más tarde fui director de presupuesto del Ministerio de Salud. Después de eso salí de Chile por un par de años a estudiar y de allí me fui al Banco Mundial, en donde estuve entre 1993 y 1997. En este último año volví a Chile como director del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Estuve allí dos años y trabajé, fundamentalmente, los temas de reforma del financiamiento y estructura del sector público chileno. Después de FONASA me invitaron a la Organización Mundial de la Salud a escribir el capítulo 5 del *Informe Mundial de la Salud*, fui co-editor del *Informe 2000* con Phil Musgrove y otros. Luego entré a la Organización Internacional del Trabajo, en donde fui jefe global del tema de extensión de la protección social en salud. De allí me recluta de nuevo el Banco para trabajar en Argentina y Brasil, y ahora en México.

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

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

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