

Entrevista

Entrevista al Dr. Julio Frenk

Extraída del libro El Factor Salud, testimonios sobre la medicina mexicana

Raúl Cremoux¹

¹ Reportero independiente, ganador del premio “Quallys” y dos veces ganador del Premio Nacional de Periodismo en Televisión.

JF: Siempre empiezo el análisis de la situación de salud con un reconocimiento al extraordinario avance que ha habido en materia de salud pública en México; sobre todo a partir de 1943. En ese año, se sentaron los tres grandes pilares institucionales del sistema actual de salud; en enero, se funda el IMSS, con eso arranca toda una vertiente de seguridad social, que en 1960 se enriquecería con la creación del ISSSTE; en abril, se funda el primer Instituto Nacional de Salud: el Hospital Infantil de México, que es la columna vertebral de la excelencia en la atención médica, en la investigación y la formación de recursos humanos; y en octubre, se establece la primera Secretaría de Estado en la historia de México dedicada de manera especializada y específica al tema de la salud, que era entonces la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que desde 1985 se llama Secretaría de Salud.

En esos 60 años, ha ocurrido una auténtica revolución de la Salud. La esperanza de vida al nacer ha crecido más que en toda la historia previa acumulada de la humanidad y el perfil dominante de la enfermedad y la muerte cambió de manera radical.

En el Programa Nacional de Salud, claro que hay todavía esos desafíos y retos fundamentales: equidad, calidad y protección financiera. Equidad, porque el avance se dio de manera desigual, entre grupos sociales y entre regiones del país. Fundamentalmente sigue habiendo un rezago inaceptable en el sur-sureste del país, especialmente en las comunidades indígenas y las zonas rurales. Calidad, porque ya los ciudadanos reclaman no nada más cobertura, y cantidad de servicio, sino un servicio que sea bueno en lo técnico, pero que también contempla el lado humano de la calidad, es decir, el trato digno al paciente y su familia; y, tercer reto, la protección financiera, porque en estos 60 años se acabaron las enfermedades baratas de prevenir y de tratar y tenemos hoy un predominio de enfermedades cada vez más costosas. En el campo de la innovación tecnológica, constantemente aparecen nuevas medicinas, nuevas vacunas, nuevos aparatos diagnósticos, nuevos procedimientos quirúrgicos, pero a un precio tan alto, que muchas familias simplemente o no pueden cubrir sus costos o se arrojan económicamente por atender una enfermedad.

RC: ¿Hay otros desequilibrios?

JF: Un segundo desequilibrio: Contrariamente al mito de que el Sistema de Salud Mexicano era un sistema esencialmente público, más de la mitad de todo el gasto en salud, 52% para ser exactos, era lo que se llama «gasto de bolsillo». Es decir, el gasto que hace el paciente en el momento mismo de usar los servicios. Este desembolso es la forma más injusta de financiar un sistema de salud. Además, es inefficiente porque no toma en cuenta la característica central de los fenómenos de salud que es la incertidumbre. Ninguno de nosotros sabemos cuándo nos vamos a enfermar o vamos a sufrir un accidente grave; entonces la forma de lidiar con la incertidumbre es mediante el aseguramiento, ya que el «gasto de bolsillo» puede ser catastrófico y nosotros estimamos que había más o menos tres millones cien mil familias que, cada año, se arrojaban económicamente por cubrir los costos de la atención y de las medicinas... ¡tres millones cien mil familias al año!

RC: ¿Y el tercero?

JF: Desigualdades de distribución muy marcadas, primero entre derechohabientes y no derechohabientes de la seguridad social. Tres veces más por persona de recursos públicos para derechohabientes que para los no derechohabientes. Añadimos desigualdades entre los estados. Había una diferencia de ocho a uno entre el estado que más dinero federal recibía por persona para salud y el que menos. El estado que más recibía *per cápita* era Baja California Sur y el que menos, Puebla. Mientras que Baja California Sur tenía más de mil pesos por persona por año, en Puebla andaba en 200 ó 300 pesos.

El cuarto desequilibrio, era lo que los propios Estados ponían, era muy desigual. Había una diferencia de 90 veces entre el estado que más ponía, que era y sigue siendo Tabasco y el que no ponía nada al renglón salud.

Finalmente, había un quinto desequilibrio, en donde la mayor parte del dinero se iba al pago de la nómina y se había deteriorado la inversión. Teníamos un deterioro muy serio en inversión y en un campo como la salud donde la innovación es fundamental, dejar de invertir es condenarse a la obsolescencia.

RC: ¿Qué hicieron ante estas adversidades?

JF: La reforma estructural del Sistema de Salud se volvió una Reforma de Estado, porque después de dos años y medio de discusiones fue aprobada por una amplísima mayoría en el Congreso, 94% del voto en el Senado y 73% del voto en la Cámara de Diputados. A menos de año y medio de haber entrado en vigor esta reforma, todos los Estados y el Distrito Federal ya se habían sumado; es una reforma de Estado porque trascendía en su propio diseño los límites de la actual administración.

Esa reforma introdujo el cambio más grande que se le ha hecho a la Ley General de Salud desde que se promulgó en 1984. Consistió en agregar todo un título nuevo que trataba justamente el problema de cómo financiar la salud. Ese título nuevo crea el Sistema de Protección Social en Salud.

RC: ¿Y eso da lugar al Seguro Popular?

JF: Algunos críticos del Seguro Popular se quedan en lo más superficial y no han comprendido cabalmente el profundo sustento ético y político, que subyace a estas reformas. Siempre digo que las políticas públicas tienen tres pilares; un pilar técnico, que es el que he descrito, un pilar ético, para hacer explícitos estos valores y un pilar político, que consiste en movernos hacia un sistema donde toda la población ejerza de manera igual, su derecho a la protección de la salud. Dimos un gran paso en 1983, cuando era secretario el doctor Guillermo Soberón, al reformarse la Constitución Mexicana para reconocer en su Artículo cuarto el derecho a la protección de la salud. Nuestro sistema que nació en 1943, y que tantos beneficios nos dio, tuvo sin embargo, un problema fundamental de diseño, un pecado original y es que el sistema nació dividido. Dividió a la población mexicana según su posición laboral; a los que tenían un trabajo asalariado, es decir a quienes recibían un sueldo de un patrón, les crea un esquema correcto para financiar la salud, pero desgraciadamente la seguridad social en México se ató al empleo. El sistema divide a los que tienen empleo asalariado para los cuales crea el Seguro Social y a los que no tiene trabajo asalariado, los campesinos y toda la gente que trabaja por cuenta propia los deja a merced de la acción asistencial del Estado.

RC: ¿Y cómo se incrusta en esto el Seguro Popular?

JF: El Seguro Popular derrumba ese muro que dividió a los mexicanos en ciudadanos de primera y de segunda. Si eres el hijo de un campesino, quizás aunque no hay muchas diferencias de ingreso, no tienes un esquema de seguro y estás sujeto a una acción asistencial que por definición es discrecional; lejos de llamarte derechohabiente, perteneces a una categoría residual llamada población abierta y si no hay los medicamentos, simplemente tú, tendrás que echar mano del patrimonio familiar para adquirirlos. En 2003 se aprueba esta reforma y lo que está planteado en el fondo del Seguro Popular es la idea de un sistema auténticamente universal en

el doble sentido de la palabra que cubra a todos y que lo haga sin distinciones.

Estamos hablando de todos los campesinos, de todos los pequeños comerciantes, de todos los profesionistas en el ejercicio libre de la profesión, de toda la gente que cobra por honorarios. Esto además, tiene que ver con completar nuestro tránsito hacia la democracia.

Lo que nos planteamos fue corregir los cinco desequilibrios y ello entraña la obligación financiera de los gobiernos federal y estatal por cada familia que se vaya afiliando al Seguro Popular. El presupuesto de salud ya no es un presupuesto discrecional; pasamos a un esquema de presupuestación de Estado donde queda, en una Ley General, cuál es la corresponsabilidad financiera del gobierno estatal y de los propios ciudadanos para financiar la salud. Así se aprueba un periodo de siete años para afiliar a 50 millones de mexicanos que no tenían seguridad social y en el proceso queda proyectado agregarle un punto porcentual del producto interno bruto al gasto público en salud. La calidad en la atención progresivamente será mejorada.

RC: ¿En el último presupuesto federal ya está incluido esto? ¿Ya hay ese incremento?

JF: Es el tercer año, de los siete, en donde ya el presupuesto de salud está regido por este cambio que se dio en la ley en el 2003. Vamos a lograr un punto adicional del PIB, que es mucho dinero, son como 70 mil millones de pesos adicionales al año, pero se hace en siete años. Hemos logrado un incremento sin precedentes en el presupuesto de salud. En el 2000, cuando yo recibí la Secretaría, el presupuesto total era de 35 mil millones de pesos. Para 2006 es de 81 mil millones de pesos; si descuentas la inflación, el crecimiento en el sexenio del Presidente Vicente Fox es de 80%. Nunca, desde que se formó la Secretaría, hubo un crecimiento tan grande del presupuesto de salud y eso es gracias a la reforma de Ley.

El año pasado por ejemplo (2005), el presupuesto por el Seguro Popular fue de ocho mil 500 millones de pesos; ¿en qué se usaron? Primero, en medicinas; 45% de ese dinero fue para financiar la compra de medicinas para la gente pobre de nuestro país. Segundo, para contratar más personal y tercero, para equipamiento más moderno.

Solamente en aceleradores lineales, que es la tecnología más moderna para el tratamiento del cáncer, hemos multiplicado el número y finalmente, hemos empleado el dinero en nueva infraestructura y nuevas instalaciones. En lo que va del sexenio se han construido, renovado o puesto en operación, 2,300 unidades de atención.

ENTREVISTA AL DR. JAIME SEPÚLVEDA

RC: ¿Piensas que el Seguro Popular llegue a tener una estructura real, efectiva como para cumplir con todos los propósitos que se han fijado el Secretario de Salud y el Presidente?

JS: Yo llevo muchos años como funcionario de la Secretaría de Salud. Desde 1985 he ocupado muchos cargos, he visto reformas, he trabajado directamente con 4 ó 5 secretarios de estado y creo que sin exageración, esta es la reforma conceptual más profunda que se ha hecho en lo que llevo en mi vida profesional en México. Es una concepción francamente excepcional, es un paradigma que modifica fundamentalmente el sistema público de salud y tiene las mayores promesas para lograr transformar un sistema pasivo y burocrático en un mecanismo mucho más activo de financiamiento de salud pública.

El aseguramiento universal de la población en salud es un viejo...

RC: ¿Sueño utópico?

JS: No necesariamente. Existen varios países que lo han logrado con un éxito razonable a un precio accesible. Canadá es un ejemplo; no es algo inconcebible. El modelo que no hay que seguir es el modelo de Estados Unidos en donde la mayor parte del aseguramiento es privado y eso deja hasta 30 ó 40 millones de personas desprotegidas. El modelo canadiense es un modelo de aseguramiento público que tiene grandes niveles de satisfacción, a un costo de 9% del PIB. Esto es accesible, mucho mejor empleado que en Estados Unidos que gasta el 16% y lo hace de manera insatisfactoria. En México ya existe desde hace un cuarto

de siglo, una escuela, una profesionalización; no es una ocurrencia, insisto, sino que viene como parte de una evolución. ¿Cuál es el primer programa universal en salud que se dio en México?. El Programa de Vacunación Universal. Eso es a mi juicio, el primer ejemplo de equidad. Este concepto del doctor Jesús Kumate, lo vuelvo a citar, de equidad inmunológica, hace que todos los niños en México sean iguales inmunológicamente contra enfermedades. El rico y el pobre se igualan.

Entonces, el seguro Popular es solamente una evolución y una consecuencia lógica de las inversiones en salud que ya venían de atrás. Estamos tratando de universalizar pública y gratuitamente una serie de beneficios para la población. Vacunación fue el primero, y se ha ido extendiendo. Creo que sería un error histórico y una enorme miopía al dejar que esas políticas de Estado y la profesionalización en salud pública, retrocedieran o se destruyeran. En México llevamos cuatro administraciones con continuidad en donde la Secretaría de Salud no ha sido parte de una repartición política, sino que ya se profesionalizó. Tenemos médicos con doctorados, tenemos investigadores tales como: Soberón, Kumate, de la Fuente, Frenk, gente que tiene el grado y la credibilidad profesional para el ejercicio de políticas en salud. Eso no se puede improvisar. Creo que, a riesgo de sonar como producto de un interés gremial, es muy importante que se continúe con las políticas de Estado y con la profesionalización de la medicina mexicana.