

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): Plati-
tíquenos de Oportunidades. Sabemos
que son ya cinco millones de familias be-
neficiarias, 82 mil localidades y diversos
reconocimientos nacionales e interna-
cionales. ¿Qué es hoy y hasta dónde ha
llegado Oportunidades?

Rogelio Gómez Hermosillo (RGH):
Oportunidades es un programa del
gobierno de la República que atien-
de a los hogares en condición de
extrema pobreza: 5 millones de fa-
milias, 25 millones de mexicanos, la
cuarta parte de la población nacio-
nal. Se ha venido construyendo pau-
latinamente y es la primera vez que
el país cuenta con una red de pro-
tección social para los hogares po-
bres que redistribuye ingreso dentro
de un esquema de incentivos que
permite el desarrollo de capacida-
des. Mediante un sistema muy efec-

tivo de focalización que utiliza la
mejor información estadística dis-
ponible, 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 escue-
las, lo que permite el desarrollo de
capacidades. Es un diseño pionero y
muy innovador que está siendo re-
plicado en otros países del mundo,
básicamente de América Latina. Es-
tamos llegando a las localidades más
apartadas, a las zonas más deprimi-
das, a hogares que durante mucho
tiempo no recibieron casi ningún
apoyo, ninguna atención. Y lo es-
tamos 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 secun-
daria, están completando sus ciclos
escolares y se están planteando otros
objetivos. Esto es básicamente *Opor-
tunidades*, un esfuerzo de siete años
que hoy llega a 100% de los muni-
cipios de nuestro país y a las 32 en-
tidades federativas.

SPM: Ya lo mencionó usted, Oportu-
nidades 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 nu-
trición, salud y educación. Participan
en él, de manera coordinada, el sec-
tor salud, el sector educación y el
sector de desarrollo social. El com-
ponente de salud consiste en la pres-
tación de un paquete básico de 13
intervenciones, sobre todo preven-
tivas, que incluye acciones de sa-
neamiento ambiental, manejo del
embarazo, el parto y el puerperio,
diagnóstico y tratamiento de enfer-
medades respiratorias y diarreicas.
Estos servicios se reciben en unida-
des de primer nivel, incluso a tra-
vés de personal auxiliar comunitario.
El apoyo en efectivo y el acceso a los
suplementos nutricionales que reci-
ben los niños y las mujeres embara-
zadas y en estado de lactancia –que
contienen micronutrientes y 20%
de los requerimientos energéticos
que requieren los niños y las muje-
res– dependen de la asistencia regu-
lar y periódica a estas unidades de
salud. Asimismo, se hace un segui-
miento 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 acreditarlos. 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?*

CB: Yo soy bastante crítico de la reforma de 1980 del sistema de salud chileno. Me parece que el sistema hizo crisis a fines de los años ochenta en el sentido de que no era eficiente y tenía muchas dificultades para brindar satisfacción a la población. Esa crisis da origen a la reforma, que introduce al sector privado en el aseguramiento y un seguro público que cubre a los indigentes y a cotizantes. Me parece que las partes más señeras de esa reforma son, por un lado, la separación del financiador de la prestación, en 1980, con la creación del FONASA y, por el otro, la eliminación de la distinción entre asegurados que cotizan y asegurados que son pobres y requieren del subsidio público para poder participar en el esquema. Creo que el desarrollo del sector privado asegurador en Chile ha producido muchos problemas de segmentación y equidad, que se deben más a la incapacidad del Ministerio de Salud y del sector público para regularlo, que a la existencia de incentivos perversos de los aseguradores. Pero sí hubo una mejoría sustantiva en el *know-how* en cuestión de seguros y un gran desarrollo de la prestación privada que en definitiva ha ayudado al sector público vía las compras cruzadas.

En el caso de la reforma colombiana podemos decir que, ya sea que aprendió de los errores de Chile o que aprendió sola, tiene dos o tres virtudes importantes. La primera es el gran esfuerzo de subsidiar la demanda en seguros y salirse del subsidio a la oferta del asegurador, sea público "a la Beveridge" o sea público "a la Bismarck". Me parece que la creación por primera vez de un paquete explícito, que es garantizado, que es exigible y que introduce la elección para el asegurador es otra gran contribución, pero también un gran dolor de cabeza desde el punto de vista de lo que eso demanda en términos de rectoría. Me parece asimismo que las dos reformas,

pero sobre todo la colombiana, nos enseñan que no es posible reformar el pilar asegurador en los sistemas de salud sin meter la mano profundamente en el pilar prestador. Yo tengo la impresión de que Colombia está enfrentando una crisis importante en su reforma producto de lo que fue el sueño de los economistas. Nosotros hace algún tiempo atrás pensábamos que las señales de precio iban a cambiar las conductas de los prestadores. Pero muy pronto nos dimos cuenta de que no iba a ser así; que hay que meterse en un proceso de fortalecimiento de la autonomía y mejorar la capacidad de gestión. Esta es una lección muy clara para toda América Latina.

Creo que la reforma mexicana captura algunas de estas lecciones. Y esto se refleja muy claramente en el esfuerzo de reforzamiento de la prestación pública, en el reforzamiento de la oferta de servicios. Resolver el problema de la prestación pública de servicios en el proceso de separación de funciones y en la introducción del financiamiento de la demanda es vital; creo que es el gran desafío de la reforma mexicana, la gran falla que hemos tenido en Chile y el gran signo de interrogación para la reforma colombiana.

SPM: *¿Cómo ve en el caso mexicano la incorporación de los sectores medios al Seguro Popular? En estas primeras fases del Seguro Popular la población que se va a afiliar, que por ley tiene que afiliarse, va a ser la población de menores recursos, que es la población natural de la Secretaría de Salud. Conforme pasen los años las poblaciones a afiliar van a ser los sectores medios, que van a tener que contribuir, y que son poblaciones que no tienden a utilizar los servicios de la Secretaría de Salud. ¿Qué anticipa que va a pasar ahí?*

CB: El diseño del Seguro Popular debiera permitir la incorporación de las clases medias, sobre todo de los

trabajadores no asalariados pero formales, que es el gran mercado del Seguro Popular *vis a vis* la seguridad social tradicional. Yo creo que esto va a depender de la calidad del paquete de servicios. La partida inicial puede ser un paquete muy costoso, de gran impacto para los sectores de menores ingresos, pero no demasiado atractivo para la clase media. La introducción del Fondo de Gastos Catastróficos, que habrá de financiar un número más amplio de intervenciones más complejas, puede hacer más atractivo al Seguro Popular. Yo creo que aquí los desafíos están relacionados: uno, con las implicaciones que esto puede tener para el mercado laboral formal, y dos, las implicaciones que esto puede tener respecto de la seguridad social formal. Yo tengo una opinión muy clara y brutal en ese sentido: nosotros en protección social no trabajamos en defensa de las instituciones, trabajamos para la protección de las personas. Si como resultado de un mejor paquete, más atractivo, más efectivo en acceso y protección financiera, la seguridad social tradicional pierde afiliados, ese es un problema de las instituciones, no de la gente; nosotros trabajamos en política pública de salud para que la gente esté protegida.

SPM: *Hablemos del carácter voluntario del Seguro Popular. Tanto en Chile como en Colombia por ley la gente tiene que afiliarse a un seguro de salud. El Seguro Popular es un seguro voluntario. ¿Cómo ve esta característica de la propuesta mexicana?*

CB: Creo que es una sabia definición que tiene dos componentes. Uno tiene que ver con El Principito y su preocupación por la salida del sol: no hay posibilidades de afiliar de manera obligatoria a los miembros del sector informal o no asalariado. El segundo tiene que ver con la apreciación de las personas por la vincu-

lación al seguro, y esto sólo puede ocurrir cuando hay una afiliación voluntaria. Y la afiliación voluntaria va a funcionar si y sólo si uno hace atractivo el seguro.

Hay otra dimensión que me parece que se ha discutido bastante en términos de las consecuencias del seguro voluntario y es el tema de la selección adversa. Particularmente para los primeros años del Seguro Popular este tema a mí me tiene sin cuidado, porque básicamente ese es el objetivo de este seguro, dado que no es un seguro privado con ajuste de riesgo para sus primas, es un programa público de protección de la gente. Su objetivo es concentrar al mayor riesgo y asegurarse de que las personas de mayor riesgo y vulnerabilidad estén protegidas. Por lo tanto, a mi juicio, el tema de la selección adversa puede ser un problema financiero, pero ese siempre es un problema cuando uno subsidia un programa.

SPM: *¿Qué piensa de la prestación privada de servicios de salud para el Seguro Popular, sobre todo a la luz de la experiencia que usted conoce sobre Chile? ¿Le parece problemático o va a enriquecer la oferta de servicios de salud?*

CB: Quisiera contestar esa pregunta en dos ámbitos: uno es el ámbito tecnocrático y el segundo es el relacionado con la factibilidad. En teoría, el asegurado debe acceder a la mejor calidad, el mejor precio y la mejor oportunidad en la búsqueda de los

servicios, y nuestra obligación es ayudarlos. Pero aquí hay que introducir una cuota enorme de realidad y de justicia. Si hoy como asegurador, en el caso del Seguro Popular, lanzamos a la competencia con el prestador privado al prestador público sin antes haber preparado a este último, sin antes haberlo fortalecido, estaremos incurriendo en un error y en una injusticia. Pero ese proceso de fortalecimiento tiene que tener un tiempo límite, no puede ser infinito. Una de las virtudes del Seguro Popular en la fase de transición es estar fortaleciendo a los prestadores públicos. Esto eventualmente les permitirá entrar en igualdad de condiciones a la competencia con los prestadores privados.

SPM: *Existe consenso internacional en el sentido de que si uno busca acceso universal y equitativo a servicios de salud deben predominar en los sistemas de salud los financiamientos públicos. En el rubro de la prestación no existe ninguna conclusión. ¿Este puede ser un mensaje claro para las reformas latinoamericanas, seguir insistiendo, como lo está haciendo la reforma mexicana, en la necesidad del financiamiento predominantemente público de los sistemas de salud?*

CB: Yo soy un ardiente defensor del financiamiento público de los sistemas de salud dados sus efectos sobre la eficiencia y la equidad. Yo creo que el esfuerzo que hace México en este sentido es esencial. Pero creo

que tenemos un camino largo que recorrer. No creo que logremos llegar pronto al predominio del financiamiento público y debemos ser muy cautos respecto al camino para lograrlo. No es lo mismo financiar esto con base en el IVA que con base en un impuesto sobre la renta. Aquí hay sutilezas, y no son sutilezas menores.

SPM: *Tenemos tres experiencias recientes de reforma en la Región. ¿Estamos con ellas construyendo un modelo latinoamericano de reforma o más bien estamos ante múltiples vías para alcanzar el objetivo común de una mejor y más equitativa atención de las necesidades de salud de nuestra población?*

CB: Lo único común es un rol muy fuerte del Estado en la rectoría y en el financiamiento, por razones de equidad y eficiencia. Lo demás depende de la historia y del contrato social de cada país. Hay países en donde la posibilidad de tener un asegurador único, integrado organizacionalmente, es viable; la gente lo quiere y lo acepta, y es parte de la historia, como sucede en Argentina o Brasil. En otros países hay que caminar hacia lo que inventó el secretario Frenk: si no podemos llegar a una unificación organizacional avanzemos hacia una unificación virtual por la vía de su mecanismo asegurador.

