

Economía moral

Veinte años del Progres-Oportunidades-Prospera (POP). Hora de decidir su futuro/ IX

El diseño del componente salud. Servicios de tercera para ciudadanos de tercera

Julio Boltvinik

Elementos incluidos (o por incluir) en el componente salud del POP

Paquete Básico Garantizado de Salud (PBGGS)	27 Intervenciones de Salud Pública del Causas (ISPC)
I. Acciones dirigidas a la Comunidad. Saneamiento Básico	I. Vacunaciones contra: Tuberculosis; hepatitis B (menores y mayores); vacuna pentavalente; rotavirus, neumococo conjugado; influenza (grupos de riesgo); sarampión, parotiditis y rubeola (SRP); difteria, tosferina y tétanos; poliomeilitis; papiloma humano; sarampión y rubéola (SR); tétanos y difteria; neumococo (adulto mayor)
II. Acciones dirigidas a la Persona Planificación Familiar Atención prenatal, parto y recién nacido Vigilancia nutricional infantil	II. Acciones preventivas para: Recién nacido; menores de 5 años; niños y niñas de 5 a 9 años; adolescentes de 10 a 19 años; mujeres de 20 a 59 años; hombres de 20 a 59 años; detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria; adultos mayores de 60 años y más
Inmunizaciones Manejo de diarrea en el hogar Tratamiento antiparasitario Manejo infecciones respiratorias agudas Prevención y control de tuberculosis Prevención y control de hipertensión y diabetes	III. Exámenes médicos completos para Mujeres de 40 a 59 años; hombres de 40 a 59 años
Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones	IV. Prevención y atención de violencia familiar y de género
Capacitación para el autocuidado de la salud	V. Otras acciones de promoción a la salud y prevención de riesgos
Prevención y detección cáncer cérvico-uterino	

Fuente: Elaboración propia (resumen) a partir de los Anexos II y III de las RO2018 del Prospera

En el componente de atención a la salud el énfasis es aumentar la demanda de servicios, mientras la ampliación y mejoría de la oferta (igual que en educación) queda fuera del Progres-Oportunidades-Prospera (POP):

“Al igual que en el componente de educación, el de salud se otorgará bajo un esquema de operación descentralizada de los servicios. Las instituciones estatales de salud, con la participación que corresponda al gobierno federal, *aplicarán una estrategia de fortalecimiento de la infraestructura de salud disponible en las regiones donde opere el programa(sic)*, buscando que las unidades médicas cuenten con los equipos, medicamentos y materiales (se les olvidó el

personal de salud) suficientes y necesarios para una atención de calidad”. (*Progres*, documento inicial del POP, Ejecutivo Federal, 1997, 69 pp, p. 48).

En el diseño del POP se excluyeron las localidades que no contaran con servicios de educación y salud en un radio de cinco kilómetros (actualmente están en una modalidad del POP llamada sin corresponsabilidad, donde sus habitantes reciben casi sólo transferencias monetarias alimentarias –TMA–), lo que muestra que es un programa de TM para fomentar la demanda de ambos servicios y que el cambio consiste en pasar de una actitud gubernamental pasiva: esperar que la población acuda a los servicios, a una activa, promover la asistencia *mediante*

la coacción económica: si no asisten no reciben TM. En la descripción de este componente me apoyo en dos textos que se refieren al diseño original) de quienes crearon el Progresá: el documento original del programa (*Progresá*, Ejecutivo Federal, 1997, 68 pp.) y en *Sin herencia de pobreza* (BID-Planeta, 2005) de Santiago Levy y Evelyne Rodríguez (LR) y en las reglas de operación 2018 (RO2018) del Progresá. Estas fuentes coinciden que el enfoque en salud debe ser y será preventivo, pero no queda claro como aseguran que ello sea así si los gobiernos estatales son los responsables. En *Progresá* se dice (p.49): “dado el enfoque preventivo y el esquema de operación que caracteriza al componente de salud, es claro que *el esfuerzo de las instituciones involucradas se concentrará en el primer nivel de atención*”. En las (RO2018) del Progresá, se señala como objetivo específico: “Asegurar el acceso al Paquete Básico Garantizado de Salud (PBGS) y la *ampliación progresiva a las 27 intervenciones de Salud Pública del Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes)*.” El PBGS es un conjunto muy limitado de acciones. El Causes es el listado de 287 intervenciones a que tienen derecho los beneficiarios del Seguro Popular. Las primeras 27 son las de salud pública (Véase Cuadro). *Observamos la jerarquización de la calidad de los servicios de salud a población abierta, todas de menor calidad que los servicios del IMSS y del ISSSTE; de mejor a peor: seguro popular, beneficiarios POP, y no beneficiarios POP* (que queda como la población abierta). Al parecer, el POP busca transferir la responsabilidad de la atención a la salud al Seguro Popular (SP), pues las RO2018 incluyen, entre los derechos de las familias beneficiarias, no sólo el *derecho a “solicitar a las autoridades del Sector Salud su afiliación al Seguro Popular”*, sino que convierten este derecho en un compromiso de la familia: presentar solicitud de afiliación al SP cuando no cuente con algún tipo de derechohabencia a los servicios de salud.

Puesto que el paquete de enfermedades e intervenciones cubiertos en el SP es mucho más amplio que el del POP, parece deseable que todos los beneficiarios del Progresá cuenten, al menos, con el SP. Pero es claro que, sobre todo en el medio rural, la accesibilidad geográfica es una barrera real para el acceso a los servicios del SP. También se plantea un problema adicional de coordinación institucional entre el Progresá y la Coordinación Nacional del Sistema de Protección en Salud. Por ejemplo, el SP no exige a sus afiliados acudir a citas programadas, y su énfasis es mucho más curativo que el del POP. ¿El beneficiario del POP tendrá que ir dos veces a consulta para el mismo problema de salud, o el mismo médico que lo atiende como beneficiario del POP lo atiende como afiliado del SP? ¿No procedería eliminar las condicionalidades de salud a quienes se afilien al SP? Cito extractos de las RO2018 que no abordan estos posibles conflictos y se lavan las manos respecto a padecimientos no cubiertos:

“La atención a la salud se proporciona... mediante las acciones del PBGS y la *ampliación progresiva a las 27 intervenciones de Salud pública del Causes*... Estas acciones tienen un carácter principalmente preventivo, de promoción de la salud y de detección oportuna de enfermedades... Estos paquetes irreductibles se proporcionan gratuitamente a las familias beneficiarias a través de citas programadas... El PBGS y las 27 intervenciones de Salud Pública del CAUSES se proporcionan en el primer nivel de atención... *Las familias beneficiarias que requieran atención en unidades de segundo y tercer nivel, así como la atención en casos de urgencia o problemas complejos, los cuales no puedan ser atendidos por el personal de salud de las unidades de primer nivel de atención, podrán ser referidos a otros servicios de mayor especialización*... Las familias beneficiarias tendrán derecho al abasto, surtimiento completo e información sobre el uso racional

de medicamentos a *los que tienen derecho en el PBGS y las 27 intervenciones de salud pública del Causes*, estas acciones serán responsabilidad de las entidades federativas a través de los Servicios Estatales de Salud y del IMSS-Prospera”

La expresión “podrán ser referidos” denota que no hay compromiso alguno por parte del POP de garantizar que sean atendidos. El paquete básico de medicamentos es una lista (muy limitada), nominalmente compuesta de 137 productos; algunos no son medicamentos sino productos para el control natal o líquidos rehidratantes y muchos son variaciones de presentación del mismo medicamento (por ejemplo, tres variantes de presentación de clorfenamina que es un antihistamínico). El catálogo de medicamentos del SP incluye 357 (casi el triple) que los del POP. El limitadísimo cuadro de medicamentos del POP corresponde con el número muy limitado de padecimientos atendidos en el PBGS, como puede verse en el cuadro. Como se aprecia, ocho padecimientos específicos se incluyen en el PBGS (diarrea, antiparásitos, infecciones respiratorias, tuberculosis, hipertensión, diabetes, lesiones y cáncer cérvico uterino). En el caso de lesiones, la atención se reduce a primeros auxilios; en diarrea a la entrega de sueros orales; el tratamiento antiparasitario es periódico a toda la familia y no guiado por diagnóstico. En el cáncer cérvico uterino la atención se limita a la detección. En tuberculosis se señala que se dará un tratamiento primario. En los únicos casos en los que está presente (en la columna de acciones que no he reproducido aquí del PBGS) el tratamiento específico son los de hipertensión, diabetes e infecciones respiratorias agudas. Una pregunta obvia para las evaluaciones de este componente es con qué frecuencia las clínicas carecen de los medicamentos listados en las RO2018, y qué hacen los médicos al respecto: tratan de conseguir el medicamento (si sus facultades se los permite) o le dicen al paciente que tiene que comprarlo. Pero es necesario recordar que

lo único ‘garantizado’ para los beneficiarios del POP es el PBGS. Las 27 intervenciones de Salud Pública del Causes son, como vimos, una aspiración (“ampliación progresiva a...”). Servicios de salud de tercera para ciudadanos de tercera.

www.julioboltvinik.org

julio.boltvinik@gmail.com