

Las transformaciones de las políticas de salud en el área de
América del Norte.

Ilán Bizberg

La mayoría de los estudios consideran que la globalización de la economía está teniendo como consecuencia una creciente convergencia de los modelos socio-económicos nacionales. A pesar de que la economía liberal de mercado (ELM) de los Estados Unidos y de otros países anglosajones ha sido reconocida como una de las "variantes del capitalismo", existe la tendencia de imponerla como el modelo dominante y a debilitar los tipos alternativos, entre ellos el de los países con "economías de mercado coordinadas" (EMC), de Alemania y los países nórdicos. En estas últimas, no sólo existe un Estado de bienestar más desarrollado que en los países anglosajones sino que, tradicionalmente, el Estado ha concertado con los actores sociales (en especial con los sindicatos y los empresarios) la definición de sus políticas públicas.¹ Según esta perspectiva, la globalización implicaría una tendencia al predominio de las fuerzas de mercado y al individualismo sobre la solidaridad social y el intervencionismo estatal. Esto significaría una disminución del papel del sindicalismo, de las organizaciones empresariales, así como el debilitamiento del estado benefactor.

Varios autores, entre ellos Banting (1997: 267), proponen que la política social representa una prueba crucial de las presiones para la convergencia implícita en los procesos de integración y de los grados de libertad que tienen los estados nación en la economía globalizada. Es por ello que hemos centrado nuestro estudio sobre esta temática.

¹ Hall, P. A. y David Soskice, Varieties of Capitalism. The Institutional foundations of Comparative Advantage, Oxford, Oxford University Press, 2001

Partimos de la idea de que la preservación de las diferencias entre los países es posible en la medida en que, como dice Théret, el fenómeno de la globalización no ha sido impuesto de manera heterónoma a los Estados, sino que ha sido activamente instrumentalizado por las elites gubernamentales, con base en una estrategia socio-política orientada fundamentalmente a deshacerse de las restricciones que les imponía el pacto inherente al Estado de Bienestar.² Más allá de una lógica estrictamente económica, de eficiencia y de competitividad, las elites gubernamentales han aprovechado la globalización para aumentar su margen de acción y fortalecer la autonomía del Estado, más que para reducir su papel. Esto quiere decir que cada elite nacional ha respondido de manera distinta al proceso de globalización y que las instituciones nacionales han evolucionado de manera diferente.

A pesar de los datos que claramente atestiguan de la permanencia de los Estados benefactores y de Estados que ejercen una regulación relativamente fuerte, como podrían ser los países de la Unión Europea, podría pensarse que los países de América del Norte tienen un margen de maniobra mucho menor por estar sometidos a la influencia directa de los EEUU. No obstante, algunos autores plantean que Canadá tiene un margen de maniobra relativamente importante, en especial en lo que se refiere a las políticas sociales. Esto básicamente porque los programas sociales son una parte integral de la identidad nacional canadiense.

El propósito del proyecto *"Hacia un Régimen de Bienestar Único en Norteamérica?: Impactos de la Globalización sobre la Regulación Socio-laboral en México, Estados Unidos y*

² Theret, Bruno, "La mondialisation : phénomène subi ou stratégie d'Etat" in La mondialisation comme concept opératoire, Marie-Cecile Naves et Charles Patou (eds), Paris, L'Harmattan Cahiers Politiques, 2001.

Canadá" y de este primer avance de investigación sobre los sistemas de salud en Norteamérica es precisamente analizar los márgenes de maniobra que tienen los tres países sometidos a un mismo proceso de globalización y a la construcción de un Área de Libre Comercio.

1. Una tipología de los regímenes de salud en América del Norte.

A pesar de que muchos autores no ven demasiadas diferencias entre el Estado benefactor de Canadá y el de EEUU, porque se ubican desde la perspectiva de los sistemas socialdemócratas o corporativos de Europa³, si nos situamos en la perspectiva de América del Norte, es posible ver que el sistema de bienestar canadiense está entre el europeo y el de los EEUU. Las diferencias con los EEUU se notan especialmente en el caso de los sistemas de salud, pero también en el caso de los programas hacia los pobres y marginados. En términos generales, los programas sociales canadienses se han caracterizado por su universalidad, mientras que los de EEUU son residuales⁴, es decir que sólo buscan compensar las falas de mercado, en el caso de Canadá, aunque también existe un buen número de programas que se definen como residuales, existen otros programas que son universales, vinculados a la ciudadanía.

En Canadá, los programas hacia los pobres han redundado en una reducción más eficaz de los niveles de pobreza y de desigualdad porque tienen mayor cobertura y porque están basados en una larga tradición de focalización de beneficios hacia ese sector de la población.⁵ Pero es el sistema de salud canadiense el que probablemente mejor representa el contraste con el régimen de los EEUU. No sólo por las diferencias que representa en términos prácticos, sino también

³ Esping-Andersen, Gosta, The three worlds of Welfare Capitalism, Princeton University Press, 1990.

⁴ En la categorización de Esping-Andersen.

⁵ Banting, 1997 :268-269.

simbólicos. Es conocido que el sistema de salud tiene un significado especial para los canadienses, en la medida en que es el programa que más diferencia a Canadá de los EEUU y que constituye por ello una parte integral de la identidad canadiense.⁶ Mientras que el sistema canadiense de salud es "...un conjunto de subsistemas provinciales ligados por un co-financiamiento y normas federales que le dan el carácter universal a nivel de todo el país, el sistema americano es un sistema fragmentado de programas centralizados y descentralizados: programas de seguridad federal obligatorios y voluntarios y programas asistenciales estatales cofinanciados por el Estado federal, todos ellos programas focalizados que dejan un gran espacio a la seguridad privada (fiscalmente subvencionada) y a la ausencia de protección".⁷

Mientras que el sistema público canadiense cubre el 100% de los gastos hospitalarios y ambulatorios de total de la población, el sistema público americano solo protege al 44% de la población, a pesar de que el gobierno gasta una cantidad equivalente en salud como parte del PIB a la de la mayoría de los países de la OCDE.⁸ A pesar de ello, el papel del gobierno en ese país es muy importante.⁹ En parte se trata de un impacto indirecto, ya que éste permite que las empresas estén en posición de dar dichos beneficios a sus empleados, mediante la deducción de impuestos, y por el lado del trabajador, dejar de gravar los beneficios que recibe de las empresas.¹⁰ Pero, por otra parte, los servicios públicos directos cubren a 9 millones de empleados del gobierno federal, a 6 millones de miembros activos del ejército y a sus dependientes, a prácticamente toda la población mayor de los 65 años (39 millones) y a algunos de los discapacitados en el

⁶ Theret, B., Protection Sociale et Fédéralisme. L'Europe dans le miroir de l'Amérique du Nord, Presses de l'Université de Montreal-Peter Lang, 2002: 267

⁷ Ibid., p.180.

⁸ Docteur, Elizabeth, Hannes Suppanz y Jaejoon Woo, "The US health system: an assessment and prospective directions for reform", Economics department working papers, núm. 350, OCDE, 2003: 20.

⁹ Ibidem.

¹⁰ Peters, 172-173.

programa Medicare. Existe, además el programa de Medicaid y el State Children's Health Insurance Program (SCHIP) (manejado a nivel estatal), que es la red de seguridad que cubre a los más pobres y a aquellos que han consumido gran parte de sus recursos financieros en tratar alguna enfermedad, así como a los niños casi pobres (con base en un nivel de ingreso establecido por el Estado).¹¹ El resto está cubierto por seguros privados o no tiene cobertura.

De esta manera, el sistema de salud de los EEUU es un sistema residual, con la agravante de que un porcentaje importante de la población que no tiene recursos para pagarse un seguro privado o que no labora en un centro en el que exista tal seguro, está fuera de ambos o muy mal cubierto. Se estima que son 37 millones, es decir el 15.5% de la población menor a los 65 años, los que no están cubiertos por ningún tipo de seguro social contra la enfermedad. Esta situación se produce porque el sistema de seguridad en salud para los más pobres, el Medicaid (que cubre a 24 millones de personas de bajos recursos, un 10% de la población) no incluye a la totalidad de los pobres (por ejemplo a los que están por encima de la línea de pobreza pero que tienen ingresos demasiado bajos para pagar un seguro privado), ni a la población que tiene un empleo pero que no está cubierta por el seguro médico de un empleador.¹²

En el caso canadiense, el gobierno financia el 70% de los gastos de salud, mientras que el 30% restante corresponde al gasto privado.¹³ En Canadá, la cobertura de los gastos hospitalarios y ambulatorios es total, las tarifas médicas son negociadas con la profesión y el "tercero paga"¹⁴ está generalizado. Las franquicias hospitalarias y los co-pagos por parte de los enfermos están prohibidos por el Canada

¹¹ OCDE, op. Cit: 7.

¹² Théret, op. Cit.: 181-4

¹³ Okma, 2002: 29-30

¹⁴ Esto se refiere a la suscripción a asociaciones mutualistas que cubren los gastos no cubiertos por la Seguridad social.

Health Act de 1984. Los gastos privados conciernen únicamente las compras de medicamentos prescritos fuera del hospital y ciertos servicios ambulatorios como los dentales.¹⁵ A diferencia de otros países de la OCDE, en Canadá los medicamentos recetados fuera del marco hospitalario no son reembolsados; aunque esto varía de provincia en provincia.¹⁶

En contraste, en los EEUU, los individuos no asegurados con enfermedades leves o medias, deben recurrir al sector privado. Para situaciones verdaderamente críticas, los no asegurados pueden en general recibir servicios médicos en los hospitales sobre una base benévola, los que transfieren los costos a los asegurados. Lo que esto significa es que esta población se ve obligada a recibir ayuda médica de manera piadosa, sin tener un derecho a ella. Por otra parte, en los EEUU hay un sector importante que está sub-asegurado; en especial de personas mayores, el grupo sobre el que se focaliza el sistema de seguridad social. El Medicare ofrece una cobertura hospitalaria, pero deja a la carga del paciente una parte importante de los costos (franquicias, co-pagos), de manera tal que en las enfermedades de larga duración esta situación puede conducir a la miseria antes de que pueda inscribirse al Medicaid y recibir servicios de salud de manera benévola.¹⁷

En los EEUU, el sector público sólo financia el 43% del gasto total en salud. Vale la pena agregar que la proporción del gasto público ha ido creciendo considerablemente de 1960 a 1980, cuando pasó del 21% al 40%, del 39% en 1990, para crecer hasta el 43.3% en el 2000. La mayor parte de los servicios de salud son de propiedad privada y operadas por este sector, ya sea que se trate del sector lucrativo o del sector de beneficencia, que es considerable en este

¹⁵ Théret, op. Cit.: 184.

¹⁶ OCDE,

¹⁷ Théret, op. Cit: 181-4

país. De la misma manera, la mayor parte de los planes de seguro médico son privados y lucrativos. Existe, además, el caso de algunas aseguradoras privadas que ofrecen sus servicios al Medicare (el servicio de salud para los mayores), siendo responsables para llevar a cabo funciones tales como el pago a los médicos y a los servicios de salud.¹⁸

De esta manera, casi dos terceras partes de la población norteamericana están cubiertas por seguros privados de salud. La mayor parte de los seguros médicos son contratados por los empleadores en pequeños o grandes grupos. A pesar de que los empleadores no están obligados legalmente a cubrir a sus empleados, existen los estímulos fiscales para hacerlo. Aunque pesar de que el gasto privado como porcentaje del gasto total en salud ha descendido considerablemente, era de casi 79% en 1960, sigue siendo del orden del 57% en el año 2000. El papel que desempeña el sector privado en la provisión de servicios sociales, es especial en tanto que el componente privado de los servicios sociales se da a través de grandes corporaciones y contratos sindicales, nos permitiría definirlo como uno de "corporate welfare". Es un sistema que se distingue de los sistemas europeos y del de Canadá: 1) en EU hay poco sentido de equidad en la distribución de los beneficios, 2) no existe una conexión entre el ciudadano y sus beneficios sociales, éstos están vinculados directamente a su lugar de empleo; es decir que se pueden perder si se pierde el trabajo.¹⁹

A pesar de que existen dos formas de cobertura que debían complementarse, hay una porción considerable de la población que por diversas circunstancias no está cubierta. Por inelegibilidad para acceder a los programas gubernamentales, inhabilidad o falta de voluntad de comprar un seguro privado y otras barreras, un porcentaje

¹⁸ OCDE, 2003: 7

¹⁹ Peters, :167

considerable de la población queda fuera de cualquier tipo de cobertura. Además, un porcentaje de gente está sub-asegurada, lo que hace que su salud y sus finanzas estén en riesgo; lo que atestigua el alto porcentaje de gasto de bolsillo, a pesar de que este tipo de gasto ha descendido de manera importante: del 55% ²⁰ en 1960 al 17% en el año 2000.²¹ Es de destacar, adicionalmente, que este gasto de bolsillo es regresivo, ya que las familias de menores ingresos gastan más en servicios de salud que las de mayores ingresos: en el año 2000, el gasto de los que ganaban hasta 9,999 dólares era de 16.6% y sólo 2.6% de los que ganaban más de 70,000 dólares al año.²²

Otra característica del régimen de seguridad social norteamericano es su ineficiencia en términos de costos. El costo del sistema es exorbitante en relación a la magra extensión de protección social que ofrece. El costo administrativo unitario de los servicios médicos en los EEUU en comparación con el de Canadá pasó de una relación de 2 a 1 en 1960 a una relación de 3.3 a 1 en 1975 y de 6.5 a 1 en 1990.²³ Los EEUU gastan cerca del 13% del PIB en salud, mientras que Canadá, gasta alrededor del 9%²⁴; siendo el promedio de la OCDE de 8%.²⁵ Los datos de la OCDE indican que los EEUU gastaban un promedio de 4,631 dólares por persona en 2000, más de dos veces y media más que el resto de los países de la OCDE.²⁶

Esta diferencia de gastos en los EEUU se ha explicado por el hecho de que en primer lugar el gasto público representa menos de la mitad del gasto total en salud, por otra parte, este gasto está dividido en varios programas. Esto lleva a que el gobierno federal tenga un

²⁰ Veremos cómo en México este gasto es muy considerable, más del 50%, el mayor de los países de la OCDE.

²¹ OCDE, 2003: 8

²² Jasso-Aguilar, Waitzkin y Landwehr: 140

²³ Theret, op. Cit.: pp:185-186.

²⁴ Por comparación, México gasta el 6%.

²⁵ OCDE, 2003: 19

²⁶ OCDE, 2003: 20

control menos directo del gasto total que otros gobiernos de la OCDE.²⁷ Y, en efecto, la explicación más directa de los elevados gastos y de sus aumentos es que los costos de los servicios médicos en los EEUU son significativamente más elevados que en otros países. A pesar de que la comparación de precios es difícil, los autores del estudio de la OCDE dan el ejemplo de las medicinas. A pesar de que la población de los EEUU era recetada un 27% menos que la media de los pacientes de los países de la OCDE, el gasto en medicamentos en este país era 41% mayor.²⁸

Si definimos al régimen canadiense de salud como un régimen universal y solidario y al de los EEUU como un régimen segmentado y no solidario o liberal-residual, el régimen de salud mexicano puede caracterizarse como un régimen corporativo. Se ha caracterizado a los regímenes de Latino-América como duales, lo que se entiende por el hecho de que hay una considerable protección social para los grupos organizados y de la economía formal y una cobertura mínima o nula para las masas menos organizadas y de inserción menos estable en los mercados de trabajo formales.²⁹ Otras caracterizaciones de los regímenes latinoamericanos y específicamente el mexicano, lo han tipificado como un híbrido entre los regímenes bismarkianos y los residuales.³⁰ No obstante, ninguna de estas caracterizaciones es satisfactoria en la medida en que, la primera, basada en el concepto dual, puede caracterizar distintos tipos de régimen de seguridad social muy diferentes; por ejemplo el sistema liberal-residual puede ser también considerado como dual: una seguridad privada y una seguridad pública residual. La segunda tipología no caracteriza los regímenes de los países latinoamericanos, sino que simplemente los

²⁷ OCDE, 2003: 20

²⁸ OCDE, 2003: 23

²⁹ Felgueira,

³⁰ Gordon R., Sara, "Del universalismo estratificado a los programas focalizados", in Martha Schteingart, Políticas sociales para los pobres en América Latina, Mexico, Miguel Angel Porrua, 1999, p. 53.

ubica entre dos tipos "clásicos" de seguridad social. Es por ello que considero necesario concebir tipos específicos para caracterizar cabalmente a los regímenes de América latina. En el caso mexicano es probable que la mejor caracterización sea la corporativa estatal.

A pesar de que tenía una vocación universal, en los hechos, el sistema de salud mexicano se caracteriza por la existencia "... de varios aseguradores y prestadores de servicios integrados de manera vertical, que atienden a distintos segmentos de la población y que mantienen poco contacto entre sí. Además, existe un sector privado grande y en su mayoría, no regulado."³¹ Estas instituciones de seguridad social cubren al sector formal de la economía, aproximadamente la mitad de la población, mientras que la Secretaría de Salud cubre al resto de la población no asegurada. El régimen de salud de México tiene tres pies, el primero público, basado en contribuciones de los trabajadores, de los patrones y del gobierno, que otorga servicios de salud a los trabajadores que laboran en el sector formal. El segundo, también público, basado en impuestos y que cubre al resto de la población que no tiene un empleo formal que le de derecho a la salud, ni los recursos para acudir a los servicios privados. Y, finalmente, el sector privado al que acuden las clases medias y superiores, así como la población cubierta por los otros dos servicios públicos cuando se trata de enfermedades poco graves, para las que tendrían que esperar mucho tiempo para ser atendidos en el sector público, o para la adquisición de medicinas que no les suministra el sector público.

A pesar de que el sistema de salud mexicano es similar al de los EEUU en tanto que el nivel del gasto público constituye el 45% del gasto total en salud en 2002, inferior al promedio de la OCDE, que es

³¹ OCDE, Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México, OCDE, Paris, 2005.

del 72%, no es en absoluto un sistema residual.³² Esto porque, a diferencia de lo que sucede en los EEUU, el sistema de seguros privados, financiados por las empresas y por los empleados, sólo constituye el 3% del total³³ Mientras que en EEUU, el 66% del financiamiento total es privado y el aseguramiento privado constituye el 36% del financiamiento total en salud. Es crucial hacer notar el contraste tan radical que existe entre el volumen de servicios que brinda el sector privado y el nivel de su financiación. El sistema privado de salud en México cubre el 10% del tratamiento hospitalario y el 14% de la atención ambulatoria, mientras que como ya lo mencionamos sólo el 3% de la población está cubierta por algún seguro privado. Esto quiere decir que el sector privado depende casi exclusivamente del pago directo del bolsillo. De hecho, los pagos directos del bolsillo de los usuarios en México son uno de los más altos en el mundo y el más alto en la OCDE: representa el 51% del financiamiento total de los servicios de salud.³⁴ Esto se explica porque aún los sectores que están cubiertos por la seguridad social del Estado o que en principio tienen acceso a los servicios públicos abiertos a la población general, hacen uso de este sector sin regulación y pagan a precio de mercado los servicios. Esto por el bajo nivel de gasto público del gobierno mexicano, pero también por las graves (y crecientes) deficiencias de los servicios públicos de salud.

No es un régimen residual porque, además, la atención del Estado se dirige prioritariamente hacia el sector formal y no hacia el sector no cubierto. Es para el primero para el cual se han construido los mejores hospitales, clínicas, con los mejores servicios, concentrados en los centros urbanos. Este ha sido el sector prioritario de la atención del Estado mexicano desde que se creó el Instituto Mexicano

³² Mientras que el total del gasto en salud en México, es del 6.1% del PIB, el nivel del gasto público corresponde al 2.8% del PIB.

³³ OCDE, 2005: 21

³⁴ OCDE, 2005: 21.

de seguridad Social en 1943, que planteaba como idea la integración universal de la población mexicana, en la medida en que esta se integrara al sector asalariado. Cuando este proceso de asalarización se frenó a partir de fines de los años 60, lo que se dio no fue una modificación del modelo, sino su reforzamiento. Se dieron cada vez más facilidades y beneficios al sector integrado, mientras que se reducían los recursos para el sector no cubierto. A pesar de que, a partir de los años ochenta, el Estado venía limitando los recursos disponibles para la salud, sobretodo, no se aumentaron las cuotas de los trabajadores ni las de los empresarios. Además, se dieron cada vez más prestaciones a través del régimen de seguridad social (préstamos para vivienda y bienes de consumo duradero) a cambio de mantener bajos los salarios de base.

El carácter corporativo resulta del hecho que el eje principal de este sistema no es ni el universal-solidario ni el privado, sino el corporativo. Por una parte, el régimen de seguridad social fue creado por el Estado, con el objetivo de servir de moneda de cambio en la relación con el sector que fue uno de los pilares políticos del régimen autoritario mexicano: el sindicalismo organizado en el PRI. La política de seguridad social y de salud para este sector organizado se complementaba con un sistema de seguridad social dirigido a las masas no organizadas, que sirvió como fuente de legitimidad del régimen de la Revolución mexicana. Este régimen también puede definirse como corporativo porque atrae la mayor parte de los recursos públicos a expensas del resto del sector salud. Aunque el sistema que cubre al sector formal depende de las contribuciones de los trabajadores y empleadores³⁵ está, no obstante, fuertemente complementado por recursos impositivos que se desvían del sector de salud pública dirigido a los sectores de la economía no formal.

³⁵ como de hecho todos los regímenes bismarkianos

El sector público orientado a la población no cubierta por la seguridad social, que corresponde a los hospitales públicos administrados por la Secretaría de Salud, ofrece el 48% del total de servicios hospitalarios y el 71% de los servicios ambulatorios. No obstante, apenas cuenta con el 13% del gasto total en salud, que proviene básicamente del gobierno federal y de los gobiernos estatales. Una de las principales características de los servicios que se ofrecen por medio de esta vía es la misma que encontramos en el sector residual en los EEUU: a los que recurren a este sector se les otorga el servicio en calidad de asistidos; tienen por ello poca capacidad de exigir un buen trato y de quejarse, en resumen poca capacidad de voz.³⁶

El carácter corporativo del sistema proviene del hecho que el sector privilegiado es el sector de la seguridad social a la que tienen acceso los asalariados. Este sector, sin embargo, no es homogéneo: está segmentado y existen fuertes disparidades en su interior. Está constituido por un organismo que atiende a los trabajadores del sector privado, el Instituto Mexicano del Seguro Social creado en 1943, y por el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSTE), creado en 1960. El primero cubre alrededor del 70% del total de trabajadores asegurados, mientras que el ISSTE atiende al restante 30%. Entre ambos cubren el 33% de los hospitales (al que se tendría que añadir el 6% que corresponde al IMSS-Solidaridad, que atiende al público en general) y el 12% de la atención ambulatoria. Hay un sub-sector al interior de este sector que tiene aún mejores condiciones, básicamente los que laboran el PEMEX y en el ejército y marina, que cuentan con sus

³⁶ Uno de los propósitos de la reforma que creó el Seguro Popular es precisamente tratar de aliviar esta situación: los asegurados pagarían por un seguro público, tendrían una credencial y un derecho a exigir el servicio como asegurados. Habría, además, evaluaciones continuas por parte de los usuarios, con la idea de clasificar a los hospitales con el objetivo de aumentarles o reducirles los recursos, o separarlos del programa del seguro popular.

propios servicios médicos y hospitales: que cubren el 9% de los servicios de hospitales y el 3% de la atención ambulatoria.³⁷

El financiamiento a este sector está constituido por contribuciones de los empleados y empleadores; el cual, en el caso de los trabajadores al servicio del Estado, es el propio gobierno. No obstante, las contribuciones son crecientemente insuficientes para cubrir los gastos de este sector; lo que significa que recibe cada vez más financiamiento directo del gobierno. La crisis de insolvencia por la que pasa este sector es generada porque las cuotas de los trabajadores y de los empresarios son muy bajas, por el rezago en el pago de las cuotas patronales y porque ha aumentado la relación entre los trabajadores inactivos y activos. A pesar de que se ha intentado resolver esta problemática por medio de las reformas a los sistemas de pensiones, éste aún tiene un fuerte déficit, que no será absorbido rápidamente. Es por ello que las instituciones de seguridad social reciben una aportación considerable (y creciente) del gobierno federal, que en 2002 llegó a representar el 30% del total de ingresos relacionados con salud de la institución. En términos más generales, mientras que las organizaciones de seguridad social aportan el 66% del gasto público, el resto es aportado por el gobierno federal y estatal.³⁸ Esto significa, entre otras cosas que los recursos por familia asignados a este sector son mucho mayores a los que se otorgan al sector de trabajadores no asegurados, del orden de un 75%.³⁹

De esta manera, mientras Canadá tiene un régimen universal de seguridad en salud y los EEUU uno liberal-residual, basado en los seguros médicos privados, México se caracteriza por tener un régimen de salud donde sólo el 51% de la población tiene algún tipo de seguridad social (la gran mayoría estatal), en contraste con el 95% de

³⁷ OCDE, 2005:

³⁸ OCDE, 2005: 48

³⁹ OCDE, 2005: 11

la población que en otros países de la OCDE cuenta con seguro de gastos médicos. Esto se traduce en una gran proporción de la población que enfrenta gastos catastróficos y empobrecedores en este renglón durante un periodo dado, lo que afecta en mayor medida a los grupos de menores ingresos (los que, en contraste, en los EEUU sí están cubiertos). Aunque lo más grave es que este grupo más pobre en muchas ocasiones no tiene dinero para ese tipo de tratamientos y tienen que renunciar por completo a ellos, lo que se refleja directamente en su salud.⁴⁰

2. Hacia donde van los regímenes de salud en América del Norte.

Como en el resto del mundo, a partir de los años ochenta los regímenes de bienestar en América del Norte comienzan a sufrir distintas presiones que los obligan a transformarse. Mientras que en los casos de los EEUU y Canadá, las presiones parecen ser básicamente inherentes al propio régimen (transición demográfica, aumento de los costos en los servicios, dificultades financieras del gobierno), en el caso mexicano se conjugan situaciones inherentes al régimen de bienestar, con otros que provienen de los efectos del cambio del modelo económico y de la crisis del régimen político de corporativismo autoritario.

a. Canadá

En Canadá, la disminución de los ingresos fiscales, que se aceleró durante los primeros años de la década de los noventa, dio lugar a un fuerte aumento de la deuda pública, la que a su vez obligó a importantes recortes en los programas sociales y de servicios públicos. Como en la gran mayoría de los países desarrollados, estas reformas despertaron una fuerte resistencia que a pesar de que no

⁴⁰ Ibid: 85

impidieron que se modificara la política social, lograron evitar que se desmantelara, como ha sucedido en los países bajo regímenes autoritarios (como Chile) o de corporativismo estatal, como México y parcialmente Argentina. No obstante, a diferencia de los países europeos, en Canadá no fueron los sindicatos los que resistieron los planes de transformación del gobierno, sino las propias provincias. Es necesario recordar que el gobierno federal canadiense fue el actor dominante en cuestión de políticas sociales entre el fin de la segunda guerra mundial y el principio de la década de los sesenta, pero que a partir de esa fecha estas políticas fueron básicamente un asunto de las provincias.⁴¹ El creciente desbalance fiscal de los presupuestos provinciales obligó al gobierno federal a incrementar su participación directa en los ingresos de las provincias en los años ochenta, e indirecta por medio de transferencias a la asistencia social, salud y educación post-secundaria.⁴² De esta manera, los recortes federales de los noventa significaron una reducción de la capacidad de las provincias para atender sus políticas sociales. Por otra parte, estas reformas tuvieron como efecto reducir el carácter fuertemente redistributivo entre las provincias que tenía el viejo régimen.⁴³

Es por ello que la reacción de las provincias no se hizo esperar. Lo que dio lugar, a su vez, a fuertes tensiones en el seno de la federación. La respuesta de las provincias al retiro del gobierno federal fue una especie de "huida hacia adelante", que pretendió tomar el control casi absoluto de las políticas sociales excluyendo a la federación. Esta reacción provocó a su vez una respuesta del gobierno federal: el darse cuenta que se había deshecho de su principal instrumento para influir en las provincias condujo al gobierno federal

⁴¹ Noel: 2001:9

⁴² Noel: 2000.

⁴³ Théret, B. 2002: 390

a comprometerse de nuevo, lo que hizo en un marco fuertemente renovado, el de la nueva Unión Social.⁴⁴

A pesar de ello, hubo recortes en los presupuestos de salud de los gobiernos provinciales. Esta reducción del gasto tuvo como consecuencia una relativa degradación de los servicios: se redujo el número de camas de hospital, la reposición de equipamiento obsoleto y la introducción de nuevas tecnologías. Además, la capacitación de proveedores de salud ha sido inadecuada. El efecto de toda esta situación ha sido, sin lugar a dudas, el incremento brutal del tiempo de espera para algunos procedimientos.⁴⁵ Esta situación, junto con la aparición de una generación con mayores recursos para el retiro, que exige acceso pronto a los servicios de salud y a los procedimientos más avanzados en el ramo, han llevado a que se recurra cada vez más frecuentemente al tratamiento privado, en muchas ocasiones en los EEUU. Esto ha tenido, a su vez, como consecuencia, que la proporción de gasto público en salud esté disminuyendo en la medida en que han aumentado los gastos privados hasta llegar al 29.5% en 1999.⁴⁶

Es fundamental aclarar que el sistema en Canadá es uno de asegurador único. Lo que quiere decir que la seguridad privada sólo puede cubrir aquellos servicios que no son explícitamente ofrecidos por las instituciones públicas. En consecuencia, los individuos deben cubrir por ellos mismos todos los gastos de los servicios cuando recurren al sector privado; lo que se ha vuelto cada vez más frecuente en tanto que los servicios públicos se han saturado y que las listas de espera en los hospitales es cada vez más grande. Esta situación, casi única en la OCDE, se ha producido por el temor de que si se acepta el seguro "doble" esto permitiría a las personas con recursos a colarse en el sistema público, por encima de los ciudadanos con menos

⁴⁴ Boismenu et.al., 2002: 8

⁴⁵ Stolberg, 2004: 662-3

⁴⁶ ????

recursos, o a salirse del sistema público, lo que debilitaría a este último.⁴⁷

En los últimos años el gobierno federal ha elaborado varios informes que estudian las posibilidades de transformar el régimen de salud; entre los más relevantes están los informes Romanow y Kirby, ambos del 2002. Mientras que el informe Romanow rechaza la introducción de los servicios privados al régimen de salud, el informe Kirby propone formas de permitir los servicios privados al tiempo que se mantiene la universalidad del sistema. Este informe plantea la necesidad de una transformación del sistema desde el interior para preservar sus características fundamentales y que no se desgaste hasta que sea finalmente desmantelado. Dice por una parte que los gobiernos no pueden evitar que los canadienses adquieran servicios de seguridad privada fuera del sistema público en la medida en que pueden buscar estos servicios fuera de sus fronteras.⁴⁸ Frente a esta cuestión que pone en riesgo el sistema canadiense de "pagador" único, el informe propone una garantía de servicio médico que consistiría en establecer públicamente un tiempo máximo de espera para cada proceso o tratamiento y una vez transcurrido ese tiempo, el asegurador (el gobierno) tendría la obligación de buscar de forma inmediata este tratamiento fuera de su jurisdicción, si fuera necesario en otro país. De esta manera seguirá habiendo un asegurador único, que cubriría tanto los servicios ofrecidos por el sector público, como el privado.⁴⁹

De esta manera, para muchos analistas parece claro que es necesario flexibilizar el sistema canadiense de salud. En especial en tanto que la mayoría de los países de la OCDE se mantiene la universalidad sin la rigidez del sistema canadiense. Se propone una

⁴⁷ OCDE 2004: 1

⁴⁸ Informe Kirby, citado por Courchene, 2003: 15

⁴⁹ Courchene, 2003: 16

cobertura pública que pueda combinarse con la provisión privada de algunos servicios.⁵⁰

b. EE.UU.

A pesar de que el sistema basado en la cobertura por medio del empleo permite, como beneficio laboral, a casi todos los adultos en edad de trabajar a tener un seguro de salud para ellos y para sus dependientes, esta prestación se ha ido erosionando en la medida en que las primas de salud y los servicios de salud se han elevado más rápidamente que la inflación y que los aumentos de los salarios. De esta manera, la cobertura de la población menor a los 65 años pasó del 66% en el año 2000 al 61% de la población en 2006 y que el número de no asegurados creció en más de 1 millón de personas por año en promedio. Para 2006, más de 46 millones de personas, el 18% de la población menor a los 65 años no contaba con un seguro de salud.⁵¹ Es bien claro que estas características del sistema de los EEUU se agravan, además, en la medida en que cambia la naturaleza de la economía. El hecho de que el trabajo se vuelve más flexible, que la gente cambia frecuentemente de empleo, acentúa los problemas del sistema.⁵²

Es posible afirmar que a pesar de que durante principios de los años 80 y hasta mediados de los noventa hubo una tendencia a disminuir la extensión y la generosidad de la asistencia hacia los sectores menos favorecidos, a partir de la presidencia de Clinton esta tendencia se revirtió y los proyectos discutidos y llevados a cabo tanto a nivel federal como a nivel estatal han tendido a expandir la protección de una manera muy cuidadosa, incremental y en gran medida ad-hoc. Un ejemplo de este tipo de medidas a nivel federal es la ley

⁵⁰ Okma, 2002: 48

⁵¹ Hoffman y Paradise: 1

⁵² OCDE, 2003: 30

de diciembre de 2003 (MMA), que expandió la cobertura del programa de Medicare para cubrir medicamentos. A pesar de que esta ley parecía ir en contra de la reducción del papel del Estado que estaba promoviendo el gobierno de Bush fue, sin embargo, aceptada porque ciertos aspectos de la ley privilegiaban la individualización y privatización de los servicios de salud.⁵³

Estos problemas han dado lugar a discusiones, proyectos y estudios por comisiones del Congreso que se han propuesto la forma de mejorar el sistema, tanto en lo que se refiere a bajar su costo, pero fundamentalmente en aumentar su cobertura. La pregunta más relevante que se hacen estos actores es: ¿porque si los EEUU tienen el sistema de salud más costoso todavía falla en proveer el acceso a todos? Se han abierto dos opciones viables: incrementar el papel del sector público e instaurar un sistema nacional de salud o, basada en un enfoque más individualista, más acorde con la ideología dominante en los EEUU, ofrecer un seguro automático y financieramente accesible a todos, al tiempo que se les ofrece a los pacientes servicios de salud de calidad y que respondan a sus necesidades; este fue básicamente el fracasado plan Clinton.⁵⁴

Después del fracaso de este plan, que tenía la ambición de lograr una cobertura universal básica a nivel federal, las iniciativas en este sentido se han presentado en el nivel estatal. Y en ese contexto se han distinguido dos estados: Maryland y, más especialmente Massachusetts. Recientemente, el Congreso del Estado de Maryland pasó una ley que obliga a sus empresas más grandes a dedicar el 8% de sus gastos salariales en salud. Por su parte, en Massachusetts se ha impulsado una reforma más aceptable para la lógica norteamericana, en la medida en que no pasa por captar los recursos de los empleadores,

⁵³ Scott Martin, participante del proyecto, en el capítulo incluido en este libro.

⁵⁴ The Commonwealth Fund: 16

sino que subsidia a los individuos para que puedan comprar seguros médicos. El modelo que se está aplicando en este estado es básicamente el que existe actualmente en Suiza (y que fue también la idea del proyecto Clinton), está basado en estimular y obligar a los individuos a comprar seguros individuales.⁵⁵ La ley de Massachusetts que se decreta en abril del 2000 se propone asegurar cobertura universal en el Estado hacia Julio 2007. La Ley pretende lograr esto expandiendo tanto las opciones públicas, como las privadas y obligar tanto a los individuos como a los empleados. Una de las medidas más importantes de este plan es el establecimiento de un programa estatal que vincularía a pequeñas empresas y a individuos con compañías que ofrezcan seguros de calidad pero de bajo precio. Otro instrumento es otorgar subsidios gubernamentales a individuos con bajos recursos con el objeto de que puedan adquirir un seguro médico. Otra cuestión fundamental del plan es obligar a bajar los precios de los seguros individuales, que son mucho más caros que los que se establecen por grupo. Esto se lograría por medio de una reforma del mercado de seguros, la fusión de los mercados de seguros dirigidos a las pequeñas empresas con el de los individuos; con lo que se ha previsto que el costo de los seguros individuales caiga en un 24%.⁵⁶

No obstante, este plan no ataca uno de los puntos débiles centrales del modelo norteamericano de cobertura de salud, que es el problema del continuo y descontrolado aumento de los gastos de los servicios de salud y por ende de los costos de los seguros, lo que hace dudar de la viabilidad del programa, que pronto se volvería insostenible tanto para los individuos, como par las propias finanzas estatales.⁵⁷ A pesar de ello, es posible pensar que de manera similar a

⁵⁵ Herzlinger, 2006

⁵⁶ Barker 2006.

⁵⁷ Barker 2006. A diferencia de los EEUU, en Japón se fijan los costos de manera centralizada, en una negociación con los médicos y las farmacéuticas. Como complemento esencial a esta negociación y

lo que ha sucedido en Canadá, si estos programas tienen éxito se podrá iniciar un proceso de emulación de otros estados o del propio gobierno federal.

c. México

Finalmente, para entender las reformas que se producen en los años noventa y 2000 en México, es necesario considerar que la reducción de los gastos en salud por parte del gobierno mexicano se remonta a la crisis de 1982 y no a los años noventa como en Canadá. Hay que tomar en cuenta por una parte que las contribuciones han descendido por los efectos directos de la crisis: se perdieron empleos y bajaron los salarios reales. Por otra parte, el gasto en salud descendió de manera dramática debido a la manera en la que se llevó el proceso de estabilización y ajuste estructural para salir de la crisis de 1982. El gasto público por persona en salud bajó en aproximadamente un 50% para la población con seguridad social y un 60% para la población no asegurada entre 1982 y 1987. A pesar de que para el año 2000 se haya recuperado el gasto público en salud aún estaba por debajo del nivel anterior a la crisis. A partir de mediados de los años ochenta, el conjunto del sector público resiente de manera creciente la falta de capacidad para atender las necesidades de salud, por lo cual reciben crecientemente al sector privado. Esto en especial en lo que respecta a los servicios médicos de atención ambulatoria y a la compra de medicamentos; lo que está muy limitado en el sector público.⁵⁸

De hecho, el gasto social en México, del 6.8% del PIB en 2003, es el más bajo de los países de la OCDE, por debajo del promedio de los países de la OCDE, que fue del 20.7% y del de Turquía que era del

fijación de los costos, en Japón no está permitido que los individuos compren servicios para cubrir los beneficios que están cubiertos por el plan nacional de salud.

⁵⁸ Laurell, Asa Cristina, 2007: 516.

13.2 en 1999.⁵⁹ Por otra parte, el gasto público en salud es muy bajo en México si lo comparamos con otros países de A.L., entre el 2.8% y el 3.0% del PIB, comparado con el 3.4% de Brasil, el 4.7% de Argentina, el 4.4% de Chile y el 6.4% de Uruguay. Esto ha implicado que las instituciones de salud estén muy mal financiadas y que haya graves carencias en infraestructura y personal. Además, a diferencia de otros países del área, el tercer sector dedicado a la salud está muy poco desarrollado en México, son muy escasos los hospitales y clínicas que son manejadas por el sector de las ONG's y de la Iglesia católica, que en muchos países latinoamericanos complementan los servicios de salud para los pobres.⁶⁰

Se plantearon dos formas de resolver esta problemática: la reversión de cuotas y la subrogación de servicios. Se intentó, además, abrir el IMSS a los trabajadores del sector informal mediante una contribución, con el objetivo de tener mayores recursos; un intento que no fructificó, pero que se volvió a retomar con el seguro Popular. La reversión de cuotas se refiere al modelo chileno de las ISAPRES, donde los trabajadores pagan a fondos administrados de manera privada, que luego cubren los gastos médicos; a diferencia de las compañías de seguros, las ISAPRES tienen efectivamente fondos. Por su parte, el modelo de subrogación de servicios médicos es muy frecuente en Brasil: ahí el gobierno utiliza las cuotas para pagar por servicios médicos en clínicas y hospitales privados. La fuerte oposición del Sindicato de Trabajadores del IMSS impidió cualquiera de estas dos propuestas.⁶¹

Además, hay que recordar que en el caso mexicano, la crisis del régimen de seguridad social y de salud coincide con la crisis económica y la crisis del régimen político corporativo; se trata en verdad de una crisis sistémica. Esto lleva a que no sólo se cuestione

⁵⁹ OCDE Factbook, 2007.

⁶⁰ Laurell, Asa Cristina, 2007: 519

⁶¹ Brachet-Márquez, V. 2007: 330.

la efectividad de las organizaciones corporativas sobre las cuales se había asentado el régimen político y construido el régimen de seguridad social, sino que es posible afirmar que el sistema corporativo se volvió disfuncional tanto en términos políticos, como económicos. A partir de ese momento se comenzó a hablar de "privilegios" del sector corporativo, más que de derechos de los sectores populares organizados, y comenzaron a ser desmantelados. Esto fue posible porque, como lo discutimos anteriormente, la característica principal del régimen de seguridad social y de salud en México fue que se creó desde el poder, como una forma de controlar de manera corporativa a la sociedad civil. Fue un modelo que daba preferencias al sector laboral estratégico para el régimen político. Aunque muchos otros sistemas de protección social en el mundo se crearon de esta manera, muchos de ellos el sistema se extendió en la medida en que los sectores que fueron privilegiados primero lucharon porque se extendiera la seguridad a otros sectores, con base en un principio de solidaridad social. En el caso mexicano, el corporativismo se congeló, nunca logró extenderse más allá de los sectores que iban siendo paulatinamente corporativizados. Es por ello que el régimen de protección social no cuenta con la legitimidad que tiene en los países europeos o en la propia Canadá. Esta característica del régimen social mexicano hace que sea mucho más difícilmente defendible; lo que ayuda a que los gobiernos neoliberales que se han sucedido en el poder desde los años ochenta, logren modificarlo de raíz.

La fuerte segmentación del sistema de salud mexicano tiene como consecuencia que no estemos ante una sola reforma, sino ante por lo menos tres: 1. La del Instituto Mexicano del Seguro Social, que afilia a los trabajadores del sector privado; 2. la del ISSSTE que afilia a los trabajadores al servicio del Estado; 3. y la de la población no

asegurada que cubre la Secretaría de Salud. Existen, además, algunos sindicatos que tienen regímenes especiales, como son el de trabajadores del IMSS, la CFE y PEMEX, que están siendo reformados, lo que podría considerarse como un cuarto pilar (de tipo bismarkiano) de la política de salud mexicana.⁶² Aunque también es claro que todos estos distintos sistemas están en algún punto relacionados y conforman un régimen.

Hay que aclarar de entrada que la prioridad del gobierno mexicano fue la modificación de los sistemas de retiro⁶³, por lo que los cambios al sistema de salud se asemejan al patrón regional latinoamericano, en el que debido a que las resistencias a las reformas fundamentales del sistema son tan fuertes, se ha procedido a cambios parciales y graduales que los gobiernos plantean como progresistas, mientras que los críticos los consideran regresivos y parte de un proyecto privatizador. No obstante, hay un sector en el que se han intentado cambios más profundos, el de los no-asegurados.

Por una parte, prácticamente se ha concluido la descentralización de los servicios médicos orientados a la población no asegurada, iniciada en 1995, con el resultado de que estos servicios médicos son otorgados por instituciones de salud estatales. Por otra parte, se ha establecido una "cuota de recuperación" en el sistema público, mediante la cual se exige de los pacientes una cantidad por los servicios médicos definida de acuerdo a su capacidad económica. Mientras que los defensores de estas medidas lo ven como una forma de acercar los servicios a las necesidades locales y un elemento de justicia social en tanto los que más tienen pagan más. Los críticos plantean que estas medidas van en contra del principio de universalización de la salud que está inscrito en la Constitución.

⁶² Brachet-Márquez, V. 2007: 307

⁶³ Véase le artículo de Sylvain Turcotte, miembro del proyecto, en este libro.

Además, plantean que la descentralización segmentará al país en estados en los cuales los servicios son de calidad frente a otros, los pobres, de baja calidad. Por su parte, a cuto de recuperación están significando una segmentación de la población más pobre, afectando negativamente a la población de pobreza media, puesto que los más pobres están exentos.

En el gobierno de Vicente Fox se estableció el programa del Seguro Popular, un modelo basado en los sistemas estatales de salud. Se lo ha pensado como una solución para obtener recursos para integrar a la población no asegurada. Esto último mediante dos disposiciones: una cotización de los propios nuevos afiliados, la otra, la participación financiera de los gobiernos estatales en los que, a partir del Acuerdo Nacional de descentralización de Servicios en Salud de 1996, recae la salud de la población que estaba anteriormente bajo la competencia de la Secretaría de Salud.⁶⁴

El programa del Seguro Popular arranca de la aceptación, por parte del gobierno, de que la mitad de la población mexicana carece de servicios de salud y que por efecto de sus gastos en este rubro gran número de familias se empobrece; esta situación afecta en primer lugar a los más pobres que no tienen un empleo fijo que les de acceso a los sistema de salud como el IMSS y el ISSSTE. La meta es integrarlos en un esquema que debería incluir a 50 millones de personas que no cuentan con un sistema de salud formal.⁶⁵ Hasta el momento, este esquema incluye a 5,100,000 familias de las casi 12,000,000 familias no aseguradas que se planea incluir para el año 2010.⁶⁶

Los creadores de este sistema consideran que la descentralización de las políticas de salud debería no sólo contribuir a responder mejor

⁶⁴ Gutierrez Arriola, A., 2002: 188.

⁶⁵ Frenk, J., 2007:14

⁶⁶ anexo estadístico, CNPSS, 2006

a las necesidades de las poblaciones locales, innovar en el financiamiento y en el otorgamiento de estos servicios, sino para hacer competir a los distintos actores que otorgan servicios de salud. Estos actores contendrían tanto por los recursos, como por el prestigio y la legitimidad.⁶⁷ Es posible pensar que, en efecto, el programa de Seguro Popular avance un paso en este sentido, en la medida en que es un programa tripartita, que depende de la cotización individual de los beneficiarios, del Estado federal y de los estados locales y que (en principio) otorga a los individuos la posibilidad de escoger los hospitales y clínicas a las cuales quieren acudir y que distribuye los recursos en función de la afluencia y calidad de los servicios otorgados.⁶⁸

Una de las ideas centrales del Seguro Popular para atraer afiliados es que este sistema les otorgará "derechos". Mientras que en la actualidad los no-asegurados tienen la posibilidad de acudir a las clínicas u hospitales de la Secretaría de Salud y de las secretarías estatales como asistidos, con el Seguro Popular estarían afiliados y los hospitales y clínicas que los atienden serían juzgados en función de la atención que les otorgan para beneficiarse de los recursos estatales y federales. Por otra parte, el reparto de medicamentos que aplicará el seguro popular es muy diferente al del IMSS o del ISSSTE. En estos, son los mismos hospitales o clínicas las que deben de aprovisionar los medicamentos; un procedimiento poco eficiente porque requiere almacenar los medicamentos y calcular lo que se va a requerir en un momento dado. Esto ha llevado a que en ocasiones falten medicamentos necesarios o que, por el contrario, sobren medicamentos que luego caducan. Además, este sistema ha fomentado todo tipo de prácticas corruptas. El Seguro Popular prevé que los pacientes se

⁶⁷ Frenk, 1995

⁶⁸ Frenk, Sepúlveda, Gómez-Dantés y Knaut, 2003

abastezcan en las farmacias por medio de recetas electrónicas y que los cobros se hagan directamente por éstas a la Secretaría.⁶⁹

Los críticos de este sistema cuestionan el carácter no universal y no gratuito del sistema. Se plantea que el hecho de que este seguro dependa en parte de los recursos de los Estados, acentuará la desigualdad regional que existe actualmente. Por una parte, hay una relación inversa entre la riqueza del estado y el porcentaje de población no afiliada, lo que quiere decir que los estados más pobres tendrán que incorporar a más población en el Seguro y, en especial, a una población que estará exenta del pago. Esto significará que los estados pobres tendrán que dedicar más de sus propios recursos al programa que los estados ricos. Además, no está claro el éxito de la segunda etapa del programa, la de la afiliación de la población que se ubica por encima de los dos últimos deciles de ingreso (que no está exenta del pago) y que tendrá que dedicar un 5% de sus ingresos para este propósito, una erogación importante en un país en el cual no existe una cultura de la previsión.⁷⁰ Esto seguramente tendrá como resultado la aparición de un sector adicional en el ya fragmentado sistema de salud, el de una población de no-tan-pobres que van a estar excluidos, como, de hecho sucede en otros los programas focalizados en México y en América Latina.⁷¹

Finalmente, no parece que el esquema de financiamiento haga factible que los servicios mejoren lo suficiente para atraer a los afiliados voluntarios. La idea de que las instituciones que tengan más actos sean las que reciban los mayores recursos no parece ser viable, en la medida en que mientras las inversiones en infraestructura son de mediano plazo, los recursos se asignarían anualmente. Esto puede dar lugar a que en vez de construir y mejorar las instalaciones de las

⁶⁹ Entrevista a asesor de Julio Frenk, ¿?

⁷⁰ Laurell, Asa Cristina, 2007: ¿??

⁷¹ Para este punto específico véase Lautier en Alba y Bizberg.

instituciones públicas, los gobiernos estatales prefieran adquirir los servicios de proveedores privados. Además, los recursos que otorga el gobierno federal por persona afiliada no están asegurados, sino que tienen que ser renegociados cada año en el presupuesto. Finalmente, se señala que el seguro popular restringe los servicios a sólo algunas enfermedades e intervenciones, a pesar de que según sus planteamientos incluyen el 95% de las causas para internamiento hospitalario.⁷²

3. Consideraciones finales.

De esta manera, a pesar de que en algunos de las políticas sociales que estudiamos en este proyecto es posible percibir un mayor nivel de convergencia (aunque más en sistema de pensiones que en el de regulación del mercado de trabajo, por ejemplo), no parece que sea posible afirmar que existe una convergencia hacia un solo modelo de bienestar en América del Norte. En el caso de la salud las divergencias son patentes y parecen perpetuarse. No obstante, hay ciertos rasgos que permiten pensar en ciertos grados de convergencia. Los dos sistemas no universales, el de México y el de los EEUU pretenden lograrla en la medida en que se han percatado que es demasiado costoso (tanto en términos económicos como políticos) tener a un gran sector no cubierto. Por su parte, muchos de los análisis plantean la necesidad de introducir un grado de mercado en el sistema de salud canadiense.

Pero es hasta aquí que parecen terminar las tendencias a la semejanza. Ni México, ni los EEUU pretenden el mismo tipo de universalización que Canadá. En los EEUU la tendencia, como se pudo ver en el plan Clinton y en el de algunos estados de la Unión, se pretende la universalización forzando y dando los estímulos económicos necesarios para que todos los individuos cuenten con un seguro de

⁷² Laurell, Asa Cristina, 2007: 521-525.

salud financiado de manera privada. La universalización a la cual pretende el sistema de México se da manteniendo el carácter corporativo, al cual se incluiría un elemento de asistencia a los más pobres y un elemento voluntario para los que no están en ninguna de las dos circunstancias anteriores.

Por su parte, el elemento de mercado proviene de la idea de que a pesar de sus fallas, se piensa que una de las características más positivas del sistema liberal de los EEUU es su flexibilidad y su capacidad para evolucionar rápidamente para adaptarse a las preferencias cambiantes de los consumidores y de las corporaciones que pagan por ellos, así como a la regulación gubernamental. También se ha caracterizado a este sistema por el hecho de que la población asegurada tiene un muy buen acceso a los servicios (en términos de rapidez, eficiencia, calidad y acceso a los últimos avances tecnológicos). En este sentido hay una convergencia limitada; se ha planteado introducir un grado de mercado en el sistema canadiense y en el mexicano. Mientras que en el sistema canadiense no está claro si este será finalmente aceptado por los actores, en el mexicano hay serias dudas en el sentido de saber si éste será eficaz y logre los objetivos de recaudar recursos al tiempo que afilia voluntariamente a un sector de la población que no lo está.

Finalmente, hay una especie distinta de convergencia que quizá se impondrá, referida al origen de las modificaciones futuras al sistema de salud. Aunque muy distinta, los tres países tienen una estructura federal, de la cual parecen provenir las innovaciones. El hecho de que hasta el presente el sistema canadiense de salud haya sufrido pocos cambios permite pensar que, como ha sucedido en el pasado, por las características del sistema político y el tipo de federalismo que existe en ese país, las reformas vendrán de las provincias, más que del poder federal. Después del experimento social provincial de

Saskatchewan, que se extendió al resto del país y que constituyó la base para el régimen de salud actual del Canadá, se requiere de un nuevo experimento a ese nivel que sea aceptable para el resto de las provincias.⁷³ Hemos visto como, también en los EEUU, son dos estados, Maryland y Massachussets los que han implementado las medidas más innovadoras para reformar el sistema de salud.

También hemos podido ver como a partir del proceso de democratización en México hemos iniciado una nueva dinámica política que puede llegar a influir en el sentido de una mayor descentralización que dé lugar a un proceso de innovación de las políticas públicas. En nuestro país, hemos pasado de un sistema autoritario a otro centrado en las elecciones. Hay una competencia entre partidos por el voto y por la legitimidad. A pesar de que existen serias dudas acerca de la representatividad del régimen de partidos y aún más de las organizaciones populares, parecería que, por una parte, los gobernadores están efectivamente presionando a la federación para obtener no sólo más recursos, sino más atribuciones. Por otra parte, los estados están comenzando a competir entre sí por tener una mayor visibilidad. Esto tanto en términos de su contribución al prestigio del partido que los gobierno, como para utilizar su puesto para lanzarse a una carrera nacional. De esta manera, hay un movimiento que está empujando hacia la redefinición del sistema federal y a una competencia entre los distintos órdenes de gobierno. El propio gobierno federal ha comenzado a copiar a los gobiernos locales, por ejemplo, en el caso del seguro universal para mayores de 65 años que se estableció en la Ciudad de México y que luego comenzó a aplicarse a nivel federal durante la campaña del 2006, por medio del programa Oportunidades.

De esta manera es posible pensar que la convergencia no vendrá

⁷³ *Ibidem* :19

"desde arriba" como podría pensarse en un esquema de apertura a la globalización, sino "desde abajo", de la presión de la sociedad y de actores políticos que se expresan a nivel local.