

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

Ilán Bizberg

1. Similitudes y diferencias.

Antes de analizar los regímenes particulares de salud, es necesario recordar que la mayoría de los estudios no acentúan las diferencias entre el Estado benefactor de Canadá y el de Estados Unidos, porque se ubican en la perspectiva de los sistemas socialdemócratas o corporativos de Europa (Esping-Andersen, 1990). No obstante, si nos situamos en la perspectiva de América del Norte, es posible observar que el régimen de bienestar canadiense está entre el europeo y el de los Estados Unidos. De hecho, las mayores diferencias entre los dos se notan en el caso de los sistemas de salud, aunque también en los programas hacia los pobres y marginados que analizamos en los capítulos por país. Aunque la mayor cobertura y larga tradición de focalización de beneficios dirigidos a los pobres han redundado en una reducción más eficaz de los niveles de pobreza y desigualdad en Canadá que en los Estados Unidos (Banting, 1997 268-269), es probablemente el sistema de salud canadiense el que mejor representa el contraste entre los dos regímenes. No sólo por las diferencias que representa en términos prácticos, sino también simbólicos. Es conocido que el sistema de salud constituye una parte integral de la identidad canadiense frente a la de su vecino (Théret, 2002: 267).

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. (Théret 2002, 180)

En tanto que el sistema público canadiense cubre la totalidad de los gastos hospitalarios y ambulatorios del total de la población, el sistema público estadounidense sólo protege a 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. No obstante, el papel del gobierno en EEUU es muy importante (Docteur et al., 2003: 20). 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 (Peters, 2005, 172-173). 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 65 años (39 millones) y a algunos discapacitados mediante el programa *Medicare*. Además existen, el programa de *Medicaid* y el *State Children's Health Insurance Program* (SCHIP) (administrado por los gobiernos estatales), que es la red de seguridad que (con base en un nivel de ingreso establecido por el Estado) cubre a los más pobres y a quienes han gastado gran parte de su patrimonio en el tratamiento de alguna enfermedad, así como a los niños pobres (Docteur et al, 2003,: 7). El

resto está protegido por seguros privados o no cuenta con este servicio.

De esta manera, el sistema de salud de los Estados Unidos se considera residual, con la agravante de que un porcentaje importante de la población que no tiene recursos para pagar un seguro privado o que no labora en un centro en el que exista tal seguro, está fuera de ambos o está muy mal asegurado. El sistema de seguridad y ayudas públicas estadounidense solo protege al 44% de la población. A principios de los años 2000 se estimaba que alrededor de 37 millones, es decir, 15.5% de la población menor de 65 años (momento en el que entra a funcionar el sistema de salud público: *Medicare*) no está cubierto por ningún tipo de seguro social de salud. 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, 10% de la población) no incluye a la totalidad de éstos (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 cuenta con el seguro médico de un empleador (Théret, 2002, 181-184).

En el caso de Canadá, el gobierno gasta 70% de los gastos totales de salud, mientras que el 30% restante corresponde al gasto privado (Okma, 2002, 29-30). La cobertura de los gastos hospitalarios y ambulatorios es total, las tarifas se negocian con los médicos y el "tercero paga"¹ está generalizado. Las franquicias hospitalarias y los copagos por parte de los enfermos están prohibidos por la *Canada Health Act* de 1984. Los gastos privados conciernen únicamente a las compras de

¹ Esto se refiere a la suscripción a asociaciones mutualistas que cubren los gastos no considerados por la seguridad social.

medicamentos prescritos fuera del hospital y ciertos servicios ambulatorios como los dentales (Théret, 2002: 184). A diferencia de otros países de la OCDE, en Canadá los medicamentos recetados fuera del marco hospitalario no son reembolsados; aunque esto varía de una provincia a otra (Fortin, 2004).

En contraste, en los Estados Unidos, las personas no aseguradas que padecen enfermedades leves o medias, deben recurrir al sector privado. Para situaciones verdaderamente críticas, en general los no asegurados pueden recibir servicios médicos en los hospitales sobre una base benévola: los costos se transfieren a los asegurados. Esto significa que esta población se ve obligada a recibir ayuda médica de manera piadosa, sin tener derecho a ella, es decir que el Medicaid no ha impedido que la caridad sea el último recurso para una parte importante de la población de este país. (Théret, 2002: 181-182)

Por otra parte, en los Estados Unidos hay un sector importante que está subasegurado; en especial el de personas mayores, el grupo en el que se focaliza el sistema de seguridad social; aunque esto no impide en absoluto que las personas mayores se empobrezcan en caso de que enfermen. El *Medicare* ofrece una cobertura hospitalaria, pero deja a cargo del paciente una parte importante de los costos (franquicias, copagos), de manera que en las enfermedades de larga duración esta situación puede conducir a la miseria antes de que pueda inscribirse en el *Medicaid* y recibir servicios de salud de manera benévola (Théret, 2002: 181-184).

En los Estados Unidos, el sector público sólo financia el 43% del gasto total en salud. Vale la pena agregar que la proporción del gasto público creció considerablemente de

1960 a 1980, cuando pasó de 21 a 40%, de 39% en 1990, para crecer a 43.3% en el año 2000. La mayor parte de los servicios de salud son de propiedad privada y operadas por este sector, ya sea de manera lucrativa o mediante la beneficencia, que es considerable en este país. Asimismo, 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), y son las responsables de llevar a cabo funciones como el pago a los médicos y a los servicios de salud (Docteur et al., 2003: 7).

De esta manera, casi dos terceras partes de la población estadounidense están cubiertas por seguros privados de salud. La mayor parte de los seguros médicos los contratan los empleadores en pequeños o grandes grupos. Aunque los patrones no están obligados legalmente a cubrir a sus empleados, existen los estímulos fiscales para hacerlo. El papel que desempeña el sector privado en la provisión de servicios sociales, es especial en tanto que el componente privado de estos servicios se da por medio de grandes corporaciones y contratos sindicales, lo cual nos permitiría definirlo como uno de *corporate welfare*. Esto a pesar de que el gasto privado como porcentaje del gasto total en salud ha descendido considerablemente, en 1960 era de casi 79%, en el año 2000 era de 57%. Se trata de un sistema que se distingue de los europeos y del de Canadá porque, por un lado en Estados Unidos hay poco sentido de equidad en la distribución de los beneficios y, por otro lado, no existe una conexión entre el ciudadano y sus beneficios sociales, ya que éstos están vinculados directamente con su lugar de empleo; es decir, se pueden perder si el trabajador es despedido o renuncia (Peters, 2005: 167).

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. Porque no son elegibles a participar en los programas gubernamentales, incapacidad o falta de voluntad para comprar un seguro privado, un porcentaje considerable de la población queda fuera de cualquier tipo de cobertura. Además, una parte de estas personas está subasegurada, lo que hace que su salud y sus finanzas estén en riesgo; lo que atestigua el alto porcentaje de gasto de bolsillo, aún cuando este tipo de gasto ha descendido de manera importante: del 55% ² en 1960 a 17% en el año 2000 (Docteur et al, 2003: 8). Cabe destacar, además, que este gasto de bolsillo es regresivo, ya que las familias de menores ingresos gastan más (en proporción de sus ingresos) 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 quienes ganaban más de 70,000 dólares al año (Jasso Aguilar et al., 2004).

Otra característica del régimen de seguridad social estadounidense es su ineficiencia en términos de costos. El costo del sistema es exorbitante en relación a la magra extensión de protección social que ofrece, lo que se entiende tanto por los costos administrativos, como por los costos médicos. El costo administrativo unitario de los servicios médicos en los Estados Unidos 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 (Théret, 2002: 185-186). Estados Unidos gasta cerca de 13% del PIB en salud, mientras que Canadá destina alrededor de 9%³; cuando el promedio de la OCDE es de 8% (Docteur et al., 2003: 19). Los datos de la OCDE indican que los Estados

² Veremos cómo en México este gasto es considerable, más de 50%, el mayor de los países de la OCDE.

³ En comparación, México gasta 6 por ciento.

Unidos gastaba un promedio de 4,631 dólares por persona en el año 2000, más de dos veces y media que el resto de los países de la OCDE (Docteur et al., 2003: 20). Por su parte, el control de costos en Canadá tuvo como resultado que, a pesar de que los pagos por consulta y el ingreso real medio de los médicos canadienses aumentaron en 75 y 146%, respectivamente, la remuneración media de los médicos de los Estados Unidos aumentó en 50% más. Estos sobrecostos son el resultado de que en dicho país las asociaciones profesionales de médicos (en especial la *American Medical Association, AMA*) lograron ubicarse como los actores principales de la política estadounidense de salud. A pesar de que la *Canadian Medical Association* intentó jugar este papel, fracasó en su intento. Esto implicó que en este último país, como en Alemania e Inglaterra, el sistema de salud fuera concebido desde una óptica de solidaridad nacional y diera acceso universal e igualitario a los servicios médicos. (Théret, Op. Cit., pp:185-186)

Esta diferencia de gastos en los Estados Unidos se ha explicado por el hecho de que, por una parte, el gasto público representa menos de la mitad del gasto total en salud, por otra, este gasto está dividido en varios programas. Esto lleva a que el gobierno federal tenga un control menos directo del gasto total que otros gobiernos que pertenecen a la OCDE (Docteur et al., 2003, 20). En efecto, la explicación más directa de los elevados gastos y de sus aumentos es que los costos de los servicios médicos en los Estados Unidos 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. Aún cuando la población de los Estados Unidos era recetada 27% menos que la media de los pacientes de los países de la OCDE, el gasto en

medicamentos en este país era 41% mayor (Docteur et al., 2003: 23).

Si definimos el régimen canadiense de salud como universal y solidario o social-democrático⁴ y al de los Estados Unidos como segmentado y no solidario o liberal-residual, el régimen de salud mexicano puede caracterizarse como corporativo-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."⁵ 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 dé 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 altas, 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 éste no les suministra.

⁴ Esto, a pesar de que el régimen de seguridad social canadiense en su conjunto no pueda ser definido así.

⁵ OCDE, Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México, OCDE, Paris, 2005.

A pesar de que el sistema de salud mexicano se parece al de los Estados Unidos en que en 2002 el nivel de gasto público constituyó sólo el 45% del gasto total en salud - inferior al promedio de la OCDE, que es de 72%-, no es en absoluto un sistema residual.⁶ Esto porque, a diferencia de lo que sucede en los Estados Unidos, el sistema de seguros privados, financiados por las empresas y por los empleados, sólo constituye 3% del total, mientras que en el primero, 66% del financiamiento total es privado y el aseguramiento privado constituye 36% del financiamiento total en salud (OCDE, 2005: 21). 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 10% del tratamiento hospitalario y 14% de la atención ambulatoria, mientras que, como mencionamos, sólo 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, estos pagos de los usuarios en México son uno de los más altos en el mundo y el más alto en la OCDE: representa 51% del financiamiento total de los servicios de salud (OCDE, 2005: 21). Esto somete a una buena parte de la población mexicana a gastos catastróficos y empobrecedores que, además, afectan más gravemente a los sectores pobres que a los de ingresos elevados. Esto se explica porque aun 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 servicio sin regulación y lo pagan a precio de mercado. Esto por el bajo nivel de gasto público del gobierno mexicano, pero también por las graves

⁶ Mientras que el total del gasto en salud en México es de 6.1% del PIB, el nivel del gasto público corresponde a 2.8% del PIB.

(y crecientes) deficiencias de los servicios públicos de salud.

El mexicano no es un régimen residual porque, como lo dijimos en la introducción, la atención del Estado se dirige sobretodo al sector formal y no al grupo no cubierto. Para el primero es para el cual se han construido los mejores hospitales y clínicas, con los mejores servicios, concentrados en los centros urbanos. A pesar de que a partir de los años ochenta el Estado venía limitando los recursos disponibles para salud, no se aumentaron las cuotas de los trabajadores ni las de los empresarios.

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 48% del total de servicios hospitalarios y 71% de los servicios ambulatorios. No obstante, apenas cuenta con 13% del gasto total en salud (OCDE, 2005: 21), 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 Estados Unidos: a quienes recurren a este servicio se les otorga en calidad de asistidos; por ello tienen poca capacidad de exigir un buen trato y de quejarse, en resumen: poca capacidad de voz.⁷

Si bien el carácter corporativo del sistema proviene del hecho de que el sector privilegiado son los asalariados, este sector no es homogéneo: está segmentado y existen fuertes disparidades en su interior. Está

⁷ Uno de los propósitos de la reforma que creó el Seguro Popular es precisamente tratar de aliviar esta situación: los afiliados pagarían por un seguro público, tendrían una credencial y derecho a exigir el servicio. 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.

constituido por un organismo que atiende a los trabajadores del sector privado, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-1943), y por el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE-1960). El primero cubre alrededor de 70% del total de trabajadores asegurados, mientras que el ISSSTE atiende al restante 30%. Entre ambos cubren 33% de los hospitales (al que se tendría que añadir 6% que corresponde al IMSS-Solidaridad, que atiende al público en general) y 12% de la atención ambulatoria. Hay un subsector que tiene aún mejores condiciones, básicamente los que laboran en Pemex y en el ejército y la marina, que cuentan con sus propios servicios médicos y hospitales: que cubren 9% de los servicios de hospitales y 3% de la atención ambulatoria (OCDE, 2005: 21).

El financiamiento de este sector proviene de las contribuciones de los empleados y los patrones, el cual, en el caso de los trabajadores al servicio del Estado, es el propio gobierno. No obstante, las contribuciones son cada vez más escasas 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 se generó 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 el número de pensionados en relación a los 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 resuelto 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 30% del total de ingresos dirigidos al rubro de salud. En términos más generales, mientras que las

organizaciones de seguridad social aportan 66% del gasto público, el resto lo pagan los gobiernos federal y estatal (OCDE, 2005: 48). Esto significa, entre otras cosas, que los recursos por familia asignados a este sector son mucho mayores a los que se otorgan a los trabajadores no asegurados, del orden de 75% (Ibíd.: 11).

En suma, mientras Canadá tiene un régimen universal de seguridad en salud y los Estados Unidos uno liberal-residual, basado en los seguros médicos privados, México se caracteriza por tener un régimen de salud donde sólo 51% de la población tiene algún tipo de seguridad social (la gran mayoría estatal), en contraste con 95% de 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, lo que afecta en mayor medida a los grupos de menores ingresos (quienes, en contraste, con los Estados Unidos sí están cubiertos). Más grave aún es el hecho de que en muchas ocasiones este grupo más pobre no tiene dinero para ese tipo de tratamientos y deben renunciar a ellos por completo, lo que se refleja directamente en su salud (Ibíd.: 85).

2. Los fundamentos socio-políticos.

Como lo discutimos en la introducción en referencia a los regímenes de bienestar en general, los distintos sistemas de salud son resultado de una trayectoria sociopolítica específica, que determina en parte su transformación actual. En este caso es ilustrativa la razón por la cual a partir de fines de los años 60 los sistemas de salud de los EEUU y de Canadá divergieron tan considerablemente, a pesar de que el contexto económico y sociológico de estos dos países es muy similar. Bruno Théret resume bien la trayectoria socio-política de los dos

países con base en tres factores esenciales: 1) La ausencia de una representación partidaria autónoma del movimiento obrero, que se vio obligada a canalizar sus reivindicaciones al Partido Demócrata, donde debe compartir su fuerza con el importante sector de los demócratas conservadores de los estados del Sur; lo que a su vez, deriva de las reglas del juego político estadounidense, que tiende a concentrarse en dos partidos. 2) La centralización del sistema federal, que tiene como consecuencia que los gobiernos de los Estados federados en los Estados Unidos sean menos eficaces como canalizadores de las demandas sociales. En contraste, en Canadá las identidades de clase pasan de manera determinante por el filtro de las identidades regionales. 3) Finalmente, mientras que el carácter intra-estatal del federalismo de los Estados Unidos y el sistema político presidencialista hace que existan múltiples puntos de veto a nivel del gobierno federal, entre la presidencia y el Congreso, por un lado, y con influencia de intereses clave, en Canadá, el federalismo descentralizado y el sistema parlamentario hace que la capacidad de veto se encuentre entre los gobiernos federal y provinciales. Esto significó que en los Estados Unidos hayan prevalecido las reformas de tipo "incremental", mientras que en Canadá, las innovaciones a nivel provincial y la cohesión del sistema parlamentario hayan dado lugar a medidas más audaces (Théret, 2002: 192 y Maioni, 1998: 5 y Scott en este libro)

Esto define en gran medida las diferencias en la trayectoria de los sistemas de salud entre los dos países. A pesar de que en los EEUU había sectores que promovían un sistema de salud nacional, no se produjo una gran transformación del sistema; después de veinte años de lucha en el seno del sistema político sólo se consiguió que se creara el *Medicare* y del *Medicaid* en 1965. Aunque en Canadá

existían los mismos obstáculos de fondo, es decir, las fuerzas económicas y simbólicas dominantes del negocio de la salud y de la corporación médica, el federalismo y el parlamentarismo tipo Westminster permitieron que surgieran terceros partidos, en especial socialdemócratas (en el caso de Saskatchewan y regionalistas en el caso de Quebec) que lograron promover una transformación de fondo en el sistema de salud, que se generalizó a partir de la base provincial. En Canadá, el juego federal-provincial y los conflictos provincias-médicos indujeron una estrategia que Maioni califica de *staging*, que inicia con la innovación en el ámbito provincial, luego la instauración progresiva de un seguro de hospitalización (1957), un seguro de gastos médicos (1966), y finalmente un seguro de enfermedad (1971). Mientras que en Estados Unidos, la estrategia de *targueting*, a la que fueron reducidas las fuerzas reformadoras, reforzó la vía residual. (Maioni, citado por Théret, 2002: 193)

Tanto la ley federal sobre el seguro de hospitalización (1957), pero sobre todo la del seguro de servicios médicos (el *Medical Care Act* de 1966), responden a iniciativas impulsadas por gobiernos social-democráticos de las provincias (Saskatchewan y Terranova). La presión de las provincias obligó finalmente al gobierno federal a generalizar a todo el país el seguro establecido en las provincias mediante la *Medical Act* de 1966. (Théret, 2002: 189) En 1970 se asiste a un proceso similar, sólo que ahora el protagonista es la provincia de Québec. En ese año el gobierno de la provincia resistió una huelga de médicos especialistas, que rechazaban que se fijaran las tarifas de sus servicios de manera colectiva. Al final del conflicto la ley impone un control aún más radical de los gastos y da acceso universal a los servicios de salud, en comparación con las condiciones mínimas instituidas en la ley federal;

todo médico que quisiera salirse del sistema perdería la posibilidad de que a sus pacientes les fueran reembolsados por el gobierno los gastos por estos servicios. En 1984, esta ley provincial justificó que el gobierno federal prohibiera que se rebasaran las tarifas y los cobros de cuotas hospitalarias en todas las provincias. En caso de que éstas no aceptaran estas reglas, perderían una parte de las subvenciones federales. (Théret, 2002: 190) Por el contrario, los intentos por universalizar la salud en los Estados Unidos fracasaron frente a la "coalición del veto" constituida por el Partido Republicano, los demócratas del sur, los seguros privados y la poderosa Asociación Médica Americana. Fracasaron en 1935, durante el *New Deal*, y de nuevo después de la guerra, durante la presidencia de Truman. A partir de estas experiencias, los sectores reformistas decidieron adaptar su reforma a las condiciones impuestas por el sistema político, focalizándolo a las personas de mayor edad y a los pobres (Théret, 2002: 191).

En México el carácter del régimen político definió el tipo del sistema de seguridad social, en general, y el de salud, en particular. El régimen dio lugar a un sistema de seguridad social cuyo centro de gravedad fue el sector corporativo. En 1942 se estableció el IMSS para administrar los distintos esquemas de seguridad social y de salud que habían sido creados anteriormente y que estaban dirigidos a diversos sindicatos y grupos de trabajadores (OCDE 2005: 22). A pesar de este intento por homogeneizar los diferentes esquemas ya existentes y de constituir una base para universalizar estos servicios, fue desviado de sus intenciones originales. Algunos grupos continuaron teniendo sus propios sistemas y otros fueron creados con posterioridad; como por ejemplo los militares, los trabajadores del sector petrolero y los trabajadores del sector público (para quienes se creó el ISSSTE en 1962).

Este origen llevó a que el acceso al sistema no estuviera basado en las necesidades, sino en la situación ocupacional y la capacidad de pago. Lo que, a su vez,

ocasionó una asignación de recursos y un acceso a los servicios de salud sustentados en la influencia política y económica de los distintos grupos socioeconómicos [...] el Estado asignaba la mayor parte de los recursos a la prestación de servicios de salud a los trabajadores organizados en las zonas urbanas [...] dejaba a quienes no tenían contratos laborales formales bajo régimen de asalariados [...] prácticamente sin cobertura y dependiendo de los servicios prestados por la SSA [...] que era financiada exclusivamente por el gobierno (en contraste con el sector tripartita) [...] y que tenían pocos recursos y que llevó a servicios de menor calidad. (OCDE, 2005:22-23)

En consecuencia, la oferta de servicios (en especial los de alta especialización) se concentró en las zonas urbanas. En la década de los sesenta, se introdujeron medidas para ampliar la cobertura obligatoria, con acceso parcial, a los trabajadores temporales y rurales, lo que acabó haciendo aún más fuerte la diferencia entre los "derechohabientes" y la población no asegurada. Esto porque se creó un servicio público de menor calidad, que ofrecía cuidados básicos, por medio del esquema IMSS-Coplamar, que actualmente se denomina IMSS-Oportunidades. En la actualidad se trata de un esquema que pretende dar servicios a los habitantes de zonas marginadas, urbanas y rurales, financiado por el gobierno y operado por el IMSS. (OCDE, 2005: 23)

3. Las transformaciones recientes.

Como en el resto del mundo, a partir de los años ochenta los regímenes de bienestar en América del Norte comienzan a tener distintas presiones que los obligan a transformarse. Mientras que en los casos de los Estados Unidos 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. Veamos esta evolución en mayor detalle.

Canadá

Ya mencionamos que Canadá combina algunos aspectos de las políticas sociales liberales de los EEUU (básicamente bajo seguro de desempleo y de beneficios de incapacidad poco generosos), con una cobertura universal de salud similar a la que existe en Europa continental. No obstante, a diferencia de países como Alemania y Francia, donde el sistema de salud corporativo se expande con base en un sector poblacional determinado, el sistema canadiense universal fue ampliando la cobertura de servicios. Por otra parte, el sistema de salud canadiense se origina en el ámbito de las provincias, luego es copiado por otras provincias y generalizado por el gobierno federal. Este es el caso de la seguridad provincial de servicio hospitalario de Saskatchewan de 1947, que fue generalizado a todo el país en la *Hospital and Diagnostic Services Act* en 1957, según el cual las provincias y el gobierno federal se repartían los gastos. En 1961, todas las provincias estaban participando de este esquema. El *Medical Care Act* de 1966 extendió la cobertura a los servicios médicos ambulatorios, y en 1971 todas las provincias se habían unido a ella (Okma, 2002: 31)

Es fundamental afirmar de entrada que el sistema en Canadá es de asegurador único. Esto quiere decir que la

seguridad privada sólo puede cubrir aquellos servicios que no son explícitamente ofrecidos por las instituciones públicas. En consecuencia, las personas deben cubrir todos los gastos de los servicios cuando recurren al sector privado, lo que se ha vuelto cada vez más frecuente conforme los servicios públicos se han saturado. Esta situación, casi única en los países que pertenecen a la OCDE, se ha producido por el temor de que si se acepta el seguro "doble", permitiría a las personas con recursos "colarse" en el sistema, por encima de los ciudadanos con menos recursos, o simplemente salirse del sistema público, lo que debilitaría a este último (Fortín, 2004: 1).

No obstante, a diferencia de otros países europeos en los que también hay un sistema de salud universal o casi universal, el gobierno canadiense financia el 70% de los gastos de salud, mientras que el 30% restante corresponde al gasto privado en proveedores, seguros médicos adicionales (Okma, 2002: 29-30), compras de medicamentos prescritos fuera del hospital y ciertos servicios ambulatorios, como los dentales. A diferencia de otros países de la OCDE, en Canadá los medicamentos recetados fuera del marco hospitalario no se reembolsan, aunque esto varía de una provincia a otra puesto que algunas se cubre a las personas mayores con bajos recursos, en otras se fija un gasto máximo del costo de los medicamentos. No obstante, esto significa que una proporción importante de la población debe pagar el costo integral de los medicamentos, bien directamente o por medio de un seguro privado. Por otra parte, los cuidados a domicilio se consideran un servicio adicional y tampoco los cubre Medicare. Además, no existe lo que se da en otros países con cobertura universal, una variación en el grado de reembolso: en Canadá se devuelve 100% de algunos medicamentos o servicios, pero también es posible que no haya reembolso

alguno. Estas circunstancias significan un gasto importante para los ciudadanos así como una pérdida de eficiencia del sistema hospitalario, en la medida en que algunos pacientes ocupan las camas de hospital más allá de lo necesario, con el objeto de evitar estos gastos. (OCDE 2004: 1)

La disminución de los ingresos fiscales en Canadá, que se aceleró durante los primeros años de la década de los noventa, dio lugar a un fuerte aumento de la deuda pública, 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 la resistencia de diversos actores que aunque no impidieron que se modificara la política social, lograron evitar que sufriera cambios radicales, como sucedió México. 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 provincias. Es necesario recordar que el gobierno federal canadiense fue el que implementó la mayor parte 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 entonces estas políticas fueron básicamente un asunto de las provincias (Noel, 2011: 9). No obstante, en los años ochenta el creciente desbalance fiscal de los presupuestos provinciales obligó al gobierno federal a incrementar su participación directa en los ingresos de las provincias, e indirecta por medio de transferencias a la asistencia social, salud y educación superior (Noël, 2000). De esta manera, los recortes federales de los noventa significaron una reducción de la capacidad de las provincias para atender sus políticas sociales. Estas reformas tuvieron como efecto reducir el carácter fuertemente redistributivo entre las provincias del sistema anterior a los noventa (Théret, 2002: 390). Un ejemplo significativo: el hecho de

que se alargara el periodo de referencia para calcular las remuneraciones de los desempleados, afectó más a las regiones de elevado desempleo que a las demás. Otro ejemplo, el hecho de medir la intensidad de la cotización para otorgar el seguro de desempleo afectó particularmente a las regiones con empleos estacionales (Théret, 2002: 390).

Ante esta situación, la reacción de las provincias no se hizo esperar y dio lugar a fuertes tensiones en el seno de la federación. La respuesta de las provincias al retiro del gobierno federal fue una "huida hacia adelante", mediante la cual pretendieron 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 a comprometerse de nuevo, pero ahora en un marco fuertemente renovado, el de la nueva Unión Social (Boismenu et al., 2002: 8).

A pesar de ello, hubo recortes en los presupuestos de salud de los gobiernos provinciales que tuvieron como consecuencia una relativa degradación de los servicios de salud: disminuyó el número de camas de hospital, se atrasó 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 un fuerte incremento del tiempo de espera para algunos procedimientos (Stolberg, 2004: 662-663). Esto, junto con la aparición de una generación con mayores recursos para el retiro, que exige acceso rápido a los servicios de salud y a los procedimientos más avanzados en el ramo, ha llevado a que se recurra cada vez más frecuentemente al tratamiento privado, en muchas ocasiones

en los Estados Unidos. Lo que ha tenido como consecuencia que la proporción de gasto público en salud disminuya y que aumenten los gastos privados hasta llegar a 29.5% en 1999 (Battle, 1998: 338).

A raíz de este proceso de reducción de los gastos de salud, de los problemas que comenzaron a surgir en el sistema, así como de las ideas privatizadoras que recorren el mundo surgieron varias propuestas de transformación del sistema. Algunos autores proponen la participación del sector privado e incluso la privatización del sistema de salud bajo el argumento que: 1) Este sector se convertirá en el futuro como uno de los sectores económicos de punta en materia de empleos, innovación, investigación y exportación, lo que contradice el que estos servicios sólo dependan de la misión social de sus gobiernos. 2) Están creciendo rápidamente los centros de salud y de diagnóstico especializados fuera del sector hospitalario. En la medida en que buen número de estos centros son privados, van en contra de los principios directores del régimen de salud canadiense. 3) La generación de los que nacieron después de la segunda guerra mundial (los *baby boomers*) está llegando a la edad del retiro con los recursos financieros necesarios para obtener mejores servicios de salud. (Courchene, Th. J., 2003, 5)

En los años noventa se hicieron algunos intentos desde las provincias por modificar el sistema. El más relevante fue el de Alberta por parte del gobierno de Klein (1992-2006), del partido Progresivo Conservador de Alberta, el cual a pesar de que no cuestionaba los principios de universalidad y accesibilidad del Medicare tenía un discurso favorable a la privatización del financiamiento de los gastos en salud, contemplaba seguros privados y cargos directos al consumidor por servicios que, hasta entonces, y

según la *Canadian Health Act* en vigor, debían ofrecer los gobiernos provinciales (Bhatia, V., 2004: 107). Además, el gobierno de Alberta quitó varios servicios de la lista de la cobertura médica, comenzó a cobrar por otros y a permitir la apertura de clínicas privadas, lo que generó una respuesta de rechazo del gobierno federal, que amenazó con retirar los recursos federales transferidos a la provincia. Este rechazo del gobierno federal se dio en el contexto particular por el que estaba pasando Canadá en esa etapa, caracterizada por la crisis con Québec, y la necesidad de afirmar al Medicare como un programa nacional que unificaba a todos los canadienses y representaba lo mejor de la unión política y federal. (Bhatia, V., 2004: 151)

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 año 2002. El informe Romanow, ex primer ministro de la provincia de Saskatchewan, provincia donde se originó el primer programa de salud, rechaza la introducción de los servicios privados en el régimen de salud. Plantea que los servicios de salud son una empresa moral y no de negocios, que debe seguir siendo la necesidad y no el recurso monetario el que da acceso al sistema; que se deben desestimular los servicios privados de diagnóstico y hacerlos entrar al régimen⁸, finalmente que la experimentación con esquemas alternativos debe desaparecer. (Courchene, 2003: 9-10). Por su parte, el informe Kirby propone permitir los servicios privados al tiempo que se mantiene la universalidad del sistema.

⁸ Los servicios de diagnóstico tienen un efecto perverso sobre el sistema en la medida en que es una forma de evitar las esperas en los hospitales. Si alguien tiene los recursos para hacerse un examen y resulta que tiene una enfermedad grave puede ir directamente a urgencias del hospital y hacerse curar, mientras que los demás tienen que esperar a hacerse el examen en un hospital o clínica pagada por el gobierno.

Plantea la necesidad de una transformación del sistema desde el interior, para preservar sus características fundamentales y evitar que 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, puesto que tienen la alternativa de buscar estos servicios en el extranjero (Courchene, 2003: 15). Se 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 (es decir 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 los servicios ofrecidos tanto por el sector público como el privado (Courchene, 2003: 16).

A pesar de todo, el sistema ha tenido pocos cambios en sus características definitorias. Y de hecho, aunque el gasto en salud per cápita se redujo entre 1992 y 1996, comenzó a recuperarse a partir de 1999. (Stolberg, 2004: 662), alcanzando en 2003 el nivel de 1992 que era de casi el 10% del PIB (OCDE, 2003: 71). Una de las razones principales por las cuales Canadá tuvo éxito en reducir los déficits y luego de unos años recuperar el nivel de gasto en salud, fue el hecho de que el gobierno es el único responsable de pagar los gastos hospitalarios y médicos, lo que permitió incrementar la eficiencia administrativa y reorientar los gastos. No obstante, no es posible ignorar que hay cada vez mayor servicios privados, principalmente los ya mencionados de diagnóstico, que pueden dar lugar a una erosión del sistema público.

Los Estados Unidos:

El sistema de salud de los Estados Unidos es único en los países desarrollados de la OCDE en cuanto al peso del sector privado, tanto para el financiamiento como para la oferta de servicios de salud (Docteur *et al.*, 2003). Por ello y porque el derecho a los servicios se otorga mediante grandes corporaciones y contratos sindicales, se puede definir a este sistema como uno de *corporate welfare* más que como uno residual. (Peters, 2005)

Se ha propuesto que una de las características más positivas de este sistema liberal, donde domina la salud privada, es su flexibilidad y su capacidad a evolucionar de forma rápida para adaptarse a las cambiantes preferencias de los consumidores y a los incentivos establecidos por ellos, por las corporaciones que les pagan, así como por la regulación gubernamental. Mientras que esta es una idea acerca de cómo funciona la salud privada, una de sus realidades es que 14% de la población de los Estados Unidos no está asegurada, lo que contrasta fuertemente con la mayoría de los países desarrollados que tienen un sistema nacional-universal de salud. Además, un porcentaje de gente está sub-asegurada, lo que hace que su salud y sus finanzas estén en riesgo y que, a su vez, explica el alto porcentaje de gasto de bolsillo en salud en este país.

A pesar de que este sistema de salud, basado en la cobertura como beneficio laboral, cubre a la gran mayoría de los adultos en edad de trabajar y a sus dependientes, se ha erosionado porque las primas y los costos de los servicios de salud se han elevado más rápidamente que la inflación y que los salarios. De esta manera, la cobertura de la población menor de 65 años pasó de 66% en el año 2000, a 61% de la población en 2006, y el número de no

asegurados creció en más de un millón de personas por año en promedio. En 2006, más de 46 millones de personas, 18% de la población menor de 65 años, no contaba con un seguro de salud (Hoffman y Paradise, 2008: 1). La crisis de 2008-2009, con el aumento brutal del desempleo, agravó la situación y elevó considerablemente el número de individuos sin cobertura, como lo discutiremos un poco más adelante.

El efecto de no contar con seguro de salud se puede evaluar de forma muy precisa. Quienes cuentan con un seguro tienen mayor probabilidad de ser monitoreados o tratados continuamente. En un estudio de 2005, 98% de los niños asegurados de manera privada y 97% de los asegurados por el sector público eran atendidos de manera continua, mientras que en el caso de los niños sin seguro, la cifra descendía a 72%. En el caso de los adultos la disparidad es aún mayor: 90% de los asegurados era atendido regularmente, mientras que en el caso de los adultos que no cuentan con seguro la cifra baja a 50%. Otro indicador que se utiliza con frecuencia para conocer en qué medida los individuos reciben atención médica primaria es el contacto con un médico durante el año transcurrido. 26% de los niños sin seguro no había visto a un profesional de la salud durante el año, una proporción tres veces mayor a la que se da entre los niños asegurados de manera privada o por el *Medicaid*. En el caso de los adultos, 42% de los no asegurados no había visto a un médico en el año anterior. (Hoffman y Paradise, 2008: 3)

Si no fuera por el *Medicaid* y el SCHIP, habría millones de personas pobres que no tendrían seguro de salud. *Medicaid* cubre a más de 55 millones de individuos de bajos ingresos, incluyendo mujeres embarazadas, niños y familias, personas con discapacidades severas y enfermedades crónicas, así como adultos mayores. El SCHIP cubre a 6

millones de niños y aproximadamente 600000 adultos que tienen demasiados ingresos para calificar para el *Medicaid*, pero que no pueden pagar un seguro de salud privado. De hecho, *Medicaid* y SCHIP han aumentado de manera considerable su cobertura, entre 1997 y 2005 la tasa de niños de bajos ingresos sin seguro descendió de 23% a 14%. (Hoffman y Paradise, 2008: 8)

Otra característica del sistema de salud estadounidense es su alto costo en comparación con otros países de la OCDE, incluso si se toma en cuenta el nivel de ingreso. Los Estados Unidos gasta cerca de 13% del PIB en salud, mientras que Francia y Canadá erogan alrededor de 9%, el promedio de la OCDE es de 8% y México está en 6%. (OCDE, 2003: 19) Además, el gasto en salud crece de manera mucho más rápida que en el resto de los países de la OCDE: entre 2000 y 2005 creció promedio 4.4% anual. Finalmente, mientras que en los Estados Unidos los costos administrativos eran de 1,059 dólares per cápita en el año 1999, en Canadá eran de 307 dólares. El gasto de administración constituía 31% del total del gasto en salud de los Estados Unidos, mientras que en Canadá es de 16.7%. (Woolhandler, Campbell, Himmelstein, 2003: 768)

Estas diferencias entre los Estados Unidos y los otros países desarrollados se explica, en gran parte, por el hecho de que el gobierno de este país tiene un menor control sobre los gastos. En primer lugar, porque el gasto público representa menos de la mitad del gasto total en salud. En segundo, este gasto está descentralizado entre varios programas y agencias de pago, lo que hace que el gobierno federal tenga menor control del gasto total. (OCDE, 2003: 20) Finalmente, están los costos y los aumentos de los servicios médicos, que en los Estados Unidos son significativamente más elevados que en otros

países desarrollados (Hoffman y Paradise, 2008: 1). Aunque la población de los Estados Unidos era recetada 27% menos que los pacientes en la media de los países de la OCDE, su gasto en medicamentos era 41% mayor (OCDE, 2003: 23).

Algunos analistas consideran que el mayor nivel de gasto en los EEUU se debe a la inversión en tecnología médica. La adopción de tecnología nueva aumenta el precio del servicio, pero también su calidad. Otros factores que se han presentado como causa del mayor costo es el bajo nivel de copago por parte de los asegurados, así como el alto precio de los seguros que tienen que contratar los médicos para defenderse en caso de juicios por errores en su servicio. Además, para protegerse eventualmente en un juicio de este tipo, los médicos exigen análisis y exámenes que no son siempre absolutamente necesarios. Otra causa es que la necesidad médica ha crecido como consecuencia de enfermedades como la obesidad y el tabaquismo. (OCDE, 2003: 23)

Queda claro que estos problemas del sistema de los Estados Unidos se agravan, además, en la medida en que cambia la naturaleza de la economía de ese país. El hecho de que el trabajo se vuelve más flexible, es decir que la gente cambia frecuentemente de empleo, acentúa los problemas del sistema que depende de un seguro otorgado por la empresa (Docteur et al., 2003: 30). Además, como entre discute Martin en el capítulo 3 en este libro, desde principios de los años ochenta y mediados de los noventa hubo una tendencia a reducir la extensión y la generosidad de la asistencia a los sectores más pobres. A partir de la presidencia de Clinton esta tendencia se revirtió y los proyectos analizados y llevados a cabo en los ámbitos federal y estatal ampliaron la protección de manera incremental y en gran medida *ad-hoc*. Un ejemplo de este

tipo de medidas en el ámbito federal es la ley de diciembre de 2003, durante la presidencia de George W. Bush, que extendió la cobertura del programa de Medicare para cubrir medicamentos recetados. A pesar de que esta ley parece contradecir la reducción del papel del Estado que promovía este gobierno, fue aceptada porque incluía la prohibición por parte del gobierno a negociar la reducción de los precios de las medicinas recetadas por el sistema público de salud (Scott, capítulo 3 de este libro).

Las contradicciones que hemos analizado hasta ahora entre gasto gubernamental, costos, cobertura y eficiencia del sistema de salud de los EEUU han tenido como consecuencia distintos proyectos y programas a nivel nacional (entre los demócratas, Clinton y Obama) y a nivel local (entre demócratas y republicanos moderados) para corregirlos. Se han abierto dos opciones viables: incrementar el papel del sector público con el objeto de instaurar un sistema nacional de salud o, basado en un enfoque más individualista, más acorde con la ideología dominante en este país, ofrecer a todos un seguro obligatorio y financieramente accesible (Davis y Cooper, 2003: 16). El fracasado plan Clinton se proponía lo segundo, mientras que el proyecto original de Obama iba más en el sentido del primero.

En la primera década del 2000, se han presentado iniciativas interesantes en el ámbito estatal. En ese contexto se han distinguido dos estados: Maryland y Massachusetts. El Congreso del estado de Maryland aprobó una ley que obliga a sus empresas más grandes a dedicar 8% de sus gastos salariales en salud. Esto llevó a que la AFL-CIO incluya en su campaña *Fair Share* el proyecto de que se apruebe una legislación similar en los otros estados. No obstante, algunos críticos consideraron que esta solución

podría conducir a los patrones a intentar revertir los costos adicionales reduciendo de sueldos de los trabajadores, cambiando sus prácticas de contratación, o incluso a relocalizar sus empresas fuera de Maryland.

En Massachusetts, el gobernador republicano Mitt Romney impulsó una reforma más aceptable para la lógica individualista estadounidense, en la medida en que no considera utilizar los recursos fiscales para financiar la salud, sino que se parece al sistema que existe en Suiza que obliga a los individuos y a los empleadores a comprar seguros individuales, subsidiando a los que así lo requieran por razones financieras (Herzlinger, 2006). La ley de Massachusetts de abril del año 2000 se proponía asegurar cobertura universal en el Estado hacia julio de 2007, ampliando las opciones públicas y las privadas; lo que se ha logrado efectivamente en 2011. Una de las medidas de expansión de los servicios públicos es elevar la base que define los criterios para elegir a niños pobres que deben recibir atención de salud gratuita: de 200 a 300% del nivel de pobreza federal. Entre las medidas que apuntan a los individuos y la salud privada, que son las más significativas, está el establecimiento de un programa estatal *el Commonwealth Health Insurance Connector*, que vincularía a pequeñas empresas y a personas individuales con compañías que ofrezcan seguros de calidad pero de bajo precio. Otro instrumento que va en la misma dirección es otorgar subsidios gubernamentales a personas con bajos recursos, con el objeto de que puedan adquirir un seguro médico. Se obligaría, además a las aseguradoras 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 asegurados individuales; con lo que

se preveía que el costo de los seguros individuales bajara en 24% (Barker, 2006).

No obstante, este plan no ataca una de las debilidades fundamentales del modelo estadounidense de cobertura de salud, que continuo y descontrolado aumento de los gastos de los servicios y de los precios de los seguros, lo que hace dudar de la viabilidad del programa, que pronto se volvería insostenible tanto para gente, como para las finanzas estatales (Barker, 2006).⁹

Con la crisis internacional que comenzó en los Estados Unidos en el verano de 2007 y la elección de Barack Obama a la presidencia en enero de 2008 se abrió una ventana de oportunidad para que el gobierno federal presentara una nueva iniciativa de reforma del sistema de salud. La crisis inicia con la imposibilidad por parte de millones de norteamericanos de seguir pagando los célebres préstamos *subprime*, que condujeron que, un año más tarde quebraran las dos aseguradoras de préstamos semi-públicas Fannie Mae y Freddie Mac y varios bancos de inversión que habían montado instrumentos financieros con base en estos préstamos. Con estos últimos hechos se internacionalizó la crisis en Septiembre de 2008 y convirtiéndose en la más grave después de 1929-32. Esto fue seguido por un aumento rampante del desempleo, de 300,000 trabajos destruidos por mes, que se prolongó hasta fines del 2009. Esto empeoró de manera importante la cobertura de salud, ya que por cada punto porcentual de desempleo, un millón de americanos dejan de tener seguro médico (Oberlander, 2009 y Marmor et al., 2009). Para 2009, la crisis había incrementado en 10%

⁹A diferencia de los Estados Unidos, en Japón se fijan los costos de manera centralizada, en una negociación con los médicos y las farmacéuticas. Como complemento esencial de esta negociación y 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.

el porcentaje de estadounidenses sin seguro, para llegar a 50.7 millones (Sack, 2010).

Esta situación permitió que al llegar Obama a la presidencia, quien había prometido la universalización de los servicios de salud durante su campaña, lograra hacer pasar la reforma al sistema de salud que había fracasado con Clinton. Durante la campaña, Obama había planteado que la reforma era necesaria por tres razones: el creciente costo de los servicios de salud, en especial de las primas de los seguros, que en los últimos 8 años habían aumentado 3.7 veces en relación a los salarios; el hecho de que en Agosto 2008 había 45 millones de norteamericanos sin seguro médico, incluyendo a 8 millones de niños; y que había una subinversión en prevención y en salud pública, lo que había convertido al sistema norteamericano en uno de cuidado de la enfermedad (Obama y Biden, 2008). Uno de los elementos centrales del proyecto era la creación del *National Health Insurance Exchange*, una institución pública nacional que ayudaría a los individuos a comprar un seguro de salud, si es que no estaban asegurados o querían cambiar de seguro. Mediante esta institución, cualquier americano tendría la oportunidad de inscribirse a un nuevo plan público o a un plan privado aprobado, además de que se le daría a las personas y a las empresas que lo requirieran créditos fiscales basados en sus ingresos (Sack, 2010). Este plan podría controlar los costos, lo que se considera como la falla central del plan de Massachusetts, en tanto que obligaría a los planes privados a ser más eficientes y a controlar costos. Se partía de la idea de que mientras que los planes privados son atractivos porque responden a las demandas de los consumidores, los públicos dan mejor acceso a sectores de la población que no pueden conseguir seguro porque tienen mala salud o ser incapacitados. Por otra parte, los planes públicos tienen costos administrativos

más bajos y pueden hacer bajar los precios porque son compradores de gran escala, con una fuerte capacidad de negociación frente a los proveedores. Según algunos autores, la presencia de ambos planes significaría que las ventajas de ambos aumentaría (Holahan y Blumberg, 2008).

Aunque Obama tenía la mayoría en ambas Cámaras, debía convencer a los demócratas más conservadores del sur, y esperaba persuadir a los republicanos. Por ello decidió abandonar la propuesta de la institución pública nacional. En sustitución, la ley implementará un mercado estatal de seguros en el cual los individuos sin cobertura podrán comprar un seguro que reúna los estándares federales. Y, aunque finalmente la ley que surgió del consenso de las dos cámaras fue muy similar a la que existe en Massachusetts (implementada por el republicano Mitt Romney), ningún republicano apoyó la ley y sólo pasó con los votos de los demócratas. La Ley fue votada en marzo 2010 por una corta mayoría de 219 a 212 en la Cámara de Diputados, con la oposición de la Cámara de Comercio de los EEUU y la Federación Nacional de Negocios Independientes. Pero otros grupos, incluyendo a la *American Medical Association* y la industria farmacéutica la apoyaron. Según el propio Obama aunque "no es una reforma radical [es] sustancial" y tiene importantes implicaciones. Los demócratas consideraron que esta medida era comparable a la instauración, en la presidencia de Franklin Delano Roosevelt, de la Seguridad Social (1935) como parte del *New Deal* durante la gran depresión, y de la instauración del Medicare y Medicaid en 1965, bajo la presidencia de Lyndon B. Johnson.

La ley Obama exige que las personas, así como las pequeñas empresas contraten seguros, con el apoyo de subsidios fiscales del gobierno. La ley incorporará a 16 millones al *Medicaid* y subsidiará la cobertura de

individuos con ingresos bajos y medios. Estas medidas costarán 938 billones de dólares, que serán compensados por ahorros en *Medicare* y nuevos impuestos y tarifas, con lo que se calcula que habrá un ahorro global de 143 billones en los próximos 10 años (Pear y Herszenhorn, 2010). Aunque es indudable que sería más eficaz incluir a todos las personas que carecen de un seguro en una institución tipo *Medicare* (Krugman, 2009), la ley aprobada se orienta a apoyar fiscalmente a los individuos con el objeto de que puedan comprar un seguro y obligar a las compañías aseguradoras a ofrecer paquetes a precios "de grupo" a las personas, para hacerla aceptable a los demócratas conservadores y republicanos, y más afín a la idiosincrasia norteamericana.

A pesar de que los Republicanos ganaron las elecciones de medio término en Noviembre de 2010 y han prometido revocar la ley, no podrán hacerlo porque no tienen mayoría en el senado, además de que la presidencia puede vetar cualquier iniciativa de Ley. No obstante, los Estados si pueden sabotear la ley de manera individual y también existen los recursos judiciales para bloquear algunas de las medidas. No obstante, el hecho de que algunas de las medidas que favorecen a los ciudadanos ya entraron en vigor o entrarán en vigor en los próximos años pueden convencer a los representantes a no oponerse a las medidas. Algunos de los beneficios más inmediatos que entraron en vigor unas semanas antes de las elecciones fueron que las aseguradoras ya no podrán negar cobertura a niños con problemas médicos o dejar sin seguro a gente que se enferma. Los aseguradores deben de permitir que los hijos de los asegurados estén cubiertos hasta los 26 años. Las pequeñas empresas podrán obtener créditos fiscales para comprar seguros para sus empleados (Pear y Herszenhorn, 2010). Finalmente, se estima que la ley dará cobertura a 32 millones de no asegurados,

aunque aún dejará sin seguro a 23 millones de personas, una tercera parte de los cuales serán inmigrantes ilegales.

México

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 disminuyeron por los efectos directos de la crisis: se perdieron empleos y bajaron los salarios reales. Por otra, el gasto en salud bajó de manera dramática por cómo se llevó a cabo el proceso de estabilización y ajuste estructural para salir de la crisis de 1982. El gasto público por persona en salud bajó en aproximadamente 50% para la población con seguridad social y 60% para los no asegurados entre 1982 y 1987. A pesar de que en el año 2000 se había 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 resintió de manera creciente la falta de capacidad para atender las necesidades de salud de la población, por lo que ésta tiene que recurrir cada vez más al sector privado. Esto en especial en lo que respecta a los servicios médicos de atención ambulatoria y a la compra de medicamentos; aspectos que están muy limitadas en el sector público (Laurell, 2007: 517).

De hecho, el gasto social en México, del 7.2% del PIB en 2007, es el más bajo de los países de la OCDE, cuyo promedio fue del 19.3% (OCDE, 2011). Más aún, el gasto público en salud es muy bajo en México si lo comparamos con otros países de América Latina con los datos de la CEPAL: de 11.2% del PIB, comparado con 24.4% de Brasil, 22.1% de

Argentina, e incluso 12.2% de Chile (Becarria y Marconi, 2010). Esto ha implicado que las instituciones de salud reciban poco financiamiento 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 manejan organizaciones no gubernamentales y la Iglesia católica, que en muchos países latinoamericanos complementan los servicios de salud para los pobres (Laurell, 2007: 519).

Se plantearon dos formas de resolver esta problemática: revertir las cuotas y subrogar algunos servicios. También se intentó dar cabida en el IMSS a los trabajadores del sector informal mediante una contribución, con el objetivo de tener mayores recursos; intento que no fructificó, pero que se volvió a retomar con el Seguro Popular. La reversión de cuotas se refiere al modelo chileno de Instituciones de Salud Previsional (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 sí tienen fondos. Por su parte, el modelo de subrogación de servicios médicos es muy frecuente en Brasil: el gobierno utiliza las cuotas para pagar en clínicas y hospitales privados. La fuerte oposición del Sindicato de Trabajadores del IMSS impidió estas dos propuestas (Brachet-Márquez, 2007: 330).

Cabe recordar que en el caso mexicano, la crisis del régimen de seguridad social y de salud coincide con la crisis económica y la del régimen político corporativo; se trata en verdad de una crisis sistémica. Hasta mediados de los años ochenta, el Estado contó con los recursos necesarios para hacer crecer la economía y para

redistribuir los beneficios, para mantener viva la idea de que el Estado continuaba con el proyecto de desarrollar al país con justicia social. Después de la crisis financiera de 1982, el Estado abandona su papel de agente de desarrollo y el proyecto popular surgido de la Revolución mexicana. Esto lleva a que no sólo se cuestione la efectividad de las organizaciones corporativas sobre las cuales se había asentado el régimen político y se construyó 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 entonces 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 mencionamos en el capítulo 4, 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 a la sociedad civil. Fue, por ello, 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, el Estado o los grupos privilegiados lucharon para que los beneficios de que gozaban se extendieran 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 grupos que fueron cooptados paulatinamente. Es por ello que el régimen de protección social no tiene la legitimidad que goza en los países europeos o en Canadá. Esta característica del régimen social mexicano hace que sea mucho más difícil defenderlo; lo que ayudó que los gobiernos neoliberales, que se sucedieron en el poder a partir los años ochenta, logran modificarlo de raíz.

La fuerte segmentación del sistema de salud mexicano tiene como consecuencia que no estamos ante una sola reforma, sino ante varias. Como en el caso de las pensiones, en el que debemos hablar de tres reformas distintas, dos que ya se consumaron, la de las pensiones del IMSS (1995) y del ISSSTE (2006), y otra que está en proceso: la de los regímenes especiales. En el caso de la salud, están las reformas: 1] del IMSS, que afilia a los trabajadores del sector privado¹⁰; 2] del ISSSTE, que afilia a los trabajadores al servicio del Estado; y 3] de la población no asegurada que cubre la Secretaría de Salud. Existen, además, algunos sindicatos que tienen regímenes especiales, como el de trabajadores del IMSS, la Comisión Federal de Electricidad (CFE) y Pemex, que están en proceso de reforma, lo que se podría considerar como un cuarto pilar de la política de salud mexicana (Brachet-Márquez, 2007: 307). Aunque también es claro que todos estos sistemas distintos en algún punto están relacionados y conforman un régimen.

No debemos olvidar, además, que en algunas instituciones, - por ejemplo en el sistema bancario, las universidades, y los trabajadores de cuello blanco de muchas empresas - se cuenta con seguros privados que son contratados colectivamente; aunque como vimos en la introducción a este capítulo, este tipo de solución constituye apenas 3% del total, por lo que no se puede en absoluto hablar de la imposición del modelo estadounidense al sistema de salud mexicano. No obstante, existe la preocupación legítima de que el hecho de que la tendencia haya aumentado en los últimos años signifique que, en el

¹⁰ Por otra parte, para entender las reformas del sistema de salud hay que señalar que a partir de la crisis de los años ochenta, disminuyó el número de afiliados al IMSS y aumentó la proporción de salarios bajos, al mismo tiempo que los trabajadores utilizaban más los servicios del Instituto. Mientras que en tiempos de auge, entre 10 y 25% de los derechohabientes preferían utilizar la medicina privada, esta relación de invierte en las etapas de crisis, cuando además se reducen los recursos del IMSS (Brachet-Márquez, 2007: 307). Esta circunstancia obligó a que se comenzara a discutir la reforma del sistema.

futuro los servicios médicos públicos, con cada vez menos recursos, se concentren cada vez más en los pobres, como de hecho sucede en muchos países de América latina como Chile, Colombia, y Perú.

Cabe aclarar que la prioridad del gobierno mexicano fue modificar los sistemas de retiro¹¹, por lo que los cambios en el 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. En efecto, vista la tasa de cobertura de salud de la población mexicana, hay un vacío importante. En 2003, el seguro médico del IMSS cubría alrededor de 40% de la población, mientras que el ISSSTE añadía 7%, entre un 2 y 3% tenía seguros privados. El otro 50% de la población sin seguro médico podía recurrir a los servicios de la Secretaría de Salud, así como a un gasto sustancial de pago de bolsillo. Pero lo más significativo y lo que nos ha llevado a definir el sistema de bienestar mexicano (en el capítulo 4 de este volumen) como un régimen corporativo estatal, que da prioridad y orienta los recursos a un sector de la sociedad mexicana. De esta manera, aun cuando esta secretaría debe cubrir a 50% de la población, el gasto federal para este sector corresponde a sólo 30% del gasto público total en salud (Frenk, *et al.*, 2005, en Lloyd-Sherlock, 2006, 361).

Desde los años 80, los distintos gobiernos mexicanos han llevado a cabo varias medidas para ampliar la

¹¹ Véase el capítulo de Sylvain Turcotte en el capítulo 7 de este libro.

cobertura, que aún no han tenido resultado determinante. Por una parte, se permitió que los trabajadores afiliados al IMSS sean atendidos fuera de su sistema y que los trabajadores del sector informal se afilien de manera voluntaria al sistema; ambos esquemas fracasaron. A partir de mediados de los años noventa se inicia la descentralización de los servicios médicos orientados a la población no asegurada. Esto dio como resultado que estos servicios los otorgan las instituciones estatales. Por otra parte, se ha establecido una "cuota de recuperación" en el sistema público, es decir, los pacientes deben pagar una cantidad definida de acuerdo con su capacidad económica. Los defensores de estas medidas ven esto 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, por el contrario, plantean que estas políticas van contra el principio de universalización de la salud que está inscrito en la Constitución. Además, mencionan que la descentralización segmentará al país: en algunos estados los servicios serán de calidad, en otros, los estados más pobres, serán de baja calidad. Por su parte, la cuota de recuperación también está significando una segmentación entre la población más pobre, afectando a la población de pobreza media, puesto que los más pobres están exentos.

Durante el gobierno de Vicente Fox se estableció el programa del Seguro Popular, un modelo basado en los sistemas estatales de salud. Se pensó como una solución para obtener recursos y así integrar a la población no asegurada mediante dos disposiciones: el pago de los propios afiliados, y la participación financiera de los gobiernos estatales, en quienes recae la atención de la población que anteriormente estaba a cargo de la Secretaría

de Salud a partir del Acuerdo Nacional de descentralización de Servicios en Salud de 1996 (Gutierrez, 2002: 188).

El programa del Seguro Popular se crea a partir 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 los 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 dé 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 servicio de salud formal (Frenk, 2007: 14). Según los datos oficiales en marzo de 2011 casi 46 millones de personas ya estaban incorporadas al Seguro Popular.

Los creadores de este programa consideran que la descentralización de las políticas de salud debería no sólo contribuir a responder mejor a las necesidades de las poblaciones locales, innovar en el financiamiento y en el otorgamiento de estos servicios, sino para promover la competencia las distintas instituciones que ofrecen servicios de salud. Estas instituciones competerían tanto por los recursos como por el prestigio y la legitimidad (Frenk, 1995). Es posible pensar que, en efecto, el Seguro Popular avance un paso en este sentido, en la medida en que es un programa tripartita, que depende de la aportación de los beneficiarios, del Estado federal y de los gobiernos estatales y que (en principio) otorga a los afiliados 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 (Frenk *et al.*, 2003).

Una de las ideas centrales del Seguro Popular para atraer afiliados es que éste 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 evaluados en función de la atención que otorgan, para así 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 éstos, son los mismos hospitales o clínicas las que deben aprovisionar los medicamentos, procedimiento centralizado y poco eficiente porque requiere almacenarlos y calcular qué se va a requerir en un momento dado. Esto ha llevado a que en ocasiones falten algunos medicamentos o que, por el contrario, sobren otros que caducan. Además, este sistema ha fomentado todo tipo de prácticas corruptas. El Seguro Popular preveía que los pacientes los adquirieran en las farmacias por medio de recetas electrónicas y que los cobros se hagan directamente por éstas a la Secretaría, aunque esta medida no se ha implementado aún (Entrevista del autor con el asesor del doctor Julio Frenk, Julio 2007).

Los críticos de este programa cuestionan su carácter no universal y no gratuito. 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 5% de sus ingresos a este propósito, una erogación importante en un país en el cual no existe una cultura de la previsión (Laurell, 2007). Esto tendrá como resultado que se constituya un sector adicional en el ya fragmentado sistema de salud, incapaz de absorber a la población no-tan-pobre que va a seguir excluida, como de hecho sucede en otros programas focalizados en México y en América Latina (Lautier, 2004: 364).

Finalmente, no parece que el esquema de financiamiento haga que los servicios mejoren lo suficiente para atraer a los afiliados voluntarios. En primer lugar, como ha sucedido con los planes de expansión de los servicios médicos a la población no cubierta desde los años setenta, esta expansión no ha sido acompañada por un aumento en los recursos. Desde que en 1979 se responsabilizó al IMSS de manejar un proyecto no contributivo de salud, llamado IMSS-Solidaridad, no se le proveyó de recursos financieros adicionales (Laurell, 2001, en Lloyd-Sherlock, 2006: 362). Algo similar sucedió con el programa de Seguro Popular, por lo menos hasta el año 2004. A pesar de que la reforma a la salud emprendida durante el gobierno de Fox requirió un aumento sustantivo (50% entre 2002 y 2005) del presupuesto de la Secretaría de Salud, la proporción que llegó al Seguro Popular y a los no-asegurados - el programa central de esta reforma - sólo aumentó de 33 a 35%¹² (Lloyd-Sherlock, P., 2006: 364).

¹² Aunque es evidente que el presupuesto del Seguro Popular aumentó en el mismo 50% que lo hizo el total del presupuesto de la Secretaría.

Por otra parte, la idea de que las instituciones que tengan más "actos" médicos sean las que reciban los mayores recursos no parece viable, pues 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 instituciones públicas, los gobiernos estatales prefieran adquirir los servicios con proveedores privados. Además, los recursos que otorga el gobierno federal por persona afiliada no están asegurados, sino que deben 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 incluye 95% de las causas para internamiento hospitalario (Laurell 2007:: 521-525). Un ejemplo flagrante de esto último, es el hecho de que la insuficiencia renal no está incluida en este programa, a pesar de que 130 000 personas en México sufren este mal y que 8.3 millones padece algún tipo de daño del riñón (entre 8 y 10% de la población). La unidad de hemodiálisis de Querétaro, una de las pocas de su género en el país, apenas tiene capacidad para atender a 45 de los 1000 pacientes con insuficiencia renal que hay en el estado. Según la Secretaría de Salud, este padecimiento no se cubre porque representa costos altos, que según estimaciones sería 60% del presupuesto total del programa, es decir 30 000 millones de pesos, ya que la diálisis para cada paciente cuesta 180 000 pesos al año. De acuerdo con el secretario de Salud, José Angel Cordova, "ningún (*sic*) sistema sanitario en el mundo puede soportar semejante carga financiera" (Reforma, 3/09/2010)

4. Escenarios del cambio.

La poca relevancia de la idea de convergencia para analizar los regímenes de bienestar de América del Norte se

muestra con toda su fuerza en el caso de los sistemas de salud donde las divergencias son patentes y parecen preservarse. A pesar de que los dos sistemas no universales, el de México y el de los Estados Unidos, pretenden lograr la cobertura total ya que se han percatado de que es demasiado costoso (tanto en términos económicos como políticos) tener a un gran sector no cubierto, ni México, ni los Estados Unidos pretenden el mismo tipo de universalización, ni se orientan hacia el sistema universal canadiense.

Como se pudo ver en el fracasado plan Clinton, en el de Massachusetts y en la reforma de Obama, la tendencia en los Estados Unidos es hacia la universalización por la vía de estímulos económicos para que todas las personas cuenten con un seguro de salud financiado de manera privada. En este país se quiere "universalizar" la salud preservando el mercado, con la idea de que a pesar de sus fallas una de las características más positivas del sistema liberal de los Estados Unidos es su flexibilidad y su capacidad para evolucionar rápidamente. También se considera que el mercado de salud permite un mejor acceso a los servicios: en términos de rapidez, eficiencia, calidad y últimos avances tecnológicos.

La universalización que pretende el sistema mexicano, mantiene el carácter corporativo, incluyendo la asistencia a los más pobres, además de la afiliación voluntaria para quienes no están en ninguna de estas dos circunstancias. Así, se preservaría la dimensión corporativa y se ampliaría la asistencia avanzando en la tendencia general del régimen de bienestar mexicano hacia el asistencialismo.

Por otra parte, los tres países tienen una estructura federal, de la cual podrían provenir las innovaciones

futuras. Tomando en cuenta que el experimento social provincial de Saskatchewan se extendió al resto del país y constituyó la base para el régimen de salud actual de Canadá, es posible pensar que las reformas también vendrán de las provincias, más que del poder federal (Courchene, 2003: 19). Aunque las reformas que han tenido lugar en los Estados Unidos han provenido del centro, también en este país son dos estados, Maryland y Massachusetts, los que han implementado las medidas más innovadoras para reformar el sistema de salud. No obstante, la reforma que logra Obama resulta más de una dinámica nacional que de la emulación de las políticas que aplicaron algunos estados como Maryland of Massachussets, a pesar de que se parece mucho a esta última.

Aunque las políticas públicas en México se han caracterizado por una fuerte centralización, las políticas de salud prácticamente se han descentralizado. Esto puede empujar a que los actores que otorgan servicios sociales compitan entre sí. Hemos pasado de un sistema autoritario a otro centrado en las elecciones, lo que implica 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, los estados están presionando a la federación para obtener no sólo más recursos, sino más atribuciones y los gobernadores compitan entre sí por tener una mayor presencia, tanto para contribuir al prestigio del partido al que pertenecen como para lanzarse a una carrera política nacional. Hay un indudable movimiento de redefinición del sistema federal y a una competencia entre los distintos órdenes de gobierno.

A raíz del triunfo del Partido de la Revolución Democrática, por tercera ocasión consecutiva en la ciudad de México, este gobierno ha aplicado una política distinta

de protección social universal, frente a la política social focalizada del gobierno federal. En respuesta, el propio gobierno federal ha comenzado a copiar algunos programas de 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 en el ámbito federal durante la campaña de 2006, por medio del Programa Oportunidades.

De esta manera, es posible pensar que las transformaciones futuras no vendrán "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.