

La CUS no es un invento argentino

Consecuencias de su implementación en otros países de América latina (México - parte 2)

Dr. Daniel Esteban Manoukian¹

Cuando los economistas del Banco Mundial empezaron a tallar en la OMS

Continuando con el texto anterior que persigue la idea de analizar las consecuencias que ha generado en América Latina la introducción de reformas en salud de corte neoliberal, se propone revisar lo ocurrido en México.

Vale recordar que el común denominador de este tipo de reformas se sustenta en un conjunto conceptual básico integrado por:

- **Asumir a la salud como un bien privado** pasible de ser mercantilizado. Así entendida la salud surge de una condición individual, se agota en el consumo de la persona involucrada que en esas condiciones está dispuesta a pagar por él.
- **Descreeer de la capacidad del Estado** para administrar y prestar servicios sanitarios calificados, asumiendo las instituciones públicas como ineficientes y burocráticas.
- **Jerarquizar y priorizar los intereses del llamado complejo médico industrial** (CMI) dentro del cual se suman las compañías de seguros privados e intermediarios gerenciadorees que vinculan financiadores con prestadores, resultando actores esenciales de este tipo de procesos de reforma.
- Con el eufemismo de ampliar la cobertura, propiciar el **acceso universal a canastas básicas** de prestaciones cristalizando la brecha entre ricos y pobres en materia sanitaria, sustrayendo a los sectores más vulnerables de prestaciones de alto costo.

El desembarco de los economistas en el ámbito sanitario con posterioridad a la crisis mundial de comienzos de los 70', so pretexto de aportar la eficiencia de la que carecía el sector, introdujo lógicas de análisis basadas en perspectivas desde la economía neoclásica en algunos casos y en otros desde un ángulo radicalmente neoliberal. En todo caso, sostenemos la importancia de incorporar otras miradas disciplinares para enriquecer las políticas sanitarias, advirtiendo el riesgo de forzar

¹ Médico generalista, Hospital Zonal Chos Malal.

la aplicación de conceptos útiles para otros campos, pero potencialmente atentatorios contra la idea de salud como derecho.

En el texto de Ginés González García ya referenciado, se planteaba que hacia finales de los 90' se advertía que en lugar de caminar en dirección de superar el enfoque médico curativo para incorporar un paradigma sanitario complejo e interdisciplinario, se retrocedía hacia modelos reduccionistas. Decía González García: " ... pareciera que para algunos la solución a los problemas de salud consiste en reemplazar a médicos por economistas . . . allí donde los sanitaristas veían sólo problemas de equidad en el acceso a los servicios de salud, los economistas identifican exclusivamente problemas de costos prestacionales".

En esta entrega analizaremos el caso de México de la mano de un artículo publicado recientemente por la Dra. Asa Cristina Laurell, Médica-cirujana, magíster en Salud Pública, doctora en Sociología y doctora Honoris Causa de la UBA. La Dra. Laurell ha publicado unos 100 trabajos de investigación sobre los temas de Proceso de Trabajo y Salud, Política social y de salud. Fue Secretaria de Salud del Distrito Federal, México, 2000-2006.¹

México y la historia de un "seguro popular", que no es ni seguro, ni popular

Si bien Colombia fue el primer país de la región en implementar las recomendaciones de la OMS con el llamado "régimen subsidiado" iniciado en 1993, los cambios en las políticas sociales, previsionales y sanitarias en México se remontan a más de 35 años.

La fuerte asociación entre ambas políticas sociales obliga a un análisis conjunto. Adviértase el paralelismo para Neuquén cuando se debate la evolución del Instituto de Seguridad Social donde convive la obra social provincial en la cual predominan las prestaciones de salud y la caja de jubilaciones y pensiones provinciales.

Como se mencionó, el avance neoliberal lleva mucho tiempo en México. En efecto, cuando en 1983 con la llamada crisis de la deuda externa, comenzó a influir en las decisiones soberanas el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), el país azteca concretó un ajuste fiscal que tuvo efectos muy graves sobre el presupuesto del sistema público de salud que se compone de la **Secretaría de Salud** y los institutos públicos de seguridad social, principalmente el **Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)** para trabajadores del sector privado y el **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)** para trabajadores del sector público.

En un país con escasa influencia en esos momentos de los aseguradores y prestadores privados en el sector salud, el primer paso fue apostar al debilitamiento del sector público, que según menciona Laurell, ha logrado resistir su propio desmantelamiento.

La política de austeridad causó un deterioro notable de los servicios de salud y se aprovechó para descentralizar la prestación de servicios de la Secretaría de Salud a los estados sin ninguna preparación para su manejo. Este deterioro luego se usó para desprestigiar el sistema público alegando que las instituciones públicas y el Estado son ineficientes y no pueden prestar servicios de calidad.

La segunda etapa del proceso de reforma neoliberal, surge a raíz de la crisis financiera con la quiebra de los bancos mexicanos en 1994-1995 (que se conoció como **efecto tequila**, quizás la primer crisis económica de impacto mundial de la aldea global). Nuevamente entran en escena el FMI, el BM, además del Tesoro de Estados Unidos para condicionar su apoyo a México a cambio de una amplia y privatizadora reforma del sistema de salud y de las pensiones, empezando por el IMSS.

En medio de grandes movilizaciones en contra de la reforma, el partido en el poder —el PRI—logró pasarla en 1995 pero pospuso su inicio para 1997. Esta ola privatizadora tuvo éxito en privatización de las pensiones que pasaron a ser de capitalización individual con administración privada (fueron llamadas Afore y fueron similares a las AFJP de Argentina). Este sistema de pensiones está causando hoy una crisis en las finanzas públicas.

Sin embargo, en ese momento, finales de los 90', el gobierno no tuvo la misma suerte con la reforma del seguro de salud del IMSS. A pesar de que firmó el compromiso de introducir administradores de fondos y prestadores privados, éste no avanzó. La razón es que el IMSS es el principal prestador de servicios médicos en México y desmontarlo hubiera significado un colapso de la prestación de servicios médicos en el país. Los trabajadores del IMSS e incluso algunos de los directivos también ayudaron a resistir la privatización.

A pesar de los malos resultados en el IMSS, reconocidos por todos, se forzó una reforma muy semejante del ISSSTE en 2007 que tampoco ha llevado a la entrada de administradores de fondos y prestadores de servicios médicos privados. No obstante, significó que las pensiones se sometieran al mismo régimen que las del IMSS, en ese caso para el ámbito de los trabajadores públicos. Gracias a sus luchas, tanto en el caso del IMSS como en el del ISSSTE, los trabajadores que habían aportado antes de las reformas, pudieron acogerse al anterior régimen. Es así porque el Estado asume el pago de sus pensiones y garantiza que nadie tenga una pensión por debajo de la pensión mínima garantizada. Sin embargo, estas reformas son un caso más de la privatización de las ganancias y la socialización de las pérdidas; las Afore lograron alta rentabilidad por cobros a los trabajadores mientras que el Estado al quedar sin ingresos suficientes en el rubro de pensiones tiene que echar mano a los impuestos.

En ese marco, el gobierno y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) presionan ahora fuertemente para que las contribuciones para la jubilación se incrementen sustancialmente y que se baje la jubilación garantizada al nivel de un salario mínimo.

Y con la Salud que pasó?

Para Laurell recordar lo ocurrido con el proceso de reforma del seguro social resulta pertinente en tanto lo propuesto respecto de la política sanitaria al instalar el mal llamado "Seguro Popular" se inscribe en la misma línea política e ideológica neoliberal.

Asa Cristina Laurell trae a colación que en salud se trata de avanzar en la mercantilización y privatización de este ámbito y se le ha dado dolosamente el nombre de Cobertura Universal en Salud (CUS). La base de esta concepción es que se requiere introducir la competencia y la libre elección de administrador de fondos (asegurador) para mejorar la calidad y bajar los costos. Nada de esto se ha logrado en ninguna parte, ni en América Latina, ni en Europa, ni en Asia y desde luego tampoco en Estados Unidos. Sirve de ejemplo el Seguro Popular mexicano que después de las enormes desventuras de la Ley 100 en Colombia (ver entrega anterior) se ha proyectado como el nuevo "caso de éxito" por los organismos supranacionales.

El Seguro Popular, o como se llama oficialmente el **Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS)**, fue promovido por el gobierno de derecha y fue votado en **2003**. Quienes lo promovían sostenían que con el SNPSS se alcanzaría la "cobertura universal de servicios de salud" en siete años al dar cobertura de salud a la población que carece de seguro social, lo que representa aproximadamente a la mitad de la población mejicana.

Principales rasgos del "Seguro Popular"

- **Es un seguro voluntario con un subsidio fiscal federal y estatal y una prima de los asegurados a partir de cierto ingreso**, es decir a partir de determinado nivel de ingreso el ciudadano paga una prima.
- **Solo cubre un paquete limitado de servicios**, con muy pocos vinculados a padecimientos de alto costo como la mayoría de los cánceres, infarto del corazón, accidente cerebral, etcétera.
- **Todos los servicios fuera del paquete deben ser pagados por el paciente**. Este paquete corresponde a un 15% de los servicios del seguro médico de los institutos públicos de seguro social.
- Esto significa que **no hay acceso oportuno a todos los servicios requeridos y que hay un pago al contado (gasto de bolsillo) alto**.
- **Se ha invertido muy poco en la ampliación de servicios y contratación de personal esperando que los privados lo hagan, cosa que no ha ocurrido**. Por ello, los estados pobres ni siquiera están en condiciones de prestar el paquete legal de servicios.
- El sistema público sigue siendo segmentado y fragmentado con acceso muy diferente para distintos grupos de la población dependiendo de su tipo de seguro, dónde vive y su capacidad de lidiar con la burocracia institucional.

- **Se ha sacrificado la atención a la comunidad y a la salud pública debido a que el modelo de atención se centra en atender a la persona** y se distribuyen los incentivos con base en ello. Se dejaron de priorizar acciones de promoción y prevención en salud.

No se ha logrado la cobertura universal de la población mexicana, de hecho actualmente un 17,5%, es decir **20,6 millones de personas, carecen de cualquier tipo de seguro.**

Aunque se haya incrementado el presupuesto público de salud a 3.1% del PIB está lejos de los 6% del PIB en gasto público de salud recomendado por la Organización Panamericana de Salud. Adicionalmente se regatea el presupuesto legal del Seguro Popular para canalizarlo a otros rubros alegando que son más importantes, por ejemplo el pago de la deuda.

A modo de conclusión

Coincidiendo con la Dra. Asa Cristina Laurell sostenemos que el modelo de financiamiento y de atención a la salud adhiriendo a las leyes de mercado, con demostradas imperfecciones en el sector salud (asimetría de información, selección adversa, comportamientos oportunistas, etc.), agrava las dificultades de los sistemas sanitarios.

La falsa quimera que vincula la mercantilización y la privatización con la resolución de los actuales problemas de los sistemas de salud ha fracasado en México, en Colombia y también en países europeos que están abandonando el eficaz modelo universalista financiado con rentas generales, como el Reino Unido y España.

Este tipo de reformas no logra un mayor acceso, ni contiene los costos. Pensar que la entrada del sector privado como actor protagónico en el ámbito de la salud es la solución, es un espejismo ideológico que no toma en cuenta que la razón de ser de ese sector es tener ganancias y cuando no las identifica no asume el riesgo y se abstiene. En salud eso implica dejar solo al sector público aquello no rentable, sea por el tipo de prestaciones de las que se trate o por la ubicación de los usuarios (por ejemplo lugares de baja densidad poblacional). En todo caso, la inversión privada se dirige a donde está el lucro y donde puede hacerse de los fondos públicos.

Las evidencias duras de todo el mundo demuestran que si se quiere lograr equidad y justicia en salud la única manera es erigir un sistema público sólido cuyo objetivo es la garantía del derecho a la salud.

La Dra. Laurell cierra el artículo mencionado con una idea que compartimos:

Un sistema así no se construye de la noche a la mañana porque enfrenta muchos enemigos poderosos, entre otros el complejo médico-industrial-asegurador. Estamos entonces ante una lucha política e ideológica de valores y concepciones. Para los que consideramos que una vida digna y sana es un derecho inalienable no nos queda más que seguir luchando.

Daniel Esteban Manoukian

Chos Malal, Neuquén, enero de 2018

ⁱ **LAURELL, Asa Cristina.** "*El seguro popular mexicano: ni seguro, ni popular*" para la Revista Soberanía Sanitaria, Argentina, 2017. <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/el-seguro-popular-mexicano-ni-seguro-ni-popular/>.