

Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano. Un breve resumen

*Rafael González Guzmán**

El Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano,¹ de Asa Cristina Laurell reúne tres características presentes en libros anteriores suyos: en primer lugar la solidez conceptual, en segundo la aplicación de una metodología rigurosa y en tercero un buen manejo de la información estadística. El resultado es un análisis crítico profundo y bien fundamentado sobre los alcances y límites del Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS), así como de su ubicación dentro del proceso de reforma de sistema de salud en México.

El libro inicia con una revisión del estado del conocimiento en torno a dos temáticas: la primera gira alrededor de los determinantes sociales, la pobreza y la salud y su vínculo con las reformas sociales del Estado en las últimas dos décadas, como elementos necesarios para comprender las reformas en salud. Se hace un énfasis especial en la segunda reforma centrada en el llamado “aseguramiento universal en salud”. La segunda temática presenta una caracterización del sistema de salud mexicano y de las reformas que se han instrumentado ubicando dentro de ello al SNPSS. Estos elementos conceptuales forman un sólido marco dentro del cual se realizará un análisis de lo que ha sido el SNPSS desde su surgimiento hasta la fecha.

En cuanto a la primera temática la autora hace un apretado resumen sobre los desarrollos científicos que develan la relación entre condiciones de vida y trabajo y salud. Expone primero los aportes de la medicina social latinoamericana. Luego pasa a los desarrollos de la epidemiología social europea tras los efectos de las políticas neoclásicas neoliberales, quienes en sus conclusiones apuntan la necesidad de una redistribución más justa de la riqueza, el poder y los recursos como base para avanzar en reducir las desigualdades sociales en salud. Finalmente presenta un resumen de las ideas expuestas por la Comisión de Macroeconomía y Salud en las que se establecen las finalidades y los postulados de las políticas neoliberales de combate a la pobreza que fundamentan la llamada nueva filantropía y la focalización que caracterizarán a los programas sociales y de salud. Esta última será la base sobre la que se desarrollará la llamada reforma social del estado. La autora, retomando a Offe, establecerá que en este proceso de reforma buscará reducir al máximo la acción estatal para liberar espacios a las fuerzas del mercado para la acumulación de riquezas y a la vez buscará hacerlo sin poner en entredicho la propia legitimación del papel social del Estado.

Este proceso de reforma se desarrollará en dos fases cada una con su correlato en las reformas en salud.

En la primera fase de la reformas conocida como “ajuste y cambio estructural” se da el paso de un estado social incompleto a un estado mínimo que abandona las políticas de empleo e ingreso y deja todo al libre

* Profesor de la Facultad de Medicina de la UNAM. Fecha de recepción: 15 de noviembre de 2013

¹ Asa Cristina Laurell, Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano. CLACSO, Colección CLACSO-CROP, Buenos Aires, Argentina, 2013. ISBN 978-987-1891-70-2. <http://biblioteca.clacso.org.ar/clacso/clacso-crop/20130807020931/ImpactodelSeguroPopular.pdf>

juego de las fuerzas del mercado. Las únicas funciones estatales son apoyar a quienes fracasen en insertarse en el mercado o generar aquellos bienes públicos que no pueden regirse bajo la lógica del mercado. En esta fase las instituciones públicas y estatales de salud construidas de manera más o menos completa en las décadas anteriores y cuya perspectiva era su generalización para cumplir el por nadie cuestionado derecho a la salud, son debilitadas por la crisis y por las políticas de ahorcamiento. Posteriormente ese debilitamiento será usado como justificación para el impulso de la reforma. En esta fase se fortalecen el discurso anti-estatista y se debilita el tejido de instituciones públicas y se legitima el auto debilitamiento del Estado. Pero a la vez hay un alarmante crecimiento de la pobreza y la desigualdad que llevan al Banco Mundial a plantear una segunda fase de la reforma.

En la segunda fase se mantiene el mercado y la acumulación como principio organizador y dentro de esa lógica se impulsa la llamada “modernización” del Estado, enfatizando los aspectos de regulación y de gobernabilidad para lograr un Estado que se guíe por una misión, que sea más eficiente y eficaz, que trabaje alrededor de resultados, que tenga orientación empresarial y incrementar la cohesión social. En el campo de las políticas sociales se pasa de la idea de “pobreza” a la de “vulnerabilidad”, se busca involucrar a todos los posibles actores en la gerencia social del riesgo y se acentúa el papel de la inter-sectorialidad, pero todo ello sin afectar al mercado como principio organizador y los sosteniendo los pilares de la economía neoclásica. De lo social así solo se ve la llamada trampa de la pobreza y el capital humano.

Con base en estas dos fases de la reforma social del Estado, Asa Cristina expone las dos reformas de salud hegemónicas que les corresponden. La primera se inaugura con el documento *Invertir en Salud* en 1993 y la segunda se asocia con el planteamiento hoy en boga del aseguramiento universal.

La primera fase de la reforma en salud, asociada a los programas de ajuste estructural del FMI y el Banco Mundial, tiene como características centrales el retiro progresivo del Estado de la provisión de servicios

buscando trasladarlos al mercado y para aquellos que por su pobreza fracasaran en obtener estos servicios el Estado garantizaría paquetes de servicios básicos o esenciales. Pero en el fondo de la agenda hay más desde entonces se trabaja por la separación de las funciones de regulación, administración de fondos, compra de servicios y prestación de éstos en la perspectiva de que el estado se centrara en la regulación y agentes privados vayan tomando las otras funciones. Lo anterior tuvo como resultados abrir espacios para la rearticulación de los sistemas sobre bases mercantiles y la reducción de la responsabilidad del Estado.

La segunda fase surge como respuesta a un acceso muy restringido a los servicios de salud por partes muy grandes de la población y la falta de una demanda respaldada por fondos de salud que pudiese ser atendida por nuevos agentes privados. La forma central que toma esta segunda fase es el aseguramiento. Bajo esta forma es posible construir fondos de salud disponibles para un mercado solvente cuya administración y uso para compra de servicios pueda constituirse en campo de negocios de los grandes grupos financieros muy interesados en esos fondos (equivalentes a varios puntos porcentuales del PIB de cada país). Para ello habría que liberar fondos de los seguros sociales públicos y adicionalmente destinar fondos públicos para financiar seguros subsidiados para los pobres. La fórmula del aseguramiento universal además buscará dar fuerza ideológica y un halo de legitimidad a las políticas económicas neoclásicas y a la desgastada ideología neoliberal. Desde los inicios de esta segunda fase los organismos financieros (FMI y Banco Mundial) señalaban que el aseguramiento universal para pobres debería establecer un paquete básico de servicios o de “prestaciones”, así como la inclusión de co pagos y co seguros que aumenten la cantidad de prestaciones de los paquetes asegurados, claro, para quien lo pudiese pagar. Esta segunda fase se implantará bajo distintas modalidades según las características de los sistemas y las correlaciones de fuerza políticas.

En esta parte la autora nos presenta un apretado resumen de las experiencias de Chile y de Colombia por ser las más desarrolladas en esta segunda fase. De estas experiencias destaca el surgimiento de rasgos

que alertan sobre un debilitamiento del derecho a la salud correspondiente al avance mercantilizador. El sector privado asegurador y prestador crecen, el sector público se debilita y es deliberadamente desfinanciado, los privados realizan diversas prácticas de selección adversa y reciben diversos subsidios que no terminan en la atención, la inequidad en la atención continua y aun 1 de cada 10 chilenos no cuenta con cobertura de servicios además de tener problemas de acceso. El caso colombiano además de lo anterior, generó una maraña burocrática para negar los servicios y para cobrar sobreprimas y excluir a personas de riesgo alto que llevaron a que se dieran cientos de miles de tutelas en contra de las EPS.

La primera parte del libro enfocada a la revisión del conocimiento termina con un panorama del sistema de salud en México y lo que ha sido el proceso de reforma. Se presentan en este resumen solamente algunos de los datos más relevantes expuestos por la autora. Para 2010, el 66.8% de la población contaba con algún seguro de salud. Los dos principales el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cubre a 31.6% de la población y el SP el 23.9%, un 33.2% de la población no cuenta con ninguna forma de seguro.

El IMSS tiene un financiamiento tripartita su ingreso es obligatorio y no tiene un catalogo de beneficios, más bien se excluyen algunos como cirugía cosmética. El SP en cambio es voluntario y es financiado con dos aportaciones federales, una aportación de los estados y una cuota entre 3% a 4% de los ingresos de aquellas familias que estén entre los deciles V al X de ingresos. Los beneficios del SP son limitados por un Catálogo Universal de Servicios (CAUSES) que establece acciones (no padecimientos) que se realizan dejando fuera algunos tramos de varias enfermedades, así como siete padecimientos de gastos catastróficos para adultos. Lo que esté fuera del CAUSES se paga con una cuota de recuperación y quien no esté inscrito, según la LGS, debe recibir atención pagando dicha cuota. Según la AMIS 6% de la población tiene seguros privados que tienen subsidio estatal pues son deducibles de impuestos. Dentro del sistema hay grandes desigualdades sociales y geográficas señalándose la baja cantidad de

camas 0.8 por mil y en algunas entidades muy bajas, hasta de 0.5 por mil.

En cuanto al proceso de reforma en México la autora señala que desde 1983 a la fecha se han dado un conjunto de modificaciones para transformar el sistema conforme a las líneas descritas arriba. Destaco aquí solo algunos elementos: en la caso de la seguridad social, las modificaciones legales de 1997 que pasaron el sistema de pensiones a manos privadas y se incluyeron un conjunto de cambios que debilitaron financieramente la operación del SEM sobrecargándolo de trabajo y alimentando una imagen de descrédito en la institución favorable a propuestas de derivar sus fondos a proveedores privados de servicios. Con la llegada del PAN al gobierno, se impulsa el Seguro Popular bajo el discurso de que en 2010 toda la población contaría con alguna forma de aseguramiento en salud. Esto condujo a cambiar la LGS introduciendo el SNPSS. Dicho sistema articula un seguro pagado por una Cuota Social Federal, basada en el SMDF y una Aportación Solidaria Federal (misma que tiene descuentos por aportaciones al FASSA) y para Oportunidades. Los Estados aportan una cuota por cada familia afiliada y las familias de los deciles V a X hacen una aportación (pero es insignificante en relación al fondo global actual). A partir de 2004 la instrumentación del SP ha sido problemática y con muchas tergiversaciones y el conocimiento sobre su desarrollo es limitado y basado en datos de la propia CNPSS según los cuales por ejemplo Lancet publica cinco trabajos que hacen ver que todo va bien en el SP, sin embargo la evaluación externa muestra cosas bastante distintas. Se han publicado así varios estudios que muestran un uso bajo de los servicios, poca confiabilidad en los datos de afiliación, y en el monto de recursos financieros, así como tendencias a la privatización. El Censo de 2010 y el estudio CONEVAL 2011 profundizan estas incertidumbres.

Con base en lo anterior la autora se plantea una serie de preguntas que dirigen la investigación

1. ¿Es posible lograr la afiliación universal de la población sin seguro social al SP dado su carácter voluntario?

2. ¿Cuáles son las características socioeconómicas de las familias afiliadas?

3. ¿Garantiza la afiliación al SP el acceso a los servicios de salud requeridos en vista de las restricciones de la cobertura médica de éste?

4. ¿Reduce la afiliación al SP el gasto de bolsillo e impide el empobrecimiento de las familias por el gasto catastrófico de salud?

5. ¿Es el monto per cápita del SP suficiente para costear los servicios del CAUSES?

6. ¿Cuál ha sido el incremento real del presupuesto público total en salud desde la instrumentación del SP y cómo se distribuye entre las instituciones públicas de salud?

Para responder estas preguntas la autora nos expone algunos conceptos centrales de la medicina social latinoamericana que ubica el análisis de las reformas en salud dentro de los procesos económicos y sociales a diferencia de otros enfoques que ven las prácticas solo en sus aspectos técnicos.

Retoma el la idea de Offe de que los estados actuales se desarrollan en medio de la contradicción entre generar las mejores condiciones para la acumulación capitalista y los efectos negativos que ésta tiene en millones de personas, y a la vez legitimar el orden social. Usa entonces este marco para situar el estudio de la reforma en salud. A su vez, la autora señala que los conceptos de derecho a la salud y universalidad se han prestado a varias interpretaciones y hace explícito el sentido que ella dará a estos conceptos. Así el derecho a la salud puede entenderse como un derecho amplio que iguala a todos o bien puede verse desde la reforma como algo condicionado a otros elementos como pagos. Igualmente el concepto d universalidad puede entenderse como la atención para todos o, como en la reforma, puede reducirse a algunos paquetes limitados de prestaciones. Otro concepto importante a definir es el de cobertura poblacional que no es igual a acceso real, así las personas pueden estar cubiertas por un seguro pero sin tener acceso por barreras eco-

nómicas y geográficas. El aseguramiento per se no resuelve estas barreras. Por último la autora indica que el concepto de protección social en salud, puede entenderse en la lógica del BM o bien como derecho a la salud y obligación del Estado.

Sobre la base de una definición clara de estos conceptos entonces la autora dirige su investigación basándose en información de varias fuentes, todas ellas cabe resaltar que son oficiales. Se usó la ENIGH 2010, registros administrativos de instituciones públicas de salud y de otras dependencias, así como información obtenida a través del IFAI.

Los resultados del trabajo se presentan en cerca de 70 páginas del libro agrupados en cinco secciones en las que se contrasta la información sobre aseguramiento en la ENIGH y la CPSS; la cobertura y el acceso a los servicios; el financiamiento del SPSS; la pugna distributiva entre el SPSS y el seguro social laboral y la nueva dinámica del sistema público de salud. A lo largo de estas secciones la autora va respondiendo a las preguntas antes expuestas. Se presentan a continuación algunos de los resultados.

Existe una gran diferencia entre los datos de afiliación al SP de la SS y los del Censo y la ENIGH. Mientras que la primera reporta un aseguramiento de 43 millones de personas, la encuesta encuentra sólo que sólo 31 millones están en el SP de forma que 33.8% de la población no tiene ninguna forma de aseguramiento. El gobierno federal está interesado en difundir que se ha llegado a la cobertura universal y los estatales en aumentar sus ingresos reportando afiliación de más personas, pero al preguntarse a las personas en el Censo y la ENIGH resulta que esto no es así. De igual manera la SS dice que el SP cubre a las familias pobres con jefatura femenina, sin embargo los datos de la ENIGH muestran que la población sin ninguna forma de aseguramiento tienen proporciones más altas de jefatura femenina que los asegurados del SP. Resalta también que mientras el SP reporta que más del 90% de los afiliados están en el decil de ingreso I y II, la ENIGH encuentra que sólo están en 47% en éstos, mientras que en los deciles de ingreso del V al X el SP reporta solo al 0.6% y la ENIGH al 25.3%. Cabe

señalar que el SP no pregunta datos de ingreso, sino que lo estima con otros datos, mientras que la ENIGH si lo hace. Es importante resaltar que según datos de la ENIGH, el SP no cubre al 36.7% de la población más pobre del país. El 67.3 de las personas con SP usan servicios de la SS u Oportunidades y 21.5% servicios privados, mientras que las personas sin aseguramiento usan 60 % servicios privados, de los cuales 28% son consultorios de farmacias.

En cuanto al acceso y atención a problemas de salud, la autora encuentra que el no tener acceso a la atención a la salud cuando se tienen problemas es mas alto en las personas con seguro popular (15.4%), y sin seguro (18.7%) que entre quienes tienen seguro social laboral (7.3%). Las principales razones expuestas para esto son la barrera económica (43%) explicable por no incluirse costos de traslado o acciones no contempladas en el CAUSES y la barrera institucional con un 74%, explicable por problemas. En la seguridad social la razón económica es solo de 13% y lo institucional el 64% tal vez por las largos tiempos de espera.

Uno de los objetivos explícitos del SP es proteger a las familias de los gastos de bolsillo en especial de los gastos catastróficos. El libro hace un análisis de cómo está en esto entre la población con SP, la de la seguridad social laboral y las personas sin aseguramiento. Resalta que las personas de la Seguridad laboral tienen el menor gasto de bolsillo (2.4% de su ingreso), seguidas de las personas con SP (2.5% de su ingreso) y al final las que no tienen aseguramiento (3.1% de su ingreso). Cabe resaltar que en el caso de los afiliados al SP el 77% de su gasto de bolsillo es en consulta, lo que muestra que en realidad el CAUSES no cubre el 100% de las consultas de primer nivel como se dice.

Del gasto de bolsillo la autora encuentra dos datos importantes: los usuarios de la seguridad social laboral son quienes mayor gasto de bolsillo en salud hacen y además que los últimos cuatro de deciles de ingreso concentran el 58% del gasto en salud, esto muestra que estos sectores, a diferencia de los más pobres y sin aseguramiento no están en condiciones de compensar las muy amplias fallas en el proceso de atención a la salud.

Un dato muy importante arrojado en el estudio (y nunca difundido oficialmente) es que el gasto por persona en el SP es menor que lo que la persona gasta de bolsillo en salud: por cada peso que gasta la persona el SP gasta sólo 83 centavos y el 58% de ese gasto es realizado por los deciles más pobres. En el caso de la SS a la inversa por cada peso de bolsillo se gastan \$1.35. De hecho, la protección financiera tan publicitada no ha mejorado gran cosa toda vez que la proporción de gasto privado/público no se ha modificado.

En cuanto a la cobertura y servicios del SP, la autora hace una revisión del CAUSES y de las enfermedades cubiertas por gasto catastrófico; se señala que se trata de 250 acciones calculadas con base en análisis de costo beneficio (que se publicita implican hacer algo en 1400 enfermedades que tomando la CIE 10 son más bien 497). Según CONEVAL, el SP cubre sólo el 11% de los padecimientos que cubre el IMSS. La autora encuentra que la cantidad de consultas, urgencias atendidas y hospitalizaciones es considerablemente más baja entre las personas con SP que en el IMSS o el ISSSTE lo que cuestionaría que el SP aumenta el acceso a los servicios.

Al analizar los motivos de hospitalización se encuentra que la mayoría se debe a causas relativas al embarazo y el parto y que en restante se incluye en la estadística enfermedades no cubiertas en el catálogo. En el IMSS el peso de las causas maternas es mucho menor (25% contra 58% en el SP, mientras que se incluyen con mayor frecuencia otros problemas del adulto no contemplados en el SP. En cuanto a los gastos catastróficos se señala que hay problemas burocráticos en la validación necesaria para liberar recursos de pago en más de 10% de los casos. Resalta también que hay una gran diferencia en la tasa de casos validados y pagados entre estados que va mucho más allá de las variaciones en la incidencia y que hablará de problemas de acceso y de diagnóstico. Por ejemplo el DF tiene una tasa de casos validados por cáncer cervicouterino de 131.5 mientras que en Chiapas esa tasa es de 5. Estos y otros datos muestran que existen aún serias barreras geográficas y económicas para el acceso a tratamiento de problemas con gastos catastróficos.

En la cuarta sección de resultados se analiza el financiamiento del SP. Antes se señalaron las tres fuentes públicas de aportes al SP. La determinante es la CS dado que la ASF y la ASE se definen como múltiplos de esta. La autora señala que la CS tuvo un cambio en su cálculo de familias a personas aseguradas, cosa que se tradujo en un recorte de 27% de la CS y por ende de las otras, además de que de junio a diciembre el número de personas por familia se redujo por la CNPSS bajando aún más los recursos. Por otro lado la autora encuentra que las transferencias que legalmente se pueden reducir de la ASF hasta bajarla a cero en el año de 2010 llevaron a que contrariamente a la ley se hicieran transferencias menores a la legalmente establecida en varios estados de la república. Se dejaron así de transferir de manera ilegal 13,873 millones de pesos menos (una baja de 27.2%). De esta forma en el año 2010 se hicieron reducciones para “racionalizar” el SP afectando su financiamiento. La aportación estatal (de 50% de la CS) puede hacerse en efectivo o bien comprobando gasto en salud, pero no hay transparencia en su uso. Las cuotas familiares son muy bajas pues las personas son clasificadas casi todas por debajo del decil V de forma que si se aplicaran los datos de la ENIGH, las aportaciones por esto deberían ser 3.7 veces más altas.

En cuanto al ejercicio del presupuesto la autora encuentra también que hay problemas importantes. Una parte del presupuesto para el SP debe de ir a dos fondos, de previsión presupuestal y de fondos catastróficos. Estos legalmente no pueden ser mayores a 11% pero han sido entre el 18% y el 24%. Como estas transferencias se registran como presupuesto ejercido, no se reportan, aunque lo sean como una forma de subejercicio. En el caso de los estados, a pesar de estar legalmente obligados no todos los estados reportan el presupuesto ejercido. Adicionalmente la autora encuentra que el gasto ejercido en medicamentos está bien por debajo de lo establecido lo que explicaría por qué los afiliados destinan una parte importante de su gasto de bolsillo a la compra de medicamentos.

El libro expone cómo el Fideicomiso de Protección Social en Salud tiene un saldo neto creciente de recursos que le han sido transferidos y no han sido ejercidos

de 31 mil millones de pesos sin que esté obligado a mantenerlo como reservas pues se trata de un seguro anual. De esta forma se cuenta con recursos para ampliar la aun deficiente infraestructura y para ampliar a más padecimientos el fondo de gastos catastróficos, pero dicho presupuesto, al igual que el anterior no se ejerce, cosa que ha sido ya señalada por la Auditoría Superior de la Federación.

Se dice que una ventaja del aseguramiento es que las personas conocen qué atenciones pueden exigir, pero como se vio arriba un sector importante no conoce siquiera que cuenta con SP y en relación al financiamiento la autora proporciona elementos que muestran que el financiamiento de las acciones del CAUSES resulta insuficiente. Así, a pesar de la renuencia de las autoridades a brindar información pormenorizada puede establecerse que hay un sub financiamiento de las acciones de un 14%. cosa señalada también por los análisis de la ASF.

Al analizar el financiamiento del SP dentro del conjunto del sistema de salud la autora nos muestra el crecimiento del presupuesto en salud ha sido mucho mas grande para el SP que para el IMSS mismo que ha perdido considerablemente recursos en la pugna distributiva entre ambos. La situación financiera del IMSS desde 1997 se ha agravado con las reformas que se le han impuesto, de forma que el escaso crecimiento de sus recursos ha sido insuficiente para el aumento en la población que atiende, deteriorándose la calidad de la atención. Dentro de la misma SS el SP ha concentrado el crecimiento de recursos dejando de lado otros aspectos del gasto como la vigilancia epidemiológica, la salud pública o el tercer nivel de atención.

Considerando todo lo anterior, la autora plantea diversos elementos sobre la nueva dinámica del sistema de salud. Se señala que el pluralismo estructurado dirigido a separar funciones y con ello permitir la entrada del mercado y los capitales a los grandes recursos destinados a salud se inició con las reformas al IMSS que preparaban el terreno la entrada del sector privado. Sin embargo el avance en este fue muy escaso y el SP se sumó al esquema como una palanca externa para la presión sobre el IMSS. Las reformas a este último

lo han colocado en una situación difícil que es usada para generar una visión catastrofista de una amenaza con su quiebra y que se manifiesta en malos servicios. Nada se dice respecto a que los problemas de atención en el SP son peores que en IMSS.

Se busca presionar para que se acepte una reforma a fondo del IMSS que lo alinee con la estrategia del pluralismo estructurado. Para ello ahora desde el IMSS se habla de una reforma que le permita formar parte de un sistema integrado de salud con tres componentes: la portabilidad del seguro, la convergencia de los servicios y la formación de un mercado médico. En los tres componentes se incluye la participación del sector privado. No se trataría de un sistema de salud único sino más bien de establecer seguros con prestaciones limitadas que compren la atención a diversos prestadores de servicios.

Los actores institucionales de la reforma, PRI, PAN, Funsalud y organismos empresariales ahora hablan de una reforma de segunda generación del SP. En ésta las cuotas a la seguridad social serían sustituidas por un impuesto dirigido a formar un fondo de aseguramiento administrado por aseguradoras-compradoras de servicios. Este fondo e intermediarias financieras pagarían a prestadores públicos o privados los recursos por atención basados en paquetes de acciones limitados como los del SP, lo que significaría una reducción de beneficios en relación a la seguridad social laboral. Esto se complementaría con co pagos y pagos por ampliación de los seguros como ya ocurre en Colombia y Chile. Se apuesta a que los privados podrían ampliar la prestación de servicios, pero esto resulta muy discutible ya que por definición buscan el lucro y eso genera desviaciones serias hacia no expandirse con infraestructura y servicios a las regiones más pobres donde más se les necesita pero que no son atractivas para la ganancia. La desigualdad social y geográfica sólo pueden enfrentarse con base en una lógica social distinta.

Así, con base en la idea de Offe de la contradicción del Estado, la reforma de segunda generación parece inclinarse al lado de la acumulación tanto del complejo médico industrial farmacéutico como del capital orientado al aseguramiento en salud. Además, como muestra el

caso de Colombia, en la competencia se favorecerá mas a los prestadores de servicios privados que contratan en condiciones precarias al personal y siguen prácticas de rechazar pacientes que estiman serán caros.

Los promotores de la reforma difunden la idea de universalidad pero no dicen que se trata de una universalidad modificada, la de los paquetes reducidos y cuando pase el tiempo la función de legitimador del Estado se verá reducida al constatarse que frente a los paquetes básicos hay que hacer pagos adicionales o contratar ampliaciones de los seguros para obtener beneficios que ya se tenían antes en el IMSS e ISSSTE. Se desarrollarán también las deformaciones propias de la atención médica como negocio que no se controlarán fácilmente con regulación, pues ni en EUA que llevan años intentándolo lo han logrado. Entonces se descubrirá que esta segunda reforma del SP no garantiza el acceso a los servicios y menos el derecho a la salud.

La autora concluye que, frente al discurso oficial un estudio científico y crítico minucioso muestra que el SP ha fracasado en lograr todos sus objetivos explícitos y que por tanto es erróneo ponerlo como modelo a seguir a no ser que se persiga favorecer el paso del campo de la salud a la acumulación en manos privadas.

La investigación orientada desde otra perspectiva muestra que para avanzar hacia el derecho a la salud y la universalidad entendidos en su sentido amplio, en contraparte a la muy cuestionable experiencia del SP, resulta mucho mejor el modelo del seguro social público con sus principios de universalidad, igualdad y solidaridad en contraposición a las formas de aseguramiento con paquetes limitados y prestadores privados.

El libro termina con la siguiente idea: muchos países de América Latina no son pobres, pero sufren una enorme desigualdad en la distribución de la riqueza nacional que se podría corregir con una decisión política firme. Si esto se hiciera existiría la posibilidad de financiar un sistema público de acceso igualitario y desmercantilizado, en el cual ni la inserción productiva ni la capacidad económica significaría la exclusión de nadie del derecho de acceder a la atención necesaria para el florecimiento humano de todos.