

Salud y neoliberalismo. A propósito de la lectura de un libro indispensable de Laurell

*Carolina Tetelboin Henrion**

Me refiero al libro de Asa Cristina Laurell bajo el título “Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano” es uno de los últimos productos en su prolífica línea de trabajo sobre salud y neoliberalismo. Cabe recordar que lo que parecía indescifrable de la concepción contenida en las políticas neoliberales en los comienzos de su aplicación en los ochentas y noventas, hoy mucho más evidentes para todos, fueron analizados precozmente por diversos estudios que mostraron los posibles efectos de la introducción del mercado en la política social y en la vida cotidiana. Se preveía también entonces que desde la desregulación laboral condicionada por los graduales tratados bilaterales de libre comercio contraídos por nuestros países con Estados Unidos, se afectarían las empresas nacionales, y con ello el empleo y su calidad, y por otra vía, los cambios en las políticas sociales como salud, educación, pensiones y vivienda, implicarían en conjunto importantes cambios para la calidad de vida. También se preveía que el papel fundamental otorgado al mercado, crearía en torno a estos sectores grandes negocios a costa de los recursos públicos y de la población, sin garantizar calidad de productos y servicios, a la vez que se denunciaba los efectos de

la disminución del Estado en la mantención del tejido social y la gobernabilidad. Asa Cristina Laurell, fue fundamental en la elaboración de este itinerario con su contribución de publicaciones como “La política social en la crisis” (Laurell, 1991); “El impacto del TLC en el sector salud” (Laurell y Ortega, 1991); “Estado y política social en el Neoliberalismo” (Laurell, 1992); “Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud” (Laurell, 1994).

El texto es resultado de una extensa investigación cuyo título rebasa con creces su contenido. Empezaremos por lo central, lo más directamente vinculado al título de la obra, donde su objetivo fue “analizar el seguro popular mexicano, caso particular de la política de aseguramiento universal en salud promovida en toda América Latina pero que tiene consecuencias ambiguas y contradictorias”. De manera particular, pretende saber si cumple el objetivo de dar cobertura universal en el lapso previsto, garantizar el acceso oportuno a los servicios requeridos, disminuir el gasto de bolsillo a sus afiliados, y si tiene financiamiento suficiente, considerando que se trata de una política voluntaria y dirigida a la población sin seguro social (aunque antes de ello la cubría al Estado mexicano a través de los servicios de la Secretaría de Salud cuestión que con la separación de funciones prácticamente ha quedado olvidada).

Profesora-investigadora de la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, UAM-X. Fecha de recepción: 26 de diciembre de 2013.

La metodología consulta y confronta diversas fuentes oficiales. Entre sus hallazgos más importantes en relación al foco de su atención, el acceso y el financiamiento, encuentra una disparidad entre las definiciones legales y reglamentos del SP, y su real operación, así como entre lo que reporta la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y lo reportado por el SP. En segundo lugar y a propósito de esos resultados, discute el concepto de cobertura respecto del de acceso, una cuestión fundamental que ayuda a orientar el análisis sobre sistemas de salud en la actual disputa por los conceptos, aclarando que mientras el primero coincide con la propuesta de universalidad pero se refiere a la pertenencia formal de las personas a un sistema de aseguramiento público, de seguridad social, a partir de la idea del seguro privado, el acceso privilegia la atención real; aun así, utilizando el de cobertura, el trabajo concluye que el Sistema Nacional de Protección Social en Salud, SNPSS, no da protección según el mandato constitucional de garantizar protección a todos los mexicanos.

Según los datos de la ENIGH y la CNPSS para 2010, el aseguramiento no sólo no coincide con los discursos oficiales, sino que las cifras que reporta la Secretaría de Salud (SA), arrojan dudas sobre el desempeño del papel rector que se ha abrogado; sólo están asegurados por el SP el 23.9% de la población, mientras que el 33.2%, 36,961,419 millones de personas, no tienen ningún seguro (SSA e IMSS Oportunidades), o son atendidos por los servicios de salud estatales y los hospitales públicos de la SS, según derecho de acceso histórico. Otro dato importante es que los seguros privados (contratados individualmente o como prestación laboral) cubren al 2.8% de la población, un poco más que 3,107,316 millones, aunque las aseguradoras reportan el 5.9% de asegurados. De los 2.8% de asegurados por seguros privados, el 63.7% están concedidos por los empleadores, como sabemos, el caso de las universidades públicas que desde hace años desestimularon el uso del ISSSTE. En síntesis, de la población total de 111,283,414 personas, 74,321,995 tienen seguro de salud, y sólo 26,558,908 millones son afiliados al SP; 43,703,437 de personas (39.2%) tienen algún sistema de Seguridad Social y 36,961,419 no

tiene ningún seguro. Hay otras instituciones públicas, seguramente privadas, que atienden al 1.8%, 2,037,783 de la población.

Adicionalmente tampoco se cumple según la ENIGH el acceso a la atención de los afiliados al SP respecto de otras derechohabientes ya que el 12.5% de los afiliados al SP reportó no haber recibido atención, cifra levemente más baja que el 15.9% de la población no asegurada que reportó lo mismo, contra el 6.4% de los asegurados por instituciones de seguridad social tradicionales que reportaron no acceso, lo cual refrenda la importancia de estas instituciones.

Al parecer las barreras económicas fueron menores para la oportunidad de acceso de los asegurados por el SP en un 45% respecto de los no asegurados de 62%, pero ambas lejanas a las de los afiliados a instituciones de seguridad social donde esta barrera fue sólo para un 13.4% de los entrevistados.

Respecto del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), Laurell lo describe como un paquete de servicios limitado y excluyente de los padecimientos comunes de alto costo excepto de mujeres y niños; en los componentes principales de consulta, urgencia y hospitalización se mantiene una tendencia de atención menor respecto de los servicios de la seguridad social, incluso a la Secretaría de Salud. Desde 2010 incluye 4 padecimientos de gasto catastrófico, que aumentan a 7 en 2012. Todo lo demás lo pagan las personas o familias.

Como sabemos, el gasto de bolsillo más que un hallazgo estadístico tiene sus causas en la aplicación de una política de transformación de las instituciones que han provocado su deterioro financiero y físico (infraestructura) y en recursos. A partir de ahí, las personas deben pagar lo que no está incluido. En tal sentido el texto reporta que gastan menos los del SP; según la ENIGH el gasto directo en salud de los afiliados al SP es de 51.2 mil millones, el de los no asegurados 93.8 mil millones y los de las instituciones de seguridad social de 125.4 mil millones de pesos; se afecta diferencialmente el gasto, especialmente en los deciles altos con seguridad social, mientras del I al IV sólo gastan en

salud alrededor del 1 a 1.4% de su gasto total. Los más protegidos por el SP son el decil I de su población, que gasta 1% menos de su gasto total que los no asegurados, es decir los poco protegidos, pero gastan lo mismo en los demás deciles sean del SP o no asegurados, lo cual relativiza el éxito de esta política.

Según la CNPSS por cada peso de gasto de bolsillo de los asegurados por el SP, se gastan 0.93 pesos, y en los deciles del I al IV, los más pobres. En los seguros sociales en cambio, por cada peso que gastan las personas las instituciones gastan 1.35 pesos en general, y en los deciles del I-IV 5.6% del total, es decir se financia a los más ricos, pero aun así, es 22.6 millones menor que el gasto del SP, lo que permite algunas conclusiones por tipo de institución.

Por otro lado, el estudio del financiamiento del CAUSES muestra que no sólo es insuficiente, sino que además las transferencias federales están 27% por debajo de lo legalmente establecido. Además hay un subejercicio del presupuesto entre el 2009-2011 por el recorte del presupuesto aprobado, y la canalización preocupante de más recursos que los legalmente establecidos al Fideicomiso de Protección Social en Salud que no gasta en enfermedades de gasto catastrófico ni en la ampliación de infraestructura en salud acumulando un monto de 31 mil millones de pesos! Y cuyo uso se desconoce.

El gasto público en salud se incrementó en 0.36% del PIB entre 2006-2011 en tanto el SP aumentó en 245% contra el 23% del IMSS en los mismos años.

En conclusión, los datos indican que no se han alcanzado los objetivos, por el contrario pareciera que su objetivo, visto a través de estos resultados, es que no es garantizar el derecho a la salud o impactar en el aumento de la pobreza por gastos catastróficos, sino promover y fomentar el mercado, la competencia.

Respecto de los demás contenidos del libro, lo primero que hay que decir es que la construcción de la obra es compleja y completa. Es casi un tratado, en la medida que no sólo se limita a poner en juego los datos del actual sistema de salud anteriormente explicitados,

sino que por un lado se trata de un texto socio histórico, en la medida que presenta los componentes del sistema salud mexicano y sus subsistemas a población abierta, seguro social laboral público y privado; los antecedentes y características de las principales reformas al sistema a partir del ajuste de 1983 y el cambio estructural (Laurell, 1991): la descentralización de los servicios de primero y segundo nivel a las 32 entidades federativas, concluida en 1997; la reforma del IMSS de 1995 y la entrada en vigor de la nueva ley en julio del 1997; la reforma del ISSSTE en 2007; la introducción del seguro médico voluntario, el SP a partir del 2004 para población sin seguridad social. Por otro, tiene alcances teóricos en la medida que se refiere al conjunto de procesos que tienen relación con estas transformaciones a nivel mundial y regional. En tal sentido decíamos, la obra es un tratado, en la medida que integra uno de los tratamientos actuales más completos sobre sistemas de salud, incluyendo desde las determinaciones sobre estos procesos hasta su demostración empírica para el caso de México. Se trata de una revisión del estado del conocimiento sobre el tema, donde la autora, fiel a su perspectiva teórica, enriquecida por la experiencia de gobierno, su participación política, y otras a nivel internacional, vuelve en este trabajo a plantear las premisas de la discusión desde la crisis actual de la economía capitalista y la innegable relación entre condiciones de vida y trabajo, y la enfermedad, la salud y atención de la tradición del pensamiento médico social y la epidemiología crítica latinoamericana. También recupera la producción en torno a los efectos de la crisis actual del capitalismo central, y la instalación en actores más diversos que en torno a la idea de que la justicia social es cuestión de vida y muerte.

También discute los puntos de partida para los análisis sobre los que se fundan proyectos como el del Seguro Popular y la crítica a los mismos. Desde su perspectiva, la propuesta de la relación Estado, reproducción capitalista, servicios de salud, derechos sociales, en vez de la propuesta hegemónica de este periodo, construida sobre la relación pobreza y salud, donde el combate a la pobreza genera una estrategia hoy reconocida por todos, que se centra en la medición de la pobreza y las enfermedades de la pobreza y el empobrecimiento

causado por la enfermedad que se ocupa en la actualidad en los países pobres, y que no obstante plantean invertir en salud. A esta constelación de propuestas, Laurell la denomina la nueva economía de la salud positivista, el estudio estricto de los indicadores que a partir de una normatividad formal pero establecida por los recursos, establece el estado de la vida de la población pobre. Diríamos que a través de mediciones descontextualizadas de la pertenencia o ubicación en mundos contradictorios, de pobreza cada vez más generalizada, y riqueza extrema con alta concentración de recursos, dispendio y futilidad. En ese marco, nos induce a pensar a los pobres como sujetos únicos de la política social y de salud pública, aunque a través de acciones focales, limitadas y pobres en sí mismas.

En esta línea explicativa de la reforma a la salud, hace una revisión de la reforma del Estado, mostrando el pasó de Estado Social a Estado Mínimo durante la impronta neoliberal, definido por la autora como “el nuevo arreglo institucional estatal que corresponde a la reorganización integral de la sociedad regida por la expansión global de la economía de libre mercado”, y a “reducir la acción estatal en distintos ámbitos para liberar las fuerzas del mercado sin que ello ponga en entredicho el nuevo orden social” (Laurell, 2013: 21). Citando a Offe, Laurell plantea que se “debe impulsar el nuevo patrón de acumulación capitalista sin menoscabo del papel de legitimación del Estado” (Laurell, 2013: 21), para lo cual en mi opinión la ideología ha sido una de sus principales instrumentos, junto a la gestión ingeniera de los procesos y los recursos (mínimos) para la pobreza. La reforma del Estado en México ha tenido dos fases, una primera sin políticas públicas de empleo y protección al ingreso, una reforma laboral que destruyó la contratación colectiva, los sindicatos e impuso la flexibilización laboral, que terciarizó los bienes y servicios, y promovió la producción y administración privada. Esta pseudo política o política social mínima fracasó, pero creó un discurso antiestatista y promercado; destruyó el tejido institucional público entre otras, redefinió lo que se entiende por política social. En la segunda el Estado reconoce su papel regulador y enfatiza los aspectos de gobernabilidad transitando hacia una estrategia de protección social y

gerencia del riesgo social “la nueva gerencia pública” y cambia del concepto de “pobreza” a “vulnerabilidad”.

En Salud la primera reforma a la salud que nos dice cambio la racionalidad de los sistemas de salud, estuvo ligada al ajuste y al cambio estructural impuesto por el FMI y sus préstamos condicionados. De ella sabemos por el documento del BM 93 Invertir en salud, que nos ofrece la separación de funciones, y la idea de lo público encargado de la producción de bienes públicos y externalidades, de la regulación y de proporcionar información a los consumidores de los servicios para corregir las fallas del mercado. Servicios costo efectivos mínimos con paquetes esenciales disponibles por distintos proveedores, limitándose el estado a los pobres.

La segunda reforma de salud a partir de los límites de la primera, “el aseguramiento universal”, cuya trama conceptual está ligada al empadronamiento en torno a fondos de salud, como ocurre en las experiencias de Chile o Colombia que surgen con este esquema, donde se puede recurrir a recursos fiscales o de la seguridad social para formar nuevos fondos privados sin riesgo alguno, y contratar proveedores públicos y/o privados. La disponibilidad de fondos, es lo que está en cuestión actualmente y al respecto no está resuelta la vinculación de los seguros a las prestaciones y de ¿quién paga la salud?. Revisa la posición de los organismos internacionales y la Banca, que en el marco de las contradicciones internas, aprecia una inclinación de la OMS a la banca, en la medida que asume sus propuestas de múltiples prestadores y la distribución del costo del servicio entre la persona atendida y el prepago. En el ¿quién paga la salud?, el texto ilustra las posiciones donde el FMI propone el financiamiento preferentemente con recursos fiscales pero con copagos y coaseguros; la OMS en 2005 habla todavía de cobertura universal y la define como el acceso a una adecuada atención de promoción, preventiva, curativa y de rehabilitación para todas las personas a un costo asequible, y a un paquete de prestaciones. La propuesta está organizada en tono a tres ejes: recolección de fondos, administración de fondos y compra de servicios es decir, nos dice Laurell, se trata del esquema de compra venta de servicios (payer-provider Split o la competencia administrada (Enthoven, 1998, citado en Laurell,

2013: 27) retomada por el pluralismo estructurado para nuestros países. En 1998 la OMS parece corregir la propuesta anterior, sin embargo insiste en entender las tres características del problema: la “amplitud” de cobertura con base en el aseguramiento; la “profundidad” con base a la cobertura de servicios o a paquetes de prestaciones, a y al tercer atributo, “la altura” a la distribución del costo del servicios entre la persona atendida y el prepago que puede ser contributivo, fiscal o privado, en el marco de múltiples prestadores;

También el documento entrega una revisión general no sólo de las reformas de Chile y Colombia, de tipo mercantilizadoras y privatizadoras hegemónicas en América Latina, sino que además de éstas –nos dicen– no son las únicas, documentando casos regionales,

especialmente los de orientación democratizadora y desmercantilizada, en primer lugar Brasil, y otros como Bolivia (sobre las cuales en estos días en BM ha reconocido la reducción de la pobreza y la disminución de la mortalidad infantil en 60%), y Venezuela.

En síntesis, se trata de un trabajo indispensable que explica y permite entender sistemáticamente los procesos en curso en la región y sus antecedentes, más allá del campo de la salud. Como corolario útil del libro, deja la impronta que estamos enfrentados en dos concepciones para entender la universalidad: el concepto de seguro de salud tiene un sustrato teórico basado en la idea de mercado que debe ser reemplazada como idea fuerza por otra, la idea de derecho basada en la universalización del acceso.

Referencias bibliográficas

LAURELL, A.C., (1991). *La política social en la crisis. Una alternativa para el sector salud*, México: Fundación Ebert.

LAURELL, A.C. y M.E. Ortega, (1991). *El impacto del TLC en el sector salud*. México: Fundación F. Ebert.

LAURELL, A.C. (coord.), (1992). *Estado y Política Social en el Neoliberalismo*. México: Fundación F. Ebert.

LAURELL, A.C., (coord.), (1994). *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. México: Fundación F. Ebert-UAM.

LAURELL, A.C., (2013). *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, E-Book.