

# Para leer el Tratado de Libre Comercio en relación con el sector salud

Asa Cristina Laurell\*

## Contexto e implícitos del Tratado de Libre Comercio

El hecho de que el texto del Tratado de Libre Comercio (TLC) no tenga un apartado dedicado al sector salud no debe llevar a la conclusión de que no lo atañe. Al contrario, es probable que tendrá una influencia decisiva sobre sus tendencias de desarrollo. Resulta, por ello, necesario disponer de algunos elementos básicos para poder “leer” el TLC, no como texto abstracto, sino en función de sus efectos futuros sobre el sector.

La primera cuestión a tomar en cuenta es que el TLC es más que un simple acuerdo comercial, porque abre el libre flujo no sólo de bienes y servicios sino también de capital, al reconocer el “derecho de establecimiento” y “trato nacional” a los inversionistas de los tres países. Sin embargo, no incluye la libre movilidad de fuerza de trabajo como ocurre, por ejemplo, en los acuerdos de la Comunidad Económica Europea. Por sus características, el TLC constituye el paso decisivo en la constitución de un *bloque económico* en Norteamérica (con perspectivas de abarcar todo el continente), bajo la hegemonía estadounidense. Esto es, acelera el proceso de integración subordinada de México a los Estados Unidos de América, con implicaciones más allá del terreno económico.<sup>1</sup> Por otra parte, habría que añadir que la urgencia del gobierno de firmar el TLC obedece a que se piensa que incrementaría la inversión extranjera; única vía de cubrir el enorme y creciente déficit comercial (23 mil millones de dólares en 1992), que amenaza el éxito global de su proyecto económico.

A pesar de la indudable importancia del TLC habría que subrayar que no es un proyecto en sí mismo sino que se inscribe en la lógica de la reestructuración económica y social inspirada en el esquema neoliberal, cuyos postulados son la liberalización y desregulación de los mercados de capital y mercancías. Pero a la vez que el TLC es consecuencia

de este proyecto económico-político también acelera su implantación.

Como es conocido, los planteamientos básicos neoliberales son que el mercado es el mejor mecanismo para asignar los recursos, porque incrementa la competencia entre los individuos. Sigue de ello que es preciso disminuir la intervención del Estado en los procesos económicos y sociales y abrir todas las actividades rentables a la inversión privada. Según esta visión político-ideológica, el bienestar social también debe pertenecer al ámbito de lo privado –al mercado, la comunidad y la familia– y el Estado sólo debe hacerse cargo de aquello que los privados no quieren o pueden asumir. Su proposición es, entonces, que sólo los programas contra la pobreza, encaminados a satisfacer los mínimos de bienestar social, sean públicos.<sup>2</sup>

En la lectura del TLC es, entonces, indispensable considerar, por un lado, la integración subordinada de México a los Estados Unidos de América y, por el otro, las proposiciones económico-sociales subyacentes en el proyecto modernizador del grupo gobernante. Estos son los dos ejes que imprimen la lógica global al proceso en marcha.

## Anotaciones metodológicas

Además es preciso fijar un procedimiento metodológico adecuado al objetivo de desentrañar las implicaciones del TLC sobre el sector salud. En este sentido es insuficiente hacer una mera lectura textual y técnica del documento del Tratado, porque aparte de lo que esté explícito en el texto hay una serie de implícitos. Así, lo complementan los acuerdos paralelos, tanto escritos como no escritos, que pueden tener implicaciones para aspectos centrales. Ejemplo de los primeros son los acuerdos sobre protección ambiental y derechos laborales –con consecuencias directas para la inversión extranjera– sin los cuales

\* Profesora Titular de la Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Clinton no estaría dispuesto a apoyar la aprobación del TLC. Como ejemplo de los acuerdos no escritos se puede señalar la solicitud de los negociadores estadounidenses en 1991, de incluir los fondos de pensiones en la negociación de los servicios financieros.<sup>3</sup> Parece razonable suponer que esta solicitud coadyuvó a que se legislara aceleradamente sobre el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) en febrero de 1992, bajo el régimen de capitalización individual y con administración privada de los fondos.<sup>4</sup> Debe subrayarse que el SAR significa el rompimiento con el principio solidario de fondos comunes administrados públicamente que sustenta la seguridad social mexicana.<sup>5</sup>

El señalamiento metodológico más importante, sin embargo, es que el proyecto neoliberal de modernización, y dentro de éste el TLC, sólo adquiere pleno significado en función de la redefinición los intereses, favorecidos o desplazados, al poner un nuevo marco del desarrollo que, a su vez, deviene en una nueva relación de fuerza entre las clases, fracciones de clases y sus expresiones orgánicas. Es decir, se requiere abarcar en el análisis la manera como afecta el campo político-social. Por las características en el sector salud es necesario advertir contra las concepciones que presentan la cuestión de la mezcla de lo público y lo privado como un problema técnico, pasando por alto que el impulso a uno u otro tiene implicaciones en el mediano y largo plazo, difíciles de cambiar por los intereses que ponen en movimiento.<sup>6</sup>

## Hacia la homologación parcial de los sistemas de salud

Hay varias razones para pronosticar que el Tratado impulsará cambios en el sistema de salud mexicano que lo acercará al estadounidense. La primera, es que la integración subordinada de México a los Estados Unidos de América no se restringe a lo estrictamente económico sino que concierne todo los ámbitos de la sociedad, incluyendo las formas de “producir” bienestar social. A ello se añade que las políticas sociales estadounidenses, particularmente la política de salud, están estructuradas básicamente sobre el planteamiento neoliberal y exhiben un alto grado de mercantilización.<sup>7</sup> Es decir, tienen alta compatibilidad política y económica con el proyecto del gobierno mexicano.

Haber optado por satisfacer las necesidades de salud en el ámbito privado ha llevado al establecimiento de un poderoso complejo médico-industrial que les ha salido caro e ineficiente a los Estados Unidos de América. Así, ningún otro país gasta tanto en salud –el 13% del PIB– con tan malos resultados en cobertura de servicios –el 15% no tiene acceso a ellos y otro 10% tiene una cobertura incompleta– y con tan bajo impacto sobre los indicadores de salud si se compara a los Estados Unidos de América con otros países de niveles similares de desarrollo económico este país ocupa lugares muy inferiores

en función de dicho desarrollo económico.<sup>8</sup> La deficiente cobertura se debe a que la forma principal de acceder a los servicios médicos (58% de la población) es mediante un seguro colectivo privado dado como prestación laboral, cuyas características dependen de la capacidad de negociación en cada caso. Existe en paralelo seguros públicos, Medicare y Medicaid, que dan cierta cobertura a otra parte (20%) de la población, los viejos y familias pobres que reúnen ciertos requisitos.<sup>9</sup>

Los altos costos del sistema y el incremento incontenible de precios se explica esencialmente por dos elementos. El primero es que el financiamiento mediante seguros privados encarecen por múltiples vías el sistema (altos gastos de administración –33.5% contra 2.3% en Medicare<sup>10</sup>– toma de ganancias, imposibilidad de controlar los precios e impulso al crecimiento de la industria hospitalaria). Así, se estima que la introducción de un seguro nacional público reduciría los costos en 69 mil millones de dólares al año.<sup>11</sup> El segundo elemento que explica los altos costos de los servicios es que los proveedores –hospitales y médicos privados– eran, hasta recientemente, a la vez el principal “comprador” de los servicios ya que controlaban las principales aseguradoras mediante sus organizaciones gremiales.

Existe una vasta literatura sobre la influencia determinante del complejo médico-industrial en la fijación de las políticas de salud en los Estados Unidos de América por medio de un intenso cabildeo. El hecho de que el complejo médico-industrial ha sido tan exitoso en impedir la socialización de la medicina se explica por el poder económico de sus integrantes. Hoy lo más importantes son las compañías de seguros y las corporaciones hospitalarias. Las compañías de seguros norteamericanas –sector importante del capital financiero– concentran activos que sobrepasan los activos mundiales de las 50 corporaciones industriales norteamericanas más grandes.<sup>12</sup> Las corporaciones hospitalarias, por su parte, se han expandido los últimos 15 años. Las cuatro grandes (Humana, Hospital Corporation of America, National Medical Enterprises, American Medical Holdings) controlan el 70% de los 700 hospitales privados. En 1990 reportaron activos de 17 mil 639 millones, ventas de 16 mil 91 millones y ganancias de 610 millones de dólares.<sup>13</sup> A últimas fechas han buscado ampliar sus mercados y ganancias con la incorporación de hospitales universitarios de excelencia; con el establecimiento de seguros propios y planes integrados de atención; y con el traslado de los pacientes costosos y de bajos ingresos a los hospitales públicos, provocando una crónica descapitalización de éstos.<sup>14</sup>

En resumen, la producción y financiamiento de los servicios de salud es una de las actividades económicas más importantes en los Estados Unidos de América y la existencia del complejo “médico-industrial” es la causa fundamental de

la crisis de costos y cobertura, y a la vez, el principal obstáculo a la racionalización del sector. Asimismo, destaca que se está dando una reestructuración interna del sector con la emergencia de las aseguradoras y las corporaciones hospitalarias lo que significa que se ha consolidado como ámbito de la acumulación de capital y no de enriquecimiento de los médicos. Incluso, éstos se encuentran cada día más subordinados a la lógica del mercado y la normatividad dictada por las compañías de seguros.<sup>15</sup>

Como se puede observar, el sistema de salud estadounidense tiene pocas características en común con el mexicano, que está dominado por el sector público en lo que se refiere a infraestructura, población atendida, investigación y formación de recursos humanos. Asimismo, sus principios subyacentes no son los del mercado sino de la protección a la salud como derecho social y deber público; lo que expresa la concepción, socialmente sancionada, de que no es deseable que la salud sea un ámbito de lucro. Sin embargo, pesa sobre el sistema público (estatal y de seguridad social) una grave descapitalización –la pérdida de presupuesto *per cápita* respecto a 1982 es del orden de 40%<sup>16</sup>– que explica la importancia del proceso de deterioro sufrido. A éste se añaden los problemas derivados del verticalismo, burocratismo y la política laboral restrictiva que está generando las precondiciones necesarias para un proceso de privatización *selectiva* que atañería principalmente a una parte de la población asegurada de los institutos de seguridad social<sup>17</sup> que son los únicos con ingresos suficientes como para interesar al sector privado.

A ello se suma la maduración del sector privado que hoy produce más del 50% del Producto Interno Bruto (PIB) de servicios médicos y reporta niveles altos de rentabilidad.<sup>18</sup> A partir de la segunda mitad de los ochenta hemos visto a las compañías aseguradoras incursionar en el terreno del financiamiento con la venta de “seguros de gastos médicos mayores”. Ambas tendencias cuentan con el reconocimiento y la sanción del gobierno en el *Programa Nacional de Salud. 1990-1994*.<sup>19</sup> Además, tanto la atención como los seguros privados, gozan del estímulo estatal concreto al ser deducibles en el pago de impuesto. Por otra parte, varias organizaciones del sector privado, destacadamente la Confederación Patronal de la República Mexicana (Coparmex)<sup>20</sup> y Cámara Nacional de Comercio (Canaco) de Monterrey,<sup>21</sup> han hecho propuestas para la privatización de parte de los servicios médicos prestados en el marco de la seguridad social.

Es en relación con estas tendencias de privatización selectiva que el TLC adquiere su pleno significado. Debe destacarse particularmente lo que se refiere a los servicios financieros<sup>22</sup> dentro de los cuales están incluidas las aseguradoras. Si bien el texto abre señalando que los acuerdos no impiden que el Estado reserve para sí lo relativo a los sistemas y fondos públicos<sup>23</sup> el sentido general de este apartado es hacia el control privado de estos

servicios. Destaca que el tiempo de apertura total para las actividades de las instituciones de seguros es muy corto, seis años, y que se permite una participación de capital extranjero aún más rápida.<sup>24</sup> Esta tendencia, incluso, anticipa el TLC dado que el 26% de las aseguradoras mexicanas se ha asociado ya con sus contrapartes extranjeras.<sup>25</sup> Ejemplo de ello es la asociación de Seguros Monterrey con Aetna, uno de los tres gigantes estadounidenses en 1992.<sup>26</sup> La entrada de las corporaciones hospitalarias no tiene mayor restricción, con o sin el TLC, sino depende esencialmente de las perspectivas de mercado que, a su vez, está condicionada por la resolución del financiamiento, o sea, por las aseguradoras y el uso dado a los fondos de seguridad social.

Como se puede apreciar, el contenido del TLC respecto a las instituciones de seguros introduce un nuevo, poderoso y experimentado actor –las compañías aseguradoras estadounidenses– en el escenario de salud que comparte naturalmente los intereses de los grupos financieros nacionales, de cuyo poder en México nadie duda ya que han sido los más favorecidos por el actual proyecto económico.<sup>27</sup> El tema que estos actores pondrán en el orden del día es la privatización selectiva de los fondos para los servicios médicos prestados por la seguridad social porque de ella depende sus posibilidades de expansión y de ganancias. El esquema más probable para lograrlo es la llamada reforma de la previsión social chileno, que significó el traslado de la población de altos ingresos y bajo riesgo al sector privado, generando para éste altas ganancias, y la segregación, a través de fondos individualizados, de la población pobre y de alto riesgo para el sector público, provocando en éste una espiral ascendente de desfinanciamiento y deterioro.<sup>28</sup>

## Referencias

- 1 Confrontar: Huerta A.: *Riesgos del modelo neoliberal mexicano*, Diana, México, 1992, pp. 35-56.
- 2 Confrontar:
  - George V. and Wilding P.: *Ideology and social welfare*. Routledge and Kegan Paul, London, 1985.
  - Guillén H.: “El proyecto social de Milton Friedman: el regreso al *laissez-faire*”, *Investigación Económica*, núm. 202, 1992, pp. 277-309
- 3 Barranco A.: *Empresa, La Jornada*, 1992.
- 4 *Diario Oficial*, 24 de febrero, México, 1992.
- 5 *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Art. 123, XXIX, 1992.

- <sup>6</sup> López Acuña D.: "Concurso privado en el ámbito de la salud". *La seguridad social y el Estado moderno*. IMSS-Fondo de Cultura Económica-ISSSTE, México, 1992.
- <sup>7</sup> Esping-Anderson G.: *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press, Princeton, 1990.
- <sup>8</sup> Woolhandler S. and Himmelstein U.: "Free care: a quantitative analysis of health and cost effects of a National Health Program in the United States", *Int. J. Health Serv.* vol. 18, n. 3, 1988, pp. 393-400.
- <sup>9</sup> Brandon R., Podhorzer M. and Pollak T. H.: "Premiums without benefits: waste and inefficiency in the commercial health insurance industry", *Int. J. Health Serv.* vol. 21, n. 2, 1991, pp. 265-283.
- <sup>10</sup> *Ibid.*
- <sup>11</sup> Navarro V. and Himmelstein D. U., Woolhandler S.: "The Jackson National Health Program", *Int. J. Health Serv.* vol. 19, n. 1, 1989, pp. 19-44.
- <sup>12</sup> Bodenheimer T.: "Should we abolish the private health industry?", *Int. J. Health Serv.* vol. 20, n. 2, 1990, pp. 199-220.
- <sup>13</sup> *Fortune* vol. 123, n. 11, 1991, p. 146.
- <sup>14</sup> Whiteis D. and Salmon J. W.: "The proprietarization of health care and the underdevelopment of the public sector", *Int. J. Health Serv.* vol. 17, n. 1, 1987, pp. 44-64.
- <sup>15</sup> Confrontar:
- Relman A.: "What market values are doing to medicine", *The Atlantic Monthly*, marzo, 1992, pp. 99-106.
- Armstrong P. and Armstrong H.: *Health Care as a Business. The Legacy of Free Trade*, Canandian Centre for Policy Alternatives, York, 1991.
- <sup>16</sup> *Cuarto Infome de Gobierno. Anexo Estadístico*, Poder Ejecutivo Federal, México, 1992.
- <sup>17</sup> Confrontar:
- Laurell A. C.: *La política Social en la Crisis. Una alternativa para el sector salud.*, F.F. Ebert, México, 1990.
- Laurell A. C.: "Las políticas sociales del neoliberalismo. necesidades económicas y realidades sociopolíticas", *Cuadernos Médico-Sociales*, núm. 60, 1992, pp. 3-18.
- López O.: "La política de salud en México. ¿Un ejemplo del liberalismo social?", *Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo*, F.F. Ebert, México, 1992, pp. 165-182.
- <sup>18</sup> Ruíz de Chávez M. *et al.* *El enfoque de la salud como sector económico y social*, SSA, México, 1988.
- <sup>19</sup> *Programa Nacional de Salud. 1990-1994*, Secretaría de Salud, México, 1990, pp. 59, 70, 78.
- <sup>20</sup> Coparmex: "Perspectivas del progreso real de los mexicanos", *El Financiero*, 31 de marzo, 1992.
- <sup>21</sup> *Consideraciones sobre los sistemas de seguridad social en México y propuestas para su modernización*, Canaco, Monterrey, 1990 (mimeo).
- <sup>22</sup> *El Tratado Trilateral de Libre Comercio. Texto preliminar para consulta*. Capítulo XIV. Documento entregado a la Cámara de Senadores. (mimeo), México, 1992.
- <sup>23</sup> *Ibid*, artículo 1401 4.
- <sup>24</sup> *Ibid*, Anexo de México Lista A y B.
- <sup>25</sup> Confrontar: *El Financiero*, 27 de febrero, 1992.
- <sup>26</sup> *El Financiero*, 6 de marzo, 1992.
- <sup>27</sup> Huerta, *op. cit.*
- <sup>28</sup> Resquema M.: "El financiamiento del sistema chileno de salud necesita ser reestructurado", *Salud y Cambio*, vol. 3, n. 7, 1992, pp. 12-19.