

¿Pueden los seguros garantizar el acceso universal a los servicios de salud?

Asa Cristina Laurell

Los seguros están actualmente en el centro del debate sobre las políticas de salud en muchas partes del mundo. La reforma de Obama para hacer obligatorio el aseguramiento en los EUA, ha dado mucho relieve a esta modalidad para garantizar el acceso universal a los servicios en esta materia. Sin embargo, se olvida que esta propuesta fue un intento de acotar los excesos del sistema de salud más ineficiente y caro del mundo. No se trataba principalmente de un tema de justicia social, sino de un problema económico de primero orden para los EUA.

Estamos ante una paradoja lógica y científica. A pesar de que la reforma inicial de Obama destaca la urgente necesidad de controlar el mercado de salud, particularmente a las aseguradoras y las empresas médicas, en la discusión internacional se resalta al aseguramiento como la solución a la exigencia de los ciudadanos a sus gobiernos de garantizar universalmente el acceso a los servicios de salud.

Esta discusión no tiene mayor interés en la mayoría de los países europeos, que históricamente han construido con bastante éxito una u otra forma de un servicio nacional de salud de carácter público o cuasi-público para garantizar a todos sus habitantes el acceso oportuno a los servicios de salud requeridos. Así, el tema del aseguramiento involucra ante todo a los países llamados de “desarrollo

medio” o “de transición” (ex socialista) que han vivido el fracaso de las reformas de salud iniciadas en los años 90s, encaminadas a introducir mecanismos de mercado para mejorar la calidad y contener costos.

El Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y, parcialmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo proponen y lo promueven con un esquema donde prevalece el pensamiento económico neoclásico por encima de la preocupación de satisfacer las necesidades en salud; donde la fe en el mercado es el punto de partida.

La lectura acuciosa de sus recomendaciones revela varios hechos importantes: El aseguramiento universal se concibe como la cobertura poblacional de un seguro que, invariablemente, sólo da derecho a un paquete limitado de servicios para hacerlo financieramente sustentable. De esta manera, no se pretende que el seguro abra el acceso a los servicios requeridos o que tenga una cobertura médica universal, sino que todos tengan un seguro, aunque no garantice el acceso a una atención integrada.

El aseguramiento “universal” es un mecanismo de financiamiento que abre el camino a una “segunda” reforma de salud, principalmente. Resuelve dos problemas que la reforma del BM de 1994 ignoró. El primero es respaldar el mercado en salud con una demanda efectiva, o sea, con capacidad de compra, de cara a la pobreza de la mayoría de la población. El segundo es convertir la administración de los fondos/ compra de servicios de salud en un nuevo campo de actividad privada lucrativa.

En ambos casos esto se logra incrementando los fondos públicos o fiscales dedicados a salud, pero con canalizándolos a subsidiar a la demanda –dinero

Asa Cristina Laurell. Médica cirujana, Universidad de Lund, Suecia; maestra en Salud Pública, Universidad de Berkeley, EUA, y doctora *cum laude* en Sociología, Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora de tiempo completo de la Maestría en Medicina Social, Unidad Xochimilco, 1975-2000; Secretaria de Salud del Gobierno del DF, 2000-2006; Secretaria de Salud del Gobierno Legítimo de México, 2006 a la fecha. Activa promotora de la Medicina Social en América Latina y miembro de ALAMES desde su fundación.
Correo-e: laurell9998@gmail.com

en manos del usuario— en vez de subsidiar a la oferta —dinero para las instituciones públicas. Esta política añade, en consecuencia, la competencia entre administradores de fondos / compradores de servicios, públicos y privados, y no sólo entre los prestadores, públicos y privados, de servicios de salud. Además, se da una serie de ventajas a los privados para romper el “monopolio” de las instituciones públicas. Se acomoda también el discurso ideológico llamando a este nuevo arreglo institucional el modelo “democrático” y al de los servicios públicos el modelo “burocrático”. Para salir de paso a las muy conocidas fallas del mercado en salud se adscribe al Estado el papel de regulador del mercado siguiendo a Enthoven y su “competencia regulada” (managed competition), desde hace tiempo cuestionada por sus escasos resultados.

La propuesta del aseguramiento universal, supuestamente basada en evidencias, pasa por alto las múltiples experiencias vividas en América Latina. Hay por lo menos tres países —Chile, Colombia y México— que han ensayado el aseguramiento universal con resultados bastante desalentadores. Estos países representan tres modalidades distintas del aseguramiento, pero una característica compartida es que en ninguno se ha logrado que el seguro sea universal y por lo menos un 10% de la población permanece no-asegurada. Un segundo rasgo es que en los tres casos el gasto total en salud (público y privado) ha incrementado. Sin embargo, este incremento no ha significado un mayor acceso a los servicios en salud, por lo menos en los casos de Colombia y México. Un tercer atributo es que la lógica mercantil, centrada en la “atención a las personas” catalogada como un bien “privado”, ha destruido el andamiaje institucional público de la salud colectiva o pública, con el resultado del resurgimiento de enfermedades anteriormente controladas y la disminución de las acciones preventiva.

En cambio, el sector privado ha tenido una rentabilidad muy alta y ha fortalecido su posición frente al sector público y entre las empresas lucrativas en los países de mayor tiempo de maduración del aseguramiento universal —Chile desde 1979/80 y Colombia desde 1993. Incluso en Chile, donde los dos gobiernos anteriores al retorno

de la derecha en 2010 pretendieron regular las prácticas privadas viciadas de selección adversa y de riesgo moral, estas empresas habían adquirido tal fuerza que estos intentos no prosperaron.

El caso de Colombia es todavía más dramático, ya que el sistema público-privado está en plena quiebra financiera que probablemente desembocará en una restricción importante de los servicios amparados por el seguro, a pesar de un vigoroso movimiento social en su contra. A ello se añade en los tres casos una insuficiente inversión en infraestructura que impide a los asegurados tener acceso a los servicios supuestamente amparados por su seguro. Sobra decir que en los tres países la inequidad ha crecido y el obstáculo económico al acceso sigue siendo importante y la capacidad de pago determinante para poder atenderse.

El análisis de estas experiencias de seguros “universales” revela que su único éxito innegable es haber constituido el ámbito de la salud en un negocio privado boyante en los casos de Chile y Colombia, particularmente para los aseguradoras-administradores de fondos. Sin embargo, si el propósito que se persigue es satisfacer las necesidades en salud, el seguro “universal” no tiene ninguna ventaja y muchas desventajas sobre la opción de un sistema único y público de salud con acceso universal y gratuito, financiado con recursos fiscales. Esta opción es la más humana, porque valora por igual la vida de todos; es la más justa, porque los más necesitados reciben proporcionalmente más; es la más equitativa, porque todos tienen igual acceso a los servicios existentes ante la misma necesidad; es la más barata, porque no tiene que generar un margen de ganancia y tiene gastos administrativos más bajos.

