

Hacer o no hacer

FERNANDO SEPÚLVEDA AMOR

Director del Observatorio de la Migración.

El proceso legislativo para la reforma de los sistemas de salud impulsada por el presidente Obama en Estados Unidos se ha visto obstaculizada en la Cámara baja y en el Senado por la oposición republicana, y sorpresivamente, por los legisladores demócratas conservadores –llamados Blue Dogs–, los que se resisten a aprobar el enorme endeudamiento asociado.

De la oposición del Partido Republicano no habría que extrañarse, pues en la derrota electoral apuestan al fracaso de las políticas de la administración del presidente Obama, y se niegan sistemáticamente a una acción bipartidista para enfrentar los graves problemas que enfrenta el país. Critican el enorme gasto y el endeudamiento presupuestal del rescate financiero y del paquete de estímulos a la economía, pero olvidan que su administración fue la causante de la actual crisis.

Un factor no tan evidente de esta oposición lo representa el cabildeo y la influencia de los grandes intereses relacionados con la atención de la salud –en el que están involucradas enormes contribuciones a las campañas electorales y al sostenimiento de los partidos– en contra de ciertas medidas clave en la regulación corporativa, la operación de los proveedores de servicios y en la reducción de los costos, que hacen inefectiva la reforma.

Paralelamente han lanzado una intensa campaña mediática para presentar estas reformas como un intento de “socializar” la práctica de la medicina en Estados Unidos, ubicando al gobierno entre el paciente y su médico, atacando al mismo tiempo el alto costo de la reforma, y oponiéndose a la creación de un plan gubernamental de seguro médico que permita competir y regular el mercado del aseguramiento de la salud y de los costos de la atención médica.

Un ejemplo extremo de estas posiciones es el senador republicano por Carolina del Sur, Jim De Mint, quien exhorta a los sectores conservadores de Estados Unidos a contribuir a que la reforma a

los sistemas de salud sea el “Waterloo” del presidente Obama.

La realidad subyacente es que estos poderosos intereses no desean una competencia de libre mercado en los seguros médicos ni la reducción de costos en la atención a la salud. Es de temerse que si estos intentos para descarrilarla logran tener éxito, probablemente se reducirá el número de personas sin seguro médico en Estados Unidos mediante una considerable inversión presupuestal, pero difícilmente se alcanzará una contención en el largo plazo de los costos de la sexta parte de la economía estadounidense, lo que en el mediano y largo plazos afectará la productividad de ese país, al incidir negativamente en los costos de producción y en la competitividad con otras economías que registran menores costos asociados. Un ejemplo de ello ha sido el desplome de las armadoras de automóviles estadounidenses –General Motors y Chrysler–, entre otras causas, por las enormes cargas que representan en sus finanzas los fondos de retiro y el pago de seguros médicos.

La Oficina de Presupuesto del Congreso estadounidense ha estimado que el proyecto de reforma propuesto por el Comité de Financiamiento del Senado cubrirá únicamente a 16 de los 47 millones de no asegurados en 2007 –50 millones para 2009. El saldo no cubierto se integra posiblemente por los 12 millones de inmigrantes ilegales, por 5 (63%) de los 8 millones de inmigrantes legales con estancia menor a cinco años, y aquellos que no alcanzarán los beneficios del subsidio gubernamental para cubrir la prima de seguro médico para las familias de menores ingresos, más los indígenas nativos americanos, los que suman casi 31 millones de personas, y quizá 34 millones, de continuar las tendencias de la tasa de desempleo actual.

Es de esperarse que el proyecto definitivo disminuya los grandes costos presupuestales, aumente el número de personas aseguradas, y establezca mecanismos de contención de costos en la atención

médica, porque de otra manera no parece que se alcanzarán los objetivos planteados.

No obstante, el problema reside en los altos costos de la atención médica y no en el número de personas no aseguradas. Los 25 millones de personas sin seguro médico resultantes de la sustracción de las personas inelégibles para el aseguramiento arriba mencionadas, representan solamente 8% del total de la población estadounidense, una buena parte de ellos jóvenes que voluntariamente no se aseguran. Por el contrario, el aumento sostenido del gasto en salud promedio en los últimos 20 años de 2.4% anual por encima del producto interno bruto de Estados Unidos, apunta a elevar este gasto a 20% del PIB en diez años más.

Esta situación, por lamentable que sea, ofrece la oportunidad de atender en México a esta población de entre 31 y 34 millones de personas sin seguro médico –más todas aquellas que, si bien aseguradas, el costo de los copagos, los deducibles y los gastos de bolsillo rebasan sus posibilidades– a través de lo que se ha denominado como turismo médico o turismo de la salud.

Por otra parte, la dirección que está tomando la reforma a los sistemas de salud en Estados Unidos parece indicar que los migrantes mexicanos en su mayoría, por estar ubicados en el segmento más bajo de ingreso, verán limitado su acceso a la atención médica. Esta circunstancia permite explorar las posibilidades de atención a la salud de los emigrantes mexicanos en Estados Unidos mediante diversos mecanismos y acciones.

La cuestión aquí es: hacer o no hacer.

No hacer

Existen argumentos muy sensatos orientados a no extender las obligaciones del Estado mexicano en materia de servicios sociales más allá de sus fronteras y ajustarse a las funciones consulares tradicionales establecidas en la Convención de Viena.

Sin embargo, la situación planteada por la migración mexicana a Estados Unidos, cerca de 12 millones de personas que representa 11% de la población de México, y por la dinámica de la migración, la que se ha triplicado en los últimos 20 años, presenta condiciones sin precedente en ningún otro país y obliga a un cuidadoso análisis de las acciones a emprender en la materia.

A las funciones consulares tradicionales de representación diplomática, protección, expedición de documentos y promoción de los intereses nacionales, la emigración ha motivado la creación de programas específicos para elevar las condiciones de vida de nuestros conacionales en el extranjero y a fomentar la relación de éstos con México.

Esta necesidad derivó en la formación del Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME) en 2003. En materia de salud el IME ha impulsado la integración de las “Ventanillas de Salud” en los consulados de México en Estados Unidos. A la fecha se han creado 31 ventanillas y se calcula que entrarán en operación este año diez más, proporcionando servicios de información sobre el cuidado de la salud y la prevención de enfermedades, de inscripción a programas de salud públicos, y de referencia médica a clínicas y hospitales. Se han atendido a un total de 1.8 millones de mexicanos entre 2002 y 2007, y 564 mil en 2007-08, lo que representa 43% del volumen de personas que asistieron a los consulados de México a realizar un trámite.

La Secretaría de Salud ha contribuido al financiamiento de las Ventanillas de Salud con aportaciones de alrededor de 30 mil dólares anuales por ventanilla, lo que en 2008 significó una erogación de 900 mil dólares. Las contrapartes estadounidenses a su vez han aportado recursos financieros, materiales y humanos al programa, los que de acuerdo con el informe anual del IME 2007-08 ascendieron hasta 2006 a 2.17 millones de dólares.

La Secretaría de Salud ha hecho diversos planteamientos a sus contrapartes estadounidenses a nivel federal y estatal para el establecimiento de un seguro de salud binacional basado en el Seguro Popular en México y en Centros Comunitarios en Estados Unidos, y la creación de una entidad o agencia a cargo de la salud de los migrantes, así como una propuesta para enviar a médicos y pasantes de medicina a trabajar en las Ventanillas de Salud en la promoción del cuidado de la salud y en la prevención de enfermedades; la instalación de un servicio 1-800 de orientación médica a pacientes; el apoyo a un seguro médico piloto operado en el estado de Washington por una ONG; un programa de ambulancias aéreas para el traslado de enfermos graves a México; la impresión de guías y de materiales gráficos sobre el cuidado de la salud, entre las más destacadas.

Lamentablemente no se tiene noticia del progreso de ninguno de estos planteamientos ni de la respuesta del gobierno estadounidense.

Una política conservadora plantea la continuación y el reforzamiento de las acciones a partir de las Ventanillas de Salud, procurando incorporar éstas en los 49 consulados de México en la Unión Americana, lo que en promedio, de acuerdo con la tendencia, atendería a aproximadamente 953 mil mexicanos anuales, con una erogación presupuestal de 1.5 millones de dólares.

Esta posición estaría apoyada en consideraciones presupuestales, financieras y de orden operativo y de política de Estado.

En primer lugar habría que tomar en cuenta la crisis económica actual, que de acuerdo con declaraciones del Banco de México se tendrá un descenso de 7.5% del PIB en 2009, lo que obligará a reducciones en el presupuesto federal y limitará las posibilidades de nuevos proyectos. Es por ello que debemos considerar que, sin una fuente de recursos financieros propia, la expansión de los programas de salud se encuentra limitada por el momento.

Desde el punto de vista financiero los programas sociales en el exterior, si bien deben contar con un apoyo fiscal del gobierno de México, no pueden ser costeados íntegramente con recursos presupuestales, ya que los emigrantes mexicanos no pagan impuestos en el país que cubran estas erogaciones, por lo que en buena medida deben ser autosuficientes.

Sin embargo, estos emigrantes mexicanos sí pagan impuestos –federales, estatales y locales– en Estados Unidos, circunstancia que pudiera ser objeto de las negociaciones entre los gobiernos de México y Estados Unidos en la búsqueda de una solución a la atención de millones de inmigrantes sin seguro médico en ese país.

La segunda consideración tiene que ver con la operación de los servicios de salud en el contexto de los servicios consulares tradicionales. La expansión de las funciones consulares a la atención de las comunidades mexicanas en el exterior originada por la dinámica de la emigración mexicana en los últimos 20 años plantea condiciones sin precedente que deben atenderse.

Hasta ahora el manejo de las relaciones con las comunidades mexicanas en materia de educación, salud, deportes, organización comunitaria, educación financiera, entre otras, se realiza a través de unidades

departamentales en los consulados operadas por un reducido número de funcionarios. La ampliación de servicios para el manejo de un programa de salud –y de cualquier otro– requerirá de una estructura administrativa externa a los consulados, coordinada por las representaciones del IME en la circunscripción.

Por último, la aplicación de programas de atención a la salud de los emigrantes dependerá en buena medida de las políticas de Estado en la materia. Los planteamientos de la Secretaría de Salud apuntan hacia la intención de proveer de servicios más amplios a los connacionales en el extranjero, aunque estos deseos no se han materializado a la fecha.

Sí hacer

Me ha sorprendido la variada respuesta de los amables lectores del Observatorio al artículo anterior sobre los fundamentos de un plan de salud para los emigrantes mexicanos en Estados Unidos, retroalimentación que siempre agradezco, y que en este caso incluye la duda de poder lograr una atención médica accesible para nuestros compatriotas en EU; la negativa de los titulares a prestar servicios médicos en los consulados; hasta, en un caso más extremo, la convicción de que no existe la voluntad política para emprender acciones en esta dirección.

Sí existe la voluntad política, siempre y cuando se presente un proyecto viable, y que sí se puede –“yes, we can”– lema que acompañó al presidente Obama durante su campaña hasta la presidencia.

Mi abuela materna solía decir: “Los indecisos no empezaron; los débiles quedaron en el camino; sólo los fuertes llegaron.”

Deseo aquí hacer referencia a un artículo de Denise Dresser titulado “Los que mueven a México” en el que hace mención a su vez a un artículo de Jorge Domínguez en la revista *Foreign Affairs*, en la que habla de la “fracasomanía”, esto es, “el pesimismo persistente ante una realidad que parece inamovible”.

Me tocó vivir un México en pleno desarrollo; que confiaba en sí mismo; que crecía; que tenía movilidad social; en el que las desigualdades económicas no eran tan profundas y la pobreza no tan extendida.

Probablemente no era una sociedad perfecta, pero era una sociedad más equitativa y un sistema político que, pese a sus grandes fallas, veía por la

población en su conjunto y no solamente por el beneficio de unos cuantos.

“Lo hecho en México está bien hecho” era un lema que si bien no era totalmente verdad, revelaba un orgullo nacional. Me tocó colaborar en los inicios de mi vida profesional con la impresionante obra realizada en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la década de los sesenta, en la que se construyó un sistema hospitalario en todo el país encabezado por el Centro Médico Nacional, en el que figuras destacadas de la sociedad en México solicitaban atenderse por los mejores especialistas mexicanos sin necesidad de trasladarse al extranjero, y gratuitamente además, lo que le daba un atractivo adicional.

Poco a poco ese espíritu emprendedor fue desapareciendo. Llegaron aquellos de afuera a decirnos lo que teníamos que hacer, y que como decía Luiz Inácio Lula da Silva, presidente de Brasil “...nos dijeron que lo sabían todo, y resultó que no sabían nada”. Perdimos la iniciativa y con ello un proyecto nacional.

Por eso debemos admirar al doctor Mario Molina, premio Nobel de Química que trabaja intensamente en México para mejorar las condiciones ambientales de nuestro país; al Dr. Guillermo Sobrón que incansablemente impulsa proyectos innovadores y apoya la formación de nuevos científicos mexicanos en el extranjero y su reincorporación a México; y a tantos otros y otras que Denise Dresser menciona en su texto, que desafortunadamente por la falta de espacio no puedo reproducir.

¿Podemos? Claro que podemos.

Premisas

La dotación de servicios médicos a los emigrantes mexicanos debe partir de ciertas premisas y consideraciones fundamentales:

1. No puede proporcionarse con base en los costos de la atención médica y de los procedimientos vigentes actualmente en Estados Unidos, pues tiene un sistema de salud caro y poco efectivo desde el punto de vista de la salud pública, y ocupa el lugar 37 en la escala de indicadores de la salud de la Organización Mundial de la Salud, a pesar de registrar el mayor gasto por habitante a nivel mundial. México, con un gasto en salud por habitante diez veces menor, se ubica en el lugar 61, lo que

significa que con muchos menores recursos se puede ofrecer un nivel de atención médica decoroso.

El plan de salud que se proponga debe buscar la reducción de costos de la atención médica. Actualmente en EU se tiene un gasto por inmigrante por abajo del promedio de 1 797 dólares anuales en las condiciones actuales de la atención médica, esto es, 49% de los 3 702 dólares anuales del costo de atención de los estadounidenses nativos. La incorporación de ciertas medidas pudiera reducir en un 30% adicional el costo de la atención médica a los inmigrantes, lo que se reflejaría en una disminución considerable de las primas de seguros médicos para los emigrantes mexicanos, haciéndolas accesibles a la mayoría.

En su oportunidad se hará el análisis de las medidas para la reducción de costos y de los instrumentos para lograrlo.

2. Debe ofrecer servicios médicos de atención primaria y quirúrgica de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población emigrante mexicana.

El nivel de riesgo de las pólizas de seguros médicos en Estados Unidos no corresponde al perfil epidemiológico de la población emigrante mexicana, y por tanto este riesgo debe ajustarse a las características de este grupo demográfico.

La población emigrante mexicana es una población eminentemente joven y sana. En Estados Unidos 80% de los gastos médicos está orientado a la atención de adultos mayores y de enfermedades crónicas. El seguro médico propuesto debe cubrir a la población emigrante mexicana con una estancia en Estados Unidos menor a los 20 años, lo que significa en promedio la cobertura de una población entre los 18 y los 52 años de edad, grupo que representa 66% del total, aproximadamente 7.8 millones de mexicanos. El 34% restante representa, en su mayoría, a personas adultas con más de 53 años de edad, las que por su tiempo de estancia cuentan con la residencia legal o se encuentran naturalizados, y por lo tanto tienen acceso a los sistemas de salud de EU, independientemente de que, de acuerdo con la encuesta del 2007 Health Tracking Household Survey, este grupo tiene un ingreso familiar promedio de 64 200 dólares anuales, superior a los 36 800 dólares de los inmigrantes con menos de cinco años de estancia en el país, y por tanto, mayores posibilidades de adquirir un seguro de salud.

Esta selección por grupos de edad tendrá un impacto considerable en la disminución del costo de la atención y en la cobertura de servicios. La estrategia de reducción de costos deberá, además, entre otras medidas, hacer énfasis en la medicina preventiva –educación y promoción de hábitos saludables–, en la prevención de enfermedades –inmunizaciones; reducción de la obesidad, eliminación del tabaquismo y de otras adicciones–, así como en la reducción, en la medida de lo posible, de la medicina curativa.

La cobertura del seguro médico deberá incluir los servicios de atención primaria, enfermedades agudas, salud materno-infantil, accidentes de trabajo y cirugía de emergencia. En México podrían atenderse otras intervenciones quirúrgicas bajo el esquema de turismo médico que se detallará más adelante.

3. Los servicios médicos proporcionados deberán ser prestados en instalaciones fuera de las representaciones consulares. Debemos separar la operación de las funciones consulares tradicionales de los servicios sociales, de acuerdo con la naturaleza de cada una, a fin de contar con las instalaciones adecuadas en cada caso.

4. El costo de los servicios médicos en Estados Unidos debe ser cubierto en su mayoría por los propios beneficiarios.

El gobierno de México podrá cubrir algunos costos del programa tales como el mantenimiento de las Ventanillas de Salud; de las acciones de educación de estilos de vida saludables; de campañas de prevención; de los sistemas de información y orientación sobre la salud; y los sistemas de consulta y diagnóstico a distancia, ya sea en su totalidad o parcialmente, o en su caso, en colaboración con el gobierno estadounidense y las autoridades locales, así como la Organización Panamericana de la Salud.

El seguro médico deberá ser cubierto a un costo accesible por los mismos usuarios, a través de los mecanismos alternativos de operación del sistema que emanen del estudio.

5. México deberá aprovechar los menores costos de atención médica en nuestro país.

Resulta ilusorio pensar que la industria que representa la sexta parte de la economía estadounidense se ponga a dieta voluntariamente. Los esfuerzos de la administración del presidente Obama para reducir los costos de la atención médica

conducirán, probablemente, a lograr una contención temporal de los mismos, por lo que México debe aprovechar esta circunstancia para ofrecer servicios médicos de calidad a precios accesibles a través de lo que se denomina turismo de la salud, dentro de una tendencia mundial irreversible de salud global.

6. México debe tomar ventaja de las posibilidades de la medicina a distancia. Dentro de este mismo esquema, el costo de la atención médica y de las primas de seguros puede reducirse, en parte, mediante la utilización de las herramientas de la medicina a distancia, que incluyen la operación mancomunada entre instituciones en México y de Estados Unidos para operar servicios de telemedicina, la interpretación de pruebas de laboratorio y de imagenología, así como el diagnóstico a distancia.

7. El gobierno de México tiene la capacidad de negociar directamente o de cabildear ciertos acuerdos con las autoridades estadounidenses en materia de salud.

No necesariamente todo el peso del financiamiento y de la operación del programa de salud de los emigrantes mexicanos en Estados Unidos debe recaer en las autoridades mexicanas. El gobierno de México tiene una amplia gama de posibilidades para llegar a acuerdos con Estados Unidos en la adopción de una serie de medidas en materia de salud y del financiamiento de las mismas, así como de cabildear ante el Congreso y las autoridades federales, estatales y locales disposiciones favorables en la materia.

8. Las autoridades mexicanas tienen la posibilidad de llegar a acuerdos con la industria de la salud en Estados Unidos para la provisión de servicios o la reducción de costos.

El Instituto de los Mexicanos en el Exterior, o en su caso el agente creado especialmente, el designado para este fin, o el contratado por el gobierno de México para operar un seguro médico en Estados Unidos debe negociar a su nombre la provisión de servicios médicos con hospitales y clínicas comunitarias, cadenas de distribución de medicamentos, empresas farmacéuticas, grupos médicos y otras empresas relacionadas, aprovechando su poder de compra para la disminución de costos.

Todo se resume en hacer o no hacer. Ésa es la cuestión.