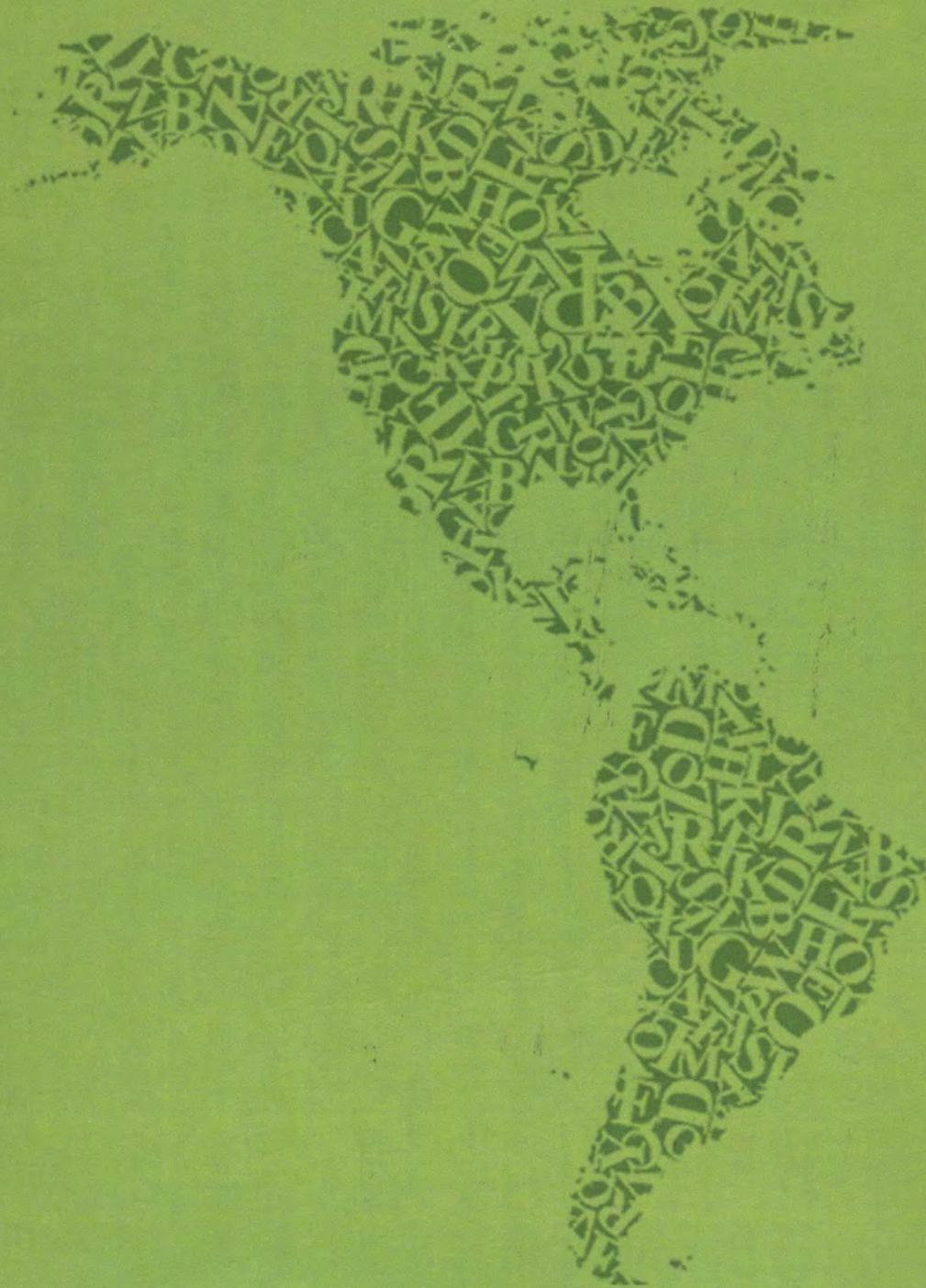


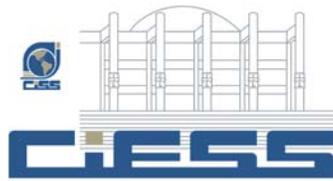
WPS Working Paper Series

Vol. 1, Núm. 1, 2015



Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

5	Presentación
7	La relevancia del acceso al crédito en la dinámica de la informalidad en México <i>Óscar Sánchez G.</i>
45	El tratamiento de la seguridad social en el Mercado Común del Sur <i>Jorge E. Fernández Reyes</i>
81	Discriminación laboral por razones genómicas <i>Sarah Mis Palma León</i>
111	Obama Care Reforma en materia de salud en Estados Unidos <i>René A. Zoreda Zoreda</i>

Obama Care
Reforma en materia de salud
*en Estados Unidos**

RENÉ A. ZOREDA ZOREDA**

La reforma legal en materia de salud de los Estados Unidos (Patient Protection and Affordable Care Act mejor conocida como Medicare Reform), inició su conformación en el año 2005, promulgándose finalmente en 2010. A partir de ese momento se ha desarrollado un largo proceso de ratificación o rechazo por parte de los estados que conforman la Unión Americana. En medio de diversos recursos de impugnación, la Suprema Corte de ese país determinó en 2012 la constitucionalidad de la Ley.

La nueva normatividad busca cubrir las deficiencias existentes en el sistema, el cual no ha sido reformado desde 1996 (mediante una enmienda conocida como Welfare Reform). En ese año se otorgó mayores facultades en materia de salud a los estados respecto al Gobierno Federal. Las deficiencias presentadas a partir de entonces, giran en su mayoría entorno al encarecimiento en los costos de los servicios de salud, a la falta de recursos gubernamentales para atender la creciente demanda, y a una situación financiera y económica muy difícil por la cual atraviesa la mayoría de la población americana.

Durante el primer periodo de administración del presidente Barack Obama (2009-2013), el tema se volvió una prioridad como parte del apuntalamiento de su política social a favor de la población con menos recursos económicos, y de una clase media considerada el fin, motivo y sostén fundacional de los Estados Unidos.

La problemática en el sistema de salud no es exclusiva de este país. El incremento en la población y en sus expectativas de vida, fenómeno que va de la mano del imparable desarrollo de la ciencia médica, así

* Extracto del ensayo “La Reforma en Materia de Salud de los Estados Unidos de América. Políticas públicas para el Siglo XXI en el sector” en proceso de publicación.

** Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS).

como un mayor número de personas con enfermedades crónicas, y la aparición de nuevas amenazas a la salud, han ocasionado que la demanda de servicios médicos se incremente en proporciones nunca vistas. Los gobiernos de todo el mundo enfrentan un desafío enorme para el siglo XXI independientemente de las bases sobre las que se sustente su política social en materia de salud.

El caso de Estados Unidos es relevante para México. Primeramente por el hecho de que actualmente existen aproximadamente 8 millones de mexicanos viviendo en ese país trabajando pero sin contar con un estatus migratorio regularizado. Esto tiene como consecuencia que su acceso a los servicios médicos son muy limitados o prácticamente nulos. En segundo lugar, porque en términos de política pública, Estados Unidos siempre ha sido el primer referente a seguir o replicar. Generalmente las políticas públicas adoptadas por el gobierno americano han tenido un significativo grado de éxito.

Por lo que corresponde a la situación de los mexicanos residentes en los Estados Unidos sin la documentación respectiva para ello, y en consecuencia con acceso muy limitado o nulo a las prestaciones sociales que se otorgan a todos aquellos que laboran y contribuyen fiscalmente dentro del sistema, éstos representan una responsabilidad ética muy grande, y una probable contingencia sanitaria, tanto para el gobierno de aquel país como para el mexicano.

El fenómeno de la globalización nos muestra un rostro poco agradable al manifestarnos constantemente que las enfermedades no tienen fronteras. Cada vez observamos con mayor frecuencia que un problema de salud en un país puede convertirse en el de varios o en el de todos a través de epidemias o pandemias, las cuales tardan únicamente días en extenderse por muy diversas regiones. ¿Aquellas poblaciones migrantes que no cuente con seguridad social o gastos médicos se quedarán sin atención y tendrán que retornar a su país en búsqueda de la misma?, ¿existirá tiempo para ello?

Si ese es el caso, México puede enfrentar contingencias sanitarias serias o graves en un futuro muy cercano. La reforma en materia de salud en Estados Unidos prácticamente cierra por completo el acceso a cualquier servicio a aquel que no cuente con un estatus migratorio regular. Es decir, no existen opciones reales de atención médica para los millones de mexicanos que residen sin papeles en aquel país.

La Constitución de los Estados Unidos, a diferencia de la mexicana, no establece como obligación constitucional el derecho a salud.¹ Por lo mismo no existe obligación alguna de atender a ninguna persona (inclusive nacional americano) que no se encuentre inscrito dentro de alguno de los programas existentes, o cuente con un seguro médico. A este respecto, y ante un escenario económico mundial complicado, inclusive las organizaciones asistenciales y de caridad ya se encuentran muy limitadas para atender casos de salud en poblaciones totalmente desamparadas. La pinza del problema migratorio en Estados Unidos parece estar cerrando por un lado concluyente y muy delicado.

La infraestructura médica en Estados Unidos es muy grande y compleja al día de hoy. Si bien es un país donde los avances en esa y otras ramas de la ciencia son cosa común y de todos los días, el laberinto en el que se puede ver un sujeto en busca de atención es desgastante física, económica y emocionalmente. En el mejor de los casos requiere de mucha voluntad y de un nivel educativo regular o mediano para saber cómo y ante quién moverse (características con las que desafortunadamente muchos compatriotas mexicanos no cuentan en aquel país). La reforma pretende en la medida de lo posible estandarizar, simplificar y hacer más accesible los servicios a aquellos que cuentan con menores capacidades educativas, lingüísticas y culturales dentro de la población americana, en la cual también observamos diferencias y complejidades educativas como en mayor medida se observan en la sociedad mexicana.

Las grandes bases sobre las que se construye el sistema de salud americano son los programas Medicare y Medicaid. Existe también el llamado CHIP (Children's Health Insurance Program) o Programa de Seguro de Salud para Niños, y los recién creados Intercambios (Exchanges) que operan ya en los estados. Todos estos programas se encuentran

¹ Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.- El varón y la mujer son iguales ante la Ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos. Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas, en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución...

estructurados bajo un sistema de seguros médicos, los cuales son la base esencial de toda la reforma.

El primer punto que se debe tocar por su dimensión e importancia es el Programa Medicare. Medicare es el programa de cobertura social administrado por el gobierno federal de los Estados Unidos, creado durante la presidencia de Lyndon B. Johnson en 1965, y que opera básicamente como un sistema de seguro.

Es financiado en una buena parte por los impuestos que se cobran sobre nómina a nivel federal y que se tasan en un 2.9% del total de los salarios, honorarios y demás compensaciones efectivamente recibidas. El 50% del 2.9% es aplicado directamente al trabajador o profesional, y el 50% restante al patrón. Aquellos profesionales que reciben ingresos por cuenta propia aportan el 100% del impuesto.

El sistema beneficia a todos los mayores de 65 inscritos, a las personas con alguna discapacidad, y a todos aquellos que son residentes legales en el país, y que han contribuido durante 10 años o más al impuesto correspondiente.

El segundo programa importante del sistema es el Medicaid. El Programa Medicaid proporciona los seguros en materia de salud para los individuos y familias de bajos ingresos. Si bien es un programa de carácter federal, a nivel estatal tiene variedad de normas de aplicación (es administrado por cada estado). A través del programa se paga el costo a los médicos inscritos en el mismo, a farmacias, hospitales y demás proveedores de servicios de salud. A nivel estatal se realiza el análisis del nivel de ingresos para considerar quienes pueden acceder al mismo, así como la determinación de los servicios cubiertos y sus costos. Por ello se puede decir que existen tantos programas Medicaid como estados tiene la Unión Americana. La cobertura de servicios es considerada hasta cierto punto como la mínima que se debe tener en los Estados Unidos.

Es precisamente dentro del Medicaid donde se ha generado mayor controversia en la nueva legislación debido a su viabilidad financiera (y costo para los estados), ya que establece una serie de subsidios y ampliaciones para otorgar mayor cobertura del sistema a aquellos sujetos que se encuentran por debajo de la línea de pobreza y dentro de los cuales, por cuestiones de censo son considerados muchos ciudadanos de origen mexicano, que radican en ese país en una situación migratoria regular.

La nueva legislación va más allá de lo establecido actualmente para el Medicaid al contemplar un subsidio para el pago de la pólizas de seguro para aquellas familias integradas por cuatro miembros, y cuyos ingresos sean hasta por \$ 88,000 dólares.²

Como la reforma abarca aspectos esenciales del marco legal en materia de seguros médicos para cualquier programa o sistema en el que los sujetos se encuentren, las nuevas disposiciones significan una mayor regulación y control sobre las instituciones aseguradoras, prohibiendo la negación de cobertura por preexistencias o el pago de reclamaciones por las mismas; estableciendo incentivos para que las empresas otorguen pólizas de cobertura a sus empleados; creando un sistema de intercambio o movilidad de los planes de cobertura en materia de salud (sobre todo hacia aquellos que cuentan con algún tipo de subsidio), y prohibiendo el establecimiento anual de límites en la cobertura por parte de las compañías de seguros.

El ampliar el espectro de atención médica a mayor número de personas es la piedra toral de la reforma. En el campo de la sanidad pública, la acción o inacción en la atención de un importante sector de la población no es cualquier cosa, ya que como se mencionó anteriormente, las consecuencias de la no prevención y atención pueden repercutir de manera fatal en el resto de la población que cuenta con acceso a los servicios médicos y hospitalarios. Se enfatiza nuevamente que uno de los grandes retos que enfrentaremos como humanidad durante el presente siglo, son las enfermedades epidemiológicas, las cuales no conocen de fronteras o de cuestiones políticas. Más allá de cualquier obligación de carácter humanitario en lo referente a la atención médica, los estados modernos requieren más y mejor control sanitario sobre su población, en aras de la preservación de la misma.

La vecindad entre México y Estados Unidos siempre tiene enormes retos y requiere de trabajo en conjunto en este sector, a partir de algo que aparentemente le es ajeno a México, pero no lo es tanto. Y con lo anterior nos referimos al hecho de que a pesar de la reforma, los

² FPL o Federal Poverty Level. Es calculado de manera anual y es marco de referencia para determinar la asistencia de beneficios y subsidios a aquellos sujetos o familias que se encuentran dentro de este límite de ingresos. Para el año de 2011 el FPL fue estimado por la Oficina del Censo de EE.UU. en \$25,710.00 dólares para una familia de 4 miembros, o \$10,890.00 dólares por un solo individuo.

costos de los servicios pueden continuar siendo elevados, y todos aquellos ciudadanos americanos y residentes en aquel país estarían buscando en un momento determinado la atención dentro del sistema de salud mexicano. Una primera consecuencia de ello sería el encarecimiento de los servicios privados en México, y más saturación en los servicios públicos.

Los escenarios que se perfilan para el siglo XXI permiten también concluir que un elemento destacado en la política exterior entre Estados Unidos y México será precisamente la atención común de contingencias sanitarias. Y difícilmente se puede creer que ese elemento no pueda llegar a convertirse en un factor de conflicto si los escenarios se presentan al extremo tratándose de epidemias graves en las que exista peligro de contagio y necesidad de decidir entre atender a los propios o a los ajenos.

La crisis económica mundial, entra en su séptimo año consecutivo (con diferentes magnitudes y matices)³ y es un factor importante a considerar en el desarrollo de los acontecimientos alrededor del sistema de salud en Estados Unidos, en México y en el mundo.

El déficit fiscal americano es enorme y las consecuencias ya se empiezan a sentir en la parte más esencial de la conformación de la Unión Americana; es decir, en los estados. Ello también implica que cada entidad está realizando las modificaciones en materia de regulación en salud en tiempos diferentes, con matices y principios diversos y con repercusiones diferentes entre su población. Lo anterior aplica también ante el hecho de que existen estados con mayor disposición en sentido positivo hacia el migrante (como el caso de California) o en sentido negativo (como el caso de Texas). Esto se manifiesta hasta en el hecho de que mientras California ha aceptado plenamente la reforma, el Estado de Texas la rechaza tajantemente.

La saturación de los servicios de salud es un problema que cada vez afectará a más países, sin importar si estos se encuentran desarrollados o no. El crecimiento de la población, la mayor expectativa de vida, los avances en los tratamientos de enfermedades crónico degenerativas y el surgimiento de nuevos padecimientos complican el escenario

³ Si tomamos como referencia el año de 2007, en el cual estalla la burbuja inmobiliaria en los Estados Unidos, y marca el inicio de una serie de quiebras bancarias y desbarajustes fiscales en buena parte del mundo.

de la atención social. Se requerirá sin duda de nuevas y mejores políticas públicas en este sector para los próximos años.

El sistema de salud de los Estados Unidos es esencialmente diferente al sistema mexicano. México cuenta con un sistema de seguridad social cuyo origen y fundamentación parte del movimiento social conocido como Revolución Mexicana, a partir de la cual se crearon instituciones médicas que atienden a un gran número de habitantes. El derecho a la salud es un derecho constitucional vigente, y muchos de los servicios de atención son subsidiados y completamente gratuitos para los sectores con ingresos económicos muy bajos.

Mientras, la configuración del sistema americano fue diferente, y se dio a partir de una base de atención médica individual y totalmente privada. El sistema se formó con el ejercicio privado de la profesión médica y la atención en los hogares, y posteriormente con la atención general en los hospitales que comenzaron a abrir sus puertas a finales del siglo XIX. El Estado entonces debió actuar como un mero regulador de la actividad y no como un proveedor de la misma.

Los esquemas de seguridad proporcionados por patrones a sus empleados son también muy diferentes en ambas naciones. Los sistemas de atención médica mediante seguros son diferentes. El mercado de los seguros en Estados Unidos es de proporciones extraordinarias en comparación con el mexicano, y su regulación y supervisión es diferente.

¿Por qué es entonces oportuno el conocer y entender los puntos sobresalientes de la reforma en materia de salud americana? ¿Podemos inferir alguna implicación en el corto o mediano plazo para nuestro país? ¿Es factible aplicar aquello innovador y vanguardista para mejorar nuestro sistema?

Estados Unidos cuenta con uno de los sistemas legales más efectivos en su aplicación, y con políticas públicas que son replicadas en otros países por su efectividad y buen funcionamiento. No existe en México estudio comparado de políticas públicas que no incluya el modelo de los Estados Unidos.

Es importante destacar que la reforma americana en la materia se aplicará de forma paulatina ya que sería imposible para el sistema de salud de los Estados Unidos llevar a cabo la transición de un solo golpe. Dicha implementación enfrenta todavía la oposición de sectores muy importantes de Estados Unidos, tanto en lo económico como en lo

político, estando a la cabeza de estos el Partido Republicano. Si bien el proceso ante la Suprema Corte en lo general ha sido agotado a favor de la reforma, todavía quedan algunos pasos por avanzar en el campo de lo político. Especial interés representa el estado de Texas debido al número de ciudadanos de origen mexicano de bajos recursos que viven ahí, y en el cual el rechazo es especialmente generalizado.

Los efectos de la reforma en materia de salud en Estados Unidos sobre la población mexicana que no cuenta con residencia legal comenzarán a observarse y evaluarse a partir de 2013, año en que una importante parte de las disposiciones entrarán en vigor y ejecución. Será necesaria una supervisión y medición de dichos efectos, a efecto de que el gobierno mexicano pueda con oportunidad ir considerando las políticas públicas adecuadas a implementar en diferentes áreas.

Ahora bien, las modificaciones legales que están ocurriendo en el campo de la industria de los seguros médicos en Estados Unidos, son sin duda de una gran trascendencia e indiscutiblemente controversiales sobre todo para aquellos emisores de estos seguros. Un campo fértil de estudio en virtud de la decisión política y gubernamental que ha tomado aquel país de enfrentar sus deficiencias actuales, de la mano de los emisores de dichos seguros, es decir con la concurrencia de las compañías aseguradoras.

Si bien los sistemas de salud en ambos países son diferentes, hay un punto de unión entre ambos consistente en la saturación en la atención a sectores de población de bajos ingresos, amén del crecimiento en el gasto para a atención de enfermedades crónicas. La población mexicana residente sin papeles es el punto de quiebre, no tanto para el gobierno americano como si para el mexicano debido a los efectos que en el comportamiento habremos de observar después de que se cumplan las disposiciones de mayor trascendencia en la reforma a partir de 2013 y 2014, años donde comenzaremos a observar una mayor negativa en la atención médica a todo aquel que no tenga una residencia legal.

Otro fenómeno que deberá considerarse en el corto plazo es la búsqueda que ciudadanos americanos realizarán en México para recibir atención médica a menor costo que el ofrecido en Estados Unidos, inclusive en la búsqueda de atención en el sector salud gubernamental mexicano. El reto no es nada fácil y deberá existir conocimiento,

capacidad y creatividad por parte de los encargados de políticas públicas mexicanos, quienes deberán también pensar en políticas de largo alcance y no a corto plazo. Reitero que el escenario en materia de salud para todas las naciones durante los próximos años no es nada sencillo.

La participación del sector privado en esta tarea es fundamental. Nuevos esquemas de negocio deben ser explorados para atender una creciente demanda de servicios de salud. El Gobierno, como observamos en Estados Unidos, no cuenta con la capacidad para por sí sólo atender el escenario. En base a ello y como Estado que es, ha diseñado esquemas mediante los cuales no pretende convertirse en proveedor de servicios de salud, pero a través de las herramientas y el uso de facultades exclusivas de un gobierno si busca que el sistema de salud (privado prácticamente en su totalidad) participe en la solución del problema. La principal herramienta con que cuenta es obviamente la de carácter fiscal.

En esto radica lo útil y analizable de la reforma americana para aquellos que trabajan en políticas públicas en México. A todas luces el sistema público de salud en México recibe cada vez a más usuarios, tanto a aquellos que nunca han podido tener acceso a los servicios privados, como a aquellos que ya no pueden contratarlos debido a los altos costos y a las restricciones en las coberturas de los seguros de gastos médicos. Cualquiera que cuente con un seguro de este tipo, sabe que son muchas las aduanas que hay que pasar para hacer efectivas las coberturas. En múltiples ocasiones también los asegurados enfrentan la situación de que los honorarios médicos deben ser pagados una parte por el seguro, y otra por el asegurado debido a que dichos honorarios no “son cubiertos” en su totalidad.

Todos los gobiernos enfrentan un gran reto en este campo, es decir, lograr la cobertura universal en toda la población. La reforma al sistema de salud aprobada en 2010 en Estados Unidos busca este objetivo al menor costo para el Estado, que si bien en un principio deberá realizar importantes erogaciones en el arranque, también busca una importante disminución del gasto público por medio de la eficiencia, el avance científico, la prevención y la estrecha participación de todos los sectores involucrados.

Las políticas públicas deben ser planeadas e implementadas en muchas ocasiones de manera anticipada a la aparición de un problema. Y el primer problema observable para México a partir de la aplicación de la reforma en Estados Unidos es la creciente restricción que ésta conlleva para la atención de aquellos mexicanos residentes sin papeles en aquel país. No estamos hablando de cualquier número sino de millones de seres humanos.

Hoy está en discusión una reforma migratoria propuesta también por el presidente Obama. A pesar de que la misma es deseable y muy útil para México, y sin duda con repercusión en este ámbito de la salud, el momento y el ambiente en Estados Unidos no es precisamente el mejor. Siempre en medio de una crisis financiera y económica del tamaño de la que vive actualmente la Unión Americana, los migrantes se convierten en una especie de “chivo expiatorio” y resultan culpables de todos los males existentes. Debe observarse con cuidado, en su caso, el alcance que dicha reforma tenga. Mientras tanto el tema de la salud para los mexicanos sin documentos sigue siendo preocupante.

En múltiples ocasiones se ha hecho mención a las enormes diferencias existentes entre México y Estados Unidos en términos de tecnología y recursos para la salud. Sin embargo, esto no es argumento para no analizar aquello que puede ser de gran utilidad para mejorar el actuar gubernamental a favor de la salud de la población mexicana. Tal es el caso de todas aquellas acciones en materia de prevención que se han tomado en aquel país y que implican obligaciones muy concretas por parte los actores en el sector.

Cada acción tomada puede ser analizada por separado debido a la trascendencia de cada de ellas. Nuevas disposiciones en el campo de seguros, de regulación de medicamentos, de obligaciones de médicos, enfermeras, hospitales y laboratorios. En materia de transparencia y de prevención de fraudes, así como de apoyos de carácter fiscal al desarrollo de nuevas tecnologías, son algunos de los rubros que constituyen los ejes básicos de un actuar gubernamental que busca sacar adelante el sistema de salud del país más poderoso de la tierra en la actualidad, pero que presenta una problemática propia de países de bajos ingresos.

Toda acción a favor de la prevención en alcoholismo, tabaquismo, obesidad y salud mental recibirá apoyo del gobierno americano, a fin

de disminuir el deterioro en la salud de la población y en consecuencia disminuir así los costos que se generan a partir de tales condiciones.

Entendiendo las diferencias y problemáticas comunes a ambos sistemas, podemos mirar a un futuro en el que la vecindad México-Estados Unidos sea entendida como una oportunidad de resolver las cuestiones relativas a la salud, a partir de políticas públicas exitosas. Las aplicadas en la reforma al sistema de salud en los Estados Unidos regirán durante los próximos años y pueden ser útiles al sistema mexicano.

Las acciones planteadas en la reforma son de carácter integral y abarcan diversas áreas de atención. Es así que el problema de falta de médicos, especialistas y enfermeras se atiende desde un frente educativo, mediante apoyos a escuelas e instituciones educativas que ofrezcan e impartan servicios educativos en este rubro, al mismo tiempo que se ofrecen apoyos a estudiantes que optan por una carrera de este tipo. Los apoyos fiscales y la ampliación tanto de becas como de periodos de pago, es un ejemplo de una política pública integral que abarca varios puntos en el proceso de formación de especialistas que son necesarios en este momento en el campo de la salud.

Los puntos básicos de la reforma son amplios y diversos. Cada uno de ellos representa una posibilidad de análisis académico profundo, el cual será realizado hacia delante. El cimiento está puesto.

BIBLIOGRAFÍA

ZOREDA ZOREDA, René A. *La reforma de salud de Estados Unidos de América*, CISS/Porrúa/Red Internacional de Juristas para la integración Americana, México, 2015.

ARTÍCULO 13

La Comisión Multilateral Permanente establecerá y aprobará los formularios de enlace necesarios para la aplicación del Acuerdo y del Reglamento Administrativo. Dichos formularios de enlace deberán ser utilizados por las Entidades Gestoras y Organismos de Enlace para comunicarse entre si.

ARTÍCULO 14

El presente Reglamento Administrativo tendrá la misma duración del Acuerdo.

El presente Acuerdo será depositado ante el Gobierno de la República del Paraguay, el cual enviará copia autenticada del mismo a los Gobiernos de los demás Estados Partes.

Hecho en. Montevideo, a los 15 del mes de diciembre de 1997, en un original, en los idiomas portugués y español, siendo ambos igualmente auténticos.