

**Título** Estados Unidos y los desafíos de un plan integral de políticas públicas de salud

---

**Tipo de Producto** Ponencia Completa

---

**Autores** Pratti, Agustina Ludmila y Tomasotti, Marina Laura

---

## Código del Proyecto y Título del Proyecto

---

A16S04 - Aproximación a distintos modelos estatales de gestión de la salud en perspectiva comparada

---

## Responsable del Proyecto

---

Tomasotti, Marina Laura

---

## Línea

---

Políticas Públicas

---

## Área Temática

---

Ciencias Políticas y RRII

---

## Fecha

---

Agosto 2016

---

**INSOD**

Instituto de Ciencias Sociales y Disciplinas  
Proyectuales

**UADE** 

Ponencia preparada para las Jornadas de Ciencia Política.  
Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos  
Aires, 22 al 26 de agosto de 2016

**Estados Unidos y los desafíos de un plan integral de  
políticas públicas de salud**

Agustina Ludmila Pratti

apratti@uade.edu.ar

agustinapratti@gmail.com

Instituto de Ciencias Sociales y Disciplinas Projectuales  
(INSOD)

Universidad Argentina de la Empresa (UADE)

Estado, Gobierno y Políticas Públicas

## Resumen

**Palabras clave:** Política pública, Sistema de salud, inmigrantes, Estados Unidos.

La salud pública en los Estados Unidos comprende un sistema complejo de intereses. Se pretende estudiar un enfoque legal de los programas de sanidad más conocidos como son el *Medicare* y *Medicaid* con la adición de la perspectiva de inclusión social al sistema. Es fundamental tener en cuenta que las políticas públicas de salud abarcan más que los planes de sanidad y medicina, volviéndose un continente de múltiples factores donde lo social cumple un rol definitivo. Los Estados son los garantes y proveedores de la salud de sus ciudadanos, motivo por el cual se deben analizar las posibilidades de equidad en el sistema médico y las disparidades de atención sanitaria para los extranjeros que viven en los Estados Unidos.

Desde sus inicios como conformación de sistema de salud, el modelo estadounidense ha superado desafíos. La *Affordable Care Act Health Reform* de 2010, popularmente conocida como *Obamacare*, ha sido identificada como un gran avance y una promesa de progreso en la materia. No obstante, los desafíos persisten.

Por último, se toman en cuenta dos factores intervinientes. Por un lado, se tiene como objetivo dar tratamiento a la cuestión sanitaria en la frontera con México. Sumado a esto, se hará especial mención al fenómeno de “turismo médico”, tendencia que tiene alcance como fenómeno global. Lejos de querer simplemente generar un debate en torno a las reformas del sistema de salud estadounidense, se pretende resaltar la importancia para los Estados de incluir el tema sanitario en sus agendas de políticas públicas, siendo que la “salud” es una cuestión política en sí misma, y los Estados Unidos no son la excepción a este fenómeno.

## **Salud Pública**

Navarro (1998) desarrolla el concepto de salud pública y plantea que la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1952 es progresista porque incluye la cuestión social. Sin embargo, la definición tiene un problema epistemológico que deriva de asumir un consenso en relación a la definición y sus alcances. El término deja afuera la problemática epistemológica del poder. Salud y enfermedad no son categorías científicas que puedan entenderse como opuestos sino también que refieren a categorías políticas.

En cuanto a cuáles son los factores intervinientes en la cuestión, existe un *iceberg* de la enfermedad que es sólo la parte visible. Aquí aparecen los pacientes que acuden al sistema. Persisten mientras tanto quienes por no tener acceso al sistema de salud o por reticencia, conforman la parte oculta de los índices y estadísticas de salubridad, porque no atienden sus enfermedades. Para los Estados, el sujeto de intervención no es un individuo en particular sino el conjunto total de la población.

De esta forma, lo médico tiene una dimensión social y lo social puede conducir a una situación médica. Por su parte, el Grupo de trabajo “Estudios Sociales para salud”, surgido en la década de 1970 con una impronta crítica a la salud pública desarrollista identifica el proceso salud enfermedad como proceso socio-histórico. A lo largo del compendio que forma el libro *Por el derecho Universal a la Salud*, si bien se realizan estudios sobre experiencias progresistas latinoamericanas, lo importante es observar cómo los últimos tiempos se ha enmarcado a los derechos sociales como obligaciones del Estado<sup>1</sup>.

### **Funciones de los servicios de salud**

Existe una Intervención Preventiva Primaria. La misma tiene lugar antes que la enfermedad aparezca, está orientada a proteger poblaciones vulnerables ante factores que

---

<sup>1</sup> Costa et al (2015). Buenos Aires. CLACSO. “Por el derecho Universal a la Salud” Disponible en [http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20151109090721/derecho\\_universal\\_a\\_la\\_salud.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20151109090721/derecho_universal_a_la_salud.pdf)

pueden generar enfermedad. Para que esto sea posible es imprescindible mejorar las condiciones socioeconómicas y a su vez dar recursos para el desarrollo político.

La Intervención Preventiva Secundaria tiene lugar en la que se llama fase silenciosa de la enfermedad. La función del servicio de salud es principalmente frenar la enfermedad en el inicio. Esto se puede lograr por ejemplo mediante la implementación campañas de detección.

La Intervención Preventiva Terciaria ocurre cuando el individuo ya está enfermo. En este caso, la función del servicio de salud se orienta netamente a intentar reducir el daño. Asumiendo luego de esto una posible rehabilitación, tanto sea física, psicológica y/o social.

Lo anteriormente dicho da cuenta que la Intervención Preventiva Primaria es la más importante para la mejora de la salud de la población y exige una relación entre cambios sociales, políticos, económicos y de salud.

De esta forma, se explicita que la medicina y la salud pública son intervenciones sociales, y dentro del espectro macro, también existe un contexto social, político y económico de la enfermedad.

Es menester dejar en claro que la Salud pública no es una rama de la medicina. Esta relación se da por el contrario, la medicina constituye una rama de la salud pública.

Las políticas públicas constituyen a sus sujetos, tanto a aquellos que integran el universo de referencia de sus objetivos e implementación, como a quienes tienen a cargo esa implementación, en sus variados niveles de aproximación al terreno<sup>2</sup>.

### **Estados Unidos: aproximación y perfil país**

---

<sup>2</sup> Carlos M. Vilas director de la Revista Perspectivas de Políticas Públicas Año 2 N° 4 (Enero 2013-Junio 2013).

Disponible en <http://www.unla.edu.ar/index.php/perspectivas-de-politicas-publicas-numeros-publicados>

En esta sección se buscará referir al marco normativo general de Estados Unidos en lo referido a la salud, principales leyes, implicancias del sistema federal, conformación del sistema de salud y sus principales rasgos distintivos. De igual forma, se incluye una breve presentación de la cuestión limítrofe con especial énfasis en la frontera con México y cuál es la problemática en el área de la salud con los inmigrantes en territorio norteamericano.

Estados Unidos es un país que, desde sus inicios, en tanto surgimiento y conformación a partir de colonias separadas, ha dado prioridad a la educación y la formación ciudadana, dejando relegados temas de salud pública.

Según Patterson (2000) para los estadounidenses los tres valores políticos de importancia son la libertad la igualdad y la democracia. El gobierno debe estar limitado, los poderes son limitados y definidos por una Constitución. La igualdad política se refiere a la igualdad de oportunidades de participar en política, basado en el principio de *una persona, un voto*. De acuerdo al autor, la clave para entender el gobierno estadounidense es entender la relación entre la ciudadanía y el gobierno. Cronológicamente, durante la administración de Nixon durante los años 1969 y 1974, se creó el Programa Económico de Estabilización que imponía salarios y precios de control en varias ramas de la economía, incluyendo los hospitales, medida que se tomó temporariamente para controlar la inflación. Una vez finalizada esta etapa, el gasto en hospitales creció rápidamente (Ceceña Gámez, 1972). De acuerdo a Randall (1979), el gobierno de Richard Nixon logró avances en la cobertura de servicios sociales e implementó luego de 1971 el control y la evaluación de políticas de bienestar, a la vez que intentó poner en marcha la federalización de los servicios de salud.

Los avances en cobertura social llegan a partir de la década 1960. Partiendo de una mínima definición de equidad categórica, bajo la cual se espera alcanzar igualdad de oportunidades desde una perspectiva de ética rawlsiana, hay una motivación del país por intervenir en la esfera sanitaria.

Rosen (2004) describe en qué consistió la implementación de *Medicaid*: es el mayor programa de gasto dirigido a personas de renta baja. El programa se estableció en 1965 con el fin de proporcionar asistencia sanitaria a los beneficiarios de los programas sociales de transferencias monetarias. Su accesibilidad ha crecido a lo largo del tiempo. El aumento en el número de beneficiarios fue acompañado del aumento en los costos del programa. Los estados tienen flexibilidad para la administración del *Medicaid*. McGarry

(2002) señala la existencia de un efecto expulsión en *Medicaid*. Esto ocurre cuando el sector público expulsa al privado porque el número de personas con seguro sanitario y de baja renta creció en menor proporción al aumento de personas incluidas en *Medicaid*.

Por su parte, *Medicare* proporciona desde 1965 seguro sanitario para personas discapacitadas y personas mayores de 65 años. El encargado de su administración es el gobierno federal. Una diferencia radical con respecto a *Medicaid* consiste en que, para recibir la prestación, los beneficiarios de *Medicare* no necesitan comprobar sus recursos económicos. A través del *Medicare* el sector público ha centralizado la prestación de seguros sanitarios para ancianos. Se trata de un Sistema de financiación pública de la asistencia sanitaria. El programa fue estructurado en tres partes. La primera cubre el seguro de hospitalización, a continuación, se encuentra el seguro médico complementario. Este segundo tramo es voluntario, por lo cual los afiliados deben pagar una cuota mensual. La última parte se conoce como *Medicare* más Elección. En este caso, la prima mensual aumenta, pero a cambio se incluye la cobertura de medicamentos. Existe un impuesto sobre la renta de los trabajadores para financiar la primera etapa del *Medicare*. Lo pagan empleados y empleadores, se aplica a toda las nóminas salariales y la recaudación se deposita en un Fondo de Garantía del Servicio de Hospitalización.

En materia de regulación, se destaca el trabajo de Brown (1992). A partir de la década de 1970 fue posible un compromiso de descentralización de la regulación de los programas *Medicare* y *Medicaid*. Sin embargo, para la época los programas descentralizados no fueron bien conducidos para reducir los costos.

En respuesta a esto, los hacedores de política optaron por cuatro caminos hacia 1980. En primer lugar, abandonaron iniciativas descentralizadoras, a la vez que centralizaron otras, agregaron nuevos esquemas centralizados para regular el comportamiento de los proveedores, y empezaron centralizar la regulación presupuestaria. El objetivo era alinear los recursos de la comunidad sujetos a las necesidades. Por otro lado, si bien la devolución de actividades en manos del gobierno central a los estados ha sido un punto de fe en Washington por esos años, la regulación central de la asistencia sanitaria ha incrementado a través del tiempo. En este aspecto, el patrón es más claro para *Medicare* que *Medicaid*, en el cual la discreción de los estados ha aumentado considerablemente desde 1981.

A pesar de todas las innovaciones, pocos analistas o hacedores de presupuesto estuvieron satisfechos con los resultados de esta delimitación federal de la regulación de los servicios.

de salud. Los controles impuestos a estos programas, si bien tuvieron considerable extensión en el tiempo, fueron demasiado débiles para evitar aumentos inaceptables en el gasto federal en *Medicare* y *Medicaid*.

Otro aspecto de interés en la literatura ha sido la redistribución generacional del Programa *Medicare*. El trabajo de Cutler y Sheiner (2000) plantea distintos escenarios de cambio de política pública. El corolario es que aun cuando hubiera un marcado incremento en los beneficiarios del programa, como ha pasado en las tres décadas subsiguiente desde su inicio, esto no perjudica la atención y prestación de servicios de los ancianos y próximos a jubilarse.

Entonces, para concluir las dificultades a las que debe hacer frente el objetivo federal, la más importante es que se requiere de la acción nacional. El gobierno federal está involucrado en la provisión de servicios de salud. Dan cuenta de ello. Las enormes ventajas fiscales a los seguros de salud con base en los empleadores, las cuales hacen prácticamente irracional cualquier otro tipo de prestación privada. Los actuales programas de *Medicare* y *Medicaid* tienen grandes grupos de poder que los acompañan, quienes difícilmente cedan lo que han adquirido actualmente a los vaivenes de la política del estado.

Incorporado el artículo a cuerpo de la revista de la Universidad de Lanús, Nejamkis (2013) muestra una introducción a la política migratoria, y más en detalle invita a concluir que la política migratoria debe ser tomada en cuenta como política pública.

Partiendo del caso argentino, en el año 2003 la República Argentina modificó su legislación migratoria luego de más de veinte años de pervivir con una norma altamente restrictiva a la inmigración limítrofe. Siguiendo una perspectiva teórico - metodológica de *policy networks* o “redes de políticas públicas” como un elemento guía para repensar la relación entre el estado, las políticas públicas y las organizaciones de intereses, así como el de otros agentes externos a la administración pública, sirve para entender el proceso dialéctico entre política pública y política migratoria.

Desde otra perspectiva, algunos autores han hecho hincapié en diferenciar visiones denominadas “socio-céntricas”, identificadas con la formulación de políticas públicas como producto de las luchas, conflictos y presiones que se generan en la sociedad. Esto no permitiría analizar los desarrollos de elaboración y de implementación de dichas políticas públicas, puesto que dan por supuesta la dependencia de éstas de los procesos

políticos que se generan en la sociedad, sin tener en cuenta la heterogeneidad del aparato estatal ni la de los actores estatales en sus intereses o en sus objetivos. Se trata de teorizaciones opuestas a las visiones conocidas estado-céntricas.

Para revisar el tratamiento que da la literatura a las políticas públicas, existen diferentes modelos teóricos que tradicionalmente han tratado sobre este tema. Los autores Meny y Toing (1992) resumen tres corrientes principales: a) la centrada en un enfoque “social” que privilegia al individuo y el pluralismo social y sólo concibe el estado desde una perspectiva funcionalista; b) la que atribuye al estado la condición de instrumento al servicio de una clase o de grupos específicos y que, por consiguiente, supone que éste dispone sólo de una autonomía marginal, representando: i) los intereses del capital (neo-marxistas), o: ii) los de los burócratas o expertos que lo controlan desde su interior (neo-weberianos); c) la tercera corriente, focalizada en los equilibrios y desequilibrios entre estado y sociedad, que las políticas públicas permiten traducir. Entre las líneas más sobresalientes de esta propuesta se destacan el neo-corporativismo y el neo-institucionalismo, como variantes de un doble rechazo a un racionalismo economicista y a una idea de sociedad dependiente de un estado cautivo de una minoría (Meny y Toing, 1992).

En Shore y Wright, (1997) Desde esta propuesta teórica se entiende que las políticas públicas codifican normas sociales y valores, articulan principios organizadores fundamentales de la sociedad y también, de manera explícita o implícita, contienen modelos de sociedad.

Recientemente el cambio esperado para la política pública de Estado Unidos, se ha logrado mediante la *Affordable Care Act Health Reform* en el año 2010. Impulsada bajo la administración del presidente Barack Obama, es popularmente conocida como *Obama Care*. La idea fue inicialmente presentada por los actuales opositores de la ley de “*Heritage Foundation*” en 1989. *ObamaCare* se modeló después de “*Romney Care*”

Harrington (2010) hace un recorrido por la legislación estadounidense en relación al cuidado de la salud. Asimismo, detalla que en general es corriente que las cifras más altas de personas con menor cobertura médica las ocupen las comunidades de afro-americanos e hispanos. Detallando la extensión de la cobertura de salud con la reformada 2010, se puede observar que La Ley de Cuidados de la Salud Asequibles (*The Affordable Care Act*) hace muchas cosas muy importantes, por ejemplo, se establece un mercado de

seguros médicos donde los ciudadanos pueden comprar sus seguros federalmente regulados y a su vez, subsidiados durante un registro cubierto. La reforma extiende *Medicaid* a todos los adultos en todos los Estados y mejora Medicare para los adultos mayores. La ley pretendió que la mayoría de la población estuviera tuviera su seguro médico desde 2014 y para los que lo habían logrado el objetivo, se les daba una ayuda para pagar la cuota u obtener excepciones. La contrapartida es que se introdujeron nuevos impuestos, en síntesis, una reforma impositiva para mantener la protección social.

Según Royo (2011) el *Affordable Care Act*, firmado por el Presidente Obama el 23 de marzo de 2010, es una ley federal que tras más de un año de intenso debate tiene como principal objetivo expandir la cobertura sanitaria en Estados Unidos. Como era de esperar, luego de aprobada la reforma fueron muchos los Estados que manifestaron su preocupación por la pérdida de poderes constitucionales estatales por una parte y sobre todo por lo que supone en cantidad de gastos para sus niveles de presupuesto. En el trabajo de Royo (2011) el énfasis está en analizar la relación Federación-Estados en la reforma a partir del estudio de la evolución del federalismo estadounidense. Se logra de esta forma encuadrar los términos del conflicto que actualmente plantean los Estados en cuanto a sus poderes constitucionales, así como analizar el fondo de la controversia que desde el punto federal se suscita en Estados Unidos.

Sin embargo, no todos son halagos para la ley de reforma sanitaria, también hay críticas. Entre los rasgos más resonantes están los mencionados por Silva (2010) donde se menciona que la ley fue vista como promesa en el programa electoral de Barack Obama, donde la propuesta inicial se orientaba a la creación de un sistema público, financiado por el Estado, que cubriría a toda la población y pagaría la mayoría de las facturas. El Gobierno, además, negociaría directamente con los proveedores de atención el precio de los servicios, algo similar al sistema canadiense, cuyo esquema de financiación pasó de ser el mismo que regía en Estados Unidos a un sistema que eliminó las compañías de seguros y transfirió el contrato de los servicios al dominio público. Lo que se destaca firmemente es que no se trata reforma de la sanidad, sino más bien una reforma del sistema de seguros sanitarios, en tanto estas empresas serían las más beneficiadas por la reforma.

## **Cuestión migratoria en la Frontera México-Estados Unidos**

México y Estados Unidos, países vecinos e integrantes desde 1994 del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) junto a Canadá<sup>3</sup>, limitan sus geografías en la frontera que se extiende a lo largo de 3.141 km desde el Golfo de México al Océano Pacífico. De acuerdo a la información provista por la Organización Panamericana de Salud<sup>4</sup>, existe un Convenio de Paz, firmado entre los gobiernos de México y Estados Unidos del año 1983 con el fin de proteger, mejorar y conservar el medio ambiente a lo largo de la frontera. Esta zona fronteriza incluye a seis jurisdicciones estadounidenses: Arizona, California, Nuevo México y Texas, y cuatro estados mexicanos, Baja California, Chihuahua, Coahuila, Nueva León, Savona y Tamaulipas.

Synder (2007) desarrolla su investigación partiendo del fenómeno “globalización”. La importancia que tiene este fenómeno es que no sólo productos y mercancías migran de un país a otro sino también lo hacen las culturas, comportamientos, símbolos, hábitos alimenticios, entre otros productos de tipo simbólico e intangible. El autor plantea el concepto ampliado de “Salud Global”, la cual comprendería aspectos relacionados con la salud que trascienden fronteras y gobiernos, y que por lo tanto requiere acciones compartidas entre los países para actuar sobre los determinantes de la salud. Nuevamente esta mirada aboga por la salud como un bien público global.

El movimiento migratorio en este caso, tiene a ser desde el sur al norte. Millones de latinoamericanos buscan oportunidades en Estados Unidos, ya sea para restablecer sus vidas en ese país o trabajar y enviar remesas económicas a las familias que quedaron en los países de origen.

Haciendo una sistematización del proceso migratorio, se pueden distinguir tres etapas en el mismo. Ellas son el origen, el tránsito, y el destino. Una constante que se replica es la situación de vulnerabilidad social en la que se encuentra atrapado el migrante mexicano,

---

<sup>3</sup> Tratado de Libre Comercio de América del Norte  
<http://www.tlcanhoy.org/>

<sup>4</sup> Organización Panamericana de la Salud  
[http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=63:united-statesmexico-border-area&option=com\\_content](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=63:united-statesmexico-border-area&option=com_content)

entendiéndose esto como sinónimo de desprotección. Esta condición se profundiza en las tres etapas si se trata de personas que no cuentan con documentos al día.

Las zonas más pobres de México son las rurales. En ellas abundan el analfabetismo, desempleo, subempleo, altas tasas de fecundidad y falta de infraestructura para abastecer a la población de servicios básicos. También se observa en estas regiones algo que en Frenk (1998) se conoció como “doble carga epidemiológica”, es decir, el conjunto de enfermedades infectocontagiosas más enfermedades derivadas de una mala nutrición. En consecuencia, aún antes de enfrentarse al proceso migratorio las personas se encuentran en estado de salud que no es óptimo, propio del contexto social en el que viven. La última etapa, una vez llegados al suelo estadounidense es de esperarse que sea la más sacrificada. Si el inmigrante tiene sus papeles legales, entonces tiene acceso a los servicios comunes, la parte más vulnerable es el alud de gente que intenta y logra cruzar suelo mexicano para establecerse en condición de inmigrante ilegal en Estados Unidos. No solo son personas que están en deteriorado estado de salud sino que tampoco van a contar con asistencia una vez arribos.

De acuerdo al boletín del Grupo de Estudio de la Migración Regional<sup>5</sup> una amplia revisión de leyes de inmigración de Estados Unidos abarcaría las soluciones más eficaces para ocuparse tanto de la inmigración legal como la ilegal. El objetivo último de la reforma migratoria en Estados Unidos y, también de toda la región, debe ser claro. Debe primar la legalidad, la seguridad y el respeto por los derechos humanos. En enfoque de legalización debe ser lo más inclusivo posible y que conduzca a la elegibilidad para la permanencia permanente. La continua atención de los controles fronterizos, no solo debe ser un mecanismo para mantener afuera a los individuos indeseables, sino también deben actuar como verdaderos símbolos de la soberanía del país. El cumplimiento de la ley, tanto en la frontera como en los lugares de trabajo perite garantizar la seguridad y la integridad de los sistemas de inmigración

Por último, *“la ley migratoria SB1070 de Arizona aprobada por la legislatura de tal estado en abril de 2010 y vigente a partir de junio de 2010 (...) plantea una criminalización de los indocumentados en Estados Unidos y otorga amplias prerrogativas a la policía para detener a toda persona que sospechen que es inmigrante*

---

<sup>5</sup> Grupo de Estudio de la Migración Regional perteneciente a *Migration Policy Institute* – Julio 2013

*sin papeles*”<sup>6</sup> El presidente Obama expresó descontento con esa ley y, tras fallos judiciales, se logró suspender buscar otra palabra y aclarar la idea más controversiales.

### **Turismo médico**

La Organización Mundial de Turismo define al turismo como “todas aquellas actividades que realizan las personas durante sus viajes y la permanencia en el lugar diferente al de su entorno cotidiano, por un período inferior a un año y mayor a un día y con el propósito de negocios, por ocio o por cualquier otro motivo”.

Dada una demanda social en salud y crisis mundial de la prestación de servicios de salud, la salud se ha vuelto una mercancía. En la actualidad existen múltiples autores sumando sus aportes e investigaciones en la materia turismo médico. Con distintas metodologías de estudio, la mayoría de ellos reconoce que existe una industria del turismo médico, en auge, y movilizadora de políticas de Estado para ofrecer mejor calidad de servicios a los turistas médicos en vista de la rentabilidad que ofrece el sector para las economías nacionales.

Araganes (2012) elabora una presentación histórica del turismo médico atribuyendo que no es un fenómeno nuevo, sino que data de civilizaciones tan antiguas como Roma, Grecia, también el mundo árabe, persa e islámico. Llegando al estado actual, los autores toman en consideración que una de las razones del crecimiento global del turismo de salud es la estructura demográfica de los países desarrollados, que se caracteriza por una alta proporción de población mayor a 60 años. Eso lleva a un aumento de la demanda de servicios médicos. Países como Estados Unidos, Japón y Reino Unido se vuelven los principales expulsos de turistas médicos.

Nariño y Deegan (2011) hacen exhaustivo recorrido por la literatura para el caso cubano en relación de turismo médico. Dentro de esta órbita Cuba es un país receptor de turistas médicos. Entre las ventajas comparativas que tiene Cuba para ofrecer este tipo de turismo se encuentran un gran número de profesionales de la salud altamente preparados, especialización en tratamientos como el vitíligo y un sector biotecnológico

---

<sup>6</sup> Instituto de Relaciones Internacionales (IRI) - Anuario 2011  
Pignatta, María Eva La política de Estados Unidos hacia la región bajo la administración Obama: entre la ilusión y el desencanto. Un breve recorrido por los actores y temas centrales durante el último año.

considerablemente avanzado. Entre los puntos fuertes se reconocen tener un buen sistema de salud, abundantes recursos naturales, culturales y sociales, buen nivel educacional y bajo índice de criminalidad. A esto se suman avances en investigación y precios competitivos a nivel internacional. Resaltan los autores que una barrera que tenía Cuba para desarrollar este segmento es que Estados Unidos, uno de los principales mercados de turismo de salud, estaba restringido para Cuba y era atraído principalmente por México, Costa Rica, India o Tailandia.

Más recientemente, Puentes Silva (2013) elabora su tesis sobre el turismo en salud en Colombia bajo el marco del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos. Estados Unidos representa un mercado potencial y atractivo para Colombia porque es un país que tiene un mercado que invierte en viajes y, recíprocamente, Colombia, es un destino considerado en las alternativas de las personas por conocer. Bajo el Tratado de Libre comercio con Estados Unidos, esta dimensión podría mejorar sus valores si se generan programas de estudio a precios competitivos y con modalidades accesibles de pago, en programas de estudio de inglés y en especializaciones de la rama de la medicina. Segundo, incentivar los programas de doble titulación con universidades estadounidenses certificará la calidad internacional del profesional, pues cumple con los estándares académicos de los programas en las ciencias de la salud de las Universidades de Estados Unidos.

El perfil del consumidor estadounidense del turismo en salud se caracteriza por ser ciudadano colombiano residentes en ese país o extranjeros con lazos familiares colombianos o de otro tipo y con preferencia en el consumo de tratamientos de salud ofrecidos por las instituciones, clínicas u organizaciones que ofrecen servicios de medicina curativa, medicina preventiva, medicina estética y programas de bienestar.

Las especialidades con las que cuenta Colombia en la actualidad en el tema del desarrollo de la ciencia médica, son las siguientes: cardiología, chequeos médicos, medicina estética, neurología, oftalmología, odontología, ortopedia y rehabilitación, reproducción y fertilidad humana, tratamientos para el cáncer, tratamientos quirúrgicos e intervenciones para la obesidad y urología.

El beneficio de suscribir convenios con aseguradores en Estados Unidos para cubrir gastos en salud tanto de turistas médicos como de americanos residentes en Colombia es que se minimiza el riesgo para los hospitales e instituciones médicas colombianas en caso

de presentarse cualquier tipo de emergencia que requiera un procedimiento de mayor trascendencia a los normales, una mano de obra especializada y por lo tanto insumos y medicamentos especiales para el caso a tratar. Se infiere, que bajo este modelo se busca la salud y el beneficio de los turistas médicos y americanos residentes en Colombia por lo que el convenio deberá ser un acuerdo en el cual los intereses de las partes se vean cubiertos en un escenario en pie de igualdad

Aragones (2012) concluye que compañías aseguradoras de Estados Unidos llega a incluir programas de turismo médico en sus paquetes de beneficios bajo lineamientos para agilizar la atención médica fuera de este país porque justamente una de las ventajas que se busca es tener un acceso más rápido al servicio de salud.

Turner (2007) elabora un trabajo sobre turismo médico y las oportunidades de desarrollo de para las economías que lo promocionan. Se argumenta que luego de las crisis de los años 90s, las ajustadas clases media de Latinoamérica y Asia junto al colapso regional de los mercados de servicios de salud privados, fueron los propulsores para fomentar el turismo médico.

Para los estadounidenses, uno de los aspectos más importantes a la hora de iniciar turismo médico es tener acceso al sistema de salud a tiempo. Otros incentivos son el bajo costo y la búsqueda de buena calidad del servicio. A su vez, son en general los tratamientos de larga duración los que motivan a viajar al exterior en la búsqueda de cubrir la demanda de servicio de salud.

La industria del turismo médico también contribuye a tener una mirada superadora de los servicios de que ofrecen a los turistas. Los países que ofrecen turismo médico resaltan la importancia de un trato cordial a los turistas. Si bien hay desventajas y riesgos, como mala praxis, en general no tienen suficiente consideración en los medios. No obstante, ventajas y desventajas, existe un mercado global de turismo médico. El servicio de salud pasó a no tener un territorio propio, sino que los pacientes pueden volar tanta distancia como lo sustente su economía en busca de los tratamientos que quieran afrontar. Por último, el boletín de *Medical Travel*<sup>7</sup> resalta que es un requisito previo tener conocimiento y

---

<sup>7</sup>US OUTBOUND MEDICAL TRAVEL: MARKET STUDY 2015  
<https://www.imtj.com>

entendimiento de cómo es el funcionamiento de este mercado global. Estados Unidos es un exportador de turistas médicos

### **Conclusiones**

Este trabajo tuvo como objetivo dimensionar las responsabilidades de la política pública para llevar adelante políticas de salud. Se ha elaborado un recorrido por la bibliografía, incorporando autores referentes de grupos de trabajo y altas casas de estudio. La primera conclusión que se destaca es que la salud lejos de comprenderse en la órbita de lo netamente médico, existe en un plano político. De esta forma, la percepción que se tiene del término evoluciona junto con la sociedad, aumentan las demandas de servicios de salud y persisten brechas para quienes no tienen acceso a ellos. En lo particular de este trabajo, se ve que la reforma del cuidado de salud impulsada por el presidente Obama, fue un logro en el reconocimiento de los derechos de a la salud. La ampliación del sistema y el alcance del mismo a todas las comunidades que integran el país federal Estados Unidos es el desafío en el presente. La cuestión migratoria refleja más allá del sacrificio del migrante por superar sus condiciones de vida, un fenómeno donde no sólo migra la persona, sino que también migra su cultura con lo cual es de relevante atención observar la salud de quienes se incorporan a Estados Unidos. Otra de las conclusiones a las que arriba este trabajo es que respecto al conocido fenómeno turismo médico, Estados Unidos se comporta como un emisor de turistas hacia países que ofrecen tratamientos de calidad a precios más competitivos que el país de origen. Colombia y México han sido hasta el momento fieles receptores de turistas médicos y han encontrado en estos servicios una industria en desarrollo constante. Este trabajo, por limitaciones cronológicas sugiere como futuras líneas de investigación, hacer el seguimiento del turismo médico entre Cuba y Estados Unidos con la nueva incorporación del país latinoamericano a la esfera comercial de Estados Unidos. Por último, a partir de investigaciones que muestran mediante ejemplos de relación directa entre tipos de enfermedades y ausencias de control por parte de los trabajadores, se resalta la necesidad de redefinir la salud laboral dentro de la órbita del concepto “salud”.

## **Referencias bibliográficas**

Aragones, F. J. A., Payares, A. M. C., & Navas, R. E. M. (2012). El turismo de salud: Conceptualización, historia, desarrollo y estado actual del mercado global. *CLIO AMERICA*, 6(11), 72-98.

Brown, L. D. (1992). Political evolution of federal health care regulation. *Health Affairs*, 11(4), 17-37.

Ceceña Gámez, J. L. Los EUA y la " Nueva política económica" de Nixon (1972). *Problemas del Desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía*, 3(10).

Costa, Carvalho de Noronha, Souto de Noronha, Heredia, Laurell, Cisneros, Tetelboin Henrion, Torres-Tovar, Franco, González Guzmán, Schor-Landman, Zas Ros, López González, Artiles Visbal; Tetelboin Henrion y Laurell (Cordinadoras). Buenos Aires. CLACSO (2015). Por el derecho universal a la salud.

[http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20151109090721/derecho\\_universal\\_a\\_la\\_salud.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20151109090721/derecho_universal_a_la_salud.pdf)

Cutler, D. M., & Sheiner, L. (2000). Generational aspects of Medicare. *The American Economic Review*, 90(2), 303-307.

Frenk, J., & Gómez-Dantés, O. (2007). La globalización y la nueva salud pública. *Salud pública de México*, 49(2), 156-164.

Harrington, S. E. (2010). US Health-care Reform: The Patient Protection and Affordable Care Act. *Journal of Risk and Insurance*, 77(3), 703-708.

McGarry, K. (2002). Public policy and the US health insurance market: Direct and indirect provision of insurance. *National Tax Journal*, 55(4), 789-827.

Meny, Ives y Thoenig, Jonh C. (1992) *Las Políticas Públicas*, Barcelona: Ariel Ciencia Política.

Migration Policy Institute

<http://www.migrationpolicy.org/>

Nariño, A. H., & Deegan, J. (2011). Desarrollo del turismo de salud en Cuba. Estudio de buenas prácticas internacionales/Health tourism's development in Cuba. Study of good international practices. *Retos Turísticos*, 10(3).

Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. Martínez, F., Castellanos, PL, Navarro, V., Salud Pública, 49-54.

Nejamkis, L (2013). La perspectiva de policy networks. Perspectivas de Políticas Públicas, 137.

Organización Panamericana de la Salud

[http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=63:united-statesmexico-border-area&option=com\\_content](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=63:united-statesmexico-border-area&option=com_content)

Ortega, F., & Das, V. (2008). Sujetos del dolor, agentes de dignidad. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Bogotá Colombia, 296-297.

Patterson, T. E., & Field, M. (2000). We the people. McGraw-Hill.

Pignatta, María Eva (2011). Instituto de Relaciones Internacionales (IRI) - Anuario 2011. La política de Estados Unidos hacia la región bajo la administración Obama: entre la ilusión y el desencanto. Un breve recorrido por los actores y temas centrales durante el último año.

Puentes Silva, L. P (2013). El sector del turismo en salud bajo el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos.

Randall, R. (1979). Presidential power versus bureaucratic intransigence: The influence of the Nixon administration on welfare policy. American Political Science Review, 73(03), 795-810.

Rosen, H. S. (2004). Public finance. In The Encyclopedia of Public Choice (pp. 252-262). Springer US.

Royo, E. S. (2011). La reforma sanitaria de Obama en el marco del federalismo americano. Revista general de derecho constitucional, (11), 2.

Silva Ayçaguer, L. C. (2010). La Reforma Sanitaria en EE. UU.: crónica de una decepción. Revista Cubana de Salud Pública, 36(4), 293-294.

de Snyder, V. N. S. (2007). Migración México-Estados Unidos: consecuencias para la salud. Instituto Nacional de Salud Pública.

Tratado de Libre Comercio de América del Norte

<http://www.tlcanhoy.org/>

Turner, L. (2007). 'First world health care at third world prices': globalization, bioethics and medical tourism. *BioSocieties*, 2(3), 303-325.

United States of America and United Mexican States. La Paz Agreement: Agreement between the United States of America and the United Mexican States on cooperation for the protection and improvement of the environment in the border area. La Paz, Baja California, México; 1983.

US OUTBOUND MEDICAL TRAVEL: Market Study, 2015.

<https://www.imtj.com/>

Vilas, Carlos M. (2013). *Revista Perspectivas de Políticas Públicas Año 2 N° 4*

<http://www.unla.edu.ar/index.php/perspectivas-de-politicas-publicas-numeros-publicados>

Wright, S., & Shore, C. (1997). *Anthropology of policy: Critical perspectives on governance and power*.