

La atención médica no es un bien de consumo, sino un bien público

POR SANDRA VERMUYTEN, INTERNACIONAL DE SERVICIOS PÚBLICOS (ISP)

Necesitamos sistemas de protección social basados en la solidaridad y los riesgos compartidos, y creados a partir de negociaciones colectivas y diálogos sociales, estructuras democráticas y estrategias a largo plazo para combatir la pobreza y contrarrestar las desigualdades y la falta de equidad. La protección social universal es esencial para lograr la igualdad de género. Además, existe una importante conexión entre la prestación de servicios públicos y la capacidad de las mujeres para ingresar en el mercado laboral, para abordar las responsabilidades de trabajo del cuidado no remunerado y para garantizar que los niños tengan acceso a los servicios sociales y de salud.

La presión por la individualización de la protección social ha tenido un importante impacto en la prestación de estos servicios, lo que incluye atención médica y asistencia social, pensiones y beneficios de desempleo, a los cuales los programas de austeridad sumaron efectos perversos que generan exclusión social o exposición a riesgos, en lugar de inclusión y protección. Los planes de pensiones de aportaciones individuales para los cuales el Banco Mundial ejerció presión en Chile y Europa oriental en la década de 1990 ahora están por caducar. Los sindicatos advirtieron muchas veces en contra de esos planes, y nuestras inquietudes se convirtieron

en realidad, ya que estos planes no ofrecen niveles de pensiones decentes.

Un apoyo genuino a la atención médica y la seguridad social universales podría contribuir enormemente a lograr trabajos decentes y una menor desigualdad. Sin embargo, las instituciones financieras internacionales (IFI) siguen fomentando reformas de protección social que se centran en la focalización, que es menos eficaz y más costosa que la cobertura amplia. Además, las inversiones del Banco Mundial en la atención médica privada con fines de lucro a través de su rama del sector privado, la Corporación Financiera Internacional (International Finance Corporation, IFC), no coinciden con el objetivo de priorizar la atención médica universal, promoviendo servicios para quienes pueden pagarlos.

Las encuestas realizadas en 89 países, tanto de altos como de bajos ingresos, que abarcan 89% de la población mundial, sugieren que 150 millones de personas en todo el mundo sufren una catástrofe financiera porque deben pagar los servicios de salud.¹ Los países que introdujeron recientemente la cobertura universal demuestran que la inversión gubernamental genera

mejores resultados sanitarios. No es el porcentaje absoluto del PIB lo que determina los resultados sanitarios, sino cómo se brinda la atención médica. Por este motivo, también demandamos que se evite el fomento de las asociaciones público-privadas (APP) para la prestación de atención médica, ya que, debido a que necesitan garantizar ganancias para el socio privado, por lo general terminan generando más costos para el gobierno y reduciendo los niveles de beneficios.

Las reformas impulsadas por el Banco Mundial, la IFC y los bancos regionales de desarrollo, entre ellas, la mercantilización, la descentralización y la corporativización del sector público, brindan oportunidades para que las empresas transnacionales ingresen al sector público de la atención médica. Mundialmente, las empresas internacionales han obtenido al menos un cuarto de los contratos en servicios de salud, y su influencia en los sistemas de salud pública y asistencia social crece muy rápidamente. Esto ha generado cambios en la combinación de formas diferentes de financiación de la atención médica, como es el caso de algunos países que registran mayores índices de pagos que corren por cuenta de los pacientes y una disminución en la contribución del gasto público en atención médica, en relación con el gasto general en atención médica.

¹ OMS (2013).

Además, el gasto en salud pública está cada vez más sujeto a análisis minuciosos en todo el mundo, particularmente, desde la crisis financiera y económica mundial de 2008-2009. En algunos países europeos, la denominada Troika –la Comisión Europea (CE), el Banco Central Europeo (BCE) y el Fondo Monetario Internacional (FMI)– impuso recortes a gran escala en el gasto público y reformas en el sector público como condición para los paquetes de rescate financiero, por ejemplo, en Grecia, Irlanda y Portugal.

Las medidas de austeridad no se limitan a Europa. Las investigaciones de programas nacionales del FMI demuestran que muchas medidas de ajuste se acatan en los países en desarrollo y algunas, incluso, concluyen que el esfuerzo impulsado por el FMI para recuperar presupuestos equilibrados a través de la austeridad fiscal representa una amenaza inminente para la salud mundial.²

2 Ortiz *et al.* (2015).

Si bien a corto plazo el gasto puede disminuir, a largo plazo, estas medidas perjudicarán la provisión de un sistema de salud eficaz e integrado. En algunos casos, los recortes del gasto en salud tuvieron resultados devastadores.

Los recortes en la financiación del sector público a menudo perjudican a los trabajadores de la salud y derivan en menos servicios, en un momento en que la demanda de dichos servicios es cada vez mayor, ya que la crisis económica afecta la economía en general. Las principales herramientas de política en el enfoque ortodoxo del riesgo de financiación del sector de la salud son contraproducentes. Los esfuerzos por reducir los costos aumentando la competencia han creado estructuras fragmentadas que van en contra de la integración y la coordinación de la atención médica. Con la introducción del sector privado, es probable que se acentúe esta mentalidad compartimentada con respecto a la prestación, en nombre de la confidencialidad comercial y

la maximización de las ganancias. La atención médica no es un bien de consumo, sino un bien público, y deseamos ver un fuerte compromiso tanto del gobierno como de las IFI en la implementación de los ODS, en lugar de presión por imponer políticas que intensifican las desigualdades y la falta de equidad.

Referencias

OMS (2013): The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage. Ginebra.
[http://www.searo.who.int/indonesia/documents/research-for-universal-health-coverage\(9789240690837_eng\).pdf?ua=1](http://www.searo.who.int/indonesia/documents/research-for-universal-health-coverage(9789240690837_eng).pdf?ua=1)

Ortiz, Isabel/Cummins, Matthew/Capaldo, Jeronim/Karunanethy, Kalaivani (2015): The Decade of Adjustment: A Review of Austerity Trends 2010-2020 in 187 Countries. ESS Working Paper 53. Nueva York/Ginebra: The South Centre/Initiative for Policy Dialogue, Colombia University/International Labour Office.
www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=53192

Sandra Vermuyten es jefa de Campañas en la Internacional de Servicios Públicos (ISP).

de licencia obligatoria para el mesilato de imatinib, un medicamento para el tratamiento del cáncer que puede salvar vidas.¹²

La Cobertura Sanitaria Universal (CSU), acordada en la meta 3.8, es otra área de explotación para que las empresas proveedoras de atención médica y la industria de seguros hagan progresar sus intereses comerciales. En lugar de prestar servicios integrales

12 Goldman/Balasubramaniam (2015).

de atención médica financiados públicamente, el concepto original de la cobertura sanitaria universal, en enfoque de la CSU reduccionista, es eliminar los riesgos financieros para los consumidores cuando adquieren servicios de atención médica. Asimismo, la CSU pretende ofrecer un paquete mínimo de atención, en lugar de atención integral. El temor de que las empresas de seguros y los proveedores de atención médica del sector privado sean los más beneficiados del modelo de CSU actual se confirmó cuando se finalizó el indicador del ODS inicial sobre CSU: “Número de personas con seguro de salud o cobertura de un sistema de salud pública por