

## ¿Empeñará o pulirá la joya de la corona de su sistema de seguridad social?

ARMINE YALNIZYAN

BRUCE CAMPBELL



El máspreciado de los servicios sociales es la atención médica pública. Durante casi 40 años, el acceso a médicos y hospitales se ha basado en la necesidad y no en la capacidad para pagar.<sup>1</sup> El debate incluye el propósito de la atención médica pública su financiación y la prestación del servicio. ¿Cómo es que un país que históricamente ha considerado la atención médica como un derecho humano básico se encuentra en esta situación? La incertidumbre pública ha surgido a la sombra de una creciente desigualdad y subfinanciación pública crónica, en el marco de una comercialización en expansión.

### Desigualdad en crecimiento, mayor vulnerabilidad

El crecimiento económico, más rápido que los demás países del G7, no condujo a la seguridad económica para la mayoría de las personas, ni para la sociedad en general.

Paradójicamente, a medida que se limitan las opciones reales de cada vez más personas, aquellos que sí salen adelante exigen más opciones. Quienes tienen dinero, al exigir más opciones personales, rompen el consenso histórico en torno a la atención médica, con profundas consecuencias para toda la sociedad. La atención médica es el último servicio público en sumarse a la batalla entre la necesidad de la seguridad y el deseo de la opción.

### La presión: la financiación de la atención médica

Los políticos no han escuchado a los ciudadanos, que en los últimos siete años han expresado constantemente su voluntad de pagar más impuestos para respaldar la atención médica pública. En cambio, recortaron los impuestos. Ya en 1996 se recortaron impuestos en algunas provincias, y en 2000 la práctica se había extendido al resto de las provincias y al gobierno federal, mientras se señalaba que la atención médica pública era cara e insostenible. El impacto de estos recortes se calcula en casi USD 26.000 millones en ingresos perdidos, sólo en 2002.<sup>2</sup>

En consecuencia, los recursos de la salud pública disminuyeron drásticamente. El gobierno federal redujo las partidas destinadas al presupuesto de salud pública de las provincias en USD 5.500 millones entre 1995 y 2000,<sup>3</sup> mientras las provincias mismas recortaron más de USD 1.000 millones a mediados de los años 90.<sup>4</sup> La escasez de profesionales de la salud se origina en parte en la escasez mundial y en parte en las políticas que el gobierno adoptara en la última década, como limitar el acceso a las facultades médicas y desregular los costos de las matrículas, que se han disparado; despedir a miles de enfermeras y otros profesionales de la salud; y aplicar paquetes de jubilación anticipada.

No todos los servicios médicos necesarios están asegurados por el Estado según la Ley de Salud. Los fármacos por receta médica y los servicios de atención médica prestados fuera del consultorio del médico o del hospital – el caso de los hogares geriátricos o la atención a largo plazo – no están incluidos. El grado de cobertura pública depende de la provincia de residencia y determina el monto gastado en estos servicios, tanto públicos como privados.

1 El acceso a los servicios médicos (médicos y hospitales) ha sido un derecho de los ciudadanos desde 1966, pero hoy el futuro de la atención médica es objeto de un fuerte debate. Recientemente, tres comisiones provinciales realizaron recomendaciones acerca de la financiación y la prestación de la atención médica pública. A nivel federal, un comité del Senado y una comisión designada recomendarán cambios en el papel del gobierno federal para fines de 2002.

2 Finanzas Canadá, *The Fiscal Balance: The Facts*, octubre de 2002, ver [http://www.fin.gc.ca/toce/2002/fbcfacts4\\_e.html](http://www.fin.gc.ca/toce/2002/fbcfacts4_e.html)

3 Calculado según Finanzas Canadá, *Backgrounder on Federal Support for Health in Canada*, 29 de marzo de 2000.

4 Calculado del Instituto Canadiense de Información Sanitaria (CIHI), *National Health Expenditure Data, 1975 – 2001 (NHEx)*, cuadro D.3.1.

La ampliación de la Ley de Salud para que abarque la atención médica necesaria costará miles de millones de dólares. Sin embargo, cuando se comparan con los ahorros administrativos, las economías de escala y el poder regulador de los sistemas de pagador único, la gente paga cada vez más por la prestación del mismo tipo de servicios a través de agentes privados. El punto no es si los costos de atención médica habrán de subir; es inevitable que así suceda. Las únicas interrogantes reales son: ¿quién tiene acceso a los servicios de salud? ¿Y por qué razón: la necesidad o la capacidad de pago?

A pesar de los recortes, el crecimiento y envejecimiento de la población hizo que los gastos de la atención médica pública crecieran 50% de 1990 a 2000, frente a la suba del 73% en el gasto privado en el mismo período.<sup>5</sup> Si no se renueva el respaldo federal, la mayoría de las provincias no podrá soportar los costos por su cuenta. Esto significa que habrá más recortes en la prestación pública. La subfinanciación crónica de la atención médica pública llevó a dos tipos de privatización: encubierta y abierta.

### Privatización encubierta

El tiempo que la gente pasa en el hospital ha descendido, en parte debido a los avances médicos y en parte a los recortes.<sup>6</sup> Más pacientes son dados de alta de los hospitales «más rápidamente y más enfermos», lo cual exige más esfuerzo a su entorno afectivo. Se calcula que entre 75% y 90% de la atención en el hogar se brinda voluntariamente por familiares y amigos, en su mayoría mujeres.<sup>7</sup>

Pero ahora hay menos personas que puedan brindar esa atención, debido al descenso de la tasa de natalidad, a la creciente participación de las mujeres en la fuerza laboral, y a la mayor cantidad de padres solteros y de familias dispersas geográficamente. Esto provocó el incremento en el uso de servicios remunerados de atención en el hogar, que se duplicaron en los años 90.

La atención médica es por lejos el principal gasto público y el de mayor crecimiento de las provincias, que contienen sus costos limitando los servicios del seguro médico. Algunos de los servicios eliminados, como ciertas transfusiones intravenosas, son tan costosos que incluso quienes no son pobres se encuentran en dificultades para pagarlos. Los pobres, ancianos y discapacitados a menudo deben elegir entre pagar el alquiler o comer.

### Privatización abierta

La publicidad de las corporaciones privadas dirigida a los «consumidores» (salvo cuando lo prohíbe la ley) o a los médicos busca aumentar la demanda de farmacéuticos, tecnologías médicas y técnicas de diagnóstico. Los servicios públicos se privatizan

5 El gasto público en la atención médica representa 70% de todo el gasto en la atención médica. CIHI, *NHEx*, cuadro A.2.

6 CIHI, *Hospitalisation Statistics, Table 3: Hospital Days and Average Length of Stay for Canada, Provinces and Territories, 1994/95 to 1999/00*. Ottawa: septiembre de 2001.

7 Canadian Home Care Human Resources Study, *Phase I Final Report*, Ottawa: febrero de 2002, p. 4.

parcialmente a través de tarifas de usuario y mecanismos de pago compartido. Los servicios se privatizan cuando los fondos públicos se trasladan a proveedores con fines de lucro. Estas tres formas de privatización abierta están en aumento.

Más provincias responden a la demanda pública de mejorar el acceso a la atención médica señalando que las empresas con fines de lucro la brindan «más rápido, mejor y más barato» que las organizaciones sin fines de lucro. Numerosos contratos públicos para la prestación de servicios de atención de largo plazo y domiciliaria se firmaron con proveedores con fines de lucro en los últimos dos años. Pero comunidades en todo el país objetan este enfoque y la creciente presión pública generó algunos hechos que ofrecen esperanza.

En la provincia de Saskatchewan, la Autoridad Regional Príncipe Alberto tomó el control de los servicios de laboratorio con fines de lucro y realizó importantes ahorros. Luego de que un grupo de ciudadanos revelara prácticas de fraude y abuso en una empresa estadounidense de atención en el hogar, con fines de lucro, el gobierno de Manitoba impuso rigurosas disposiciones en ese ámbito, que obligaron a la empresa a dejar de prestar el servicio. El gobierno entonces recurrió al servicio de organizaciones sin fines de lucro, como lo había hecho antes. Alberta realizó importantes inversiones para modernizar la capacidad de diagnóstico de su sistema público, revirtiendo una decisión de aumentar la provisión privada.

Estas medidas ahorraron dinero, mejoraron la calidad o ampliaron el acceso al limitar el uso de proveedores de servicio con fines de lucro. También plantean una seria interrogante: ¿por qué aumentar el uso de la atención con fines de lucro en primer lugar?

En el otoño boreal de 2002, los gobiernos de Columbia Británica, Alberta y Ontario anunciaron que financiarían clínicas y hospitales privados. Aunque pocas, estas iniciativas privadas están tanteando el terreno para la legitimación política de la privatización de la atención médica.

Estas propuestas utilizan a los inversores privados para proporcionar el capital, y en ocasiones la tierra, para construir o ampliar la infraestructura pública. El gobierno arrienda la instalación a tasas mínimas de pago por un plazo de 25 a 30 años (que se puede extender hasta 60 años). Estos pagos superan los costos de la deuda mediante préstamos públicos y brindan una tasa de rendimiento garantizada a los accionistas. El gobierno no adquiere deudas pero, al final, como todos los arrendatarios, el público no es propietario de nada. El contrato puede estipular o no que el propietario/inversor debe ofrecer al gobierno la primera opción de compra para adquirir a un valor justo del mercado.

En la Isla Príncipe Eduardo, en 2001, una decisión del gobierno de construir un hospital usando este tipo de sociedad público-privada se anuló en cuestión de meses, debido a la presión pública. Ahora el hospital se está construyendo exclusivamente con fondos públicos, pertenece al Estado y funcionará como una empresa sin fines de lucro. Comunidades en todo el país organizan campañas similares de resistencia.<sup>8</sup>

### El contexto: acelerando la comercialización, el NAFTA y el GATS <sup>9</sup>

A pesar de las seguridades dadas por representantes del gobierno, el sistema de atención médica no está totalmente protegido del NAFTA o el Acuerdo General de Comercio de Servicios. Aunque existen salvaguardas para la salud pública, el seguro de salud es una categoría expresa de servicio abarcado por estos acuerdos. A medida que las provincias incrementan la participación comercial en la atención médica pública, limitan el alcance de la protección existente, facilitando la penetración de inversores extranjeros y dificultando a futuros gobiernos la posibilidad de desandar la tendencia hacia los servicios de salud privados y con fines de lucro.

El conflicto entre los objetivos de la política de salud nacional y los objetivos de la política de comercio internacional es evidente. Los tratados de comercio internacional están diseñados para facilitar y expandir la comercialización, limitando el poder regulador del gobierno para que los servicios se presten de acuerdo con los principios del mercado: la demanda regida por la capacidad para pagar, la oferta regida por la capacidad de lucro. Esto contrasta con el propósito del sistema de salud canadiense: la demanda y la oferta regidas por la necesidad, (definida la «necesidad» como el sistema de adquisición pública de «pagador único», y la capacidad de satisfacer la necesidad limitada por la capacidad de recaudar ingresos públicos).

Visto a través de la lente del comercio, los consumidores de salud pública representan oportunidades comerciales sin explotar, mientras los sistemas de salud pública representan una competencia desleal. El sistema público de atención médica ha crecido a un ritmo anual promedio superior al 8% en los últimos 25 años. El gasto de la salud privada prácticamente se duplicó desde 1990.<sup>10</sup> Con más de USD 63.000 millones de gastos en salud, y creciendo, las posibilidades comerciales son enormes.

Posibles peligros de los tratados comerciales:

- **Reglas antidiscriminatorias.** Si las aseguradoras extranjeras de salud pierden parte de su porción del mercado debido a la expansión de programas asegurados públicamente –como terapias con fármacos o atención en el hogar– pueden exigir indemnización según las disposiciones de NAFTA contra la expropiación y las disposiciones antimonopólicas del GATS. Si las políticas públicas benefician a proveedores de salud comunitarios o sin fines de lucro, las empresas extranjeras pueden emplear las reglas del NAFTA y del GATS contra la discriminación para exigir indemnización o el derecho de ingresar al mercado. Las normas de la Nación Más Favorecida establecen que, una vez que un proveedor extranjero comience a operar en un mercado, todos los proveedores extranjeros tendrán derecho al mismo acceso.
- **Derechos de propiedad intelectual.** Las reglas de propiedad intelectual de la OMC y del NAFTA exigen un mínimo de 20 años de protección a las patentes monopólicas y prohíben el almacenamiento y la exportación de productos genéricos. Esto incrementa los costos de los medicamentos y limita la existencia de medicinas económicas para enfrentar emergencias sanitarias. Un ejemplo es el caso «Cipro»: en octubre de 2001 una importante compañía farmacéutica casi impidió que Canadá adquiriera suficientes antibióticos (patentados o genéricos) para tratar la exposición masiva al ántrax, en lo que era una amenaza bioterrorista de proporciones desconocidas por entonces.

### ¿Qué debe hacer el gobierno de Canadá?

Los países se caracterizan por la forma en que definen y atienden las necesidades básicas de todos sus ciudadanos. El gobierno debe tomar medidas decisivas ahora para detener la comercialización de la atención médica antes de que los tratados comerciales impidan desandar el proceso. Algunas medidas a adoptar son:

- Reconocer expresamente la primacía del derecho internacional de derechos humanos frente a los tratados comerciales y de inversión;
- Buscar exenciones universales para los servicios de salud pública con todos los socios negociadores (no sólo exenciones específicas de un país) en la Ronda Doha de la OMC y las negociaciones del ALCA;
- Retirar el apoyo a los procedimientos de resolución de disputas entre inversores y Estados que permitan a los inversores cuestionar directamente medidas políticas públicas;
- Retirar el compromiso asumido en 1995 ante el GATS relativo al seguro de salud;
- Habilitar la posición de política comercial del gobierno al escrutinio y la participación públicas, incluyendo la publicación total de todas las sesiones y documentos de las negociaciones;
- Asegurar atención de alta calidad al establecer y aplicar normas de gestión nacional claras, a cambio de los fondos públicos;
- Ampliar la prestación pública de la atención médica para que incluya fármacos y tratamientos médicos necesarios, y aumentar la financiación federal para hacerlo posible.

Las opciones que tome el gobierno federal en el próximo año no sólo definirán el tipo de país que es Canadá, también indicarán lo que se puede esperar para otros pueblos. La atención médica pública es la joya de la corona de los programas sociales y las conquistas sociales. Queda por verse si el gobierno lo considera un tesoro a proteger o un activo a liquidar. ■

Canadian Centre for Policy Alternatives  
-ayal@sympatico.ca-

<sup>8</sup> Ver <http://www.healthcoalition.ca>

<sup>9</sup> Lo siguiente se basa en Matthew Sanger y Scott Sinclair, *Putting Health First: Canadian Healthcare Reform, Trade Treaties and Foreign Policy*. [www.policyalternatives.ca](http://www.policyalternatives.ca).

<sup>10</sup> CIHI, *NHEX 1975 – 2001*. Ottawa: 2002. Serie C.