

RUMANIA

La necesidad de restituir la seguridad social a la agenda



El acceso de Rumania a la Unión Europea (UE) el 1º de enero de 2007 se promovió como garantía de mejores condiciones de vida, pero en lo que concierne a la seguridad social se vislumbran pocas soluciones. Si bien sólo 22% de los rumanos cree que el sistema nacional de bienestar social proporciona una cobertura suficientemente amplia, el interés por la seguridad social fue barrido de la agenda política por asuntos como la corrupción. En este contexto, la sociedad civil debe jugar un rol en defensa de la seguridad social como derecho de todos.

Fundatia pentru Dezvoltarea Societatii Civile
Valentin Burada

Luego de largos años de inseguridad, la membresía en la UE se ha presentado y promocionado como una garantía de que la vida mejorará para todos los ciudadanos. Sin embargo en lo que se refiere a la seguridad social, no podrá esperarse que las soluciones provengan de la UE.

Según un informe reciente del Banco Mundial, la pobreza absoluta disminuyó de 35,9% en 2000 a 13,8% en 2006, ya que el número estimado de personas que vivía con menos de USD 3 por día cayó a menos de tres millones (en una población total de aproximadamente 22 millones). Mientras tanto, la pobreza relativa creció de 17% a 19% (Banco Mundial, 2007).

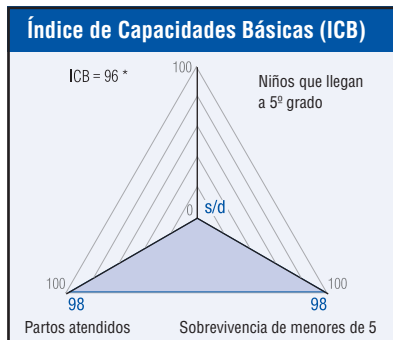
Sin embargo, sólo 22% de la ciudadanía cree que el sistema nacional de bienestar social proporciona una cobertura suficiente (Comisión Europea, 2007a). Según la encuesta Eurobarómetro de la primavera boreal de 2007, el doble de rumanos (17%) se interesa por pensiones que el promedio en otros estados de la UE, y esta cifra salta a 45% entre rumanos en las áreas urbanas (Comisión Europea, 2007b). Además, 27% de la población se preocupa por el sistema de atención de salud (comparado con un promedio de apenas 15% entre los países miembros más antiguos de la UE).

Si bien estos temas han tenido un perfil muy alto en los últimos años, los decisores políticos no les han dado prioridad. Es más, en el contexto de las negociaciones de Rumania para unirse a la UE, se les dio un perfil deliberadamente bajo: de los temas prioritarios para el acceso a la UE, sólo la lucha contra la corrupción figuraba en los primeros lugares de la agenda política.

Emigración de mano de obra e informalidad

En enero de 2007 el salario mínimo fue USD 157. En 2005, según datos de Eurostat, 9,7% de los trabajadores percibieron el salario mínimo. Sin embargo, este porcentaje no refleja totalmente la realidad, dado que es común que los empleadores registren a sus empleados con el salario mínimo y ofrezcan formas suplementarias de pago para evadir el pago de impuestos.

Con una tasa de desempleo de 7,2%, el país está cerca del promedio de la UE de 7,1%. La tasa de



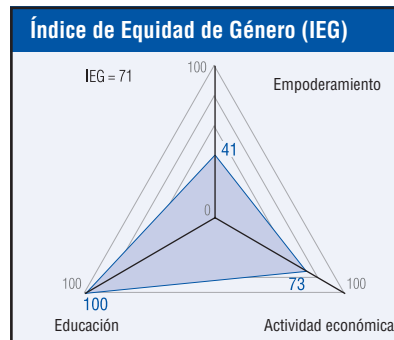
desempleo relativamente baja se debe a una emigración masiva a estados miembros más antiguos de la UE, en especial Italia y España.

Según datos proporcionados por el banco central rumano, los ciudadanos que trabajaron en el exterior en 2006 enviaron remesas a sus familias por valor de EUR 5.300 millones (USD 7.000 millones). Tanto empleadores como sindicatos han manifestado su preocupación por el déficit sin precedentes de trabajadores en varios sectores económicos importantes, incluyendo la industria textil y de la construcción. A esto se agrega un gran número de personas trabajando en el mercado negro (o gris).

Aumento de las pensiones: necesario pero abrupto

La reforma de la política de pensiones se inició en 2000 como intento de lidiar con el pronunciado declive en la cobertura que ocurrió durante la última década. Actualmente, sin embargo, uno de los mayores retos que enfrenta el sistema público de pensiones es asegurar la sustentabilidad económica a largo plazo. Programas de pensiones facultativas y fondos gestionados de manera privada han sido las soluciones potenciales propuestas por el gobierno. Desde 2004 se ha introducido legislación para crear planes alternativos privados de pensiones. Los sindicatos se han preocupado especialmente por las fallas en la legislación y han demandado ajustes para asegurar un trato igualitario a hombres y mujeres en esta área, una distribución justa de los ahorros, menores costos administrativos y más tiempo para que las personas se informen y conozcan las reformas. También se

* Uno de los componentes del ICB fue imputado en función de información de países de nivel similar.



calcula que la introducción de las pensiones privadas causará al sistema público de pensiones un déficit equivalente a 0,8% del PBI (Voinea, 2007).

Entre enero y junio de 2007 el gobierno aprobó una serie de decisiones incluyendo un aumento en el número de empleados públicos y aumentos en los salarios del sector público, pensiones militares y beneficios de asistencia social para familias e hijos. Todos estos compromisos constituyen un 3% adicional del PBI nacional (Voinea, 2007).

Entre tanto, mientras los políticos se preparan para dos ruedas consecutivas de elecciones – las europeas en 2007 y las nacionales en 2008 – también se tomó la decisión de aumentar las pensiones públicas en 100% para 2009. Para llegar a ese nivel, a partir del 1º de enero de 2008 las pensiones públicas se aumentarán en 43%. La pensión promedio en 2008 será alrededor de USD 230, casi 3,6 veces más alta que en 2002 (USD 65). Sin embargo, este monto es todavía por lo menos tres a cuatro veces menor que las pensiones en otros 'nuevos' estados miembros de la UE, como Hungría, Polonia y Eslovaquia. Las subvenciones para el casi millón de pensionistas del sector agrícola también se duplicarán a partir de septiembre de 2007.

Muchos argumentan que si bien es necesario, este aumento tan rápido tendrá efectos negativos a mediano y largo plazo. Tanto los analistas económicos como los políticos han expresado dudas de que puedan recaudarse los recursos financieros necesarios para cumplir estos compromisos, estimados en alrededor de USD 3.000 millones (Boboccea, 2007). Los expertos sostienen que el aumento de las pensiones públicas debió introducirse gradualmente a partir de 2005, en contraposición a esta implementación riesgosa abrupta (Cabat, 2007).

Salud pública plagada de problemas nuevos y viejos

Durante los últimos 17 años de transición, las estadísticas y la investigación han revelado un deterioro de la salud de la población, incluyendo una caída en la expectativa de vida y la reaparición o agravamiento de enfermedades relacionadas con la pobreza. Rumania tiene la mayor incidencia de tuberculosis de la UE, y la mortalidad infantil es cuatro veces el promedio de la UE.

En 1990 el sistema médico rumano era exclusivamente público, altamente centralizado y financiado por el presupuesto del Estado; los servicios ofrecidos a la población eran oficialmente gratuitos. No obstante, debido a la merma de los niveles de financiación, la calidad de los servicios sufrió una caída abrupta, con el personal médico trabajando en edificios ruinosos que carecían de los equipos necesarios, así como insuficientes medicamentos producidos localmente y medicamentos importados caros y no disponibles para la mayoría de la población. El resultado fue que la mayor parte de los costos se transfirieron, directa o indirectamente, a los beneficiarios, incluso mediante el pago informal al personal médico (Dobos, 2006). Mientras los centros universitarios ofrecían hospitales excelentes, la asistencia médica primaria no cubría la totalidad del país, y especialmente las áreas rurales quedaron desconectadas de los servicios. El sistema de salud estaba centrado en la atención hospitalaria, por lo que 70% de un presupuesto ya empobrecido tuvo que adjudicarse a los hospitales.

En ese contexto los decisores políticos decidieron cambiar a un sistema basado en el seguro de salud. El marco legislativo comenzó a modificarse en 1996, y el sistema comenzó a funcionar en 1999 (Dobos, 2003). También fue necesario reestructurar el conjunto básico de servicios médicos porque el sistema no podía cubrir todos los costos. El número de camas en los hospitales bajó de 207.000 en 1994 a 142.500 en 2004. Entre tanto, hasta ahora no hubo una mejora considerable del sistema de salud ambulatorio.

En 2003 se introdujeron los pagos adicionales en algunos servicios, y esta medida limitó aún más el acceso a la atención médica de la población pobre. A numerosas categorías de personas vulnerables se les retiró la obligación de contribuir al sistema de salud pública. Si bien fue un cambio positivo, redujo aun más el volumen de las contribuciones al sistema (Dobos, 2003). Actualmente, los aportes al fondo de seguro de salud se realizan mediante 6,5% del sueldo bruto de los empleados y 7% pago por los empleadores.

En general, los expertos consideran que el proceso de reforma ha llevado a un incremento de los costos, confusión entre el personal médico, demoras en la creación de un marco legislativo que defina las responsabilidades de los actores dentro del sistema, y un mal funcionamiento en el pago de los fondos. Se tomaron muchas decisiones sin una evaluación previa de su impacto social. Aunque el porcentaje de las personas no aseguradas no es muy alto (entre 5% y 10%), el nuevo sistema disminuyó el acceso de la población a los servicios médicos a

través de la existencia de una categoría de personas que solamente puede beneficiarse de la asistencia de emergencia (Dobos, 2006).

Las familias pobres, especialmente en áreas rurales y de la comunidad gitana, tienen acceso limitado a los servicios de salud (Bleahu, 2006). No están en condiciones de pagar los pagos adicionales necesarios para la provisión de ciertos servicios y la compra de medicamentos, así como el pago extra a médicos y personal auxiliar. Para 40% de las personas en áreas rurales, el transporte y sus costos presentan un nuevo obstáculo para acceder a los servicios médicos (Dobos, 2003).

Los problemas del sistema de salud pública han aumentado en los últimos años a causa de su incapacidad para proveer de medicamentos gratuitos o subvencionados a quienes los necesitan. La liberalización del mercado farmacéutico y el descenso en la producción local han llevado a un aumento excesivo de los precios de productos farmacéuticos, limitando aún más el acceso de la población pobre incluso a tratamientos obligatorios y vitales.

Con frecuencia se interrumpe el abastecimiento de medicamentos a los hospitales debido a conflictos comerciales entre el sistema de salud pública y los grandes distribuidores de productos médicos. En esta guerra territorial, los afectados son los pacientes. Para recuperar sus deudas, los abastecedores de medicamentos han llegado a detener sus operaciones y subir sus precios aún más (David, 2007). A estos problemas se agregan tácticas de mercadeo agresivas que las compañías farmacéuticas dirigen a los médicos. A cambio de ser patrocinados para participar en conferencias y seminarios internacionales, los médicos recetan medicamentos más caros. Las farmacias por lo tanto llegan con más rapidez al límite de medicamentos subsidiados o gratuitos que se les permite ofrecer por mes, dejando a los pacientes más pobres sin la posibilidad de acceder a la medicación necesaria.

En 2004 sólo había 22,2 médicos por cada 10.000 habitantes, o un médico por cada 450 personas. El sistema educativo médico está subfinanciado y se ha visto afectado por un descenso en la matrícula de las facultades para permitir una mayor inscripción en otros departamentos universitarios. Como consecuencia de esto, año a año disminuye el número de nuevos médicos que ingresan al sistema. Una encuesta reciente organizada por la asociación de médicos en Iasi, la segunda ciudad de Rumania, arroja como resultado que más de 50% de los médicos y 75% de otros trabajadores de la salud han considerado dejar el país para radicarse en Europa Occidental. Comparado al sueldo inicial de un médico de Europa Occidental, un médico rumano gana 10 veces menos. A su vez, los países de Europa Occidental tienen un déficit de médicos y han abierto sus sectores de salud a médicos de los nuevos países miembros.

Dados los recursos financieros insuficientes en el sector de la salud, una manera poco ortodoxa de retener al personal médico en el país ha sido la tolerancia de la corrupción, que es la plaga del sistema de salud pública a todo nivel. Una encuesta financiada por el Banco Europeo para la Reconstrucción y el Desarrollo reveló que en lo que va de 2007, 30% de

los ciudadanos rumanos ha realizado pagos informales al personal médico. El sistema de salud del país está en primer lugar en la lista de pagos ilegales realizados por la población a instituciones públicas. De acuerdo a un estudio de un proyecto del Banco Mundial, en 2004 los rumanos pagaron USD 360 millones al personal de la salud pública. Esto representa 10% del presupuesto total de salud de 2004. Las familias más pobres pagan cantidades mayores (hasta 78% de sus ingresos mensuales).

Devolver el significado al derecho a la seguridad social

Durante la transición de una economía socialista a una de mercado y la preparación para el acceso a la UE, se perdió por el camino el Artículo 22 de la Declaración Universal de Derechos Humanos. Hoy la frase "Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social" parece haberse vaciado de significado para la mayor parte de la población. Aunque la protección social representa una necesidad crítica para la mayoría de las personas, ya no se la percibe como un derecho. Se la ha eliminado de la agenda pública, y está ausente de la agenda política. Es en este contexto que la sociedad civil hace un llamado a la acción y a la promoción de un debate sobre la seguridad social como derecho, y por lo tanto una prioridad esencial para la que deberán crearse políticas públicas al servicio de una sociedad saludable. ■

Referencias

- Banco Mundial (2007). *Poverty Monitoring in Romania*. Junio.
- Bleahu, A. (2006). "Mecanisme ale excludiunii de serviciile de sanatate, cu accent pe problematica romilor" en *Calitatea Vietii*, XVII, No. 1-2.
- Boboccea, M. (2007). "Vosganian: Majorarea pensiilor nu inseamna aplicarea CAS pe toate veniturile" en *Ziarul financiar*, 4 de julio.
- Cabat, D. (2007). "Pensii, Populism, Politica" en *Ziarul financiar*, 2 de julio.
- Comisión Europea (2007a). "European Social Reality". Special Eurobarometer 273 / Wave 66.3. TNS Opinion & Social. Febrero. Disponible en: <ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_273_en.pdf>.
- Comisión Europea (2007b). "Eurobarometer 67. Public Opinion in the European Union. Spring 2007". TNS Opinion & Social. Junio. Disponible en: <ec.europa.eu/public_opinion/standard_en.htm>.
- David, I. (2007). "Distributiile de medicamente au imprumutat 500 de milioane de euro in acest an" en *Ziarul financiar*, 5 de julio.
- Dobos, C. (2003). "Accesul populatiei la serviciile publice de sanatate" en *Calitatea Vietii*, XIV, No. 3-4.
- Dobos, C. (2006). "Dificultati de acces la serviciile de sanatate publice in Romania" en *Calitatea Vietii*, XVII, No. 1-2.
- Eurostat (2007). "Minimum wages 2007 - variations from 92 to 1570 euro gross per month". Statistics in Focus collection, issue 71/2007. Disponible en: <epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-07-071/EN/KS-SF-07-071-EN.PDF>.
- INER (Instituto Nacional de Estadística de Rumania) (2007). Comunicado de prensa No. 100, abril.
- Voinea, L. (2007). "Ce se poate si ce nu se poate" in *Ziarul financiar*, 6 de julio.