

Cobertura Universal de Salud: ¿Mercantilización o Ampliación de Derechos?

Autor: Pablo Martín Ferrari Gaibazzi

Pertenencia: Área de Salud Fundación "El Aleph", Foro Por Una Salud Inclusiva

E-mail: pmferrari@gmail.com

Mesa: Los mercaderes del templo: la salud en tiempos de capitalismo global

Disciplina: Salud Pública

Palabras claves: cobertura universal, seguros de salud, derecho a la salud, financiamiento.

Resumen:

Si bien el nombre “Cobertura Universal de Salud” nos hace pensar en algo sumamente positivo para la salud de la población, al profundizar su análisis vemos que no es otra cosa que los modelos sanitarios basados en el aseguramiento de la salud a través de “Seguros de Salud”. Modelos para nada novedosos ni equitativos, quizás el ejemplo más conocido de este tipo de sistema de salud es el modelo de Estados Unidos. Estos modelos promueven el acceso a servicios de salud según la capacidad de pago del usuario, generando grandes inequidades y distorsiones en la salud de la población.

La primera referencia explícita a la “cobertura universal” por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aparece en uno de los informes de las 58ª Asamblea General de 2005, titulado “Financiamiento Sustentable en Salud, Cobertura Universal y Seguro Social de Salud”. Este documento lanza la transformación semiótica del derecho a la salud y el acceso igualitario y universal, en el concepto de “cobertura universal”, indeleblemente asociado con la “protección del riesgo financiero”, y la búsqueda de mecanismos alternativos para el financiamiento del sector salud. (1)

Si tenemos en cuenta que las inversiones y los servicios de interés colectivo son financiados por los impuestos y otras recaudaciones que integran el presupuesto gubernamental en diferentes niveles, vemos la debilidad del argumento que sostiene que se requiere el mecanismo de un fondo de reserva específico para materializar una política concreta.

Los organismos multilaterales, como el Banco Mundial (BM) vienen impulsando este tipo de reformas en los sistemas de salud de los países de la región desde los años `90. Este proceso, conocido como “La Segunda Reforma de Salud”, se plantea como respuesta a los problemas de cobertura, acceso, calidad y eficiencia, específicamente en el subsector estatal.

Cobertura Universal de Salud: ¿Mercantilización o Ampliación de Derechos?

En agosto del año pasado, el presidente de la Nación anunciaba la creación de la “Cobertura Universal de Salud” (CUS) a través del Decreto de Necesidad y Urgencia 908/16. El cual en su artículo 2 dispone: “la afectación, por única vez, de los recursos del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN la suma de PESOS OCHO MIL MILLONES (\$ 8.000.000.000) con destino a la financiación de la estrategia de COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD (CUS)”. Para tal fin se constituirá un Fideicomiso, cuyo fiduciario será el Banco Nación.

Si bien el nombre “Cobertura Universal de Salud” nos hace pensar en algo sumamente positivo para la salud de la población, al profundizar su análisis vemos que no es otra cosa que los modelos sanitarios basados en el aseguramiento de la salud a través de “Seguros de Salud”. Modelos para nada novedosos ni equitativos, quizás el ejemplo más conocido de este tipo de sistema de salud es el modelo de Estados Unidos. Estos modelos promueven el acceso a servicios de salud según la capacidad de pago del usuario, generando grandes inequidades y distorsiones en la salud de la población.

La primera referencia explícita a la “cobertura universal” por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aparece en uno de los informes de la 58° Asamblea General de 2005, titulado “*Financiamiento Sustentable en Salud, Cobertura Universal y Seguro Social de Salud*”. Este documento lanza la transformación semiótica del derecho a la salud y el acceso igualitario y universal, en el concepto de “cobertura universal”, indeleblemente asociado con la “protección del riesgo financiero”, y la búsqueda de mecanismos alternativos para el financiamiento del sector salud.

Si tenemos en cuenta que las inversiones y los servicios de interés colectivo son financiados por los impuestos y otras recaudaciones que integran el presupuesto gubernamental en diferentes niveles, vemos la debilidad del argumento que sostiene que se requiere el mecanismo de un fondo de reserva específico para materializar una política concreta.

Los organismos multilaterales, como el Banco Mundial (BM) vienen impulsando este tipo de reformas en los sistemas de salud de los países de la región desde los años `90. Este proceso, conocido como “La Segunda Reforma de Salud”, se nos plantea como respuesta a los problemas de cobertura, acceso, calidad y eficiencia,

específicamente en el subsector estatal. Es presentado como un proceso de modernización del Estado a través del incremento de la eficiencia y eficacia de los sistemas de salud, el control y abatimiento de la corrupción estatal que drena los fondos públicos, la contención de gastos innecesarios y la universalización de la cobertura en salud. Para esto el Banco Mundial concedió préstamos millonarios a los países de la región, como ejemplo, solamente en el año `99 concedió financiamientos por un total de US\$ 16.800 millones. Los requerimientos solicitados a los Estados para acceder a los préstamos eran: la privatización de los servicios públicos de salud, su descentralización, la separación de las funciones de financiación y provisión, y la **universalización del acceso a un paquete de servicios mínimos que cada país debe definir** de acuerdo con sus recursos y estudios de eficiencia en función de los costos.

En nuestro país el ente encargado de definir este paquete de “servicios mínimos”, será la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (AGNET). Organismo que se pretende crear apelando a la noble necesidad de institucionalizar la Evaluación de Tecnologías Sanitarias, proceso de análisis dirigido a estimar el valor y la contribución relativa de una Tecnología Sanitaria (medicamentos, productos médicos, instrumentos, técnicas y procedimientos clínicos y quirúrgicos) en cuanto a mejorar la salud individual o colectiva considerando el impacto social, cultural y económico que importa la implementación de la misma. Necesidad con la que estamos de acuerdo, pero el proyecto de Ley presentado en el Senado de la Nación, menciona como propósito de la AGNET “...realizar estudios y evaluaciones con la finalidad de determinar la oportunidad y modo de **incorporación, uso apropiado o exclusión del PMO y la canasta básica de prestaciones que se determine para el sector público**”.

El proyecto introduce este concepto de “canasta básica de prestaciones para el sector público”, que actualmente no existe ya que el sistema de salud argentino no prevé una canasta de prestaciones básicas para el sector público, aunque sí lo hace para el sector de obras sociales y prepagas a través del PMO, de manera que se encuentren obligadas a garantizar un mínimo de prestaciones básicas. Este nuevo concepto remite a las intenciones de crear un sistema de aseguramiento de la salud. En el que la AGNET define prestaciones básicas mínimas que las aseguradoras deben cubrir dentro de sus planes de prestaciones y luego se establecen otros tipos de canastas de prestaciones de acuerdo a la capacidad de pago de los usuarios. En este contexto, el ciudadano perteneciente a un colectivo y sujeto de derechos es reemplazado por el consumidor

individual, atomizado en su núcleo familiar y beneficiario de bienes y servicios según su capacidad de pago, aumentando el gasto de bolsillo. Por esto mismo, es un sistema generador de inequidades y de privilegios.

Estos cambios, no son impulsados solamente por actores transnacionales como el Banco Mundial, sino que reciben un fuerte apoyo de las élites locales que visualizan una gran oportunidad de generar negocios y tener acceso a los recursos públicos y a los mercados, con la máxima rentabilidad y el menor riesgo.

Esta lógica del aseguramiento de la salud, genera un modelo sanitario basado en un sistema de atención de la enfermedad. Las empresas de seguro, sean de financiamiento privado o estatal, suelen ser entes privados que compran prestaciones de servicios de salud para ofrecer a sus usuarios.

De esta manera se da el proceso de privatización de los efectores de salud, que dejan de recibir recursos por parte del Estado y pasan a “vender” sus prestaciones a las aseguradoras para financiarse; descentralización de los mismos, ya que cada efector se tiene que autogestionar o pasar a la órbita municipal; y la transferencia de la responsabilidad del Estado en garantizar la salud de la población hacia las aseguradoras (separación de las funciones de financiación y provisión), dejando al Estado con el rol casi exclusivo de financiador de la salud de los pobres, subsidiario de otras poblaciones en algunos casos, y “supuesto regulador del sistema”.

La experiencia Colombiana

Colombia es uno de los países de la región que, haciendo caso a los postulados del Banco Mundial, implementó la CUS en los años '90. Desde su implementación aumentó el patrimonio de las empresas de seguros de salud, mientras disminuían los indicadores sanitarios dejando ver a las claras el gran perjuicio generado en la salud de la población.

En Colombia, entre 1984 y 1997, el gasto en salud aumentó un 178%. El gasto por persona pasó de US\$ 50,00 a fines de la década de los '80 a US\$ 90,00 a finales de 1990. En contrapartida, la cobertura de vacunación con la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica descendió del 94% en 1995 a 80% en 2003. El porcentaje de niños entre 12 y 23 meses de edad que recibieron todas las vacunas disminuyó del 83% en 1990 al 71% en 1995 y al 66% en el 2000.

El combate a las enfermedades relacionadas con la pobreza, como la tuberculosis, fue dejado en segundo plano. Y disminuyó el número de camas pediátricas, por ser consideradas un negocio no rentable.

Colombia tiene los precios de medicamentos más elevados de la región. Se encuentran diversos problemas en la distribución de los medicamentos que pertenecen al Plan Obligatorio de Salud debido a los altos costos de los mismos, un bajo porcentaje de medicamentos es obtenido sin costo y una gran parte de pacientes los adquiere en asociaciones o terminan recurriendo a la medicina alternativa.

En el 2010, cinco de las 100 empresas más grandes de Colombia eran aseguradoras de salud. Una de ellas fue registrada en 1994 con un capital de aproximadamente 1,4 millones de dólares, llegando al año 2010 con un capital cercano a los 244 millones de dólares. Como se observa, en 16 años esta empresa incrementó su capital en 176 veces.

Otra promesa no cumplida es la existencia de competencia de mercado entre múltiples empresas aseguradoras. Al revés, hay una concentración. En Colombia, más del 65% de los municipios tienen una oferta monopólica y otro 30% tiene una oferta oligopólica, con todo lo que esto suele implicar en términos de calidad y precio.

Como podemos ver, la CUS no es más que un gran negocio para unos pocos a expensas de la salud de toda la población, abonando a la mercantilización de la salud y la generación de grandes inequidades. Esta contribución de 8mil millones de pesos, será por única vez y la Nación se irá retirando dejando toda la responsabilidad a las provincias y municipios, los que deberán hacerse cargo con sus propios recursos.

Bibliografía

- Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. José Carvalho de Noronha. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(5):847-849, mai, 2013.
- El seguro de salud en Colombia ¿Cobertura universal? Jairo Restrepo Zea. Revista gerencia y políticas de salud, volumen 1.
- Colombia. La crisis del sistema de salud. Óscar Rodríguez. Lemonde Diplomatique Colombia, edición N° 115.

- Cobertura Universal de Salud: Más allá de la retórica. Amit Sengupta. Municipal Services Project, documento N° 20, noviembre 2013.