

Las crisis y sus consecuencias para la salud



Hace un cuarto de siglo, la crisis ocurrida en Rusia por la caída del régimen soviético generó una disminución en la esperanza de vida al nacer estimada en cinco años. Más recientemente, diversas publicaciones científicas demostraron que en Europa la crisis financiera internacional iniciada en 2008, acompañada en muchos países por una fuerte disminución del gasto público, produjo aumentos en las tasas de suicidio, en la incidencia de enfermedades cardiovasculares y hasta en la mortalidad por algunos tipos de cáncer. Esos estudios establecen que el aumento de la desocupación y la caída de los ingresos salariales tuvieron efectos negativos sobre la salud de la población, pero la restricción del acceso a servicios de salud y de la calidad de la atención parecen haber generado consecuencias aún más graves sobre la mortalidad, especialmente en los países en que no se resguardó el gasto público en salud.

Sin embargo, aunque no siempre las investigaciones lo exponen tan claramente, la variable principal asociada a los resultados sanitarios de las crisis no es “el gasto” en general, sino las prioridades que se establecen para ese gasto. En nuestro país, si la crisis de 2001 no generó mayores deterioros en la salud colectiva fue porque se protegieron especialmente las políticas de salud destinadas a los más vulnerables, mientras progresivamente se iban promoviendo nuevos programas. Quienes en esos años asumimos responsabilidades en la gestión de gobierno podríamos haber aprovechado la situación –ya de por sí dramática– para destrozarnos las políticas vigentes hasta ese momento y a sus hacedores: peor herencia no podíamos haber tenido. Decidimos en cambio seguir el camino del diálogo, de los consensos, del respeto por el esfuerzo de quienes ya estaban en la trincheras antes de que llegáramos, en lugar de querer destrozarnos todo lo hecho para buscar rédito diferenciándonos de nuestros antecesores. Sabíamos que la peor de las opciones era pretender empezar todo de cero, perdiendo tiempo en plena tormenta para averiguar por nuestra cuenta dónde quedaban los timbres, identificando culpables o tirando alegremente por la borda toda la capacidad y la experiencia acumulada durante tantos años.

La salud es el principal capital que tienen las personas. En el caso de las personas pobres, debido a su inserción en empleos de menor calificación, su primer activo para incorporarse al mundo del trabajo es su salud. Pese a ello, algunos opinadores interesados siguen considerando a la salud como un gasto que se puede restringir. Una excusa que suele ensayarse más o menos explícitamente es que la disminución de la inversión pública mejoraría la rentabilidad privada en el sector. Quienes así argumentan suelen ocultar que el mercado siempre tiende a reproducir las desigualdades, que en salud son especialmente crueles. Pero el gasto privado en salud no sólo es mucho más injusto que el gasto público, sino que también es más ineficiente: no paga más porcentaje de sus ingresos quien más tiene, ni recibe más quien más necesita, ni tampoco el gasto privado se destina en mayor medida a los problemas prioritarios. De hecho, el mercado asigna mucho más a la curación que a la prevención, y eso abunda para que los resultados sean aún peores.

Es evidente que no toda la inversión pública en salud es altamente eficiente. Si no se modifican algunos de los más evidentes problemas del sistema, un aumento del gasto en varios de los rubros actuales no producirá mejores resultados,

sino mayores injusticias. Sin embargo, en todo el mundo las investigaciones permiten comprobar la capacidad distributiva de la inversión pública en salud, aptitud que comparte con el sector educativo, con la diferencia de que la salud redistribuye mucho más rápidamente, porque no hace falta esperar lustros para ver sus resultados.

Pero el sector salud no solamente distribuye riqueza, sino también la crea. La salud es uno de los sectores económicos más grandes del mundo, con altísimo nivel de calificación de los recursos humanos y de innovación científica y tecnológica. Sin embargo, quienes trabajamos en él sabemos que en los debates políticos nos suelen catalogar como “gastadores”. Este rótulo nos pone en el lugar de la improproductividad, casi de mal necesario, y lo único que supuestamente nos queda son fundamentaciones éticas. Nuevamente, en forma tácita se razona como si la educación representara siempre una mejor inversión, ya que todo el mundo sabe que “el conocimiento es poder” y que una población educada es un factor de crecimiento económico. Parecen ignorar algo elemental: que la durabilidad de los resultados de la inversión en educación que hacen los hogares y los estados depende de la salud de las personas. Sería necio negar que tanto la capacidad para aprender, como el ausentismo laboral o la cantidad de años de vida productiva de una persona, dependen de su salud.

Por último, no hay tecnicismo que valga: es la política la que debe decidir cuánto se invierte en salud pública, quiénes pagan, en qué se gasta y en qué no. En salud esto último es obviamente lo más difícil, porque las presiones sectoriales son durísimas, y porque cualquier gasto parece justificarse, sobre todo cuando no es uno mismo quien lo paga. Por eso debemos aprovechar la coyuntura política actual para aportar opiniones informadas al debate y usufructuar los aportes del conocimiento para evaluar alternativas, pero sobre todo necesitamos de la política para construir los consensos. Propongo que el primero de ellos sea que toda la sociedad debe contribuir en primer lugar a promover la salud de las personas pobres. O más directamente: que en los próximos cuatro años no solamente se proteja el gasto orientado a los hogares de menores ingresos, sino que aumente fuertemente la inversión en salud pública. Claramente no va en esa línea la gigantesca subejecución presupuestaria del actual Ministerio de Salud de la Nación, concentrada justamente en los programas orientados a los sectores más vulnerables. Cambiar esta tendencia sería un buen comienzo para poder lograr la “pobreza cero”.

Ginés González García

RECTOR HONORARIO
UNIVERSIDAD ISALUD