

# Latinoamérica | Tempestad sanitaria: la salud bajo ataque – Por Ligia Bahia. Traducción por María José Luzuriaga

 [noda.am/2020/03/latinoamerica-tempestad-sanitaria-la-salud-bajo-ataque-por-ligia-bahia-traduccion-por-maria-jose-luzuriaga](https://noda.am/2020/03/latinoamerica-tempestad-sanitaria-la-salud-bajo-ataque-por-ligia-bahia-traduccion-por-maria-jose-luzuriaga)

27 de marzo de 2020

*Por Ligia Bahia \**

## Tempestad sanitaria: la salud bajo ataque

***Los sistemas universales de salud actualmente están siendo cuestionados. Las tendencias privatistas y conservadoras avanzan no solo en América Latina sino también en Europa y Estados Unidos, mercantilizando todo un campo que supo ser pensado como un derecho universal.***

La conmemoración de los setenta años del sistema nacional de salud inglés (NHS), creado en 1948, ha sido marcada por polémicas que llegan a América Latina atrasadas y distorsionadas. El centro de gravedad del debate internacional es la sustentabilidad de los sistemas públicos de países de ingresos altos en tiempos de innovaciones terapéuticas y crisis económica. El interrogante se concentra en torno a los límites de la distribución, la naturaleza y la carga de los impuestos necesarios para financiar el acceso universal, para tratamientos muy caros inclusive. Hay consenso sobre la necesidad de aumentar la financiación. Congresistas ingleses usan el símbolo del NHS en la solapa y la conservadora Theresa May ha anunciado un aporte de otros 20.000 millones de libras esterlinas por año hasta el 2023.

En Argentina y Brasil, flotan en el aire acepciones ideológicas sobre las virtudes del mercado para asignar eficientemente los recursos para la atención de la salud. Se sugiere que la atención de la salud es también una mercancía, como si eso fuera novedad y no obviedad. Tal como en otros mercados, para un precio dado, la oferta puede aumentar o disminuir y las innovaciones tecnológicas tienden a desplazar la curva hacia la derecha, aunque es importante resaltar casos de enfermedades para los cuales el aumento de la asistencia y costos será inocuo. Ocurre que no fue así que las sociedades occidentales organizaron sus instituciones. En la mayoría de las naciones, la salud, junto con otras áreas de lo social, compone un espacio “desmercantilizado.” Una mercancía, para ser adquirida, requiere de ingresos y depende del precio. Las acciones de salud tienen costos pero, cuando son social, política y moralmente mediadas, no son mercancías.

La oferta pública de servicios de salud permite que las personas utilicen tales servicios de acuerdo con sus necesidades y no según su capacidad de pago. En este sentido, hay dos dimensiones involucradas en las políticas de salud. La primera es normativa e ideológica y se refiere a la distribución (cuánto y de qué poder, ingreso, riqueza).

Igualdad, eficiencia y libertad son fundamentos generales, pero sus pesos varían de acuerdo con distintos posicionamientos. El segundo enfoque es técnico: la asignación realizada por el mercado no es cierta o equivocada, buena o mala. De la misma manera, la intervención gubernamental puede ser muy eficiente o no.

Una ambulancia municipal no es mercancía y, si atiende muchos casos, tenderá a ser más eficiente que un vehículo similar restringido al llamado de personas que pueden pagar. Los resultados en términos de mejora de las condiciones de salud serán diferentes si el transporte de pacientes se organiza mediante criterios de gravedad clínica o de mayor capacidad de pago. En el primer caso, la mayoría de la población tendrá derecho a aumentar las posibilidades de supervivencia. Por el contrario, el impacto de las ambulancias privadas en los indicadores poblacionales tenderá a ser inexpresivo. En sistemas de salud universales, los impuestos distribuyen ingresos a lo largo de la vida de los individuos y no solo entre ricos y pobres. También sirven como un “pequeño cofre” para sustentar necesidades de salud a lo largo del ciclo de vida, que son mal o nulamente suplidas por el mercado, caracterizado por informaciones asimétricas y elevados costos de transacción.

Los sistemas universales de países europeos, que inspiraron la formulación del Sistema Único de Salud (SUS), actualmente están siendo cuestionados pero no desmontados. La crisis económica de 2008, las políticas de austeridad y la victoria electoral de coaliciones de centroderecha o derecha en algunos países europeos y en Estados Unidos sacudieron, pero no erosionaron, los cimientos de la concepción de garantía de derecho independiente de la contribución pecuniaria de individuos y familias. Tal vez la consecuencia más dramática de la reedición de las críticas a los sistemas universales ha sido la adopción de concepciones conservadoras por parte de instituciones políticas y políticos en naciones como Argentina y Brasil, influenciados por agencias como el Banco Mundial.

*La acepción de los defensores de la austeridad fiscal, la restricción de los objetivos y el alcance de las políticas de salud es la organización de dos sistemas: uno para los pobres y otro para los que pueden pagar.*

En este sentido, los términos para el debate actual de las políticas de salud han sido impuestos por el Banco Mundial y diseminados en nuestros países por políticos y técnicos que siempre se presentan como pragmáticos y repiten cuatro constataciones. La primera es que los sistemas de salud universales son exclusivos para países de altos ingresos (olvidan de forma intencionada Costa Rica y Cuba y sus excelentes indicadores de salud). La segunda constatación es que los países de ingresos medios y bajos tienen gobiernos con capacidades precarias, es decir, con instituciones débiles. La tercera y cuarta constatación están interrelacionadas: la extensión de los servicios privados en países del tercer mundo es significativa y por lo tanto es necesario incluirlos como objeto de la intervención gubernamental para implementar y apoyar planes privados de prepago y así evitar el gasto catastrófico.

La acepción de los defensores de la austeridad fiscal, la restricción de los objetivos y el alcance de las políticas de salud es la organización de dos sistemas: uno para los pobres y otro para los que pueden pagar. Este ideario fundamenta los cambios en las políticas de salud en Argentina y Brasil, en tanto en ambos países hubo recortes presupuestarios para la salud y desmonte institucional. La extinción del Ministerio de Salud en Argentina y la indicación para cargos técnicos de políticos de la coalición gubernamental que apoyó el golpe en Brasil son estrategias para facilitar una “reforma” privatizadora. En Brasil, la propuesta de “integración” entre lo público y lo privado, influyó políticas gubernamentales y diversas plataformas electorales en 2018. En plena recesión, las empresas de salud privadas, los grupos hospitalarios y las redes de farmacias y droguerías se han beneficiado con exenciones fiscales, créditos y préstamos de bancos oficiales y declaran un aumento de ganancias y patrimonio. Los empresarios brasileños del sector salud entraron en los primeros lugares de los rankings de los multimillonarios internacionales.

*Las grandes conquistas están relacionadas con políticas universales que se atrevieron a cuestionar patrones conservadores, injustos y discriminatorios de sociabilidad.*

Hemos dejado de debatir y construir alternativas para la mejora de las condiciones de vida y de la salud. La agenda empresarial desprecia las asociaciones causales entre salud y desigualdad, propone una cobertura “perfeccionada” pero dudosa en su capacidad de respuesta frente a las epidemias de obesidad, prematuridad, aumento de cánceres, de las tasas de homicidios. De modo simplificado, tendríamos cobertura y no necesariamente políticas para reducir, controlar, eliminar riesgos o siquiera realizar diagnósticos precoces.

Salud es mucho más que médico, remedio, hospital y ambulancia. Es trabajo digno, salario mínimo generoso, emancipación y también redes asistenciales. Los pueblos indígenas son quienes se enferman y mueren de forma más precoz. Sin la demarcación de las tierras indígenas, esa brutal y secular injusticia será preservada y reproducida. Agrotóxicos y transgénicos no se refieren solo al “que está en nuestra mesa, en mi mesa”, sino al apalancamiento del agrobusiness y al exterminio de indígenas en pleno siglo XXI. Sabemos que no somos países “ricos”, cuando la medida es el PBI o el ingreso, y precisamente por eso necesitamos luchar por derechos sociales universales. Consideramos que ser pobre es destino, que la desigualdad debe ser combatida y reducida. Las grandes conquistas de la mejora social en nuestros países están relacionadas con políticas universales que se atrevieron a cuestionar patrones conservadores, injustos y discriminatorios de sociabilidad.

No conseguiremos controlar ni reducir las violencias o la obesidad bajo el ideario erróneo según el cual los gordos son perezosos, “mal educados” nutricionales y que “bandido bueno es bandido muerto” o la versión “suave” de que es necesario “pacificar” los supuestos espacios poblacionales que combaten entre sí porque habitan en ellos seres irracionales y necesitan que las fuerzas policiales los civilicen. El sentido (significado y dirección) de políticas universales es el de un proyecto democrático. La reinterpretación de las fuerzas económicas y políticas conservadoras reduce el sistema de salud en

dirección a un convenio entre gobierno y sector privado. Por lo tanto, la ecuación de las políticas públicas para el sector público y para el privado no es trivial, requiere el reconocimiento sobre la existencia de grandes grupos económicos sectoriales y sus movimientos, no solo de concentración de capitales, sino también de influencia en la agenda política. La hipótesis que no podemos abandonar es que el peligro viene de gobiernos fuertes y que quien ha regulado es el “capital”, aunque el término puede ser mal empleado de forma intencional. Del mismo modo, quien está dando las cartas en el sector salud son los grandes grupos económicos privados, ya que existe un movimiento acelerado de expansión y concentración de capitales en el sector salud. Por lo tanto, la cobertura universal puede ser un buen negocio.

Las narrativas que puedan realmente disputar esta situación no pueden ser leyendas ni discursos laudatorios, sino que deben condensar valores, posicionamientos políticos y, sobre todo, prácticas.

**\* *Doctora en Salud Pública de la Universidad Federal de Río de Janeiro, docente e investigadora. Miembro de la Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).***

Revista Soberanía Sanitaria

---

## **¿Salud pública o privada?**

---

Muchos hablan hoy de que la salud pública no es sostenible y empujan a la gente a que se muevan a la salud privada, un sistema donde los pobres simplemente estarán condenados a morir.

### **Ideas tradicionales de economía no sirven**

Las ideas tradicionales de los fundamentalistas de mercado de que la empresa privada es mejor que la gestión pública llevan a que la gente comience a adoptar un sistema como el de EUA, un sistema que trae historias de horror y sobre el cual escribí en mi post [Medicina privada: ¿Que se mueran los pobres?](#)

La economía de la salud es una de las ramas más complejas de la economía y por eso es toda una especialidad, porque muchas de las reglas que rigen normalmente a los mercados no rigen allí.

Veamos algunas de las ideas erróneas que le venden a la gente:

- **“La competencia reduce los precios”:**  
En salud los precios son inelásticos, porque la gente paga el precio que sea por seguir viva, algo que es muy evidente en los negocios extorsivos también.
- **“Los sistemas públicos tienen listas de espera muy largas”:**  
En los sistemas privados las filas son más cortas porque sólo los que pueden pagar hacen fila. El resto hace fila para morir, y como la muerte no lleva estadísticas de listas de espera, entonces el problema parece pequeño.

- **“Las personas deberían tomar responsabilidad de su salud”:**  
Si compras un coche seguro deberías conducir responsablemente. Pero si naces con un defecto genético, propensión a un padecimiento determinado, o si otra persona te choca el coche y vas a dar al hospital ¿qué responsabilidad tienes allí?
- **“La salud pública es más cara que la privada”:**  
En la crisis de 2008 las aseguradoras en EUA tuvieron utilidades record. El seguro de salud en promedio es \$1115 mensual, todo un salario mínimo, un monto similar al que se paga por una hipoteca. La mayor causa de bancarrotas personales en EUA son los gastos de salud.
- **“Los sistemas privados son más eficientes”:**  
Eficiente significa que gastas lo menos posible y ganas lo más posible. Eso significa que la empresa da menos al cliente a cambio de más dinero. Eso es precisamente lo que ha sucedido en EUA. Como cliente no te conviene ese concepto de “eficiencia”.
- **“La gente tiene derecho a elegir con el sistema privado”:**  
Eso es falso. Las ambulancias te llevan al hospital más cercano, y si hacen algo distinto se pueden meter en un lío si se les muere el paciente. Un paciente inconsciente no puede elegir nada. No puedes evaluar la calidad del servicio de salud, porque primero que nada no sabes si lo dicho por el médico es cierto o no, y si realmente necesitas el tratamiento, o si es el mejor tratamiento para tu problema. Aquí se cae el principio de “decisión racional” del consumidor. Por esa misma razón, el cliente no puede saber si hay una adecuada relación precio-calidad. Calidad no es que te traten amablemente (eso una madre de un paciente lo puede hacer), sino que hagan lo necesario para que te curen.

## Libertarios de la salud

La idea de la salud que prevalece en la salud privada en EUA es la de que *“¿por qué tengo yo que pagar por la salud de otros?”*. Esa es una idea eminentemente **libertaria**. Carlos Denton, Presidente de la Junta Directiva de CID/Gallup, S.A., pionero en la realización de encuestas de opinión pública y estudios de mercado en todo Centroamérica, con PH.D. en ciencias políticas y Maestría en economía, fue catedrático en tres universidades, escribe y define “libertario” de la siguiente manera:

*Al aceptar filosóficamente que “solo yo existo” (lo que creen los solipsistas) es posible concluir que “tengo que hacer lo que es bueno para mí y no tengo que preocuparme en absoluto por nadie más”. El interés propio se convierte en un ideal ético para los objetivistas, que luego se llamaron libertarios. Para ellos la caridad es inmoral y “amar al vecino” es inconcebible. Pagar impuestos es inaceptable excepto si se está retribuyendo por un servicio específico; ejemplos serían servicio de bomberos, un aeropuerto, policía para controlar el hampa. Impuestos para financiar programas con fines solidarios como por ejemplo educación pública, servicios de salud para los necesitados, alimentación para los desempleados son inmorales; funcionan en detrimento a lo que el libertario concibe como el ideal. En general rechazan la existencia de un gobierno excepto en un rol de árbitro entre personas que están “operando en bien propio” pero que se*

*encuentran en conflicto con otros. Rechazan totalmente todo tipo de “regulación.” El libertario Greenspan, presidiendo el Banco de la Reserva Federal de Estados Unidos, desmanteló todo lo que pudo de controles estatales de la economía y los operadores financieros; hoy día es visto como el responsable principal del colapso financiero mundial que emergió a finales de 2007.*

Fuente: ¿Qué es un libertario?

¿Y qué resultados da el enfoque libertario en EUA? Remote Area Medical, o RAM, fue una organización creada para entrar en países del tercer mundo para proveer atención médica a los necesitados. Ahora está haciendo el 60% de su trabajo en los EE.UU.

El libertario Milton Friedman tuvo su campo de experimentos en el Chile del gobierno de Pinochet. Estos fueron sus resultados:

*La autora de “La doctrina del Shock” – entre otros libros – reconoce la enorme riqueza creada en los años del gobierno militar del general Augusto Pinochet. Sin embargo, agrega que ésta estuvo acompañada de una rápida desindustrialización, de un aumento del desempleo del mil por ciento, de corrupción y de una deuda externa tan severa que obligó a Pinochet, en 1982, a despedir a sus principales asesores friedmanianos. En lo sustancial, Klein anota un sólo par de datos: el Chile de los sesenta tenía los **mejores sistemas de salud y educación** del continente, un vibrante sector industrial y una creciente clase media. Y, dos, el código de construcción antisísmica fue aprobado en 1972, y que si alguien debiera llevarse el crédito por ello sería el presidente de la república de ese momento, Salvador Allende, y no Milton Friedman.*

Fuente: Chile y el cuento de los tres cerditos

### **¿Salud pública sostenible?**

Dicen que el sistema de salud pública es “insostenible”. Realmente no es insostenible, sino que aprovechando la ignorancia de la gente quieren meterle a la gente que es malo para que se pasen de sistema a uno como el de EUA que evidentemente no funciona. Los economistas de la salud saben perfectamente cómo es un sistema de salud estatal sostenible. ¿Cómo debe funcionar un sistema sostenible?

### **Oferta y demanda**

Esencialmente tienes dos lados: **Oferta** (establecimientos de salud) y **demanda** (pacientes). La mayoría de la gente cree que más salud significa más oferta de salud y por ende mayor costo, pero se equivocan. En salud la demanda también se puede manejar. Mediante programas de salud preventiva se puede evitar que la gente se enferme al informarle acerca de cómo cuidarse mejor, y así se reduce la demanda. No es un asunto de “responsabilidad personal” como muchos dicen.

Lo que pasa es que a los que venden comidas rápidas no les conviene que la gente coma comida sana. A los que venden máquinas de ejercicios, fajas reductoras, pastillas para dejar de comer, no les conviene que se le diga a la gente que cuidando la dieta se puede bajando de peso, al aprender lo que realmente es nutrición, una dieta balanceada. Eso lo puede hacer una nutricionista, sin tener que matricularse en un programa carísimo de reducción de peso. Entonces hay intereses a los que no les conviene que la gente sepa cómo cuidarse la salud.

El gobierno puede manejar la oferta y la demanda de forma integral y a nivel nacional, mientras que la empresa privada se irá por lo local, lo rentable y los pacientes que no sean rentables se quedarán sin atención y tendrán que costearse ellos mismos su atención en salud. El ejemplo más claro del fallido sistema de salud privada es el de EUA. Otro problema estructural del sistema de salud privado basado en utilidades es que se trata de maximizar la demanda, en lugar de reducirla, cosa que sucede en EUA.

### **Los niveles de atención**

Mucha gente cree que más hospitales es más salud. Eso es un error. Cuando llamas a un servicio de soporte técnico de computadoras lo normal es que te atienda una persona barata con pocos conocimientos técnicos y poca experiencia (**I nivel**) que te hará pasar por un troubleshooting básico para solucionar problemas comunes. Si eso no sirve, buscarán a alguien más técnico (**II nivel**) y si no lo pueden resolver, se lo pasarán al superespecialista experto (**III nivel**) en un sistema de referencias y contrarreferencias entre niveles. Al igual que en un servicio de soporte, en salud hay 3 niveles donde cada nivel es más caro que el otro, y requiere personal más caro y equipo más caro para atender padecimientos cada vez más complejos.

Los hospitales son el III nivel. Para el momento en que la persona llegó a estar tan mal como para ocupar del III nivel fue porque su problema no se atendió cuando pudo atenderse en el I y II niveles. Si todo va al III nivel, evidentemente todo es más caro (y evidentemente insostenible). Entonces lo que necesitaría la salud pública es implantar un I nivel de medicina básica y preventiva, y un segundo nivel, para completar los 3 niveles de atención.

### **Asignación de recursos y evaluación de resultados**

Ya hemos visto las maneras de reducir costos al referir a los pacientes a un nivel de atención con costo razonable, y también la idea de reducir costos al evitar que un padecimiento suba de nivel. Pero ¿cómo se hace para que el sistema brinde calidad y buenos resultados?

Allí se ocupa de un sistema de asignación de recursos. La institución encargada de la salud pública sería el ente vigilante de la calidad, de los resultados, y también de los costos.

La institución pública se separa en dos: Proveedor y Comprador. Las oficinas centrales se convierten en **comprador**, y los establecimientos de salud se convierten en **proveedor** de servicios.

Los establecimientos tendrán que competir entre ellos para obtener presupuesto, que se asigna con base en métricas de atención. Por ejemplo, un paciente que no se cura, volverá, y eso significa un reingreso que penaliza la métrica. Las métricas también sirven para pagar incentivos al personal médico.

Normalmente los presupuestos de establecimientos de salud en entidades públicas lo que hacen es tomar el presupuesto anterior y sumarle la inflación, y eso no ayuda a que el dinero llegue adonde más se necesita. Entonces lo que se hace es asignar presupuesto con base en 3 criterios básicos:

- Proyectos de mejoramiento de la atención en el establecimiento
- Cantidad de afiliados (personas afiliadas)
- Métricas de servicio (que incorporan indicadores de **calidad** de servicio, es decir, que se cure la gente)

Las personas se afilian al establecimiento que prefieran. Así los establecimientos que tengan matasanos pronto se quedarán sin afiliados y por ende sin presupuesto. Este sistema encuentra gran oposición desde los tiempos de Thatcher y Reagan, quienes tienen ideas desreguladoras y privatizadoras como las de Greenspan en la FED.

### ¿Y las listas de espera?

La gente que espera por cirugías tiene un problema que salió de algún lado. Si es un problema digestivo, hay que reducir la demanda de problemas digestivos con medicina preventiva, información a la gente sobre cómo cuidarse. También debe contratarse temporalmente (aumentar la oferta temporalmente) para satisfacer el pico de demanda. Con la salud privada, los que no pueden pagar simplemente hacen fila para la muerte.

La periodista costarricense Ángela Ávalos cuenta su experiencia con la medicina privada en Costa Rica. La CCSS es el ente público que provee servicios de sanidad. El Hospital-Hotel La Católica es un centro de salud privado.

*¿Qué sería de este país sin la CCSS? Lo comprobé en carne propia hace unas semanas, cuando mi mamá se quebró el brazo y cometí el terrible error de llevarla al Hospital-Hotel La Católica, un centro médico al que tenía por costumbre acudir en casos de “emergencia” familiar para no toparme con las largas esperas de los hospitales públicos. (...) Todo “bien” hasta que, días después, llamé a consultar si podían atender, sin cobrar, una complicación de la colocación del yeso. El tono cambió radicalmente. La recepcionista, fría y cortante, se limitó a informar lo siguiente: si yo quería que revisaran a mi mamá, tendría que volver a pagar al médico general y los honorarios de ₡100.000 del ortopedista. (...) Ya el director-médico de esa clínica está informado de que ahí no volveremos a poner un pie jamás (por cierto, casi tres meses después, sigo esperando el resultado de la “investigación” de mi queja, planteada ante el contralor de servicios de*

*ese centro privado, quien ni siquiera se dignó a darme un acuse de recibo al correo que le envié reportando el caso). (...) Dios... y la CCSS. ¡Sin duda alguna! Ya les conté qué pasaría si no existiera una institución como esta: usted tendría salud mientras tenga plata para pagarla. De lo contrario, ¡jueguesela solo! ¡O muérase! – Dios y la Caja*

Cuando la medicina pública falla, hay instancias estatales (jerárquicas o políticas) para quejarse, está la prensa que atacará al gobierno, pero cuando el centro es privado, la prensa encubrirá los nombres de los establecimientos privados, y la batalla legal será entre el médico, la empresa y su ejército de abogados, contra la familia afectada. ¿Irá la empresa a hacerse cargo de los gastos de curar al paciente, sin cobrarle por arreglar el error? Bueno, probablemente no. Lo usual será que vayan a la medicina pública para tratar de salvar los errores de los privados.

*Una mujer de 33 años, vecina de Pérez Zeledón, falleció anoche a las 10:30 p. m. en el hospital San Juan de Dios, luego de enfrentar varias complicaciones tras someterse a una cirugía estética en un centro privado. – Fallece mujer por severa infección tras cirugía estética en centro privado*

Cuando hay problemas en la calidad de los médicos, el problema no es lo público o privado, porque el hospital es sólo el patrono, y es en la universidad donde se decide si el médico será capaz o si no sabe adonde está parado. Los médicos en Costa Rica no saben adonde están parados, y no importa si vas a un centro público o privado, tendrás la misma calidad de los médicos en cualquiera de los dos.

*Gensell Mayorga, la joven de 24 años embarazada que falleció víctima del virus de la influenza AH1N1 fue, al menos, doce veces al Hospital Tony Facio de Limón para que le atendieran los síntomas de una gripe fuerte.(...) “Solo le daban acetaminofén o jarabe para la tos. En una ocasión, mi hija iba tan grave que no podía caminar y tuvo que sentarse en una acera frente al hospital porque no soportaba el dolor en la pelvis y la fiebre”, recordó ayer. – Embarazada fue 12 veces al hospital antes de morir*

Hoy en día, una importante multinacional decidió cambiar de proveedor en Costa Rica, porque un paciente de la empresa ocupaba una ambulancia, y el que atendió la llamada logró “diagnosticar” por teléfono, y para “ahorrar” costos al establecimiento privado, dictaminó que el paciente no ocupaba ambulancia, y que estaba fingiendo para no ir a trabajar. La multinacional no paga caro para que los empleados hospitalarios hagan eso. Esta clase de escándalos no suelen salir a la prensa, y por eso existe la idea equivocada de que la medicina privada es mejor que la pública.

El problema de listas de espera de los servicios públicos es un mero problema logístico administrativo. La solución vendría al arreglar el problema logístico administrativo arreglando el problema de colas, que es de lo que se trata una lista de espera. Este tema de colas lo traté en mi post anterior Cómo mejorar la eficiencia en un gobierno (I). Entonces uno se pregunta, a la luz del caso de la periodista si la solución a un problema administrativo es privatizar, agregando un problema de accesibilidad económica (si no pagas, si no tienes dinero, te mueres) a un problema meramente logístico de colas que

ocasiona problemas de accesibilidad funcional (la tardanza de las colas impide tener acceso a los servicios médicos en un tiempo razonable). ¿Es bueno convertir la necesidad humana en un negocio donde puede terminar prevaleciendo la avaricia y no la compasión?

En los EUA los hospitales ganan más dinero cuando hay complicaciones post-quirúrgicas debidas a mala praxis, negligencia, o indiferencia. Tienen un incentivo perverso para dar la peor atención en salud, según refleja un estudio efectuado en los EUA.

*American hospitals are financially discouraged from properly caring for their patients because, as a new study reveals, surgical complications and extra medical care result in higher profits generated from insurance companies. The study's results were published Tuesday in The Journal of the American Medical Association. In an editorial accompanying the findings, the authors recommended changing the American payment structure to put an end to a system that rewards hospitals that provide poor care. Without such reforms, hospitals need to look no further than their bottom line to see that there's no incentive to improve. "It's been known that hospitals are not rewarded for quality," said study author and Harvard School of Public Health director Atul Gawande. "But it hadn't been recognized exactly how much more money they make when harm is done. "We found clear evidence that reducing harm and improving quality is perversely penalized in our current health care system," said study author Sunil Eappen, who serves as the chief medical officer of the Massachusetts Eye and Ear Infirmary. Other authors hailed from the Boston Consulting Group, Harvard University School of Medicine, and the nonprofit Texas Health Resources. – US medical system lets hospitals profit from botched surgeries, extra care*

## **Fracaso de las reformas**

Al igual que los economistas hoy no están siendo escuchados en materia de reforma financiera. Así las soluciones al problema de un sistema de salud sostenibles no son nuevas. Lo que pasa es que han sufrido saqueo continuo de las empresas de salud, que quieren hacerse del dinero de las personas, usando su salud como rehen. Por eso han fracasado los intentos por implementar sistemas de salud sostenibles. Es que el negocio de la salud consiste en tener gente enferma. Todos sabemos las implicaciones que esto trae para las personas y para la economía, pero igual no les importa.

Aunque los estadounidenses se pintan a sí mismos como patriotas, lo real es que son individualistas, al estilo libertario. Son “patriotas” cuando se trata de enviar a la gente a ser carne de cañon en el negocio de la guerra (La guerra: Apostando en la pelea de gallos), pero cuando se trata de pagar los gastos de salud de los necesitados, o incluso de los veteranos de guerra, simplemente no quieren. Son “patriotas” hasta que les tocan el bolsillo.

*Historically, particularly since the 1970s, the quality of the VHA's service was considered poor by almost all relevant stakeholders, which was significant, both because the VHA is a large and important system and because this offered a useful “consensus” for the*

*opponents of integrated publicly financed and provided health care.*

Fuente: UCLA. [The Veterans Health Administration: An American Success Story?](#)

Las aseguradoras tuvieron ganancias record en 2009. Su negocio es cobrarle a la gente y devolverles su dinero lo menos posible.

*In the midst of a deep economic recession, America's health insurance companies increased their profits by 56 percent in 2009, a year that saw 2.7 million people lose their private coverage.*

*In 2009, the top five health insurance companies saw a profit increase of 56 percent, their best year ever, according to a report by Health Care For America Now. The nation's five largest for-profit insurers closed 2009 with a combined profit of \$12.2 billion, according to a report by the advocacy group Health Care for American Now (HCAN).*

*"The outsized earnings are a vivid reminder that without comprehensive national health care reform, the gatekeepers of our broken health insurance system always will put the short-term interests of Wall Street before the needs of millions of patients and a national economy plagued by joblessness," the report said.*

Rankia

---