

Desarrollando un sistema de salud verdaderamente universal en India. Sobre el reemplazo de “salud para todos” por “acceso universal a la atención a la salud”

Amit Sengupta, Vandana Prasad

India, como otros países del mundo en vías de desarrollo, está sufriendo tendencias paradójicas de alto crecimiento económico en una cierta sección de la población y pobreza extrema y subdesarrollo en otras. Esta situación de inequidad extrema, obscena y creciente, se ve mejor caracterizada por el fracaso de estos países para lograr las metas de salud como, por ejemplo, la reducción de la mortalidad materna e infantil y de las tasas de desnutrición; por tanto, “salud para todos” sigue siendo un sueño lejano.

Mientras tanto, ha habido un cambio de aproximación de la descripción y del trabajo sobre este problema. El eslogan positivo de “salud para todos” está siendo lentamente reemplazado por la meta “acceso universal a la atención a la salud”. A primera vista, ambas parecieran ser engañosamente similares en propósito y dirección, son, sin embargo, fundamentalmente diferentes.

El cambio es claro si uno contrasta las secciones clave de la Declaración de Alma Ata de 1978 con las posiciones articuladas en los documentos sobre “El fortalecimiento de los sistemas de salud”,

Amit Sengupta. Movimiento de Salud de los Pueblos, (Jan Swasthya Abhiyan), D-158, LGF, Saket, New Delhi - 110 017. Correo-e: chaukhat@yahoo.com

Vandana Prasad. Movimiento de Salud de los Pueblos, (Jan Swasthya Abhiyan), Uttar Pradesh, India 20130.

Nota: Este texto es una versión ampliada de los comentarios de los autores hechos en *The Lancet*: [Hhttp://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)62043-0/fulltext#aff1H](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)62043-0/fulltext#aff1H)

circulados por la Secretaría de la OMS en la 64ª Asamblea Mundial de la Salud, llevada a cabo en mayo de 2011. La Declaración de Alma Ata recomendaba que todos los gobiernos

... deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria en salud^a como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores...¹

Hoy en día, sin embargo, el tema principal en los informes de la OMS sobre el acceso universal a la salud es la noción de que:

... el modelo emergente para la organización de la atención a la salud es la de “redes integradas de provisión de servicios...²

Se argumenta que:

... estas redes dependen de la vinculación de la diversidad de proveedores públicos y privados y de que: en sistemas pluralistas y mixtos, tales políticas, planes y estrategias tienen que estar relacionadas con sector salud entero y no pueden ser limitadas a los planes de “comando y control” para el sector público...³

Además, se insta a los gobiernos a:

... aprovechar, donde sea apropiado, las oportunidades de colaboración que existen entre

^a La declaración de Alma Ata se basaba en atención primaria en salud, siendo un concepto que abarcaba la promoción de la salud a todos los niveles, prevención y cuidado, en yuxtaposición a la confusión que ahora predomina que implica sólo el primer nivel de atención.

los proveedores públicos y privados y las organizaciones de financiamiento, bajo administraciones fuertes en conjunto, que incluyan al gobierno...⁴

Este cambio del fomento de sistemas de salud públicos (con financiamiento público) como el enfoque central de provisión de acceso universal a la salud, al de un modelo que ve en el sector privado al actor principal y a un colaborador que ha de ser financiado con fondos públicos (suministros público/privados) es problemático e ilógico y tiene muchas implicaciones serias; tal como empiezan a demostrarlo las experiencias vividas en varias partes del mundo.

La reestructuración de los sistemas de salud en India y el “llamado a la acción” de *The Lancet*

Las discusiones y debates arriba resumidos han tenido un efecto sobre los hacedores de políticas y sobre grupos de la sociedad civil en la India; lo que resultó en un número especial de *The Lancet*, publicado en enero 2011 y centrado en la cobertura universal a la salud.

No cabe duda de que hay una necesidad urgente de reestructuración del sistema de salud de India. Aunque mucho de lo que se argumenta en la serie de *The Lancet*⁵ es innegable y ciertamente “apropiado y, desde hace mucho, necesario”, nos preocupa el modo en el que el “llamado a la acción”⁶ de la serie de *The Lancet* vislumbra las reformas económicas como motivo de optimismo y la manera en que (por medio de la separación entre financiamiento y provisión de servicios de salud) avala el discurso actual sobre “el acceso universal a los servicios de salud”. Es importante tomar en cuenta estas formulaciones, ya que tienen el potencial de fortalecer al de por sí dominante sector privado y a la atención en salud y a los servicios médicos de alto costo y desatender completamente los determinantes sociales y económicas de la salud.

Las reformas económicas en India: ¿una oportunidad o parte del problema?

En años recientes ha habido una preocupación creciente debido al desajuste entre el surgimiento de India como poder económico y tecnológico

mundial y la situación de la atención médica del país. En 1990, India se encontraba por encima de Nepal y de Bangladesh en lo que respecta a la mortalidad infantil. Dos décadas después de las “exitosas” reformas neoliberales, los niños indios tiene menos probabilidades de sobrevivir cinco años desde su nacimiento, comparados con los de Nepal y de Bangladesh.

Este hecho cuestiona ciertas suposiciones de que el aparente progreso económico en India pueda ser un trampolín para reformas que aseguren un mejor y más equitativo acceso a la atención médica. Hay evidencia de que las reformas neoliberales son, de hecho, parte del problema del acceso inequitativo, y no su solución. Entonces, las políticas para promover equidad en los servicios de salud del país, necesitan considerar la necesidad de deshacer muchas de las reformas neoliberales y sus consecuencias, es decir, la reducción de los gastos públicos en los sectores sociales (acompañada de concesiones de impuestos otorgadas al sector empresarial), el desmantelamiento del sistema público de distribución de granos comestibles, la reducción de subsidios para el sector agrícola y la liberación del comercio y de los servicios financieros (que reducen el espacio político disponible para el gobierno para atender las necesidades sociales y económicas de gran parte de la población).

El “llamado” de *The Lancet* entra en terrenos peligrosos al afirmar que el crecimiento económico del país ofrece una oportunidad para enfrentar las serias inequidades en salud; en lugar de reconocer que, de varias maneras, este crecimiento económico es la base de las inequidades en salud. No es nada más que, como el llamado declara,

... el impresionante crecimiento económico en India... aún no ha tenido como efecto inversiones y logros en salud acordes...⁷

Sino que, el marco actual de crecimiento económico no está diseñado para atender las necesidades de grandes secciones de la población, para quienes ha perpetuado de manera directa la situación de mala salud y de atención médica inadecuada. Esta posición no es meramente semántica, ya que cualquier recomendación

sustentable necesita estar inserta en un análisis honesto y extenso de las causas de la enfermedad en la India. Por ejemplo, la explicación (dentro del llamado de *The Lancet*) sobre lo que aqueja al sector salud sostiene que "... varios determinantes sociales adversos se combinan para corroer la salud de las poblaciones vulnerables...".¹ Sin embargo, se hace poca mención de la severa y persistente pobreza que ha caracterizado esta era de supuesto "crecimiento económico", en la que el 77% de los indios vive con menos de 20 rupias diarias.⁸

El sistema indio de salud: privatizado e inadecuado

Así como el llamado acepta el marco presente de desarrollo económico como deseable y bien establecido, también acepta la integración del sector privado al sistema de salud universal. Para ubicar la discusión de la composición de un sistema de salud sustentable en el país, en su propio contexto, por tanto, necesitamos entender el sistema actual.

India ha tenido uno de los sistemas de salud más privatizados durante décadas. En términos porcentuales del PIB, el gasto público en salud se ha estancado en un 1% a lo largo de las últimas dos décadas. Esto ha resultado en gastos inmensos para los bolsillos de sus habitantes, realizados para acceder a los servicios de salud. Se calcula que más del 70% de los costos en salud son realizados a través de éstos. Los gastos catastróficos en salud han sido documentados como motivo para que 39 millones de personas rebasaran la línea de pobreza en un año.⁹

El nivel extremadamente bajo del gasto público ha sido responsable de un sistema de salud con recursos insuficientes. A pesar del progreso realizado a través de la implementación de la Misión Nacional de Salud Rural (NRHM, por sus siglas en inglés), siguen existiendo brechas enormes en la creación de infraestructura y en la utilización y retención de recursos humanos.¹⁰ Por ejemplo, el 68.6% de los Centros de Salud para atención primaria funciona sin médico calificado (o con uno sólo) y el 64.9% de los Centros Comunitarios de Salud reporta un déficit de especialistas.

Una vez más, principalmente como consecuencia de un gasto público en salud terriblemente inadecuado, el sector privado ha crecido de manera enorme. A pesar de algunos intentos esporádicos, el sector privado sigue estando poco regulado. Los costos en el sector privado también han crecido de manera enorme (los gastos de bolsillo para atención médica se han multiplicado por 2.5 entre 1993-94 y 2004-2005),¹¹ aunque se ha puesto poca atención a la estandarización de la calidad de la atención.

El sistema privado está transformándose; grandes cadenas de hospitales administrados por mega empresas forman un segmento importante de la atención, especialmente en áreas urbanas.^b En cambio, hay un gran número de proveedores privados sin cualificación que a menudo constituyen la única fuente de atención médica en áreas rurales. A pesar de que los sistemas públicos siguen teniendo recursos inadecuados, el sector privado (especialmente el sector privado organizado y controlado por grandes empresas) se ve beneficiado por los subsidios indirectos que recibe del gobierno en forma de excepciones fiscales, por medio de terrenos puestos a su disposición casi de manera gratuita y por un mundo de recursos humanos capacitados en instituciones financiadas de manera pública.¹²

Iniciativas para la "cobertura universal de salud" en India

Las iniciativas recientes en India, emprendidas para universalizar la cobertura de salud, están basadas en una estructura que separa al financiamiento de la provisión; marcan así un cambio importante en la naturaleza fundamental del financiamiento de la salud. Hasta hace poco, la inversión pública (por inadecuada que ésta fuera) estaba financiada casi completamente por medio de impuestos y financiaba a un sistema público de salud. Los nuevos esquemas, por otro lado, son los llamados "aseguramiento social en salud" que financian una atención que es accesada a través de instancias privadas acreditadas.

Sin embargo, al contrario de la mayoría de los países con esquemas de aseguramiento en salud (grandes partes de Europa, Brasil, Chile, Tailandia, Malasia, China, etc.), el financiamiento en India

proviene casi completamente de rentas basadas en impuestos. En cambio, los esquemas de aseguramiento social en salud en muchas otras partes del mundo combinan financiamientos de fuentes públicas y contribuciones hechas por empleadores y beneficiarios.

La extensión de un mecanismo parecido en India no es una opción posible porque sólo el 7% de la mano de obra está empleada en el sector formal (donde es posible obtener contribuciones de empleadores y beneficiarios). Por lo tanto, los esquemas actuales de aseguramiento social en salud indios son financiados de la misma manera que el sector público. La diferencia está en el hecho de que el campo de la provisión de servicios de salud puede ahora ser trasladada casi por completo al sector privado.

La extensión de los nuevos esquemas de aseguramientos sociales de salud ha sido significativa. Los tres más grandes son el *Rashtriya Swasthya Bima Yojana/ RSBY*, Esquema Nacional de Aseguramiento en Salud (*National Health Insurance Écheme*), que fue lanzado por el gobierno central y los dos programas administrados por estados: *Aarogyasri* (Andhra Pradesh) y *Kalaignar* (Tamilnadu); éstos cubren ahora una quinta parte de la población del país (247 millones). Tales programas les permiten a los beneficiarios tener acceso a la atención médica en instalaciones acreditadas (ubicadas en el sector privado o el público). Sin embargo, en la práctica, la gran mayoría de las instalaciones acreditadas está ubicada en el sector privado. Casi todos los proveedores de cuidados hospitalarios bajo el esquema *Kalaignar* y el 80% de los ubicados en el esquema *Aarogyasri* están en el sector privado. Tal situación cobra un significado especial cuando examinamos los datos referentes a los costos (anuales) de hospitalización para beneficiarios de diferentes aseguramientos SIHs.

El promedio de los gastos de hospitalización del aseguramiento en el sector privado fue de Rs.19,637 (US\$ 450) anuales en 2009-10; en los esquemas *Kalaignar* y *CGHS* fue de Rs.33,720 (US\$ 760) y Rs.25,000 (US\$ 560), respectivamente. Hay, por lo tanto, evidencia indirecta de que los proveedores privados no nada más se benefician de estos esquemas por medio del

aseguramiento de un mercado “cautivo”, sino que también hacen cobros excesivos (con la posible participación cómplice de los administradores de los esquemas *SHI*).¹³

Es muy probable que tal tendencia tenga consecuencias a largo plazo. Principalmente, cualesquiera aumento en el gasto público no fortalecerá al sistema público de salud, sino que fortalecerá aún más al sector privado (especialmente al gran sector terciario que está siendo constituido, cada vez más, por cadenas hospitalarias administradas por empresas) quien ya está a cargo de más del 70% de la atención de la salud de India.

Queda claro que el modelo de “servicios de salud integrados público-privados” no toma en cuenta el creciente poder de las grandes cadenas de hospitales privados que pueden dominar a los sistemas de salud públicos. Este desequilibrio de poder se ve ejemplificado por medio de los intentos recientes de imponer compromisos legalmente vinculantes a organizaciones privadas para que otorguen atención médica a gente pobre.¹⁴ El sector privado dirigido por grandes corporaciones en India no puede ser controlado por medio de integración. Debe ser puesto a competir en contra de un sistema público con recursos suficientes que esté bien administrado y sea financiado públicamente. Aunque el aprovechamiento de la capacidad en el sector privado puede ser una medida a corto plazo, con el fin de resolver las brechas existentes en la disponibilidad de la infraestructura pública de salud), no puede sustituir a un sistema de salud con financiamiento y administración públicos.

Conclusiones

Las propuestas en la serie de *The Lancet* para la reestructuración del sistema de salud de India y los programas que están siendo extendidos en el país, constituyen una continuidad ideológica. Intentan usar de base a la filosofía económica neoliberal actual que, de hecho, inspira a todo el diseño de políticas públicas. Detrás de la cortina de humo del “acceso universal” se encuentra el intento de asegurar el papel y las inversiones del sector privado organizado, así como de abandonar la meta de dar un papel dominante y decisivo al

sistema público de salud. Las reformas propuestas están dirigidas claramente a la promoción de un cuidado terciario costoso y tecnológicamente intenso, sin abordar los determinantes de salud más amplios.

Aunque nos hemos centrado en India con el fin de lograr un mejor entendimiento de la retórica actual sobre el supuesto “fortalecimiento de sistemas de salud”, enfatizamos que hay lugar para un escrutinio más amplio de las dinámicas del cambio reciente de “salud para todos” a “acceso universal a la atención en salud”.

Además, sugerimos que este cambio no es una concesión inocente al pensamiento pragmático, basado en el argumento de que el enfoque actual es una aceptación del papel que el sector privado ya tiene en la provisión de salud; sino que parece ser un intento claro de minar a los sistemas públicos de salud y de privilegiar el rol de la atención privada. Es lamentable que tal cambio esté siendo apoyado también por la OMS, por último, parece haber una aceptación acrítica de este cambio en muchos ámbitos, incluidas también algunas secciones de actores de la sociedad civil con buenas intenciones.

Referencias

1. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
2. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_13-en.pdf
3. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_12-en.pdf

Recibido: 20 de mayo de 2011

Aceptado: 01 de junio de 2011

Conflicto de intereses: ninguno

4. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB128/B128_R8-en.pdf
5. The Lancet series (Vol. 377, Issue 9765, 2010); <http://www.thelancet.com/series/india-towards-universal-health-coverage>
6. Reddy KS, Patel V, Jha P, Paul VK, Shiva Kumar AK, Dandona L, for The Lancet India Group for Universal Healthcare. Towards achievement of universal health care in India by 2020: a call to action. Lancet 2011;1016/S0140-6736(10)61960-5. published online Jan 12. [PubMed](#)
7. Ibid
8. National Commission for Enterprises in the Unorganised Sector. Report on conditions of work and promotion of livelihoods in the unorganised sector. New Delhi: Government of India, 2007. http://nceus.gov.in/Condition_of_workers_sep_2007.pdf. (accessed Dec 1, 2010).
9. Selvaraj S, Karan AK (2009). Deepening health insecurity in India: evidence from National Sample Surveys since 1980s. Economic and Political Weekly, 44(40):55.
10. Rural Health Statistics of India, MOHFW, 2007
11. Selvaraj S, Karan AK (2009), Ibid
12. The private health sector in India, Amit Sengupta and Samiran Nundy, BMJ, 2005;331;1157-1158
13. Public Health Foundation of India (2011) on “A Critical Assessment of the Existing Health Insurance Models in India”, submitted to the Planning Commission of India: http://planningcommission.nic.in/reports/sereport/ser_heal1305.pdf (accessed 20th December, 2010).
14. The Hindu (New Delhi), Sep 23, 2009. Court directs apollo to provide free medicines to poor and needy. <http://www.thehindu.com/2009/09/23/stories/2009092354760400.htm>, (accesado, Sept. 9, 2010).



Medicina Social
Salud Para Todos