

Sistema fallido. La salud es un bien global y público que debe ser tomado en cuenta en los objetivos de desarrollo post 2015

Andreas Wulf

El hecho de que un sistema nacional de salud no funcione puede tener consecuencias globales: las epidemias se propagan más allá de las fronteras y enfermedades serias reaparecen. Por eso, la salud es un bien global y público y el ofrecimiento de servicios de salud implica una responsabilidad internacional.

Siria: en octubre de 2013 se reportaron los primeros casos de poliomielitis, esta enfermedad no había aparecido en el país desde hace años. Sin embargo, a causa de los conflictos recientes, más de medio millón de niños no fueron vacunados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) preparan la campaña de vacunación más grande de su historia. El objetivo es vacunar hasta a 20 millones de niños de toda la región para impedir que esta enfermedad, ya casi erradicada, vuelva a aparecer.

Grecia: en el verano de 2012 reaparecieron por primera vez casos de malaria en el Mediterráneo, el Estado había recortado el presupuesto de salud de manera drástica y ajustado el programa de control de insectos. Por otro lado, la tasa de VIH se duplicó debido a que los programas de intercambio de jeringas y agujas para usuarios de drogas intravenosas también fueron recortados de manera masiva (Stuckler, 2013).

Rusia, India y Sudáfrica: los tratamientos contra la tuberculosis son cada vez más difíciles en estos países por un aumento de bacilos y sus formas multi-resistentes. Éstos sólo pueden ser

tratados por medio de medicamentos y terapias que resultan laboriosos, molestos, largos y costosos (como se puede deducir del *Informe sobre el Control Mundial de la Tuberculosis* de la OMS).

Los distintos ejemplos arriba mencionados tienen un aspecto en común: la falta de acceso o de calidad de los servicios de salud se constituyeron en factores contribuyentes en el aumento de enfermedades. Su proliferación se explica generalmente por la presencia de virus y bacterias, muy pocas veces se rastrean sus causas hasta los sistemas de salud, a pesar de que esta relación es, en algunos casos, evidente. Por ejemplo, en el caso de Siria, en donde el sistema de salud público en muchas regiones colapsó y hay, además, millones de desplazados internos de las regiones en conflicto que no reciben apoyo ni de la Media Luna Roja, cercana al gobierno, ni de la ayuda humanitaria dirigida a los rebeldes. Por eso, desde hace tres años, las campañas de vacunación oficiales no son llevadas a cabo.

En el caso de Grecia la catástrofe contra el sistema de salud fue ocasionada por el recorte masivo de su presupuesto. El gobierno griego implantó estas medidas de manera consciente con el objetivo de sanear sus finanzas (aunque también forzado por la política de austeridad del Banco Central Europeo, por la Comisión Europea y por el Fondo Monetario Internacional). La mayoría de los informes sobre la crisis de sus sistemas de salud en los últimos años reporta casos de pacientes agudos que con la pérdida de su empleo, perdieron también su seguro de salud. Así, que tuvieron que pagar cuotas de admisión costosas en los servicios de emergencias y/o cubrir altos costos de medicamentos. Se prestó muy poca importancia a la reducción presupuestal de programas que no

Andreas Wulf. Médico. Coordinador de proyectos médicos, Alemania. Correo-e: wulf@medico.de
El texto original en alemán se encuentra en: <http://www.dandc.eu/de/article/gesundheit-ist-ein-globales-oeffentliches-gut-und-muss-den-post-2015-zielen-beachtet-werden>
<http://www.dandc.eu/en/article/health-global-public-good-and-must-figure-among-post-2015-development>

tenían efectos directos (como el del combate contra mosquitos o el cambio de jeringas), hasta que el aumento de las tasas de enfermedades relacionadas no se pudo ignorar más.

En tercer lugar, están los problemas caseros del sistema de salud que afectan justo a los pobres o marginados. Éstos reciben asistencia insuficiente, enfrentan estructuras rígidas y/o altos costos, lo que implica no sólo a los medicamentos, ya que en el caso de los programas contra la tuberculosis, por ejemplo, éstos son gratuitos. Otros factores que pueden ser graves son los costos de traslado al centro de salud y la inversión de tiempo y pérdida de ingresos resultante que afecta especialmente a los trabajadores del sector informal. Además, muchos pacientes interrumpen el tratamiento antes de su término (de un mes de duración). La interrupción implica un riesgo para la propia salud, debido a que esto significa la reaparición de la enfermedad. Por otro lado, se han desarrollado bacterias resistentes a los medicamentos estándar. Aunque hoy en día los pacientes no están obligados a permanecer durante meses en un centro hospitalario (ya que la terapia puede ser llevada a cabo de manera ambulante), la duración del tratamiento sigue siendo un gran obstáculo.

Responsabilidad internacional

La importancia de la responsabilidad internacional se hace explícita a la luz de estos ejemplos, por ende, expertos de todo el mundo redirigen su mirada de manera creciente a los sistemas de salud. Especialistas de la OMS y otros concentraron sus esfuerzos durante años al combate de grandes enfermedades, como el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, así como también de epidemias gripales y otras “epidemias nuevas” de enfermedades crónicas, no-infecciosas cardíacas, respiratorias y metabólicas. Sin embargo, el combate de enfermedades aisladas no es suficiente, la protección contra epidemias o enfermedades graves implica que los sistemas de salud locales funcionen, de no ser así, las enfermedades se pueden propagar más rápida y fácilmente. Por ende, la salud es un bien público global y la provisión de servicios de salud constituye una responsabilidad internacional.

El nuevo tema es el de la “cobertura sanitaria universal”, especialmente presente en el *Informe*

sobre la Salud, 2010 de la OMS, el concepto se ha convertido en uno de los más discutidos en círculos de expertos, especialmente en los debates sobre los objetivos de desarrollo post 2015.

El término “cobertura” evidentemente proviene del mundo de los seguros. Los “gastos catastróficos por motivos de salud” con los que se ven confrontados especialmente los pobres (aunque también muchas familias de las nuevas clases medias) en los crecientes sistemas privatizados de los países en vías de desarrollo, ya eran desde hace años un tema central en los discursos de la dirección de la OMS. Se calcula que cerca de 100 millones de personas empobrecen anualmente debido a estos gastos. Una gran parte de los más pobres ni siquiera tienen acceso a servicios de salud porque no pueden pagar las cuotas de los centros o de los hospitales.

Para la OMS, la cobertura universal en salud significa que todas las personas tengan acceso seguro a los servicios, independientemente de poder pagar por ellos o no. Además, deberían estar protegidos contra posibles costos exorbitantes; las tres palabras clave son: disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad. No obstante, este enfoque hizo surgir muchas críticas sustanciales, se dice que esta visión se centra demasiado en la accesibilidad económica a los servicios. Además, se cree que la cobertura universal hará posible que el sector privado, por medio de modelos de financiamiento, ofrezca servicios a grupos no necesariamente pertenecientes a las clases más alta; lo que degradaría al sector salud público hasta convertirlo en una oferta exclusivamente para los más pobres.

Esta es una problemática contemporánea de, por ejemplo, Brasil, el estado brasileño provee de manera oficial a todos los ciudadanos con servicios extensos. Aunque, en realidad, gran parte de los ciudadanos con mejores salarios están vinculados al sector privado que ofrece más servicios y de mejor calidad. Por otro lado, los riesgos no-rentables y los grandes problemas son atendidos en el sistema público. Brasil no constituye un ejemplo aislado, en la mayoría de los países se observa un sistema parecido, por lo tanto, un enfoque basado en mecanismos de financiamiento no es suficiente para los objetivos del milenio post 2015.

Algunos expertos temen que este modelo, que va en aumento, se vea determinado por la presión constante de la falta de recursos y que en muchos países sólo quede un paquete mínimo para los más pobres con la posibilidad de comprar uno más extenso con dinero del propio bolsillo.

Por otro lado, algunos expertos y activistas critican que el concepto se limite al sector salud, y aunque contenga todos los servicios de información, prevención, tratamiento y rehabilitación, no contempla los determinantes sociales de la salud. Para el concepto de atención primaria en salud de finales de los años 70, por ejemplo, factores como la educación, el ingreso, la situación de vivienda, la seguridad alimentaria y la inclusión social también eran decisivos. La reducción a la atención médica universal, a la protección contra enfermedades y a su tratamiento es señal de una comprensión limitada. Por lo pronto, el concepto de atención médica universal ya fue ampliado en los documentos de la OMS a suficiente personal de salud, con capacitación suficiente y a los determinantes sociales.

“Más salud” en vez de “más medicina”

La importancia que tiene la calidad, junto con la accesibilidad a los servicios, queda demostrada en programas en la India o Bangladesh: con el fin de reducir las tasas de mortalidad materna (uno de los objetivos del milenio) se trató de que descendiera el número de nacimientos en casa y de aumentar su tasa en centros de salud. No obstante, la calidad de la atención en estas instituciones es a menudo insuficiente, de modo que las embarazadas corren mayor riesgo en tales centros, que con una partera en casa.

Queda muy claro: mecanismos de control obligatorios de calidad son necesarios para impedir que “más salud” se equipare con “más medicina”. Es sabido que los sistemas públicos de salud y, especialmente, los sistemas privados, tienden a ofrecer y vender servicios de calidad dudosa.

Recibido: 12 de diciembre de 2013.

Aprobado: 13 de enero de 2014.

Conflicto de intereses: ninguno.

Igualmente importante es insertar la cobertura sanitaria universal en un marco de derechos humanos. Un buen ejemplo de eso es el Pacto Social de la ONU, de 1966, en el que el “derecho a un acceso sin discriminación a los servicios de salud” también incluía sus determinantes sociales. Además, los ciudadanos tendrían que participar en la toma de decisiones importantes sobre asuntos de salud que les atañen a nivel nacional e internacional.

Si la discusión de la cobertura sanitaria universal fuera ampliada a estos temas, podría liberarse de la limitación que implica reducirla al modelo de financiamiento. En cambio, las discusiones quedan a menudo reducidas a paquetes de servicios financiados, niveles mínimos de seguros y gastos en salud públicos y privados adecuados. Únicamente por medio de una comprensión más amplia podrá surgir de este debate una discusión sobre solidaridad global. Muchos países con ingresos reducidos pueden ofrecer poco más que unos servicios de salud rudimentarios para sus ciudadanos, aunque logran aumentar sus ingresos por impuestos e implementar su presupuesto de manera óptima.

De ese modo, no es suficiente que cada país financie su propio sistema de salud, tenemos una responsabilidad internacional que requiere de mecanismos financieros obligatorios a este nivel, así como un cambio de la economía global para lograr un aumento en la compatibilidad social (Labonte, 2007). De ese modo, los objetivos de desarrollo post 2015 no se aplicarán nada más como metas para los países del sur mundial, sino como retos para el mundo entero.

Referencias

- 1 Stuckler, D., and Basu, S., 2013: The body economic. Why austerity kills. Recessions, budget battles, and the politics of life and death, p.77-94.
- 2 Labonte, R., and Schrecker, T., 2007: Globalisation Knowledge Network: Towards health-equitable globalisation. Rights, regulation and redistribution. Final report to the Commission on Social Determinants for Health, 2007, p. 116-130. http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_reports_06_2007.pdf

