

Universalidad en salud

Por Gregorio Martínez Narváez , 25 septiembre, 2016 Análisis

CIUDAD DE MÉXICO (Proceso).- Ahora es frecuente escuchar la expresión “universalidad en salud”; se menciona como una política de gobierno o como una meta sectorial. Lo enuncian los funcionarios, los políticos y hasta los profesionales y técnicos de la salud. Sin embargo, no se dice en qué consiste; de hecho, no se encuentra un documento, plan o declaración formal que explique cuáles son los componentes o el contenido estructural de este concepto. Lo que se enuncia es ambiguo, vago y cambiante. A pesar de ello, ha sido declarada oficialmente la intención de conducir el sistema de salud mexicano hacia una ansiada y difusa universalidad.

Cuando los funcionarios y políticos se refieren a la universalidad en salud, pronto se aprecia que lo que en realidad tienen en mente es “una cobertura universal” y no la universalidad propiamente dicha. Tampoco se encuentra la intención de procurar que el país disponga de los recursos suficientes para atender a su población.

A lo que se refieren es al registro de todos los pobladores en las instituciones de cuidado de la salud. Así se declara “universalmente” cubierta una región cuando los informes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular, muestran que sus poblaciones suman un número equivalente al de quienes han sido censados en una entidad.

Así sucedió cuando a fines de la administración pasada vimos a un político exclamar con entusiasmo, junto a una bandera blanca, que se había alcanzado la universalidad en todo el territorio nacional. Quería decir que ya se habían anotado todos los ciudadanos.

No era un engaño deliberado, sino la ignorancia sobre el verdadero alcance de los recursos en este sector, y también, del desconocimiento de la naturaleza de la universalidad en salud.

Recientemente se hizo un esfuerzo por recopilar ideas sobre el tema. Un funcionario de la Organización Panamericana de la Salud hizo una investigación y elaboró un libro conteniendo las opiniones de funcionarios, directores de servicios y profesionales reconocidos (Cobertura Universal de Salud en México, OPS/OMS, 2013) De su lectura se aprecia la poca certeza y la indefinición en torno a dicho concepto.

Entre las opiniones vertidas se propone, por ejemplo: alcanzar la universalidad a través de la atención ambulatoria, o bien crear fondos comunes entre las instituciones. Destacó una medida (también sugerida por la OCDE), consistente en realizar convenios de intercambio de servicios entre las instituciones, para así extender la capacidad instalada, pero sin tomar en cuenta que ésta se encuentra saturada y que la sobredemanda se refleja en forma desgarradora en los servicios de urgencia de los hospitales públicos.

A pesar de ello este intercambio ha sido la estrategia para la cobertura universal. Por supuesto que constituye sólo un placebo, pues el país no tiene la infraestructura para cubrir a toda la población; por ejemplo en la atención hospitalaria, el total de camas disponibles en el sector público sólo es suficiente para el cuidado de 65% de los habitantes del país. En forma similar se encuentran otros recursos básicos como los médicos, las enfermeras, los consultorios, los quirófanos y los equipos de diagnóstico y tratamiento.

Pero volvamos concepto de la universalidad en salud. Su sustento se desarrolló en Europa después de la Segunda Guerra Mundial, cuando los países escandinavos junto con Inglaterra Dinamarca, Holanda y Bélgica lograron grandes avances en materia de satisfactores sociales y en la creación de los llamados estados de bienestar (lo cual se logró por medio de iniciativas parlamentarias de los partidos progresistas); luego estas reformas se extendieron a Francia, Italia, Alemania y otros países europeos cuyas economías resurgieron durante los años de posguerra. El movimiento se extendió a Canadá, España e Israel.

Las más representativas modalidades se encuentran en los países europeos en dos formas: el primero es el sistema del Reino Unido, conocido como Beveridge, en seguimiento de un estudio del mismo nombre y puesto en práctica en 1948 por Aneurin Bevan, mediante la creación del Servicio Nacional de Salud, que se caracteriza por su financiamiento integral con fondos públicos.

El segundo es el sistema bismarquiano, nombre derivado del apellido del canciller alemán que implantó el primer sistema de seguridad social, y que se distingue por incluir en su gestión algunas cooperativas de usuarios. Priva principalmente en países centrales de Europa.

A partir del análisis de las experiencias relevantes es posible describir un sistema de salud caracterizado por la universalidad. En 2009 la UNAM convocó a un seminario donde asistieron expertos de Europa y América; ahí se expusieron trabajos de incalculable valor, particularmente los aportados por los doctores Robert G. Evans, de Canadá, y Stephen Peckham, de Inglaterra.

Sus conceptos, junto con los de diversos expertos internacionales, fueron publicados por la UNAM en el libro Memoria del Primer Congreso Internacional. Hacia una Cobertura Universal de Salud, Abril 2009. Ahí se encuentra que:

En primer lugar, un sistema universal debe permitir la distribución equitativa de la carga financiera y para ello debe ser pagado por todos los ciudadanos, según su ingreso, ya que el financiamiento debe estar a cargo de los fondos públicos generales. Los servicios disponibles deben estar provistos de la capacidad para proporcionar atenciones eficaces de salud a todos los ciudadanos, en todas las etapas de su vida y conforme a sus necesidades, operando siempre con equidad, oportunidad y la calidad que confiere la medicina moderna.

El sistema debe sustentarse en una efectiva descentralización con participación de todos los niveles de gobierno, pero conservando el nivel central las facultades de planeación,

financiamiento y regulación, garantizando asimismo los mecanismos de gestión para el buen aprovechamiento de los recursos; incluyendo eficientes mecanismos de compra a proveedores, con base en formas de pago que estimulen la productividad y la calidad.

Debe producir satisfacción tanto a los usuarios como a los proveedores de los servicios y es necesario que el ciudadano pueda contar con opciones para la elección del proveedor. Para alcanzar una operación eficiente, tiene que estar regulado por un modelo de atención que responda tanto a la demografía como a la epidemiología, así como al uso de las ciencias y las disciplinas de la salud. Al mismo tiempo debe efectuar investigación y desarrollar técnicas y mecanismos que contribuyan a su mejor y más eficaz operación

En todos sus aspectos y niveles debe incluir mecanismos de rendición de cuentas y de estructuras que permitan la participación de los usuarios y de sus organizaciones nacionales y comunitarias.

La aplicación de una universalidad como ha sido descrita ha tenido resultados muy satisfactorios, el análisis de los informes del European Observatory on Health Systems and Policies, organismo regional vinculado a la Organización Mundial de la Salud, se encuentra que los países que la han establecido ocupan los primeros lugares de niveles de bienestar.

Sus tasas de esperanza de vida, de atenciones ambulatorias y hospitalarias por habitante, muestran un desempeño altamente satisfactorio, los indicadores de atención a niños, madres y ancianos son los que recomienda la salud pública. Es ejemplar la prevención de enfermedades transmisibles y el control de las crónicas. Los indicadores de médicos, camas, enfermeras y equipos están acordes con los niveles de la demanda. Un indicador es destacable: la satisfacción de la población, como es el caso de España.

El modelo muestra que no es posible acceder al bienestar social con programas asistenciales, de caridad. El cambio debe partir del reconocimiento de los derechos ciudadanos; de un ambiente de solidaridad. Alcanzar la universalidad no es imposible, México eroga ya 6.2% de su PIB en salud; España, 7.4%, pero lo que se gasta, se recupera en productividad. Claro, con un marco legal humanitario, un sistema ordenado y racionalmente administrado. 1

* Gregorio Martínez Narváez es autor del libro Un sistema en busca de salud (FCE, 2013).