

VIDA & ARTES

Sanidad universal, un arma contra la pobreza

Los expertos piden a la ONU que la cobertura gratuita sea un objetivo oficial de desarrollo

La OMS calcula que se salvarían 8 millones de vidas y que, a la larga, la inversión resultaría rentable

MARÍA R. SAHUQUILLO | 21 AGO 2013 - 20:04 CET

30

Archivado en: Crisis económica Recortes sociales Sanidad pública Copago sanitario Vida y Artes Recesión económica El Salvador Gasto sanitario Coyuntura económica Sistema sanitario Política social Centroamérica Economía sanitaria Política sanitaria Latinoamérica ONU España Sanidad E



La sanidad ahora es gratuita en El Salvador para toda la población. / Jessica Orellana

Hace seis años que María R. tuvo a su tercer hijo. Como en los anteriores, dio a luz en un hospital público de la región paracosteña de El Salvador. Tuvo que pagar 40 dólares (unos 30 euros) por la asistencia que para su familia, que subsiste con los 150 dólares al mes que gana su esposo, jornalero, supuso un enorme esfuerzo. Como lo fueron los 5, 20 o 15 dólares que debía abonar por consulta cada vez que uno de los chiquillos enfermaba. Tanto, cuenta, que solo iba al médico cuando era muy urgente: "Solo por los niños".

Como le ocurría a ella, cada año [unos](#)

[150 millones de personas en el mundo](#) se ven al borde del abismo por tener que pagar las facturas sanitarias, según la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#). Un abismo al que Torres lleva tres años sin asomarse. Desde que El Salvador reformó su sistema público de salud y eliminó esos pagos llamados —paradójicamente— "cuotas voluntarias". Un paso hacia la universalización de la cobertura que también están dando —a distintos ritmos— otros países en desarrollo como Sierra Leona, India o Filipinas, y que contrasta con los recortes en sanidad de países desarrollados, como España.

El derecho a la asistencia sanitaria gratuita para toda la población es una de las fórmulas que los expertos consideran más eficaces para luchar contra el círculo de la pobreza. Las experiencias en los países donde se ha apostado por una ambiciosa agenda en este sentido —algunos han eliminado el pago directo, otros han creado prepagos o seguros de salud públicos— demuestran que es un buen camino y que los indicadores mejoran. Sus ejemplos se revisarán estos días [durante la Asamblea General de Naciones Unidas](#), que comienza hoy. En ella, mandatarios, expertos y organizaciones [tratarán de definir los nuevos objetivos](#) —que sustituirán a [los del Milenio cuya fecha tope es 2015](#)— que los países en vías de desarrollo deben alcanzar. Uno de ellos —abarcarán los campos de la educación, medio ambiente, igualdad...— podría ser la universalización de la cobertura.

La apuesta es costosa pero rentable, según los expertos en salud pública y la OMS. Este organismo ha calculado que la inversión salvaría ocho millones de vidas al año y generaría unas ganancias de unos 360.000 millones de dólares (266.000 millones de euros) anuales entre 2015-2020; una cantidad, afirma la comisión de Macroeconomía de esta institución en un informe, que equivale varias veces al coste de las intervenciones sanitarias. ¿Cómo? Si se atacan las enfermedades evitables y se mejoran los indicadores de salud, se incrementa la



fuerza laboral y la productividad de estos países.

En los países donde se ha eliminado el pago directo del usuario los indicadores de salud han mejorado

Pero a pesar de estos datos no todos apoyan la medida. Algunos estados, como el Congo o Mozambique (que dedica menos de 30 euros per cápita a sanidad frente a los 2.500 de España, por ejemplo), no niegan la importancia de la salud, pero creen que la cobertura debe tener límites: solo los menores, o lactantes y embarazadas. Más, dicen, sería ilusorio en un momento en el que la ayuda al desarrollo, en la que se apoyan, [se ha recortado mucho](#).

Quienes defienden la ampliación de la cobertura no encuentran un buen ejemplo en la deriva sanitaria de una Europa ahogada por la crisis: Portugal e Italia han incrementado los copagos por visita médica, España ha excluido de la atención normalizada a los sin papeles y ha incrementado la participación del usuario en los fármacos, [incluso algunos de los que se dispensan en los hospitales](#); y en Grecia el sistema sanitario se está desmoronando. “Lo cierto es que, de momento, los objetivos a cumplir son solo para los países en vías de desarrollo. Aún no hay un debate sólido sobre si la agenda debería ser para todos”, apunta Jean McGraw, experto en salud pública. “Y, aunque es cierto que se parte de bases absolutamente dispares e incomparables entre los países ricos y los pobres, sería interesante; porque es una medida eficaz para acabar con las desigualdades”, incide. En EE UU, menciona, más de 30 millones de personas carecen de seguro médico. Y la reforma sanitaria que pretende hacer Barack Obama para garantizar la asistencia [no ha logrado de momento ver la luz](#).

La eliminación de copagos en Sierra Leona (inglés). / Action for Global Health

Las estadísticas juegan en favor de la cobertura global. En El Salvador, que ha incrementado sus presupuestos para salud un 78% desde 2006, hasta los 437 millones de euros, la mortalidad materna ha bajado de las 71,2 mujeres fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos en 2006 a 50,8 en 2011, gracias en buena medida al aumento de la atención médica en los partos. Ese país centroamericano de seis millones de habitantes —en el que el 36,5% de los hogares vive en la pobreza— ha logrado alcanzar dos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que la ONU marca en materia de salud con tres años de antelación. Y su reforma sanitaria —inspirada, en parte, en el modelo sanitario español previo a los recortes— es un referente para la Organización Panamericana de la Salud.

“Gran parte de los avances logrados se debe a la eliminación de las cuotas voluntarias, muy injustas; pero también a la creación de ambulatorios públicos en cientos de municipios rurales”, apuntaba Susana Calderón, directora de Salud de la región paracentral de El Salvador, hace unas semanas en una visita al país organizada por la red de ONG [Acción por la Salud Global](#). En total, se han construido 600 centros en pequeñas aldeas, en los que atienden un médico y dos enfermeras. Una red clave en un país donde, todavía, los dos o tres euros que cuesta el autobús para ir al hospital más cercano son un obstáculo insalvable. Tras la reforma, los ciudadanos no pagan nada por las consultas, ni por las pruebas. Tampoco por los medicamentos prescritos (siempre genéricos).

El Gobierno de [Mauricio Funes](#) decidió dar la zancada más amplia. Otros países, como Sierra Leona, caminan algo más despacio. Ese estado de África occidental estableció en 2010 que la asistencia sanitaria sería gratuita para las mujeres embarazadas y lactantes y para los

menores de cinco años. Desde entonces, aunque Sierra Leona —con algunas de las peores cifras en salud del continente— aún está muy lejos de las metas marcadas por la ONU, ha avanzado: la mortalidad en menores de cinco años ha caído de los más de 200 por cada 1.000 nacidos vivos en 2006 a 185 en 2011.

“Vamos despacio, pero se ha logrado disminuir el número de partos en casa, y eso ha tenido un efecto positivo”, apunta Samuel Kargbo, responsable de Salud Reproductiva en el Gobierno de Sierra Leona y uno de los principales impulsores de la reforma. En un país en el que el 70% de la población subsiste con menos de un dólar al día una cesárea podía costar unos 200 dólares.

La cobertura sanitaria en El Salvador. / Action for Global Health

La universalización de la cobertura, la eliminación de las barreras económicas de acceso a la salud, es la receta que los estudiosos de los sistemas sanitarios llevan años prescribiendo. “Por mucho que crezca un país, si hay obstáculos que impiden el acceso a la asistencia médica su desarrollo se verá lastrado y las desigualdades permanecerán”, recalca en un artículo Bruno Meessen, del Instituto de Medicina de Amberes. Y ese es el espíritu con el que especialistas como él reclaman que la ONU ampare en su nueva lista de objetivos la cobertura universal. Sin embargo, para los países en desarrollo, con sistemas sanitarios —y muchas veces cimientos democráticos— muy frágiles, poco personal especializado y mucha población rural, no es fácil. No solo hace falta presupuesto, también es necesario apoyo para construir de cero un tejido de protección social.

Tim Roosen, coordinador de Acción por la Salud Global —una red fundada en 2006 que agrupa [a una decena de entidades](#) sin ánimo de lucro que apoyan la asistencia universal—, explica que más de 60 países han solicitado asistencia técnica a la OMS para hacerlo. “Y ya se ha ampliado en parte la cobertura en países como Tailandia, Brasil y México”, dice.

La OMS cree que la mejor fórmula de financiar los sistemas sanitarios es a través de impuestos —como se hace en España—, y nunca a través de cuotas directas de los ciudadanos. “Si hay algún tipo de pago en el momento de uso, este no debe suponer jamás una barrera para el acceso”, repite [Margaret Chan](#), la directora de este organismo en la mayoría de sus intervenciones sobre este asunto, al que dedicó este año su informe anual.

También para los investigadores de la [Rockefeller Foundation](#) —que [tiene un departamento dedicado específicamente a estudiar el asunto](#) y que, como la [Fundación de Bill y Melinda Gates](#) tiene el foco sobre la cobertura global—, la eliminación de esos pagos directos de los pacientes es el primer paso para avanzar hacia la cobertura global. Sin ese paso, alerta Robert Marten, uno de sus especialistas, [difícilmente se puede combatir el VIH, o enfermedades como la tuberculosis o la malaria](#); de las que fallecen millones de personas al año.

En algunos lugares de África una cesárea puede costar 200 euros

La Asamblea de la ONU y el debate sobre los nuevos objetivos a perseguir tras 2015 llega en un momento clave. La crisis económica aprieta y los expertos inciden en que es hora de definir las prioridades. Sierra Leona, por ejemplo, está ahora ante un dilema fundamental. Ha financiado su reforma sanitaria y la asistencia gratuita a los grupos vulnerables gracias a donaciones de países más ricos —como Reino Unido— y de organismos internacionales. El

dinero, sin embargo, se acaba y el Gobierno analiza ahora la fórmula para aumentar sus ingresos fiscales. El país está inmerso en un debate en el que la sociedad civil propone tasar la industria extractiva —oro y diamantes— y dedicar esos impuestos a educación y salud gratuita. Lo que decida, abunda su responsable de Salud Reproductiva, será clave para sus vecinos, que podrían imitarle.

Pero a pesar de que esa es una vía a explotar, Roosen recuerda que la ayuda de los países desarrollados sigue siendo vital para sostener los sistemas sanitarios y apoyar la reforma. “Se necesitan hasta 45 euros por persona al año para garantizar el acceso a las operaciones más esenciales, como estima la OMS. No hay una única opción política para alcanzar esta meta en todos los países, ya que todos tienen circunstancias diferentes. Hay muchas opciones, como sistemas contributivos, fiscales, o una combinación de ambos”, resume el coordinador de Acción por la Salud Global.

En El Salvador, la sanidad pública se financia directamente a través del presupuesto del Ministerio de Salud, que supone el 2,4% del PIB. Una apuesta, afirma [la ministra María Isabel Rodríguez](#), “por el derecho a la salud como principio básico”. Sobre todo en una época en la que el cinturón para otras partidas está cada vez más ajustado. Pero su reforma sanitaria también tiene aristas: los hospitales públicos salvadoreños están destinados a los ciudadanos que no están cubiertos por los seguros que las empresas deberían contratar para sus trabajadores. Sin embargo, la falta de centros privados en algunas áreas y la falta de medios hacen que la pública asuma, sin apoyo financiero del sector privado, el cuidado también de aquellos que deberían estar cubiertos por otro lado.

También el desabastecimiento de fármacos en ambulatorios y hospitales (donde los recogen los usuarios) es un problema, afirma Margarita Posadas, del [Foro Nacional de Salud](#). La ley de medicamentos genéricos y de precio controlado ha apeado a El Salvador de la primera posición del ranking de los países donde los fármacos son más caros, pero cuenta con una fuerte oposición de los laboratorios. Estos prefieren pagar las multas por no servir a tiempo o no presentarse a los concursos, porque afirman que ya no les sale rentable. Lo que no ha ocurrido, aunque sus contrarios lo presagiaban, es un aumento descontrolado de visitas al médico, asegura la ministra.

Unos 150 millones de personas se arruinan cada año por facturas sanitarias, según la OMS

En Sierra Leona el sistema sí se ha visto en graves dificultades para afrontar la demanda. Pero no por visitas innecesarias, sino por falta de medios, dicen desde el Gobierno. Tanto, que Kargbo se ha visto obligado a ir a la radio para pedir a las mujeres que solo acudan al centro de salud en casos urgentes. Este país ha creado además un grupo de funcionarios que controla que la asistencia para el grupo de población asignado es, verdaderamente, gratuita. Ya que ese tipo de corrupción puede ser otro de los posibles puntos flacos de la reforma.

En El Salvador, los ciudadanos saben que ya no deben pagar nada. Antes, el precio variaba en función del que atendía. Y había regateo. Roberto Vargas, de 63 años, que aguarda en el pasillo del hospital de San Vicente (en el centro del país), explica que hasta hace poco apenas iba al médico para tratar la hipertensión y la diabetes que padece. “No tenía con qué”, dice. Ahora le han detectado problemas renales agudos que quizá, con prevención, habrían sido más leves. En casos como el de este agricultor jubilado pone el acento Daniel Lestir, coordinador de [Médicos del Mundo](#) en El Salvador. Es el ejemplo de que el objetivo debe ser la cobertura total: “Los programas de atención gratuita exclusivamente materno-infantiles provocan el olvido del resto de la población. La salud es universal y debe cubrir a todos”. Al ejemplo de El Salvador se añaden otros, como el de ciertos Estados de India, que avanzan renqueante; o Filipinas, que a la cobertura universal va añadiendo ahora pequeñas mejoras, como el acceso a anticonceptivos gratuitos.

La falta de medios y la crisis hacen que expertos como Lestir o Meessen reconozcan que hay que ir paso a paso. Pero insisten en que aunque en principio se cubra solo a una parte de la población, la intención debe ser ampliarla. De ahí, dicen, la importancia de lograr meter esa

baza en la nueva agenda de la ONU. El coordinador de Acción por la Salud Global cree que los objetivos hasta ahora marcados en materia de salud (como la reducción de la mortalidad maternoinfantil) han tenido un gran impacto, pero no han logrado que los Gobiernos modifiquen sus sistemas para que la atención llegue a los más pobres: “Y si no cumple el derecho a la salud para todos los ciudadanos, los Estados no prosperarán ni crecerán, y los pobres seguirán empobreciéndose cada vez más”.