

CUIDADO DE LA SALUD

El acceso universal es posible y rentable, en todo el mundo

Lentamente algunos indicadores de salud en el mundo van mejorando. Desde el año 2000 ha disminuido a la mitad el número de niños que mueren antes de los cinco años; la esperanza de vida ha aumentado cinco años, hasta llegar a los 71; hay más niños vacunados que nunca y están disminuyendo enfermedades como la malaria, el VIH-sida y la tuberculosis. Sin embargo, la brecha entre lo poco que se progresa en indicadores de salud respecto al potencial asistencial que ofrece la medicina es cada vez mayor.

Luis Palomo

Centro de Salud "Zona Centro". Cáceres

Según la OMS la mitad de la población mundial no tiene acceso a medidas sanitarias esenciales, como la atención prenatal; las mosquiteras impregnadas con insecticidas; la detección de cáncer de cuello uterino; las vacunas contra difteria, tétanos y tosferina; el control de la hipertensión arterial o a una cirugía básica segura (cesárea, laparotomía, reducción de fracturas, etc...), que está fuera del alcance de 5.000 millones de personas.

Por otra parte, quienes pueden acceder a un médico a veces tienen que pagar un alto precio. Más de 800 millones de personas gastan más del 10 % de sus ingresos anuales en gastos médicos; casi 180 millones gastan más del 25 %; unos 100 millones de personas terminan en la pobreza extrema por sus gastos en salud (menos de 1,90 €/día para vivir). En Uganda, por ejemplo, en una encuesta a pacientes de hospital, el 53% declaró que tuvo que pedir dinero prestado para pagar el tratamiento, el 21% vendió sus pertenencias y alrededor del 17% perdió su trabajo

Además, la calidad de la atención recibida puede ser lamentable, así por ejemplo sólo entre el 12 y el 26 % de los pacientes de clínicas rurales indias y chinas recibió un diagnóstico correc-

to. Se detectan brechas entre lo que los médicos saben y lo que realmente hacen, por eso se promueven métodos de formación médica para conseguir profesionales bien entrenados, motivados y utilizados en el sitio y en las condiciones adecuadas (1).

Basándose en estos datos, en el potencial de la atención primaria y en las consecuencias de la superposición de las transiciones epidemiológicas en los países pobres, The Economist ha publicado una serie de artículos, que resumimos y comentamos a continuación, en los que promueve la atención de salud básica y universal, porque es razonable, es sostenible y es práctica, tanto en los países pobres como en los ricos, y porque sin asistencia sanitaria universal estaremos desperdiciando el potencial de la medicina moderna (2).

La transición epidemiológica en los países pobres

Como país emergente, China ejemplifica bien lo que se conoce como transición epidemiológica: el cambio de la mortalidad por enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas (de los vientres y los pulmones de los niños a las arterias de los adultos). En 1990 las principales causas de muerte prematura fueron las infecciones respira-

torias y las complicaciones de partos prematuros, en 2013 fue la enfermedad cardiovascular.

Un niño nacido hoy en China puede vivir 30 años más que sus antepasados nacidos hace 50 años. Es una esperanza de vida en años ganada en la mitad de tiempo que el que emplearon los países ricos.

Entre 1990 y 2016 el promedio mundial de esperanza de vida en salud al nacer aumentó de 55 a 61 años para los hombres y de 58 a 65 para las mujeres. El aumento se debió al descenso en la mortalidad neonatal y por VIH-sida, malaria y tuberculosis. Entre 2006-2016 descensos del 23%, del 44 %, del 27 % y del 23 %, respectivamente.

Aunque el sida todavía mata más de 1 millón de personas cada año, desde 2014 ya no figura entre las diez primeras causas de muerte en el mundo. Mientras tanto, la carga de las enfermedades crónicas sigue aumentando. Desde 1990 el número de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) debidos a diabetes y a insuficiencia renal han aumentado en un 24 % y 20 % respectivamente. La hipertensión arterial incontrolada pueden padecerla alrededor de 1.000 millones de personas; proliferan las enfermedades mentales y la depresión estaba entre las diez principales causas de mala salud en 2016. ▶

Así pues, los países pobres o en desarrollo tienen que enfrentarse a dos problemas a la vez. Por una parte a un número de personas con enfermedades infecciosas todavía muy elevado y, por otro lado, a que las personas viven más tiempo, pero no siempre en un buen estado de salud, como ya ocurre en los países ricos.

¿Cómo hacen frente los países pobres a estos cambios en la carga de enfermedad?. La mayoría del gasto en salud proviene de los presupuestos de los gobiernos y de los bolsillos de los consumidores y algo más de un tercio proviene de las ayudas en el año 2016 (37,6 billones de \$). La mitad de ellas las aportan entre el gobierno USA (34,0 %), el gobierno británico (10,9 %) y la Fundación Gates (7,8 %). Las ayudas se destinan sobre todo a salud infantil y materna, a las enfermedades infecciosas (sobre todo el sida); las enfermedades no transmisibles solo reciben el 1,7 %. Otras organizaciones colaboran en áreas específicas: en las vacunas, la Alianza GAVI; el Fondo Mundial de Lucha contra la tuberculosis, el sida y la malaria.

Pero ha sido una terrible epidemia, el Ébola, que pudo ser evitada, la que ha propiciado un planteamiento más amplio en el enfoque de la salud mun-

dial, cambiando el énfasis de tratar de erradicar enfermedades individuales hacia la construcción de sistemas de salud más resistentes a las amenazas y menos dependientes de las ayudas exteriores. Por ejemplo, se ha dicho que el Ébola no habría sucedido en Ruanda porque, aunque es un país pobre con un PIB por persona de sólo 750 \$, su plan de salud cubre al 90 % de la población y ha reducido a la mitad la mortalidad infantil en los últimos diez años.

Entre los objetivos de desarrollo sostenible de la ONU, todos los países se han comprometido a llegar a 2030 al cuidado universal de la salud, con el fin de que todas las personas puedan recibir la atención sanitaria que necesiten sin temer a la ruina financiera (3).

Ventajas de universalizar el cuidado de la salud

Hasta mediados del siglo pasado, incluso las personas de los países ricos, cuando enfermaban, tenían que elegir entre la salud física o la financiera. El primer Servicio Nacional de Salud con atención médica gratuita en el momento de uso se creó en Gran Bretaña en 1948. Desde entonces muchos países han promovido sistemas de salud integrales, como se refleja en la figura adjunta.

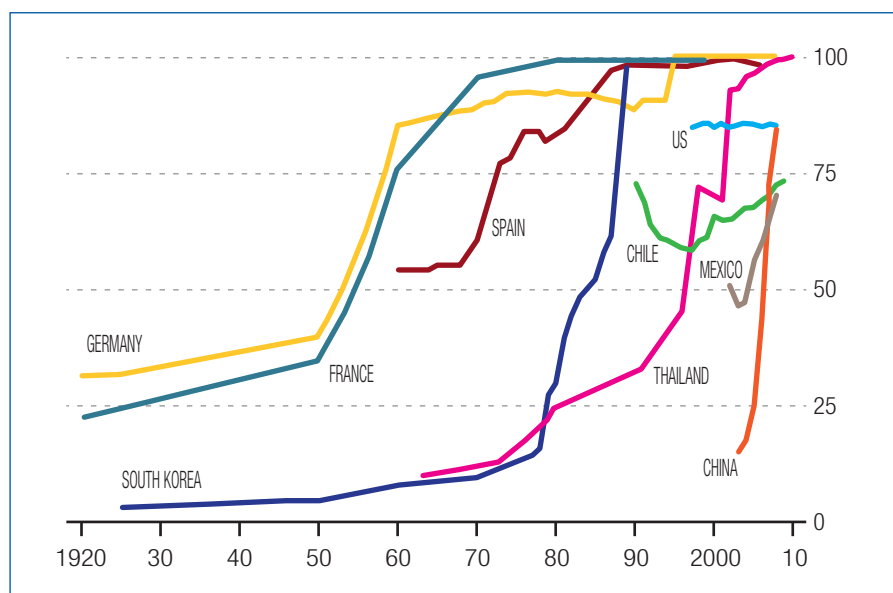
Generalmente, el incremento del gasto en salud es paralelo al enriquecimiento de los países, de hecho, los países ricos gastan en salud el doble que los países en desarrollo. Sin embargo, ni el enriquecimiento lleva necesariamente a la universalización de los cuidados, ni los ingresos son el único factor que implica mejoras en la salud.

A medida que aumenta el PIB de cada país, aumenta la esperanza de vida en promedio; más ingresos suponen más dinero para comprar alimentos y medicinas y los gobiernos tienen más recursos para realizar medidas de salud pública. Sin embargo, la esperanza de vida ha aumentado más que lo determinado por el aumento de los ingresos, porque también influyen los nuevos conocimientos y los avances médicos. Como explica Angus Deaton, se puede asegurar una buena salud con bajos ingresos, pero también se puede gastar mucho dinero en salud sin ningún sentido, como es el caso de EEUU (4).

La salud universal, como la educación básica universal, es una aspiración deseable, sostenible y práctica. Es evidente que esta aspiración se puede enfrentar a las ideas y partidos conservadores, porque los esquemas de aseguramiento de la salud pública implican que los ricos subsidien a los pobres, los jóvenes a los ancianos, los trabajadores a los parados y los sanos a los enfermos. Además se obliga a las personas a contribuir económicamente a través de impuestos, o a comprar seguros de salud.

La atención básica de salud universal además de razonable es asequible. Es sostenible económicamente y es una fuente de mano de obra intensiva. Pero no hay que vivir en un país rico para tener atención médica universal. Incluso países pobres han alcanzado coberturas casi universales. Por ejemplo Japón que alcanzó el 80 % de cobertura asistencial cuando su PIB/ persona era de solo 5.500 \$/año. De hecho, a nivel mundial, actualmente Japón es la tercera economía del mundo y, con 126 millones de habitantes, tiene un sistema sanitario público de cobertura universal

GRÁFICO 1. PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON COBERTURA PÚBLICA O PRIVADA SOBRE EL TOTAL



Fuente: Datos OCDE.

desde 1961 y la mayor expectativa de vida del mundo (5).

Otros ejemplos de países en desarrollo que han conseguido niveles elevados de atención integral de salud son Tailandia, Chile, Costa Rica o Ruanda. En Tailandia hay un seguro de salud universal y su expectativa de vida es similar a la de los países de la OCDE. Tanto Chile como Costa Rica tienen una esperanza de vida similar a los EEUU, aunque su gasto en salud por persona equivalente al 12 % del de EEUU.

Además, se produce un círculo virtuoso: una mejor salud puede ocasionar mayores ingresos, y viceversa. La investigación económica demuestra que en algunos países europeos entre 1820 y 2010 hubo una relación clara entre la expansión de la asistencia sanitaria, la caída de las tasas de mortalidad y el crecimiento del PIB por persona. Hasta el 30 % del crecimiento del PIB de Gran Bretaña entre 1780 y 1979 pudo ser debido a las mejoras en la salud y en la nutrición. El 11 % del incremento de los ingresos en los países en desarrollo entre 1970 y 2000 se debieron a menores tasas de mortalidad de adultos. Las mejoras en salud debidas a la erradicación de la malaria se relacionan con aumentos en el número de niños recibiendo educación, y durante más años, y con aumentos de la productividad en la edad adulta.

Desde el año 2002 han aparecido varios análisis que estudian la relación entre la mortalidad y la disponibilidad o no de seguros de asistencia sanitaria. La convicción de que la falta de aseguramiento sanitario aumenta la mortalidad se confirma en una reciente revisión según la cual las probabilidades de morir entre los asegurados en relación con los no asegurados es de 0,71 a 0,97 (6).

En cuanto al coste de la cobertura universal pública, aunque se han introducido programas nacionales de seguro de salud en la mayoría de los países desarrollados, solo unos pocos estudios han examinado su coste-efectividad. Todos los estudios seleccionados en un reciente análisis revelaron evidencias sólidas para apoyar los programas

de seguro de salud universal o las reformas de salud, en particular en los Estados Unidos. El ICER promedio (razón coste-efectividad incremental) en este análisis estaría por debajo del umbral estándar de coste-efectividad utilizado en los EE. UU. El ICER promedio varió de 23.000 a 64.000 \$ USA por año de vida ajustado por calidad (AVAC). Los resultados combinados mostraron que el seguro nacional de salud está asociado con una relación coste-efectividad incremental promedio de 51.300 \$ USA por AVAC ganado, frente a una disposición estándar a pagar por año de vida ganada de 62.000 \$ (7).



La atención primaria como recurso para la universalidad

Aunque haya una disposición gubernamental para impulsar la atención médica universal, surgen dificultades para encontrar el uso más eficiente de unos recursos limitados, para adaptarse a los cambios en la carga de enfermedad y para mantener el impulso de las reformas. Tanto la OMS como líderes en ayuda a la salud (B. Gates) insisten en desarrollar la atención primaria como mejor táctica para lograr la cobertura universal.

La atención sanitaria universal mediante la atención primaria es una intervención muy práctica. Incluso con pequeñas intervenciones, o con poco gasto, o con seguros populares, como es el caso de México, se pueden realizar hasta 200 intervenciones efectivas que van desde las vacunaciones hasta la cirugía básica.

Si los países pobres destinaran solamente 1 € extra/ persona/ semana a la atención sanitaria, destinando la mitad a los centros de salud primarios en vez de a los hospitales de las ciudades, se reducirían las muertes prematuras en una cuarta parte.

Un ejemplo de países que proporcionan una buena atención primaria a un coste bajo es Costa Rica. Antes de 1995 sólo el 25 % de los costarricenses tenía acceso a la atención primaria; en 2006 estaba cubierta el 93 % de la población. Desde 1995 se han creado más de 800 equipos básicos de atención integral de salud; uno por cada 4.000-5.000 personas, formados por un asistente técnico que visita a los pacientes en su hogar, un administrativo que mantiene registros actualizados, una enfermera, un médico y un farmacéutico.

Aunque los equipos tienen autonomía organizativa, se evalúan los resultados en salud. En 2004 se comprobó que la mortalidad infantil había disminuido un 13 % cada cinco años y en adultos un 4 %, en comparación con las áreas aun no cubiertas por equipos de atención primaria.

En Tailandia se han reducido las tasas de mortalidad reorientando las inversiones de capital hacia centros de atención primaria en vez de a hospitales. En Etiopía, desde 2004 se han formado 38.000 "difusores de salud"; graduados de escuelas secundarias rurales que reciben un año de capacitación sanitaria para volver a actuar en su medio, habiéndose reducido la mortalidad infantil en un 32 % y la materna en un 38 %.

En conjunto, se ha comprobado que la capacitación y la formación junto con los incentivos y la responsabilización hacen mejorar los rendimientos asistenciales en estos países pobres. Otros países, como Argentina, están en pleno proceso de extensión de la universalidad, reduciendo desigualdades entre distintos modelos de cobertura, estableciendo prioridades asistenciales mediante procedimientos transparentes y apostando por la atención primaria (8). ➔

La asistencia universal en España

El Gobierno anterior desatendió muchas señales de alarma, y así le fue. Si el Presidente del Gobierno español, Mariano Rajoy, o sus asesores, hubieran leído informes internacionales sobre la salud en el mundo, o las editoriales de las revistas sanitarias internacionales más prestigiosas, habrían entendido las razones por las que se pedía al Gobierno que aflojara las restricciones presupuestarias al Sistema Nacional de Salud; que era hora de revertir el deterioro de la sanidad pública, porque las consecuencias del RDL 16/2012 la podían empeorar todavía más en años venideros.

Aunque algunos indicadores económicos puedan estar mejorando (PIB, número de empleados) y datos como la esperanza de vida al nacer sitúen a España a la cabeza de la Unión Europea, porque alcanzó los 83 años en 2015 cuando era de 79,3 años en el 2000, otros datos aportados por organizaciones como Amnistía Internacional, la ONU o la propia Comisión Europea señalan que el sistema de salud se ha deteriorado en accesibilidad y costes. Así por ejemplo, en 2010 el tiempo promedio de espera para cirugía fue de 65 días y en 2016 se elevó hasta 115 días. En cuanto al gasto sanitario de bolsillo, el 2015 fue del 24 %, frente al promedio del 15 % de la Unión Europea.

Los inmigrantes en situación irregular, o los ciudadanos europeos sin re-

cursos que viven en España; o padres, madres, abuelos y abuelas que llegan a España fruto de un proceso de reagrupamiento familiar, fueron excluidos de toda atención sanitaria, salvo la atención básica de emergencia y la asistencia prenatal y pediátrica. Cinco años después de la entrada en vigor del RDL, eran 873.000 las tarjetas sanitarias retiradas (9).

La atención básica de salud universal además de razonable es sostenible económicamente y es una fuente de mano de obra intensiva

Algunas CCAA han tratado de legislar para corregir estas medidas insolidarias e injustas con los más desfavorecidos, pero esas medidas han sido recurridas por el Gobierno y rechazadas en los tribunales.

Así pues, en España se producen dos situaciones contrapuestas que atentan a la universalidad, por sus consecuencias en la igualdad, en la calidad de la prestación de los servicios,

en la salud pública y en la sostenibilidad económica del sistema. Por un lado se privilegia a determinados grupos de población con el modelo MUFACE, y, por otro lado, se restringe el acceso y las prestaciones a quienes carecen de recursos propios, como los inmigrantes, y aunque éstos no sean el grupo de población que más recursos consume, porque ni son los más ancianos, ni los más enfermos.

La legitimación social y política del sistema sanitario pasa por incluir los derechos a la protección a la salud y a la asistencia sanitaria en el Capítulo II del Título primero en una futura reforma de la Constitución; por revertir las limitaciones introducidas por la aplicación del RDL 16/2012; por volver a regular la protección sanitaria de la población inmigrante; y por integrar todos los sistemas públicos de protección sanitaria en un sistema único basado en la condición de ciudadanía española suprimiendo a los efectos sanitarios las mutualidades de funcionarios (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) y los sistemas de protección existentes para otros profesionales específicos (10).

Es preciso convertir en una prioridad política el recuperar las prestaciones para quienes no pueden costarse con recursos propios los cuidados de salud; así como el acceso igualitario a la protección sanitaria, como reconoce la Constitución, de manera que ni la situación social ni el lugar de residencia sean motivo de discriminación. ◆

BIBLIOGRAFÍA

1. BMJ 2018; 361: k1716. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k1716>
2. <https://www.economist.com/news/special-report/21740873-argument-universal-health-care-clear-getting-there-difficult-says-john>
3. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
4. Angus Deaton. El Gran Escape. Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad. México D. F.; Fondo de Cultura Económica, 2015
5. Kurokawa K. Aiming for truly universal health coverage. Accesible en: <https://www.japantimes.co.jp/opinion/2017/12/08/commentary/japan-commentary/aiming-truly-universal-health-coverage/#.WjARgDckrIU>
6. Woolhandler S, Himmelstein DU. The Relationship of Health Insurance and Mortality: Is Lack of Insurance Deadly? *Ann Intern Med.* 2017;167(6):424-431. DOI: 10.7326/M17-1403. Disponible en: <http://annals.org/aim/fullarticle/2635326/relationship-health-insurance-mortality-lack-insurance-deadly>
7. Nghiem S, Graves N, Barnett A, Haden C. Cost-effectiveness of national health insurance programs in high-income countries: A systematic review. Accesible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0189173>
8. <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/05/22/adolfo-rubinstein-building-more-effective-health-care-coverage-in-argentina/>
9. <https://dempeuserlasalut.wordpress.com/2017/05/05/19207/>
10. Rey del Castillo J (Coord.). Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España. Fundación Alternativas. Documento de Trabajo 190/2015. Acceso en: http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/47a0bc83a71e121bef785c7c1d13e370.pdf