



## Cobertura universal

**L**a cobertura universal de la atención a la salud a todos los residentes de un país incluye la atención médica integral, dental y mental acordes con los programas específicos. El concepto *universal* es muy amplio, por lo que es necesario señalar, con bases, el grado de involucramiento del Estado, la sociedad y la iniciativa privada como parte de ello.

Se debe explicar qué cobertura corresponde a ciertos servicios como cuidados ambulatorios, a domicilio, odontología, oftalmología, embarazo o bien el aborto; en este concepto, la probabilidad de una mujer pobre con menos de cinco años de educación y de origen indígena, de sufrir un aborto peligroso es nueve veces más alta que la mujer no indígena con recursos económicos. En América Latina existen inequidades marcadas socioeconómicas y demográficas, también en cuidados neonatales, convalecencia, rehabilitación, VIH Sida, entre otros, que las compañías de seguros consideran excluyentes. La prestación de un servicio integral de salud debe responder a las necesidades de la sociedad, que abarque promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación, lo cual implica un sólido sistema de vigilancia epidemiológica, de otra forma la cobertura universal es inalcanzable. Citemos como ejemplo la reciente pandemia, experiencia que ilustra la inconsistencia de la información epidemiológica, en la planeación de prácticamente todos los sistemas de salud en América Latina.

En la mayoría de los países afectados por la pandemia del virus AH1N1, en 2009, el registro epidemiológico reveló que la infraestructura de vigilancia no ha dado una respuesta a corto plazo de los casos confirmados y su impacto en forma confiable. Por ejemplo, la estimación en Estados Unidos de casos confirmados por los laboratorios asciende a un total de 43 677, y la estimación de casos es de 1.8 millones a 5.7 millones, lo que incluye de 9 000 a 12 000 hospitalizaciones de abril a julio de 2009. La mortalidad hospitalaria fue de 6%, lo cual contrasta con la mortalidad generada por el virus.

La expansión de cobertura en salud debe reflejar un incremento en los costos, para que la propuesta de cobertura universal progrese; inevitablemente requiere un control estricto de los costos, lo cual políticamente es razonable, aunque no necesita ser suficiente.

La expansión de cobertura en salud debe reflejar un incremento en los costos, para que la propuesta de cobertura universal progrese

Declarar la cobertura universal es un propósito encomiable, políticamente es aceptable si se cumple; en caso contrario, tal declaración se revertirá en forma negativa.

Los costos de expansión de cobertura y el control de costos afectará a los servicios médicos tradicionales, sean hospitales y servicios médicos, e impactará de manera positiva a las finanzas de las compañías de medicamentos y equipo médico. Financiación no es igual que una eficiente prestación del servicio, las intervenciones en el logro de la salud implican eliminación de costos innecesarios y vigilancia de la calidad de los servicios.

Es fundamental concretar las obras de infraestructura que presentan un gran rezago, las nuevas tecnologías, producto del conocimiento nuevo, conviven con las instituciones médicas desorganizadas y obsoletas, en donde las viejas como las

nuevas enfermedades también conviven en un marco de déficit financiero; el sistema de salud en América Latina, no está diseñado para la combinación de patologías, estrechamente vinculadas con estilos de vida y la población que envejece en un marco demandante de las cada vez más caras y poco accesibles tecnologías médicas y de medicamentos, estos últimos escandalosamente nocivos a la economía familiar y a la salud pública. La crisis de la salud debe considerarse interconectada con la pobreza de educación, así podremos mejorar ambas al instruir a los niños acerca de cuáles son los problemas de salud que requieren asistencia médica e inducir a una nueva dinámica social que lleve a una salud global, a una nueva salud.

El reto consiste en reemplazar el conocimiento obsoleto de nuestras instituciones de salud, teorías, imágenes y técnicas que en otros países han sido relevadas por el conocimiento nuevo y que debe constituir la base del conocimiento actual en las personas, en la sociedad.

Rosenberg y Andersson señalan que en las constituciones y otras normas básicas de los países de América, la exclusión de un problema afecta a una proporción importante de la población (entre 80 y 200 millones de personas). La situación actual es inaceptable y necesita ser abordada directa y abiertamente para encontrar soluciones.

La evolución de los sistemas de salud caracterizados por una segmentación no regulada hacia una combinación adecuada de coordinación y regulación que asegure la eliminación eventual de la exclusión no es fácil, pero señala una vía importante para la siguiente generación de reformas del sector de la salud que debe realizarse en el contexto de un amplio consenso nacional sobre el modelo más adecuado para cada país. Está claro que no hay soluciones comunes que satisfagan a todos los países y a todas las situaciones.

Además, no tiene sentido dismantelar sistemas integrados que funcionan razonablemente, como es el caso de Costa Rica; en países con amplias minorías étnicas hay que considerar el respeto a sus costumbres y culturas; en países con sistemas casi colapsados es posible diseñar sistemas nuevos en el contexto de los recientes arreglos institucionales.

### ■ Más de 30 años perdidos, ¿por la crisis?

Tomando en cuenta el “Plan Nacional de Salud para las Américas”, documento oficial de la OPS 146, Washington, D. C. (1977) y el informe de la Conferencia Internacional sobre APS, Alma Ata, URSS (septiembre de 1978), diversos autores a lo largo de 35 o más años han caracterizado la salud en América Latina. Aquiles Lanza reconoció en 1983 (*La salud en América Latina*, FCE), que no es una región homogénea, el perfil de la situación de salud, la magnitud y la calidad de los recursos, las características demográficas y sociales, la persistencia de culturas nativas y tradicionales, el grado de desarrollo económico, la distribución del ingreso, varían entre los países de la región, así como entre diversas zonas del mismo país. C, consideró que uno de los problemas administrativos a resolver era el que suponía sustituir programas verticales y compartimentos estancos especializados por programas horizontales que caracterizan la atención primaria de salud.<sup>14</sup>

Mario Testa, en esa misma época (1983), al analizar la tendencia a extender la cobertura de los servicios de salud que se encontraban en crisis; entendida esta como una situación en la cual se plantea la ruptura de una continuidad, en el caso de la salud, reconoció la crisis de costos, la crisis de accesibilidad y la crisis de eficacia. En resumen, no se alcanza el propósito.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Katz Lanza, A., Testa Mario. Óp. Cit.

<sup>15</sup> Ídem.

El incremento de los costos de la atención médica desde entonces hasta la actualidad, tiene cuatro componentes principales:

*Administración:* Control organizacional, estructuras pesadas.

*Equipos:* Expanden el conocimiento y el diagnóstico. Dependencia tecnológica.

*Medicamentos:* Tasas de ganancia enorme. Orientan la terapéutica médica.

*Médicos, en particular especialistas:* Altamente tecnificados.

La crisis de accesibilidad se ha visto impregnada por gran cantidad de programas basados en diversas composiciones de recursos humanos, equipos de trabajo, red de servicios paramédicos, médicos familiares; realmente lo que ha predominado es la burocracia y precariedad en los sistemas de salud.<sup>16, 17, 18, 19, 20, 21, 22</sup>

#### Precariedad en los sistemas de salud

Falta de regulación profesional

Falta de conocimientos de los profesionales de la salud

Pérdida de horas de trabajo

Metas de salud no cubiertas

Políticas y programas ineficientes

<sup>16</sup> Ídem.

<sup>17</sup> Lipkin Mack, Jr. Lybrand William. Population-Based Medicine Praeger, 1982.

<sup>18</sup> Lipovetsky, Gilles. Óp. Cit.

<sup>19</sup> Almeida, C. M. Óp. Cit, 5:3-57.

<sup>20</sup> Carvalho, J. Am. Ídem.

<sup>21</sup> Almeida, Celia. Ibidem.

<sup>22</sup> Crocco, Pedro, et al. Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Rev. Panam, Salud Pública 8(1/2), 2000.

El avance hacia una sociedad más humana, en lo que se refiere a la medida de *evitar* las muertes *evitables* y *curar* las enfermedades *curables*, no son fundamentalmente económicas, sino conceptuales y valorativas.

Lo que ha sucedido en América Latina en forma recurrente ante la vulnerabilidad y fragilidad del sistema financiero y bancario ha sido más pobreza. Las limitaciones están más en las ideas, en la persistencia de los grandes problemas sociales, los cuales no ceden y pareciera que los centros académicos tampoco comprenden el significado del cambio necesario en salud.