

“No hay protección social en salud sin financiación pública”

Entrevista con el Dr. José Manuel Freire Campo

Reconocido experto internacional, el Dr. Freire Campo, expuso sobre temas de universalidad y financiamiento en las recientes Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud y dio una conferencia en nuestra Universidad. Entrevistado por [i]salud brindó un panorama sobre estos temas y precisó algunas alertas.

¿C

uál es su opinión sobre el tipo de reforma en el sistema de cobertura de salud que se ha dado en llamar “nuevo universalismo”?

—Entre las acciones que hay para crear sistemas de salud universales de calidad, uno de los modelos que está en debate es el de la reforma que hicieron en Colom-

bia. Esa reforma fue bautizada por uno de sus proponentes “Nuevo universalismo”, por oposición al viejo universalismo. Y en este caso lo viejo es mejor que lo nuevo. La universalidad que siempre hemos entendido en salud pública es una universalidad en la que todos somos iguales. No es bueno un universalismo de cobertura en el cual cada grupo social tenga una cobertura diferente.

Un currículum elocuente

José Manuel Freire Campos es médico. Fue Ministro de Salud del País Vasco, director de la Escuela Nacional de Sanidad de España y Director General de Atención Primaria de Andalucía, entre otros cargos. Actualmente es Jefe del Departamento de Salud Internacional y Director del Máster de Salud Pública Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad, del Instituto de Salud Carlos III; e Inspector de la Seguridad Social española. Estudió Salud Pública y Administración Sanitaria en las universidades de Londres (MSc Community Medicine) y Harvard (Master of Public Health y Master of Health Services Administration). Ha estado activamente involucrado en política sanitaria en la Unión Europea (Alto Comité de Salud Pública y Grupo Chief Medical Officers), y en salud internacional con la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales como la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social y la European Management Association (EHMA) de la cual ha sido presidente.



En Colombia hubo una corriente neoliberal de introducir mercados, competencias; tanto en el seguro social como en la provisión de servicios, argumentando que esta es más eficaz, eficiente y demás. Este discurso neoliberal tenía una agenda oculta que era la privatización de las pensiones. Destrozar los sistemas de seguridad social privatizando las pensiones y, por otro lado, mercantilizando el sector salud. Y si bien es verdad que “el buen paño en el arca se vende”, también se vende el mal paño si está bien envuelto. Entonces, los proponentes de esta reforma planteaban el problema así: “Esto de la cobertura universal es muy difícil, es muy caro, no tiene sentido para las clases pobres o para la gente que vive en la calle”. Es una cuestión de filosofía, pero al mismo tiempo ciertas injusticias claman al cielo.

La idea que plantearon es: “demostramos a todos lo básico, que a nadie le falte lo básico y, a partir de ahí, los que puedan pagar más

que se lo paguen”. Aparentemente es muy bueno esto, suena bien, pero no tiene en cuenta una cosa: las desigualdades sociales, que forman parte de las injusticias sociales. Esto se defendía hablando del “Nuevo universalismo”, que realmente es una dualización, una segmentación de los servicios institucionalizada. Puede ser mejor que lo que había, en el sentido que se intenta dar a los pobres lo básico, pero no es una opción para América latina.

–Es disfrazar un discurso conocido bajo un nuevo nombre...

–Las presiones por un “neouniversalismo” disfrazan realmente una realidad de estructura de servicios de salud injusta, o por lo menos desigual. Y el problema no es que los sistemas de salud sean hoy desiguales. El problema es que estén hechas estas desigualdades de tal manera que nunca converjan hacia la equidad. No importa si los sistemas pasan diez años siendo desiguales si al cabo evolucionan bien. Es

lo que ha pasado en España, en Costa Rica, lo que quieren hacer los chilenos; deshacer el entuerto que les dejó Pinochet; lo que están intentado hacer los uruguayos... Por supuesto que hoy es distinta la posibilidad que tiene un uruguayo según su cobertura. Pero estos gobiernos están tendiendo al viejo universalismo de la igualdad, de la equidad, basado en valores de justicia social.

–Hay países como Cuba, como Costa Rica, que sin ser ricos tienen coberturas universales eficientes. ¿Qué es lo que hace falta para que se pueda tener una cobertura eficiente sin ser un país rico?

–Efectivamente. En las Américas, Cuba tiene un proceso político muy peculiar, pero Costa Rica, en una economía de mercado, tiene una cobertura universal que es igual para todos los ciudadanos y con un nivel de calidad muy razonable para las posibilidades del país. Esto es un ejemplo. Brasil es otro ejemplo y, en ese sentido es más interesante porque es más

“Es importante señalar que en la medicina que realmente funciona, la Atención Primaria resuelve el 95 por ciento de los problemas de salud -dice Freire-. Tener una buena medicina no necesita de manera obligada gastos que no se pueda permitir cualquier país mínimamente organizado”.

complejo, es más grande. Brasil creó en 1988 su sistema único de salud, que se financia por impuestos y cubre a toda la población, a todas las clases sociales.

—¿Instaurar un sistema que cubra a todos tiene que ver solo con decisiones políticas?

—Es una decisión política, pero raramente se da fuera de circunstancias extraordinarias. Por ejemplo, los brasileros se regalaron a sí mismos este sistema único de salud cuando salieron de la dictadura a la democracia en el 88. Los británicos lo hicieron con el suyo cuando terminó la Segunda Guerra Mundial, que había sido durísima para ellos. En España la llegada de la democracia marcó un antes y un después en el planteamiento de la cobertura. Las decisiones que cambian el terreno de juego necesitan circunstancias muy especiales para ser posibles políticamente. En circunstancias normales el juego de intereses, los equilibrios que se establecen en una sociedad impiden, o no facilitan,

cambios radicales. Sin embargo, eso no impide a bases y movimientos sociales ir en la dirección correcta; en este caso, que todos los ciudadanos tengan cobertura de salud. Y que incluya además protección social y financiera en caso de enfermedad. Porque no vale únicamente con tener una cobertura. Imaginemos una familia pobre cuya cabeza de familia enferma y se queda sin sustento como consecuencia de esa enfermedad. Protección social significa que haya un ingreso que entre en ese domicilio. Eso es protección social.

—Una instancia superadora de lo que sería la cobertura universal...

—Va un poco más allá, por eso siendo importante la cobertura universal en salud, estrictamente, lo es también que la gente enferma no tenga que dejar de comer para ser atendida porque no tiene ahorros. Incluso haciendo todas esas cosas, para la mayor parte de la gente, incluidos los profesionales; la clase media

y medio alta, la enfermedad no es accesible hoy. Los tratamientos son carísimos. Nadie se los puede pagar sin seguro.

—¿Cómo se financia una cobertura de este tipo?

—En todos los países democráticos y avanzados, por financiación pública. Este es el mensaje: No hay protección social en salud ni cobertura estrictamente de salud universal sin financiación pública.

—Y en ese sentido, ¿cómo está el panorama en el mundo?

—Todos los países desarrollados la tienen. Los países democráticos también. Es importante. Si la democracia es el gobierno del pueblo para el pueblo, ¿cómo no se va a dar el pueblo a sí mismo una protección social básica? De acuerdo a las posibilidades del país, claro. Es indudable que en Costa Rica no existe la misma posibilidad económica que la que tenemos en España u otros países de Europa.

Es importante señalar que en la medicina que realmente funciona, la Atención Primaria resuelve el 95 por ciento de los problemas de salud. Tener una buena medicina no necesita de manera obligada gastos que no se pueda permitir cualquier país mínimamente organizado. El acceso a los medicamentos esenciales, a los tratamientos más prioritarios y más efectivos, no es efectivamente cara; no son nada que no se pueda dar a sí mismo un país medianamente organizado.

—¿El problema son las cuestiones de organización?

—Entendiendo por organización no solamente lo necesario de los servicios sino la cultura política del buen gobierno, del tamaño del Estado en proporción a la riqueza nacional. Los países ricos

“El problema no es que los sistemas de salud sean hoy desiguales —asegura Freire—. El problema es que estén hechas estas desigualdades de tal manera que nunca converjan hacia la equidad. No importa si los sistemas pasan diez años siendo desiguales si al cabo evolucionan bien”.



son donde el Estado maneja más recursos en relación a los recursos del país. Es por eso que el escenario macroeconómico, el tamaño del Estado importa. Y esto se ve en un fenómeno actual que mueve a la reflexión: hoy, la gente migra desde países pobres en los cuales no hay impuestos a otros desarrollados en los cuales se pagan impuestos elevados.

–Hay impuestos elevados pero también otro nivel de vida y servicios...

–Es que en un contexto democrático sería muy difícil pagar impuestos y no obtener nada. Cada realidad de los países interactúa en un sistema completo donde unas cosas retroalimentan a las otras. Impuestos y democracia van juntos. Y los impuestos se usan en interés de los ciudadanos.

–Volviendo a la protección universal de la salud, ¿cómo se financia a la persona que está enferma o se queda sin trabajo?

–Pues, para las gripes benignas, los primeros días cada uno se vale de sus ahorros. Cuando pasa cierto tiempo hay normas por las cuales los trabajadores reciben un determinado porcentaje de su sueldo. En la mayor parte de los países no hay un límite de tiempo y tienen arreglos para que en distintas circunstancias paguen diferentes tipos de seguros. En algunos lugares, los primeros días lo asume el trabajador, luego el empresario, luego un seguro. Eso es un sistema de seguridad social que tiene este particular arreglo. Podía haber sido que el empresario en vez de pagar cuando sus trabajadores están enfermos, pa-



“Los brasileños se dieron su sistema único de salud luego de la dictadura, los británicos cuando terminó la Segunda Guerra Mundial, en España la democracia marcó un antes y un después en la cobertura. Las decisiones de cambio necesitan circunstancias muy especiales para ser posibles políticamente”.

que un seguro, que es lo que sucede en la mayor parte de los países. La cuota que se paga a la seguridad social cubre eso.

–El National Health Service del Reino Unido acaba de cumplir 60 años, ¿Qué reflexión le merece este hecho?

–Fue el modelo que inspiró los sistemas de cobertura de salud de muchos países y es un referente mundial. La idea de que el derecho a los servicios de salud sea un derecho cívico, ligado a la condición de ciudadanía y para todos igual. Esto es, como decimos en España, una pica en Flandes. Es un gran avance, es uno de los grandes pasos que ha dado la humanidad para mejorar la sociedad en que vivimos. La idea es insuperable. No hay mejor alternativa. Sigue siendo el referente. Los principios básicos en los que se basa son fundamentales.

–Por último, ¿hay algo que no quisiera dejar de contar?

–Quisiera darle enhorabuena a ISALUD por ser Universidad y desearle que sea un foco de formación de líderes y de profesionales competentes, que son muy necesarios tanto para la protección social como para las buenas políticas públicas de las cuales la protección social en salud y la salud forman parte.

Incentivos perversos

–Ud. sostiene que las soluciones de hoy en muy poco tiempo se pueden convertir en incentivos perversos, ¿en qué casos y cómo contrarrestar eso?

–Por ejemplo, una situación de lista de espera: pagamos a los médicos para operar a quienes están en lista de espera. A lo mejor eso puede dar lugar, consciente o inconscientemente, a generar más listas de espera. Ahí hay un incentivo que es perverso que produce el efecto contrario a aquello que intentábamos lograr. Intentábamos acortar la lista de espera y, si se paga de esta manera, estamos incentivando a que en las horas pagadas con sueldos se trabaje a un ritmo y en las pagadas por acto se trabaje mucho más rápido para aligerar la lista de espera. Otro caso, mucho más conocido y estudiado, es la atención al parto. Si pagamos más por cesárea que por parto normal habrá una tendencia a que haya más cesáreas. Por eso se trata de buscar sistemas de pago, incentivos que no tengan efectos perversos, o minimizándolos, o monitorizando estos efectos. Por ejemplo, en cesáreas hay sistemas de seguros que pagan lo mismo por parto normal que por cesárea. Otros sistemas de seguros autorizan únicamente que 18% sean cesáreas, son 20 a lo largo de un año. De tal manera que los médicos tienen que asegurarse de que sus indicaciones están muy, muy medidas.