

# De Salud para Todos a Salud Universal: Cómo concretar el derecho a la protección a la salud

*Oswaldo Artaza Barrios / Begoña Sagastuy\**

## RESUMEN

Los países han mejorado las condiciones e indicadores sanitarios, pero persisten profundas inequidades y surgen nuevos problemas. Muchos de éstos guardan relación con injusticias estructurales que subyacen en nuestras sociedades. Para ello se ha definido en la región de las Américas una estrategia hacia el acceso y la cobertura universal en salud, hoy llamada “salud universal”. El objetivo no es distinto a los que desde Alma Ata se intentaron concretar bajo el concepto de “salud para todos”. Lo que ha cambiado es el contexto y la implementación de la nueva estrategia intenta hacerse cargo de ello, y no se ve ajena a los debates sobre las políticas sociales en su conjunto y a la concepción de los modelos de desarrollo, ya que los aspectos sanitarios no pueden analizarse fuera de éstos. Este ensayo justamente intenta reflexionar sobre aspectos cruciales en las políticas públicas para salud universal contribuya efectivamente a materializar el derecho a la salud.

## ABSTRACT

Despite the fact that countries indicators and health conditions have improved, deep inequities persist and new problems have surfaced. Several of these new problems are related to structural injustices that underlie in our societies. Considering this, a Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage (now called “Universal Health”), has been defined in the Americas. The Strategy’s objective is not different from the goals set in Alma Ata to achieve “health for all”. What has changed is the context in which this goal is to be accomplished. This new Strategy attempts to address this situation and; at the same time, it takes into consideration the debates on social policies and development models since health cannot be understood and analyzed independently. This essay reflects on crucial aspects in public policies so that Universal Health can effectively contribute to the realization of the right to health.

\* Asesores en Sistemas y Servicios OPS/OMS. Esta publicación no representa la posición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ni de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sino la de los autores. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de este material y en ningún caso la OPS/OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización. [spena@correo.xoc.uam.mx](mailto:spena@correo.xoc.uam.mx)

Fecha de recepción: 13 de octubre de 2015  
Fecha de aceptación: 12 de junio de 2016

**PALABRAS CLAVES:** salud, sistemas de salud, Salud Universal.

**KEYWORDS:** Health, Health systems, Universal Health.

*“De las muchas oportunidades y desafíos que esta Organización y nuestros Estados Miembros enfrentan, una meta sobresale por encima de las demás. Y esa meta es dar acceso universal a los servicios de salud en todas las Américas. No hay otro logro que pueda contribuir más a asegurar una vida larga, digna y productiva”.*

Dra. Carissa Etienne, Directora de la OPS

*“A mi modo de ver, la cobertura sanitaria universal es el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer. La cobertura universal atañe a todos. Permite unificar los servicios y prestarlos de manera integral e integrada, sobre la base de la atención primaria de salud”.*

Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS

## Introducción

Todas las naciones aspiran a que sus ciudadanos alcancen la mayor calidad de vida posible. Para alcanzar dicho objetivo la salud es fundamental pues es pilar no sólo del desarrollo individual, sino también del desarrollo sostenible de las naciones<sup>1</sup>.

El compromiso político de los países de responder a las necesidades de salud de las personas, aunado al desarrollo económico y social de las últimas décadas, se ha traducido en algunos avances en cuanto a los indicadores de salud en el mundo (OPS, 2012). Pese a estos logros, persisten importantes

desafíos producto de, entre muchos otros factores, la inequidad, la exclusión y la falta de acceso a servicios de salud de calidad para amplios sectores de la población (OPS, 2012).

Reconociendo estos retos pendientes, en las últimas décadas surgió un consenso, al menos en el discurso internacional, que retomando el espíritu de la Declaración de Alma Ata de 1978 sintetizado en el lema “Salud para Todos”, invoca a garantizar el derecho a la salud bajo el lema de “Salud Universal”; es decir, a través del Acceso y la Cobertura Universal de Salud. Una misma búsqueda en nuevos contextos.

En 2012 la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su 67 período de sesiones, advirtió e invitó a los Estados Miembro a que reconozcan “la importancia de la cobertura universal de salud en los sistemas nacionales de salud, especialmente mediante mecanismos de atención primaria de la salud y protección social, incluidos los niveles mínimos de protección social determinados a nivel nacional” (ONU, 2012). Asimismo, señaló “que la mejora de la protección social en pro de la cobertura universal es una inversión en las personas que las empodera para ajustarse a los cambios en la economía y en el mercado de trabajo y contribuye a apoyar una transición hacia una economía más sostenible, inclusiva y equitativa” e insta a los Estados Miembro a que “hagan esfuerzos para evitar que las personas se vean obligadas a hacer pagos directos e incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud” (ONU, 2012). Recientemente, en septiembre del año 2015, la 70 Asamblea General de las Naciones incluyó entre los 17 Objetivos para

<sup>1</sup> Para más información sobre la salud como condición previa, resultado e indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible ver: *Declaración de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud* del 2011; la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río + 20) del 2012; la Declaración de las Naciones Unidas de diciembre del 2012 y el debate sobre la Agenda para el Desarrollo después del 2015.

el Desarrollo Sostenible (ODS), a la Cobertura Universal como meta hacia el año 2030.

Asimismo, en octubre de 2012, el Consejo Directivo de OPS aprobó la Resolución CD52.R11. En ella, la Organización insta a los Estados Miembro a reconocer la necesidad de fortalecer la Protección Social en Salud a fin de reducir el impacto de la pobreza en los resultados de salud en la Región de las Américas. Por su parte, la OMS publicó, en 2013 el Informe sobre la Salud Mundial, que llevó por título *Investigación para la Cobertura Universal de Salud*.

Los países de las Américas, en el 53 Consejo Directivo de la OPS, definieron al Acceso y la Cobertura Universal en salud como el hecho de que “todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad [...] a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras” (OPS, 2014). Para avanzar hacia la Salud Universal, la Organización definió en su plan de acción cuatro líneas estratégicas esenciales que requieren para su cumplimiento la existencia de liderazgo de las autoridades sanitarias nacionales para impulsar transformaciones en sus sistemas, aumentar el financiamiento y mejorar la calidad de dicho gasto, y para actuar junto a otros sectores en modificar los determinantes sociales de la salud. Por ello, es relevante la definición e implementación de un conjunto de acciones para fortalecer el liderazgo, la gobernanza y rectoría del sector de la salud a fin de que puedan ejercer de forma efectiva las políticas, planes, legislaciones, regulaciones y acciones sectoriales y extra sectoriales.

Como se señala con anterioridad, Salud Universal recoge de modo dinámico y comprensivo marcos conceptuales y definiciones de política que

precedieron y aún conviven con la estrategia de Acceso y Cobertura Universal en Salud. De alguna manera, Salud Universal supera los enfoques que se acotan a aspectos estructurales, financieros o solo organizacionales, que estaban detrás de conceptualizaciones tales como protección social en salud, aseguramiento universal en salud, modelos de competencia administrada o pluralismo estructurado. Su sustento en el plano de las ideas guarda relación con la garantía de derechos con carácter universal, es un esfuerzo por adaptar “salud para todos” a los tiempos actuales. Salud un derecho de todos, sin discriminación alguna, que es menester garantizar.

Salud Universal, o como denominemos al anhelo de hacer efectivo el derecho a la salud, especialmente para las poblaciones más pobres y vulnerables, sólo será posible mediante la acción política, dado que la salud es y será una construcción social. Por ello, los avances y los pendientes en salud deberán observarse como producto de éxitos o fracasos de los cambios culturales, de las luchas y movimientos sociales y finalmente de las relaciones de poder al interior de nuestras sociedades.

### **La salud como construcción social**

La salud es una construcción y un bien de carácter social que contribuye fuertemente al desarrollo del capital humano y es un factor clave en el desarrollo sostenible de las naciones (OPS/OMS en México, 2013). En la experiencia internacional, la situación de salud de los habitantes de un país está estrechamente vinculada con las condiciones sociales de las personas (Sojo, 2011). Por tanto, en indicadores relacionados con bienestar, expectativa y calidad de vida, influye más el nivel educacional, el acceso a agua potable y el saneamiento ambiental, así como el nivel de distribución equitativa de la riqueza, entre otros muchos factores -hoy conocidos

como determinantes sociales de la salud- que la sola existencia de servicios médicos. Esto explica por qué los indicadores de salud no guardan una estricta correlación sólo con el nivel de gasto en los sistemas sanitarios (Artaza, 2004). Si el modelo de desarrollo es fuertemente inequitativo, poco podrá hacer un sistema sanitario para amortiguar los efectos de ello, en especial por que los sistemas de salud suelen, más temprano que tarde, replicar la estratificación o segmentación de la sociedad de la que forman parte.

La relación entre salud y condiciones sociales explica la importancia que se ha dado al concepto de equidad en salud. La equidad en salud debe entenderse desde la multidimensión de la justicia en los arreglos sociales y como esencial en el ejercicio de la libertad y las posibilidades humanas (Martínez, 2007; Sen, 2002). No es aceptable para los ciudadanos que una persona no tenga la oportunidad de una vida sin enfermedades, discapacidad o mortalidad prematura evitables por razones socioeconómicas, étnicas, de género o cualquiera otra. La equidad se refiere a la idea de que todos los individuos de una sociedad deben tener la misma oportunidad de desarrollar su pleno potencial de salud; en ese sentido, la acción hacia la equidad en salud pone el acento en la reducción de las diferencias innecesarias, evitables e injustas, denominadas “inequidades en salud” (Whitehead, 1991; Evans et al., 2000; Braveman y Gruskin, 2003; Ruiz, 2011). La equidad es socialmente determinada y su superación va más allá de las fronteras del sistema de servicios de salud, comprometiendo un modelo de desarrollo que contribuya al mayor nivel de justicia posible; a la acción intersectorial y al desarrollo de políticas sociales y económicas coherentes e integradas (Travassos, 1997; Sojo, 2011).

Las desigualdades sociales en toda América Latina, son profundas, con altísimas disparidades en salud. El índice de Gini<sup>2</sup> y la razón de ingresos entre los grupos poblaciones más ricos y los más pobres en nuestros países son de los más elevados del mundo. Esto quiere decir, nuestra Región no es la más pobre del mundo, pero sí la más desigual en la distribución de su riqueza (Goñi, López, y Servén, 2008; Lopez y Perry, 2008). Estas profundas desigualdades económicas y sociales impactan en la salud al producir inequidades con brechas en la mortalidad y morbilidad de los diferentes estratos sociales y con muertes en edades más tempranas en los grupos de ingresos más bajos. Por lo tanto, promover la equidad exige incidir sobre los determinantes sociales de la salud. Es reconociendo lo anterior que la definición de la APS de la Conferencia de Alma Ata en 1978, resalta un abordaje de la salud como concepto positivo y fuente de riqueza para la vida cotidiana que no se reduce al sector sanitario, sino que apunta al bienestar general y al desarrollo.

Para la OMS, los determinantes más importantes son los llamados estructurales ya que “influyen en las posiciones sociales de los individuos constituyen la causa principal de las inequidades en salud” (OMS, 2011). Ejemplo de ello es la distribución de ingresos pues es “el factor más importante para explicar la situación sanitaria general de un país no es su riqueza total sino el modo en que ella se distribuye” (OMS, 2011). Lo anterior, fundamenta la relación profunda entre el modelo de atención en salud, la acción intersectorial, las políticas

<sup>2</sup> El índice de Gini es un indicador que mide la desigualdad en los ingresos de los individuos y varía de 0 a 1. El valor 0 del índice de Gini significa igualdad perfecta, ausencia de desigualdad en los ingresos; el 1 indica desigualdad extrema, esto es, todo el ingreso es recibido por el individuo más rico.

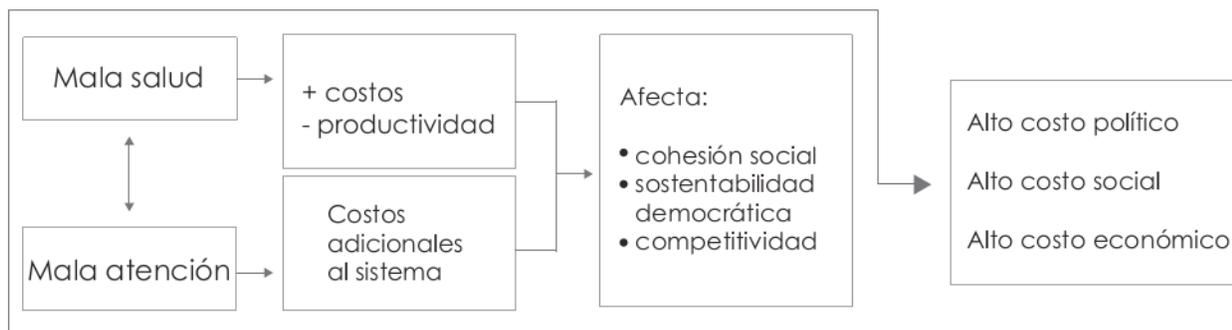
sociales en su conjunto y el modelo de desarrollo de nuestros países. Por tanto, podemos afirmar que tanto la expectativa como la calidad de vida están asociadas básicamente a dos condiciones: al nivel de justicia social y a la forma en que los sistemas sanitarios están organizados.

Los sistemas de salud tienen como objetivo principal contribuir a mejorar el nivel o condición de salud de las personas y poblaciones, con los recursos que la sociedad dispone (Vargas, Vasquez, y Jane, 2002). Este desafío aporta al desarrollo y a la gobernabilidad de los países. Para ser sostenibles, las democracias deben, además de otorgar derechos políticos<sup>3</sup>, asegurar niveles de justicia social y equidad en el ámbito de la protección social al ofrecer acceso a educación, salud, vivienda, empleo digno y seguridad financiera ante hechos vitales tales como la maternidad, la vejez, la discapacidad y la enfermedad. Esto debe garantizarse de manera que los ciudadanos se perciban partici-

pes -y no excluidos- del desarrollo del país. Esto explica el por qué acceder a servicios de salud de calidad, sin el riesgo de empobrecer, se constituye actualmente en un derecho que hoy las personas exigen (Drago, 2006). De no hacerlo, los países arriesgan su gobernabilidad y la posibilidad de un desarrollo equilibrado.

Hoy, desde la perspectiva de los gobiernos, los sistemas de salud no sólo deben contribuir a mejorar la salud de la población a la que sirven, respondiendo a las expectativas de los ciudadanos, sino que también deben contribuir a la cohesión social, a la sostenibilidad democrática y a la competitividad de los países (Laurell y Herrera, 2010). La mala salud implica costos financieros e impactos en la productividad; la falta de cobertura, el acceso inequitativo y la mala atención implican costos políticos; el gasto ineficiente y/o excesivo conlleva pérdidas en competitividad (Figura 1).

**Figura 1. Efectos de expectativas no satisfechas en la atención de salud.**



Fuente: OPS/OMS en México. Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México. México, D.F.: OPS, 2013.

<sup>3</sup> La sostenibilidad y gobernanza de las democracias modernas, no se basan solo en la posibilidad de que los ciudadanos concurran a participar en procesos electorales, si no en que los frutos del desarrollo se distribuyan de tal manera que todas y todos se sientan incluidos y partes legítimas de la vida en sociedad. Esta construcción de nuevos “pactos sociales” incluyen los derechos sociales y dentro de éstos de manera relevante el acceso a la atención a la salud.

Por lo anterior, los sistemas de salud deben ofrecer servicios equitativos y de calidad que protejan de modo no excluyente ni desigual a los ciudadanos de enfermar y de la desprotección financiera que

esto puede implicar y, a la vez, hacerlo con la máxima eficiencia. Estos valores de universalidad y equidad están consagrados en la mayoría de los textos constitucionales (Suarez, 2010).

Los sistemas sanitarios, como construcciones sociales, están en constante proceso de ajuste producto de las situaciones políticas, económicas, culturales, epidemiológicas, demográficas y geográficas. Éstos alcanzan su mayor eficacia cuando están alineadas con políticas sociales coherentes y persistentes que, en conjunto, buscan mayores niveles de justicia y de protección social a todos los ciudadanos. Los sistemas de salud han experimentado un crecimiento explosivo sin haber alcanzado todo su potencial de contribución a mejorar la salud; más como resultado de modelos de desarrollo inequitativos y de fallas en la forma en que se organizan y modelan sus estrategias y dan prioridad a sus acciones<sup>4</sup>, que como exclusiva consecuencia de la insuficiencia de recursos (OMS, 2000). Es decir, los sistemas de salud pueden no alcanzar su máximo potencial por estar mal estructurados, mal gestionados, organizados ineficientemente o financiados en forma inadecuada, y por formar parte de sistemas sociales que generan inequidad cuando privilegian la acumulación de capital financiero sobre la agregación de capital humano.

Los sistemas de salud de América Latina, con distintos matices, se originaron replicando una estructura social fuertemente excluyente y estratificada, a partir de presiones y demandas de distintos grupos sociales. En consecuencia, estos sistemas se caracterizan por su segmentación y fragmentación, y presentan fuertes inequidades en

4 En muchos países, los sistemas están segmentados por condición socio económica o de acuerdo a su condición laboral, segmentación que no ha probado haber disminuido en las últimas décadas producto de las reformas de carácter neoliberal.

cobertura y calidad en la prestación de servicios. Existe un ámbito público, el de las secretarías o ministerios de salud, que atiende a los segmentos más pobres de la población o que se encuentran fuera del esquema de la seguridad social; otro de la seguridad social para el sector formal de la economía; y un ámbito privado que atiende a los segmentos más ricos. Por lo general, no existen mecanismos adecuados de regulación que permitan reducir el impacto negativo de las imperfecciones de mercado.

En nuestros países, lo característico es la diversidad y lo propio de la región son las deficiencias en rectoría; la falta en marcos regulatorios comunes; el desarrollo de relaciones funcionales y/o contractuales entre diferentes ámbitos institucionales; la existencia de brechas de cobertura, equidad y eficiencia; y una insuficiente capacidad para evaluar las deficiencias en el desempeño general del sistema de salud, sin menoscabar los diferentes esquemas de financiamientos en la prestación de los servicios de salud. La debilidad en rectoría no es causal, sino producto de años en que se demonizó el papel del Estado.

### **La búsqueda de la universalidad**

En la búsqueda de sistemas de salud equitativos, solidarios y eficientes, surge la necesidad de promover la convivencia de un sinnúmero de actores en un ámbito integrado, regulado y orgánico (Londño y Frenk, 1995). Para ello, la OPS/OMS ha planteado entre otros elementos: fortalecimiento del papel del estado en salud; políticas públicas universales de salud; financiamiento a través de fondos mancomunados, compra estratégica a proveedores; organización de proveedores en redes integradas de servicios de salud basados en la atención primaria (OPS, 2007); regulación homogénea de la calidad, reglas de juego comunes

y transparentes, y el empoderamiento de las personas y las comunidades locales.

Para poder cumplir con sus objetivos, los sistemas de salud deben generar recursos, producir acciones, financiarlas y ejercer rectoría. Los desafíos para todo sistema radican en extender la protección financiera de forma solidaria; mantener dicha protección de modo contra cíclico en épocas de crisis; aumentar la cobertura, eficiencia y calidad tanto técnica como percibida de los servicios y mejorar la función de rectoría de todas las demás funciones en los sectores público y privado, siendo esto último uno de los más difíciles e importantes retos para los sistemas latinoamericanos.

Los países buscan a través de políticas públicas asegurar condiciones de vida digna y garantizar derechos (OIT/OMS, 2009). La cobertura y el acceso universal, hoy recogidas a través del concepto de “Salud Universal”, son un resultado de una visión más amplia de protección y se constituyen en una imagen objetivo hacia la cual orientar la transformación del sistema. Salud Universal implica una visión compleja relacionada con diversas dimensiones, tales como el tipo<sup>5</sup>, cantidad, disponibilidad, pertinencia, oportunidad y calidad de los servicios que se ofrecen, y con el gasto que se impone a las personas y familias por causa de estos servicios.

### **Salud Universal como objetivo de los Sistemas de Salud**

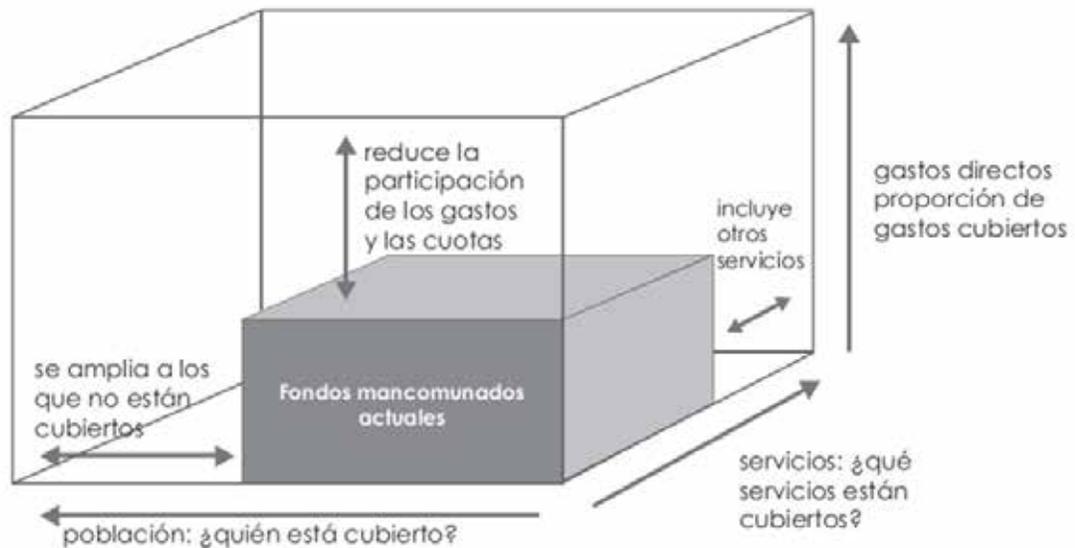
De acuerdo con la resolución del Cuerpo Directivo de OPS el año 2014, el Acceso y la

<sup>5</sup> Desafortunadamente el acento del quehacer de los sistemas de salud siguen fuertemente orientados hacia la enfermedad (lo curativo) y no hacia la salud (promoción, prevención y fomento). En ello, no ha sido indiferente los intereses de la industria o del denominado “complejo médico industrial”.

Cobertura Universal de Salud significan que todas las personas y comunidades -sin ningún tipo de discriminación- deben poder acceder a servicios -determinados a nivel nacional- de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, de acuerdo con sus necesidades y sin exponerse a dificultades financieras, siendo éste el objetivo central de los sistemas de salud. Esta resolución se fundamenta en los valores de APS, en el espíritu de Alma Ata, y su valor central es el derecho que tiene toda persona al goce del grado máximo de la salud, equidad y solidaridad. Ambos conceptos, cobertura y acceso, son expresión de una estrategia para materializar el permanente anhelo al derecho pleno del ser humano a la salud.

Por lo tanto, el desafío es proteger de manera universal a las personas del riesgo de muerte prematura o discapacidad evitables por falta de acceso a una asistencia resolutive y protegerlas contra el riesgo de afrontar costos que les empobrecerían (Figura 2). Este desafío implica transitar de las políticas de “focalización” hacia las políticas públicas universales en salud que abordan las tres dimensiones del *Informe de la Salud en el Mundo* del año 2010: el eje horizontal de la población bajo protección; el segundo eje horizontal de la cuantía de derechos garantizados; y el eje vertical que representa el porcentaje de gratuidad y de impacto en la disminución del gasto de bolsillo. Cuando se habla de gratuidad, no se refiere a que la salud “no cueste”, sino a la existencia de arreglos financieros ex ante que eviten el desembolso al momento de la atención. Los objetivos explícitos de esto son: 1) redistribuir recursos de quienes gozan de buena salud hacia los que necesitan servicios de salud, por eso la necesidad de contribución “ex ante”; y 2) proteger los individuos de incurrir en gastos catastróficos.

**Figura 2. Tres dimensiones a considerar en el avance hacia la cobertura universal.**



Fuente: Informe Salud en el Mundo 2010, OMS

Considerando lo anterior, para que una comunidad o un país pueda alcanzar el derecho a la salud es necesario actuar al menos sobre: los determinantes sociales de la salud y las raíces estructurales de la inequidad en salud; contar con un sistema de salud sólido, con acceso a personal sanitario bien capacitado y distribuido, y a medicamentos y tecnologías esenciales; tener un sistema de financiación de los servicios de salud que elimine la barrera financiera en el punto de la atención; un Estado rector que defina y regule políticas en salud y mecanismos de gobernanza que involucren y comprometan a todos los actores.

La sostenibilidad democrática sólo será posible en la medida que se puedan garantizar derechos sociales tales como acceder a servicios de salud de calidad sin el riesgo de empobrecer. Cumplir con ese derecho no es fácil. En América Latina vivimos un escenario complejo para los sistemas

de salud: no hemos logrado alcanzar un equilibrio real entre desarrollo y equidad, y observamos complejidades crecientes debido a la transición demográfica y epidemiológica. Con transición demográfica nos referimos al fenómeno de envejecimiento progresivo en la estructura de las poblaciones como resultado del aumento sostenido de la esperanza de vida al nacer y la disminución de la mortalidad y de la natalidad. Esta situación -a pesar de manifestarse con diferente magnitud entre y al interior de los países-<sup>6</sup> se ha traducido en una transición epidemiológica en la cual coexisten varios tipos de enfermedades. Por un lado están las patologías antes consideradas como propias

<sup>6</sup> Ejemplo de estas diferencias entre países es que la esperanza de vida entre Bolivia y Chile, dos países vecinos, en 2010 fue de 66.8 y 79.2. Estas diferencias también se reproducen hacia el interior de los países como demuestra el caso de Colombia. En este país en 2010 la mortalidad de menores de 5 años fue 11.3 veces mayor en el quintil más pobre comparado con el quintil más rico. Fuente: OPS. *La Salud en las Américas*. Edición 2012.

de los países desarrollados como son las enfermedades metabólicas, el cáncer, los padecimientos cardiovasculares, los crónico-degenerativos, y los traumatismos. Por otro, persisten las enfermedades asociadas al subdesarrollo (enfermedades infecto contagiosas) que afectan a toda la población, pero en especial a los sectores más pobres (acumulación y polarización epidemiológica). Al mismo tiempo, los sistemas se enfrentan a patologías emergentes como el SIDA y reemergentes como la tuberculosis en un contexto donde la violencia, los accidentes, los trastornos de la salud mental y las adicciones están en aumento. Lo descrito anteriormente, aunado a la vulnerabilidad ante desastres naturales, a la dispersión geográfica de la población y a la alta proporción de población indígena y socialmente excluida, implica enormes retos para los sistemas de salud.

Afortunadamente, al ser construcciones sociales, los sistemas sanitarios están en proceso de ajuste constante. La pregunta es ¿cómo debemos transformar a nuestros sistemas para responder a las nuevas realidades y para avanzar hacia la Salud Universal? Ciertamente, cada país deberá decidir cuál es el mejor camino. Sin embargo, es claro que deben privilegiarse fórmulas para organizar, gestionar, estructurar y financiar los sistemas sanitarios para aprovechar su potencial al máximo.

Por lo tanto, para avanzar hacia la Salud Universal, los sistemas de salud deben adaptar sus estructuras y fórmulas de organización para generar recursos, producir acciones, financiarlas y ejercer rectoría. Esta transformación debe hacerse desde la diversidad; es decir, promoviendo la convivencia de un sinnúmero de actores en un ámbito integrado, regulado y orgánico. Para ello, la OPS/OMS ha planteado cuatro líneas estratégicas:

Línea estratégica 1: Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades

La ampliación del acceso implica transformar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, a través de acciones sanitarias y prestación de servicios integrales, de calidad, universales y de ampliación progresiva; del aumento de la capacidad resolutive del sistema articulado en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y basado en la estrategia de la APS. Los servicios deben extenderse a todas las personas, sin diferencias en la calidad, sin distinción de su condición económica y social, considerando las necesidades diferenciadas e insatisfechas de todas las personas, y prestando atención a las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad.

No habrá ampliación de acceso sin una importante inversión en el primer nivel de atención, a fin de mejorar su accesibilidad, capacidad resolutive, confianza y satisfacción de los usuarios. La capacidad resolutive está claramente asociada a poder contar con personal sanitario multiprofesional, capacitado y con incentivos y condiciones laborales atractivas, particularmente en áreas subatendidas. Dicho personal, debe contar con las tecnologías sanitarias apropiadas, incluidos los medicamentos, y con el apoyo de las especialidades. Por tanto, el primer nivel, no es sólo puerta de entrada, sino eje ordenador de todo el sistema. Esto último significa que el sistema de salud se estructura y organiza -sus recursos humanos, infraestructura y tecnologías- para asegurar un primer nivel capaz de actuar con y para las personas y la comunidad, de modo que desde el propio hábitat de las personas se pueda resolver

integralmente los principales problemas de salud, desde la prevención a los cuidados de largo plazo, asegurando la continuidad de los cuidados.

Línea estratégica 2: Fortalecer la rectoría y la gobernanza.

Fortalecer la función de rectoría, es el más difícil y más importante desafío para los sistemas latinoamericanos. La función rectora del sistema de atención en salud, con la consiguiente definición de objetivos y prioridades ordenadores para todo el sistema es competencia estricta de los gobiernos, que además deben asumir la responsabilidad de lo que se ha denominado “funciones esenciales de salud pública”, así como implementar instrumentos efectivos de regulación de la prestación de servicios, especialmente en el ámbito de la calidad.

En el cumplimiento de dichas funciones centrales, los gobiernos no pueden obviar -para el óptimo funcionamiento del sistema de salud- la implementación de políticas en el ámbito de la formación y desarrollo del recurso humano, de la inversión, de la introducción de tecnología costo-efectiva y de la investigación científica. La tarea de armonizar las estructuras, los recursos disponibles, y los incentivos organizativos con los objetivos globales de las políticas públicas es parte de las funciones claves de los gobiernos en rectoría y regulación y no es algo que pueda dejarse al sólo arbitrio del mercado o de los distintos actores del sistema.

La debilidad de nuestros gobiernos en dichas funciones, así como en el propósito de garantizar la protección universal efectiva, se explica, en gran medida, por las reformas neoliberales que han disminuido el papel del Estado, y por la segmentación y fragmentación de nuestros sistemas, donde hay diversos actores federales y estatales, públicos y privados y diversos niveles que no

comparten reglas del juego comunes y tienen serias dificultades para colaborar entre sí, ya que responden a diferentes preceptos legales, todo esto en detrimento de la equidad, eficiencia y calidad de la atención.

El concepto de gobernanza trasciende al de rectoría, que sólo involucra a los ministerios o secretarías de salud, para incluir a todos los actores que juegan un papel en el tema de salud, incluyendo a aquellos que afectan los determinantes sociales de la salud. Se define la gobernanza como “los procesos de acción colectiva que organizan la interacción entre los actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego (informales y formales), con las cuales una sociedad determina sus conductas, toma y ejecuta sus decisiones (Huffy et al., 2006)”.

Línea estratégica 3: Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo, que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.

El acceso oportuno a servicios de salud de calidad no es posible sin un sistema de financiamiento que proporcione los recursos públicos suficientes para sostener su producción. Para ello se requiere observar criterios de responsabilidad fiscal y desarrollar mecanismos de ejecución transparentes, lo que garantizará su legitimidad y consecuente sustentabilidad a través del tiempo.

Es imposible alcanzar la Salud Universal si las personas no pueden utilizar los servicios porque no tienen la capacidad de pago necesaria o enfrentan a dificultades financieras significativas. La medida más efectiva para alcanzar esta meta es eliminar el pago directo en el punto de atención, que constituye una barrera económica para el acceso.

Este hecho primordial requiere de provisiones presupuestarias responsables que permitan cubrir el financiamiento de los prestadores mediante copagos.

Cuando se habla de “suficiencia” de los recursos, no sólo es relevante la proporción del gasto en salud sobre el producto interno bruto (PIB), sino que dicho gasto sea público y no de bolsillo. La resolución de OPS sobre Acceso y Cobertura Universal en Salud habla de al menos alcanzar un 6% del gasto sobre el PIB, señalando expresamente que dicho gasto debe ser público. He allí el desafío ético y político fundamental en ALC: lograr más recursos públicos para salud.

Una de las formas más recomendables para garantizar la protección financiera es a través de la mancomunación solidaria de fondos. La mancomunación busca reunir, en arreglos comunes para compartir el riesgo, la cantidad más elevada de recursos financieros posible para una sociedad determinada. Esto debe llevarse a cabo siguiendo una lógica de equidad y solidaridad; es decir de manera que las personas aporten según su capacidad pero reciban los servicios según sus necesidades, permitiendo la transferencia de recursos de los individuos sanos a los enfermos y redistribuyendo recursos de quienes poseen más hacia quienes tienen menos<sup>7</sup>. Asimismo, la mancomunación tiene una lógica de eficiencia: busca disminuir los costos de administración y diluir los riesgos de los individuos de padecer problemas de salud entre el mayor número posible de personas, de tal forma que la contribución que debe de aportar cada individuo sea lo más pequeña posible.

<sup>7</sup> Esto en la medida de que el fondo mancomunado se financie principalmente a través del tesoro nacional por el Estado y que esté presente una fiscalidad progresiva, y/o con base en primas que representen un porcentaje determinado de los ingresos de los miembros del fondo.

Otra importante función del sistema de financiamiento que debe discutirse al hablar de Salud Universal es la de asignación de recursos y la arquitectura de incentivos a nivel de los mecanismos de pago a los prestadores, los que deben apuntar hacia la consecución de resultados e impacto sanitario, transitando del pago histórico, o por acto, al pago por desempeño en salud, y deben estar alineados con una lógica de RISS basados en la APS. A su vez deben considerar incentivos en la remuneración de los recursos humanos en salud (RHS) y su influencia en el mayor o menor grado de alineamiento de éstos con los objetivos del sistema. En este caso, existe un potencial para incidir en el nivel de compromiso que los RHS adquieran (y demuestren en su práctica cotidiana) respecto del esfuerzo de garantizar un acceso a servicios de calidad dispensados con una preocupación por el individuo y su dignidad.

No habrá forma de aumentar los recursos para salud, sino hay mayor calidad o eficiencia en el gasto. Los ciudadanos no están dispuestos a dar mayores aportaciones si no hay evidencia de su uso eficiente, resultados e impacto. La falta de transparencia, de mecanismos reales de cuenta pública, los fenómenos de corrupción, de elevados gastos de “administración” y las claras señales de desperdicio y mala gestión, son grandes aliados de quienes no apoyan aumento del gasto público en salud.

Línea estratégica 4: Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

Esta línea implica desarrollar o fortalecer mecanismos intersectoriales de coordinación a nivel nacional así como local, y la capacidad de la autoridad nacional de salud para implementar, evaluar y perfeccionar con éxito políticas públicas y promover

legislaciones, regulaciones y acciones más allá del sector salud que aborden los determinantes sociales de la salud. Esta acción multisectorial para la salud universal será efectiva y sostenible en la medida que cuenta con la participación social y la inclusión de todos los actores.

### **Las transformaciones en salud son políticas**

Dada la gran influencia que en nuestros procesos han tenido distintas corrientes de pensamiento en el mundo, a la gran dependencia de nuestras economías y a las implicancias de la globalización en el ámbito económico, político y social, surge como una fuerte necesidad el intentar impulsar el desarrollo de un “pensamiento regional en salud” que permita cierto nivel de “soberanía” en las decisiones sobre nuestras políticas públicas en salud. Un espacio de “soberanía” sólo será posible en la medida en que se comparta la experiencia y se tienda a construir “evidencia” y aprendizaje desde nuestros propios procesos. Evidencia que debe irse validando en nuestros espacios académicos, de la sociedad civil y políticos.

En muchas reuniones internacionales y en documentos públicos, se ha puesto en evidencia las distintas fases de nuestros respectivos procesos de cambio en los sistemas de atención a la salud (McPake y Kutzin, 1997; Ministerio de Salud de Colombia; Organización Panamericana de la Salud., 1995; Consejo Nacional de Salud., 1995; Jiménez y Bossert, 1995; Echevarría, 1997). Pero, muchas veces hemos requerido de una mirada más integradora que nos ponga en perspectiva -desde una mirada autocrítica y generosa- los esfuerzos de cada quien, poniendo a la vista aciertos y, en especial, los desaciertos. Los problemas que tenemos son comunes y también lo son las soluciones. Sin duda que es necesario un trabajo que consolide nuestras realidades, con mirada a los

procesos, con el objeto de compartir y aprender unos de otros. Los cambios a la atención a la salud son procesos evolucionarios -vía aprendizaje, ensayo y error- altamente complejos ya que conviven variadas visiones. Por una parte, el economista suele reducirlas al ámbito de la distribución y uso eficiente de los recursos, mientras que el trabajador de la salud lo reduce a la mejoría de los salarios. En medio están las visiones de quienes producen tecnología, ofertan servicios y aquellos que estudian los problemas de salud y los impactos que determinantes sociales y distintos servicios producen en la calidad de vida de las personas. Así como conviven visiones y distintos significados, también conviven paradigmas que reducen las políticas públicas en salud al ámbito de los temas sectoriales y particularmente de los requerimientos de la oferta de servicios médicos, junto a paradigmas más amplios que propugnan enfrentamientos más globales, tanto con relación a los agentes comprometidos -accionar multi-sectorial conducido desde el más alto nivel del Estado- como con relación a los blancos donde se desea actuar -determinantes sociales, hábitos culturales de la población en general, modelos de desarrollo, etcétera-.

En América Latina, y también en otros países, las agendas de cambio en salud han sido vistas tradicionalmente como impuestas externamente. Esto debido a que muchas veces han sido propuestas que han buscado reducir papel y costos del aparato estatal y mejorar la eficiencia de los aparatos públicos. Asimismo, las reformas al sector salud que han sido aprobadas, decretadas o incluso suscritas por ley, no necesariamente se ejecutan de forma cabal o caen en el descrédito por ser mal implementadas o gestionadas. Lo anterior ha conducido a un “descrédito” del concepto de reforma o de transformaciones al sector salud.

## Debates hacia la Salud Universal

Aún se encuentran vivas las ideologías que inspiraron la forma y el fondo de nuestros sistemas de salud. La variedad de enfoques y la construcción de discursos políticos muestran una amplia gama que va desde el “realismo mágico” hasta la “política de lo posible”. No hay cambio en salud políticamente neutro, y el tránsito hacia un balance de las políticas de salud basadas en ideologías frente a las basadas en evidencias parece que será largo y tortuoso. Así como ha sido dañino creer que puede haber cambios en salud ajenos a las ideologías, también lo ha sido el intentar cambios sin escuchar lecciones aprendidas y al sentido común -el menos común de los sentidos- y aprendizaje de la gestión pública.

Sin duda que dichas políticas de salud no están ajenas a debates muchos más amplios en relación con el modelo de sociedad, el papel del Estado, del mercado y del ciudadano. En esa búsqueda, toman posición ideologías, distintos intereses y los diversos actores. Continuamente Bismarck y Beveridge “son sacados de su tumba” y puestos a discutir acerca de si “seguros” o “universalismo”, colocando una y otra vez los instrumentos por sobre los objetivos, los medios por sobre las personas y comunidades.

Una de las características de las reformas del sector salud, orientadas al mercado, que vivimos en nuestros países es que se presentaron como técnicas y no políticas; como un asunto de gerencia y no de políticas públicas viables. Este discurso, contagió a quienes se ubicaron en fronteras opuestas a la hora de reformar la “reforma” de los años ochenta en Chile, o de evaluar la Ley 100 en Colombia. Tensando las fuerzas de los agentes de tal manera que en Chile se dificultó la posibilidad de un proceso menos traumático en la generación

de consensos, y en Colombia la actual radicalidad de posiciones genera interrogantes sobre la sostenibilidad del modelo a largo plazo y de las posibilidades de un cambio.

Lo que es una premisa falsa que debe desmitificarse, guarda relación con la posibilidad de crear “transformaciones de carácter meramente técnico”, ya que la atención a la salud es esencialmente un tema político. En la medida en la que se trata de bienes públicos, acceso, costos, distribución de recursos, la atención a la salud es y será siempre un asunto de políticas públicas y de liderazgo político. Desde el momento en el que alguien asume una responsabilidad en el ámbito del diseño de una política pública, debe asumir sus actos como hechos políticos.

Siendo un asunto político, la salud tiene que ver con los valores e ideologías, la gobernabilidad, el capital social, el desarrollo de las capacidades institucionales, la ciudadanía y, por supuesto, con aspectos técnicos. Todos estos componentes no son excluyentes, sino que deben articularse alrededor de la construcción de un discurso, un liderazgo y un itinerario político que conduzca al desarrollo de políticas viables y persistentes. La viabilidad guarda directa relación con la prioridad que logre el sector en la agenda pública; en la medida que los cambios en salud se impulsen intersectorialmente como temas de Estado, y en que se comprendan los complejos procesos políticos que implican el diseño e implantación de dichos cambios mayor viabilidad.

La construcción de nuestros sistemas sanitarios ha girado en torno a un debate en varios planos, los cuales se entremezclan entre sí. Primero, están las luchas sociales y políticas por obtener mayor acceso a los servicios de atención que son planteadas desde los grupos sociales más

desfavorecidos y recogidos por las corrientes políticas con mayor acercamiento de su discurso a las necesidades populares. Estas luchas sociales, no sólo se circunscriben al plano de exclusión económico social, sino que emergen cada vez con más fuerza reivindicaciones en los ámbitos étnicos, de género y de grupos de usuarios cada vez más empoderados.

Segundo, están los conflictos entre las visiones que colocan más énfasis en un enfrentamiento de la problemática de salud a través de los diseños de políticas sociales coherentes con modelos de sociedad más igualitarios y solidarios (la salud como producto y contribuyente en un modelo de sociedad en torno a principios de justicia social), con relación a visiones más reduccionistas de la salud, en donde el énfasis está en la enfermedad y en la necesidad de enfrentarla eficientemente, para contar con una masa laboral que aporte en mejores condiciones a la productividad del país.

Tercero, están los conflictos y debates de quienes enfocan el tema sectorial desde la preocupación de la contención de costos y del mantenimiento de los equilibrios macroeconómicos, en contraposición a quienes ven las respuestas a los problemas sectoriales sólo como un tema de más y más gasto.

Cuarto, la discusión ideológica sobre los instrumentos que modelan a los servicios de atención, el papel del Estado y del mercado. En este último plano de debate se ha cuestionado la injerencia del Estado en la prestación de servicios (fin del Estado productor); se ha planeado la necesidad de dar un creciente rol al mercado en la prestación de servicios y en el aseguramiento de la población, y se mantiene el debate instrumental sobre las fuentes y vías de financiamiento, particularmente sobre la sostenibilidad en nuestros países de los sistemas

de seguridad social basados en la contribución de la masa laboral formal.

Y en quinto plano, se observado una extensión progresiva del debate y luchas en torno a los derechos no sólo políticos, sino sociales. Generándose entonces una progresiva tendencia, en paralelo a la democratización de nuestras sociedades, a entender a la salud como un derecho humano esencial, debiendo entonces nuestros sistemas reconfigurarse con relación a personas -ciudadanos- sujetos de derechos personales -no sólo políticos- y derechos sociales, uno de éstos, el del acceso a la salud.

### **Cómo concretar el derecho a la protección a la salud**

El reconocimiento legal de un derecho, e incluso su instrumentación normativa, no siempre significa su plena realización. De hecho, en nuestros países el ejercicio del derecho a la salud se ha visto dificultado por diversos factores entre los que destacan los de orden financiero, cultural, geográfico, y de género, configurando así una “geografía de la exclusión” de la protección social en salud. De hecho, tratar de remediar esta situación ha sido uno de los objetivos declarados de muchas de las agendas de cambio (conocidas genéricamente como “reformas”) que se han introducido en los sistemas de salud de los países de la Región en las últimas décadas.

Las reformas en salud, no pueden ofrecer “todo para todos y al mismo tiempo”. No hay país en el mundo que pueda afrontar ese desafío. La necesidad de priorizar es consustancial a la escasez de recursos, el desafío es cómo abordar esto desde la óptica de los derechos humanos. Mientras nuestras sociedades sean inequitativas habrá presiones políticamente insalvables para condiciones de acceso y calidad mejores a la de los demás grupos. O

cambiamos radicalmente nuestro tipo de sociedad o asumimos las consecuencias de ello en salud. Por tanto, desde el punto de vista de “Salud Universal” es primordial definir un estadio esencial posible para todos, coherente con el concepto ético de dignidad humana, y ese estadio debe establecerse como el punto de partida para la universalidad. Ese estadio debe contener lo prioritario para promover y mantener la vida y su calidad sin diferencias evitables; debe incorporar todo lo costo efectivo que el conocimiento va colocando a disposición de los sistemas sanitarios; debe asegurar que nadie queda afuera, especialmente los más vulnerables. Una vez definido ese estadio, éste debe traducirse en un plan universal de salud, adecuadamente financiado, implementado a través de la estrategia de APS y bien gestionado. No hay “milagros” en salud, ya hay suficiente evidencia para fundamentar lo anterior en contextos de sociedades que siguen generando exclusión.

Es indispensable, definir en qué consiste lo esencial, lo ético que puede/debe garantizarse a todos sin exclusión, con el fin de avanzar a derechos sociales en salud que se cumplan. Lo anterior debe realizarse sin acotar los beneficios o posibilidades de acceso a una lista o “plan básico” para pobres, ya que es resistido por la ciudadanía (la focalización de los recursos en los más pobres sólo se traduce en producir sistemas estratificados, en los cuales los servicios reservados a los pobres son de calidad inferior; los servicios para los pobres terminan siendo “pobres servicios”). También, hay que reconocer la existencia de tendencias en algunos sectores políticos que en sus discursos, con el supuesto legítimo de que el Estado debe financiar todas las necesidades de salud, tienden a ofrecer “igualdad en salud” sin los respaldos de recursos que haga eso posible. Lo anterior, junto a las influencias de los medios de comunicación, genera una creciente explosión de expectativas que

se traduce en un real problema político a la hora de tomar decisiones claves para conseguir una más equitativa y efectiva atención sanitaria con los recursos disponibles. Por su propia naturaleza, las necesidades en salud son potencialmente infinitas y los recursos para atenderlas no lo son.

La escasez resultante se acentúa a medida que la demanda por servicios de salud crece. Además, la explosión tecnológica y la dinámica de la industria de la salud, hace posible ofrecer servicios que pueden no responder a una necesidad: hay innumerables estudios sobre consumo innecesario. Por todo lo anterior, en materia de atención a la salud, siempre existe alguna forma de racionamiento. Toda sociedad, así sea próspera en extremo, enfrenta el problema del uso racional de los servicios de salud. Lo puede hacer en forma implícita, dejando que cada quien se defienda por sí mismo, o en forma explícita, mediante un consenso social transparente y democrático. Este último punto es clave y las preguntas que muchos se hacen son ¿cómo hacer participar a la ciudadanía en la toma de decisiones?, ¿cómo hacer realmente protagonista a las personas?, e incluso, muchos también se hacen la pregunta de si eso es siquiera posible. Frente a hacer participar a las personas, surge el temor de que aquellos grupos más favorecidos y con mayor capacidad de ejercer presión, coapten los recursos disponibles para sus intereses. Asimismo, está la realidad creciente en muchos de nuestros países, que finalmente los jueces se van constituyendo en “autoridad sanitaria” al obligar a incorporar prestaciones, no siempre costo efectivas.

El dilema es cómo -en el contexto de los cambios en salud- establecer mecanismos institucionales para una adecuada participación ciudadana en la formulación de las políticas públicas en salud. Dicho de otro modo, cómo un programa de ampliación de cobertura puede ser a la vez “técnicamente

correcto y socialmente legítimo”. Especialmente, cuando en muchas sociedades el sistema sanitario -sus valores y objetivos- han pasado a formar parte de la “identidad” que esa misma sociedad tiene de sí misma.

Al momento de hablar de universalidad y el debate de cómo “administrar la escasez”, si vía oferta (filas de espera) o por la demanda (precio o “paquetes”), está pendiente resolver al menos tres situaciones. La primera es si debe existir un plan que incorpore todas las prestaciones de manera genérica, limitando el debate a la definición de las prestaciones que deben quedar explícitamente excluidas y a cómo priorizar las listas de espera. La segunda es si debe haber un plan acotado que señale sólo explícitamente las prestaciones o problemas de salud que el Estado se compromete garantizar a toda la población sin discriminación alguna y qué hacer con lo que se deja de proteger. Y una tercera que mezcla las anteriores a modo de ofrecer un plan universal de carácter integral, que excluye sólo temas como la cirugía estética, tratamientos en el extranjero y aquellos de carácter experimental o sin costo efectividad demostrada, pero que dentro de éste, prioriza un conjunto de problemas (por su impacto o magnitud con relación a la mortalidad y calidad de vida) asegurando que dicho subconjunto no enfrente problemas de oferta de servicios y acceso efectivo en rincón alguno del país.

En los países que no aceptan “conjuntos de beneficios”, la pregunta es similar con respecto a cómo “gestionar las listas de espera”, para dar legitimidad social a los criterios y mecanismos como se prioriza en la práctica en los países que tienen sistemas “universalistas”.

Toda sociedad debe elegir, sobre la base de principios políticos y éticos, el modelo de sistema

de salud al que aspira. Al definir las fórmulas de acceso a la salud existen diferentes criterios: capacidad de pago, asistencialismo, o derechos ciudadanos. Dado que los recursos siempre son escasos en comparación con las necesidades y con las expectativas, la decisión de qué criterio usar tendrá gran influencia sobre la distribución de los beneficios de la atención. Esto se constituye en una de las cuestiones más importantes y complejas en la formulación de las actuales políticas de salud hacia la universalidad.

El tema de la construcción social de consensos, es un aspecto al que no se le ha dedicado toda la atención que amerita, quizás por la insuficiencia de nuestra cultura democrática. Sin duda, el diseño de las políticas públicas del mañana, tendrá necesariamente la obligación de darle un papel fundamental a los procesos de interlocución social, con el objeto de dar legitimidad a dichas políticas, quizás en este tópico redunde que “Salud Universal” pueda hacer posible el sueño de “Salud para Todos”.

### **Reflexiones finales**

Los países han mejorado las condiciones e indicadores sanitarios, pero persisten profundas inequidades y surgen nuevos problemas. Muchos de éstos guardan relación con injusticias estructurales que subyacen en nuestras sociedades, otros con los cambios políticos, culturales, sociales y tecnológicos en nuestros países, los cuales nos han obligado a incorporar nuevas estrategias a los procesos de cambio del sector salud. Para ello se ha definido una estrategia hacia el acceso y la cobertura universal en salud, hoy llamada “Salud Universal”. Su implementación no se ve ajena a los debates globales sobre las políticas sociales en su conjunto y a la concepción de los modelos de desarrollo, ya que los aspectos sanitarios no

pueden analizarse fuera de los contextos económicos, sociales y políticos.

La creciente conciencia en cada vez más personas, sobre la dignidad del ser humano y sobre el derecho a su integral respeto, ha ido profundizando el concepto de ciudadanía y promoviendo el fortaleciendo de las formas democráticas de gobierno y convivencia. La ampliación y profundización de la democracia, como marco de referencia y realizador de la construcción de ciudadanía, es el principal condicionante político de las prácticas sociales que nutren en la actualidad la gestión de políticas públicas de desarrollo. Un proceso de participación política socialmente legitimada es, a la vez, condición y resultado de una democracia efectiva, y el terreno adecuado sobre el cual asentar políticas públicas que respondan a las necesidades de desarrollo humano.

Hoy nos preguntamos -con el objeto de contribuir a un desarrollo humano sustentable- si es posible en estos días avanzar a una real Salud Universal y no a una cosmética “afiliación universal a un plan de salud para pobres” o a un “acceso universal a las listas de espera”; la respuesta es optimista y el debate de cómo lograrlo discurre en varios planos. Se vuelve gradualmente a valorizar el papel del Estado, a que se promuevan estilos de vida saludables y se ponga más acento en la salud -promover poblaciones sanas- que en la enfermedad. Se discute en círculos cada vez más amplios sobre la vigencia de viejos conceptos: equidad, universalidad, solidaridad y acerca de la necesidad de priorizar el acceso sobre la base de razones de salud pública y cómo en ello puede participar la ciudadanía, y de tal forma legitimar socialmente “consensos”. Se discute sobre el modelo de atención, el papel del equipo de salud generalista, de la protocolización de la práctica médica (sobre la base de estándares de consenso

científico, costo-efectividad y evaluación de la nueva tecnología), de los incentivos a la eficiencia en la práctica hospitalaria, el papel de la complementariedad público-privada. Se discute sobre cómo dar poder al ciudadano para controlar el efectivo cumplimiento de sus derechos ciudadanos en salud, y se discute sobre salud, sus reformas, las políticas sociales públicas y el actual modelo de desarrollo con relación a su sustentabilidad y gobernabilidad. Todo esto está en el debate de hoy, en el rol del Estado y de los ciudadanos y en la discusión sobre el nuevo balance que entre éstos debe darse.

En este proceso de cambio de nuestras sociedades, donde se insertan los procesos de reforma del sector salud, hay que comprender los múltiples intereses que entran en juego, algunos de ellos -económicos y corporativos- con mucha mayor capacidad de expresión y de influencia que el interés del propio bien común. Es en toda la magnitud de la complejidad expuesta donde es necesario compartir las experiencias de cada uno de los países de la región, dentro de una visión lo más amplia posible de sus procesos insertos en sus contextos sociales, políticos y económicos, con el objeto de desarrollar “capacidad de aprendizaje en salud” que posibilite construcción de evidencia y de “soberanía”.

La incapacidad de aprender forma parte de una cultura que nos condena a vivir eternamente en el subdesarrollo. Un discurso político sobrecargado de ideología -de ambos extremos del espectro -, políticas corruptas y clientelares, nos hace perder aprendizaje de nuestras experiencias de gobierno, y no asumir las consecuencias políticas con relación a que los sistemas de salud son sistemas complejos, y que los “sueños populistas” chocan con la cruel realidad de la falta de recursos y de los determinantes estructurales. Lo anterior debería

invitarnos a reflexionar sobre cómo aprovechar nuestros aciertos y desaciertos -lo que tenemos- y desde allí generar políticas públicas coherentes y continuas, que nos permitan alcanzar efectivamente objetivos sanitarios y formar capital social en salud. Mal no hace también algo de “evidencia” en nuestras políticas.

Nuestras experiencias sientan las bases de una nueva forma de hacer política de salud en el futuro para posibilitar que Salud Universal sea una realidad. Este escenario va de la mano de una agenda para abordar temas como: (1) la construcción de un discurso de política de salud soberano, sobre desarrollo, integración, salud y gobernabilidad; (2) la articulación de las políticas de salud con políticas públicas saludables y la macroeconomía; (3) el diseño de políticas de salud universales y garantistas de derecho basadas en la equidad; (4) el empoderamiento de las comunidades excluidas; (5) el desarrollo de ciudadanía en salud; (6) el fortalecimiento del Estado en la salud pública: en su capacidad de diseñar políticas públicas en salud, de regular su cumplimiento, de articular a diversos agentes y actores públicos, privados y de la propia sociedad civil en la implantación de dichas políticas, y (7) el desarrollo de sistemas de información que permitan medir la línea de base y progresos en la accesibilidad a los servicios y la inclusión social de salud.

Los desafíos de las políticas de salud pasan necesariamente por hacer “explícito” lo “implícito” (a qué se tiene derecho y a qué no se tiene derecho, para evitar expectativas sobre algo que no se va a poder cumplir y generar desconfianza); por fijar objetivos sanitarios-país que ordenen el quehacer

de diversos agentes; por fijar reglas del juego que permitan integrar a diferentes actores y niveles de forma cooperativa y por el éxito que tenga el sector en el que estas políticas sean consideradas temas de Estado y ocupen un lugar prioritario en la agenda pública.

En nuestros países, los cambios en salud han ido a ritmos y etapas diversas. Pero compartimos que dichos cambios son fundamentalmente evolutivos; deben considerar los aspectos políticos y sociales del contexto; deben transparentar las reales posibilidades de sustentabilidad económica; deben establecer alianzas con la propia ciudadanía, y deben centrarse más en objetivos que en aspectos instrumentales. Con relación a instrumentos que han probado un impacto positivo destacamos la inversión en: (1) aumentar la accesibilidad, fortalecer la capacidad de resolución, y mejorar la calidad de la atención en base a la estrategia de APS y de sistemas estructurados en redes; (2) el avanzar gradualmente en la extensión de la protección social en salud, aumentando el gasto público, teniendo como norte la universalidad; (3) el fortalecer las acciones de salud pública, y (4) el avance de la descentralización -entendida ésta como un instrumento de democratización- a la par que ésta implique fortalecer redes de prestadores y una real injerencia de las comunidades locales.

Salud Universal es un tremendo desafío político. No puede ser sólo una propuesta técnica de un grupo de dirigentes, sino debe hacerse “carne” en nuestros pueblos. Ese y no otro es el desafío de gobernanza que tendremos en los próximos años, sino habremos traicionado toda una historia reflejada ya en “Salud para Todos”.

## Referencias bibliográficas

- Artaza, O. (2004). *Reformas y financiamiento de sistemas de salud de la subregión andina*. Lima: ORAS-CONHU.
- Braveman, P. y Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*(57), 254-258. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12646539>.
- Consejo Nacional de Salud. (1995). *Hacia la reforma del sector salud*. Quito: Cultrales.
- Drago, M. (2006). La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos. *Serie Políticas Sociales*. 121, Santiago: CEPAL.
- Echevarría, R. (1997). *El proceso de reforma del sector salud en Ecuador, 1992-1997: aportes para el debate*. Quito: CEPAL.
- Evans, T. E. (2001). Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. *Publicación Científica y Técnica*. 585, Washington D.C.: OPS.
- Goñi, E., López, J. y Servén, L. (2008). Fiscal Redistribution and Income Inequality in Latin America. *Research Working Paper*. 4487, Washington DC: Banco Mundial.
- Huffy, M., Báscolo, E. y Bazzani, R. (2006). Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad Saude Publica*, 22(Suppl), 35-45.
- Jiménez de la Jara, J. y Bossert, T. (1995). Chile's health sector reform: Lessons from four reform periods. *Health Pol*, 32, 155-166.
- Laurell, A. y Herrera, J. (2010). La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva*, 6(2), 137-148.
- Londoño, J. y Frenk, J. (1995). *Structured pluralism: towards a new model for health systems reform in Latin America*. Washington D.C.: Banco Mundial.
- Lopez, J. y Perry, G. (2008). *Inequality in Latin America: Determinants and Consequences* (Vol. Policy Research Working Paper 4504). Washington DC: Banco Mundial.
- Martínez, S. (2007). Equidad y situación de salud. *Revista Cubana Salud Pública*. 33(3). Obtenido de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33\\_3\\_07/spu06307.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu06307.htm).
- McPake, B. y Kutzin, J. (1997). *Methods for evaluating effects of health reforms* (Vols. Current Concern Series, ARA Paper No.13. WHO/ARA/CC97.3). Ginebra: OMS.
- Ministerio de Salud de Colombia; Organización Panamericana de la Salud. (1995). *La reforma del sector salud en Colombia*. Santa Fe de Bogotá: OPS.
- OIT/OMS. (2009). *The Social Protection Floor*. Ginebra.
- OMS. (2000). *Informe Mundial de la Salud 2000. Sistemas de Salud: Mejorar el Desempeño*. Ginebra: OMS. Obtenido de <http://www.who.int/whr/2000/es/>.
- OMS. (2011). *Cerrando la Brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud (documento de trabajo)*. Rio de Janeiro: OMS. Obtenido de [http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf).
- ONU. (2012). *Resolución A/67/L.36. Salud mundial y política exterior*. Obtenido de [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=S](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=S).
- OPS. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. Washington D.C.: OPS.
- OPS. (2012). Determinantes e inequidades en salud. En OPS, *Salud en las Américas*.
- OPS. (2012). *Resolución CD52.R11. Protección Social en Salud*. Obtenido de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=25591&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=25591&Itemid=).
- OPS. (2014). *Resolución CD53.R14. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Obtenido de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=27597&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27597&Itemid=270&lang=es).
- OPS/OMS en México. (2013). *Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México*. México D.F.: OPS/OMS.
- Ruiz, G. (2011). *El dilema de la Promoción de la Salud en América Latina: los casos de Argentina y de Brasil (Tesis de Doctorado)*. Montreal: Université de Montreal.

- Obtenido de <https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/>.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6), 2002, 11(5/6), 302-309. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10715.pdf>.
- Sojo, A. (2011). Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2673-2685. Obtenido de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600002).
- Suarez, J. (2010). Desafíos para alcanzar universalidad con equidad en salud en América Latina en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(3), 248-254.
- Travassos, C. (1997). Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad. de Saúde Pública*, 13(2), 325-330.
- Vargas, I., Vasquez, M. L. y Jane, E. (julio-agosto de 2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 18(4), 927-937. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10177.pdf>.
- Whitehead, M. (1991). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: OMS.