

Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata

Informe de la Comisión de Alto Nivel



“Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. Informe de la Comisión de Alto Nivel

ISBN: 978-92-75-32068-6

© Organización Panamericana de la Salud 2019

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Forma de cita propuesta. Organización Panamericana de la Salud. “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Washington, D.C.: OPS; 2019.

Catalogación en la Fuente: Puede consultarse en <http://iris.paho.org>

Las publicaciones de la OPS están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización. Esta publicación contiene las opiniones colectivas de los miembros de la Comisión de Alto Nivel “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata” y no representa necesariamente las decisiones ni las políticas de la OPS.

Tabla de contenidos

Integrantes de la Comisión	ii
Prólogo	iv
Prefacio	viii
Introducción	1
Visión y Premisas de la Comisión	3
Antecedentes y Desafíos.....	5
Cómo garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud como derecho fundamental	10
Recomendaciones	13
Síntesis	14
Recomendaciones y Acciones	16
Conclusiones	34
Referencias.....	36
ANEXOS: Documentos de los Grupos Temáticos de Discusión de la Comisión	37
ANEXO 1: Hacia un modelo integral de cuidados de salud	39
ANEXO 2: Avances, retos y perspectivas sobre modelos institucionales para lograr la salud universal a 40 años de Alma-Ata	47
ANEXO 3: Modelo de financiamiento	63
ANEXO 4: Salud y protección social: elementos para el debate	75
ANEXO 5: Los recursos humanos como protagonistas de los Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud	95

Integrantes de la Comisión de Alto Nivel

“Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”

<p>Michelle Bachelet Jeria <i>(Ex Presidenta de la Comisión)</i></p>	<p>Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, ha sido Presidenta de Chile dos veces, Ministra de Salud y de Defensa, primera Directora de ONU Mujeres, y Presidenta del Consejo Asesor para la Protección Social de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) .</p>
<p>Néstor Méndez <i>(Presidente de la Comisión)</i></p>	<p>Secretario General Adjunto de la Organización de Estados Americanos (OEA), antes de ser electo al cargo en la OEA se desempeñó como Embajador de Belice en los Estados Unidos de América, Representante Permanente de Belice en la Organización de Estados Americanos y Alto Comisionado No Residente de Belice en Canadá.</p>
<p>Carina Vance Mafla</p>	<p>Ex Ministra de Salud Pública de Ecuador, actualmente Directora Ejecutiva del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS-UNASUR)</p>
<p>Laís Abramo</p>	<p>Directora de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, ex Directora de la Oficina de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) en Brasil y ha sido especialista regional en género y trabajo de la OIT.</p>
<p>Daniel Olesker</p>	<p>Ex Ministro de Salud Pública y de Desarrollo Social de Uruguay; actualmente Profesor Titular del Departamento de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de la República de Uruguay, asesor económico y Director de investigación del Instituto Cuesta Duarte PIT-CNT y asesor técnico de la de la Federación Uruguaya de Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua.</p>
<p>Mario Mújica Vidart</p>	<p>Ex-representante del Sector Trabajadores de la Junta Nacional de Salud de Montevideo, integrante del Movimiento Nacional de Usuarios de Salud (MUSPP), miembro de la dirección de la Federación Uruguaya de la Salud, y dirigente de la Federación de Obreros y Empleados de la Bebida.</p>
<p>Chelaua Providence</p>	<p>Directora de Programa, Guyana Responsible Parenthood Association (GRPA) (Georgetown, Guyana), oficial de proyectos y consultora del Centro de Desarrollo del Caribe, Coordinadora de cambio social de la Sociedad Contra la Discriminación por Orientación Sexual (SASOD).</p>
<p>Hernando Viveros Cabezas</p>	<p>Presidente de Afro Colombian Global Initiative (Washington D.C., Estados Unidos), representante permanente para Norteamérica de la Red Latinoamericana y del Caribe para la Democracia, miembro del foro de sociedad civil de la Organización de Estados Americanos (OEA).</p>
<p>Vivian Camacho Hinojosa</p>	<p>Coordinadora de Salud de los Pueblos Bolivia, ex representante para la Región Andina - Coordinación Latinoamericana Movimiento Mundial por la Salud de los Pueblos; ex Directora Nacional de Medicina Tradicional Ancestral del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia; Partera Quechua, Promotora del Parto Respetado y Partería Ancestral.</p>

Toni Reis	Director Ejecutivo y Fundador del Grupo Dignidade LGBTI (Brasil); miembro de la ejecutiva de la Red Regional GayLatino; Director Presidente de la Aliança Nacional LGBTI+ (Brasil) y miembro de la Comisión de VIH/SIDA de la ciudad de Curitiba (Brasil).
Mirna Kay Cunningham Kain	Presidenta del Consejo Directivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FILAC) (La Paz, Bolivia) y ex asesora del Presidente de la Asamblea General de Naciones Unidas para la Conferencia de Pueblos Indígenas de la Organización de Naciones Unidas (ONU).
María Soledad Cisternas	Enviada Especial del Secretario General de Naciones Unidas sobre Discapacidad y Accesibilidad, Miembro del Consejo Consultivo del Instituto Nacional de Derechos Humanos y ex Presidenta del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas.
María Isabel Rodríguez	Heroína de la Salud Pública de las Américas, Miembro de la Real Academia de Medicina de España, ex Ministra de Salud, ex Rectora de la Universidad de El Salvador y actualmente Asesora Presidencial en Salud y Educación de la República de El Salvador.
Denzil Douglas	Ex Primer Ministro de Saint Kitts and Nevis; Presidente del Partido Laborista de San Cristóbal y Nieves; ex Asesor de Her Majesty's Privy Council (Reino Unido); médico y cirujano.
Loyce Pace	Presidenta y Directora Ejecutiva del Consejo Mundial de la Salud (Global Health Council) y miembro del Consejo Asesor sobre el Plan de Acción Global de la OMS; ex Directora de programas regionales en la Sociedad Americana contra el Cáncer ha sido además asesora ejecutiva de la Fundación LIVESTRONG.
Mauricio Bustamante García	Director de la Facultad de Medicina USIL-Perú. Ex Viceministro de Salud de Colombia, Secretario de Salud de Bogotá y del Organismo Andino de Salud. Director de proyectos regionales y multipaís.
Andrea A. Cortinois	Profesor Asistente, Facultad de Salud Pública de la Universidad de Toronto (Dalla Lana School of Public Health); Co-Director, grupo de investigación sobre migración global y salud.
Mabel Grimberg	Directora del Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; Investigadora Principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

| Prólogo



La Salud Universal
como derecho
garantizado: el camino
de acción que sigue
abierto a 40 Años de
Alma-Ata

En 1978, representantes del mundo de la salud y del desarrollo se reunían en Alma-Ata y emitían una declaración sin precedente. Ante la experiencia acumulada y el deber de dar respuesta a la desigualdad, llamaban a la comunidad internacional a comprometer una acción urgente: se pedía convertir a la salud en condición de bienestar para todos, sin exclusión. Se asentaba, así, que la salud debe promoverse como un derecho humano a garantizar.

40 años después, el llamado a actuar volvía a resonar con la misma pertinencia. Al mismo tiempo que se conmemoraba el 70 aniversario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la OMS recordaba la magnitud de nuestras tareas pendientes. Pese a los notables progresos, menos de la mitad de la población mundial recibe todos los servicios de salud que necesita; casi 100 millones de personas son empujadas a la pobreza extrema debido al pago por servicios de salud desde sus propios bolsillos; y se estima que un niño muere cada 5 segundos, en su mayoría por causas prevenibles.

Bajo el liderazgo de la OPS, la región de las Américas decidió aportar con reflexiones y aprendizajes para guiar la acción, lo que fue canalizado a través de la Comisión de Alto Nivel "Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata". Tuve el honor de participar en las orientaciones y presidir las sesiones de trabajo de este valioso grupo humano, plural y comprometido. El profesionalismo y rigor del Embajador Néstor Méndez fue fundamental para llegar a puerto y poder presentar este informe a la Directora de la OPS, Dra. Carissa F. Etienne

Las recomendaciones del informe son fruto de años de terreno, investigación, políticas públicas nacionales y locales, fiel reflejo de una región diversa, en que riqueza ancestral e innovación dialogan con los desafíos más apremiantes de nuestra época, sean estos desafíos epidemiológicos, ambientales, sociales, económicos o políticos.

Creemos que con ello se cumplen dos propósitos. Primero, visibilizar aportes que puede hacer nuestro continente al intercambio con otras regiones del mundo, las que podrán enriquecer sus políticas nacionales de salud con experiencias muchas

veces equivalentes en obstáculos y oportunidades. Segundo, y más importante, demostrar que está en nuestras manos, hacer la diferencia para garantizar a todas las personas las condiciones para el pleno ejercicio de su derecho a la salud. En cualquier región del mundo y en todo momento es un esfuerzo que no puede detenerse.

El informe ofrece un camino de acción en torno a la Atención Primaria de Salud, concebida como una estrategia integral para intervenir en los determinantes sociales y abrir espacios concretos para que las comunidades sean partícipes



de los modelos de atención del siglo XXI.

La conclusión no admite dudas: el Estado tiene un rol intransferible, ya sea como proveedor, ya sea como regulador, siempre como garante del bien común. En él descansan las políticas de largo plazo de formación, de financiamiento, de cobertura territorial, de inclusión, de protección. Los Estados tienen la responsabilidad principal en la defensa de los derechos humanos; el derecho a la salud no es la excepción.

Porque de nada sirven los saltos tecnológicos, el desarrollo

farmacéutico, el aumento de los presupuestos de salud, si no están al servicio del ser humano en toda su diversidad, en toda su riqueza. Es decir, si no son garantías de derechos.

A 40 años de Alma-Ata, las premisas siguen siendo las mismas, pero han aumentado nuestras capacidades y la seguridad que podemos hacerlo mejor. Sigamos pues en el largo camino de la acción para que la salud sea, al fin y en los hechos, un derecho humano irrefutable, incontestable, irrenunciable ante los ojos de todos.

Michelle Bachelet Jeria
Alta Comisionada de las
Naciones Unidas para los
Derechos Humanos



| Prefacio



El siglo pasado se publicó uno de los informes más revolucionarios para la salud pública, elaborado en Canadá y que lleva el nombre del entonces ministro de salud, Marc Lalonde. Partía de que la salud o la enfermedad no se relacionan solo con factores biológicos o agentes infecciosos, sino que la mayoría de las enfermedades tienen una base u origen socioeconómico.

Decía que 90% de los temas de salud se asocian a los estilos de vida, los factores ambientales y la biología humana, y solo 10% a los sistemas de salud. También alertaba de que la relación era inversa respecto a los recursos de salud, pues 90% se destinaban a la atención en salud y muy pocos a los demás factores relevantes.

Este proceso fue generando una mirada diferente a la atención en salud que se sintetiza en la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 se enmarca en este proceso de reformulación de los conceptos de salud y de atención en salud. La Declaración de Alma-Ata, que surge en esta Conferencia, reivindica el derecho a la

salud como un derecho humano fundamental de todas las personas. Sus definiciones han permitido interpretar la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia política de los Estados y la sociedad civil para transformar los sistemas de salud y los procesos de determinación social de la salud de la población.

Por ello hoy, aceptando el reto y el llamado de la Directora de la OPS, Carissa F. Etienne, quien convoca una Comisión de Alto Nivel, denominada: "Salud universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata", nos proponemos pensar en este legado que se expresa en la visión que definimos colectivamente.

En estos 40 años hemos acumulado conocimientos y experiencia en materia de salud.

Pero la agenda sigue inconclusa, aún hay metas

por cumplir y millones de personas carecen de acceso al derecho a la salud.

Reafirmamos que la APS es un camino sostenible para lograr la salud universal como derecho de todas y todos con calidad, equidad y justicia social, con políticas de Estado que garanticen tales derechos, respeten la diversidad y cuenten con recursos económicos suficientes y equitativos, fortaleciendo a las comunidades como factor de transformación de las realidades y que ninguna persona quede fuera del sistema de salud.

La APS es un concepto integrado en una propuesta de construcción social, política y técnica que permita el ejercicio efectivo del derecho a la salud a todas y todos, y en especial a aquellas personas en condiciones de vulnerabilidad y exclusión social.

Esta visión y estas premisas sirvieron de base para orientar las discusiones y recomendaciones que presenta la Comisión en este informe.

Uno de los legados más importantes de la Declaración de Alma-Ata,



y de la tradición ancestral de atención en salud, es la idea de que la transformación de los sistemas de salud debe partir de un nuevo modelo de atención orientado a las necesidades de salud de la población, que permita garantizar la equidad y la justicia social.

En nuestras discusiones constatamos la creciente desigualdad en el mundo y la muy fuerte concentración de la riqueza, con un modelo de desarrollo que impacta sobre el medio ambiente y la salud pública y hace más necesaria aún la búsqueda del acceso y la cobertura universal de salud.

Otro elemento muy presente en nuestras discusiones es el rol de los procesos de determinación social de la salud en el desarrollo de la salud. De ahí la relevancia de discutir el sistema de salud, y el acceso y cobertura universal en interacción dialéctica con el sistema de protección social integral, en sus componentes de educación, vivienda y seguridad social, entre otros.

La desigualdad social es un rasgo histórico y estructural de las sociedades de la Región, fuertemente

asociada a su estructura productiva y a las condiciones sociales y culturales, y que se reproduce en instituciones, costumbres y prácticas durante la historia. Es importante destacar que las desigualdades de nuestras sociedades no se refieren solo a las desigualdades de medios (ingreso o acceso a los recursos productivos y financieros y a la propiedad) sino a las siguientes desigualdades e inequidades que hemos discutido y sistematizado: socioeconómicas; de género; étnico-raciales; territoriales y relacionadas con impactos ambientales; derivadas del curso de vida; por situaciones de discapacidad; por orientación sexual e identidad de género, y aquellas derivadas de los procesos de migración.

Todas ellas se entrecruzan, se potencian y se encadenan a lo largo del curso de vida y configuran una matriz de la desigualdad social que hay que atender para avanzar hacia su superación.

En algunos países de la Región persisten o se reinstalan las enfermedades infecciosas asociadas a la pobreza, la exclusión social y a



cambios del entorno ambiental y económico que evidencian las limitaciones de los sistemas de salud y del resto de políticas sociales.

Al mismo tiempo, los propios procesos de avance en materia de cobertura y de protección social han hecho que de forma mayoritaria, en otros países de la Región el eje central del proceso de salud sean las enfermedades no transmisibles (ENT), a las que quizás es mejor llamar enfermedades socialmente transmisibles.

Esto ocurre en el marco de la emergencia creciente de nuevos aspectos socioeconómicos, demográficos y medioambientales, como la consolidación de un modelo económico basado en la globalización y expansión del sector privado, la creciente mercantilización de las condiciones de vida y la mayor urbanización, en contextos de procesos de migración irregular y forzada de la población.

Por ello, para nuestro debate fue muy importante la cuestión de las políticas públicas integrales de salud como estrategia para abordar los

factores comunes de riesgo de padecer ENT (consumo de tabaco y alcohol, sedentarismo y alimentación poco saludable). Y en este contexto alertamos de tres ejes más de los procesos de salud-enfermedad, como la emergencia de trastornos mentales por el consumo de sustancias psicoactivas, los traumatismos causados por el tránsito, y la violencia interpersonal, que están entre las principales causas de discapacidad.

Las políticas públicas en salud no se agotan en las instancias de prevención. Junto a ellas es imprescindible iniciar un plan de promoción de la salud, con el objetivo de desarrollar actividades y modos de vida que promuevan la salud a través de acciones colectivas e individuales.

Queda claro que la Región de las Américas enfrenta aun retos importantes para la garantía del derecho a la salud para todas y todos, y que, en el contexto del Siglo XXI, con el conocimiento y experiencia acumulada, con los avances tecnológicos, y con los recursos disponibles, la exclusión social y las inequidades



en salud, resultan inaceptables, pero al mismo tiempo superables. En el sistema Interamericano, no podemos seguir predicando y promoviendo democracia, derechos humanos, seguridad y desarrollo integral sin también enfocarnos en un tema tan esencial como la salud de nuestros pueblos. La Comisión presenta en este informe propuestas de acción, que, si bien algunas son ya reconocidas en la Región y en el mundo, resultan imperativas para el logro de la salud universal.

Estamos convencidos que con la voluntad política de los Estados y las acciones explícitas para producir los cambios necesarios en salud, incluyendo fortalecer una participación social real, inclusiva y accesible, con mecanismos de rendición de cuentas efectivos, lograremos la salud para todas y todos, y el desarrollo humano sostenible.

La Comisión agradece el liderazgo y la contribución de la Dra. Michelle Bachelet, quien guió el trabajo de la Comisión desde su constitución hasta septiembre de 2018, fecha en que asumió el cargo de

Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, sin duda que desde esta nueva posición, seguimos unidos en el camino de la acción para lograr que el derecho a la salud, y otros derechos humanos relacionados, sean una realidad para nuestros pueblos en el Siglo XXI.



Emb. Néstor Méndez
Secretario General Adjunto de la
Organización de los Estados Americanos

Presidente de la Comisión de Alto Nivel:
“Salud Universal en el Siglo XXI:
40 Años de Alma-Ata”

Introducción



Con motivo del cumplimiento de los 40 años de Alma-Ata, el 11 y 12 de diciembre de 2017 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convocó en Quito el Foro Regional “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”.

Como parte de este movimiento regional, la Directora de la OPS, la Dra. Carissa Etienne, convocó a una Comisión de Alto Nivel, denominada : “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”, presidida por la Dra. Michelle Bachelet y el Embajador Sr. Néstor Méndez, y conformada por un grupo interdisciplinario de expertos regionales, con representantes de la comunidad, la academia y actores políticos, entre ellos ex ministros de salud y líderes de sindicatos, así como movimientos de diferentes grupos sociales.

El objetivo de la Comisión fue elaborar recomendaciones para la Directora de OPS que permitieran hacer efectivo el derecho a la salud de las personas, entendido como un derecho humano fundamental, a partir del análisis de los avances y los desafíos que tienen los sistemas de salud en la Región de las Américas.

Este documento expresa el posicionamiento de la Comisión en torno a la Atención Primaria de Salud (APS) y la búsqueda de soluciones para hacer efectivo el derecho a la salud y expresa el enfoque utilizado para orientar el debate, el análisis y las recomendaciones sobre cómo garantizar este derecho. El documento se fundamenta en los reportes elaborados por cinco grupos temáticos: a) modelo de atención de salud, b) modelo institucional, c) modelo de financia-

miento, d) salud y protección social y e) recursos humanos de salud, los cuales están disponibles como anexos a este informe.

Estos grupos temáticos fueron liderados por los miembros de la Comisión, convocando un gran número de expertos académicos y movimientos sociales de diferentes países de la Región. La Comisión presenta diez recomendaciones para lograr la salud para todas y todos en la Región de las Américas en el contexto del siglo XXI.

La Comisión, además, participó activamente en los procesos que

concluyeron con la nueva declaración de Atención Primaria de Salud (Declaración de Astaná), la cual fue adoptada en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud que tuvo lugar en Astaná, Kazajistán, en octubre del 2018. Este espacio de debate global y regional fue muy oportuno, y permitió a la Comisión, no solo abogar por los valores y principios aun vigentes de Alma-Ata, sino también enriquecer este informe, dando énfasis a elementos clave que, desde la perspectiva de la Comisión, no pueden quedar soslayados para lograr la salud universal.



VISIÓN Y PREMISAS DE LA COMISIÓN

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en 1978 ocupa un lugar fundamental en las discusiones sobre salud pública, las políticas de salud y el desarrollo humano. La Declaración ofreció un marco visionario al servicio de la abogacía y la acción, reivindicando el derecho a la salud como un derecho humano fundamental de todas las personas. Su texto permitió interpretar la APS como una estrategia política de los Estados y la sociedad civil para la transformación de los sistemas de salud y para intervenir sobre los procesos de determinación social de la salud de la población.

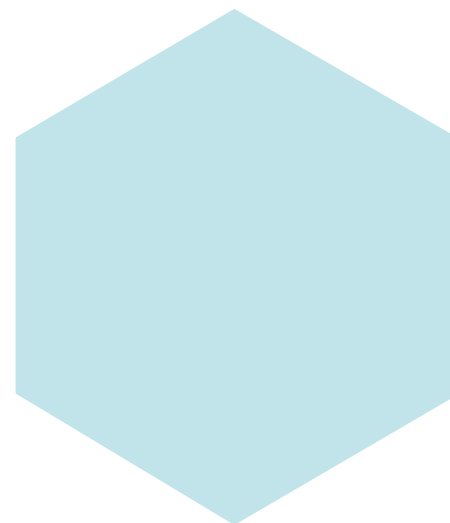
Uno de los legados más importantes de esta Declaración es la concepción de que los procesos de transformación de los sistemas de salud deberían partir de un nuevo modelo de atención orientado a las necesidades de salud con un abordaje articulado a una respuesta integradora del Estado que incorpora intervenciones intersectoriales con incidencia sobre los procesos de determinación social de la salud.

En estos 40 años hemos desarrollado un conocimiento y una experiencia acumulada en materia de salud. Al mismo tiempo tenemos una agenda inconclusa, metas por cumplir, millones de personas sin acceso al derecho a la salud.

En este nuevo contexto, reafirmamos la APS como camino necesario y sostenible para lograr la salud universal como derecho de todas y todos con calidad, equidad y justicia social, con políticas de Estado que garanticen este derecho, respeten la diversidad, con recursos económicos suficientes y equitativos, fortaleciendo las comunidades como factor de transformación de las realidades y que ninguna persona (ciudadanos y no ciudadanos) quede fuera del sistema de salud. Por este motivo, es necesario enfatizar que el lema de salud para todas y todos es un imperativo vigente y fundamental.

Esta propuesta se enmarca en el modelo de derechos humanos, que tiene como sustrato la diversidad humana, aspecto clave para el mejoramiento en la atención en salud. La toma de conciencia y la caracterización de la

En estos 40 años hemos desarrollado un conocimiento y una experiencia acumulada en materia de salud. Al mismo tiempo tenemos una agenda inconclusa, metas por cumplir, millones de personas sin acceso al derecho a la salud.



diversidad humana permite formular e interpretar las respuestas del Estado a las necesidades diferenciales de las personas como un componente clave para garantizar la equidad y la dignidad.

El documento acoge el concepto de la matriz de la desigualdad social, para poder entender cómo la confluencia de múltiples y simultáneas formas de discriminación y exclusión derivan en inequidades en salud, y en otros ámbitos del desarrollo social, que, a su vez, se retroalimentan entre sí. Nos desafía a considerar a las personas, sus realidades y experiencias de manera holística y no compartimentalizada para así crear políticas que respondan de manera más efectiva a esta complejidad.

Asimismo, pone un foco sobre la manera en la que las relaciones sociales y las asimetrías de poder inciden sobre el ejercicio de los derechos de las personas, incluido el derecho a la salud.

De forma relacionada, el enfoque de los determinantes sociales de la salud plantea que las inequidades

en salud son el resultado de las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Reconocemos el avance que representa en sí el abordaje de los “determinantes sociales”, y la importancia de su incorporación a los ODS como instrumento estratégico de reconocimiento global, pero planteamos la necesidad de profundizar este abordaje, con una mirada crítica sobre las consecuencias de modelos económicos de desarrollo insostenibles. Consideramos que es insuficiente un abordaje de los “determinantes sociales” que puede darse de forma compartimentada y hasta descontextualizada, sin plantear la pregunta de por qué se generan, para quiénes y para qué.

En este marco, este documento tiene un abordaje de determinación social que asume la necesidad fundamental de actuar sobre los procesos sociales y las dinámicas de poder que existen en nuestras sociedades, interpretadas dentro del marco histórico en el que se replican y perpetúan, acentuando las inequidades.

La matriz de la desigualdad social complementa el análisis y el abordaje de determinación social al reconocer a la desigualdad como una característica histórica y estructural de las sociedades en nuestra región e identificar elementos que condicionan las circunstancias en las que las personas se desenvuelven (condiciones socio-económicas, el género, la raza/etnia, el lugar de residencia y la etapa del curso de vida, y otros como la situación de discapacidad, la condición migratoria, y la orientación sexual e identidad de género)

De esta forma, la salud, determinada por los procesos sociales y las dinámicas de poder, está intrínsecamente relacionada con otras dimensiones de bienestar, como el acceso a la vivienda y los servicios básicos, a la educación, al trabajo decente, a la protección social y a la participación política, entre otros. A la vez que los ejes que estructuran la desigualdad se entrecruzan y potencian, también son manifestación de los derechos vulnerados.

ANTECEDENTES Y DESAFÍOS

Aunque la Declaración de Alma-Ata se enmarcó en la meta de salud para todos, y la Región de las Américas ha sido una referencia emblemática que ha servido como guía para la transformación de los sistemas de salud, también representa un hito para cuestionar los desafíos pendientes y actualizar sus mensajes en un nuevo contexto.

Esta Declaración ha inspirado una serie de estrategias e iniciativas regionales que han contribuido con una producción de experiencias y abogacía trascendente que caracteriza la trayectoria de la APS en la Región. Desde los Sistemas Locales de Salud (SILOS) durante la década de los ochenta, hasta la Declaración de Montevideo en el año 2005, la publicación de la OPS sobre la renovación de la APS en las Américas y la de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) son solo algunas referencias de una corriente de pensamiento coherente con esta propuesta. Este proceso de renovación permitió ponderar el potencial de la APS como estrategia

de transformación de los sistemas de salud e intervención sobre los procesos de determinación social de la salud.

A pesar de avances significativos durante las últimas décadas, con innovaciones en el aseguramiento y un mayor gasto público en salud, en muchos países de la Región de las Américas persisten y se profundizan las condiciones de desigualdad e inequidad en salud.

Los desafíos pendientes son todavía muy importantes. La erradicación de la pobreza y de la pobreza extrema, así como la reducción de la desigualdad, en todas sus dimensiones, continúan siendo retos centrales para los países de las Américas. Aun cuando la Región logró importantes avances en este ámbito entre comienzos de la década pasada y mediados de la presente, desde 2015 se han registrado retrocesos, particularmente en lo que respecta a la pobreza extrema. Asimismo, los altos niveles de desigualdad obstaculizan el desarrollo y son una barrera a la erradicación de la





pobreza, la ampliación de la ciudadanía, el ejercicio del derecho a la salud, y otros, y a la gobernabilidad democrática.

La desigualdad incluye, pero trasciende, la desigualdad de ingresos y abarca también la igualdad de medios, oportunidades, capacidades y reconocimiento. La matriz de la desigualdad social en la Región está condicionada por la matriz (o estructura) productiva y por una cultura de privilegios, que es un rasgo histórico constitutivo de nuestras sociedades. Además del estrato socioeconómico, las desigualdades que se manifiestan en las Américas también están marcadas por otros ejes estructurantes: el género, la condición étnica y racial, el territorio, el curso de vida, la situación de discapacidad, el estatus migratorio, y la orientación sexual e identidad de género. Los ejes estructurantes de la matriz de la desigualdad social se entrecruzan, potencian y encadenan a lo largo del curso de vida, lo que da lugar a una multiplicidad de factores de desigualdad o discriminación que interactúan de forma

simultánea y se acumulan a través del tiempo y de las generaciones.

Los sistemas de protección social y los sistemas de salud en los países de la Región no han podido eliminar las inequidades en salud. Una de las principales debilidades de los sistemas de salud para responder a las necesidades de la población se manifiesta en la persistencia de las distintas barreras de acceso. A su vez, estas limitaciones se explican por los escasos esfuerzos para transformar los sistemas de salud a partir de un nuevo modelo de atención, con un enfoque aun predominantemente hospitalario, servicios de salud sin recursos humanos suficientes ni formación orientada a la APS, limitada participación social, falta de recursos públicos e infraestructura inadecuada.

Asimismo, una agenda de reforma exclusivamente sectorial y centrada en los servicios de atención médica y la ampliación de la cobertura del aseguramiento ha desplazado a la salud pública y los procesos de determinación social de la salud como ejes estructuradores de la respuesta del Estado a las necesidades en

salud de la población. La seguridad alimentaria, el agua potable y los programas de inmunizaciones.

La persistencia y reemergencia de algunas enfermedades infecciosas asociadas a la pobreza, la exclusión social y los cambios del entorno ambiental y económico ponen de relieve las limitaciones de los sistemas de salud y del resto de las políticas sociales. Todavía hoy las condiciones de inequidad en salud se traducen en una carga alta de enfermedades transmisibles en algunos países, para ciertos grupos sociales y en sus regiones más pobres, con un número todavía elevado de muertes maternas e

infantiles evitables, incluidas aquellas por carencias nutricionales, totalmente inaceptables, y en algunos casos crecientes.

Por último, las metas inconclusas de la Declaración de Alma-Ata son resultado de procesos políticos que no han logrado representar los intereses y derechos de la población en condiciones de vulnerabilidad, ni sostener las transformaciones relevantes de las reglas institucionales que son necesarias para eliminar todo tipo de barreras al acceso a la salud. El creciente rol del sector privado se materializa no sólo en la provisión y el aseguramiento de la salud y en la generación y

producción de medicamentos y tecnologías en salud, sino en un poder político nacional y global con mayor influencia sobre aquellas “reglas del juego” que determinan los intereses y valores favorecidos en el modelo institucional de las relaciones económicas, de la estructura del Estado y del sistema de salud.

Los desafíos pendientes se acompañan con un nuevo contexto, con nuevas problemáticas que demandan respuestas innovadoras para abordar aspectos políticos, sociales y económicos que determinan las condiciones de salud y la equidad en salud de la población en el contexto del siglo XXI. En la actualidad,





los determinantes sociales de la salud incluyen nuevos aspectos socioeconómicos, demográficos y ambientales interrelacionados. La emergencia y consolidación de un modelo económico basado en la globalización y expansión del sector privado, con una creciente mercantilización de las condiciones de vida y una mayor urbanización demográfica tienen como consecuencias el deterioro y la insostenibilidad ambiental y el cambio climático, con reproducción de la desigualdad económica y la exclusión social, y procesos de migración y desplazamiento forzado de la población.

Algunas de estas condiciones han llevado al aumento de las enfermedades no transmisibles, a una mayor prevalencia de enfermedades de salud mental, nuevas barreras al acceso a la salud de la población con diferentes condiciones de discapacidades, al aumento de los traumatismos causados por accidentes de tránsito, y al crecimiento de la violencia en diferentes esferas, tales como la violencia de género, como aquellas asociadas a actividades ilícitas y al conflicto armado.

Estas nuevas condiciones representan desafíos que interpelan el *“statu quo”* del tipo de respuesta del Estado para garantizar el derecho a la salud como derecho humano fundamental. El fortalecimiento de los sistemas de salud, integrados en sistemas de protección social con capacidad para influir la determinación social de la salud resultan un imperativo ineludible.

Distintos mandatos regionales y globales expresan el compromiso de los Estados en materia de derechos sociales y son referencias fundamentales para interpretar estos desafíos y las oportunidades presentes. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, es una referencia global fundamental. El alcance de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) asociados a esta Agenda requiere de enfoques integrados y colaborativos para abordar las causas de las inequidades en salud en la Región, asumiendo a la salud como un derecho humano en todas sus dimensiones.

La importancia de los ODS como instrumento de abordaje de los determinantes sociales con el apoyo de los Jefes de Estado, es un instrumento político de relevancia estratégica política y global, involucrando a todos los sectores de los Estados, y con un fuerte posicionamiento y compromiso internacional de todo el sistema de las Naciones Unidas. Sin embargo, es necesario advertir potenciales contradicciones que se producen al incluirse objetivos y recomendaciones que asumen un modelo de desarrollo basado en el crecimiento económico indefinido y por lo tanto insostenible. En este marco, es indispensable valorar el alcance global de esta agenda política, pero al mismo tiempo advertir sobre la necesidad de asumir un modelo de desarrollo humano con inclusión social y sustentable de la naturaleza y el medio ambiente.

Con un mismo enfoque, en octubre del 2014 los Estados Miembros de la OPS aprobaron la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud. Esta Estrategia surge en respuesta a los desafíos presentados previamente,

especialmente las inequidades en las condiciones de acceso a los servicios de salud integrales. Esta estrategia procura superar una perspectiva de cobertura universal limitada al aseguramiento explícito de la población, integrando la equidad del acceso a la salud y a los servicios de salud integrales, con calidad como los objetivos estructuradores de los procesos de transformación de los sistemas de salud.



Cómo garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud como derecho humano fundamental

La premisa fundamental de esta propuesta es que el derecho a la salud es un derecho fundamental y que el Estado tiene la responsabilidad ineludible de hacer efectivo su goce.

Las marcadas inequidades en salud y sus determinantes se explican por las limitaciones del Estado para fortalecer sistemas de protección social y sistemas de salud que garanticen el derecho a la salud, en el marco de un rol más influyente del sector privado, tanto en términos

económicos, con creciente concentración de la riqueza, como en términos políticos, con marcadas asimetrías de poder tanto a nivel global como nacional. En este marco, el fortalecimiento de la responsabilidad y el compromiso de los Estados con el derecho a la salud como un derecho humano fundamental es una



premisa elemental sobre la cual ha trabajado la Comisión.

Esta premisa articula los siguientes tres ejes: los modelos de atención con intervenciones intersectoriales, los procesos políticos e institucionales, y los recursos fundamentales.

El primer eje se refiere a modelos de atención con intervenciones intersectoriales. Los modelos de atención deben estar basados en las personas y las comunidades en sus territorios, lo cual implica reconocer a la diversidad como una característica esencial del ser humano, incluyendo intervenciones intersectoriales con incidencia sobre los determinantes sociales de la salud.

El ejercicio del derecho a la salud requiere condiciones de equidad al acceso efectivo a intervenciones desde el sector salud y de otros sectores institucionales. Las diferentes barreras de acceso a estas intervenciones, fuertemente marcadas por la matriz de la desigualdad social en la Región, son una expresión de los desafíos pendientes. Para eliminar estas barreras, es necesario contar con un modelo de atención basado en

las personas y las comunidades, con un enfoque intercultural, que aborden los procesos de determinación social de la salud.

En esta perspectiva, el modelo de atención centrado en las personas y las comunidades es la expresión de la respuesta del Estado a las necesidades y la diversidad de condiciones de vida de las personas y es también resultado de los procesos políticos e institucionales promovidos en los procesos de transformación de los sistemas de salud.

El segundo eje se refiere a los procesos políticos e institucionales que dan contenido y apoyo a los procesos de transformación de los sistemas de salud y de los sistemas de protección social. La responsabilización del Estado como medio para garantizar el derecho a la salud requiere de procesos políticos que permitan construir viabilidad y legitimidad a las transformaciones institucionales necesarias. Estos procesos deben buscar la articulación de las instancias y procesos nacionales, como así también regionales y globales. En este marco, la rendición de cuentas es un mecanismo valioso de involucramiento

de actores en diferentes instancias: nacionales, regionales y globales. Los procesos políticos deben sostenerse fortaleciendo una democracia participativa, con políticas públicas integrales y con procesos institucionales que impliquen actores relevantes del sector salud y del sistema de protección social. Los procesos democráticos le otorgan legitimidad a los Estados, y mientras más profunda y participativa sea esa democracia, más concordancia se esperaría entre las acciones del Estado y el interés público.

Los procesos políticos también se refieren a las relaciones de poder entre diferentes actores (estatales y no estatales, nacionales y supranacionales) que tienen influencia sobre la definición del marco institucional que promueven y sostienen los procesos de determinación social en salud.

El fortalecimiento de las capacidades técnicas y políticas de los actores que integran las estructuras del Estado, en base al interés público, junto con otros actores comprometidos con estos valores, es crucial para ejercer el liderazgo de procesos complejos de trans-

formación institucional del conjunto de políticas sociales. En especial, el empoderamiento y la participación de los actores en condiciones de vulnerabilidad es una condición para defender y proteger sus derechos. Por este motivo, es necesario construir alianzas amplias de diferentes tipos de actores con diferentes concepciones y fortalezas, pero orientados por los mismos valores fundamentales.

Los procesos institucionales alineados al compromiso con el derecho a la salud implican cambios estructurales del Estado y de las normas sociales que subyacen a la matriz de la desigualdad social. Estos cambios implican innovaciones en

las estructuras y funciones del Estado en diferentes sectores institucionales, a través del fortalecimiento del sistema de protección social y del sistema de salud, con fuentes de financiamiento de sistemas tributarios de carácter progresivos, y con mecanismos solidarios y equitativos.

Las capacidades de las respuestas del Estado a las necesidades de salud requieren de recursos fundamentales que fortalezcan los sistemas de salud y los sistemas de protección social. Los recursos fundamentales son los humanos, tecnológicos y financieros, indispensables para hacer efectivas las transformaciones institucionales necesarias. Estos elementos comprenden la disponibi-

lidad, competencias y compromiso del personal para desarrollar un modelo de atención basado en las personas y las comunidades; los recursos tecnológicos necesarios para responder a las necesidades de salud de la población y los recursos públicos necesarios para financiar el desarrollo de un modelo de atención en condiciones de equidad.

Estos recursos fundamentales asumen dos características importantes. Por un lado, son condiciones necesarias para dar respuesta a las necesidades de salud de la población. Por otro lado, la disponibilidad y asignación de estos recursos son resultado de los procesos políticos e institucionales requeridos.



RECOMENDACIONES



SÍNTESIS

1

Asegurar un modelo institucional del Estado que permita cumplir con su responsabilidad ineludible de garantizar el derecho a la salud en el marco de los derechos humanos.

2

Desarrollar modelos de atención basados en la APS, centrados en las personas y las comunidades, considerando la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad.

3

Generar mecanismos de participación social real, profunda, inclusiva y accesible, con perspectiva de diversidad (intercultural y funcional) para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud.

4

Generar mecanismos de regulación y fiscalización del sector privado para alinearlos con el objetivo de garantizar el derecho a la salud.

5

Eliminar las barreras de acceso a la salud universal.

6

Abordar los procesos de determinación social a través de intervenciones intersectoriales de salud que promuevan cambios sustantivos sobre las condiciones ambientales, sociales, económicas, de vivienda e infraestructura básica de una población en un territorio.

7

Reposicionar la salud pública como un eje orientador de la respuesta del Estado para la transformación de los sistemas de salud.

8

Valorar los recursos humanos como sujetos protagonistas de la construcción y consolidación de modelos de atención basados en la APS.

9

Promover la utilización racional y la innovación de los recursos tecnológicos al servicio de las necesidades de salud de la población.

10

Desarrollar un modelo de financiamiento que asegure la suficiencia, la calidad, la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad.

RECOMENDACIÓN

1

Acciones

- Desarrollar los marcos jurídicos y normativos para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud para todas y todos.
- Generar estructuras institucionales y procesos que correspondan a las responsabilidades de las autoridades de salud incluyendo las áreas de rectoría y regulación de los sistemas de salud, así como la capacidad de articulación intersectorial para el abordaje de procesos de determinación social de la salud.
- Asegurar que las competencias en salud de los distintos niveles de desconcentración y descentralización de los Estados sean claras y complementarias, permitiendo un abordaje pertinente e intercultural de acuerdo a la diversidad de la población y velando por la reducción de inequidades.
- Implementar mecanismos de rendición de cuentas, incluyendo la generación de información oportuna, accesible y de calidad, que permitan garantizar el cumplimiento efectivo del derecho a la salud.
- Articular los procesos nacionales con los supranacionales, para construir sinergia y tener una mayor influencia sobre los arreglos institucionales claves del sistema de salud.

Recomendación 1: Asegurar un modelo institucional del Estado que permita cumplir con su responsabilidad ineludible de garantizar el derecho a la salud en el marco de los derechos humanos.

Esta propuesta implica desarrollar marcos jurídicos y normativos que definan modelos institucionales, estructuras organizacionales, asignación de responsabilidades y recursos necesarios con énfasis en aquellas instituciones públicas, con responsabilidades sobre la garantía del derecho a la salud, y con mecanismos efectivos de rendición de cuentas.



Para esto, es indispensable articular los procesos nacionales con los supranacionales, para construir sinergia y una influencia más efectiva sobre los arreglos institucionales que facilitan el goce efectivo del derecho a la salud. En este marco, es necesario ponderar y fortalecer las instancias de Naciones Unidas relacionadas con los informes que los Estados Partes hacen ante el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas y ante los Comités de Derechos Humanos de Naciones Unidas, que funcionan con el soporte de la Oficina de la Alta Comisionada de Naciones Unidas en Derechos Humanos. Este abordaje permitirá concebir la salud vinculada con una concepción amplia de desarrollo sostenible, vinculado con el bienestar de todas las personas, de todas las edades y en todo lugar.

Sin la voluntad política y la responsabilidad explícita del Estado y los Estados para producir los cambios necesarios para garantizar el derecho a la salud de la población, especialmente para las personas en situación de exclusión social, el derecho a la salud puede ser una declaración formal, pero sin respuesta efectiva.

Son los Estados, los responsables de disponer de mecanismos institucionales que respeten y protejan el ejercicio pleno del derecho a la salud. Dichos mecanismos son políticos, normativos, administrativos y judiciales, con un abordaje complementario y articulado. El derecho a la salud se garantiza a partir del fortalecimiento de las capacidades políticas y técnicas de todas aquellas

instituciones, agencias e instancias del Estado para responder a las dimensiones económicas, sociales, y culturales que conforman y se articulan en los procesos de salud-enfermedad.

La judicialización de la salud para asegurar el acceso a la salud es un derecho legítimo, pero debe ser un último recurso para conseguir la vigencia del derecho a la salud, ya que la complejidad política e institucional que conlleva este fenómeno puede reproducir las inequidades en el acceso a los servicios de salud. Aunque durante las últimas décadas, ha habido un uso creciente de la judicialización como una opción de reclamo sobre la cobertura de bienes y servicios de salud, canalizando demandas insatisfechas, alertamos que de manera creciente, en muchos casos estos procesos son el resultado de la presión de otros actores privados que utilizan la demanda judicial como mecanismo para introducir nuevas tecnologías en salud sin consideración de criterios indispensables como la equidad, eficacia, seguridad, el costo efectividad y la ética de estas intervenciones. Este tipo de soluciones también se produce en competencia con otras esferas del Estado, en especial con instituciones rectoras del sistema de salud, limitando su influencia y entorpeciendo su ejercicio y fragmentando la capacidad del Estado para responder a los desafíos políticos, institucionales y económicos que limitan el ejercicio del derecho a la salud.

Estas situaciones pueden generar presión sobre el funcionamiento del sector salud, en especial sobre los procesos de priorización en la asignación de recursos, así como también sobre estrategias de extensión de las condiciones de acceso y cobertura de servicios de salud para la población que más lo necesita.

Para evitar estos problemas, se recomienda un funcionamiento integrado entre los diferentes sectores y poderes del Estado, con el fortalecimiento y compromiso de las autoridades de salud en el ejercicio pleno del derecho a la salud, a través de mecanismos de rendición de cuentas, y considerando las condiciones de cada contexto nacional.

Eje 1: Modelo de atención con intervenciones intersectoriales.

El primer eje sobre el cual la Comisión ha trabajado se refiere a la construcción de un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades como la mejor estrategia para garantizar una respuesta a la diversidad de necesidades, condiciones y características de la población. Este eje pondera el modo de producción de los servicios de salud como el aspecto que orienta y estructura la respuesta del Estado a las necesidades de salud de la población.



RECOMENDACIÓN 2

Acciones

- Desarrollar un modelo integral e integrado de salud que cuide más y cure lo necesario, promoviendo la salud de los ecosistemas y la salud de la Madre Tierra hacia el Buen Vivir, basado en la APS y con enfoque comunitario, intercultural, territorial e intersectorial.
- Impulsar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), con un primer nivel de atención resolutorio, y apoyado por servicios especializados (incluyendo hospitales) para garantizar a todas y todos, acceso real a los servicios de salud con oportunidad, calidad y continuidad.
- Asignar los recursos financieros necesarios para asegurar el acceso real a los servicios de salud, considerando que al menos el 30% de los recursos se invierten en el primer nivel de atención.



Recomendación 2: Desarrollar modelos de atención basados en APS, centrados en las personas y las comunidades considerando la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad.

La APS es asumida como una estrategia de transformación de los sistemas de salud, a través de un modelo de atención integral de cuidados de salud, centrado en las personas y las comunidades. Este abordaje requiere un primer nivel de atención con capacidad resolutoria, en el marco de redes integradas e integrales de salud (RISS), integrando la medicina complementaria e intercultural.

Este modelo debe basarse en una concepción de APS integral e integrada, con enfoque de derechos, territorial, familiar, comunitario, pluriétnico e intercultural, resolutorio e intersectorial. En un contexto digital en el siglo XXI, la APS tiene la oportunidad de impulsar los mecanismos de participación social, democrática y comunitaria efectiva haciendo uso de los avances de las tecnologías de la comunicación. Para ello se requiere eliminar barreras a una comunicación digital en triple vía entre los equipos de salud y la comunidad en tiempo real (equipos de salud – comunidad – equipos de salud), con el fin de construir la APS desde el territorio y con las comunidades. Esta concepción de APS requiere una plataforma que permita dinamizar la salud en todas las políticas y actuar sobre la determinación social de la salud en el siglo XXI.

La constitución de redes integradas de servicios requiere el desarrollo y/o fortalecimiento de funciones tales como la gobernanza, la organización y la gestión, y la asignación de recursos adecuados. En este marco, se recomienda que el modelo integral de salud disponga de los recursos necesarios para garantizar para todas y todos, acceso real a los servicios de salud con oportunidad, calidad y continuidad.

Este modelo debería tener el mayor alcance posible dentro del sistema de salud, como estrategia para superar la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud. Un primer nivel de atención fortalecido debe profundizar la participación social, con un rol de nodo articulador de otras organizaciones (públicas y privadas) e instituciones de los diferentes niveles de atención, incluyendo los niveles especializados (ej.: hospitales). En ese marco no menos de un 30% del gasto del sistema de salud deben destinarse al primer nivel de atención para garantizar su priorización y promover su fortalecimiento.

En este modelo, los equipos de salud se integran con un abordaje transdisciplinario, que facilite la coordinación entre los diferentes

niveles, centrado en el fortalecimiento de la vida saludable en la vida cotidiana, el ecosistema y un sistema de cuidados centrado en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación de las personas con dolencias y/o enfermedades, la rehabilitación y cuidados paliativos, donde se recurre a nodos con especialistas focales que actúan de soporte.

Esta propuesta tiene una concepción de red de salud que integra no solo la formal-institucional, sino también a los actores del espacio comunitario e intersectorial; incluye una organización y gestión de los servicios de salud que incluye una organización y gestión de los servicios de salud que abarca la planificación a nivel local, con mecanismos que garanticen la participación social, y el monitoreo y evaluación integral de la atención en salud de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad. Para ello es fundamental el desarrollo de comunidades informadas y educadas en la promoción de la salud y la prevención primaria de las enfermedades, que sean actores integrales en la toma de decisiones del sistema, incluyendo el diseño de políticas y servicios, así como en la atención y cuidado de su salud. Esta propuesta se refuerza con un modelo de gestión basado en la responsabilidad territorial de los equipos de salud, capacitados y con guías de atención acorde a los problemas de salud de una población definida.

La reorientación de un modelo de atención biomédico hacia un modelo basado en la APS incluye estrategias que coloquen a las personas y las comunidades en el centro, integrando la medicina tradicional ancestral, la medicina complementaria y la interculturalidad. El modelo de atención a la salud debe considerar las diversidades étnicas y raciales, culturales, estatus migratorio, género, curso de vida, orientación sexual e identidad de género y las condiciones de discapacidad.

Se recomienda un modelo integral de salud que cuide más y cure lo necesario, promoviendo la salud de los ecosistemas y la salud de la Madre Tierra hacia el Buen Vivir. Frente a un sistema enfocado en el tratamiento curativo, dejando de lado el cuidado que conlleva la atención y llegando a extremos como la deshumanización de la atención en salud, proponemos que se cuide más a los pacientes, a las y los cuidadores de la salud, y a los ecosistemas, afectados por la destrucción y contaminación industrial.

La Región de las Américas cuenta con gran diversidad cultural y ancestralidad profunda. Los sistemas de salud deben tomar medidas que integren esta diversidad cultural, para superar las barreras culturales a través de diálogos y puntos de encuentro entre culturas diversas de diferentes grupos sociales (tales como las indígenas y

afrodescendientes), considerando las raíces históricas, culturales y cosmovisiones sobre los enfoques de salud-enfermedad. Esto implica el respeto a las tradiciones ancestrales, y visualizar al ser humano de una manera integral yendo más allá de lo bio-psico social e incorporando la dimensión espiritual.

Este modelo protege los diversos ecosistemas del planeta, y permite avanzar hacia el logro de una producción energética no contaminante, la producción y el consumo responsable, garantizando el acceso a los recursos necesarios para una vida digna, de manera sustentable. En este marco, se propone preservar los conocimientos y tradiciones ancestrales como parte del territorio al servicio del cuidado de la Madre Tierra, de sus plantas, los animales, los seres humanos y el propio entorno natural. Al referirnos a la Madre Tierra, emerge la propuesta del Buen Vivir como cambio paradigmático de horizonte de vida para la humanidad, que busca una armonía en la cual prima el respeto a la vida de las criaturas que conviven con la humanidad como una condición necesaria para garantizar el derecho a la salud en el marco de la sustentabilidad de nuestra naturaleza.

Es preciso visibilizar y aprender de las experiencias exitosas de política intercultural dentro de poblaciones indígenas en nuestro continente, profundizando la complementariedad de saberes entre la medicina convencional, la medicina tradicional ancestral, y la medicina complementaria, hacia un enfoque de salud integral que involucra a la Madre Tierra que sustenta a la comunidad humana e integra las diversas medicinas, de amplio uso en la población en nuestra Región. Hay grandes avances institucionales que han promovido la complementariedad de saberes junto a los prestadores de servicios de la medicina ancestral como son las parteras, curanderos, hierberos o guías espirituales, entre otros, como parte integrante del personal de salud y su oferta de servicios a la población, trabajando en conjunto con la medicina convencional.

Eje 2: Los procesos políticos e institucionales

Los procesos políticos que fortalecen la respuesta del Estado requieren tanto de la legitimidad y los aportes que ofrecen los procesos de participación social, como de la regulación de los intereses privados que se posicionen como amenaza a los valores del derecho a la salud, la solidaridad y la equidad. Los procesos institucionales para la transformación de los sistemas de salud son cambios de las reglas del juego que definen las competencias y estructuras del Estado para el ejercicio del derecho a la salud.

RECOMENDACIÓN

3

Acciones

- Diseñar e implementar marcos legales que promuevan la participación, la representatividad, con mecanismos basados en la comunidad, para sustentar la participación efectiva, considerando la diversidad de comunidades y organizaciones sociales e involucrando al personal de salud en estos procesos.
- Generar mecanismos vinculantes de las recomendaciones surgidas en los espacios de participación social con los procesos de toma de decisiones en salud.
- Financiar los mecanismos de participación social en salud desde el Estado, enfocado en el interés público.
- Desarrollar mecanismos de formación y comunicación de los miembros de las organizaciones sociales para fortalecer su participación.

Recomendación 3: Generar mecanismos de participación social real, profunda, inclusiva y accesible, con perspectiva de diversidad (intercultural y funcional) para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud.

Si bien el sector salud ha sido un espacio de participación con resultados exitosos en diferentes iniciativas (ej. programas prioritarios de inmunización o VIH), y motivo de movilización social (consejos de salud y el movimiento en salud que impulsó el SUS de Brasil), es evidente una tendencia creciente a una cultura basada en la individualización, con menos compromiso por los valores de la equidad y la solidaridad.

El análisis de los procesos de participación social incluye cuestiones fundamentales, como los objetivos que se persiguen, la definición de su agenda, los canales y los actores involucrados en tales procesos. Con respecto a los objetivos, la participación social en el sector salud representa una oportunidad para profundizar la democracia participativa y el empoderamiento de la población para influir sobre los procesos que afectan la salud en todos los campos.

Los sistemas de salud en los países que buscan universalizar el acceso atraviesan procesos de transformación institucional que implican tensión permanente sobre la distribución de recursos y poder, como parte de una construcción democrática, que no implica exclusivamente dar un mínimo de condiciones de salud a los más pobres, sino hacer del derecho a la salud un elemento central de los derechos humanos.

Esta perspectiva incorpora como parte de la agenda de la participación social, a intervenciones que implican el abordaje de las condiciones de vida y de trabajo y el fortalecimiento de las respuestas del Estado en términos de políticas públicas. En este marco, se propone que los procesos de participación incidan de manera real sobre la identificación de los problemas de salud y sus causas, la formulación de políticas y su implementación y evaluación.

La participación social no puede ser un elemento decorativo, limitado a la validación de las decisiones ya tomadas desde el poder. Aquí nos referimos a una participación con incidencia y posterior rendición de cuentas de las autoridades sobre los temas centrales que interesan en los procesos de transformación social y de los sistemas de salud.



La promoción de canales de participación en el marco de los derechos humanos requiere ir más allá de espacios de participación en los cuales se sistematice opiniones, expectativas y necesidades de la ciudadanía. Para hacer efectiva influencia en las decisiones de políticas públicas de salud, es necesario que los resultados de los procesos de participación sean vinculantes.

Los canales de participación deben estar protegidos por marcos legales que definan los mecanismos electivos y los criterios de representatividad, que atiendan la diversidad y las necesidades de los grupos sociales que integran la comunidad.

Asimismo, los procesos de participación social pueden ser utilizados como mecanismos de veeduría y control de funcionarios y estructuras estatales, que mantienen roles decisivos sobre los resultados en calidad y equidad en el acceso a servicios de salud.

Los modelos institucionales deben generar mecanismos de formación con educación popular y comunicación a los miembros de la sociedad civil, (organizada y no organizada) para fortalecer su participación, facilitando su capacidad para conocer e interpretar los problemas, así como también la formulación de soluciones en términos de políticas de salud. Estos mecanismos deberían ser factores facilitadores para vincular las demandas de la población, y en especial de diferentes grupos sociales (organizados y no organizados), con las respuestas que permitan sostener los procesos de fortalecimiento y el cambio de los sistemas de salud.

Al mismo tiempo, la promoción de la participación social debería ser un mecanismo para promover la cohesión y la justicia social. Por este motivo, deben identificarse canales de participación que sirvan efectivamente para democratizar los servicios de salud, y al mismo tiempo, avanzar con procesos de transformación institucional que desarrollen o generen cambios institucionales relevantes.

Finalmente, la definición y el empoderamiento de los actores que deberían integrarse a los procesos de participación social es un

componente fundamental para garantizar los procesos de transformación institucional y proteger la protección de los derechos de grupos sociales en condiciones de mayor vulnerabilidad.

La participación de la sociedad, y especialmente de los movimientos sociales son condición necesaria para la construcción democrática del derecho a la salud en el marco de los derechos humanos. La participación social es parte de los procesos de construcción de las alianzas, que altera las relaciones de poder ya constituidas, y permite garantizar la sostenibilidad política de procesos de transformación de las políticas e instituciones del Estado que garantizan el derecho a la salud.

La definición de los actores que integran los procesos de participación social debe responder a la diversidad de las comunidades y las organizaciones sociales de cada país, lo cual va más allá de reproducir criterios representativos. Una plena participación de la sociedad civil requiere garantizar el acceso a participar sin segregación, realizando los ajustes razonables y necesarios para adecuar los mecanismos en función de la diversidad de las condiciones y capacidades de las personas, para participar de acuerdo a sus necesidades, intereses y concepciones culturales.

Es necesario asegurar que los grupos sociales en condiciones de vulnerabilidad logren una participación que favorezcan sus propias condiciones de accesibilidad, lo cual comprende el acceso al entorno físico, el transporte, la información, las comunicaciones, las tecnologías, los procesos, los procedimientos, los bienes y servicios, tanto en zonas urbanas como rurales. El personal y los equipos de salud deben ser actores involucrados y protagonistas de los procesos de participación social. Sin sujetos activos y comprometidos en la producción de servicios e intervenciones sobre los procesos de determinación social, no es posible sustentar procesos de transformación con alta complejidad política.



RECOMENDACIÓN 4

Acciones

- Fortalecer las capacidades de rectoría de las autoridades nacionales de salud que permitan regular el sector privado, basados en el interés público y en línea con los objetivos y estrategias de las políticas nacionales de salud.
- Desarrollar mecanismos de evaluación y fiscalización del sector privado que incorporen el acceso equitativo a servicios de salud con calidad como una dimensión fundamental.
- Fortalecer las estructuras del Estado para facilitar la contribución del sector privado a procesos que tengan como horizonte el bienestar y la salud de las personas y comunidades, controlando los conflictos de interés.

Recomendación 4: Generar mecanismos de regulación y fiscalización del sector privado para alinearlos con el objetivo de garantizar el derecho a la salud.

Durante estas cuatro décadas, el sector privado ha crecido significativamente en influencia y complejidad en diferentes esferas gravitantes del sistema de salud, tanto en el desarrollo y provisión de tecnología, en la provisión de servicios, en la administración de recursos financieros como en su creciente influencia política en la definición del marco institucional a nivel nacional y global. Por fuera del sector salud, es relevante enfatizar que los procesos de globalización y mercantilización de las condiciones de vida y consumo de la población también colocan a los mercados privados de bienes y servicios de consumo masivo como determinantes de las condiciones de salud de la población.

Las estrategias y formas de expansión del sector privado en los sistemas de salud conllevan diferentes innovaciones, con un rol cada vez más influyente sobre su funcionamiento. Considerando que la motivación de la creciente participación del sector privado se explica por la apropiación privada de ganancias es necesario reconocer los desafíos que este fenómeno genera para avanzar hacia mejores condiciones de equidad en el acceso universal para la población. También, existe una creciente presencia del sector privado, a través de organizaciones no gubernamentales y como donantes y financiadores, con fuerte incidencia sobre la agenda de los organismos internacionales y la agenda de salud global. Por este motivo, es necesario alinear esta influencia al servicio del fortalecimiento de la capacidad de rectoría de las autoridades de salud y sus políticas nacionales.

En este marco, es necesario construir una agenda amplia que permita fortalecer y modernizar las estructuras del Estado y facilitar la contribución del sector privado en los procesos de innovación para avanzar hacia la salud universal. En este sentido, resulta imprescindible generar los mecanismos de regulación y fiscalización que cumplan con las normas establecidas, y tengan como horizonte el bienestar de las personas, a través de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas en el funcionamiento de las estructuras del Estado responsables de la regulación del sector privado. La evaluación y fiscalización de estos mecanismos deben contemplar el acceso equitativo a servicios de salud con calidad como una dimensión fundamental.



RECOMENDACIÓN 5

Acciones

- Analizar a nivel territorial las condiciones de vida de la población (incluyendo los migrantes), considerando los aspectos económicos, sociales y culturales, las diversidades y las inequidades.
- Implementar iniciativas para eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud y a todas aquellas intervenciones que tienen influencia sobre la salud de la población.

Recomendación 5: Eliminar las barreras de acceso a la salud universal.

El análisis y elaboración de iniciativas para eliminar las barreras al acceso a los servicios de salud y a todas aquellas intervenciones que tienen influencia sobre la salud de la población, son componentes indispensables de los procesos de formulación e implementación de transformaciones necesarias.

Esta recomendación es abarcadora del conjunto de las propuestas anteriores, ya que se deben reconocer aspectos organizacionales e institucionales relacionados con barreras derivadas de las limitaciones del modelo de atención para dar respuesta a las necesidades de la población.

Con respecto a la adaptación del modelo de atención y la organización de los servicios de salud a las necesidades y características de la población es necesario considerar tanto las condiciones epidemiológicas de la población, como así también la diversidad de sus condiciones sociales, culturales y económicas.

Aun cuando existe cobertura de los servicios de salud, el acceso efectivo puede ser limitado por barreras que actúan de manera simultánea, tales como las barreras de acceso económicas; las barreras de acceso lingüísticas y culturales; la falta de accesibilidad (física y comunicacional) a los establecimientos experimentadas por personas con discapacidad; y las barreras actitudinales (por prejuicios, discriminación, estereotipos por parte del personal de salud) que pueden limitar al acceso de personas indígenas y

afrodescendientes, personas LGBTI, personas con discapacidad, migrantes, o personas en condiciones de exclusión social.

Este abordaje integra además un análisis territorial de las condiciones de vida de la población (ya sean ciudadanos o migrantes), considerando los aspectos geográficos, sociales y culturales, las diversidades y las inequidades. Estos elementos incluyen sus necesidades de salud, sus condiciones de trabajo, sus construcciones culturales y tradicionales, las actividades de la vida cotidiana, entre otros.

Este abordaje además incluye un análisis de las diferentes respuestas del Estado, sus iniciativas y políticas sociales y el desarrollo y despliegue de las estrategias de expansión de los servicios con un enfoque de APS. Este análisis permitirá identificar barreras de acceso geográficas, relativas a la disponibilidad de los recursos, y explicar las brechas existentes entre la asignación de recursos (financieros, humanos, tecnológicos, y de infraestructura) y las necesidades de la población. El modelo de atención centrado en las personas y las comunidades con un enfoque intercultural y la participación en los procesos de toma de decisiones sobre los servicios de salud son indispensables para abordar las barreras culturales. El pago de bolsillo de la población en la utilización de los servicios debería eliminarse para reducir las barreras económicas.

Existen otros tipos de barreras institucionales, como puede ser la falta de acceso a la información por parte de las personas sobre sus derechos y el despliegue y funcionamiento de la oferta de servicios.

La protección social puede ser una herramienta importante para superar las barreras de acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, la inclusión de las condicionalidades de salud e intervenciones complementarias (ej. los Programas de Transferencias Condicionadas) pueden estimular la demanda de los servicios de salud, frecuentemente en áreas rurales remotas o áreas urbanas marginales, donde su oferta no existe o es de inferior calidad. Por lo tanto, estos programas pueden facilitar el acceso a los servicios de salud sólo cuando existen recursos suficientes y son utilizados con mecanismos de transparencia y rendición de cuentas. Por otra parte, los funcionarios en terreno de los programas de protección social tienen una posición privilegiada para interactuar con las poblaciones en situación de vulnerabilidad y también pueden ayudar a los servicios de salud a superar una barrera común de acceso a grupos específicos, utilizando políticas públicas para reducir las diferencias injustificables y la discriminación y así contribuir a cerrar las brechas de acceso que enfrentan las poblaciones afrodescendientes e indígenas.

RECOMENDACIÓN 6

Acciones

- Desarrollar y fortalecer sistemas de protección social universales e integrados a lo largo del curso de vida en pro de la reducción de las inequidades en salud, incorporando acciones específicas para abordar las desigualdades existentes en las Américas.
- Llevar a cabo acciones intersectoriales, que reconozcan las culturas y las tradiciones, que aborden las desigualdades, e incluyan políticas de educación, vivienda y hábitat, empleo, y regulación de las condiciones de trabajo y salariales.
- Desarrollar políticas afirmativas de inclusión social en materia de educación, trabajo decente, participación, cultura y comunicación.

Recomendación 6: Abordar los procesos de determinación social a través de intervenciones intersectoriales de salud que promuevan cambios sustantivos sobre las condiciones ambientales, sociales, económicas, de vivienda e infraestructura básica de una población en un territorio.

Abordar los procesos de determinación social de la salud requiere identificar, analizar y trabajar sobre las condiciones ambientales, sociales, económicas, de vivienda e infraestructura básica de una población en un territorio, a través de diferentes tipos de intervenciones intersectoriales.

Para el desarrollo de las intervenciones intersectoriales señaladas, el liderazgo del sector salud no es autoevidente, ni los mecanismos de coordinación entre diferentes sectores social son procesos naturales sin conflictividad. Las autoridades de salud deben fortalecer sus capacidades técnicas y políticas para construir alianzas intersectoriales sostenibles que operen en diferentes sectores y esferas institucionales. Diferentes actores y corporaciones con intereses y concepciones propias participan con grandes asimetrías de poder a la hora de influir sobre la definición de aquellos mecanismos de regulación con mayor influencia. Por este motivo, garantizar el derecho a la salud de la población es una responsabilidad del Estado, sumando el involucramiento de las comunidades y actores comprometidos con estos valores.

Las acciones intersectoriales con influencia sobre los procesos de determinación social de la salud asumen diferentes espacios de intervención. En primer lugar, los países deberían construir y fortalecer sistemas de protección social universales e integrados a lo largo del curso de vida. Existe un creciente consenso de que la protección social es un instrumento potente para erradicar la pobreza, reducir la vulnerabilidad y la desigualdad y fomentar el crecimiento inclusivo, teniendo así impactos positivos sobre la salud de la población.

La protección social amortigua directamente los altos costos asociados a acudir a servicios de salud, y puede prevenir o mitigar el impacto de otros costos indirectos – como pérdidas de ingresos debido a enfermedad o discapacidad, gastos no-médicos asociados al transporte, la alimentación, los cuidados etc.,– evitando así que hogares caigan en la pobreza o que profundicen su situación de pobreza.



De forma más específica, la protección social y la APS son estrategias complementarias que se refuerzan mutuamente. Por ejemplo, en la medida que los mecanismos de protección social se enfocan en aminorar los riesgos enfrentados por la población infantil (ya sea vía estrategias dirigidas directamente a ellos o a familias con niños) en el sentido de garantizar una buena nutrición, y acceso a servicios de salud y de educación de calidad, pueden favorecer el sano desarrollo cognitivo, afectivo y social de esta población, lo que puede tener efectos positivos para su salud y reducir las inequidades a largo plazo.

En síntesis, los mecanismos de protección social actúan sobre diversos frentes para fortalecer la APS y contribuir a garantizar a todas las personas un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva; pueden, además, ser una plataforma para articular políticas intersectoriales en pro del bienestar de las personas desde un enfoque multidimensional e integral y de derechos.

En segundo lugar, la creciente urbanización, los nuevos hábitos de vida, con niveles y modos de consumo asociados con procesos

de mercantilización y globalización de la economía son factores de creciente incidencia sobre los problemas de salud de la población. Estas condiciones exigen una rectoría de las autoridades nacionales de salud con capacidad para promover gobernabilidad y sostenibilidad política y técnica a través de la coordinación con otros sectores del Estado y sus agencias responsables, en la formulación e implementación de las políticas públicas con influencia sobre la salud, tales como educación, seguridad, desarrollo social, economía, comercio, ambiente, agricultura y otras.

Finalmente, un modelo de atención basado en atención primaria que responda a las necesidades de salud de la población se sostiene con equipos interdisciplinarios e intersectoriales, con competencias complementarias con responsabilidad de la salud de la población en un espacio territorial definido. Es crucial contar con personal con desarrollo de las capacidades críticas para abordar los procesos de determinación social de una población y su territorio, coordinando políticas, intervenciones, servicios y recursos de diferentes sectores y políticas sociales.



RECOMENDACIÓN 7

Acciones

- Posicionar las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) como un eje central en las agendas de fortalecimiento y transformación de los sistemas nacionales de salud.
- Fortalecer la planificación de actividades de salud pública dentro de los sistemas de salud con un enfoque integrado en el marco de las FESP.
- Desarrollar planes y políticas integrales que promuevan la colaboración con la comunidad y las diferentes agencias dentro y fuera del sector salud, reduciendo así la actual fragmentación institucional.

Recomendación 7: Reposicionar la salud pública como un eje orientador de la respuesta del Estado para la transformación de los sistemas de salud.

Revitalizar y fortalecer las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) son condiciones necesarias para garantizar el derecho a la salud. Los procesos de transformación de los sistemas de salud en las Américas se han enfocado de manera excesiva en la cobertura del aseguramiento de servicios de salud, con escasa atención sobre la necesidad de fortalecer la salud pública.

La concepción tradicional de limitar el sistema de salud a la prestación de servicios de salud, con un menor reconocimiento de la interacción que existe, o debería existir, entre este último y las demás actividades de salud pública es un reto pendiente. Dicha concepción es el reflejo de la estructura actual de la mayoría de los sistemas de salud en las Américas, en donde existe una separación entre las estructuras institucionales de los servicios de salud colectivos y las de la atención en salud, contribuyendo de forma importante a la fragmentación de los sistemas de salud y el deterioro o descuido de la salud pública.



En la actualidad, las acciones y funciones de salud pública generalmente se gestionan desde diferentes agencias gubernamentales que operan bajo estructuras institucionales fragmentadas, y a menudo con distintas intervenciones y programas de salud pública desvinculadas de los servicios de atención médica individual. Al mismo tiempo, muchas políticas de salud pública siguen siendo verticales, con su foco exclusivo en enfermedades específicas, y no están bien coordinadas con otros campos sociales relacionados, lo cual limita su impacto en la salud de la población. Estas deficiencias reflejan las dificultades que enfrentan las autoridades de salud para actuar de manera consistente con una interpretación integrada de sus funciones.

Existe una clara superposición entre las FESP y las funciones de los sistemas de salud que se beneficia de un enfoque integrado e intersectorial para responder a la complejidad creciente de los problemas actuales y emergentes de salud pública. Para ello es necesario promover un enfoque integrado para la planificación de actividades de salud pública dentro de los sistemas de salud e incorporar las FESP en los procesos de fortalecimiento de los sistemas de salud. Desarrollar planes y políticas integrales que pro-

muevan la colaboración con la comunidad y las diferentes agencias dentro y fuera del sector salud, reduciendo así la fragmentación institucional actual es una tarea fundamental. Tal abordaje requiere también que las autoridades de salud asuman su responsabilidad de asegurar que los servicios de salud cumplan con sus responsabilidades de salud pública y dirigir los proveedores y compradores de servicios de salud para involucrarlos más plenamente en la salud pública. Asimismo, es necesario garantizar el acceso a los servicios de atención en salud que prioricen la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Eje 3: Los recursos fundamentales

El tercer eje de esta propuesta se refiere a los recursos fundamentales necesarios para fortalecer los sistemas de salud y facilitar un modelo de atención basado en las personas y las comunidades. Estos recursos comprenden recomendaciones referidas a las políticas, estrategias y regulaciones de los recursos humanos, las tecnologías y los recursos financieros.



RECOMENDACIÓN 8

Acciones

- Diseñar e implementar políticas de recursos humanos dirigidas a asegurar la dotación y competencias de personal de salud para satisfacer las necesidades de salud de la población, y facilitar su involucramiento en los procesos de transformación del sistema de salud en base a un modelo de APS.
- Fortalecer los mecanismos de articulación entre el sector educación y el sistema de salud, para desarrollar una política de formación de los recursos humanos en salud con enfoque de APS, que incluya la participación de las universidades y los centros de enseñanza.
- Fortalecer la rectoría de las autoridades de salud en la regulación de las competencias y el perfil de los profesionales de los equipos de salud.
- Integrar la problemática de los recursos humanos en las políticas de investigación de los sistemas y servicios de salud.

Recomendación 8: Valorar los Recursos Humanos como sujetos protagonistas de la construcción y consolidación de modelos de atención basados en la APS.

Un componente indispensable para construir sistemas de salud basados en la APS es una fuerza de trabajo en cantidad y calidad adecuadas, conformando equipos de salud integrales sensibles y comprometidos, para constituirse en actores/sujetos de las transformaciones necesarias para responder a las necesidades de salud de la población.

A pesar de una historia de grandes esfuerzos con iniciativas de instituciones académicas, profesionales y trabajadores, persisten los problemas estructurales. Los sistemas de salud de la Región se caracterizan con insuficientes recursos humanos, sin alineamiento de sus competencias con modelos de atención basados en APS, con una asignación territorial inadecuada y debilidad de los mecanismos de regulación que favorezcan mercados de trabajo con contratación e incentivos que promuevan la dignidad del trabajo, el compromiso y el desempeño de sus prácticas profesionales.

Para abordar estos desafíos el fortalecimiento de la capacidad de liderazgo, planificación, regulación y negociación de las Autoridades Nacionales de Salud son condiciones necesarias.



La planificación de recursos humanos es una función crucial para establecer y fortalecer mecanismos de articulación entre el sector de educación y el sistema de salud, que permitan el desarrollo de políticas de formación del recurso humano en coherencia con las políticas orientadas a transformar los sistemas de salud.

Los procesos de transformación de los sistemas de salud son procesos complejos y largos, que requieren transformaciones de los perfiles del personal de salud y, sus competencias, prácticas y concepciones arraigadas. Por este motivo, la formación de los recursos humanos es un pilar estratégico para sostener los procesos de transformación de los sistemas de salud. Las universidades y centros de enseñanza son instituciones y actores clave de estas políticas de formación. Su participación tiene contribuciones relevantes para garantizar tanto la coherencia técnica académica, como la legitimidad y sustentabilidad de los procesos de transformación de los sistemas de salud. Por último, es importante crear incentivos y una educación de pre y posgrado (incluyendo educación permanente en los servicios de salud). La APS y la interdisciplinariedad deben constituirse en pilares de la formación de pregrado y postgrado en salud.

En segundo lugar, el fortalecimiento de la rectoría de las autoridades de salud en la regulación de las competencias y el perfil de los profesionales es fundamental para garantizar coherencia y sinergia

política y técnica. La regulación profesional debe asumir una ética profesional alineada con el compromiso social y los valores del derecho a la salud, la solidaridad y la equidad.

En tercer lugar, los mecanismos de regulación del mercado de trabajo (niveles de salarios y condiciones de empleo), permiten abordar la fragmentación institucional entre el sector público, la seguridad social y el sector privado, y generar condiciones de incentivos y compromisos orientados al desarrollo de modelos basados en la APS. En la actualidad, la lógica de mercado del sector privado tiene una gran influencia, tanto en la definición de los contenidos y modalidades de los espacios formación, sobre la dinámica del mercado de trabajo, y sobre las incumbencias, competencias y perfiles profesionales.

Por último, es necesario integrar la problemática de los recursos humanos en las políticas de investigación de los sistemas y servicios de salud. Tanto las problemáticas previamente analizadas, como la evaluación de iniciativas orientadas a transformar las políticas de salud deben incluir los recursos humanos como un componente fundamental. En este marco, es indispensable involucrar a los equipos de salud como sujetos de la producción y gestión del conocimiento en miras de una apropiación adecuada de la evidencia para mejoras continuas de sus procesos de trabajo.



RECOMENDACIÓN

9

Acciones

- Velar por el interés público en las políticas de uso de las tecnologías de salud, priorizando aquellas que tienen evidencia de su eficacia pero que muchas veces se dejan de lado por la industria por no representar ganancias.
- Impulsar la adopción y uso de las nuevas tecnologías de salud de acuerdo con la evidencia y no mediada por intereses comerciales como premisa fundamental para garantizar el derecho a la salud.
- Considerar que la innovación debe ser interpretada en función de un valor agregado producido para la salud de la población y el ejercicio efectivo del derecho a la salud.
- Impulsar la salud digital como un instrumento al servicio del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia de salud universal. La utilización de las tecnologías móviles, los dispositivos inteligentes y la inteligencia artificial debería servir para cerrar las existentes brechas de acceso a los servicios de salud.

Recomendación 9: Promover la utilización racional y la innovación de los recursos tecnológicos al servicio de las necesidades de salud de la población.

La adopción y uso de las nuevas tecnologías de salud de acuerdo con la evidencia y no mediada por intereses comerciales es una premisa fundamental para garantizar el derecho a la salud.

La innovación debe ser interpretada en función de un valor agregado producido para la salud de la población y el ejercicio efectivo del derecho a la salud. En este marco, las nuevas tecnologías no representan en todos los casos una innovación, ni deberían ser ponderadas independientemente de su utilización y de su impacto. Las innovaciones deben orientarse a reconstruir y legitimar un abordaje más holístico de la salud, que permita una concepción humanizada y colectiva de los procesos de salud y enfermedad de la población, recuperando la ética como valor central de las decisiones que forman parte de la atención y curación de las personas.

Estas innovaciones pueden asumir diferentes características, no restringidas a las tecnologías médicas. Aunque las innovaciones tecnológicas son recursos necesarios y fundamentales para mejorar los diagnósticos, evitar derivaciones innecesarias y satisfacer las necesidades de salud de las personas, existen también riesgos y daños derivados de la creciente medicalización y una cultura de consumo extremo por parte de la población, pudiendo generar inequidades.

El fortalecimiento de la capacidad de rectoría de las autoridades de salud es una condición indispensable para aprovechar las potencialidades de la tecnología con una perspectiva que garantice el derecho a la salud. Un abastecimiento adecuado de medicamentos y otras tecnologías de salud requiere capacidades para interpretar la información referida a la determinación de sus precios del mercado e influir sobre sus procesos de negociación. Considerando los desafíos de la confidencialidad, la privacidad, y la manipulación de la opinión pública, las innovaciones recientes en materia de información y comunicación, tales como macro datos (big data), deberían ser utilizadas para fortalecer la capacidad de inteligencia en salud pública de las autoridades de salud.

La salud digital debería ser un instrumento al servicio del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia de Salud Universal. La utilización de las tecnologías móviles, los dispositivos inteligentes y la inteligencia artificial debería servir para cerrar las existentes brechas de acceso a los servicios de salud, si es que estas tecnologías están al alcance de todos; de lo contrario podrían ampliar dichas brechas. Estas tecnologías son herramientas que deben ser ponderadas por su potencial aporte a un mayor y mejor conocimiento de las necesidades, demandas y comportamiento de grupos sociales en condiciones de vulnerabilidad. Las

condiciones de vida, discapacidades, hábitos de consumo, flujos migratorios internos e internacionales son insumos que deben ser interpretados para caracterizar la diversidad de las necesidades de la población y sus determinantes.

Por último, el desarrollo de estas capacidades son también una oportunidad para promover innovaciones sociales, organizacionales e institucionales que permitan sustentar mejoras en la efectividad, calidad y equidad en el acceso a los servicios de salud. Estos esfuerzos requieren intervenciones y coordinación intersectorial, con sectores como comunicaciones y telecomunicaciones.



RECOMENDACIÓN

10

Acciones

- Desarrollar un modelo de financiamiento que promueva la equidad, la eficiencia y los recursos suficientes en un marco de aumento de gravámenes sobre la riqueza y el capital (financiero, productivo, inmobiliario) y a la explotación intensiva de recursos naturales.
- Lograr y mantener un gasto público en salud de al menos el 6% del PBI, como una referencia mínima para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
- Combatir los procesos de evasión y elusión fiscal, en el marco de la obtención de los recursos adicionales necesarios para garantizar la salud universal.



Recomendación 10: Desarrollar un modelo de financiamiento que asegure la suficiencia, la calidad, la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad.

Un financiamiento escaso, inequitativo, e ineficiente es un problema persistente de los sistemas de salud de la Región, lo cual representa una barrera estructural para avanzar hacia la salud universal.

Es necesario desarrollar un modelo de financiamiento que promueva la equidad y la eficiencia, y con recursos suficientes en un marco de aumento de gravámenes sobre la riqueza y el capital (financiero, productivo, inmobiliario) o a la explotación intensiva de recursos naturales. Un modelo de financiamiento con estos atributos es un componente clave que debe integrar los procesos de transformación de los sistemas de salud.

El diseño del modelo de financiamiento debe adecuarse a los contextos económicos, sociales, institucionales, políticos y a las necesidades y condiciones sociales y demográficas de la población (envejecimiento, pobreza, perfil epidemiológico) de cada país.

Teniendo en cuenta las particularidades de los países, un gasto público en salud del 6% del Producto Bruto Interno (PBI) es una referencia mínima para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

La equidad del financiamiento se alcanza a través de sistemas con mecanismos de mancomunación de fondos públicos y universales, financiados por contribuciones obligatorias y o impuestos basados sobre la capacidad de pago de las personas, con una escala suficiente y compuesto por instituciones que se constituyan como pagador único del sistema de salud. Este modelo debería tender a la eliminación del pago de bolsillo, considerado como una de las barreras al acceso a los servicios de salud.

La eficiencia del financiamiento se promueve a través de una reorientación del gasto que priorice territorialmente la atención de la población con mayores barreras al acceso a los servicios de salud, asignando partidas y los ajustes necesarios en función de las necesidades de las personas. Este modelo debería priorizar el primer nivel de atención, ponderando el nivel salarial de sus recursos humanos y con incentivos que promuevan redes de servicios de salud basados en las personas y las comunidades.

En forma complementaria, los mecanismos de compra y evaluación de tecnologías y medicamentos que favorezcan la capacidad de negociación del sistema público logran generar innovaciones más costo efectivas y adecuadas a las necesidades

de la población. Como parte de la eficiencia, la disponibilidad de mecanismos transparentes de información y rendición de cuentas, que combatan la corrupción es una estrategia pública que permite atacar estos problemas estructurales y mejorar la legitimidad de los procesos de transformación institucional que busquen garantizar el derecho a la salud como derecho humano fundamental.

El desarrollo de los procesos de globalización y la competencia entre países por la inversión extranjera ha aumentado de manera relevante las renuncias fiscales y alienta procesos de evasión fiscal. Por ello es imprescindible combatir estos procesos de evasión y elusión en el marco de la obtención de recursos adicionales.



Finalmente, alcanzar recursos suficientes, con un modelo equitativo y eficiente es un desafío de economía política, incluyendo la participación de actores estratégicos, especialmente aquellos en condiciones de vulnerabilidad.



CONCLUSIONES



A 40 años de la Declaración de Alma-Ata, emblemática en la Región de las Américas, podemos afirmar que, aún teniendo en cuenta los avances alcanzados, no se ha logrado la meta de salud para todos en el año 2000.

A pesar de las mejoras en las condiciones de salud de la población, y en la cobertura en salud, los avances en la equidad en salud son limitados. En la actualidad, el contexto regional y global nos enfrenta con nuevos desafíos epidemiológicos, ambientales, sociales, económicos y políticos.

A partir del análisis de este nuevo escenario, este documento ofrece recomendaciones para la Directora de la OPS que permitan orientar el quehacer de la Organización para liderar procesos regionales que busquen hacer efectivo el derecho a la salud como un derecho humano fundamental y apoyar a los países en este quehacer.

Estas propuestas se construyen en base a un proceso de producción colectiva de los miembros de la Comisión y con la colaboración de un amplio número de expertos y actores comprometidos con el derecho a la salud.

Este informe explicita una concepción de APS asumida como un "camino necesario y sostenible para lograr la salud universal como derecho de todas y todos con calidad, equidad y justicia social". Se parte de la premisa de que es una responsabilidad ineludible del Estado el hacer efectivo el goce del derecho a la salud, y se construyen tres ejes de análisis que dan sentido y coherencia al conjunto de recomendaciones realizadas.

El primer eje, modelos de atención basados en las personas y las comunidades, con intervenciones intersectoriales, expresa la capacidad de las políticas del Estado para responder a las necesidades y diversidad de la población. Las recomendaciones se refieren a las características de los modelos de atención para ser sensible a la diversidad de necesidades, capacidades, identidades culturales, éticas, orientación sexual e identidad de género, edades, condiciones sociales y económicas de la población.

El enfoque estratégico y la visión de APS, define a las necesidades en salud (específicas y diferenciadas) de las poblaciones y las comunidades, como punto de partida de los procesos de transformación de los sistemas de salud. No existe una receta única, ni un abordaje técnico único que sea replicable. Cada país deberá conducir y crear modelos de atención, que respondan a las necesidades de la población de cada contexto.

El segundo eje incluye los procesos políticos e institucionales que representan los factores que motorizan los procesos de cambio de los sistemas de salud y del fortalecimiento de los sistemas de protección social. Las recomendaciones de este eje señalan los procesos y los actores que deberían involucrarse en las transformaciones necesarias. Tales procesos deberían superar ciertas limitaciones asociadas con la duración y la complejidad de economía política que explican algunas dificultades para lograr avances significativos.

En este marco, la inestabilidad política de los gobiernos que lideran estos procesos de cambio es una limitación que debería

ser abordada a través de la abogacía para consolidar las políticas orientadas a garantizar el derecho a la salud como políticas de Estado. Otra limitación, se refiere a que, aunque gran parte de las reformas de los sistemas de salud han incluido nuevas normas regulatorias, es un desafío pendiente el desarrollo de capacidades del Estado para fiscalizar su cumplimiento, especialmente al sector privado. De igual forma, la incidencia de las políticas nacionales enfrenta restricciones de sus alcances en un contexto global de creciente incidencia de actores y organizaciones privadas con dimensiones multidimensionales. Por esta razón, las políticas de cambio deberían fortalecerse a través de su integración con procesos e instancias supranacionales (multilaterales, de integración regional y subregional o mecanismos de cooperación sur-sur). En este sentido, la OPS/OMS debe continuar liderando una agenda regional que garantice una coherencia técnica y contribuya a enfrentar los retos políticos actuales y futuros.

El tercer eje aborda los recursos fundamentales: humanos, económicos y de tecnológicas de salud, e incluye los arreglos institucionales que definen la disponibilidad de los recursos, considerados como condiciones necesarias para facilitar los procesos de transformación mencionados. Sin recursos humanos, tecnológicos y financieros suficientes, las políticas de transformación de los sistemas de salud y de protección social son expresiones sin respaldo. Asimismo, la asignación de estos recursos son la manifestación concreta de la voluntad política y las capacidades del Estado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud como derecho fundamental.

Por último, y de importancia crucial, es necesario fortalecer y crear mecanismos nacionales y supranacionales de rendición de cuentas y transparencia, que permitan la participación social de manera efectiva y la búsqueda de soluciones e innovaciones para hacer efectivo el derecho a la salud.

REFERENCIAS

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2016), La matriz de la desigualdad social en América Latina. LC/G.2690(MDS.1/2), octubre de 2016, Santiago de Chile

Discurso de Carissa F. Etienne, Directora de la OPS, en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Astaná, Kazakhastán. 26 de Octubre de 2018

Documento con mensajes clave de la Comisión discutido por los miembros de la Comisión en la reunión de trabajo los días 20 y 21 de Septiembre de 2018 en OPS, Washington, D.C.

Declaración de Astaná, Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 25-26 de Octubre de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible, información disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>

Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. [Internet]. 53° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. 66° Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. 29 septiembre al 3 octubre 2014 [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2014. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392%3Auniversal-health-coverage&catid=6253%3Auniversal-health-coverage&Itemid=40244&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. Un llamado a la acción para la salud y el bienestar de la región. 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 69.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. 25 al 29 de septiembre del 2017. [Internet]. Washington (DC); 2017 [citado 13 de septiembre de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13246:health-agenda-americas&Itemid=42349&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>


The image features a light blue background with a series of overlapping, semi-transparent hexagons in various shades of teal and light blue. The hexagons are arranged in a way that they appear to be layered, with some in the foreground and others receding into the background. In the center of the composition, the word "ANEXOS" is written in a bold, dark blue, sans-serif font.

ANEXOS



ANEXO 1:

**Hacia un Modelo Integral
de Cuidados de Salud**



Este documento ha sido coordinado y elaborado por los miembros de la Comisión Vivian Camacho, Mauricio Bustamante, Myrna Kay Cunningham Kain, y Hernando Viveros Cabezas.

Para su elaboración se organizaron consultas con expertos y actores sociales que hicieron distintas aportaciones al documento¹.

*Nuestro amor,
no es amor de uno solo,
sino alma de todo,
lo que urge sanar.*

*Fragmento de la canción
Por quien merece amor*

Silvio Rodríguez²

¹ Sus nombres están mencionados en la versión digital de este documento

² Silvio Rodríguez (1982). Por quien merece amor. Álbum Unicornio. Cuba. EGREM.

Introducción

Asumiendo el mandato que la Comisión de Alto Nivel encomendó al Grupo Temático 1, se ha abordado el Modelo de Atención de Salud en torno a algunos ejes estructuradores discutidos durante una reunión presencial. Con posterioridad, los comisionados responsables convocaron a un grupo amplio de expertos y actores sociales para elaborar un documento catalizador de la discusión, que fue sometido a consultas de manera amplia e inclusiva. El presente documento recoge las rondas de reflexión propuestas con el objetivo de avanzar hacia la construcción de recomendaciones.

Después de varias sesiones de trabajo, el informe de la Comisión fue desarrollado tras las discusiones desarrolladas en torno al modelo de atención de salud. Este documento plantea tres ideas fuerza que tener en cuenta:

1. Un modelo integral de cuidados en salud que “cuide más y cure lo necesario”, promoviendo la Salud de los Ecosistemas y la Salud de la Madre Tierra para el Buen Vivir.
2. Un modelo integral de cuidados en salud centrada en el derecho a la salud y en las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), basado en la atención primaria a la salud (APS).
3. Un modelo integral de cuidados en salud que disponga de los recursos necesarios para garantizar a todas y a todos un acceso real al cuidado integral de la salud y a los servicios de atención, con oportunidad, calidad y continuidad.

Este documento se concibe de forma propositiva y sus postulados están abiertos al debate amplio y continuo.

Hacia un Modelo Integral de Cuidados de Salud

Para lograr el Buen Vivir, evitar la muerte prematura y desarrollar el potencial de todas las personas en armonía con la naturaleza, debe asumirse un nuevo modelo integral de cuidados de salud. Por ello, al abordar cómo se coordinan acciones para cuidar la salud debe hacerse desde una perspectiva anticipatoria preventiva que, considerando también la enfermedad, comience por fortalecer la salud y el bienestar. Debe asumirse que la salud es producto de los intercuidados³ que las personas se proporcionan unas a otras de manera integral y cotidiana, en el marco de la construcción de condiciones de vida digna.

Al pensar los sistemas de salud y definir el modelo (es decir, la manera ideal de organizarnos) debe empezarse por considerar que la salud es un producto de la vida en sociedad. La salud está determinada en gran medida por la manera como habitamos el territorio, como vivimos, como comemos, como nos movilizamos, como trabajamos, como interactuamos, por la calidad de nuestras relaciones, por la manera como amamos y por nuestras creencias y hábitos compartidos. Es necesario reconsiderar la salud con todas sus implicaciones y desde diferentes paradigmas buscando su integración y articulación dentro de la construcción de un modelo que haga posible vivir más saludablemente mientras cuidamos de nuestra casa común.

Las concepciones originales de los modelos de atención se centran en la respuesta ante la enfermedad y fueron transformándose desde modelos centrados en el hospital hacia modelos de atención que procuraban una visión más anticipatoria del daño. Más recientemente, los modelos de atención (claramente centrados en las personas, familias y comunidades) se hicieron cargo no solo de ordenar los distintos aspectos de la prestación de servicios de salud, sino que trataron de ordenar todas las funciones del sistema, incluidos el financiamiento, la rectoría, la gobernanza y la acción intersectorial. En esencia, el objetivo declarado de estos modelos de atención ha sido hacer posible el ejercicio del derecho a la salud fortaleciendo el rol del Estado como garante de ese derecho.

El legado de Alma-Ata propone superar la conceptualización basada en modelos de atención y orientarlo hacia un modelo integral de cuidados de salud. Se propone aportar a ese legado los avances de los modelos de atención que tratan de que todo el sistema de salud se organice para hacer posible el ejercicio del derecho a la salud.

Hay que subrayar que esto implica un fuerte empoderamiento de las personas y las comunidades porque estas no son objetos pasivos de intervención, sino participantes activos. Por otro lado, el rol de cuidarnos los unos a los otros no es una tarea ajena, sino un ejercicio cotidiano y compartido. La comunidad habita en un territorio que se organiza para vivir saludablemente y cuidar la naturaleza, donde todas las personas tienen un papel para lograr el buen vivir, juntamente con el Estado.

Al hablar de cuidados se evoca algo profundamente humano, que tiene lugar en el seno de las relaciones y a lo largo de todo el ciclo

3 Intercuidado: Cada equipo de trabajo tiene sus propias sabidurías y estrategias de cuidado. La perspectiva de los intercuidados pone en valor lo ya existente cotidiano en la tarea de cada equipo, e intenta atenuar la invasión de las intervenciones externas. A diferencia de la mirada de los autocuidados se valora una perspectiva relacional y colectiva de los procesos grupales de los equipos (1, 2).

de vida. Desde esta concepción, habría que referirse no solamente al autocuidado,⁴ porque nadie se cuida completamente solo. Se estaría pensando en “intercuidados”, en esas redes de apoyo que hoy día no se consideran parte de los sistemas de salud”, pero sin las cuales no hay sistema de salud que funcione. El modelo integral de cuidados de salud privilegia la prevención y la promoción de la salud e incluye a los servicios clínicos de atención a la enfermedad, trabajando junto a la salud colectiva para abordar la determinación social de salud.

Ejes estructuradores

1. Poner a las personas, a las comunidades y a la naturaleza en el centro de los sistemas y de los servicios

Este eje estructurador promueve una forma de entender y practicar los cuidados de salud que adopta conscientemente el punto de vista de las personas, los cuidadores, las familias y las comunidades en conexión con su entorno, como partícipes y co-gestores de los sistemas de salud.

Poner a la naturaleza en el centro también implica el compromiso de todos los niveles del sistema con el cumplimiento los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con cuidar la vida de los diversos ecosistemas del planeta, con avanzar hacia el logro de la producción energética no contaminante y con la producción y el consumo responsables, garantizando el acceso a los recursos necesarios para una vida digna y sostenible.

Cuando se pone a las personas y a las comunidades en el centro de los sistemas y los servicios:

- Se promueve que los sistemas de salud respeten las diferencias y los contextos sociales, y que estén organizados no tanto en función de las enfermedades, sino de las necesidades integrales que aparecen dentro de los territorios que habitan las comunidades. De este modo se alcanzan mejores resultados de salud y mayor equidad. La salud de las personas depende de la salud del planeta, por lo que cuidar la naturaleza también es cuidar la salud humana.
- Resulta necesario un proceso de empoderamiento social que supere la relación de poder vertical y asimétrico actual. También debe favorecer el flujo de información entre los sistemas y servicios de salud y las comunidades, transfiriendo poder a estas últimas para que la relación base a ser horizontal y respetuosa.

- Implica que tanto los cuidadores formales como informales sean valorados y estén en condiciones de brindar los cuidados en forma adecuada y pertinente en un entorno de trabajo favorable.
- Comporta mecanismos de producción colectiva que garanticen la continua participación de las comunidades, así como contar con una monitorización y una evaluación integral de la asistencia sanitaria en las poblaciones en condiciones de exclusión y vulnerabilidad, incluidas las poblaciones afrodescendientes e indígenas, que en conjunto representan más de 400 millones de personas en las Américas (4), para permitir el acceso a oportunidades equitativas en los diversos sectores y romper los ciclos de exclusión, inequidades estructurales, pobreza, inequidades de género y discriminación racial.

2. Desarrollar un nodo articulador para el sistema integral de cuidados que coordine el quehacer de los distintos elementos que hacen posible la vida saludable

Se propone trascender el concepto de niveles de atención y profundizar en la concepción de redes desde la promoción y prevención y desde el territorio. La propuesta es visualizar al actual primer nivel de atención como el nodo articulador de las redes integradas, que por medio de equipos transdisciplinarios facilite la coordinación entre: a) el sistema de intercuidados centrado en el fortalecimiento de la vida saludable que tiene un fuerte componente local; b) el ecosistema local y el sistema de protección social que se aborda en la intersectorialidad; c) los componentes de salud pública y las prioridades de salud nacionales, y d) el sistema de cuidados centrado en la recuperación de las personas con dolencias o enfermedades que recurre a nodos con especialistas focales que actúan de soporte.

También es necesario trascender el concepto de puerta de entrada porque la salud no está fuera de la comunidad y para participar del sistema de cuidados no es necesario entrar a ninguna parte. Otra razón por la que conviene abandonar el concepto de puerta de entrada es que el nodo articulador está llamado a ser mucho más que un umbral de acceso, sino un espacio que coordina respuestas intersectoriales, comunitarias y terapéuticas en el proceso de lograr una población más saludable, y que realiza su labor con gran eficacia y efectividad.

El nodo articulador está compuesto por un equipo de salud capacitado que desarrolla con excelencia los procesos propios de la estrategia de atención primaria en salud (coordinación, continuidad/

4 Autocuidado: cuando la propia persona es capaz de cuidarse a sí misma observando determinadas indicaciones (3).

longitudinalidad, acceso e integralidad) y acompaña el ciclo de vida de su comunidad desarrollando una alta capacidad resolutive en el marco del modelo integral de cuidados de salud. Al colocar el foco en el nodo articulador y sus equipos se acerca el sistema de salud a la gente, y se logra que se desplace el equilibrio hacia el territorio donde se genera la vida saludable.

Esta preocupación por el nodo articulador no es exclusiva ni excluyente de la especialización, porque un buen sistema debe contar con establecimientos (nodos) especializados en áreas focales que sean confiables y de calidad. La diferencia está en entender que estos establecimientos especializados están esencialmente para apoyar en todo aquello que por su tipo de complejidad y baja frecuencia debe ser evaluado y manejado en espacios con una especialización focalizada en ese tipo de problemas. Son un soporte imprescindible, pero no el centro del sistema ni el vértice de una pirámide.

3. Potenciación del trabajo en redes integradas de salud

En este eje estructurador interesa especialmente destacar la necesidad de superar la segmentación y fragmentación existente en los sistemas y servicios de salud. El objetivo es avanzar hacia la provisión de servicios de salud organizados en redes integradas⁵ que garanticen la calidad y la equidad a las personas y comunidades, sin dejar a nadie atrás, así como la implementación de un modelo integral de cuidados de salud.

Esta propuesta de RISS está basada en la APS con un enfoque territorial, familiar, comunitario, pluriétnico, intercultural, resolutive, intersectorial (salud en todas las políticas), participativo, equitativo y democrático, y en triple vía (agente de salud-comunidad-agente de salud) como base del sistema de salud, considerando la diversidad humana. Para constituir redes efectivas los países acordaron trabajar en catorce atributos (5). Esta concepción asume que quienes logran aumentar los resultados para la población son todos los prestadores trabajando en conjunto. Del mismo modo, considera que la red es mucho más amplia que la red formal-institucional y que en el espacio comunitario e intersectorial hay actores de la red que deben articularse. Esto implica lograr arreglos institucionales entre diversos actores e instituciones para alcanzar objetivos y metas comunes de salud y vida digna.

4. Políticas de acceso a medicamentos y a tecnologías de salud

Para lograr los resultados de salud en la población es necesario tener un acceso adecuado a las tecnologías de salud y aprovechar sus potencialidades (esto incluye los medicamentos y las intervenciones en salud) con las debidas garantías de calidad. Es necesario fortalecer la rectoría y la gobernanza en el campo de incorporación de tecnologías y medicamentos basado en evidencia científica y no mediada por conflictos de interés. Asimismo, se debe abogar por el acceso, la disponibilidad y el uso racional de medicamentos.

Es especialmente necesario explorar el potencial de las nuevas tecnologías diagnósticas, terapéuticas, organizacionales, de información y de comunicación para aumentar el acceso de las poblaciones excluidas y aumentar la capacidad resolutive de los equipos de salud en promoción, prevención y predicción. Es pertinente evitar que estas nuevas tecnologías se conviertan en fuente de nuevas inequidades.

Dichas tecnologías ofrecen una gran oportunidad para que el nodo articulador basado en APS del modelo integral de cuidados en salud potencie su efectividad, calidad y equidad.

5. Estrategias de fortalecimiento de las intervenciones intersectoriales para promover el modelo integral de cuidados de salud

Una buena estrategia de atención primaria en salud APS considera los componentes estructurales de la determinación social de la salud. Por esta razón, sopesa intervenciones intersectoriales que deben partir de políticas públicas integradas e integrales orientadas al buen vivir.

En la Declaración de Alma-Ata (6) se aboga por el saneamiento básico y el acceso a agua potable como parte esencial de la estrategia de atención primaria en salud, así mismo son parte esencial de la estrategia de APS la intersectorialidad y la participación social. En la actualidad es necesario incorporar nuevos elementos considerando las complejidades que enfrentamos en el nuevo siglo, como el impacto del cambio climático en la salud, los ecosistemas humanos y naturales, las situaciones de desastres, la seguridad alimentaria, la viabilidad del desarrollo y las migraciones.

5 Se entienden las RISS como "una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve" (7).

La intersectorialidad se construye en todos los espacios, comenzando por el espacio local y desde el territorio. Para que existan la negociación y la concertación del trabajo intersectorial en conjunto con las instituciones y la sociedad civil es necesario que los equipos de salud tengan una concepción adecuada de los ecosistemas locales.

6. Medicina tradicional ancestral, medicina complementaria-integrativa, e interculturalidad

La Región de las Américas se caracteriza por su riqueza y diversidad multiétnica y multicultural, con una gran variedad de lenguas ancestrales, y una cosmovisión única de los pueblos indígenas y afrodescendientes. Esto implica reconocer otras realidades incontestadas existentes dentro de los Estados. Uno de los grandes desafíos es cerrar las brechas de las inequidades y desigualdades, enfrentar el racismo estructural y sus formas contemporáneas de discriminación racial y exclusión, así como promover la consolidación de sus derechos civiles y políticos hacia una ciudadanía plena. Se propone entender la salud como un derecho fundamental que todos los Estados deben garantizar para que todos y todas tengan acceso a los servicios de salud como parte del modelo integral de cuidados de salud.

Dadas esta gran diversidad cultural y ancestralidad profunda se hace preciso el quiebre epistemológico para superar el monoculturalismo y llegar hacia puntos de diálogo intercultural y complementariedad de saberes entre la medicina convencional y la medicina tradicional ancestral. Existen ya diversas experiencias exitosas de políticas de salud intercultural y avances institucionales en la Región que involucran a la medicina tradicional ancestral y a la medicina integrativa como parte de sus sistemas de salud. Dichas experiencias evidencian que esto no solo es posible, sino urgente llevarlas a cabo para superar la exclusión social en cuanto al acceso y los cuidados de salud de los pueblos marginados históricamente. Es posible profundizar en la complementariedad de saberes, ir más allá de lo biopsicosocial e incorporar la dimensión espiritual, de acuerdo a las creencias y concepciones de los diversos grupos humanos que son parte del sistema.

Es preciso visibilizar y aprender de las experiencias de política intercultural en salud de poblaciones indígenas en nuestro continente. De ellas se puede aprender a profundizar en la complementariedad de saberes entre la medicina convencional, la medicina tradicional ancestral y la medicina complementaria-integrativa, hacia un enfoque de salud integral que involucra a la salud de la Madre Tierra que sustenta a la comunidad humana. La articulación entre estas diversas medicinas, de amplia aplicación en la población en la Región, facilita que los sistemas de salud las incorporen como recurso necesario de las RISS basadas en la APS en el avance hacia la salud universal.

7. La responsabilidad del Estado de garantizar la salud universal mediante un modelo integral de cuidados de salud

Para garantizar el derecho universal a la salud con equidad y calidad es esencial la rectoría del Estado. También es necesaria para conducir y gerenciar los procesos de producción social de la salud que comprometen a instituciones estatales, gubernamentales, no gubernamentales, privadas y de la sociedad civil. Esto implica que la salud esté presente en todas las políticas y la intersectorialidad de las acciones, dada la determinación social de la salud. También es necesario afrontar y suprimir las barreras de acceso y las inequidades estructurales económicas, sociales, culturales, políticas y de salud, así como la participación social activa de sujetos sociales empoderados.

La responsabilidad del Estado se expresa tanto en espacios nacionales como locales, en ámbitos de carácter macro, meso y microgerencial, así como mediante el fortalecimiento de los mecanismos de rectoría y gobernanza en cada uno de los niveles de gestión y de administración política del Estado. Estos deben seguir los esquemas legales y administrativos existentes y las características de la centralización, descentralización o desconcentración de poder y recursos, que den mayor o menor autonomía al Modelo Integral de Cuidados de Salud; pero que de ninguna manera restringen o reducen las responsabilidades públicas del Estado nacional y subnacional y de las autoridades de salud correspondientes; con la garantía del derecho universal a la salud, que no deje a nadie atrás.

Lo anterior tiene que expresarse en el fortalecimiento de mecanismos concretos de gobernanza del modelo integral de cuidados de salud; de los territorios donde viven, estudian y trabajan las personas, familias y comunidades empoderadas con su salud y con la determinación social de la misma; y que actúen como sujetos sociales activos, a los cuales las instituciones de salud y otras rinden cuenta como parte de la contraloría social de la salud.

La sostenibilidad democrática de los desarrollos del Modelo Integral de Cuidados de Salud implica este empoderamiento de sujetos sociales así como el compromiso del Estado expresado en el financiamiento público adecuado (al menos 6 % de gasto público en salud como proporción del PIB). También implica que se dedique al desarrollo del nodo articulador del Modelo Integral de Cuidados de Salud al menos del 30% del gasto en salud. Además debe contenerse el gasto de bolsillo en salud de personas y familias a menos de 20 %, así como la dotación (cantidad), adecuada distribución y calidad de formación de los recursos humanos indispensables para la operación del nuevo modelo integral de cuidados de salud.

La formación actual de los recursos humanos se basa en el modelo biomédico, mecanicista y alineado con los intereses del complejo

médico industrial. La estrategia regional de recursos humanos y su plan de acción imponen una agenda exigente para modificar los sistemas de contratación y la carrera funcional, su ubicación y la estabilidad de profesionales y trabajadores bien formados en zonas desfavorecidas. Estos nuevos recursos humanos deben ser capaces de convertirse en el corazón del nodo articulador de las redes integradas con el enfoque integral de cuidados de salud. La salud familiar y la enfermería de práctica avanzada son imprescindibles para viabilizar el nuevo modelo.

Para ser sostenible, el modelo propuesto requiere de una política de incentivos para los trabajadores de la salud. Deben ser objeto de especial preocupación el bienestar de los trabajadores, la existencia de sistemas dignos y decentes de contratación, su sistema de intercuidados y su permanente estímulo y motivación.

Como expresión de la responsabilidad y del compromiso del Estado, y de la rectoría y gobernanza del Modelo Integral de Cuidados de la Salud es indispensable la petición y rendición de cuentas de tres vías: entre las instituciones, sus representantes y la sociedad civil organizada. Además de ser una expresión democrática de empoderamiento, de mejor control social de la gestión en salud y de legitimidad social, ello manifiesta a su vez el compromiso ético con la defensa del derecho a la salud en todos los niveles de las instituciones y de la sociedad civil.

La responsabilidad del Estado, el rol rector de las autoridades nacionales y subnacionales y la gobernanza de las redes integradas de servicios de salud, tanto individuales como colectivos, también se expresa en los esfuerzos por reducir la segmentación y la fragmentación de los sistemas y servicios de salud y por incrementar el grado de articulación, coordinación e integración de las redes de salud.

Conclusiones

Se ha tratado en este documento de ofrecer una propuesta de modelo integral de cuidados de salud basado en la estrategia de la APS que promueva la salud de los ecosistemas y la salud de la Madre Tierra hacia el buen vivir, fortaleciendo la voz y la participación de las comunidades, sociedad civil y pueblos organizados. Este documento pretende sumar voluntades, recursos y acciones hacia la salud universal como derecho humano reafirmando los valores de la Declaración de Alma-Ata.

*"Mientras tanto: tóquenle música,
llenen la casa de flores, hagan cantar los pájaros,
llévenla a ver los atardeceres en el mar,
denle todo lo que pueda hacerla feliz".
"No hay medicina que cure lo que no cura la felicidad".*

El amor en los tiempos del cólera
Gabriel García Márquez⁶

6 Gabriel García Márquez (2014). El amor en los tiempos del cólera. Barcelona, Debolsillo.

REFERENCIAS

1. Barúa A. (2011). *Clinitaria: andando, de a chiquito, con la gente. Acompañamientos clínicos en salud mental desde sensibilidades comunitarias*. Asunción. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/109753506/Clinitaria>. Consultado el 11 de marzo de 2019.
2. Barúa A. (coord.) (2014). *Reconociendo Intercuidados en Salud Mental Docente desde las Instituciones Educativas*. Comisión de Salud Laboral de ADES, Montevideo.
3. Julio Monsalvo. *Vivencias en Atención Primaria de Salud: Desde el cuidado primordial de salud de los ecosistemas hacia políticas biocéntricas*.
4. Banco Interamericano de Desarrollo (2006). *Estudios, censos y estadísticas 2006*. BID, Washington D.C.
5. Organización Panamericana de la Salud. *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*". Washington, D.C., OPS, 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.o 4). Disponible en: <https://bit.ly/2C6ldlB>.
6. Organización Panamericana de la Salud (2017). *Health in the Americas+ 2017. Summary: Regional Outlook and Country Profiles*. PAHO, Washington, D.C. Available at: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-English.pdf>. Accessed 11 March 2019.
7. Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>



ANEXO 2:

Modelo Institucional

Este documento ha sido coordinado y elaborado por las comisionadas Carina Vance Mafla y María Soledad Cisternas Reyes.

Al mismo tiempo, la coordinación consultó un grupo de expertos que hicieron distintas aportaciones al documento. Dichos expertos fueron: Félix Rígoli, especialista en sistemas y servicios de salud, Instituto Suramericano de gobierno en Salud (ISAGS), Eduardo Hage, especialista en vigilancia en salud, Ángela Acosta, Especialista en Medicamentos y Tecnologías de la Salud, Isabel Urrutia, Médica-cirujana con la Especialidad de Cardiología, Universidad Central de Venezuela, Diplomada en gestión en Salud Pública y Farmacoepidemiología, Ligia Giovanella, investigadora de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Mauricio Torres, profesor del Departamento de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia y Osvaldo Salgado, Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur del Gobierno de Chile.

Introducción

La consecución del derecho a la salud para todos y todas es una construcción social y política. Dicha construcción se basa en procesos de acumulación de conciencia sobre este derecho como parte de los derechos de ciudadanía, así como en una concepción política sobre el proceso de cambio que esta consecución implica. El rol de los Estados en la construcción del derecho a la salud para todos y para todas es fundamental y su responsabilidad es indelegable. Para lograr que garanticen de forma efectiva el derecho a la salud deben implementarse modelos institucionales que actúen de forma coherente sobre múltiples ejes de acción. Asimismo, son necesarias las condiciones materiales de vida y trabajo que establecen las determinaciones que hacen posible la realización del derecho.

Puesto que la salud se concibe como bien público y derecho humano, y puesto que los factores que inciden sobre ella están fuertemente influenciados por intereses comerciales, económicos y políticos es crucial que los Estados ejerzan la rectoría, planificación, regulación, coordinación, financiación, control y gestión de los sistemas de salud en función de los intereses públicos y desde el sector salud. De igual modo, es fundamental que lideren un abordaje de la determinación social de la salud en articulación con los demás sectores. Asimismo, deben asegurar la participación social, popular y comunitaria tomando en cuenta la diversidad de la población, las dinámicas de poder que en ella se expresan y las inequidades resultantes como mecanismo esencial para el desarrollo de políticas públicas que respondan a las necesidades y aspiraciones de la sociedad en su conjunto.

Al cumplirse 40 años de la Declaración de Alma-Ata, este es un momento oportuno para considerar los avances logrados y los retos aún pendientes para lograr la salud universal, y en particular para analizar el rol de los Estados y sus diversos modelos institucionales en pro de las aspiraciones de Alma-Ata.

En este informe no se pretende dar una descripción exhaustiva de estos elementos, sino realizar un análisis de los que consideramos esenciales tomando en cuenta la coyuntura actual y los principales problemas que afronta el sector de la salud en el cuadragésimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata. Esperamos aportar elementos de análisis para el fortalecimiento de los modelos institucionales que viabilicen el desarrollo efectivo del derecho a la salud de toda la población.

Principales Problemas

Alcanzar el objetivo de la salud universal de manera integral y sostenible requiere profundas transformaciones en nuestras sociedades.

Estos cambios serán posibles desde una participación real que parta de un análisis de las estructuras de poder que generan inequidad. Frente a la expansión de una cultura hegemónica individualista es necesario rescatar y fortalecer cosmovisiones originadas en nuestra propia Región y que integran la armonía del cuerpo, del espíritu, de la comunidad y de la naturaleza, como el “Vivir Bien o Buen Vivir” que puede verse como una guía para la organización social. La posibilidad de plantear y socializar modelos alternativos al hegemónico solo es posible mediante el empoderamiento de la población. Por ejemplo, preocuparse por procesos con consecuencias previsibles tan graves como el cambio climático sin plantearse un modelo distinto de desarrollo es remar contra corriente en un río cada vez más caudaloso.

Estas transformaciones requieren de la participación de todas y todos, pero es imprescindible distinguir a los actores destacando su rol y su legitimidad. El principal problema para alcanzar el derecho a la salud sigue siendo el mismo de hace 40 años: la profunda asimetría del poder y los intereses de quienes lo ostentan. Lo que planteamos es un manejo del poder en atención al interés público, basado en las aspiraciones de los pueblos y en los principios de equidad y de justicia social, en el que el Estado, en representación de los intereses de su población, desempeñe un rol preponderante. Los procesos democráticos le otorgan su legitimidad y, en ese sentido, mientras más profunda y participativa sea esa democracia, más concordancia puede esperarse entre las acciones del Estado y el interés público, incluido el derecho a la salud.

Hay que destacar que, en el presente documento, el uso del término “gobernanza” no pretende equiparar el nivel de responsabilidad de los actores, una noción que se ha expandido globalmente. Al contrario, el enfoque que hemos aplicado es el de resaltar las tensiones y problemas que atraviesan los Estados como principales instrumentos de cambio con base en la voluntad popular y el interés público, en relación con otros actores y dentro de su propia estructura. La aspiración es visibilizar aquello que no puede ignorarse cuando el planteamiento es alcanzar el objetivo de la salud universal.

Asimismo, cabe abordar brevemente la incorporación en este documento del concepto de “determinación social”. No es posible resumir aquí la extensa producción sobre la conceptualización de “determinación social” (que surgió justamente de nuestra Región) en contraste con la de los “determinantes sociales”. Sin embargo, de forma sintetizada, en el enfoque del presente documento se considera que

es fundamental actuar sobre los procesos sociales y las dinámicas de poder que existen en nuestras sociedades y entenderlas dentro del marco histórico en el que se replican y perpetúan, acentuando inequidades y afectando el acceso a la salud. En este análisis también se plantea que el abordaje de los “determinantes sociales” es insuficiente, pues puede darse de forma compartimentada y hasta descontextualizada, sin formular las preguntas de por qué se generan, para quiénes y para qué. Se reconoce el avance que representa en sí el abordaje de los “determinantes sociales”, además de admitir la importancia de su incorporación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como instrumento estratégico de reconocimiento global. Pero se plantea la necesidad de profundizar este abordaje, con una mirada crítica sobre los modelos de desarrollo no sostenible.

Tras analizar la presente coyuntura histórica se han identificado cuatro problemas principales que deben afrontar los Estados y que impactan sobre su capacidad de garantizar el derecho a la salud. Estos destacan la necesidad de contar con modelos institucionales con una alta capacidad técnica, robustos, ágiles, transparentes e inclusivos que permitan a los Estados garantizar el derecho a la salud de las poblaciones de manera efectiva.

En primer lugar, en un momento histórico en el que el abordaje de los determinantes sociales se reconoce como esencial para mejorar el estado de salud de la población, la gobernanza intersectorial efectiva es fundamental. En segundo lugar, es esencial una gobernanza que module la relación y la tensión entre las esferas pública y la privada, de tal manera que en nuestras sociedades prime el objetivo final del bienestar colectivo. El tercer problema es el de la gobernanza central relacionada con la local, sobre todo dada la variedad de arreglos institucionales en nuestra Región, con un espectro que va de la alta centralización a la alta descentralización. Finalmente, se considera que la gobernanza global cobra cada vez más relevancia y plantea nuevos desafíos en la consecución de la salud para todos.

La propuesta es que estos problemas se consideren al analizar los ejes críticos de los modelos institucionales que se detallan posteriormente.

1. Gobernanza intersectorial

Al considerar los procesos de determinación social de la salud reconocemos que el de la salud es solo uno de los distintos sectores que influyen sobre el ejercicio del derecho a la salud. Sin embargo, a él le corresponde orientar los esfuerzos para lograr el mayor impacto sobre estos procesos. Su liderazgo no es autoevidente ni es unánimemente aceptado por los diferentes sectores. El poder para incidir sobre la construcción de políticas en sectores que a su vez repercuten sobre la determinación social de la salud está en disputa constante y deben considerarse las marcadas asimetrías en la capacidad

de influencia de los distintos sectores dentro de los Estados. El sector salud ha sido tradicionalmente un tanto débil (por ejemplo, salud en relación al comercio, las finanzas, las industrias, agroalimentario).

El rol del Estado es fundamental desde el punto de vista de la gobernanza. Su estructura y sus acciones deben asegurar la coordinación entre los diferentes sectores a partir de acciones intersectoriales efectivas. Es crucial abordar cómo el sector salud puede incidir en mayor medida sobre la designación de presupuestos orientados a mejorar la salud de la población, sin limitarlos a la prestación del servicio de salud, para lograr el mayor grado de bienestar al que se aspira en términos de salud. Es conveniente establecer relaciones entre un Estado que, para ser eficiente, requiere una coordinación integral de sus diversos sectores y políticas, con un eje en la inclusión. En este sentido, y desde la concepción de los determinantes sociales de la salud, la gobernanza en salud se puede vincular al ODS 3 de la Agenda 2030 y a algunas de sus metas e indicadores. Pero, a su vez, lo trasciende y se vincula también a otros Objetivos de la Agenda 2030 que requieren el protagonismo de otros sectores. Es oportuno plantearse la pregunta de qué arquitectura institucional del Estado es la que mejor responde a esta necesidad, un punto que se tratará de nuevo más adelante, cuando se hable de los roles de la autoridad sanitaria.

2. Gobernanza público-privado

El camino hacia la salud universal incluye de forma imprescindible el fortalecimiento del sistema público para asegurar que cumpla estándares de calidad que impacten positivamente sobre los resultados. Además, debido a las lógicas divergentes del sector público y del privado es necesario encontrar vías para desarrollar mecanismos eficientes de regulación, de gestión y de resolución de conflictos de intereses. El sector privado en el sistema de salud debe respetar las reglas del estado democrático de derecho y de las regulaciones que garanticen el acceso de la población a la salud y la sostenibilidad de los sistemas. Esto demanda un Estado fuerte que ejerza un papel de autoridad sanitaria y de dirección del sistema de salud.

Por ejemplo, una parte importante de la prestación de los servicios de salud se financia a través de aportaciones contributivas que son administradas por organizaciones privadas y por prestadores privados. Es fundamental encontrar vías para proteger a toda la población de forma que esta realidad no se constituya en una barrera de acceso. De la misma manera, hay que asegurar mecanismos que limiten la estructuración de sistemas basados en el subsidio a la demanda de servicios por su impacto negativo sobre la sostenibilidad de los sistemas, además de que se incentiva un uso “irracional” e ineficiente del sistema, un hecho que necesariamente profundiza las inequidades.

3. Gobernanza central-local

El objetivo expreso al implementar modelos descentralizados ha sido generar poder de decisión en los gobiernos locales y una mayor participación social, además de financiar los sistemas con impuestos locales. Estos objetivos se han alcanzado parcialmente y además han aparecido otros problemas. La heterogeneidad al aplicar políticas y estrategias, en la calidad, en la capacidad resolutive e incluso en las posibilidades de control da lugar a mayores oportunidades y ventajas para ciertos grupos, pero también a barreras o impactos negativos para otros. La gobernanza sectorial debe procurar una universalidad que proporcione un acceso equitativo a todos y todas, con el cumplimiento de estándares de calidad y disponibilidad, que a su vez debe responder a las necesidades particulares de los distintos grupos. Otro problema asociado a los procesos de descentralización es que estos no se han acompañado de una mayor dotación de recursos a nivel local en comparación con los recursos que las grandes urbes han recibido históricamente.

4. Gobernanza global

En el actual contexto global, en el que tanto los Estados como las multinacionales se posicionan con fuerza en defensa de sus intereses comerciales y económicos, ha sido eficaz lograr posiciones comunes para defender los intereses de salud de la población desde perspectivas compartidas. Foros como la Asamblea Mundial de la Salud o estrategias articuladas para hacer frente a la injerencia de la industria en el diseño e implementación de políticas públicas evidencian que sumar voluntades alrededor de causas que promuevan la salud universal genera un mayor contrapeso que si se realizan acciones aisladas y desarticuladas. Es habitual que los esfuerzos para promover el interés público se enfrenten a organizaciones de representación de industrias e intereses comerciales bien coordinadas, tal y como ha sido abundantemente documentado por los casos de la industria del tabaco, de los sucedáneos de la leche materna y de otros sectores.

La vigencia de los ODS 2030 presenta una oportunidad en el marco de una agenda internacional muy consensuada que acomete no solo objetivos de salud de forma directa, sino determinantes sociales de la salud que deberán abordarse intersectorialmente y con una responsabilidad estatal que no se limite al sector salud. Esta es una oportunidad para fortalecer la acción intersectorial e instaurar e institucionalizar procesos de relacionamiento intersectorial en los que el sector salud sea catalizador de políticas que incidan sobre estos indicadores. Es también una oportunidad para configurar una nueva arquitectura institucional estatal y un nuevo modelo institucional para garantizar el derecho a la salud.

EJES CRÍTICOS

Una vez considerados los problemas identificados se destacan los que se consideran ejes críticos de la gobernanza y la rectoría de los sistemas, describiéndose los factores que tienen una mayor incidencia en la actual coyuntura. Es fundamental analizarlos tanto en los contextos específicos de cada país como desde una perspectiva regional. Es necesario un abordaje de la gobernanza de la salud que incluya el análisis de las reglas de juego formales e informales que influyen tanto sobre los actores como sobre los recursos críticos del sistema de salud (recursos humanos, tecnología, financiamiento). Estas reglas de juego pueden estructurarse a partir de estos ejes críticos que definen su arquitectura.

Se proponen siete ejes que abordan:

1. La rectoría y la regulación de los sistemas de salud.
2. La información oportuna y transparente.
3. La articulación entre niveles de gobierno.
4. La participación social.
5. La salud como derecho universal y como ajuste a las diversidades.
6. La priorización de la conducción intersectorial.
7. Los procesos de integración en beneficio de los pueblos.

1. La capacidad de gobernanza, rectoría y regulación de los sistemas de salud en base a su estructura y funcionamiento

Si bien se han dado avances importantes durante las últimas décadas en términos de un aumento en la capacidad de regulación de los Estados, el proceso ha sido heterogéneo en la Región y también se han atravesado períodos de retrocesos. Se reconocen los cambios estructurales de los Estados que han logrado una mayor complejidad de las agencias y el fortalecimiento de las funciones de un Estado que tiene que regular sobre un mercado con mayor peso económico y con influencia en diferentes áreas (por ejemplo, insumos, medicamentos y tecnología) en la provisión de los servicios de salud y en el financiamiento. Estos son indicadores de una rectoría fortalecida que tiene una mayor capacidad de gobernar sobre el sistema.

Sin embargo, las reformas que ha promovido el subsidio a la demanda motorizaron la segmentación, la fragmentación y la fragilización de los sistemas de salud, debilitando la capacidad de los ministerios de salud para ejercer las funciones que garantizan el derecho a la salud de la población. Es importante destacar algunas consecuencias de este fenómeno. Se han reformulado las competencias de los ministerios, debilitando así su capacidad de rectoría. Este movimiento ha alejado a los ministerios de salud de la gestión de los servicios de salud y de su financiamiento.

¿Cómo se logra que los ministerios de salud implementen políticas que sean robustas y sostenibles (en el sentido de conseguir mantenerlas a pesar de los cambios en el ambiente económico o político), basadas en la evidencia y en la evaluación de impacto, con base en el interés público y en la salud poblacional, frente a poderes o influencias internas y externas que tengan otros objetivos? Para ello podemos aprovechar la experiencia existente en la Región desarrollando estudios de caso emblemáticos que puedan servir para analizar los factores condicionantes de esta sostenibilidad. Algunos ejemplos que podrían analizarse en profundidad son el Programa de Salud de la Familia como parte del Sistema Único de Salud de Brasil, la Misión Barrio Adentro de Venezuela, el Sistema Nacional de Salud de Cuba, y las experiencias de El Salvador, Nicaragua y Uruguay, entre otros países, que han registrado modificaciones y adaptaciones con los distintos gobiernos sin abandonar por ello sus aspectos centrales.

Los Estados precisan de estructuras, competencias técnicas, herramientas y capacidad política para aglomerar coaliciones amplias y producir legitimidad social y política con el fin de lograr los cambios necesarios. Si bien las bases constitucionales y legales otorgan a la autoridad sanitaria la responsabilidad de la rectoría y gobernanza sobre los sistemas de salud, esta no disfruta de un “derecho natural” para conducir los procesos. Esta capacidad se construye a través de un conjunto de condiciones. Las estructuras deben tomar en cuenta las funciones esenciales de la salud pública, incluyendo la capacidad de articulación intersectorial en todos los niveles, desde las máximas autoridades hasta las más locales. Asimismo, la legitimidad social no solo se logra con la “aprobación tácita”, sino facilitando una participación real de las comunidades, diversas y enriquecedoras.

En cuanto al desarrollo de competencia técnica necesaria para ejercer la rectoría y la gobernanza, ésta no debería limitarse a quienes tengan altos estudios académicos. La competencia técnica debería incluir la existencia de buenos equipos en todos los niveles, que cuenten con conocimientos de varias disciplinas, y que estén apoyados por una conducción y una discusión colectiva y permanente de las políticas que se van a implementar. Un grupo relativamente pequeño y con mucha capacidad de discusión, con procesos claros y en mejoramiento continuo puede ser más efectivo que un grupo grande de personas que carezca de una estructura clara.

Es de vital importancia la valoración del personal, incluidos el cumplimiento de las obligaciones hacia ellos, la implementación de procesos de capacitación, formación, sensibilización o toma de conciencia, así como la evaluación continua en todos los niveles. Se debe propender a lograr una participación social amplia y profunda en este ámbito para asegurar que exista una correspondencia entre los procesos de formación y capacitación y las necesidades y aspiraciones de la sociedad.

Las condiciones estructurales guardan relación con la Política con “P” mayúscula

Los sistemas de salud de los países que tratan de universalizar el acceso a la salud por lo general son estructuras más tendentes a la igualdad de lo que puede observarse en sus sociedades en general, donde son más palpables las relaciones de poder vigentes. Pero en ambos casos existe una tensión permanente entre la distribución de recursos y el poder. Son necesarias coyunturas a las que puedan sumarse los intereses de la sociedad. De este modo se podrá avanzar contra la corriente y los intereses particulares de los sectores con más poder económico, que pueden oponerse a políticas o regulaciones basadas en el interés.

Se han realizado esfuerzos importantes para establecer estructuras organizacionales que permitan fortalecer el rol de las autoridades de salud a la problemática de salud de la población. Una guía integral de las funciones esenciales de salud pública tiene una contribución fundamental para fortalecer el rol del Estado. En forma complementaria, una participación plena y efectiva de los distintos sectores de la población, en especial de aquellos en condiciones de vulnerabilidad es fundamental. El fortalecimiento de los procesos de participación social, incluidos la mejora de los canales de participación y el empoderamiento de estos sectores de población serán fundamentales para lograr instaurar las mejoras en las capacidades institucionales y darles sostenibilidad. Es fundamental lograr que los avances trasciendan las coyunturas políticas.

Mejorar los canales de participación no se limita a lo que, en términos representativos reconocemos como convocar a los diversos actores de la sociedad civil en torno a una decisión o a la evaluación de un resultado en salud. La promoción de la participación también está relacionada con ejercer la gobernanza y promover la cohesión y la justicia social. La participación es un asunto de relaciones de poder y para que las comunidades realmente ejerzan influencia real deben ver reconocido el poder que les confiere la capacidad de enfrentar las hegemonías. De esta manera, la participación comunitaria y ciudadana deben ser promovidas como garantes para alcanzar las mejores condiciones de salud posibles bajo el principio de equidad mismo, que demanda priorizar la justicia distributiva de la atención en salud y facilitar todos los mecanismos que permitan su abordaje.

Hacer de la salud un derecho universal es parte de una construcción democrática que no se limita a proporcionar unas condiciones de salud mínimas a los más pobres. Además de eso debe hacer de los sistemas de salud una parte constitutiva de toda la ciudadanía. Es muy importante destacar que la salud, como parte de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales tiene como sustrato la equidad. Por eso mismo, aplicar el principio del cumplimiento progresivo de

estos derechos no significa aplicar estándares heterogéneos a la población (como, por ejemplo, servicios simplificados para poblaciones pobres), ni tampoco paralizar las mejoras alcanzadas argumentando la falta de recursos públicos.

No se ha encontrado todavía una buena forma de integrar la participación social en los procesos de toma de decisión. Además, en la actualidad hay que analizar el nuevo rol de las redes sociales, que pueden constituirse en un mecanismo de difusión del conocimiento y promover la participación. Pero también pueden ser susceptibles a la desinformación o manipulación por parte de estructuras poderosas (generalmente, al servicio de quien pague más). Los medios de comunicación pueden aportar a la capacidad de conducción del sistema, pero también pueden invisibilizar los avances y hasta la pueden destruir. Por ello, la comunicación efectiva y directa con la sociedad es vital. La decisión política puede ceder fácilmente, por lo que en la protección de los intereses de la población también debe participar la sociedad civil.

Capacidad de una gobernanza intersectorial que actúe sobre los procesos de determinación social de la salud

Debido a la creciente conciencia de la ineffectividad de tratar los problemas de salud sin abordar sus procesos determinantes, los ministerios de salud debieron salir de la zona de confort de los hospitales y la atención médica. Lo hicieron para abogar por la salud en los campos de políticas más amplias (alimentación saludable, violencia urbana y en el tránsito, sedentarismo, tabaquismo, condiciones crónicas, prevención de enfermedades, acceso a servicios básicos como agua potable, acceso a la vivienda digna, a la educación, etc.) que precisan de acciones sistémicas y que eran dominios tradicionales de otros ministerios.

Abordar la determinación social de la salud e incidir sobre las estructuras generadoras de desigualdad requiere de políticas implementadas por otros sectores. Para lograr articular dichas políticas y para medir su impacto, los ministerios de salud no pueden dedicarse exclusivamente a la prestación o regulación de servicios de salud. Con frecuencia pueden manifestarse resistencias al protagonismo de la salud como objetivo primordial de las políticas, sea por razones políticas o por percibirla como opuesta a sus intereses misionales. Por ejemplo, es frecuente que las autoridades financieras se muestren celosas de los “gastos” en salud porque amenazan el equilibrio financiero (en general, en numerosos países los ministerios de esa área reciben la herencia directa de las tesorerías de la nación).

En cualquier gobierno existe una tensión entre los modelos de desarrollo y sus implicaciones para la salud. La industria del tabaco, la

de los alimentos procesados, la de automóviles o la de agrotóxicos tienen vínculos con los ministerios de industria y comercio, de agricultura y ganadería, entre otros. Dichos vínculos pueden tomar la posición de impulsar a estos sectores bajo argumentos económicos, sin tener en cuenta su impacto sobre la salud. El diálogo que propone la misión del ministerio de salud y que coloca “salud en todas las políticas” no siempre es fácil. Por otra parte, cada vez es más frecuente que algunos ministerios o secretarías sean aliados naturales en esta puja por las prioridades dentro del gobierno. El desarrollo social, la educación, los derechos de la mujer y los derechos humanos se suelen sumar a estos esfuerzos y con frecuencia se encuentran del mismo lado en las discusiones sobre las políticas públicas que se relacionan con la salud. Estos nuevos actores son aliados en políticas inclusivas en salud, pero también desafían a dicho sector a salir de sus ambientes medicalizados y a encontrar nuevas modalidades de acción más integradoras de la diversidad humana y ambiental, en la línea de pensamiento del “Buen Vivir”.

Es importante lograr estructuras estatales que favorezcan la articulación intersectorial y mitiguen las tensiones, teniendo en cuenta los aspectos anteriores. Es fundamental establecer un flujo de información con las entidades rectoras encargadas de áreas como la educación, la industria y la producción, entre otras, que ponga de relevancia la relación entre sus ámbitos de acción y el de la salud. Otras iniciativas también han dado resultados positivos, como la creación de vicepresidencias o ministerios coordinadores que supervisan las acciones de ministerios sectoriales como los de salud, educación, deporte, agricultura e inclusión económica y social. De este modo se asegura la coherencia entre las políticas y las acciones, y se logra una articulación entre los distintos niveles de gobierno, desde sus máximas autoridades hasta los profesionales y trabajadores del comunitarios.

La importancia de la Agenda 2030 como instrumento de abordaje de los determinantes sociales, a pesar de los vacíos que puedan identificarse en ella, es enorme. Cuenta con el apoyo y el aval de los jefes de Estado, algo que involucra a todos los sectores de los Estados, no solo al de la salud. Es un elemento nuevo de tremendo valor y potencial en este escenario. El posicionamiento y el compromiso internacional con el cumplimiento de los ODS es generalizado (aunque debe darse seguimiento a las acciones concretas que genere y realizarse un análisis permanente de su impacto), y además cuenta con la participación de todo el sistema de Naciones Unidas. Es relevante destacar que el instrumento tiene un plazo de cumplimiento, lo que constituye un soporte adicional fundamental para lograr los objetivos y las metas tanto relacionadas de forma directa con la salud como otras, que requieren del fortalecimiento de la capacidad rectora y de la gobernanza de los Estados.

Financiamiento

Un elemento esencial para lograr que los arreglos institucionales sean efectivos es el financiamiento suficiente y sostenible, y que responda a las necesidades que puedan suscitarse en el sector salud (por ejemplo, en situaciones de desastres, nuevas epidemias, etc.). Una estrategia que numerosos ministerios de salud de la Región ya han implementado es la creación de unidades dedicadas a realizar análisis económicos de los impactos de las políticas de salud. Además, también evalúan el costo-beneficio de estrategias tanto dentro como fuera del sector salud (considerando también incidir sobre los procesos de determinación social de la salud). Por último, identifican estrategias para mejorar la eficiencia del sistema. Es fundamental generar y manejar esta información con el fin de incidir sobre las decisiones y sobre el presupuesto destinado al sector salud.

Para ampliar el derecho a la salud de todos y todas, el Estado deberá obtener recursos, básicamente a través de la recaudación fiscal. Existen fuertes evidencias de que este aumento de inversión en salud redundará a medio plazo en un crecimiento económico (1). Pero a corto plazo los movimientos dirigidos a ampliar el acceso a la salud con fondos públicos crean resistencia en sectores de poder económico que se oponen a perder parte de sus ganancias a favor de la vigencia plena del derecho a la salud. Además, población puede desconfiar de la capacidad del Estado para usar esos recursos con eficiencia y transparencia. Por ello es fundamental continuar los procesos de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios, eliminar las barreras de acceso e implementar mecanismos para el uso transparente de recursos.

Es necesario destacar la importancia de la estructura de recaudación, redistributiva y no regresiva en base a la justicia fiscal, así como de contar con el espacio fiscal necesario para la salud y las inversiones sociales. El financiamiento debe contar con un espacio fiscal que permita destinar recursos suficientes para lograr el acceso universal a la salud. Esto implica recopilar datos y estadísticas, con medición de indicadores que permitan identificar las necesidades de la población y cuantificarlas para los proyectos de ley de presupuestos a escala nacional. Asimismo, esto supone la lucha contra la corrupción y la evasión tributaria, así como dedicar atención a que no se desvíen recursos hacia paraísos fiscales. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) estima que los Estados de América Latina y el Caribe pierden por evasión fiscal 340 000 millones de dólares cada año (aproximadamente 20% más que todo el gasto anual en salud). Este es un campo en el que se expresa la batalla entre los intereses de la mayoría de la población, que podría beneficiarse de un sistema de salud confiable, y los de 1% restante (2), en el que se encuentran los mayores evasores y que cuentan con recursos

suficientes para pagar por sus servicios de salud en cualquier parte del mundo.

Otra parte del financiamiento, sobre todo en los países de ingresos bajos proviene de la cooperación internacional multidimensional y multidireccional, con especial consideración a la atención en salud de los sectores tradicionalmente marginados. Si bien estos apoyos pueden ser relevantes para los esfuerzos de los países es fundamental que dichos procesos se den en el marco del respeto a las prioridades establecidas por los Estados en sus distintos niveles y que velen porque no socaven los esfuerzos para robustecer la capacidad rectora y de gobernanza de los Estados por medio de su autoridad sanitaria. Es frecuente que se reciban financiamientos puntuales que están divorciados de los procesos macro que puedan estar implementando los países. Hay muchos ejemplos también de la creación de estructuras paralelas para la recepción y gestión de fondos de cooperación. Estos debilitan la estructura estatal y actúan de forma ajena a la institucionalidad que debería estar pensada para fortalecer la rectoría.

En relación a la contribución de la empresa privada al sector salud, sobre todo, debe asegurarse el cumplimiento de los Principios Rectores sobre las Empresas y los derechos humanos de Naciones Unidas (2011). Pero, además, deben tomarse en cuenta los conflictos de interés que puedan existir. Como ejemplo, en relación a las posibles contribuciones de empresas privadas que prestan servicios de salud o la industria farmacéutica, una aparente contribución puede venir de la mano de promover algún interés que les beneficie pero que no se base en el interés público. La propia OMS expidió una norma de relacionamiento con terceros para impedir la injerencia de empresas privadas en el diseño e implementación de políticas públicas efectivas en salud.

Los mecanismos solapados de la industria para defender sus intereses por encima de los de la población pueden ser sutiles y es fácil pasar por alto que son una vulneración de los derechos humanos. Un ejemplo son las industrias de alimentos procesados y de bebidas azucaradas que invierten en la promoción de actividad física de niños y niñas. Pero a su vez obstaculizan la implementación de políticas como el etiquetado frontal de alimentos, aunque existe la evidencia de que enfocarse solo en promover la actividad física, sin realizar cambios en los patrones de consumo de alimentos procesados, no es una medida efectiva. Tal vez acciones como esta no se interpreten como una violación de los derechos humanos, pero lo cierto es que se está atentando contra el derecho de la población a lograr el mayor estado de bienestar y salud posible. Los casos de interferencias de la industria son abundantes, comenzando por la muy documentada de la industria de tabaco. Por todo lo anterior, es vital regular su participación.

2. Información oportuna y transparente que capture los elementos del sistema sobre los que se desea actuar

Un indicador de la capacidad de rectoría es la existencia de información relevante, oportuna y de calidad, construida de acuerdo a las líneas estratégicas de los cambios que se proponen. Es esencial y necesario poner el acento en las asimetrías con el fin de lograr la equidad sustantiva, con herramientas que tiendan a igualar las diferencias injustas y evitables. Debe señalarse la importancia de la capacidad de inteligencia de los ministerios de salud, como capacidad de análisis de los problemas de salud, de los procesos de determinación social de la salud, de las limitaciones que puedan tener los sistemas de salud y el reconocimiento de opciones políticas para fortalecer su intervención. Son destacables las valiosas aportaciones desde el campo de la salud colectiva que insisten en la necesidad de atender la determinación social y no el mero cúmulo de determinantes sociales. Estas aportaciones destacan la necesidad de transformar los sistemas de producción y consumo, y el propio modelo de desarrollo, y han generado evidencias de sus impactos negativos sobre la salud. Esta idea, además, se articula con el campo de la epidemiología crítica que apareció en la Región y que da lugar al marco conceptual para abordar los procesos que mayor impacto tienen sobre la salud.

Los promedios nacionales o regionales tienen cada vez menos aplicación. Pero se debe tener precaución porque cuando se miden por primera vez las asimetrías, aparecen problemas que estaban ocultos, que pueden reflejar un empeoramiento de las condiciones o crear la apariencia de que las situaciones empeoran, solo porque se revelan. Esta información debe traducirse a una distribución más equitativa de recursos y a una mayor especificidad en la aplicación de políticas y estrategias que tome en cuenta las particularidades locales. Pero también podría usarse para argumentar cambios en modelos basados en la atención primaria de la salud.

Al mismo tiempo se precisan heurísticas de tipo sistémico que escapen siempre de las relaciones unicasales y de causa-efecto. Desde el punto de vista de la comunicación política es muy tentador plantear soluciones únicas, y quizás sea necesario. Pero las transformaciones deben ser sistémicas, aunque se usen algunos programas “estrella” para visibilizar los cambios. Al mismo tiempo es importante visibilizar que los cambios sistémicos deben obedecer a procesos reflexivos y participativos que los legitimen en la sociedad, de manera que no resulten afectados por las “alternancias en el poder.” Para ello es necesario configurar políticas de Estado y no solo de gobierno, para que estas sean de larga duración.

Además de la participación de la sociedad, para implantar los procesos es necesaria la participación de la máquina burocrática. El

equilibrio entre cambios y procesos permanentes es un arte que requiere liderazgos, equipos cohesionados y una comunicación interna del aparato del Estado. También son necesarios el liderazgo interno (los “equipos de cambio institucional” ya referidos), la coordinación intersectorial y la participación de las distintas comunidades.

Información y análisis de los actores que inciden sobre la salud y sobre los sistemas de salud

Los sistemas de información deben generar insumos para el análisis político. Resulta valioso un mapa de sistemas sociotécnicos y de circuitos de retroalimentación que incorpore los impulsores y los inhibidores de las transformaciones. Es una herramienta importante, ya que actores como la industria farmacéutica y de seguros y los grupos de especialidades que se basan en alta tecnología pueden ser mapeados para identificar sus conexiones con el aparato político. Muchos de ellos tienen tendencia a crear oligopolios o mecanismos de patentes que cuando entran en colusión con las autoridades reguladoras (la llamada “captura regulatoria”) tienen impactos negativos en la vida y la salud de las personas.

Debido a estas conexiones, la transparencia y la vigilancia destinadas a evitar prácticas indebidas no es solo un problema moral o ético. También es una forma altamente de evitar las interferencias de sectores con poder económico en las políticas públicas, algo que casi siempre se traduce en influencia política. El equipo que intenta universalizar el derecho a la salud nunca cuenta con apoyos unánimes, ni siquiera cuando disfruta de un fuerte apoyo del poder ejecutivo. De ahí la importancia de identificar aliados para cada tema y en cada paso.

La gestión tradicional no resulta de mucha ayuda en este campo. Un estribillo frecuente de quienes se oponen a la universalización del acceso a la salud es: “La salud ya tiene suficiente dinero, pero se gestiona mal”. La gestión siempre es susceptible de mejorar, en especial en sistemas profesionales complejos y cambiantes. Pero es ilusorio pensar que en América Latina y el Caribe, donde el gasto público en salud es porcentualmente la mitad de cualquiera de los países con sistemas universales de otras regiones se pueda llegar a lo que se aspira simplemente extrayendo un máximo de productividad en forma ciega, a través de metas puramente cuantitativas, como menos días de hospitalización o un mayor número de consultas por hora. En este sentido, debe recordarse la llamada Ley de Goodhart, que indica que cualquier meta cuantitativa tiende a perder su valor de indicador del fenómeno que quiere medir cuando esa meta se utiliza para remunerar o premiar el desempeño.

En general, la provisión pública de servicios de salud es más eficiente y menos onerosa que la privada, aunque exista un esfuerzo

importante de los medios de comunicación para desacreditar esta evidencia. Todos los indicadores de salud mundial han constatado que los sistemas nacionales de salud consiguen mejores resultados a menor costo que los sistemas que se rigen según los mecanismos del mercado (3). España es un buen ejemplo, reconocido en todo el mundo por contar con servicios públicos robustos. Sin embargo, los sistemas de atención a la salud propiamente dichos cuentan con componentes privados y públicos, que albergan lógicas diferentes y no necesariamente homogéneas. Cuando se hacen políticas públicas, ¿puede pedirse a los efectores privados que abandonen o limiten las lógicas lucrativas? ¿Es razonable hacerlo? Existen herramientas legales para ello. De hecho, son varios los sistemas de salud en el mundo que aceptan el desafío de incluir a proveedores privados y limitar la lógica lucrativa, incluyendo la teoría de las organizaciones con pérdidas permanentes (*permanently failing organizations*). O hay sistemas como el de Francia o Canadá, que cuentan con proveedores privados que están siempre cerca del desequilibrio. Entender mejor este equilibrio implica permitir que las estructuras de costos de proveedores privados sean transparentes. Este insumo es valioso cuando el aparato público adquiere servicios privados, ya que es esencial la construcción e implementación de tarifarios basados en costos razonables.

También se debe pensar en diferentes estrategias de gestión de las contradicciones entre la lógica de la mercantilización y la lógica del derecho a la salud. Cómo gestionar estas contradicciones que se expresan en diferentes esferas es un interrogante que asume que el sector privado no solo existe, sino que modula gran parte de las lógicas en disputa. Al mismo tiempo, el sector privado tiene muchas formas de evadir las lógicas de interés público (entre ellas, aunque no exclusivamente, la corrupción). Los argumentos más frecuentes se relacionan con la mayor eficiencia, aunque se ha mostrado que son erróneos a partir de la evidencia de las evaluaciones.

3. La organización y la articulación clara entre niveles de gobierno, que considere los distintos grados de desconcentración o descentralización del sistema

En los sistemas de cada país hay distintos modelos y niveles de descentralización (transferencia de competencias como planificación, coordinación, control y gestión de acciones, y provisión de servicios de salud a gobiernos locales con distintos grados de autonomía frente al gobierno central) o desconcentración (presencia de instancias representantes del gobierno central en el territorio con distintas competencias y funciones asignadas a cada nivel, pero que responden a la autoridad del gobierno central). Se debe alertar de que la descentralización plantea un desafío para lograr redes de atención integrales e integradas. En este marco, se debe analizar la regionalización para

lograr aprovechar las economías de escala y asegurar la integralidad del sistema.

En todos los casos es necesario asegurar que el derecho a la salud se cumpla. Esto supone buscar un equilibrio entre la universalidad y la necesidad de adecuar las prestaciones a las características locales o de grupos sociales particulares. Así, se revela la necesidad de que los sistemas y las políticas de salud no sean homogéneas, en tanto que lo hegemónico es estructurar sistemas pensados para quienes más poder ostentan, por ejemplo, hombres blancos que viven en entornos urbanos. Se requiere un sistema con concepciones y acciones integradas y a la vez diversas. Entre los múltiples ejemplos se encuentran la salud intercultural (que tradicionalmente se relaciona con poblaciones indígenas), para mujeres, niñas, niños, personas mayores, personas con discapacidad, migrantes, personas que viven entornos rurales, territorios insulares o apartados de los centros urbanos, y personas en situaciones de desastres naturales y emergencias humanitarias. Hacemos nuestra la afirmación de Boaventura de Souza Santos: “Tenemos el derecho a ser iguales cuando la diferencia nos inferioriza. Tenemos el derecho a ser diferentes cuando la igualdad nos descaracteriza”.

En los modelos centralizados, descentralizados y desconcentrados deben estar presentes las características que complementan los principios estipulados en la Declaración de Alma-Ata, como es la mayor posibilidad de participación social, la adecuación de políticas públicas a las realidades locales y la mayor representatividad de personas de las zonas donde se aplican las políticas. A su vez, algunas características se alejan de los principios de Alma-Ata, como la inequidad. Tanto las características positivas como las negativas no suceden de forma natural, sino que son el resultado de los arreglos específicos que se implementan y que, de la misma manera, pueden regularse con medidas concretas.

La articulación entre las distintas instancias y niveles del Estado contribuye a lograr la construcción de políticas y estrategias coherentes que promuevan la salud y el bienestar de la población a partir de las distintas realidades regionales, nacionales y locales, y con equidad. De la misma manera, se requiere de la articulación entre los distintos tipos de proveedores como el público (sin aseguramiento), la seguridad social, la seguridad social militar, el policial, el privado, etc. La fragmentación y la segmentación contradicen los principios de la Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria en salud. Además, dividen familias y comunidades y convierten a los sistemas en laberintos que se convierten en barreras de acceso. Asimismo, algunos modelos de descentralización dependen en gran medida de servicios de salud proporcionados por entidades privadas. Esto puede contribuir a la segmentación de la población y al acceso dife-

renciado a servicios, algo que debe evitarse. Es factible y necesario asegurarse de que los sistemas no se basen en privilegios y de que promuevan la equidad en el acceso, independientemente del grado de descentralización o desconcentración que tengan.

4. La participación social: empoderamiento para lograr transformaciones

Consideramos importante caracterizar la participación social, que es esencial para lograr transformaciones en los procesos de determinación social y para incidir en la conducción, diseño, evaluación y control de los sistemas de salud. No podemos considerar participación social aquella en la que las personas y comunidades meramente validan las propuestas de quienes están en el poder. Se deben asegurar procesos de participación social a partir de la identificación de problemas, el diseño de políticas, de su implementación y evaluación. Además, los procesos de participación deben considerar la diversidad de las personas y su libertad de asociación, sin perder de vista que las dinámicas de poder asimétricas de nuestras sociedades pueden verse reflejadas en ellos. Esto significa prestar los apoyos necesarios para que el conjunto de las comunidades pueda expresar sus opiniones, su voluntad y sus preferencias. Ninguna persona puede ser calificada como “no apta para participar”.

La participación en salud tradicionalmente la convoca el sector estatal de salud. A nivel local, los trabajadores de la salud no siempre son los mejores entrenados para ese objeto. Si se pretende promover la participación en salud, parece necesario valorar este aspecto. En este mismo sentido, el rol de los expertos en ciencias sociales podría ser importante como parte de los equipos de salud. Se puede dar lugar a un ciclo virtuoso cuando la comunidad está empoderada y los trabajadores y profesionales también forman parte de estos procesos, involucrados en espacios participativos.

Conviene alertar de que existe una tendencia, al parecer creciente, a crear organizaciones sociales o de la sociedad civil financiadas por grandes multinacionales que no defienden el interés público, sino el interés particular de quienes las costean. ¿Cómo asegurar que la participación social defienda el interés público? Como ejemplo, un estudio reciente (4) analizó 104 organizaciones de defensa de pacientes y encontró que 83% de las que declararon la identidad de quienes las sufragaban estaban apoyadas por la industria farmacéutica o biotecnológica, mientras que 12% no declararon quiénes las subvencionaban. Más del 40% de ellas contaban en su cuerpo directivo con ejecutivos o antiguos ejecutivos de la industria farmacéutica o biotecnológica. Solo 10% disponían de una política definida sobre los conflictos de interés con la industria. Evidentemente este hecho también muestra que el apoyo institucional del Estado a

las organizaciones sociales que defienden el derecho a la salud es bajo (incluyendo el aspecto financiero, aunque no solo de este tipo). Esto abre la puerta a esta actuación de la industria, que es aceptada por pacientes y familiares como consecuencia de su situación de indefensión.

Por otro lado, algunas organizaciones comunitarias o de la sociedad civil se encuentran en una situación de enorme precariedad de recursos para poder llevar a cabo su gestión y su funcionamiento, y se sostienen solo gracias a la convicción en el interés público de sus miembros o de sus asociados. Este es el caso, por ejemplo, de organizaciones de base de personas con discapacidad o de personas mayores, tanto en entornos urbanos como rurales. Algunas organizaciones de personas con discapacidad mental (psicosocial) y otras han hecho constantes reclamaciones por la imposibilidad de acceder a medicamentos nuevos más caros que podrían ser más eficaces, pues sienten que deben conformarse con el suministro público de fármacos que consideran menos efectivos. Este es un enorme reto porque lograr el acceso universal a medicamentos, asegurando a la vez su uso racional implica frenar la enorme presión de la industria farmacéutica para incorporar “nuevos” medicamentos que no necesariamente son más eficaces o seguros y que siempre son más costosos.

Esta realidad trae a colación la necesidad de implementar procesos de evaluación de tecnologías sanitarias que identifiquen los medicamentos más costo-efectivos, basándose en el principio del derecho a la salud y a la vez protegiendo a la ciudadanía y al propio Estado de las estrategias de la industria farmacéutica que pretenden introducir en el mercado, tanto público como privado, productos que no presentan innovación ni mayor eficacia, y en cambio representan mayores ganancias porque sus precios son más elevados. Asimismo, destacan la necesidad de que los Estados realicen con transparencia los procesos de evaluación de tecnologías que implementen, los socialicen y puedan educar a la población sobre su utilidad, que debe basarse en el interés público de proteger la salud de la población y lograr la sostenibilidad de los sistemas. Las estrategias de la industria aquí descritas no solo pretenden engañar a los consumidores, sino que generan la percepción de una limitación al acceso, cuando podrían existir alternativas terapéuticas tanto o más eficaces y de menor precio. Lo que queda claro es que no basta con identificar este problema, sino que hay que realizar acciones proactivas para lograr una mayor comprensión generalizada del mismo.

Los modelos institucionales deben ser capaces de conocer las demandas de la población y de reaccionar de forma pertinente y oportuna. Siguiendo con el ejemplo de las organizaciones de personas con discapacidad mental (psicosocial), entre sus demandas está la

necesidad de luchar permanentemente con diversas normativas que permiten su institucionalización forzada, así como con afectaciones de su integridad personal a través de psicocirugías invasivas e irreversibles y de la esterilización sin su consentimiento libre e informado. En el caso de las personas mayores continúan sus permanentes requerimientos en distintos aspectos de la atención a la salud, entre las que destaca la denegación de cuidados paliativos o su insuficiencia. Esto incluye leyes restrictivas en el uso de opioides en casos muy calificados de enfermedades terminales y que causan dolor.

Nuevamente se presenta el requerimiento de las organizaciones de la sociedad civil de obtener un financiamiento que les permita un mejor funcionamiento, independencia y una atención real a las necesidades de sus asociados. El clamor de estas entidades es que la participación pública del movimiento asociativo de base debe contar con un apoyo económico estatal regulado por la ley. Igual que los partidos políticos cuentan con apoyo financiero estatal para sus actividades, las organizaciones sociales deberían disponer de él.

No basta con iniciar espacios de diálogo. Es necesario llevar a cabo acciones proactivas para abrir espacios de formación y educación para la población sobre los temas relacionados con la salud, el interés público, la determinación social de la salud, la ciudadanía activa y las condiciones que ponen en riesgo la vigencia plena del derecho a la salud. Cómo superar las limitaciones de demandas de la población exclusivas a exigir la presencia de médicos, medicinas, centros de salud, ambulancias y hospitales (sin menospreciar su importancia). El campo de la salud es extremadamente complejo y se complica más como consecuencia de los fuertes intereses comerciales y particulares que lo atraviesan. Frente a esta realidad es necesario instaurar procesos de formación con métodos como la educación popular, en los que tenga lugar un proceso de aprendizaje mutuo basado en el reconocimiento del valor de la diversidad de experiencias humanas. Estos procesos también deben establecer vínculos entre los aspectos integrantes de su derecho a la salud y las estrategias y las políticas que permiten que estas estén disponibles de forma equitativa, con calidad y temporalidad en todos los territorios (incluidos procesos de financiamiento, gobernanza, formación de personal, modelo de atención, etc.). Es necesario además que en estos espacios de aprendizaje y participación activa se involucre a los trabajadores y profesionales de la salud, que son parte integrante de las comunidades y que pueden generar valiosos procesos de construcción conjunta.

Conformarse con los sistemas de participación instaurados y formalizados no es suficiente. Hay que buscar permanentemente crear espacios de participación de forma fluida y dinámica, sobre todo pensando en quienes no suelen ocupar esos lugares. Normalmente las

personas más excluidas no están en estos lugares de participación y su derecho a la salud es más vulnerado. Es importante considerar las dinámicas de poder que existen en nuestras sociedades. Estas dan lugar a inequidades relacionadas sobre todo con el género, la etnia y la raza, la cultura, la edad, el estatus migratorio, la orientación sexual, la identidad de género, el estatus socioeconómico y la discapacidad, entre otros. Los procesos de participación pueden replicar esta dinámica. Por ello es esencial buscar mecanismos efectivos que permitan la participación inclusiva y equitativa de todos y todas.

5. La garantía del derecho a la salud, la atención a las condiciones institucionales que generen acceso universal y la provisión de ajustes razonables que consideren la diversidad humana

La existencia de modelos de atención que sobrevaloran los servicios especializados es un aspecto que la Declaración de Alma-Ata pretendía superar, y sin embargo, esta realidad sigue vigente. Destacamos la importancia de adaptar los modelos de atención que no han sido pensados para las ciudades, que cada vez están más densamente pobladas. La aplicación del modelo de atención basado en la Atención Primaria de Salud (APS) a los distintos territorios debe adaptarse a las características de la población atendida, como su localización, movilidad, actividades, prácticas culturales y estructuras sociales, entre otras.

Existen grandes brechas de acceso causadas por insuficiente personal de salud para atender a las necesidades de la población. Esto evidencia la necesidad de que los modelos institucionales realicen una adecuada planificación de las capacidades y el talento humano. Las políticas integrales que afectan al personal de salud deben ser coherentes con el modelo de atención y con las necesidades de salud de la población. Para ello deben articularse con sistemas de educación superior, deben determinarse las brechas existentes según el modelo de derechos económicos, sociales y culturales, así como según el modelo de atención y al sistema nacional de salud, y debe priorizarse la formación de profesionales de la salud basados en modelos de APS. Desde la estructura curricular (con enfoque comunitario, basada en APS y tomando en cuenta los principales problemas de salud de la población) hasta los escenarios de práctica comunitarios. La implementación de la carrera sanitaria puede ser una vía que genere incentivos en cuanto a las especialidades que se requieren, así como la disponibilidad de profesionales capacitados y motivados en áreas rurales y de difícil acceso. La valoración del personal de salud debe garantizar la equidad en las políticas salariales.

Para avanzar en la garantía del derecho a la salud es necesario que las condiciones laborales no sean precarias. Esto pasa por

implementar formas de empleo justo, seguro y saludable para los trabajadores del sector salud, que no son precisamente las que predominan hoy en el mundo. Asimismo, el rol de los trabajadores de la salud es insustituible. Enfatizamos la necesidad de fortalecer las políticas de talento humano que reconozcan este hecho y las particularidades del trabajo en salud, y que aborden, por ejemplo, el desgaste que implica trabajar en áreas muy exigentes, como salud mental o cuidados paliativos. Destacamos la importancia de desarrollar políticas de capacitación permanente y continua para que el personal de salud sea sensible y tome conciencia de las necesidades de la población desde la perspectiva de la inclusión, la interculturalidad, el ciclo de vida, las discapacidades, etc. Esto implica también una mayor capacidad de generación de protocolos y guías clínicas orientadas a condiciones específicas y grupos de población con necesidades particulares.

Otra barrera de acceso son las brechas en los recursos materiales como unidades de salud y equipamientos en los lugares donde son necesarios y en el momento en el que se los necesita, de acuerdo a criterios técnicos. Su dotación puede ser compleja debido a factores políticos y económicos, sobre todo porque en muchos países han sufrido décadas de abandono. Por ello se requieren modelos institucionales y autoridades capaces de encontrar soluciones.

El acceso a los medicamentos es otra condición necesaria para alcanzar la salud universal. Para atender esta necesidad extremadamente compleja es necesario contar con una política nacional de medicamentos que contemple varios aspectos. Debe recogerse la definición de un cuadro básico de medicamentos esenciales, la disponibilidad (no solo tomando en cuenta el precio), la referenciación de precios, la capacidad de negociación (que puede incluir la negociación conjunta regional), la promoción de un uso racional y el uso de medicinas tradicionales. Asimismo, cabe insistir en que es imprescindible contar con capacidades para hacer evaluación de tecnologías sanitarias. De otro modo, incluso la política de acceso a medicamentos y otras tecnologías de salud puede convertirse en una estrategia del negocio de la salud que asigne recursos en costosas terapéuticas de dudoso beneficio, y que en cambio deberían invertirse para beneficiar más a los pueblos a través de la APS, tal como propuso Alma-Ata.

Respecto a favorecer el acceso a los medicamentos, hace al menos 20 años que diversas coaliciones han participado en procesos relacionados con el suministro de medicamentos. En teoría estas coaliciones abogan por contribuir a mejorar las condiciones de salud de un país o regiones. Entre sus actividades se encuentran apoyar iniciativas para la promoción, prevención, control y tratamiento de enfermedades basados en la creación de redes de apoyo entre diferentes agentes del sector sanitario y productivo como son la in-

dustria, la academia, sociedad civil, organizaciones filantrópicas y en algunos casos el Estado. Por otra parte, las relaciones entre la industria y los Estados se consideran coaliciones en las que se desarrolla cierto grado de codependencia y cooperación para garantizar resultados en los que ambas partes se benefician, pues las empresas necesitan del Estado para asegurarse sus ganancias y los Estados pueden usufructuar estas ganancias para financiarse e implementar diferentes políticas (5). Si bien estas coaliciones pueden lograr un balance favorable en la oferta de medicamentos específicos, no siempre representan la mejor intervención en salud desde el punto de vista terapéutico y financiero.

Finalmente, otra barrera de acceso que debe priorizarse es la falta de acceso de la ciudadanía a la información sobre la oferta de servicios, la organización del sistema, el modelo de atención, etc. En este sentido, puede ser eficaz implementar tecnologías que faciliten el acceso y la comunicación a las personas (aplicaciones, citas telefónicas, mensajes SMS, etc.). La información es un recurso de poder potente y por ello es necesaria su democratización.

Ajustes razonables

Un factor esencial para el ejercicio del derecho a la salud es la plena accesibilidad. Esta se entiende como el conjunto de condiciones que deben cumplir los espacios físicos, el transporte, la información, las comunicaciones, las tecnologías, los servicios, los productos, los procesos y los procedimientos para que todas las personas puedan utilizarlos de la forma más segura y confortable posible, así como la accesibilidad financiera. Esta es una obligación que tiene su base en los derechos humanos. La accesibilidad es el resultado de un diseño universal, que implica que todas las personas puedan utilizar los ámbitos señalados sin necesidad de adaptación ni diseño particularizado. Por ejemplo, los espacios o los transportes accesibles servirán para quienes presentan discapacidad, para adultos mayores, para mujeres embarazadas y para coches de bebés, entre otros.

Por su parte, los ajustes razonables son las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida cuando se requieran en un caso particular. Deben garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con las demás. La denegación de ajustes razonables constituye discriminación en el marco de los derechos humanos. En consecuencia, la accesibilidad en hospitales y servicios de salud debe existir permanentemente tanto en relación a inmuebles, equipamientos y personal debidamente capacitado. En cambio, los ajustes razonables se aplicarán a un caso individual de acuerdo a sus necesidades.

A la vez destacamos el apoyo que se debe brindar a algunas personas para que puedan expresar su voluntad. Esto es de vital importancia en el caso del otorgamiento del consentimiento libre e informado en cirugías y otros procedimientos. Implica que todo el personal debe ofrecer información al usuario en un lenguaje sencillo y directo, dedicando a ello el tiempo que sea necesario. También deben identificarse las distintas formas de apoyo para que la persona pueda manifestar su voluntad.

La implementación de la plena accesibilidad requiere de legislación, presupuesto, participación social, capacitación y fiscalización. La provisión de ajustes razonables y de apoyos en los casos particulares requiere además una fuerte toma de conciencia del entorno de la persona que los necesita y, evidentemente, de los servicios de salud. Sin el cumplimiento de estas condiciones, millones de personas no podrán ejercer su derecho a la salud, entendido no solo como acceso a los servicios de atención, sino a los diversos aspectos del contenido de dicho derecho.

Judicialización de la salud

La judicialización de la salud, entendida como el uso de mecanismos jurídicos para la obtención de derechos o la acción compulsoria del Estado para atender necesidades de salud se ha utilizado históricamente para concretar y avanzar derechos. Como tal es un mecanismo legítimo que debe estar a disposición de la ciudadanía. Los tratados internacionales de derechos colectivos establecen que los ciudadanos deben poder recurrir a acciones jurídicas de protección de sus derechos, y en ese sentido reafirmamos el valor fundamental de este mecanismo.

Sin embargo, es importante alertar de que en ocasiones estos mecanismos se llevan a cabo para favorecer a terceros como las industrias farmacéuticas, del tabaco, de alimentos procesados, etc. Algunos países de la Región han afrontado procesos judiciales cuya consecuencia es forzar a los Estados a adquirir medicamentos y otras tecnologías de alto costo que no necesariamente han dado evidencia de su eficacia y, en algunos casos, de su seguridad. Un estudio reciente (6) realizado en el estado de São Paulo, en Brasil, muestra que 77% de los medicamentos mandatados por la autoridad judicial no cumplen los protocolos aceptados por el Ministerio de Salud. Además se constató una concentración estadísticamente significativa de médicos y abogados entre los beneficiarios de estas acciones judiciales que obligaban a otorgar esos medicamentos. Esto indica una fuerte presunción de que los resultados de la acción judicial benefician a pacientes con mejor acceso al sistema legal y al asesoramiento médico.

Estos presupuestos proceden del propio sector salud y pueden afectar al presupuesto dedicado a acciones dirigidas a la salud pobla-

cional o colectiva. Por ello es necesario identificar dicha tendencia y trabajar para caracterizarla con mayor detalle, de modo que puedan crearse estrategias para afrontarla. Puesto que las autoridades de salud son las que definen qué medicamentos y tecnologías sanitarias pueden utilizarse en el territorio y adquirirse con fondos públicos, el resultado de estos procesos judiciales debe entenderse como un elemento de debilitamiento de su rectoría, en algunos casos.

Puesto que involucra a los sistemas judiciales, este problema requiere de estrategias de capacitación y sensibilización dirigidos a los sectores distintos de la salud, puesto que estos temas son altamente complejos y requieren un elevado conocimiento técnico sobre la materia. También es necesario que los Ministerios de Salud cuenten con la capacidad de preparar defensas fuertes basadas en el derecho a la salud, y que tomen en cuenta aspectos técnicos sanitarios y aspectos legales.

El derecho a la salud, como parte de los derechos económicos, sociales y culturales tiene una aplicación progresiva. Esto permite al mismo tiempo reconocer la importancia de su aplicación por la vía judicial de forma compatible con los intereses más generales (recursos legales para reclamar por ejemplo por discriminación en la atención a la salud).

6. La priorización de la conducción sectorial con capacidad de fiscalización y control

Es necesario disponer de mecanismos institucionales que garanticen la transparencia en el uso de recursos. Algunos ejemplos son la instauración de procesos públicos de contratación para la compra de bienes o servicios, con posibilidad de veeduría ciudadana y control social. En el caso de que el modelo nacional planteé la compra de servicios al sector privado (lo que, como ya se ha indicado puede contraponerse al objetivo de lograr sistemas universales de salud) es imprescindible que se realice con un tarifario definido, que considere estructuras de costos coherentes con la realidad local y el uso racional de los recursos de los Estados. Con este fin, la información sobre estas estructuras de costos de los servicios públicos y privados debe estar disponible. Con frecuencia dicha información es de difícil acceso porque transparenta ineficiencias injustificables a costa de los recursos públicos.

El terreno de la transparencia merece ejercicios más sistemáticos para analizar hasta donde alcanzan las estrategias desarrolladas para contener la corrupción, un fenómeno que no solo afecta al sector salud. Si no se entiende bien qué significa la corrupción y cómo opera estructuralmente, no se podrá enfrentar decididamente. Es decir, la corrupción no puede verse solo y principalmente como un asunto de individuos. Se trata de un asunto orgánico con estructuras y procesos muy instaurados que para ser desestructurados deben reconocerse claramente.

En el contexto de países con un desfinanciamiento histórico del sector salud destaca la necesidad permanente de renovar las infraestructuras o equipamientos. Es imperativo asegurar procesos de adquisición transparentes que aseguren el cumplimiento de estándares de calidad, pero que a la vez sean sometidos a rigurosos análisis de costo-beneficio, sobre todo en virtud de los montos millonarios destinados a estos procesos. Adicionalmente, la fiscalización y el control no pueden limitarse al momento de la definición de la necesidad o al proceso de adquisición. Deben asegurar un adecuado mantenimiento que prevenga el deterioro acelerado y ocasione la pérdida de vida útil y el subsecuente gasto requerido para la restitución del bien. Lo mismo es aplicable a los procesos de compra de medicamentos y de dispositivos médicos, entre otros.

Destacamos la importancia que tiene la transparencia en los procesos de contratación de personal, como parte de la valoración a la que se ha hecho mención anteriormente. Los sistemas meritocráticos que además impulsen la mayor representatividad de la diversidad de la sociedad en las profesiones de salud fortalece la capacidad de cercanía de los servicios a la población porque aporta pertinencia cultural y lingüística, y por ende, calidad a la atención.

Otros elementos que deben considerarse, dependiendo de la estructuración de los sistemas son los procesos de auditoría médica (para verificar la pertinencia de la compra de servicios y el uso adecuado y oportuno de los mismos), los procesos de veeduría ciudadana sobre la gestión, así como los procesos de planificación, gestión y evaluación de resultados en todos los niveles de gestión, con indicadores medibles.

Focalizar los esfuerzos para ofrecer una respuesta a las necesidades de salud de la población requiere sistemas de información nominales. Algunos ejemplos son los sistemas de historia clínica electrónica y los sistemas de vigilancia epidemiológica y sanitaria, que deben contar con interfaces entre distintos sistemas de vigilancia, distintos niveles de atención y distintos proveedores públicos y privados. Es imprescindible establecer un seguimiento para verificar la concordancia entre el uso de recursos, las intervenciones realizadas y los resultados de salud. Con este fin, debe destinarse el financiamiento adecuado de forma permanente. Además debe contarse con recursos humanos capacitados que ejerzan las labores de fiscalización y control. De lo contrario, el ejercicio de la rectoría es estéril

7. La integración regional como mecanismo para fortalecer las políticas de salud de la Región

En el actual contexto global hay grandes potencias (desde Estados, hasta empresas multinacionales e incluso individuos) con un poder económico inédito en la historia de la humanidad, lo que les permite

hacer valer con fuerza sus intereses. En esta situación, se ha visto que es efectivo alcanzar posiciones comunes entre los Estados, ya que en democracia son estos últimos los que se constituyen en legítimos representantes de sus poblaciones para defender los intereses de su salud desde perspectivas compartidas. La estrategia de compartir posiciones en foros como la Asamblea Mundial de la Salud ha sido efectiva para posicionar temas como el acceso universal a los medicamentos o la incorporación de elementos de control frente a potenciales conflictos de intereses en el relacionamiento de terceros con la OMS. Otros ejemplos son las estrategias articuladas para hacer frente a la injerencia de la industria en el diseño e implementación de políticas públicas de control de tabaco, en el etiquetado de alimentos procesados, en el control de la publicidad de sucedáneos de la leche materna, etc. En este punto hay que mencionar el debilitamiento de las referencias regionales de salud, tales como la estrategia de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, subordinadas a instancias y restricciones de tipo económico/financiero, lo que demanda el establecimiento de alianzas regionales que permitan negociaciones e incidencias que favorezcan la salud de la Región.

Los posicionamientos conjuntos y articulados en el ámbito global han servido y pueden servir para dar impulso a los enfoques comunes como la salud como un derecho, los modelos de salud basados en la APS, el control de la participación de terceros velando por la transparencia cuando se presenten conflictos de interés, la soberanía en los procesos de fortalecimiento de la vigilancia (por ejemplo, a la implementación del Reglamento Sanitario Internacional), usando como herramientas la cooperación internacional horizontal y el intercambio de experiencias técnicas.

Los procesos de integración, que implican la existencia de un apoyo mutuo con el fin de alcanzar los objetivos comunes en salud son fundamentales para un desarrollo equitativo entre países y para la optimización del uso de recursos, así como para acelerar el cumplimiento de las metas. Los procesos de integración regional han generado espacios de identificación e intercambio de mejores prácticas, políticas, estrategias, normativas, protocolos e instrumentos técnicos. Esto puede lograrse mediante la cooperación bilateral o mediante estrategias multilaterales, que han acelerado la implementación de políticas efectivas o han evitado que volvieran a aplicarse procesos que no tuvieron el impacto esperado.

Existen experiencias destacables en la Región como la de las Autoridades sanitarias de la Comunidad del Caribe (CARICOM) y su agencia de salud pública, CARPHA, el Organismo Andino de Salud y la UNASUR, que incluye entre sus objetivos lograr sistemas de salud universales. Un ejemplo concreto de la valiosa contribución de UNASUR a la salud regional es el Banco de precios de medi-

camentos que lanzó en 2016, y que evidenció grandes asimetrías en las condiciones de compra de medicamentos entre los países. También destaca por su orientación a temas sociales (que no han tenido espacio en mecanismos de integración basados en objetivos comerciales) y por la creación de su Instituto de Gobierno en Salud, enfocado en fortalecer las capacidades de los Estados sobre todo en aspectos de rectoría y gobernanza. También es destacable el caso del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) que ha logrado la negociación conjunta de precios de medicamentos, logrando avances importantes con mejoras en la capacidad de negociación de los Estados involucrados.

En el contexto actual, en el que procesos como el desplazamiento forzoso de personas y los distintos impactos del cambio climático se agudizan, cobran aún más importancia el fortalecimiento de la diplomacia en salud, las relaciones internacionales y la integración. En la actual coyuntura estos mecanismos están sufriendo un claro debilitamiento. Por tanto, es imprescindible visibilizar su contribución que, en el campo de la salud, ha sido inestimable.

CONCLUSIÓN

Se han tratado de destacar los problemas que desafían a los modelos institucionales en la actualidad y con la vista puesta en el futuro, así como los ejes críticos que deben estar presentes en los procesos de fortalecimiento de la capacidad de rectoría y gobernanza de los Estados con el fin de ser garantes efectivos del derecho a la salud.

A 40 años de la Declaración de Alma-Ata, los avances y retos en salud en la Región apuntan a la necesidad de contar con modelos institucionales robustos que ejerzan la rectoría y gobernanza sobre los sistemas de salud. Además, dichos modelos deben ser capaces de abordar la determinación social de la salud mediante de la capacidad de relacionamiento intersectorial y contando con mecanismos de participación inclusivos, amplios y efectivos.

Referencias

1. Reeves A., Basu S., McKee M., Meissner K., Stuckler D. Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth? *Global Health* 2013 9:43.
2. Oxford Committee for Famine Relief (2017). *An economy for the 99%*. Oxford: Oxfam.
3. Sen A., Lamont T.W. (2015). *Universal Health Care: The Affordable Dream*. *HPRH*, vol. 5.
4. McCoy M.S., Carniol M., Chockley K., Urwin J.W., Emanuel E.J., Schmidt H. Conflicts of Interest for Patient-Advocacy Organizations. *N Eng J Med* 2017; 376: 880-885
5. Watkins A., Papaioannou T.; Mugwagwaand J., Kale D. (2015), National innovation systems and the intermediary role of industry associations in building institutional capacities for innovation in developing countries: A critical review of the literature, *Research Policy*, 44(8), 1407-1418.
6. Chieffi A.L., Barradas R.C.B., Golbaum M. Legal access to medications: a threat to Brazil's public health system? *BMC Health Serv Res*, 2017 Jul 19;17(1):499 doi10.1186/s12913-017-2430-x.



ANEXO 3:

Modelo de Financiamiento

Este documento ha sido coordinado por el comisionado Daniel Olesker, y ha contado con la participación de la comisionada Chelauna Providence.

Al mismo tiempo la coordinación consultó a un grupo de expertos que hicieron distintas aportaciones al documento. Dichos expertos fueron: David Debrott, consultor independiente y ex jefe de departamento de estudios de la superintendencia de Salud de Chile; Rafael Urriola, economista del Departamento de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de Chile; Ida Oreggioni, jefa del departamento de Economía de la Salud del ministerio de Salud Pública de Uruguay; Luis Lazarov, Economista egresado de la Facultad de Ciencias Económicas y Administración de la Universidad de Uruguay, y Sérgio Piola, investigador del Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA.

Introducción

Esta área temática de modelo de financiamiento comprende los siguientes ejes estructuradores:

1. Modelos de financiamiento.
2. Financiamiento público adecuado.
3. Espacio fiscal para garantizar la salud universal.
4. Viabilidad política del espacio fiscal.
5. Alternativas de financiamiento y sostenibilidad del gasto en salud.
6. La necesidad de invertir en salud y los costos de no hacerlo.
7. Conflictos de interés en el financiamiento de la Salud.

Los énfasis de estos ejes estructuradores están dados por una preocupación especial por los procesos de mancomunación de recursos, por un financiamiento público que sea suficiente para garantizar el desarrollo de un modelo integral de salud basado en la atención primaria y orientado por la estrategia de Salud Universal, teniendo en cuenta que se necesita generar espacio fiscal para aumentar los recursos.

Dicho espacio fiscal debe derivar de cambios en la política fiscal que profundicen la captación de ingresos de forma progresiva, esto es, desde los sectores de mayor capacidad económica, junto con mecanismos de mediano y largo plazo que garanticen la sustentabilidad del financiamiento considerando la necesidad de enfrentar los fenómenos sanitarios y demográficos futuros con eficiencia.

La misma consideración de los efectos de la buena salud en el crecimiento y desarrollo económico, permite plantearse el costo de oportunidad de no invertir en ella y a su vez la necesidad de dotar de capacidad regulatoria a los sistemas que permita abordar los conflictos de interés y sus desenlaces, lo que resulta crucial para evitar el derroche de recursos.

Cada uno de estos ejes temáticos se trata en los siguientes apartados.

MODELOS DE FINANCIAMIENTO

El financiamiento de los sistemas de salud expresa la forma en que se definen los conceptos de universalidad, justicia social y equidad en el acceso a la salud.

Por lo tanto, más allá de los debates técnicos que son necesarios para definir el rumbo de un modelo, la decisión es básicamente de economía política. Cómo financiar el sistema y cómo asignar los recursos son dos decisiones claves en el campo de la economía política de la salud

Algunos modelos priorizan el carácter social y solidario del financiamiento, en el sentido de accesibilidad, y por tanto desvinculan el acceso

a la atención de la capacidad económica de las personas. Se trata de modelos de financiamiento basados en lo público (1). En otros sistemas el financiamiento es privado, sea por la relevancia que se concede a los mecanismos de prepago, los mecanismos de copagos o los de pago directo del costo total de la atención en el momento de su utilización, o por el prepago de primas de seguros privados.

En los modelos de financiamiento público-social, el objetivo central es alcanzar la universalidad, con un acceso igualitario y sin impacto económico sobre los hogares. La intervención del Estado es estratégica y define el modelo de regulación sanitaria deseado.

En los modelos privados, la universalidad se asocia a la capacidad del mercado de ofrecer los servicios más eficientes. La intervención del Estado es subsidiaria a resolver las fallas del mercado y el acceso de los sectores excluidos.

Es evidente que para que la salud sea accesible y universal no hay otra alternativa que un modelo social de financiamiento público.

1. Estructura de Financiamiento del sistema de salud

Dentro de esta opción existen a su vez dos grandes modelos teóricos, Bismarck y Beveridge. Desde el punto de vista de las fuentes de recursos, el primero se basa en cotizaciones a la seguridad social y define una aportación proporcional a los ingresos de los cotizantes. El segundo modelo se financia básicamente mediante impuestos generales que no son específicos para la salud, pero en que los aportes impositivos pueden verse como una proporción de los ingresos (2, 3).

En ambos casos el ejercicio del derecho a la salud es independiente del aporte económico. Además, su cantidad y su calidad es igual para todas las personas y su financiamiento es predominantemente público.

La diferenciación de estos dos modelos y sus referencias no pueden abordarse aquí en toda su dimensión. Más bien se plantean como dos alternativas sistémicas al financiamiento privado de la salud de notoria acción excluyente. Pero es importante señalar que la economía política de los sistemas de salud y la elección de uno de estos dos modelos o de algunas de sus formas mixtas también depende de la realidad de cada país, y en particular, de la estructura de distribución de la riqueza y de las altas o bajas tasas de formalidad en el mercado laboral.

También es necesario precisar que el abordaje de las consecuencias de la aplicación de estos modelos se refieren a sus formas "puras". En cambio, la realidad es más compleja e integrada y, por ende, pue-

de relativizar estas conclusiones en línea con lo comentado anteriormente (3, 4).

Una vez hechas estas relativizaciones, se debe constatar que en los casos más avanzados de aplicación de estos modelos, los fondos de financiamiento de salud se agrupan (mancomunación de fondos)¹ de forma que cubran la probabilidad de costos (costos esperados) de la población, de modo que se socialice el riesgo financiero de la atención sanitaria.

Alguna literatura diferencia el caso de los Seguros Nacionales de Salud de los modelos de seguridad social de salud bismarkianos. Estos modelos admiten fuentes de financiamiento variadas (contribuciones o impuestos generales), un arreglo de mancomunación y pagador único (single payer), con un modelo de atención de salud diverso con participación mixta de agentes públicos y privados en la provisión de servicios, regulados públicamente (5, 6).

Como se dijo anteriormente, la mancomunación de fondos constituirá un fondo público y universal articulado en torno a un servicio nacional de salud si se adopta un esquema Beveridge, o un seguro social único de salud si se adopta un modelo Bismarck, pero en ambos casos el quid de la cuestión es el establecimiento de un fondo único.

Cabe decir que los modelos bismarkianos no desarrollaron en sus inicios fondos únicos, sino fondos diferenciados por rama o sector económico al que pertenecían los trabajadores beneficiarios de dichos fondos, y así funcionaron durante décadas. Sin embargo, con el proceso de desarrollo de este tipo de modelos, y en los casos más avanzados, actualmente y bajo la premisa de conseguir equidad en el financiamiento se ha planteado el requerimiento de crear un fondo único, mediante un mecanismo de redistribución de ingresos y de ajuste de riesgos en los pagos, usualmente capitados, a las cajas o fondos de salud (7). Sobre esa visión actual se hablará en este documento.

2. Características de los fondos para salud

Algunas características claves de estos fondos son:

- Que las contribuciones o impuestos se definan en función de la capacidad de pago de las personas y que, por lo tanto, al mismo tiempo cubran y otorguen acceso de manera similar a quienes carecen de capacidad contributiva.
- Que la pertenencia a dicho fondo sea de carácter obligatorio.

- Que la institución administradora de dicho fondo se constituya en pagador único de la cobertura integral de los servicios obligatorios a través del sistema de salud.
- Que el mecanismo de pago de la atención sanitaria a los prestadores de salud se base en el costo esperado del riesgo sanitario.
- Que dichos fondos cuenten con una escala, que junto con ganancias de eficiencia, permita evitar el efecto de los shocks externos.

En resumen, está claro que los modelos de financiamiento deberían articularse con los de gasto. De lo contrario, se corre el riesgo de describir un catálogo más o menos exhaustivo de modelos, opciones, estructuras, instrumentos y objetivos cuali-cuantitativos que pueden ser o no ser funcionales con las estructuras de gasto deseables.

Es decir, el financiamiento tiene, por un lado, sus propios objetivos de universalidad y justicia social. Pero a la vez debe ser funcional al objetivo de la eficiencia sanitaria y social del gasto. Dentro de dichos objetivos, particularmente la cobertura de salud debe ofrecer unos beneficios y una calidad de los servicios homogéneos.

Otro punto importante del debate sobre el financiamiento es la necesidad de reducir al mínimo los gastos de bolsillo, tendiendo a su eliminación, de modo que no signifiquen barreras de acceso al sistema de salud ni impliquen "gastos catastróficos" o empobrecedores en los momentos en que las personas afrontan problemas relevantes de salud (8, 9).

FINANCIAMIENTO PÚBLICO ADECUADO

1. Financiamiento suficiente

Un segundo eje estructurador es el financiamiento adecuado y suficiente. Estas dos referencias guardan relación entre sí, dado que la condición de "suficiente" suscita la pregunta de "suficiente, ¿para qué?" Y de ahí deriva el concepto de "adecuado".

Por ejemplo, los modelos curativos y desintegrados pueden implementarse en el corto plazo probablemente con menos recursos en comparación con los modelos integrados y basados en la prevención. Pero es evidente que, en el largo plazo, estos modelos no resultan sustentables financieramente y no logran garantizar la salud, sino apenas las "prestaciones".

¹ En los modelos bismarkianos no siempre se caracterizan por una mancomunación central y completa que asigna los fondos a las cajas de enfermedad o de seguros. Es la tendencia que se ha seguido desde la década de 1990 en adelante en países como Alemania, Bélgica, Holanda y Suiza, entre los casos más consolidados (Van de Ven et al., 2003).

En cambio, cuando se habla de “adecuado”, el proceso iniciado a partir de la Declaración de Alma-Ata definía un modelo integral basado en la estrategia de atención primaria en salud (APS), con énfasis en el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

2. Financiamiento para Salud Universal

En su Consejo Directivo anual de 2014, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) fijó la meta de que el gasto público en salud alcanzara el 6% del producto interno bruto (PIB). Dicho documento propuso que, teniendo en cuenta las particularidades de los países, un gasto público en salud de 6% del PIB es una referencia útil para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera en el marco del acceso universal y la cobertura universal de salud (9).

Este documento reafirma la propuesta de un gasto público equitativo del 6% del PIB. Y también destaca la necesidad de que estos recursos se asignen prioritariamente al primer nivel de atención de salud para ampliar la oferta de servicios de calidad y abordar rápidamente las necesidades de salud no satisfechas (9). Algunos países y autores incluso señalan que el porcentaje destinado a la APS no debería ser inferior a un 30% de dicho gasto (10).

El aumento del gasto público en salud es una condición necesaria, aunque no suficiente, para asegurar el acceso y la cobertura universal de salud (9). La literatura muestra que los países que presentan los mejores indicadores en materia de acceso a servicios de salud y protección financiera superan dicho umbral (8, 11). Por ende, es imprescindible que este sea un eje estructurador central de una estrategia de fortalecimiento del sistema de salud basado en la atención primaria.

Los trabajos que el equipo de economía de la salud y financiamiento de la OPS ha presentado a este grupo muestran que pocos países de la Región lo han logrado. En algunos casos la distancia con respecto a la meta es relevante (12). Esta realidad suscita el siguiente punto del espacio fiscal.

ESPACIO FISCAL PARA GARANTIZAR LA SALUD UNIVERSAL

Los distintos trabajos realizados por los equipos de la OPS definen el espacio fiscal para la salud como la decisión de los gobiernos de otorgar recursos adicionales a la salud. Este otorgamiento no debe alterar la sostenibilidad fiscal general del gobierno ni reducir el gasto en otras áreas de prioridad fiscal y macroeconómica (13-15).

Por lo tanto, el espacio fiscal se establece a partir de los siguientes ejes:

- La justificación de la necesidad de dicho aumento (por qué y para qué se precisan más recursos).
- La voluntad política de los gobiernos de otorgarlos, dando prioridad al gasto social general y al gasto en salud en particular.
- La generación de recursos adicionales sostenibles.
- La utilización de dichos recursos adicionales que refleje las prioridades sanitarias.
- La sostenibilidad global del gasto.

1. Fuentes de recursos adicionales

Es evidente que en función del sistema de fondos públicos por el que se haya optado para financiar la salud y del sistema de salud, habrá diferentes formas de aproximarse a la existencia de fuentes adicionales².

Existe una fuente inercial de aumento del gasto derivado de los recursos adicionales que se obtengan por el crecimiento económico.

Es evidente que, desde la perspectiva de la economía política incluyente, el crecimiento económico de por sí no garantiza nada, ni distribución de la riqueza ni acceso a los bienes sociales. El vínculo entre crecimiento y desarrollo (incluyendo los sistemas integrales e incluyentes de salud) depende del carácter del modelo de crecimiento (16). En los modelos neoliberales, orientados hacia afuera, reproductores de desigualdad y fuertemente desregulados en el “mercado de la salud”, el crecimiento del PIB puede no revertir en un aumento de recursos para salud, y en cambio puede implicar un aumento de precios en el sector y un aumento de gasto, sin que ello tenga mayor impacto sanitario.

Por tanto, un primer debate es la inclusión de una fórmula de incremento del gasto social en general y salud en particular como alícuota del aumento inercial de los ingresos generales, constituyéndose en una primera fuente de espacio fiscal para salud. De nuevo, dicho incremento tiene un componente de aumento del ingreso y un componente de destino incremental del gasto.

Es evidente que las contribuciones obligatorias asociadas al salario tanto de los usuarios como de las empresas (que, como se verá más adelante se benefician de la mejor salud de sus trabajadores) es una segunda fuente clave en este proceso de construcción. Al mismo tiempo, en algunos países de la Región, como Chile, solo existen aportaciones personales y no hay aportes patronales. Pero su magnitud depende del grado de formalización de la economía y de los niveles de ingresos medios y, por ende, muchas veces su viabilidad está asociada primero a una política integral de formalización de la economía (14).

2 El marco de análisis de la OPS reconoce las siguientes fuentes de espacio fiscal: a) crecimiento económico, b) repriorización de la salud en el gasto público total, c) impuestos, d) reducción de la informalidad, e) impuestos específicos, f) reducción de gastos tributarios, g) financiamiento externo y h) mejorar la eficiencia (OPS, 2018).

La tercera fuente representa sin duda el cambio integral de visión tributaria más relevante para la Región. Se trata de los aumentos de impuestos generales, en especial en los países donde la presión tributaria es baja y en especial respecto a los gravámenes sobre la riqueza y el capital (financiero, productivo, inmobiliario) o a la explotación intensiva de recursos naturales (14).

Una cuarta fuente de financiamiento se obtiene de los impuestos específicos que gravan bienes dañinos para la salud. Por tanto, su uso directo para sufragar el gasto en salud tiene su fundamento en la mejora de la salud de la población. Algunos ejemplos son el tabaco y las bebidas alcohólicas, entre otros. Sin embargo, debe destacarse que esta lógica tributaria no obedece exclusivamente al hecho de recaudar (ya que ello debe ser resultado de los impuestos directos que se mencionaron antes) sino que los impuestos sobre los bienes perjudiciales para la salud es en sí misma una política pública para incidir en la reducción de dichos daños (14, 17).

Una quinta fuente de recursos proviene de mejorar la eficiencia recaudatoria de los países. Esto implica actuar sobre la evasión de impuestos, sobre la elusión y sobre la informalidad en el mercado de trabajo con el fin de reducir las altas tasas de informalidad que caracterizan a los países de la Región (14).

También en la eficiencia del gasto en salud se puede encontrar una fuente de espacio fiscal. Este punto se trata por separado más adelante.

Finalmente, el desarrollo de los procesos de globalización y la competencia entre países por la inversión extranjera ha aumentado de manera relevante las renuncias fiscales (llamadas gasto tributario) de los países de la Región. Sus resultados deben ser evaluados y discutidos de nuevo a la luz de las pérdidas de recaudación que generan. La reducción de dichos gastos tributarios se constituye en una sexta fuente de recursos adicionales (18).

Además, la importancia del gasto en salud dentro del gasto público total es un tema que debe abordarse como una fuente de recursos nuevos para la salud, aunque estrictamente no constituyan recursos nuevos para el gasto público total. De esta forma, aumentar la prioridad fiscal para salud en los presupuestos nacionales se constituye en una opción que hay que considerar en una Región en la que el gasto público en salud representa en promedio apenas un 12% del gasto público total (12).

2. La eficiencia en el gasto de salud

Es evidente que el aumento del gasto debe acompañarse de mejoras en su eficiencia. Algunos autores refieren la mejora en eficiencia como una fuente de espacio fiscal, puesto que se liberan recursos

gastados ineficazmente para un mejor uso (14). Por lo tanto, junto a indicadores del gasto en salud y de su distribución por nivel de atención, factores de producción o territorio debe agregarse un análisis que incorpore indicadores de eficiencia. En este caso, se incluye la redistribución del gasto y los ejes de los análisis de eficiencia. Y es evidente que esta prioridad fiscal y macroeconómica no debe depender de los ciclos económicos sino constituir una fuente permanente de recursos para la salud. Ello requiere voluntad política de los gobiernos y una participación social organizada.

a. Redistribución del gasto

Por otro lado, otra fuente de recursos adicionales es redireccionar los gastos en salud al interior del sistema, algo que tiene efectos inmediatos y otros a medio plazo.

A partir de la Declaración de Alma-Ata, y en línea con la orientación de la OPS, los recursos adicionales deberían contribuir a cambiar el altamente ineficiente modelo de atención centrado en los hospitales, en lo curativo y en la especialización de la medicina, el más prevalente en la Región. Es decir que, desde una perspectiva de eficiencia, los recursos adicionales deberían dirigirse a fortalecer el primer nivel de atención, funcionando en una estrategia de APS, haciendo que dicho modelo sea más resolutivo y articulado en redes integrales (10, 19).

En esa misma dirección de uso de recursos, el acceso, la evaluación y la optimización del suministro de las tecnologías es otro elemento clave para el uso eficiente de los recursos en salud. Se trata de priorizar la evaluación en el uso de la tecnología tanto en su cantidad como en su calidad, en el marco de un modelo que prioriza la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Otro factor relevante de la distribución del gasto es la desigual estructura salarial que predomina en nuestros sistemas sanitarios. Es necesario reducir dicha desigualdad fijando mejoras en la base de las pirámides, en especial para el personal sanitario no médico. Más allá de su efecto político y ético sobre la igualdad en el pago por el trabajo. Estas mejoras impactan sobre la eficiencia puesto que en general las desigualdades afectan a los salarios de los profesionales del primer nivel de atención y favorecen la atención especializada, un hecho que se aparta del modelo y la estrategia enunciados en la Declaración de Alma-Ata.

Hay que tener en cuenta que el sector salud en sus procesos de producción de servicios de salud, es intensivo en trabajo y, en consecuencia, en esa partida es donde se concentra el gasto que, por tanto, tiene un impacto no solo sobre los niveles salariales que se mencionan antes.

Otro factor relevante son los modelos de contratación de los recursos humanos, que son muy diferentes entre los distintos países. Los

procesos de salarización conviven con la desregulación del personal médico especializado y con sociedades médicas que venden servicios. Es necesario reflexionar sobre la necesidad de homogeneizar estos sistemas.

Finalmente, otro factor de distribución guarda relación con el aspecto territorial, en el que las desigualdades de recursos per cápita entre las distintas regiones son relevantes y deben reducirse. Además, en estos casos existe un problema relevante que es la dotación de recursos en los territorios de menor desarrollo, tanto destinados a la infraestructura como a los recursos humanos. Por tanto, es imprescindible contar con políticas que estimulen la inversión descentralizada o desconcentrada, así como la radicación de los recursos humanos también descentralizada o desconcentrada.

b. Eficiencia en salud

Si bien la eficiencia es un concepto aplicado a la economía y sus sectores, en salud adquiere acepciones específicas a partir de definiciones generales como las siguientes:

Eficiencia técnica: en general, la eficiencia técnica se asocia con la idea de obtener los mejores resultados posibles con un determinado nivel de recursos, o bien, minimizar la utilización de recursos para un nivel dado de provisión de servicios de salud (20).

Eficiencia de asignación: la eficiencia de asignación se asocia en general con la idea de hacer lo correcto, en el lugar y momento adecuado, asignando recursos de manera que reflejen las prioridades sociales en salud. Es decir, la eficiencia asignativa contiene a la eficiencia técnica e implica hacer lo correcto y hacerlo bien (19).

Eficiencia dinámica: se refiere a la flexibilidad del sistema de salud para innovar e introducir nuevas tecnologías (p. ej., nuevos medicamentos o procedimientos), nuevos programas y nuevas formas de organización para satisfacer más adecuadamente las necesidades de la población y de los usuarios del sistema de salud con los mismos recursos o menos y con sostenibilidad (19).

Es evidente, como ya se ha analizado, que el aspecto de la innovación tecnológica debe evaluarse no solo a la luz de la capacidad de financiamiento, sino del modelo sanitario y de la accesibilidad. En este último caso, y en lo que se refiere a las tecnologías de alto precio, el ingreso a partir del Estado es clave.

Aplicando estos conceptos a la salud, puede decirse que una asignación eficiente es la que distribuye recursos entre proveedores y servicios de salud, que está orientada a la optimización de la función de producción de cada red asistencial, y que logra la mayor disminución posible de la morbilidad y la mortalidad de forma equitativa y con protección financiera. Teniendo en cuenta que, una asignación equitativa de recursos es la que contribuye a reducir las brechas en el

acceso a la atención de salud, que además se distribuyen de acuerdo con las características sociodemográficas de la población, incluidos los procesos de determinación social de la salud.

Los recursos asignados deberían incentivar la reducción de las diferencias entre el gasto de salud por persona según factores críticos de salud y la demanda por servicios. Además deberían incorporar las acciones sanitarias de promoción, prevención y control de enfermedades a nivel territorial.

3. El gasto en APS

El primer nivel de atención es el catalizador del sistema de provisión de servicios de salud. Además, es el elemento central que debe desarrollarse como parte de una estrategia de fortalecimiento de este, como la estrategia de Salud Universal, para que pueda potenciar su capacidad de articulación de las redes de servicios y mejorar su capacidad de resolución.

A su vez, el primer nivel de atención debe impulsar la estrategia de atención primaria que considera los aspectos de promoción, prevención y atención y recuperación de la salud. Debe poner el foco en las personas y comunidades, trabajar con equipos interdisciplinarios y abordar los determinantes sociales de la salud.

Medir el gasto en atención primaria resulta complejo. Los sistemas de información financiera, por lo general presupuestarios, no están contruidos para dar cuenta de niveles de atención. Asimismo, registran gastos sin relacionarlos necesariamente con estos niveles. Incluso, aunque se disponga de cuentas nacionales de salud muy bien elaborados, falta algo esencial. Es necesario definir y establecer el alcance de este primer nivel de atención y de la APS.

Sin embargo, en una revisión en curso de la OPS se ha determinado que el promedio del gasto en el primer nivel de atención sobre el gasto público en salud oscila entre el 20% y 25%. Los casos van desde el gasto más alto de este indicador en El Salvador o Bolivia, con 44,2% y 38%, respectivamente (pero con un gasto per cápita en salud bajo) hasta los países más desarrollados de la Región, como Estados Unidos, con un mínimo de 12,5%, y, Canadá, con 19%, con un gasto per cápita mucho más alto (fácilmente quince veces más), o países como Cuba, con un alto gasto en APS, del 42% del gasto total en salud, el más alto per cápita de los países de América Latina y el Caribe, de casi 2.500 dólares internacionales (13).

Estos porcentajes son bajos si se piensa que debe responder al 70% de la carga de morbilidad, como se señala de forma habitual (21) y que probablemente responda a más del 80% de las consultas de la población (23). Es importante formular metas también en este sentido para motivar a los países a que pongan mayor atención en el gasto en APS.

4. La salud y las políticas sociales

Aunque este tema se aborda en otro eje estratégico, la eficiencia de los sistemas de salud depende en gran medida del conjunto de políticas sociales. Por ello, aquí se analizarán también la integración y la articulación de las políticas de salud a las políticas sociales desde una perspectiva multisectorial, considerando los procesos de determinación social de la salud.

La idea es que los sistemas de salud estén enraizados con la matriz de protección social tanto en lo que se refiere a la cobertura universal, como en relación a un enfoque de fortalecimiento de las poblaciones con una mayor vulnerabilidad social.

Y en este contexto, la formalización de los trabajadores es una política pública central en el marco del aseguramiento en salud (18).

VIABILIDAD POLITICA DEL ESPACIO FISCAL

Es evidente que en el debate sobre el espacio fiscal existe un componente de economía política que no podemos obviar (14). Es decir, son necesarias coaliciones sociales y políticas que lideren e impulsen el establecimiento de dicho espacio fiscal en el marco de un modelo socialmente inclusivo. En este sentido, es necesario generar iniciativas que involucren a actores que deberían formar parte del diálogo social amplio que otorgue viabilidad política al espacio fiscal para la salud.

Las propuestas de reformas tributarias deben contemplar dicho escenario y, al mismo tiempo, el resultado del gasto de dicho cambio económico. Es decir, es preciso hacer visibles el contenido de ese mayor gasto en salud y de qué manera beneficia a los ciudadanos. Por ejemplo, la reforma de salud en Uruguay cuyo primer paso fue la inclusión de niños y adolescentes en el sistema de salud tuvo una gran aceptación por la visibilidad del destino de los nuevos recursos incrementales (24).

Al mismo tiempo, el avance en el gasto en salud debe dar lugar a nuevos marcos institucionales que permitan sostener la construcción de los sistemas de cobertura y acceso universales y que den garantías a ciudadanos y prestadores de los servicios de salud de estabilidad del consenso social obtenido en torno a salud.

Además, la captación de nuevos recursos para la salud deberá derivarse de cambios en la política fiscal, tributaria y de seguridad social que apunten a la obtención de mayores recursos que provengan de los sectores con mayores capacidades contributivas. Se debe apuntar hacia una estructura de financiamiento progresivo, de modo que los aportes graven proporcionalmente en mayor medida a los sectores de ingresos altos y medios-altos que a los sectores de menores ingresos (25). Las aportaciones asociadas a los ingresos, como las contribuciones sociales o los impuestos a la renta ofrecen mejores

oportunidades en términos de equidad que los impuestos indirectos que gravan el consumo.

Es evidente que aquí de nuevo este es el terreno de la economía política de la salud. En ese sentido, modificar la estructura tributaria priorizando los altos ingresos y la dotación de capital patrimonial y su herencia es un punto central de un modelo socialmente inclusivo y, por tanto, de la transformación de los sistemas de salud de la Región.

ALTERNATIVAS DE FINANCIAMIENTO Y SOSTENIBILIDAD DEL GASTO EN SALUD

La sostenibilidad en un contexto de eficiencia y equidad viene dada por la preponderancia continuada de estos conceptos. Para ello, el sistema debe ser capaz de incorporar las innovaciones necesarias y de desarrollar la capacidad de resistir presiones externas, por ejemplo, debido a crisis económicas.

1. Presiones que atentan contra la sostenibilidad

Otras presiones proceden del lado de la demanda impuesta por el cambio epidemiológico acelerado y por el predominio de las enfermedades crónicas y de las implicaciones que tiene para la salud el hecho de contar con poblaciones más envejecidas, además del cambio en las expectativas de los ciudadanos, que son cada vez más elevadas.

En cuanto a la oferta, las presiones proceden de la propia complejidad del sistema, de las tecnologías empleadas en los tratamientos y la presión por la incorporación algunas de ellas y de la fragmentación que caracteriza a los sistemas de salud segmentados.

Además, con heterogeneidades, los países están atravesando una lenta recuperación económica tras una crisis de grandes proporciones y un proceso de endeudamiento importante que conlleva políticas de ajuste y de austeridad fiscal.

2. Medidas para la sostenibilidad

Son distintas políticas las que pueden contribuir a la sostenibilidad del gasto, junto con un financiamiento adecuado y suficiente. Una de ellas y, según los informes, una de las de mayor impacto es el cambio en los sistemas de pago para estimular a los proveedores de atención de salud a que colaboren y se integren con actividades centradas en las personas y las comunidades. Otra de ellas es desarrollar acciones intersectoriales que permitan capturar sinergias para enfrentar los determinantes sociales de la salud. Estas son políticas muy valiosas que pueden implementarse o reforzarse para apoyar la sostenibilidad.

Es importante tener en cuenta que las intervenciones fragmentadas y aisladas del financiamiento no solucionarán el problema de sostenibilidad de los sistemas de salud. Es necesaria una mirada global

sobre dichos sistemas y el convencimiento institucional acerca de la necesidad y la utilidad de dicho sistema para el desarrollo económico y social del país. Vista así, la sostenibilidad puede abordarse orientada desde cuatro ejes estratégicos:

1. Mejorar las fuentes de recursos para salud.
2. Fomentar la eficiencia con solidaridad mediante la mancomunación de recursos.
3. Asignar y gestionar con eficiencia los recursos al servicio de los objetivos de salud.
4. Fortalecer la planificación general y del presupuesto público.

En cuanto a las fuentes de financiamiento destaca el problema de la baja prioridad fiscal para la salud que ya se ha reseñado y que es necesario abordar si se pretende que la estrategia de salud de los países sea sostenible. Respecto a la mancomunación de los recursos, esta debe impulsarse e institucionalizarse con el fin de extenderla lo máximo posible. Los sistemas de salud se benefician de las economías de escala que esto puede generar, así como de las consiguientes mejoras en la eficiencia y la sostenibilidad.

En cuanto a la asignación de recursos y a una gestión del gasto eficiente y de calidad como eje central se propone profundizar en la implementación de redes integradas de servicios de salud basadas en una atención primaria fortalecida, con un sistema de financiamiento que las fomente. Además, es necesario reforzar los sistemas de información, fortalecer las funciones básicas de la organización y promover el uso de protocolos para mitigar la variabilidad de la práctica clínica que eleva los costos, entre otras consecuencias. En este esquema de trabajo en redes integradas también es necesario fortalecer la estructura presupuestaria, que deberá reflejar las nuevas estructuras de la provisión.

Finalmente, la sostenibilidad debe estar asociada a los mecanismos de regulación (que se analizan en profundidad en otros ejes de este trabajo), así como en potentes sistemas de información. Esto incluye la regulación de los medicamentos a través de las políticas de compra conjunta o centralizada, el uso de listados explícitos de cobertura universal de medicamentos, fomento de uso de medicamentos genéricos, protocolización y uso racional, así como regulaciones directas sobre los precios que aseguren el acceso con sostenibilidad.

LA NECESIDAD DE INVERTIR EN SALUD Y LOS COSTOS DE NO HACERLO

La necesidad de contar con mayores recursos de salud no es solo una cuestión de acceso y de cobertura. También es importante evaluar cuáles son los efectos de dejar de invertir en salud. Este uno de los puntos relevantes del debate entre economía y salud.

1. Inversiones generales en la salud

Diversos estudios realizados por la OPS muestran los costos asociados a no invertir en los sistemas sanitarios y en los mecanismos de protección social integral, por patologías o por determinantes sociales. Los efectos del tabaco, del sedentarismo y de la obesidad, y la ausencia de políticas de prevención centradas en estos factores encarece el gasto en salud y pone en riesgo de sostenibilidad al sistema de salud en su conjunto.

El otro efecto impacta sobre la productividad del trabajo y por tanto sobre el crecimiento económico. Distintos autores coinciden en que una mejor salud acompañada de una mejor educación, da como resultado un trabajo de mayor calidad. Esto implica una mayor productividad y, en consecuencia, un mayor crecimiento económico. Otros estudios muestran el efecto de una mejor salud sobre la mayor capacidad de aprendizaje, de flexibilidad y de adaptación a los cambios. Todo esto da lugar un círculo virtuoso, ya que se generan mayores recursos y, por tanto, se hace posible un mayor nivel de gasto (26-30).

En solo unos cuantos decenios, la salud ha pasado de ser un factor residual para explicar el crecimiento económico a ocupar un espacio propio. La teoría económica la ha reconocido como uno de los principales factores explicativos de la productividad, el crecimiento y la reducción de la pobreza.

El informe de la Comisión Sachs de la OMS (31) fue decisivo para establecer la relación entre la salud y el crecimiento, y promovió el desarrollo económico de los países más pobres del mundo a través de la inversión en salud. Las argumentaciones de los organismos internacionales que apoyaron la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2000 y ahora a los Objetivos de Desarrollo Sostenible también han descansado en esos planteamientos.

En el 2013, el informe Salud Global 2035 de la Comisión de The Lancet volvió a destacar este vínculo. Y el informe de la OMS/ONU del 2016 sobre la inversión en recursos humanos en el ámbito de la salud, coliderado por la directora de la OMS junto con los presidentes de Francia y Sudáfrica basa sus apreciaciones en la relación de la salud con el crecimiento económico (32, 33).

En la historia pueden encontrarse varios ejemplos de países que impulsaron su desarrollo aceleradamente en gran medida gracias a la buena salud de sus poblaciones, como Reino Unido y Canadá, entre otros (31). Por otra parte, distintos estudios demuestran que países con altas tasas de enfermedad no experimentan un crecimiento económico o este es menor.

En la Región existe una correlación entre un mayor gasto público en salud y mejores resultados (12). La relación entre la esperanza de vida al nacer y el gasto público en salud como porcentaje del PIB

entre los países de las Américas muestran cómo el aumento del gasto público en salud está fuertemente asociado con una mayor esperanza de vida y con una menor tasa de mortalidad por diabetes mellitus, o por patologías cardíacas y de enfermedades oncológicas. Lo mismo sucede con la tasa de mortalidad infantil. Esta relación se ha constatado en otras regiones y países del mundo (34, 35).

2. Inversión en APS

En los países que alcanzan mejores niveles de salud, sus sistemas de salud están orientados hacia la atención primaria, cuentan con una distribución más equitativa de los recursos para esta área, disponen de servicios o seguros de salud proporcionados por el gobierno, con escasa participación de seguros de salud privados, y no recurren a copagos de los servicios de salud o estos son muy bajos (36, 37).

En Inglaterra, cada médico adicional de atención primaria por 10.000 (alrededor de 15% a 20% de aumento) está asociado con una disminución de la mortalidad de cerca de 6%, ajustando por enfermedades limitantes a largo plazo y por características demográficas y socioeconómicas. Otro estudio con seguimiento de 5 años de personas de 25 años o mayores realizado en Estados Unidos mostró que el gasto dedicado a la atención en salud y la mortalidad son menores cuando un médico personal es un médico de atención primaria, en comparación con un especialista. El grupo con médico de atención primaria presentó costos de atención 33% más bajos y una probabilidad de muerte 19% menor (38).

Muchos otros estudios realizados en países industrializados y en desarrollo muestran que las áreas con mejor atención primaria presentan mejores resultados en salud, incluidos la tasa total de mortalidad, de enfermedad cardíaca, de mortalidad infantil y de detección temprana de cánceres como el colorectal, el de mama, el cervicouterino y el melanoma. En el caso de la atención de alta especialidad ocurre lo contrario, pues se asocia con peores resultados (37).

CONFLICTOS DE INTERÉS EN EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

La transparencia y la regulación contra los conflictos de interés en el financiamiento de la salud es fundamental. Estos conflictos pueden aparecer con fuerza por estructura de mercado, en modelos donde el sector privado tiene una gran importancia, donde es propicia la colusión y el efecto de ello en los precios, en la cantidad y la calidad de las prestaciones, o, de manera menos visible pero igualmente nociva, por procesos de selección y sus efectos en la falta de servicios necesarios y en la equidad de los resultados o por el contrario en el exceso de prestaciones o uso innecesario por efecto del riesgo moral del oferta y de demanda.

Algunos de estos problemas también se presentan en modelos públicos, por ejemplo como reflejo del subfinanciamiento, que incentiva la exclusión de los grupos que representan un mayor costo para el dispositivo de salud.

Ciertamente la corrupción también aparece en modelos desregulados en varios niveles de los sistemas de salud, como por ejemplo en la adquisición de medicamentos (9) y representa una pérdida importante de recursos para el sistema y la sociedad que debe ser evitado.

La industria privada, como la farmacéutica y de otras tecnologías de salud debe ser regulada de modo que los medicamentos y las tecnologías necesarios puedan ser incorporados racionalmente a los beneficios de salud, adquiridos al menor costo posible y no a precios de monopolio o de colusión.

El fortalecimiento de las capacidades de regulación, liderazgo y rectoría del sistema y de sus instituciones, es fundamental. También son vitales las relaciones intersectoriales con los organismos que naturalmente se encargan de estos tipos de problemas en la economía en su conjunto.

REFERENCIAS

1. Laurell A.C. Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. Cuadernos de Relaciones Laborales 34(2) 2016: 293-314.
2. Wagstaff A. (2009). Social health insurance vs. tax-financed health systems - evidence from the OECD (English). Policy Research working paper; no. WPS 4821. Washington, D.C.: World Bank Group.
3. Kutzin J. Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health system financing. Ginebra, Suiza, 2011. Disponible en línea: <http://www.oecd.org/gov/budgeting/49095378.pdf>
4. Busse R., Gerike C., Schreyogg J. Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries. Washington, DC, USA: World Bank; 2007.
5. Rothgang H., Cacace M., Grimmisen S., Wendt C. The changing role of the state in healthcare system. Transform State. 2005; 13(1): 187-212.
6. Lee S.Y., Chun C.B., Lee Y.G., Seo N.K. The national Health Insurance system as one type of new typology: The case of South Korea and Taiwan. Health Policy (New York) . 2008; 85(1): 105-103.
7. van de Ven W.P., Beck K., Buchner F., Chernichovsky D., Gardiol L., Holly A. et al. Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. Health Policy 2003 Jul;65(1):75-98.
8. Organización Mundial de la Salud. La Financiación de los Sistemas de Salud: El camino hacia la cobertura universal. Informe de salud en el mundo, 2010, OMS, Ginebra.
9. Organización Panamericana de la Salud (2014). Resolución CD53.R14. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014, OPS, Washington D.C.
10. Cid Pedraza C. (2018). How much does the Americas invest in primary care? Preliminary study (May 2018), PAHO, 2018. 5th Global Symposium on Health Systems Research HSR. Liverpool, UK.
11. Xu K., Saksena P., Jowett M., Indikadahena C., Kutzin J., Evans D. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. World Health Report 2010, background paper 19, OMS, Ginebra.
12. Organización Panamericana de la Salud (2017). Financiamiento de la Salud en las Américas. Salud en las Américas 2017, Washington D.C., OPS.
13. Cid Pedraza C., Matus-López M., Báscolo E. Espacio fiscal para salud en las Américas: ¿es suficiente el crecimiento económico? Rev Panam de Salud Publica. 2018;42:e86. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.86>
14. OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. Espacio Fiscal para la Salud en América Latina. Serie Salud Universal, 2018. Washington DC, Estados Unidos.
15. Heller, P. (2005). Understanding Fiscal Space. Policy Discussion Paper, n.o PDP/05/4. Washington D.C., International Monetary Fund (IMF).
16. Olesker D. (2009). Crecimiento e inclusión: logros del gobierno frenteamplista. Ediciones Trilce, Montevideo.
17. Cashin C., Sparkes S., Bloom D. (2017). Earmarking for health: From theory to practice (No. WHO/HIS/HGF/Health Financing Working Paper/17.5). OMS.
18. Sojo A. (2017). Protección social en América Latina: La desigualdad en el banquillo. Libros de la CEPAL , n.o 143, CEPAL, Santiago.
19. Cid Pedraza C., Báscolo E., Morales, C. (2016). La eficiencia en la agenda de la estrategia de acceso y cobertura universales en salud en las Américas. Salud Pública de México, vol 58, n.o 5, septiembre-octubre 2016, 496-503.
20. Yip W., Hafez R. (2015). Reforms for improving the efficiency of health systems: lessons from 10 country cases. OMS, Ginebra.
21. Organización Mundial de la Salud (2008). La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Informe de salud en el mundo, OMS, Ginebra.
22. Organización Mundial de la Salud (2008). La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Informe de salud en el mundo, OMS, Ginebra.
23. Arancibia E., Contrera J.L., Fábrega R., Infante A., Irrázaval I., Inostroza M. et al (2014). Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. Temas de la Agenda Pública, año 9, n.º 67, abril de 2014. Centro de Políticas Públicas UC. Santiago.

24. Olesker D. (2015). Igualdad, universalidad y accesibilidad: economía política y estado actual de la política pública de salud. En Fernández Galeano M., Levcovitz E., Olesker D. (coordinadores). Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay. OPS, Montevideo.
25. Yates R. (2015). Universal Health Coverage Series. Progressive taxes are key. *Lancet*, 386 (9990), 227-229.
26. Bloom D., Canning D., Sevilla, J. (2001). The effect of health on economic growth: Theory and evidence. (NBER Working Paper, n.o 8587).
27. Howitt P. (2005). Health, human capital and economic growth: A Schumpeterian perspective. Washington D.C., OPS.
28. López-Casnovas G., Rivera B., Currais L. (eds.) (2005). Health and economic growth: Findings and policy implications, The MIT Press, Massachusetts.
29. Weil D. (2007). Accounting the effect of health on economic growth, *Journal of Quarterly Economics*, 122(3), 1265-1306.
30. Alleyne G., Cohen D. Health, economic growth and poverty reduction. Report Working Group Commission on Macroeconomics and Health, 2002.
31. Organización Mundial de la Salud (2001). Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Commission on Macroeconomics and Health. OMS, Ginebra.
32. Jamison D.T., Summers L.H., Alleyne G., Arrow K.J. Berkley S, Binagwaho A. et al. Global Health 2035: a world converging within a generation. The Lancet Commissions. *Lancet* 2013, 382 (9908): 1898-1955.
33. Organización Mundial de la Salud (2016). Working for health and growth: investing in the health workforce. High Level Commission on Health Employment and Economic Growth. OMS, Ginebra.
34. Nixon J., Ulmann P. The relationship between health care expenditure and health outcomes. Evidence and caveats for a causal link. *The European Journal of Health Economics* 2006; 7(1): 7-18.
35. Barenberg A., Basu D., Soylu C. (2015). The Effect of Public Health Expenditure on Infant Mortality: Evidence from a Panel of Indian States, 1983-84 to 2011-12. Economics Department Working Paper Series. 199. University of Massachusetts Amherst.
36. Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502.
37. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(S):20-26.
38. Starfield B (2004). The Primacy of Primary Care in Health Services Systems. Supercourse lecture, septiembre de 2004.



ANEXO 4:

**Salud y Protección Social:
elementos para el debate**

Este documento ha sido coordinado y elaborado por los miembros de la Comisión Laís Abramo, Mabel Grimberg y Toni Reis. Además han colaborado en el mismo los siguientes expertos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): Simone Cecchini y Heidi Ullmann, Oficiales de la División de Desarrollo Social, así como Rômulo Paes de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz) y Claudia González Bengoa de la Organización de los Estados Americanos

Introducción

La igualdad es un imperativo ético. Pero en una región caracterizada por profundas brechas estructurales que se expresan en diversos ámbitos, incluido el de la salud, también tiene implicaciones directas en la posibilidad de acelerar la productividad y el crecimiento económico.

La reducción de la desigualdad es una condición necesaria para el desarrollo de la Región. Las disparidades sociales que afectan a las poblaciones del continente son un obstáculo clave para el goce efectivo de los derechos económicos, sociales y culturales de la población. Pero además tienen un impacto negativo en la productividad, la fiscalidad, la sostenibilidad ambiental y la mayor o menor penetración de la sociedad del conocimiento (1). Además de ser injusta, la desigualdad es ineficiente y constituye una barrera para el crecimiento, el desarrollo y la sostenibilidad. Por consiguiente, la igualdad también debe entenderse como una fuerza impulsora de la eficiencia (es decir, del pleno aprovechamiento de capacidades y recursos) y de la sostenibilidad del sistema económico.

En este sentido, la garantía del derecho a la salud es una piedra angular tanto para la erradicación de la pobreza y la reducción de la desigualdad como para el crecimiento económico y el desarrollo sostenible. La vulneración de este derecho fundamental, que se expresa en las desigualdades de acceso y de resultados en salud reduce las capacidades y las oportunidades, comprometiendo así la innovación y los aumentos de productividad. Las personas sanas y bien nutridas presentan mejores capacidades físicas y mentales para el trabajo, así como tasas más bajas de ausentismo laboral. La salud también tiene un efecto indirecto sobre la productividad, al facilitar el desarrollo cognitivo, la capacidad de aprendizaje y el rendimiento escolar, así como la posibilidad de aprender y adquirir nuevas habilidades (1).

En las Américas, los jefes de estado y de gobierno han reconocido que la salud es un derecho fundamental de toda la población y una condición esencial para el desarrollo integral y sostenible de sus pueblos, así como necesaria para el crecimiento económico con equidad. En la última Cumbre de las Américas celebrada en Panamá en el 2015 los países de las Américas se propusieron avanzar en diversos aspectos. Entre ellos están lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal en salud de calidad, integral y oportuna sin discriminación, y el acceso a medicamentos seguros, asequibles, eficaces, de calidad y esenciales como elementos principales para lograr la equidad y la inclusión de todas las personas.¹ El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican el acceso de

todas las personas y comunidades, sin ningún tipo de discriminación, a servicios de salud integrales, apropiados, oportunos y de calidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

A nivel interamericano, el reconocimiento del derecho a la salud y de la cobertura universal en salud se encuentra también plasmado en diversos instrumentos jurídicos, como el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mejor conocido como Protocolo de San Salvador, adoptado en 1999. Este instrumento jurídico vinculante consagra el derecho a la salud y hace referencia a la satisfacción de este derecho en un contexto de desarrollo de un sistema de salud, que por básico que sea, debe garantizar el acceso al sistema de Atención Primaria en Salud (APS) y el desarrollo progresivo y continuo de un sistema con cobertura para toda la población del país. La Carta Social de las Américas, suscrita en el marco de la Organización de los Estados Americanos (OEA) establece como principio internacional fundamental que el “goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política, o condición social o económica”. Además, reconoce que “la salud es una condición fundamental para la inclusión y cohesión social, el desarrollo integral y el crecimiento económico con equidad”. En este contexto, los Estados Miembros reafirman su responsabilidad y compromiso de mejorar la disponibilidad, el acceso y la calidad de los servicios de atención de la salud con miras a avanzar hacia el pleno goce del derecho a la salud.

El concepto de salud ha recorrido un largo camino de redefiniciones: ha pasado de una noción de ausencia de enfermedad a un estado ideal de bienestar físico, mental y social consagrado en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (2). Hoy en día, la salud se entiende como un fenómeno multidimensional que comprende al individuo en interacción con su contexto sociocultural y ambiental, lo que ha permitido abrir el debate en lo referente a la relación entre la salud, las políticas y programas que tratan de promoverla y otros ámbitos de bienestar. Desde esta concepción amplia de la salud, la pobreza y la desigualdad son poderosos obstáculos para el goce pleno de salud. La pobreza, en particular en la infancia, puede encau-

1 Ver el Seguimiento e implementación de los Mandatos relativos a la salud de la Cumbre de las Américas en http://www.summit-americas.org/sisca/health_sp.html [en línea].

zar trayectorias que perjudiquen a la salud, agravando desigualdades en ese y otros ámbitos. Por lo tanto, en la medida en que diversos instrumentos de protección social buscan asegurar un nivel básico de bienestar socioeconómico y garantizar el acceso a los servicios sociales, incluidos los de salud, pueden ser herramientas potentes para reducir las desigualdades en salud.

Además de su papel central en la reducción de las desigualdades en salud, los instrumentos de protección social pueden fortalecer la APS como estrategia para garantizar el derecho a la salud. Tal como se señala en la Declaración de Alma-Ata, la APS cumple funciones que van más allá de ser el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud. En el marco de los sistemas de salud, la APS está orientada a la provisión de servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Así, comprende una serie de actividades que pueden ser reforzadas mediante diversos mecanismos de protección social, por ejemplo, acciones para informar y educar sobre problemas de salud y su prevención; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición saludable y adecuada; la atención a la salud materno-infantil, incluida la planificación familiar, y la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, entre otras actividades.

Este documento plantea cuatro elementos para suscitar la reflexión sobre el nexo entre la salud y la protección social:

1. La matriz de la desigualdad social y su relación con los determinantes sociales de la salud.
2. Los costos de no atender las desigualdades en salud.
3. La protección social como herramienta para reducir las desigualdades en salud y fortalecer la atención primaria en salud.
4. Cómo se sitúa esta discusión en el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

La matriz de la desigualdad social y los determinantes sociales de la salud

La desigualdad es una característica histórica y estructural de las sociedades americanas que se refiere tanto a la desigualdad económica o de medios (ingresos, propiedades, activos financieros y productivos) como a la igualdad de derechos, de capacidades, a la autonomía y al reconocimiento recíproco. A pesar de los avances recientes, los altos niveles de desigualdad siguen siendo un desafío para la Región, atentan contra el desarrollo sostenible y son una poderosa barrera para el pleno ejercicio de los derechos, incluido el derecho a la salud.

La base jurídica del derecho a la salud se expresa en diversas obligaciones que los Estados deben cumplir en conformidad con los instrumentos internacionales ratificados. No obstante, existe una brecha entre la titularidad formal de derechos y la implementación efectiva de políticas públicas. En el ámbito interamericano, la desigualdad en el acceso a los derechos humanos básicos es una de las causas más importantes de la desigualdad en materia de salud. Esto condiciona la vida de las personas, reproduciendo y muchas veces profundizando la situación de vulnerabilidad en la que viven. Esta preocupación no es nueva. De hecho, las desigualdades en salud son uno de los principios motivadores de la Declaración de Alma-Ata: “La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países”². La persistencia de estas desigualdades entre países y al interior de los propios países y en los propios países reclama abordajes nuevos y sobre todo esfuerzos revitalizados que permitan combatirlos.

La matriz de la desigualdad social está condicionada por la matriz o estructura productiva y por una cultura de privilegios que es un rasgo histórico constitutivo de nuestras sociedades (3, 4). El mercado laboral es el eslabón que vincula a una estructura productiva heterogénea (y a la desigualdad que le es inherente en términos de productividad, acceso y calidad de los empleos) con una acentuada desigualdad de ingresos en los hogares. Esta estructura productiva se caracteriza por concentrar el empleo en trabajos informales y de baja calidad, con bajos ingresos y escaso o nulo acceso a mecanismos de protección social. Esto da como resultado un acceso estratificado a la seguridad social, una elevada vulnerabilidad social y niveles de bienestar que a menudo son insuficientes. Así, el primer eje de la desigualdad y el más básico es el estrato socioeconómico. Los elementos centrales de este eje son la estructura de la propiedad y la distribución de los recursos y activos productivos y financieros. Una de sus manifestaciones más claras y evidentes es la desigualdad de ingresos, que constituye a la vez la causa y el efecto de otras disparidades en ámbitos como la salud, el acceso a los servicios básicos y la educación (3).

Además del estrato socioeconómico, las desigualdades que se manifiestan en las Américas también están marcadas por otros ejes estructurantes: el género, la condición étnica y racial, el territorio, la etapa del ciclo de vida, la situación de discapacidad, el estatus migratorio, y la orientación sexual y la identidad de género (cuadro 1). Lo que confiere a cada uno de estos ejes el carácter estructurante en la

2 Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en línea: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>.

configuración de las desigualdades sociales es su peso constitutivo y determinante en el proceso de producción y reproducción de las relaciones sociales y de la experiencia subjetiva de las personas o, en otras palabras, su impacto sobre la magnitud y la reproducción de las desigualdades en distintos ámbitos del desarrollo y del ejercicio de los derechos (3³).

Cuadro 1. Matriz de la desigualdad social

Planteamientos teóricos	Matriz de la desigualdad social	
	Ejes estructurantes	Ámbitos de derechos en que inciden
<ul style="list-style-type: none"> • Heterogeneidad estructural (matriz productiva) • Cultura del privilegio • Concepto de igualdad: <ul style="list-style-type: none"> - Igualdad de medios (ingresos y recursos productivos) - Igualdad de derechos - Igualdad de capacidades - Autonomía y reconocimiento recíproco 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel socioeconómico • Género • Raza y etnia • Etapa del ciclo de vida • Territorio • Situación de discapacidad • Estatus migratorio • Orientación sexual e identidad de género 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos • Trabajo y empleo • Protección social y cuidados • Educación • Salud y nutrición • Servicios básicos (agua, saneamiento, electricidad, vivienda, tecnologías de la información y la comunicación) • Seguridad ciudadana y vida libre de violencia • Participación y toma de decisiones

Fuente: Elaboración propia.

Los ejes estructurantes de la matriz de la desigualdad social se entrecruzan, potencian y encadenan a lo largo del ciclo de vida. Esto da lugar a una multiplicidad de factores de desigualdad o discriminación que interactúan de forma simultánea y se acumulan a través del tiempo y de las generaciones. La confluencia de múltiples desigualdades y discriminaciones caracteriza a los “núcleos duros” de la pobreza, de la vulnerabilidad y de la exclusión social, y hace que persistan y se reproduzcan. Además, es importante notar que existen asociaciones directas entre la exposición permanente a la discriminación y la exclusión, y una amplia gama de trastornos mentales y condiciones físicas de salud. Estas asociaciones se observan en estudios transversales y longitudinales y persisten incluso después del ajuste de variables de control (5). La discriminación y la exclusión perjudican la salud a través de distintos canales. Por ejemplo, pueden provocar respuestas al estrés que conducen a comportamientos nocivos para la salud.

Una de las principales contribuciones del concepto de matriz de la desigualdad social es que nos ayuda a entender cómo la confluencia de formas de discriminación y exclusión múltiples y simultáneas derivan en desigualdades en salud y en otros ámbitos del desarrollo social, que a su vez se retroalimentan entre sí. Dicho concepto nos desafía a considerar a las personas, sus realidades y experiencias de manera holística y no compartimentalizada para crear así políticas que respondan de manera más efectiva a esta complejidad.

Se pueden identificar ciertos patrones socioculturales que están fuertemente arraigados en nuestras sociedades. Al operar de manera conjunta, dichos patrones son los cimientos que subyacen a esta matriz de la desigualdad: una cultura patriarcal violenta, el racismo, el euro-etnocentrismo, la heteronormatividad, los estereotipos en base a edad, discapacidad y lugar de residencia o procedencia, y la cultura del privilegio. Este último concepto alude a un patrón heredado de la época colonial que naturaliza las jerarquías sociales y las marcadas asimetrías de acceso a los frutos del progreso, la deliberación política y los activos productivos. Esta cultura es implícitamente aceptada tanto por los grupos que se benefician de ella como por los que son excluidos (1). Existen tres rasgos básicos de esta cultura del privilegio: a) la naturalización de la diferencia como desigualdad; b) el establecimiento y perpetuación de las jerarquías por grupos que no son imparciales, sino que son los mismos grupos que se apropian de los beneficios, y c) esta jerarquía se difunde a través de estructuras e instituciones sociales (1). Un aspecto clave para la perpetuación

3 Como proceso histórico-estructural, la desigualdad social da cuenta de relaciones de poder que implican procesos de apropiación-expropiación o desposesión entre sectores dominantes y subalternos. En tanto experiencia subjetiva, dichos procesos se materializan simultáneamente en diversas experiencias de exclusión y marginación social, así como en modos de interpretar, actuar y resistir individual y colectivamente. Tomado en su conjunto, constituye un proceso de desigualdades simultáneas en conformación de oportunidades de vida y de trayectorias subjetivas. En este marco, la desigualdad social debe entenderse como un proceso de construcción, social y subjetivo a la vez, que supone una trama de intercambios sociales complejos modelados por relaciones de poder y dispositivos de regulación social en el que estas relaciones de poder y esos dispositivos de regulación social operan construyendo formas de estigmatización y discriminación social hacia sujetos y grupos subalternos, en el marco de múltiples formas de violencia.

de la cultural del privilegio es la concentración del poder en la toma de decisiones. En nuestras sociedades, el nivel socioeconómico de una persona tiene una relación directa con su nivel de influencia en la toma de decisiones. Este concepto también se refleja en el ámbito global, donde el desequilibrio de poder económico de los países, organizaciones y empresas determina cada vez en mayor medida su incidencia sobre políticas e intervenciones en salud.

Asociado con lo anterior, el enfoque de los determinantes sociales de la salud plantea que las desigualdades en salud son el resultado de las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, que a su vez se configuran a partir de asimetrías en la distribución del dinero, el poder y los recursos (6). En esta línea, la matriz de la desigualdad social complementa y profundiza el análisis de los determinantes sociales de la salud al proponer otros elementos que condicionan las circunstancias en las que las personas se desenvuelven, más allá del dinero, el poder y los recursos. Estos elementos son el género, la condición étnica y racial, el lugar de residencia y la etapa del ciclo de vida, y otros aspectos como la situación de discapacidad, la condición migratoria y la orientación social y la identidad de género, que a su vez son elementos que subyacen a la distribución asimétrica del dinero, el poder y los recursos.

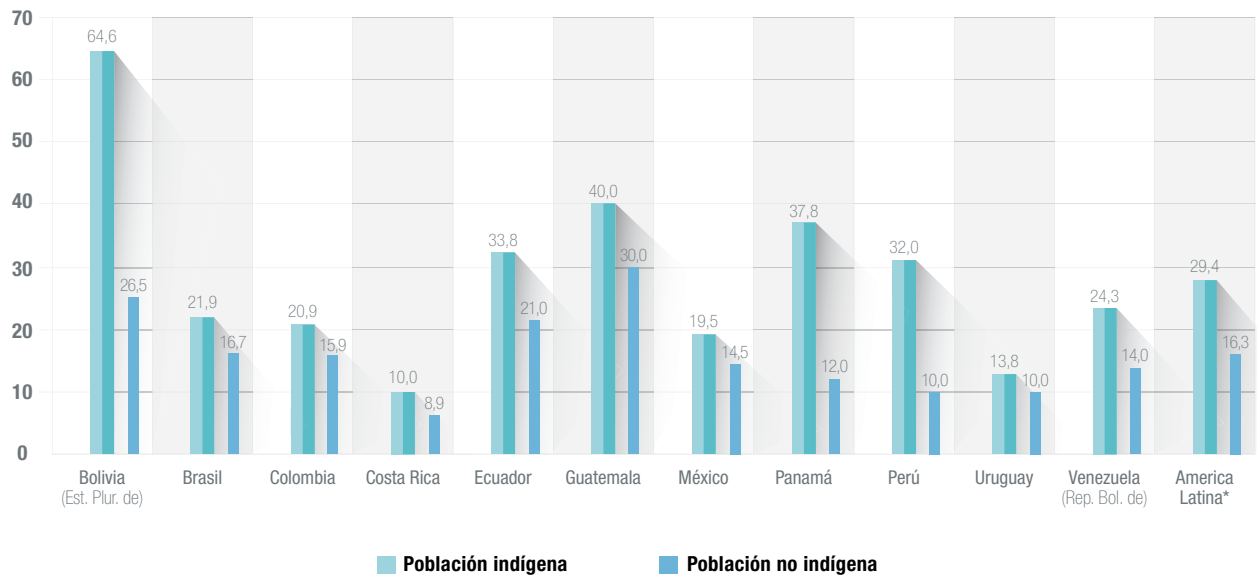
Otro punto de congruencia es que ambos enfoques reconocen que la salud está intrínsecamente relacionada con otras dimensiones de bienestar, como el acceso a la vivienda y a los servicios básicos, a la educación, al trabajo decente, a la protección social y a la participación política, entre otros. Igual que los ejes que estructuran la desigualdad se entrecruzan y se potencian, también es necesario analizar la conexión entre los derechos que se vulneran. Los bajos niveles de escolarización, el mal estado de la salud, el desempleo y la falta de oportunidades de trabajo decente, la desprotección social, las privaciones en vivienda, la pobreza y la invisibilidad política son situaciones que también se entrecruzan y se potencian (4). Por lo

tanto, garantizar el ejercicio del derecho a la salud no es solo un imperativo ético, sino una condición que permitirá el goce de otros derechos, y viceversa.

Aunque es indiscutible que los indicadores de salud han mejorado (tanto los de acceso como los de resultados), la Región aún enfrenta grandes desafíos para la población en su conjunto, y algunos grupos de la población experimentan desventajas agudas. El escenario de desigualdad que caracteriza a la Región se expresa en el caso de la niñez y la juventud indígena y afrodescendiente en forma de importantes desigualdades en la salud que no solo representan una grave vulneración de sus derechos, sino que además tienen consecuencias para etapas posteriores del ciclo de vida (4). La mortalidad infantil (la que ocurre antes del primer año de vida) y la mortalidad en la niñez (antes de los 5 años) son indicadores que expresan de modo muy concreto las desigualdades que afectan a los niños indígenas y afrodescendientes en América Latina desde el inicio de la vida (figuras 1 y 2). En Estados Unidos la tasa de mortalidad infantil de la población afroamericana duplica la de los niños blancos no hispanos (7) y esta brecha persiste incluso cuando aumentan los niveles educativos y los ingresos de la madre (8). En Canadá, los Pueblos de las Primeras Naciones (First Nations People) y el pueblo Inuit registran desde 1,7 hasta más de 5 veces las tasas de mortalidad infantil que la población no indígena de ese país, unas desigualdades que son especialmente pronunciadas en el período postneonatal (9).

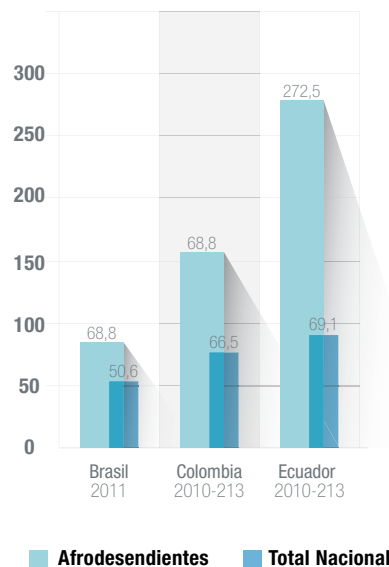
Estas desigualdades en salud que afectan a la población indígena y afrodescendiente reclaman una mirada intercultural sobre los sistemas de salud y de protección social. Asimismo es necesario revitalizar mecanismos de participación que brinden espacios de incidencia en la toma de decisiones, en particular a nivel local. Para abordar estas desigualdades son necesarias nuevas formas de intervención y participación de las comunidades en los procesos de toma de decisión y conducción de los sistemas de salud y protección social.

Figura 1. Mortalidad infantil en menores de 1 año de edad en las poblaciones indígena y no indígena, en 11 países de América Latina alrededor de 2010 (número de muertes por cada 1 000 nacidos vivos)



Fuente: CEPAL (10)

Figura 2. Razón de mortalidad materna por condición étnica y racial alrededor de 2011 en Brasil, Colombia y Ecuador (número de muertes por cada 100 000 nacidos vivos)^a

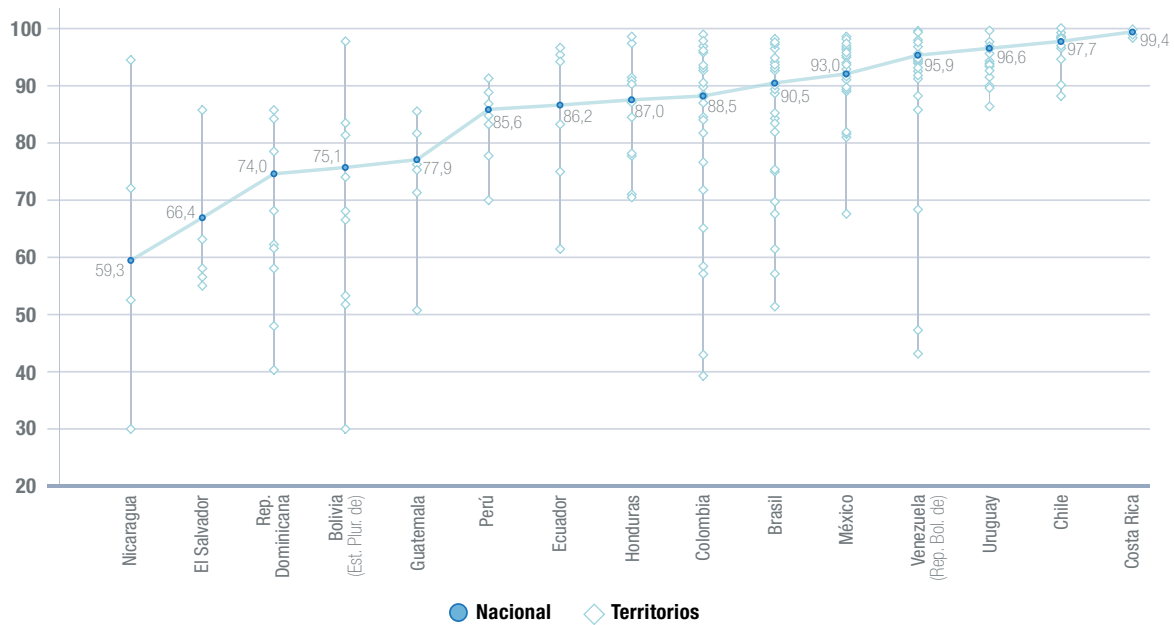


Fuente: CEPAL (10).

^a El total corresponde a la población blanca y no al total nacional.

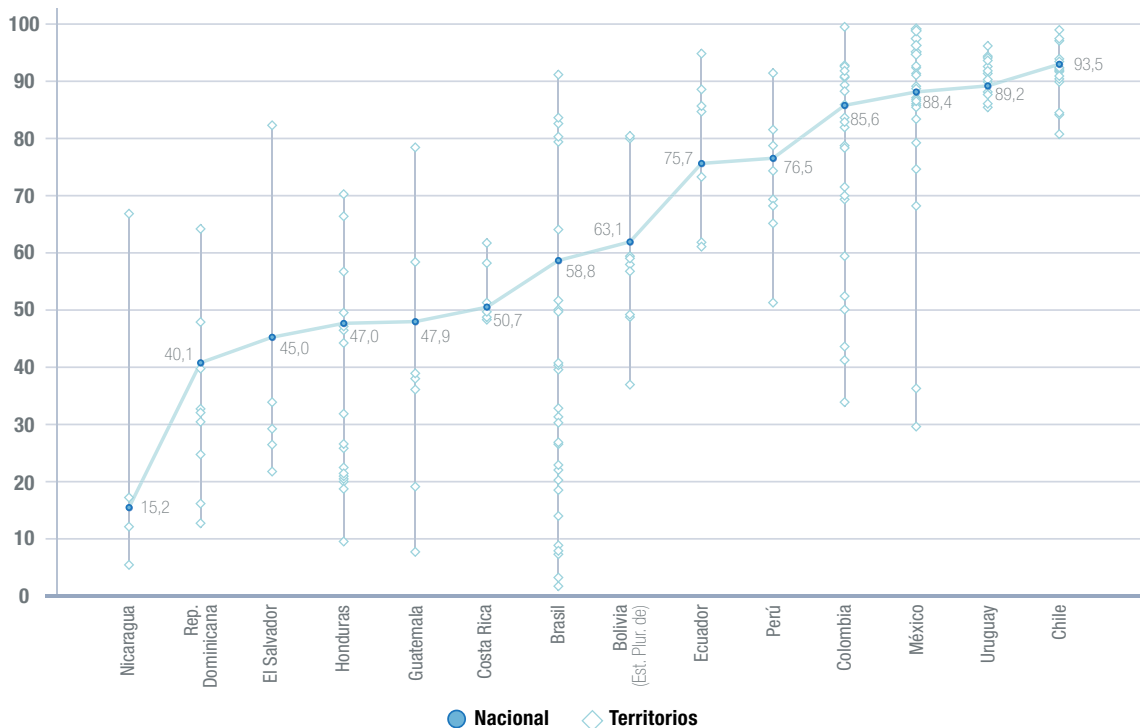
También existen brechas notables en relación con indicadores de acceso a servicios básicos de agua y saneamiento, que son claves para la salud (figuras 3 y 4), así como de afiliación a sistemas de salud (figura 5) o de pensiones. En todos ellos se evidencian las múltiples dimensiones de la matriz de desigualdad social en las Américas que se han expuesto anteriormente.

Figura 3. Hogares con acceso a agua potable por territorio en 16 países de América Latina, alrededor de 2014 (en porcentajes)



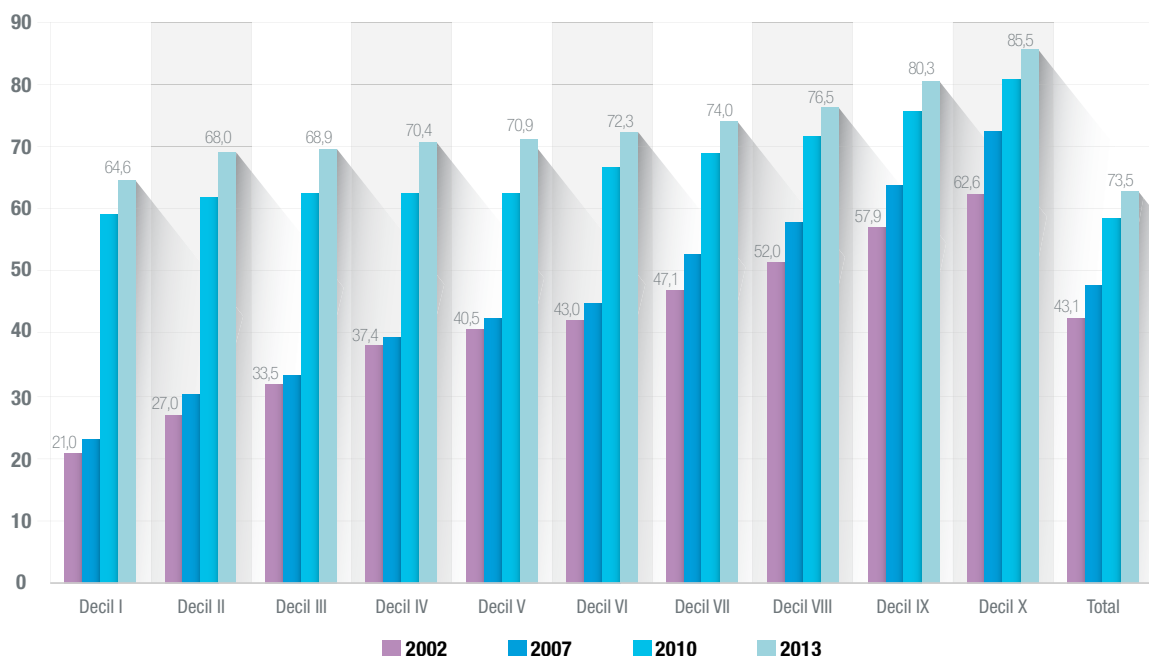
Fuente: CEPAL (3).

Figura 4. Hogares con acceso a saneamiento por territorios en 16 países de América Latina, alrededor de 2014 (en porcentajes)



Fuente: CEPAL (3).

Figura 5. Afiliación a sistemas de salud de los ocupados de 15 años y mayor según deciles de ingreso, totales nacionales de 13 países de América Latina, 2002-2013a (en porcentajes)



Fuente: CEPAL (11).
a Promedio ponderado de las cifras de los países.

Estas desigualdades sanitarias son evitables. La salud de una población es el resultado de decisiones que se toman a nivel político, económico y social. Por lo tanto, la lucha contra las desigualdades en salud debe ser parte del marco legal que define y regula los sistemas y servicios nacionales de salud. Un camino importante para reducir las desigualdades en salud es promover la construcción y el fortalecimiento de sistemas de protección social universales e integrados a lo largo del ciclo de vida.

El costo de no reducir las desigualdades en salud

Además de ser injustas, las desigualdades en salud coartan el futuro de los individuos, las familias y las sociedades, y conllevan costos importantes e interrelacionados en cada uno de estos niveles. Como se mencionó antes, las desigualdades en salud de la sociedad menoscaban las capacidades y las oportunidades de las personas, limitado así la innovación y la productividad.

Otro aspecto que puede considerarse también son los costos que conlleva a corto y largo plazo la falta de inversión en salud y reducir las desigualdades en salud. Por ejemplo, existe evidencia de los costos económicos y sociales de la malnutrición (incluidos tanto la desnutrición como el sobrepeso y la obesidad), que afectan cada vez más a las poblaciones en situación de vulnerabilidad económica. Estos costos repercuten principalmente en el sistema de salud, el sistema educativo y el sistema económico en su conjunto, como resultado de las pérdidas de productividad potenciales (12). Por ejemplo, se estima que el impacto combinado de la doble carga de la malnutrición representa una pérdida neta del 4,3% y 2,3% anual del producto interno bruto (PIB) en Ecuador y México, respectivamente. En el caso de Chile, donde la desnutrición ya se ha erradicado, dicho costo alcanza el 0,2% del PIB (12). En Estados Unidos se estimó que para los años 2003-2006 la eliminación de las desigualdades en salud que afectan a las minorías étnicas y raciales reduciría los gastos directos de atención médica en aproximadamente 230 000 millones de dólares (en dólares ajustados a la inflación de 2008), además de costos indirectos asociados con enfermedades y muertes prematuras (13).

La maternidad adolescente es un ejemplo que ilustra los altos costos personales y familiares de las desigualdades en salud y el encadenamiento de las desigualdades a lo largo de la vida y a través de las generaciones, así como su entrecruzamiento con los otros ejes de la desigualdad. A pesar de la disminución dramática de la fecundidad en América Latina y el Caribe, esta se mantiene elevada entre las adolescentes. Es una situación preocupante porque las consecuencias de la maternidad durante la adolescencia son profundas y por lo general negativas, en particular

cuando ocurre en la adolescencia temprana. Los impactos adversos de la maternidad precoz también se extienden a los niños nacidos de madres adolescentes y a sus familias. En el ámbito de la sociedad, la maternidad temprana se ha identificado como un factor clave de la transmisión intergeneracional de la pobreza en la Región (3).

Además de que la maternidad adolescente se da de manera desigual en la población, concentrándose en los sectores rurales, indígenas, afrodescendientes y en las adolescentes en situación de pobreza, también perpetúa las desigualdades sociales. La razón es que afectan al nivel educativo alcanzado y a las posibilidades que las mujeres tienen en ese momento y tendrán en el futuro de acceder al trabajo y a la protección social. Por ejemplo, en promedio, las mujeres de 20 a 24 años de la Región que fueron madres en la adolescencia tienen 3,2 años menos de estudios que las mujeres del mismo tramo etario que no fueron madres adolescentes (figura 6) y tienen menos acceso a seguros de salud (figura 7).

Figura 6. Duración media de los estudios en mujeres de 20 a 24 años en 6 países de América Latina y el Caribe, alrededor de 2011 (en años)

Fuente: CEPAL, 2016a.

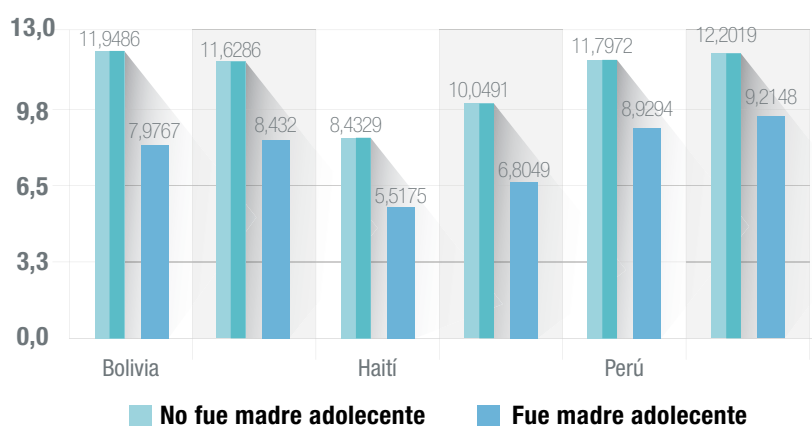
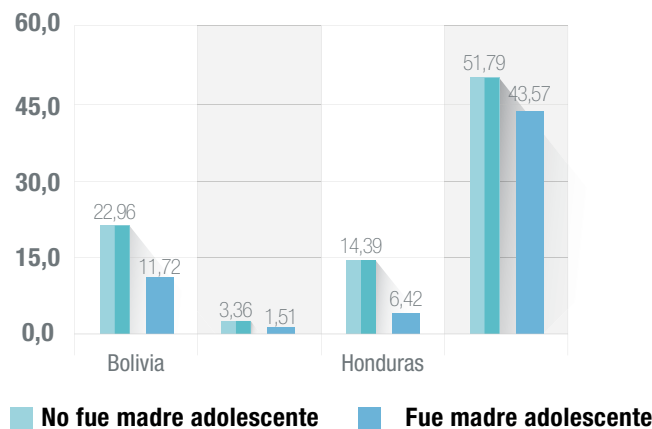


Figura 7. Mujeres de entre 20 y 24 años que cuentan con un seguro de salud en 4 países de América Latina y el Caribe, alrededor de 2011 (en porcentajes)

Fuente: CEPAL (3).



Nexos entre la protección social y la salud: la protección social como herramienta para reducir las des-

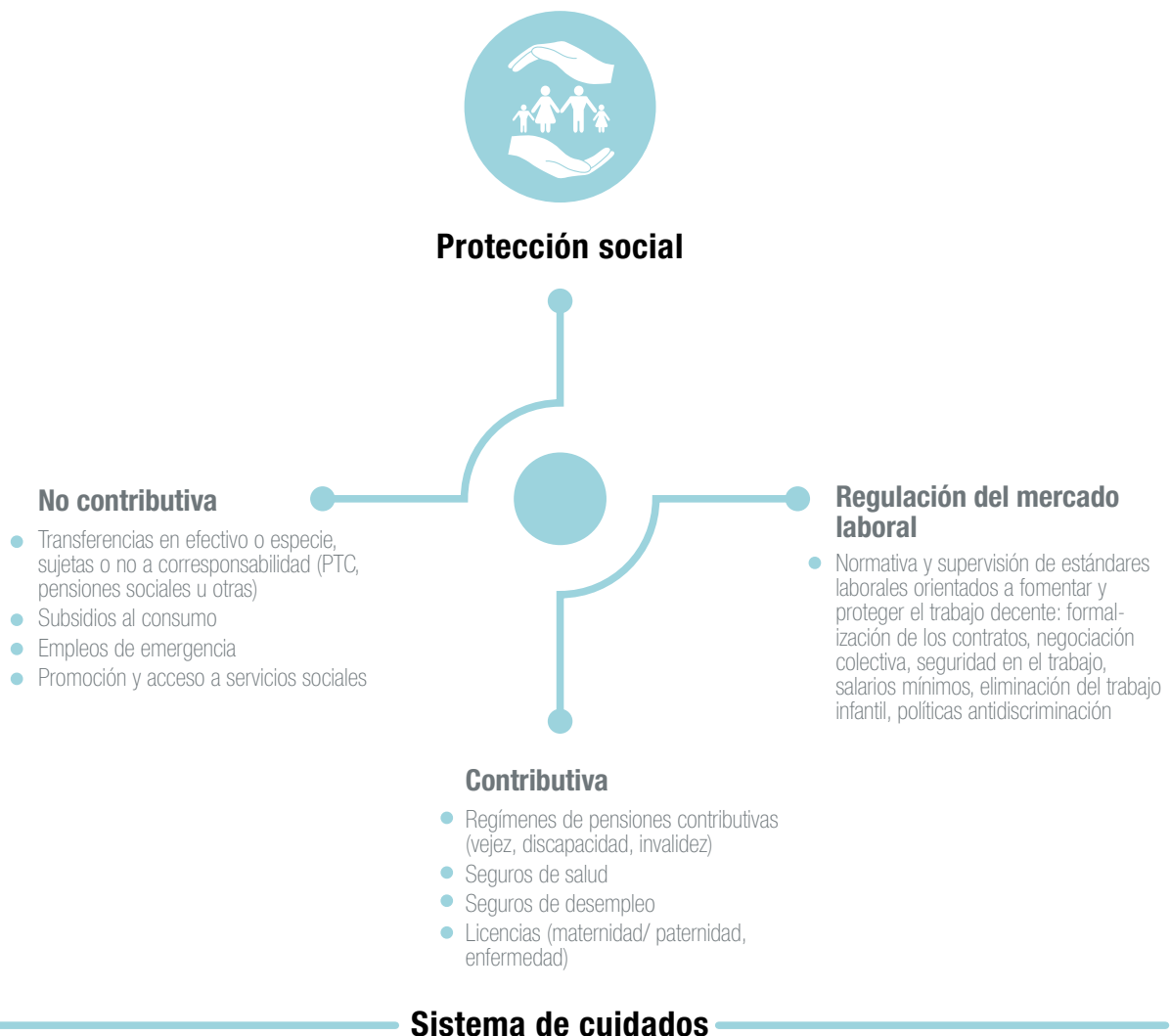
igualdades en salud y fortalecer la Atención Primaria en Salud

Existe un creciente consenso de que la protección social es un instrumento muy eficaz para erradicar la pobreza, reducir la vulnerabilidad y la desigualdad y fomentar el crecimiento inclusivo, lo que tiene impactos positivos sobre la salud de la población. Las políticas y los programas de protección social (incluida la provisión de servicios de cuidados) son especialmente críticos para enfrentar los desafíos planteados por los cambios demográficos que se están ocurriendo en la Región. A medida que la proporción de personas mayores continúa creciendo, la necesidad de garantizar su bienestar y seguridad de ingresos será cada vez más urgente. A su vez, es fundamental fortalecer la protección social de las familias con niños, ya que estos están sobrerrepresentados entre la población que vive en situaciones de pobreza, pobreza extrema y vulnerabilidad a la pobreza, condiciones que tienen efectos perdurables para el sano desarrollo de los niños, las niñas y los adolescentes.

La protección social se centra en tres ideas principales: garantías de bienestar básicas, aseguramientos frente a riesgos derivados del contexto o del ciclo de vida y moderación o reparación de daños sociales derivados de la materialización de problemas o riesgos sociales. Siguiendo de este concepto, la protección social está dirigida a responder no solo a los riesgos que enfrenta toda la población (por ejemplo, discapacidad o vejez), sino también a problemas estructurales, como la pobreza y la desigualdad (14). Asimismo, se propone que la protección social sea entendida desde una visión amplia e integral, que comprenda el conjunto de políticas y programas tanto de carácter no contributivo, como contributivo, tomando en cuenta las medidas de regulación del mercado laboral y los sistemas de cuidados (15).

Figura 8. Componentes de la protección social

Fuente: Cecchini (15).



En el ámbito interamericano se ha adoptado el concepto de que la protección social “es un enfoque integral conformado por un variado conjunto de políticas y programas universales y focalizados que buscan apoyar a las personas ante los diversos riesgos que enfrentan durante el transcurso de sus vidas; y que su diseño específico dependerá de las condiciones, necesidades y decisiones de cada Estado” (Declaración de Asunción. Segunda Reunión de Ministros y Altas Autoridades de Desarrollo Social, 2010). En la Carta Social de las Américas los países de la Región reconocen “la responsabilidad de desarrollar e implementar políticas y programas de protección social integral, con base en los principios de universalidad, solidaridad, igualdad, no discriminación y equidad que den prioridad a las personas que viven en condiciones de pobreza y vulnerabilidad y tomando en cuenta sus circunstancias nacionales” (artículo 14, capítulo III). El Plan de Acción de la Carta Social operativiza los principios contenidos en la Carta a través del establecimiento de metas y líneas estratégicas. Como parte de estas líneas estratégicas prioritarias se encuentra la línea estratégica de Protección Social, con particular énfasis en “crear o fortalecer sistemas integrales de protección social basados en el respeto por los derechos humanos y en los principios de universalidad, sostenibilidad, igualdad, inclusión, corresponsabilidad, solidaridad y equidad, que incluya la generación de oportunidades necesarias para que las familias e individuos en situación de vulnerabilidad mejoren su bienestar y calidad de vida”. Además, el Plan de Acción de la Carta Social prioriza la línea estratégica de Salud con el objetivo de “Avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud integral y de buena calidad con equidad, acompañada de modelos de protección social en salud para poblaciones en situación de vulnerabilidad”⁴.

Desde este sentido amplio, los diversos mecanismos de protección social pueden amortiguar directamente los altos costos asociados a acudir a servicios de salud, prevenir o mitigar el impacto de otros costos indirectos (como pérdidas de ingresos debido a enfermedad o discapacidad, gastos no médicos asociados a utilizar servicios de salud como el transporte, la alimentación, los cuidados etc.). Así se evita que los hogares caigan en la pobreza o que su situación de pobreza se agrave. Por otra parte, los funcionarios sobre el terreno de los programas de protección social tienen una posición privilegiada para interactuar con las poblaciones en situación de vulnerabilidad. También puede ayudar a los servicios de salud a superar una barrera común de acceso a grupos específicos, utilizando políticas públicas para reducir las diferencias injustificables y la discriminación. Así contribuirán a cerrar las brechas de acceso de las poblaciones afrodescendientes e indígenas, y de los entornos rurales, entre otras poblaciones.

De forma más específica, la protección social y la APS son estrategias complementarias que se refuerzan mutuamente para avanzar hacia el pleno goce de los derechos, incluido el de la salud (cuadro 2). Por ejemplo, en la medida en que los mecanismos de protección social se enfocan en reducir los riesgos que afronta la población infantil (ya sea mediante estrategias dirigidas exclusivamente a ellos o a familias con niños), garantizando una nutrición adecuada y el acceso a servicios de salud y de educación de calidad pueden favorecer el sano desarrollo cognitivo, afectivo y social de esta población. Esto puede tener efectos positivos para su salud y reducir las desigualdades en salud y en otros ámbitos a largo plazo.

Por otra parte, los programas de transferencias condicionadas tratan de ampliar el acceso y acercar a familias participantes a los servicios locales de salud, así como promover una nutrición adecuada y proporcionar orientación y asesoría sobre temas de salud a través de conserjería y charlas. Finalmente, existen diversos instrumentos de protección social que contribuyen a promover la universalización de la salud y la reducción de las desigualdades (16). Algunos de estos puntos se desarrollan a continuación⁵.

4 Ver el Plan de Acción de la Carta Social de las Américas <http://www.oas.org/es/sedi/dis/equidad/carta-social.asp> [en línea].

5 Asimismo, es útil recordar que la salud es uno de los aspectos claves del Piso Básico de Protección social (17) y en particular de la Recomendación 202 de la OIT sobre los pisos de protección social.

Cuadro 2. Ejemplos de mecanismos de protección social que pueden afianzar la Atención Primaria en Salud

Componente de la protección social	Intervenciones de protección social y su vínculo con elementos de la Atención Primaria en Salud
Pilar no contributivo	<p>Transferencias monetarias condicionadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar el acceso a los servicios de salud, en particular los vinculados a la salud materno-infantil, a poblaciones en situación de pobreza extrema y de pobreza • Transmitir información sobre salud para la promoción y prevención a las familias participantes • Fomentar la coordinación intersectorial. <p>Transferencias en especie (p. ej., programas de alimentación o suplementación nutricional):</p> <p>Atender las necesidades nutricionales de niños y niñas, en especial de los que viven en situación de pobreza y pobreza extrema. Programas de atención integral a la primera infancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Articular acciones en salud, nutrición, educación y cuidados orientadas a la primera infancia con miras a favorecer su desarrollo pleno • Fomentar la coordinación intersectorial <p>Programas de promoción y acceso a la vivienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar el acceso a viviendas que cuenten con servicios básicos y reducir la exposición a riesgos sanitarios del entorno
Pilar contributivo	<p>Aseguramiento de la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expandir la cobertura y el acceso a servicios de salud • Proporcionar protección financiera a los hogares <p>Licencias (de maternidad/paternidad):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el apego y la lactancia materna

Fuente: Elaboración propia.

Instrumentos de protección social para favorecer la salud y la nutrición a lo largo del ciclo de vida: infancia, adolescencia y juventud

Las primeras etapas del ciclo de vida son críticas para prevenir las desigualdades en salud y frenar la transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad. Es durante estas etapas cuando se sientan las bases para el futuro desarrollo cognitivo, afectivo y social de las personas. Por una parte, son períodos en los que convergen factores de riesgo en áreas tan sensibles para el desarrollo biológico, psicológico y social como la salud y la nutrición, la estimulación temprana, el aprendizaje y la socialización, así como la posibilidad de crecer y desenvolverse en un entorno familiar y comunitario seguro (18). Por otra parte, la vulneración de los derechos en estas etapas puede tener efectos profundos e irreversibles para el bienestar actual y para las posibilidades futuras de desarrollo de las niñas y niños. Frente a esta situación, en la Región se han adoptado distintos instrumentos de protección social para atender y prevenir la vulneración del derecho a la salud en estas etapas del ciclo de vida.

Desde un enfoque de prevención, la nutrición es una pieza clave. Una nutrición adecuada y sana desde edades tempranas y la adopción de buenos hábitos alimenticios puede contribuir a evitar problemas de salud a largo plazo. Existen diversas estrategias de protección social en el ámbito de la nutrición dirigidas principalmente a mujeres embarazadas, lactantes y preescolares, y estudiantes de nivel primario y secundario.

Entre estas estrategias se encuentran los programas de alimentación complementaria, la alimentación escolar, el fomento de la lactancia materna, la distribución de alimentos y la suplementación y fortificación con micronutrientes. Algunos programas destacados son el Programa de Abasto Social de Leche de México, el Programa Nacional de Alimentação Escolar de Brasil, el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma de Perú, el programa Women, Infants, and Children de Estados Unidos.

Asimismo, las políticas de atención integral y los sistemas de protección integral a la primera infancia han ido ganando terreno en la Región en tiempos recientes⁶. El concepto de protección integral apunta a un conjunto de acciones, políticas, planes y programas que puede ejecutar el Estado o las organizaciones del Estado y otros actores, en particular la sociedad civil. El objetivo de esos programas es garantizar que todos los niños y niñas gocen de manera efectiva y sin discriminación de sus derechos humanos, al mismo tiempo que se atienden de forma focalizada las situaciones especiales (19).

La integralidad de estas políticas no se refiere únicamente a que los programas asociados atiendan a diferentes aspectos del desarrollo de los niños, conjugando así intervenciones en salud, nutrición, educación temprana y cuidados. También se refieren al hecho de que las intervenciones del Estado con que se trata de promover y proteger los derechos en la infancia estén articuladas mediante la provisión de servicios, bienes, transferencias y regulaciones (por ejemplo, las licencias parentales). Sin este enfoque integral, los programas aislados pueden generar competencia entre sectores, en vez de establecer una visión compartida del desarrollo en estas etapas (18). La articulación y coordinación entre estas acciones tiene que suceder en diversos niveles. Debe darse entre instituciones, entre diferentes niveles de administración y a través de las etapas de desarrollo de la infancia. Los programas de atención integral a la primera infancia pueden servir como plataforma de integración y articulación intersectorial.

Otras políticas de salud sexual y salud reproductiva dirigidos a adolescentes y jóvenes incluyen políticas de educación sexual (p. ej., el Programa Nacional de Educación Sexual Integral de Argentina o el Programa de Educación de la Sexualidad con Enfoque de Género y Derechos Sexuales en Cuba). Incluyen además políticas de prevención del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual⁷ y la regulación sobre interrupción del embarazo y anticoncepción de emergencia (20). A nivel regional, el Consenso de Montevideo de la Conferencia Regional de Población y Desarrollo pone el acento en programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes. Dichos programas deben incluir servicios de salud sexual y reproductiva fáciles de usar, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural.

Si bien la salud sexual y la salud reproductiva son temas de gran relevancia para la población joven existen otros temas de salud, como la salud mental, las violencias, el consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas, y crecientemente temas nutricionales y enfermedades no transmisibles, que, pese a ser más invisibilizados, tienen importantes consecuencias para la trayectoria de los jóvenes (21). En este sentido se detecta una problemática escasez de políticas y programas dirigidos a estos otros temas de salud de gran envergadura para la población de adolescentes y jóvenes en la Región. Esto a su vez refleja la falta de espacios de participación de jóvenes en el diseño, implementación, y seguimiento de políticas y programas de salud, que resulta en sistemas de atención verticales que predeterminan lo que se consideran los “problemas” prioritarios de esta población, encasillando a los jóvenes, simplificando sus problemáticas y no logrando su apropiación de los servicios.

Programas de transferencias condicionadas

Desde mediados de la década de 1990, la mayoría de los países de la Región ha implementado programas de transferencias condicionadas (PTC). Se trata de instrumentos de protección social no contributiva que han tenido efectos positivos sobre diversos indicadores de salud y nutrición. Están destinados a las familias que viven en condiciones de la pobreza y extrema pobreza. Actualmente la Región cuenta con 30 PTC en 20 países, lo que refleja la centralidad que estos programas han adquirido en las políticas públicas de superación de la pobreza en América Latina y el Caribe. Pese a su amplia presencia, estos programas son muy heterogéneos en cuanto a sus características de componentes, cobertura, montos transferidos, papel que cumplen y aplicación de las condicionalidades, entre otras⁸.

6 Algunos ejemplos de estas políticas son el Programa Brasil Carinhoso, Chile Crece Contigo, Uruguay Crece Contigo, De Cero a Siempre en Colombia y Educa a tu Hijo en Cuba. Otros países que han avanzado sustantivamente en estrategias para la primera infancia son Ecuador, Panamá, Perú y la República Dominicana.

7 Algunos ejemplos son la política de entrega de anticonceptivos y preservativos asociada al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Argentina o el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes en Chile, que apunta a ofrecer servicios de salud de igual calidad a todos los jóvenes del país, respondiendo a sus distintas necesidades en cuanto a género y pertenencia cultural

8 Véase una descripción de los objetivos y tipos de PTC en la región en Cecchini y Martínez (2011) e información sobre tendencias recientes de cobertura e inversión en Cecchini (22).

Los PTC tienen como objetivo aumentar los recursos disponibles para el consumo de los hogares de bajos ingresos. La finalidad es satisfacer sus necesidades básicas. Paralelamente, tratan de fomentar su desarrollo humano con el fin de interrumpir la transmisión intergeneracional de la pobreza. Por medio de estos programas se proporcionan recursos monetarios y no monetarios. Además se facilita el acceso a una gama de servicios sociales a condición de que las familias en situación de pobreza se adhieran a ciertos compromisos en las áreas de educación, salud y nutrición.

Debido a la inclusión de las condicionalidades de salud y de las intervenciones de salud complementarias los PTC estimulan la demanda de los servicios de salud, con frecuencia en áreas rurales remotas o urbanas marginales, donde su oferta no existe o es de inferior calidad. Por lo tanto, estos programas han tenido un efecto positivo, facilitando el acceso a los servicios de salud de grupos de la población tradicionalmente excluidos (ver cuadro 3). Además han representado mejoras en los resultados de salud y nutrición cuando existen servicios suficientes, tanto en términos de cantidad y de calidad (23). Los PTC promueven la equidad, centrándose en identificar y abordar las mayores necesidades diferenciales de las personas en situación de pobreza. Además pueden impulsar la cobertura universal de salud, adaptando los servicios a las necesidades de las personas socialmente excluidas e introduciendo un enfoque equitativo en los programas universales (23).

Cuadro 3. Condicionalidades de salud en los programas de transferencias monetarias condicionadas en América Latina, 2013^a

País	Programa	Chequeos médicos (niños)	Chequeos médicos (embarazadas)	Chequeos médicos (adultos mayores y personas con discapacidad)	Vacunas (niños)	Vacunas (embarazadas)	Consejerías en salud
Argentina	Asignación Universal por Hijo para Protección Social	0-18 años	X		0-18 años	X	X
Bolivia (Est. Plur. de)	Bono Madre Niño-Niña "Juana Azurduy"	0-2 años	X		0-2 años	X	
Brasil	<i>Bolsa Família</i>	0-6 años	X		0-6 años		
Chile	Ingreso Ético Familiar	0-18 años					
Colombia	Más Familias en Acción	0-6 años					X
Costa Rica	Avancemos	12-25 años ^b					
Ecuador	Bono de Desarrollo Humano	0-5 años	X				
El Salvador	Comunidades Solidarias	0-5 años			0-5 años		
Guatemala	Mi Bono Seguro	0-5 años	X				
Honduras	Bono 10.000	0-5 años	X				
México	Oportunidades	0-19 años	X	X			X
Panamá	Red de Oportunidades	0-5 años	X				
Paraguay	<i>Tepokorâ</i>	0-18 años	X	X	0-18 años		
Perú	Juntos	0-5 años	X				
República Dominicana	Solidaridad	0-5 años					X
Uruguay	Asignaciones Familiares/Plan de Equidad	0-18 años		X			
América Latina	Número de programas con condicionalidad de salud	16	10	3	5	2	4

Fuente: Cecchini (23).

^a X en una celdilla indica que la categoría indicada es parte de la condicionalidad del PTC y una celdilla vacía indica que la categoría no forma parte de las condicionalidades del programa.

^b La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) realiza una evaluación médica completa de los estudiantes matriculados en escuelas secundarias públicas durante el año escolar.

En cuanto a los resultados de estos programas en aspectos relacionados con la salud, existe evidencia sobre la ampliación del acceso a los servicios de salud de los niños, niñas y adolescentes de las familias participantes en estos programas. Se han registrado también resultados positivos en el estado de salud y la situación nutricional (24). Sin perjuicio de lo anterior, los estudios apuntan a cierta heterogeneidad de los efectos positivos de la participación en PTC sobre los indicadores de salud según zona de residencia, sexo, edad y duración de la participación en el programa (23). Un efecto positivo de estos programas en el nivel macro ha sido el aumento de la demanda de los servicios. Esto ha reducido las barreras de acceso y ha ampliado la oferta de servicios. Así se ha acercado a las poblaciones en situación de exclusión al Estado y al abanico de políticas sectoriales y programas de promoción social.

Al igual que los programas de atención integral a la primera infancia, los PTC tienen el potencial de articular las acciones de diferentes sectores, adoptando así una óptica multidimensional del bienestar de las personas. En la coyuntura actual, un evidente desafío son las preocupantes disminuciones en la cobertura poblacional de estos programas en algunos países.

La universalización de la salud

El debate sobre la universalización de la salud ha avanzado en la Región, al menos en lo referente a sus aspectos básicos. No obstante, siguen existiendo desafíos conceptuales (por ejemplo, en la distinción entre cobertura universal y acceso universal) así como prácticos y operacionales sobre cómo lograrla (25). Durante la última década y media, distintas reformas de los sistemas de salud en América Latina, sostenidas por un aumento del gasto en salud (que pasó del 2,4% del PIB a finales de la década de 1990 a 3,6% en el 2014) han permitido aumentar la cobertura y la equidad en el acceso (26).⁹ Sin embargo, las características de los sistemas de salud en términos de inversión, gasto de bolsillo, integración de los sistemas de salud pública y de seguridad social, cobertura de la salud e indicadores de resultados en salud son muy disímiles entre los países (cuadro 4). Estas diferencias se relacionan con la evolución histórica del estado de bienestar, que a su vez está influida por las variables económicas, sociales, demográficas y políticas propias de cada país (27). Esto es algo que se debe tener en cuenta en el desarrollo de recomendaciones de política, que necesariamente tendrán diferentes grados de relevancia en función de los modelos de sistemas de salud vigentes en los países.

En la Región, Brasil (Sistema Único de Salud) y Cuba (Sistema Nacional de Salud) garantizan el acceso universal gratuito a la salud, financiado por impuestos generales. En cambio, Costa Rica ha logrado la universalización mediante el seguro social, que a partir de la década de 1980 ha comenzado a incluir a los trabajadores informales y a las familias pobres (27). No obstante, desde la mirada de la igualdad resulta preocupante que en la Región persista una fuerte fragmentación y superposición de las prestaciones y de la cobertura, que se evidencian en las grandes diferencias existentes entre la calidad de los servicios según los distintos grupos de población. Generalmente, los sistemas de salud en América Latina se organizan alrededor de servicios del sector público para las personas en situación de pobreza, servicios del seguro social para los trabajadores formales y servicios privados para los que pueden costearlos (28). De esta manera los sistemas de salud se mantienen segregados al ofrecer diferentes servicios y servicios de calidad distintos a diferentes grupos poblacionales, por lo que distan de ser sistemas verdaderamente universales y equitativos (29).

Aun en países donde la ley garantiza la cobertura universal, existen barreras de distintos tipos que se superponen (económicas, geográficas, culturales, lingüísticas, actitudinales, entre otras) y que limitan el acceso efectivo a los servicios de salud, aun cuando existe un acceso de derecho. Considerando las múltiples desigualdades que caracterizan a las sociedades latinoamericanas y caribeñas es útil pensar en políticas que traten de alcanzar un universalismo sensible a las diferencias. Con esto nos referimos a políticas basadas en un enfoque de derechos que pueden usar de manera complementaria mecanismos focalizados, selectivos o de acción positiva para romper las barreras de acceso a los servicios de salud que enfrentan "las personas que se encuentran en condiciones de pobreza o vulnerabilidad, las mujeres, los afrodescendientes, los pueblos indígenas, las personas que residen en áreas rezagadas, las personas con discapacidad y los migrantes, así como los niños, los jóvenes y los ancianos" (3, pág. 81).

⁹ En el caso de Estados Unidos, aproximadamente 13% de los adultos entre 18 y 64 años carecen de seguro de salud, aunque esta cifra asciende a 27% en la población hispana (NCHS, 2016). Aun entre quienes cuentan con un seguro, el sistema de financiamiento de la atención médica en los Estados Unidos es regresivo, lo que agrava las desigualdades y desincentiva el uso de servicios entre los más pobres (30).

Cuadro 4. Indicadores de los sistemas de salud en 11 países de América Latina

País	Gasto en salud pública (% del PIB)		Gasto en salud pública per cápita (\$ en 2010)		Sumas gastadas directamente en salud (% del gasto doméstico)	Integración del sistema de salud pública y de la seguridad social	Cobertura de salud de la población por subsistema				Índice de mortalidad materna (muertes por 100 000 nacidos vivos)	
	1998	2014	1998	2014			Público (%)	Seguridad social (%)	Privado (%)	Otros (%)	2000	2015
Argentina	3,8	5,0	349	535	5,0	Segmentada	Universal	51,0	7,9	3,2	60	52
Brasil	3,7	5,2	327	622	5,0	Integrado	Universal (sistema de salud unificado)	0,0	19,6	0,0	66	44
Chile	2,4	3,9	226	569	4,3	Integrado	Universal (Garantías explícitas en Salud)	73,5	16,3	6,7	31	22
Colombia	2,0a	2,1	95a,d	146d	1,9	Integración bajo implementación	Universal (Plan básico de atención a la salud)	91,1	...	3,9	97	64
Costa Rica	4,7	6,5	263	560	2,1	Integrado	Universal	0,0	0,0	0,0	38	25
Cuba	5,1	10,4	159	650	...	Integrado	0,0	100,0	0,0	0,0	43	39
Honduras	1,8	3,4	30	70	11,2	Segmentado	60,0	18,0	2,9	...	133	129
México	2,0	2,7	156	251	4,7	Segmentado	4,7 (Seguro Popular)	42,9	4,5	4,5	77	38
Perú	1,5a	2,4	48a	128	7,0	Segmentado	37,0	24,0	5,5	...	140	68
Uruguay	2,9	5,9	259	736	2,8	Integrado	45,3	45,0	1,8	7,6	31	15
Venezuela	2,0	3,9	159	343	3,1	Segmentado	Universal (Barrio Adentro)	17,5	11,7	...	90	95
América Latina	2,4b	3,6b	131b	292b	4,7c	91b	60b

Fuente: Acosta (27).

Las brechas en el acceso y la calidad de los servicios desafían la eficacia de la protección social para reducir la desigualdad y no dejar a nadie atrás. Es necesario fortalecer el compromiso de los países con la cobertura y el acceso universal a la salud, que es un paso crucial para construir sistemas de protección social desde una perspectiva basada en los derechos. También se debe avanzar para mejorar la calidad de los servicios de salud y promover un enfoque integral y holístico de la salud con el fin de crear relaciones sinérgicas positivas con otras dimensiones del bienestar. Efectivamente, existe una abundante evidencia de que las políticas coherentes en materia de educación, del mercado laboral y de protección social, entre otros pueden contribuir a mejorar el estado de salud de la población. Y de que esto puede tener un gran impacto en los niños, las mujeres y la población de edad avanzada. En otras palabras, las iniciativas articuladas con las políticas sociales pueden fortalecer la lucha contra las desigualdades en numerosas áreas.

En síntesis, los instrumentos de protección social pueden actuar sobre diversos frentes para fortalecer la APS y contribuir a garantizar a todas las personas un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, tal como se establece en la Declaración de Alma-Ata. En sus principios, esta visionaria Declaración plantea la APS como un espacio de construcción de la salud como derecho centrado en las personas y en las comunidades. Mediante la expansión de la cobertura y el acceso universal, las acciones de promoción y prevención en salud y nutrición, el fortalecimiento de la coherencia de las políticas y, de manera muy fundamental, la lucha contra la pobreza, la desigualdad y la exclusión (que están a la raíz de los problemas de salud), la protección social juega un papel ineludible para el avance en la garantía al derecho a la salud en la Región.

Salud, protección social y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible expresa un consenso sobre la necesidad de avanzar hacia sociedades más inclusivas, solidarias y cohesionadas. A la vez, pone a las personas en el centro, promoviendo un modelo de desarrollo sostenible y haciendo un llamado a “no dejar a nadie atrás” en la senda del desarrollo y a atender primero a los más rezagados (3). Por tanto, la Agenda 2030 tiene en su centro la preocupación la desigualdad, entendida desde un enfoque multidimensional y comprehensivo. Esto no se refiere únicamente al Objetivo 10 (que aborda explícitamente la necesidad de reducir la desigualdad en y entre los países), sino también al conjunto de ODS a través de los cuales se enfatiza el acceso e inclusión de todas las personas en el proceso de desarrollo.

En cuanto a la identificación de grupos en situación de desventaja, la meta 17.18 propone para 2020 “[...] aument[ar] significativamente la disponibilidad de datos oportunos, fiables y de gran calidad desglosados por ingresos, sexo, edad, raza, origen étnico, estatus migratorio, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes en los contextos nacionales”. Con ese fin es necesario mejorar las fuentes de información disponibles para contar con estadísticas de alta calidad, periódicas y desagregadas, de manera que pueda irse más allá de los promedios nacionales e identificar y abordar las necesidades de salud de aquellos a quienes se está dejando atrás. Analizar las desigualdades en salud desde el prisma de la matriz de la desigualdad social contribuye justamente a identificar cuáles son las poblaciones más rezagadas para dirigir a ellas las acciones prioritarias.

Los ODS son de carácter universal, integrado e indivisible, y conjugan las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económico, social y medioambiental. En la Agenda 2030 la dimensión social no figura solo en la diversidad de temáticas y aspectos del desarrollo social que la componen, sino también en su profunda imbricación con las dimensiones económica y ambiental de dicha Agenda. Por consiguiente, la dimensión social no se refiere solamente a los diez ODS con sentido y metas sociales explícitas¹⁰. El pilar social “extendido” también se refiere a diversas metas de los otros siete ODS, en donde todo avance o retroceso tiene un impacto directo sobre las posibilidades de progresar en materia social y de derechos, más allá de si su contenido es principalmente de orden económico, medioambiental o institucional (18).

En lo que se refiere al ODS 3, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible expresa claramente la naturaleza interrelacionada de la salud y el bienestar humanos con el crecimiento económico y la sostenibilidad ambiental. Avanzar en el Objetivo 3 no solo promoverá el goce en el derecho a la salud para todos. También apoyará el avance hacia otros ODS y viceversa. En vista de esta interrelación, se debe avanzar en considerar la salud transversalmente en las políticas públicas (el enfoque de “salud en todas las políticas”) para identificar sinergias y evitar los efectos sanitarios nocivos para mejorar la salud de la población y la equidad en salud (31).

A su vez, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible subraya la importancia de la protección social para la superación de la pobreza (en la meta 1.3, “Implementar a nivel nacional sistemas y medidas apropiados de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, de aquí a 2030, lograr una amplia cobertura de las personas pobres y vulnerables”) y para la reducción de las desigualdades (en la meta 10.4, “Adoptar políticas, especialmente fiscales, salariales y de protección social, y lograr progresivamente una mayor igualdad”). Como se indica en el informe de avance más reciente del Secretario General de las Naciones Unidas, los sistemas de protección social son fundamentales para prevenir y reducir la pobreza y la desigualdad en todas las etapas de la vida de las personas, en especial mediante apoyos y prestaciones para los niños, las madres con hijos pequeños, las personas con discapacidad, las personas mayores y aquellas que viven en situación de pobreza o sin acceso a empleos (18). La protección social también es fundamental para alcanzar otros ODS, incluidos los 2 a 5, y el Objetivo 8.

¹⁰ El Objetivo 1 sobre el fin de la pobreza, el Objetivo 2 relativo al hambre y la malnutrición, el Objetivo 3 en torno a la salud y el bienestar, el Objetivo 4 centrado en la educación de calidad, el Objetivo 5 vinculado a la igualdad de género, el Objetivo 6 orientado al agua limpia y el saneamiento, el Objetivo 8 sobre trabajo decente y crecimiento, el Objetivo 10 sobre la reducción de la desigualdad, el Objetivo 11 referente a la construcción de ciudades sostenibles e inclusivas, y el Objetivo 16 sobre paz, justicia e instituciones sólidas.

Conclusiones y recomendaciones

Mantener una mirada amplia e integrada de la salud y la protección social, teniendo en cuenta la matriz de la desigualdad social es clave para no dejar a nadie atrás en la senda del desarrollo en las Américas. Como se ha destacado en las secciones anteriores, la protección social y la APS son estrategias complementarias que se refuerzan mutuamente para avanzar hacia el pleno goce de los derechos de los ciudadanos, incluido el de la salud. Existen diferentes instrumentos de protección social que contribuyen a promover la universalización de la salud y la reducción de las desigualdades en salud. La reducción de estas brechas debe ser una prioridad para todos los países del continente. No es labor solo de los países más desarrollados de la Región, sino un paso necesario para que los países rezagados aumenten sus niveles de productividad (1). Una vía para avanzar en esa dirección es promover la construcción y el fortalecimiento de sistemas de protección social universales e integrados a lo largo del ciclo de vida en pro de la salud de la población y la reducción de las desigualdades en salud.

En relación con lo anterior, hay que realizar avances en el acceso universal a servicios de salud de calidad. Aun en los países donde la ley garantiza la cobertura universal existen diversas barreras que se solapan (económicas, geográficas, culturales, lingüísticas y actitudinales, entre otras) que dan como resultado un acceso efectivo limitado a los servicios de salud. Por lo tanto, las políticas de salud deben incorporar de manera explícita la lucha contra la desigualdad, y contemplar acciones específicas para abordar las múltiples desigualdades que caracterizan a las sociedades americanas. En este sentido es útil pensar en políticas que apliquen una mirada universal que sea sensible a las diferencias.

Por otra parte, es importante reconocer que los notables avances en el acceso y los resultados de salud de las últimas décadas se han dado en un contexto económico favorable donde además se ha puesto énfasis en políticas orientadas a la reducción de la pobreza y la desigualdad y a políticas activas en el mercado de trabajo. Esos avances en materia de salud son encomiables; pero el peligro es que los avances generen complacencia cuando en realidad son fácilmente reversibles. En el contexto actual más complejo e incierto un mensaje clave es no permitir retrocesos en las políticas pro-igualdad y derechos porque ello puede amenazar los avances en indicadores clave de salud y la reducción de las disparidades en salud en detrimento al progreso de nuestras sociedades.

Un elemento que puede contrabalancear y potencialmente prevenir esos retrocesos es una sociedad civil empoderada y participativa. Esta participación, además de ser un derecho, puede hacer que los sistemas de salud, y la APS en particular, responda a las necesidades de las poblaciones que busca atender de forma más adecuada y relevante.

La atención sanitaria y los resultados de salud no pueden ser una dimensión más de la cultura del privilegio. El duro contraste en la calidad de atención en el sistema público y el privado alimenta una percepción de privilegio y de discriminación. Hoy en día el derecho a la salud se vive como jerarquía de ciudadanos de primera y segunda categoría (1). El acceso a la salud puede reducir brechas, siempre y cuando se trate de servicios de calidad. Los sistemas de salud segmentados que existen en nuestra Región solidifican y perpetúan las desigualdades en salud. Por lo tanto se requieren acciones concretas para equiparar la calidad de los servicios de salud, por ejemplo, el aprovechamiento de las tecnologías, en miras a la igualdad y al pleno goce del derecho a la salud.

Bibliografía

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2018). La ineficiencia de la desigualdad 2018.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2016a). La matriz de la desigualdad social en América Latina.
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2017a). Panorama social de América Latina 2016.
5. Lewis, T. (2017), Self-reported experiences of discrimination and health: scientific advances, ongoing controversies, and emerging issues, *Annu Rev Clin Psychol*, 11: 407–440.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). Informe final de la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud. Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health.
7. National Center for Health Statistics. United States, 2015: With Special Feature on Racial and Ethnic Health Disparities. Hyattsville, MD. 2016.

8. Brookings Institution (2016). Time for justice: Tackling race inequalities in health and housing. Disponible en línea: <https://www.brookings.edu/research/time-for-justice-tackling-race-inequalities-in-health-and-housing>.
9. Agencia de Salud Pública de Canadá (2018). Key Health Inequalities in Canada: A National Portrait. Disponible en línea en: https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/hir-full-report-eng_Original_version.pdf.
10. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2017b). Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para la garantía de sus derechos.
11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2016b). Panorama social de América Latina 2015.
12. Fernández A., Martínez R., Carrasco I., Palma A. (2017). Impacto social y económico de la malnutrición: modelo de análisis y estudio piloto en Chile, el Ecuador y México, Documentos de Proyectos (LC/TS.2017/32), CEPAL, noviembre de 2017.
13. LaVeist T.A., Gaskin D., Richard P. (2011). The Economic Burden of Health Inequalities in the United States. *International Journal of Health Services*, 41(2):231-238.
14. Cecchini S., Figueira F., Martínez R y Rossel C. (2015). Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización, CEPAL.
15. Cecchini S. y Martínez R. (2011). Protección social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos, CEPAL.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
17. Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2011). Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva. Informe del Grupo consultivo presidido por Michelle Bachelet. Convocado por la OIT con la colaboración de la OMS.
18. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2017c). Brechas, ejes y desafíos en el vínculo entre lo social y lo productivo.
19. Morlachetti A. (2013). Sistemas nacionales de protección integral de la infancia: fundamentos jurídicos y estado de aplicación en América Latina y el Caribe, Documentos de Proyectos (LC/W.515), Santiago, CEPAL.
20. Rossel, C. Figueira F. (2015). Adolescencia y juventud. en Cecchini S. y otros (eds.). Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización, CEPAL.
21. Ullmann, H. (2015). La salud y las juventudes latinoamericanas y caribeñas, en Trucco D. y Ullmann H. (eds). Juventud: realidades y retos para un desarrollo con igualdad, CEPAL.
22. Cecchini, S. y B. Atuesta (2017). Programas de transferencias condicionadas en América Latina y el Caribe: tendencias de cobertura e inversión. Serie Políticas Sociales, n.o 224 (LC/TS.2017/40), Santiago, CEPAL.
23. Cecchini S. y Veras Soares F. (2014). Conditional cash transfers and health in Latin America. *Lancet*, 385(9975): e32–e34.
24. Owusu-Addo E., Cross R. (2014). The impact of conditional cash transfers on child health in low- and middle-income countries: a systematic review, *International Journal of Public Health*, vol. 59, n.o 4.
25. Horton R., Das P. (2015). Cobertura universal en salud: no por qué, qué, ni cuándo, sino ¿cómo?, *MEDICC Rev.* 2015, 17, Suppl:S3-4.
26. Atun R., Monteiro de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T y Frenz P (2014). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*, Series on Universal Health Coverage in Latin America, 385(9971): 1230-1247.
27. Acosta O.L. y S. Cecchini (2016). Latin American pathways to achieve universal health coverage, en *Health policy in emerging economies: innovations and challenges*. Policy in Focus, Vol. 3, n.o 1, IPC-IG.
28. Titelman D., Cetrángolo O., Acosta O.L. (2015). La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad, *MEDICC Review*, vol. 17, Suplemento.
29. Hernández-Lozada, D.F. y J.E. Bejarano-Daza (2017). Aporte de la universalización al logro de la equidad en salud, *Rev Salud Pública*, 19 (2): 199-203.
30. Dickman S.L., Himmelstein D.U., Woolhandler S. (2017). Inequality and the health-care system in the USA. *Lancet*, 389: 1431-1441.
31. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) (2014). Plan de acción sobre la salud en todas las políticas.



ANEXO 5:

Los Recursos Humanos como
Protagonistas de los Sistemas
de Salud Basados en la
Atención Primaria de Salud

Este documento ha sido coordinado y elaborado por la comisionada María Isabel Rodríguez. El grupo de expertos consultados comprendió las siguientes personas: Dr. Mario R. Rovere, Médico Sanitarista, Director de la Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario (Argentina); Dra. Laura Nervi Docente-investigadora en sistemas, servicios y políticas de salud en la Escuela de Salud de la Población de la Universidad de Nuevo México (Estados Unidos); Dr. Pedro Brito, Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública (España) y Dr. Francisco Campos, Especialista en Políticas de Desarrollo Científico y Tecnológico de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (Brasil). El Dr. Guillermo J. Argueta M. MD. MPH, Asistente Técnico administrativo de la Asesoría presidencial de Salud y Educación, de la República de El Salvador ha sido el secretario técnico del grupo de expertos.

Introducción

El campo de los recursos humanos en salud es un campo técnico y político de gran complejidad y trascendencia. Está vinculado al desarrollo del ser humano y a su quehacer e inserción en el trabajo, y estrechamente ligado a las políticas de salud, laborales y educativas, así como al desarrollo científico y tecnológico.

Aunque con altibajos, hace mucho que América Latina y el resto del mundo han reconocido la importancia de los recursos humanos para lograr los objetivos en salud. En el caso de las Américas y en el plano de la acción gubernamental y multilateral, en las décadas previas a la Declaración de Alma-Ata algunas instancias concedieron una importancia fundamental a la formación de los profesionales de la salud, como es el caso de la Carta de Punta del Este en 1961. En la década de 1970 se visualizó la relación entre la educación médica y la estructura social, reconociéndose el papel de la estructura del mercado de trabajo y de las condiciones que determinan la práctica médica. El Plan Decenal de Salud para las Américas del año 1972 recomendó que cada país desarrollara un proceso de planificación de recursos humanos integrado en la planificación de salud (1). Su objetivo central era extender la cobertura a la población desprotegida, en especial a la de las áreas rurales. El Plan propuso recomendaciones específicas para la distribución geográfica del personal. Otras experiencias destacadas de desarrollo de recursos humanos en el marco de las integraciones subregionales son el Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica y Panamá (PASCAP), que funcionó entre 1982 y 1997, y el Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES Brasil y CLATES México) en las décadas de 1970 y 1980.

Las acciones adoptadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de la Declaración de Alma-Ata están ampliamente documentadas. En el Documento número 9 de la serie *Salud para Todos* formulado a los 10 años de Alma-Ata se presentaron una serie de acciones decididas de la OMS en las que la OPS/OMS tuvo un papel fundamental y que llevaron en 1979 a la definición de estrategias tendientes a comprometer el quehacer de las instituciones formadoras con los objetivos de Alma-Ata. En 1984, la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptaron una serie de resoluciones para profundizar en el análisis del papel de la universidad y propiciar su incorporación, realizando un esfuerzo común e interdisciplinario. Esto se sumó al llamado que la OMS hizo en 1980 invitando a los países a aumentar la masa crítica de líderes en salud (2).

Las universidades latinoamericanas contribuyeron de diferentes maneras a este llamado en un contexto de períodos caracterizados por grandes cambios políticos, crisis económicas y sociales, además de por instituciones académicas desfinanciadas y convulsionadas. A través de varios proyectos se luchó por cumplir la misión de la universidad como contribuidora al proyecto histórico de una sociedad más justa y democrática, así como de la necesidad de asumir el liderazgo en la defensa de la vida humana y de los derechos fundamentales de la ciudadanía, entre ellos el de salud (3).

Los resultados de estos esfuerzos fueron heterogéneos. Pero con el tiempo prevaleció la idea de que estos no tuvieron un impacto fundamental en los criterios de organización del desempeño en los servicios de salud, en la redefinición de las reglas que determinan el mercado de trabajo en salud, ni tampoco en la orientación de la formación y la producción de conocimiento relevante para mejorar la salud de las poblaciones. Después de todo, el campo de recursos humanos en salud está determinado por los mismos procesos políticos y económicos que determinan a los sistemas de salud.

1. Políticas de recursos humanos en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud

Los sistemas de salud y los determinantes del desarrollo de los recursos humanos en salud

Es importante recordar el contexto mundial existente cuando se lanzó la estrategia de atención primaria de la salud (APS) para alcanzar la meta de Salud para Todos en el año 2000 (4). La Conferencia internacional de atención primaria de salud se celebró en Alma-Ata en plena guerra fría, en un mundo bipolar (5). Los líderes de la Conferencia reconocieron que eran inaceptables las grandes desigualdades socioeconómicas entre los países y dentro de ellos mismos, así como el deteriorado estado de salud de millones de personas, en particular en los países en desarrollo. Por ello, se proclamó que la APS debería acompañarse de la instauración de un Nuevo Orden Económico Internacional (NOEI) más justo.

Pero los hechos han discurrido en dirección opuesta a los anhelos de un NOEI. Las Américas y el resto del mundo han sido testigos de cómo se consolidaba el modelo económico neoliberal que ha agravado las inequidades entre países y dentro de ellos. Además, últimamente está viviéndose un renacer de los autoritarismos y los retrocesos que afectan a los derechos de los ciudadanos y a los

principios de las democracias (aunque sean imperfectas). Se han reducido los espacios para la diplomacia y la discusión sobre la posibilidad de un nuevo orden internacional más justo se ha clausurado. A lo sumo se fomenta que cada país se haga cargo de su propia riqueza y pobreza, aunque cada vez les queden menores márgenes de autonomía y soberanía (6).

Un empeño bastante extendido entre los partidarios de las políticas neoliberales es tratar de demostrar que la viabilidad y la sostenibilidad económicas de los sistemas de salud universales y equitativos es imposible. Por eso, las recetas más difundidas apuntan implícita o explícitamente a la privatización de la atención de la salud, al aseguramiento fragmentado y al aumento de los gastos de bolsillo.

Como se ha demostrado históricamente, el logro del acceso universal requiere sistemas de salud con una base financiera pública mayoritaria y sólida (7). Por ello, es importante reconocer que nuestros países tienen una deuda con las reformas fiscales. En casi todos ellos existen sistemas impositivos regresivos e insuficientes, que no se condicen con la contribución justa de cada estrato social al ingreso fiscal (8). Si no hay espacio de política fiscal para incrementar los recursos públicos, ¿cómo se financiarán y sostendrán los sistemas de salud?

No se puede soslayar que en muchos países se entiende la Cobertura Universal de Salud (CUS) como el agregado de segmentos de cobertura poblacional de diferentes calidades y costos, diferenciada según los diversos segmentos sociales y económicos. Y esto sin entrar en la discusión acerca de que en su formulación actual, la CUS deja la puerta abierta a que el sector público subsidie al sector privado con fines de lucro mediante la contratación de servicios privados para la provisión de servicios o en los servicios intermedios. En teoría, todo el sistema prestador de carácter privado con fines de lucro podría desarrollarse a expensas del financiamiento del sector público o a través de las primas deducibles, copagos y coseguros pagados directamente por los ciudadanos.

Es necesario recordar también que ante la formulación de la meta de Salud para Todos en el año 2000 (Asamblea Mundial de la Salud, 1977) y el lanzamiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (Alma-Ata, 1978), de manera casi inmediata se dio un proceso de cooptación y desnaturalización de la propuesta de la APS. Un conjunto de actores internacionales con intereses económicos propios formuló la llamada APS selectiva o simplificada que consistía en un paquete de acciones de bajo costo (intervenciones costo-efectivas) dirigidas a las poblaciones pobres (9). Fue la primera propuesta neoliberal en salud que combinaba prestaciones básicas y focalización en los más pobres. Muchos países adoptaron esta visión limitada y

sesgada hacia la disminución de costos, ampliamente promovida por las instituciones de financiamiento internacional y algunas agencias bilaterales mediante una política social residual para los pobres que se centraba en proporcionar un paquete básico de servicios.

Otros países (o en ocasiones regiones o ámbitos locales de los países) intentaron implementar la propuesta integral de APS adoptada en Alma-Ata. Pero, en la mayoría de los casos, esta fue abandonada o desarrollada escasamente. La realidad fue que la mayoría de los países implementaron una combinación de ambas visiones. Pero esto ocurrió en sistemas de salud de cobertura deficiente y con un acceso muy limitado a servicios insuficientes y escasos en las zonas alejadas de las grandes ciudades. Los sistemas de salud de los países de la de América Latina y del Caribe (ALC) se caracterizan desde hace mucho tiempo por problemas de segmentación social y por la fragmentación institucional. Dichas realidades han limitado y limitan gravemente el acceso, la integralidad, la continuidad y la calidad de los servicios.

La irrupción de las reformas neoliberales basadas en la propuesta del *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud*¹ publicada por el Banco Mundial y su puesta en operación en América Latina siguiendo la propuesta del llamado pluralismo estructurado no solo reforzó la racionalidad mercantil en los sistemas sanitarios (la atención de la salud no es un derecho, sino una mercancía que tiene precio en los mercados donde los ciudadanos la deben adquirir), sino que también se centró en la curación de la enfermedad. Así, la promoción, la prevención y las acciones de salud pública quedaron relegadas a un lugar de menor importancia, tanto en términos de prioridades políticas como financieras.

Las sucesivas reformas de inspiración neoliberal han mantenido vigente esa esencia y sus formas han seguido renovándose desde principios de la década de 1990. En la actualidad, la mayor parte de los países en América Latina han reformado sus sistemas según las líneas del pluralismo estructurado (10) y han optado por un modelo financiero de aseguramiento segmentado como vía para llegar a la meta de la CUS. Ha habido excepciones y siguen existiendo, pero cada vez son menos (11-13). Una condición para que los modelos mercantiles de atención a la salud se fortalezcan es la debilidad de los sistemas de salud basados en la APS. El negocio de la salud como objetivo de los sistemas de salud es incompatible con los valores de la Declaración de Alma-Ata.

La experiencia histórica mundial muestra que solo los sistemas de salud con una APS integral y fuerte pueden asegurar la CUS, el acceso universal a los servicios y la eficacia y calidad del sistema de

1 Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud*. Washington DC, 1993.

salud. Solo los sistemas de salud con una base financiera mayoritariamente pública y sólida pueden garantizar el derecho a la salud (14). Hablar de CUS y no mencionar el derecho a la salud como elemento central en las políticas públicas que apuntalan la CUS es una omisión grave, igual que negar la contribución fundamental que los trabajadores de la salud hacen a los sistemas de salud, de los que son el componente esencial.

En ese contexto general, tanto el desarrollo de los recursos humanos como el reconocimiento del rol protagónico que los trabajadores de la salud tienen en los sistemas de salud fueron dejados de lado. Debe decirse que, en las reformas neoliberales, la fuerza de trabajo es una variable de ajuste sometida a las políticas de desmontaje del aparato de administración pública y de sus capacidades institucionales (*downsizing*), de desregulación laboral (flexibilidad del trabajo y precarización del empleo), de descentralización, de privatización de la seguridad social y de los sistemas de pensiones y de privatización de los sistemas educacionales, en especial en lo referente a salud y a la educación superior y técnica.

Los recursos humanos deberían considerarse como los sujetos fundamentales de los sistemas de salud y de la APS

Un componente indispensable de una APS fuerte es una fuerza de trabajo sanitaria en cantidad y calidad adecuadas, que conforme equipos de salud integrales capaces de garantizar un acceso universal de calidad. Debe ser una fuerza de trabajo competente y sensible que posea la capacidad de responder a las necesidades de las comunidades a las que sirve. Cuarenta años después de Alma-Ata, esta fortaleza no existe en la mayoría de los países de América Latina. El déficit de personal sanitario para la APS es el principal problema de recursos humanos de salud en la Región.

¿En qué sistemas se desempeña el personal de salud? Los sistemas de salud existentes se caracterizan por su gestión autoritaria y por una escasa o nula representación laboral. Las relaciones laborales, individuales y colectivas se han deteriorado. El trabajador de salud es un objeto cada vez más precario en su puesto de trabajo. El proceso de deshumanización del personal de salud se ha intensificado. Y esto puede apreciarse en los enfoques de análisis de desempeño.

Esta visión dificulta la comprensión del rol que tiene el personal como facilitador u obstaculizador de las transformaciones que se realicen (o en el mantenimiento del status quo) y de artífices de los sistemas de salud. Pero sobre todo, los niega como sujetos de su trabajo y como sujetos de derecho, tanto en lo político como en lo laboral (15). Es curioso que, en general, los intentos por considerar la participación social en los sistemas de salud casi siempre dejan de lado a los trabajadores de salud.

Debilidad de las políticas en salud y de las políticas de personal de salud

El macroproblema del déficit de personal sanitario para la APS en los sistemas de salud es, en lo esencial, un problema político que se origina en la debilidad, la insuficiencia y/o ausencia de políticas de recursos humanos dirigidas a satisfacer las necesidades de salud de la población (16).

Los viejos problemas de escasez absoluta y relativa de personal de salud en los niveles de atención básica y en las zonas más pobres y alejadas de las capitales y grandes ciudades siguen sin resolverse. En muchos casos persisten o se han agravado (17).

Las políticas puestas en práctica en algunos países no han tenido el éxito esperado o simplemente fracasaron. En muchos países ni siquiera han existido políticas para fortalecer la presencia de equipos de salud en las zonas más pobres y remotas (18).

Frente a ello, es importante intentar responder a las siguientes preguntas. ¿Cuáles son los espacios de política que tienen los gobiernos para desarrollar políticas de recursos humanos? ¿Qué estrategias podrían desarrollarse dentro del gobierno (por ejemplo, cómo debería liderar la Presidencia la creación de las condiciones políticas y financieras de los sistemas de salud)? ¿Cómo podría Hacienda dejar de decidir qué categorías del presupuesto de salud se eliminan o se recortan ante una crisis fiscal y respetar la priorización realizada por los líderes en salud para controlar el presupuesto? ¿Quiénes regulan la acción de los agentes y los actores en el campo de la salud y cómo lo hacen? Y respecto a los actores y a los intereses privados nacionales e internacionales, podemos preguntarnos por ejemplo ¿cómo se aumenta el poder de decisión de los países con respecto a los recursos de la cooperación? ¿Cómo puede regularse a los actores privados y cómo se incluye al personal de salud en el desarrollo de las políticas de salud? ¿Cuáles son los actores sociales que podrían ayudar a incrementar los espacios de política?

Financiamiento para asegurar el personal sanitario de APS

Uno de los principales problemas determinantes del anterior es el financiamiento insuficiente para dotar a los servicios y a las redes de servicios del personal que requiere una APS con alta capacidad resolutive. Tradicionalmente, los enfoques de la APS no han sido prioritarios en el presupuesto, que casi siempre es insuficiente, y actualmente tampoco son. Ante situaciones de crisis económica o catástrofe natural, o de políticas de austeridad o de escasez de fondos, los ajustes tienden a recortar los fondos para la APS.

Para alcanzar la salud universal es importante que se defina políticamente la prioridad estratégica de la APS en todo sistema de salud. Sobre esa prioridad política se construye la acción para asegurar los recursos que requieren los equipos en los diversos niveles de atención con el fin de atender a todas las poblaciones en todos los lugares. No se trata solo de asegurar recursos para los médicos, sino para el conjunto de los equipos de salud y para las acciones de salud integral, incluidas las acciones de salud pública que son inherentes a los sistemas de salud.

Es demasiado frecuente que, ante una situación de escasez de recursos, la autoridad sanitaria deba decidir entre los servicios de puerta de entrada al sistema y los hospitales de mayor complejidad, sobre todo en ausencia de redes integradas de servicios de salud (RISS). Por lo común, ante la presión política y mediática, las autoridades se deciden por apoyar a los hospitales que poseen sindicatos con un mayor poder de presión y asociaciones profesionales con mayor capacidad de movilización corporativa.

También es necesario llamar la atención sobre los serios problemas vigentes en casi todos los países de la Región: el multiempleo médico, la creciente precarización y hasta la informalización de la fuerza de trabajo sanitaria, entre otros temas relacionados que son parte fundamental de cualquier planificación en salud (19).

Planificación y la gestión de personal de la APS

En ausencia de prioridades en políticas de salud para fortalecer la APS es muy difícil planificar las necesidades de personal sanitario. Los sistemas de información no están preparados para apoyar la definición de necesidades. Para ello es necesario fortalecer los sistemas de información de personal sanitario, considerando no solamente las unidades de atención básica, sino las RISS, que son los niveles y entornos fundamentales para el fortalecimiento de la estrategia de APS.

La desigual distribución del personal de salud en las grandes ciudades en perjuicio de las zonas alejadas, de menor desarrollo económico y de mayor pobreza es uno de los mayores problemas que deben resolverse. Dicho problema no es consecuencia solo de las políticas deficitarias de personal o de la escasez de recursos. Los procesos de formación concentrados en los hospitales y, entre ellos, en los de mayor complejidad condiciona una práctica profesional que tiende a la especialización, la dependencia tecnológica y a expectativas de ejercicio liberal de la profesión.

Por ello, además de la dotación de personal hay que considerar otras situaciones complejas y deficitarias. La más crítica es la retención del personal de salud en las áreas remotas y pobres del país. Por lo común, para abordar este problema, algunos ministerios de salud han puesto en práctica esquemas de incentivos monetarios para la

retención del personal, atendiendo a las recomendaciones de los bancos de desarrollo. No existen datos que confirmen que este tipo de intervenciones han dado lugar a éxitos masivos y sostenidos.

Equipos integrales de la APS

Cuando la política sanitaria favorece de forma continuada y fuerte un sistema basado en la APS, esta estrategia configura una atención integrada, continuada, que responde a las necesidades de la comunidad y es sensible a la cultura local. Como toda intervención sanitaria debe ser efectiva y eficiente. Es una atención que se realiza en equipo y que debe cubrir la promoción, la prevención, la recuperación y la rehabilitación. Asimismo, se realiza en una relación democrática con la población a la que sirve.

Para lograrlo, es necesario contar con un conjunto de competencias esenciales, especiales y complementarias. En conjunto, estas deben garantizar una atención de buena calidad que cumpla las características que se han indicado. La APS requiere un equipo de salud competente e integrado.

La Región cuenta con una importante experiencia acumulada en relación a este tema. Prácticamente no hay país que no haya intentado construir y mantener equipos de salud para asegurar la aplicación de la estrategia de APS en sus diferentes concepciones. Del mismo modo, se cuenta con registros de éxitos y fracasos.

De manera general se acepta que, en una modalidad armónica de división de saberes y responsabilidades, el equipo debe asegurar las competencias relativas a:

- Dominio instrumental-técnico y manejo de tecnologías sanitarias, así como de la información y comunicación propias de cada disciplina.
- Salud pública, un aspecto en el que se incluyen competencias de análisis de la situación sanitaria y de los determinantes sociales de la salud, de la vigilancia de la salud y de la gestión del servicio.
- Atención integral a la población, que se refiere al dominio de competencias relativas a la promoción, la prevención, la curación y la rehabilitación.
- Capacidad de trabajar en RISS, asegurando la integralidad y la continuidad de la atención.
- Gestión participativa y relaciones con la comunidad, sociedad civil y las entidades de gobierno local.

Una buena parte de estas competencias no se adquiere en los estudios profesionales o técnicos. Los modelos y los programas educativos de las escuelas de ciencias de la salud en su mayoría no

forman a los alumnos en las competencias necesarias para trabajar en el contexto de la estrategia de APS. Se requiere de una política definida para el desarrollo de programas especiales de posgrado y de un programa de educación permanente que mantenga actualizadas y aporte nuevas competencias.

Fragmentación de los servicios y debilidades de las redes integradas de servicios

El otro gran problema estructural de los sistemas de salud de los países de América Latina y del Caribe es la fragmentación institucional y organizacional. Esto significa la coexistencia entre organizaciones sanitarias pertenecientes a las diversas instituciones que conforman un sistema de salud, sin ninguna o escasa relación de coordinación, complementación o colaboración (servicios públicos del ministerio de salud, de la seguridad social privatizada y no privatizada, privados de diverso nivel de concentración de capital, religioso, comunitario, filantrópico, de las fuerzas armadas, etc.). A la falta de coordinación se agrega el hecho de que los servicios presentan diversos niveles de capacidad de gestión y capacidades instaladas. Y esto sin nombrar los modelos y servicios médicos alternativos que se articulan de diferentes formas con los modelos y servicios oficiales.

Esta fragmentación es uno de los factores que afectan a la falta de continuidad y de integralidad de la atención, que a su vez contribuye a la baja calidad de la atención y a un derroche extraordinario de recursos. Después de treinta años de intentos de fortalecer la APS, la Región se vio obligada a postular la conformación de RISS para superar dicha fragmentación. Las RISS asumirían la responsabilidad de organizar el sistema de salud en todos los niveles. Además pondrían en relación de colaboración y coordinación la atención de las diversas organizaciones existentes en un territorio-población (20).

Para ello, la OPS/OMS generó teoría y metodologías que se pusieron a disposición de los países. Hasta la fecha no se dispone de una experiencia amplia con las RISS y no hay experiencias evaluadas susceptibles de ser sometidas a comparación. En algunos países ha habido experiencias limitadas locales o regionales que todavía están muy lejos de provocar un impacto epidemiológico sostenido. Y sobre todo, el interés por las RISS se ha concentrado casi exclusivamente en los ministerios de salud, mientras que el sector de la seguridad social y en especial el sector privado (con y sin fines de lucro) no se han integrado, ya que su integración plantea desafíos no sólo relativos a la fragmentación, sino también a la segmentación de los sistemas de salud.

Estas dificultades hacen que gran parte del personal de salud de los niveles locales que trabajan en un contexto de APS sigan trabajando en aislamiento, desvinculados de los niveles de mayor complejidad,

sin sistemas de referencia y contrarreferencia, sin comunicación efectiva entre equipos, y entre equipos y hospitales.

Género y fuerza de trabajo

Históricamente, la fuerza laboral en salud ha sido un colectivo caracterizado por una mayoritaria presencia de mujeres. El notable incremento desde hace varias décadas de la proporción de médicas ha ayudado a incrementar la visibilidad de este fenómeno en la profesión médica. Las consecuencias de estos cambios distan de ser solo demográficos y ponen de manifiesto que las políticas y la gestión de recursos humanos, incluidos los estímulos para la radicación en zonas desfavorables, en muchos países se ha sostenido sobre condiciones y contratos de trabajo pensados fundamentalmente para los hombres. Es necesario incrementar sustancialmente los análisis de género y la fuerza de trabajo en salud para definir políticas más justas en todas las categorías técnicas y profesionales (21).

Migración del personal de salud

Es importante tratar el tema de la migración del personal de salud. Si los países no son capaces de retener a sus técnicos y profesionales no es posible mantener una fuerza de trabajo estable y preparada. Cuando el Primer Mundo absorbe personal de salud del Tercer Mundo, una parte creciente de los trabajadores de salud emigrados no pasa a formar parte de la fuerza de trabajo del país receptor y muchos de ellos acaban ocupados en otros sectores o actividades menos cualificadas. Es imperativo que se estudien y se evalúen adecuadamente las actuales experiencias de movilización masiva de profesionales, así como los acuerdos bilaterales (en el marco o no de la cooperación sur-sur) de movilización de personal para fortalecer la APS en países receptores que buscan resolver el problema de déficit de personal.

2. Formación de recursos humanos y APS en los sistemas de salud: el desafío de la salud universal

Cuarenta años después de la Declaración de Alma-Ata, el déficit de personal sanitario para la APS es el principal problema de recursos humanos de salud en la Región, tal como ya se ha mencionado. El déficit no solo es consecuencia de la falta de recursos para contratar a personal que trabaje en un contexto de APS. Este problema va más allá del sistema de salud y compromete a los sistemas educativos, en especial a la educación superior y técnica, las principales responsables de la formación del personal de salud.

Es un lugar común en la salud pública referirse al divorcio entre la formación de personal y los requerimientos de desempeño de dicho personal en los servicios de salud. Es un problema viejo, más que

Alma-Ata, pero que hasta ahora no cuenta con soluciones estructurales, efectivas y sostenibles.

Más allá de las políticas de salud, a pesar de ellas, debido a ellas o a su ausencia, desde mediados del siglo pasado en países de América Latina y del Caribe los hospitales dedicados a la atención recuperativa (que es donde se forman los profesionales de la salud) van adoptando una creciente especialización y una mayor dependencia de la tecnología y de los insumos médicos. En esos lugares de la enfermedad se configura no solo un modo de atención recuperativo y centrado en la figura del médico especialista, sino un modelo de educación que también tiende a la especialización y a la superespecialización.

Pero Alma-Ata definió la APS como una fuerza de transformación de ese modo dominante en la atención a la salud y en la formación de personal. Cuarenta años después sabemos que el cambio estructural no tuvo lugar, pero también sabemos que se registraron algunos avances.

Formación universitaria

En su dimensión estratégica, la APS es una agenda de reforma del sector salud orientada a desarrollar las condiciones para el derecho a la salud para todos y a garantizarla. En la mayoría de las experiencias ha adquirido su máxima visibilidad en la sustancial expansión cualicuantitativa del primer nivel de atención, así como en el reconocimiento de prácticas sanitarias que tienen lugar en el mismo escenario donde la gente vive, estudia, trabaja o se recrea.

Con la APS, cientos de miles de trabajadores comunitarios, enfermeros, parteras, médicos generalistas, de familia o de especialidades básicas en todo el mundo han expandido las fronteras de los servicios de salud. Estos profesionales han interactuado con comunidades cuyas identidades y culturas habían permanecido hasta entonces casi invisibles y han aprendido de ellas.

La APS plantea enormes desafíos a la formación profesional en salud. Las competencias necesarias para su desempeño son tantas y tan complejas que hacen que sea necesario un nuevo sujeto en el que se coloca la expectativa de llegar hasta las comunidades subatendidas. Ese sujeto es el equipo de salud. El equipo de salud multiprofesional en acción utiliza una combinación de saberes y niveles de formación que puede extenderse desde promover la salud y prevenir la enfermedad hasta descubrir o adaptar tecnologías apropiadas al contexto en que se desempeña, o el dominio de lenguas nativas.

Sin embargo, los sistemas de formación universitarios han permanecido bastante rígidos e impotentes frente a estos desafíos. No abundan las experiencias de formación de grado interprofesionales.

Tampoco han estandarizado ni profesionalizado adecuadamente el rol de los trabajadores comunitarios de salud. Además en algunas situaciones las competencias de los profesionales para el desempeño en el primer nivel se ofrecen en diversas propuestas de posgrado que incluyen una cierta dosis de desaprendizaje de lo aprendido en el grado.

Las lógicas que siguen los sectores salud y educación en la mayoría de los países son distintas. El sector salud sigue viéndose forzado a dar respuestas más inmediatas y el sector educativo está sujeto a una dinámica mucho más lenta, y afronta la difícil superación de los modelos educativos del pasado. Esta situación se agrava en los países donde las coaliciones políticas gobernantes no siempre hacen coincidir las autoridades de uno y otro sector, lo que frustra las posibilidades de diálogo intersectorial y la posible sintonía que podría darse entre políticas de salud y educación.

No han faltado intentos y experiencias exitosas en el más de medio siglo de reformas educativas iniciadas antes de la Conferencia de Alma-Ata. Estos intentos coinciden en cuestionar los modelos de formación cientificistas y, en distintas proporciones, contraponen las experiencias de aprendizaje orientadas a la comunidad. Entre ellos destaca la introducción de la medicina comunitaria en Estados Unidos, Canadá y algunos países latinoamericanos. También destacan las reformas de la educación médica mexicana y canadiense a finales de la década de 1970, la instalación masiva de áreas de medicina social y preventiva en las facultades de medicina latinoamericanas, o la integración docente-asistencial que luego derivó en la articulación docencia-investigación-servicios-comunidad. Son destacables además el intento de promover la formación multiprofesional con el concurso de las asociaciones latinoamericanas de medicina, enfermería, odontología, salud pública y medicina social, y eventos como la Conferencia de Educación Médica de Punta del Este convocada por las Asociaciones Panamericana y Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina en 1994.

A principios de la década de 1990 se desarrolló un proyecto de alcance internacional llamado Universidad y Salud para Todos. Fue una experiencia remarcable en su desarrollo conceptual, pero que ha tenido escaso impacto en el día a día y en el quehacer tanto de los ministerios de salud como de las escuelas o facultades concretas. Se han propuesto comisiones intersectoriales de salud y educación, pero es difícil ejercer poder de convocatoria sobre ministerios de salud sometidos a diferentes agendas técnicas y políticas.

Aun en situaciones en las que concurren voluntades políticas de las dos partes, el ethos de la constitución de las áreas ha impedido que se hayan logrado avances importantes. Así, el espíritu de Alma-Ata y su mensaje se han visto reducidos a un tópico o a la clase magistral

de la disciplina de medicina social o preventiva. Solo en casos muy contados preside la organización de todo el currículo.

En el espacio multilateral se ha reafirmado la importancia de que los sectores de la salud y la educación logren concertar políticas comunes. Por ejemplo, así lo muestran el Llamado a la Acción de Toronto de 2005 y la Estrategia de Recursos Humanos aprobada en la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del 2017, que reafirma el rumbo y renueva el compromiso de los gobiernos de la Región. Define en su línea estratégica de acción 3: "Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud" (22).

Es reconocido el papel que la OPS/OMS ha desempeñado en la cooperación técnica al desarrollo de la educación médica y de las profesiones de salud (23). Un ejemplo de estas iniciativas es el de la Universidad y Salud de la Población, desarrollada entre la Unión de Universidades de América Latina y el Caribe (UDUAL) y la OPS/OMS entre 1987 y 1993 y que trató de establecer un programa de apoyo universitario al desarrollo de la salud. Esta iniciativa fue precedida de una larga reflexión que reconoció que el abordaje monoprofesional no llevaría a alcanzar los principios básicos del abordaje de salud integral y que los servicios de la salud y la universidad marchaban por caminos paralelos pocas veces coincidentes. Otro ejemplo fue la revista *Educación Médica y Salud* publicada entre 1966 y 1995, que devino en un espacio privilegiado de comunicación científica. A mitades de la década de 1990, una iniciativa de la Fundación Kellogg y de la OPS/OMS desarrolló una serie de proyectos basados en la estrecha cooperación entre universidad, servicios y comunidades (los denominados proyectos UNI) que llevaron a cabo experiencias innovadoras en varios países. En sintonía con esta iniciativa, el Programa de Libro de Textos de la OPS/OMS publicó en 1997 el influyente libro *Educación Médica* que impulsó una nueva oleada de reformas curriculares a partir del enfoque del aprendizaje basado en problemas y de la orientación comunitaria. En la primera década del nuevo milenio la serie *La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas* impulsó nuevas reformas y puso a la APS renovada como el eje central de los currículos en las carreras de salud.

Educación permanente en salud

La educación permanente en salud (EPS) constituye una preocupación similar y presenta un déficit notable por su ausencia de la universidad y el escaso interés de los propios ministerios de salud. La EPS existente resulta escasa, discontinuada y con frecuencia monodisciplinar u orientada por algún programa especial que trata de involucrar a los servicios de primer nivel en el alcance de sus propios

objetivos. La tarea no es sencilla, ya que tiene que abordar una amplia dispersión territorial, el aislamiento, los costos de traslado, los riesgos de discontinuar la atención, un acceso bajo a los servicios básicos de comunicación (energía eléctrica, telefonía fija o móvil, servicios de internet). Los anteriores suelen ser argumentos para demorar o postergar los mecanismos de educación permanente de los equipos de salud para quienes estos procesos son vitales, casi tanto como los insumos o el equipamiento.

La cooperación técnica de la OPS/OMS en el campo de la EPS ha sido intensa. Se ha plasmado en publicaciones, materiales didácticos y en la cooperación directa para definir, implementar y evaluar las políticas y los programas de educación permanente (24-32).

Las innovaciones tecnológicas en el campo de las comunicaciones que permiten combinar la educación permanente con la educación a distancia y la telemedicina están reduciendo las limitaciones y los costos de mantener un proceso interactivo de educación que no solo llegue a los equipos del primer nivel, sino que también interpele a otros niveles de mayor complejidad con realidades locales con el fin de enriquecer las respuestas de una RSIS.

Los dramáticos cambios en la morbilidad constituyen otro desafío para la formación y la educación permanente de los equipos de salud, que hasta la fecha se han mantenido relativamente rígidas frente a sustanciales modificaciones. Los ejemplos de esas transformaciones son numerosos y comprenden el cambio de las enfermedades transmisibles como consecuencia de la explosiva combinación de globalización, el cambio climático (en especial en las enfermedades vectoriales), la creciente resistencia a los fármacos antimicrobianos, el notable incremento en las enfermedades crónicas (no transmisibles y transmisibles) en todas las etapas de la vida y el incremento de la longevidad. Otros cambios son la salud de los adolescentes que impulsa acciones intersectoriales tendientes a reducir accidentes, auto y heteroagresiones, embarazos tempranos y las consecuencias del abuso de sustancias adictivas, los fenómenos migratorios de gran escala que obligan a intercambiar experiencias y conocimientos entre servicios de salud de diferentes países, las catástrofes naturales y provocadas que reclaman una mayor preparación en socorrismo de los equipos de salud, entre otros muchos cambios (33).

Nuevas demandas a las instituciones de formación y educación permanente de los equipos de salud

Existe una reconocida necesidad de un fuerte involucramiento de los servicios de salud como escenario privilegiado de aprendizaje en la lógica de la articulación de la docencia-investigación-servicios-comunidad. Al mismo tiempo, esto requiere diversificar esos escenarios mucho más allá de los hospitales universitarios, transformando a toda la red de servicios en ámbitos de la formación.

Mientras la articulación de escenarios y experiencias de aprendizaje sea vivida por los servicios de salud como una “donación” a la universalidad, esta no reconocerá con facilidad ninguna responsabilidad en la educación permanente del personal de salud, que se interpreta como una tarea que “de forma natural” solo corresponde a los servicios “empleadores”. Sin embargo, las posibilidades estratégicas de establecer convenios de beneficio recíproco que integren la universidad con la EPS resultan bastante obvias.

Debe mencionarse que los procesos formativos cuentan con nuevas posibilidades gracias a la incorporación de nuevas teorías de aprendizaje significativo, usando tecnologías de información y comunicación que no solo amplían la posibilidad de la educación formal, sino que de alguna manera la transforman. Diversos soportes, combinaciones pragmáticas de herramientas y técnicas obligan a repensar las formas de construcción y circulación del conocimiento, así como las formas de evaluar y de documentar. Así, la formación técnica y profesional y la educación permanente se amplía a nuevos escenarios y recupera, con carácter formativo, instrumentos nuevos y tradicionales tales como las supervisiones capacitantes, las interconsultas, la telemedicina, las referencias y las contrarreferencias presenciales o virtuales adecuadamente documentadas.

Retos inmediatos

La exigencia de una expansión del primer nivel como una de las condiciones para la universalidad del acceso y la cobertura requerirá nuevas competencias clínicas y de gestión de servicios. También serán necesarias mayores competencias interculturales y ambientales, una mayor formación en valores (en especial en lo referente a las equidades de género, étnicas y generacionales) y una mayor capacidad de trabajo en equipos multiprofesionales que incluyan a trabajadores comunitarios de salud.

En consecuencia, es muy necesario avanzar en la consolidación y redefinición de los equipos de salud considerados como sujeto protagónico de la accesibilidad, la cobertura y la protección social, expandiendo sustancialmente la formación en salud familiar y comunitaria, salud pública/salud de las poblaciones y gestión de servicios, así como promover los equipos interprofesionales en el marco de las RISS que aseguren el acceso a los niveles de mayor complejidad cuando se requiera.

Las bases institucionales, técnicas y políticas de este resultado esperado suponen una alianza estratégica intersectorial entre educación y salud, capaz de expandir, sostener y consolidar equipos de salud

integrales formados, motivados y comprometidos con el derecho a la salud en todo momento, en todo lugar (34).

3. Investigación en Sistemas y Servicios de Salud con Enfoque en APS

Investigación en salud

Desde comienzos del milenio se ha insistido en la importancia vital que debería tener la investigación en salud (en todos sus temas) para el fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud. Tres hitos organizados por la OMS y que se toman en cuenta son el reporte mundial *Knowledge for a Better Health*² (2004), la Cumbre Ministerial en Investigación en Salud de la Ciudad de México en 2005 y la Cumbre de Bamako en 2008.

Con respecto a América Latina y el Caribe, es ampliamente reconocido en cada estudio y diagnóstico disponible que: a) la producción de conocimiento que ofrezca respuestas a las necesidades de salud de la Región es insuficiente; b) la organización y gestión del conocimiento son inadecuadas; c) una gran parte de los resultados de la investigación se desechan, y d) las investigaciones no poseen el rigor necesario (35).

En el 2009, los Estados Miembros de la OPS aprobaron una política regional de investigación en salud para las Américas. Desde entonces, la mayoría de ellos han desarrollado políticas nacionales de investigación en salud. Y hacia diciembre del 2017, dieciséis países reportaron haber establecido dicha política y dieciocho países del CARICOM avalaron una política común (36).

Asimismo, se reconocen las grandes diferencias en las capacidades de producir, usar, organizar y monitorear la investigación en salud de los distintos países. Además se menciona que en ocasiones la organización y la gestión de la investigación es inexistente. Desafortunadamente, en ALC la investigación en salud sigue siendo función deficiente de salud pública. A su vez, existe consenso en que esta situación debe cambiar (37).

Es importante destacar que, en materia de investigación en salud, no se debe asumir que existe una situación común prevalente en toda la región de las Américas, porque no desvela la enorme desigualdad existente en la investigación en salud entre Estados Unidos y Canadá, por un lado, y ALC por el otro. El tema de la investigación en salud expresa, como casi ningún otro, las abismales diferencias existentes entre el Norte y el Sur, lo que no quiere decir que el Norte no tenga sus propias insuficiencias, inequidades y desafíos. Es el Norte el

2 World Health Organization . World report on knowledge for better health: strengthening health systems. Geneva: World Health Organization, 2004. <http://www.who.int/iris/handle/10665/43058>

que dicta los desarrollos científicos y tecnológicos, principalmente en equipamiento y medicamentos. Pero además también dicta los modelos de atención que han arraigado en gran parte de ALC, sobre todo en los modelos de servicios y aseguramiento destinados a las clases medias (38).

En ALC la capacidad de investigación sigue siendo baja, pero se han registrado algunas mejoras. La primera es que en los últimos 15 años, el gasto en investigación y desarrollo creció del 0,57% al 0,8% del PBI (lo que sin embargo sigue contrastando con el gasto de los países de la OCDE, que es de entre un 2,5% y un 2,8% del PBI). Por otro lado, el número de publicaciones científicas en salud se ha triplicado durante dicho período (39).

Es importante tener en cuenta que una gran parte de la investigación biomédica que se realiza en las universidades, centros de investigación y en los servicios de salud en ALC son cada vez más ensayos clínicos y pruebas poblacionales, ambos financiados por la industria farmacéutica o la filantropía estadounidense. Este tema no se ha abordado ni estudiado suficientemente y tiene consecuencias sobre los aspectos éticos de la investigación y sobre otros muchos aspectos relacionados (40-41).

Aportaciones de la investigación en el área de los recursos humanos en salud

Una parte significativa de la investigación en sistemas y servicios de salud tiene que ver con el componente laboral, es decir, con el desempeño de los trabajadores de la salud. Hasta finales de la década de 1980, el sector salud era analizado básicamente como un área de servicios y de formación. El personal de salud se consideraba parte del área de servicios y la percepción sobre sus condiciones de trabajo estaba asociada a las competencias, entrenamiento e insumos disponibles. Se logró un avance gracias a la comprensión más amplia del campo de los recursos humanos incorporando, además de la dimensión formativa, la dimensión laboral (mercados de trabajo, procesos de trabajo, relaciones laborales) a los servicios de salud.

Las investigaciones en el campo laboral de salud muestran que el personal que trabaja en el sector se caracteriza por formas variadas y heterogéneas de contratación y empleo (múltiples formas de contratación, jornadas de trabajo con una extensión heterogénea y estatutos diversos cambiantes entre los niveles nacionales, provinciales y municipales). Además, las autoridades a menudo desconocen el número e inserción de su personal y no existe información fidedigna sobre salarios y honorarios. Con el objetivo de brindar insumos para el diseño, la implementación y la evaluación de políticas comenzaron a estudiarse las condiciones de empleo y las modalidades de contratación del personal de salud en varios países. Los estudios

mostraron que en la década de 1990, el sector salud fue uno de los más golpeados por la flexibilización laboral. Además se constató que en la primera década del milenio la situación tendió a revertirse en algunos países y que en el momento actual las nuevas modalidades de empleo vuelven a impactar sobre el sector. Muchos de los programas de ampliación de cobertura en ALC se basaron en modalidades precarias de empleo y contratación. Asimismo, los estudios revelaron que los trabajadores del sector (junto con los de la educación) eran y siguen siendo los grupos con un mayor número de conflictos y con paro en muchos de los países de ALC. Por otro lado, en el sector son significativos la sobreocupación (por largas jornadas) y el sobreempleo (por tener dos/ tres o más trabajos) en medicina y en menor medida en enfermería, además de existir fuertes diferencias entre zonas y geografías de un mismo país, así como entre distintos países (42).

A partir de estas evidencias y con la finalidad de estimular la definición de políticas de desarrollo de personal se logró, con el liderazgo de la OPS/OMS, la construcción de un Observatorio de Recursos Humanos en Salud que intentaba mantener una mirada dinámica y permanente sobre estos temas. Así se avanzó en la consideración de la gestión de recursos humanos como un recurso crítico para el cumplimiento de las metas de las políticas de salud.

Otra área de investigación en este campo es la sociología de las profesiones sanitarias. Las profesiones de la salud son consideradas modelos para el estudio de la transformación de ocupaciones a lo largo de un complejo proceso de juego de saberes, poderes y normas en el marco de instituciones especializadas que los diferencian de otras actividades económicas. ALC se caracteriza por contar con instituciones débiles y corporaciones fuertes, entre ellas las corporaciones de los profesionales de la salud (43).

Casi tres décadas de trabajo sobre el personal de salud y su importancia como factor crítico en el marco de los cambios sectoriales, tecnológicos y organizacionales en los sistemas de salud no parecen haber contribuido al desarrollo de políticas que mejoren la situación objetiva de los trabajadores del sector.

Deficiencia en la investigación en sistemas y servicios de salud con enfoque de APS

Halfdan Mahler ya identificó a principios de la década de 1980 que en el mundo había una lamentable escasez de investigadores especializados en sistemas de salud (44). Señaló además que este tipo de investigaciones no había ganado respetabilidad entre los científicos biomédicos (44). En efecto, la investigación en sistemas y servicios de salud (y especialmente de sistemas de salud con enfoque de APS) es la menos desarrollada, ahora sí, de las Américas, la que

cuenta con menor financiamiento absoluto y relativo, y la que tiene mayor debilidad conceptual en su epistemología, teoría y métodos. Es ampliamente reconocido que en ALC las decisiones acerca de la orientación de las políticas de salud en general no se basan en la producción de conocimiento ni en la evidencia científica. Esto es así porque en parte las decisiones de política de salud obedecen a constricciones y presiones ajenas al campo (generalmente financieras, pero también ideológicas relativas a los modelos de atención). En menor medida, esto se explica porque no se dispone de un corpus sólido de investigaciones que respondan a las necesidades y posibilidades de los sistemas de salud en cada contexto.

Asimismo, debe destacarse que la evidencia científica producida en el Norte y en el Sur acerca de programas importantes relativos a la prevención primaria y secundaria (prevención del cáncer cervical, prevención y tratamiento de diabetes a nivel de APS, cribado para el cáncer colorrectal, prevención del cáncer de pulmón, entre muchos otros temas) no se toma en cuenta o no se logra introducir en países que han adoptado, al menos en parte, un enfoque de sistemas de salud basados en la APS.

La utilización de esta evidencia representaría un ahorro de vidas y de gasto a medio y a largo plazo, pero la falta de voluntad política para aplicar dichas evidencias es el obstáculo más reportado. Asimismo, la investigación operacional en servicios de salud realizada por el pro-

pio personal de salud es casi nula. Cuando existe, los desafíos para implementar los resultados de dichas investigaciones son enormes porque los contextos de producción de este conocimiento son resistentes a los cambios. A pesar de este panorama, hay y ha habido iniciativas para tratar de fortalecer la investigación en este campo. Pero se han registrado obstáculos para diseminar los resultados en los contextos en que estos podrían haber sido aprovechados.

Aunque imperfectos y con muchas falencias según los contextos nacionales y el momento histórico, los sistemas de información de los países atesoran una parte importante de la información que podría utilizarse para promover este tipo de investigaciones. Del mismo modo, la información disponible en los servicios de salud de todos los niveles podría ayudar al desarrollo de estudios observacionales de alta calidad, mientras que el propio proceso de investigación podría identificar inconsistencias, vacíos y oportunidades para mejorar los sistemas de información.

La falta de personal formado en investigación, la falta de recursos financieros asignados, la ausencia de políticas de investigación eficaces en este campo, así como las barreras a la diseminación de resultados de las investigaciones que se realizan son los problemas más mencionados, tanto por los investigadores de las universidades como por los líderes de los sistemas de salud.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (1972). Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Santiago de Chile, 2-9 octubre, 1972.
2. Rodríguez M.I (1994). Formación de Recursos Humanos en Salud. Estrategias de Cambio. 6.º Congreso Latinoamericano y 8º. Congreso Mundial de Medicina Social. Guadalajara, México.
3. Rodríguez M.I. (2014) Alma Mater. Homenaje a mi casa de estudio. Editorial Laberinto, San Salvador.
4. Organización Mundial de la Salud (1978). Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Serie Salud para Todos, N.o 1.
5. Birn A., Kremmentsov N. 'Socialising' primary care? The Soviet Union, WHO and the 1978 Alma-Ata Conference. *BMJ Global Health* 2018;3:e000992. Disponible en: https://gh.bmj.com/content/3/Suppl_3/e000992.
6. Birn A.E., Nervi L., Siqueira E. Neoliberalism Redux: The Global Health Policy Agenda and the Politics of Cooptation in Latin America and Beyond. *Development and Change*. 2016; 47(4).
7. Organización Mundial de la Salud (2013). Informe sobre la Salud en el Mundo 2013. Investigaciones para una Cobertura Universal, capítulo 7. OMS, Ginebra.
8. Brito P. (2009). Recursos Humanos de Salud en la Región Andina: la circunstancia actual. *Revista Colores*. IV Reunión de Salud Andina, Lima, 22 de julio de 2009.
9. Cueto M. The Origins of Primary Health Care and the Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health* 2004; vol 94:11.
10. Londoño J.L., Frenk J. (1997). Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. BID, Washington D.C.
11. Ligia Giovanella et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias *Ciência & Saúde Coletiva* 2018; 23(6):1763-1776.
12. Laurell A.C. Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 2016;34(2), 293-314.
13. Laurell A.C. Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saúde em Debate* 2014; 38(103): 853-870.
14. Starfield B. (2002). Atención Primaria. Equilibrio entre Necesidades de Saúde, Servicios e Tecnología. UNESCO/Ministerio da Saúde, Brasilia.
15. Novick M., Rosales C. (2006). Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud: 2005-2015. OPS/OMS, Washington, D.C.
16. Organización Mundial de la Salud (2016). High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Final Report of the Expert Group. OMS, Ginebra.
17. Brito P. Impacto de las reformas del sector de la Salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Revista Panameña de Salud Pública* 2000; 8:1/2. Número especial sobre las reformas del sector de la salud.
18. Organización Mundial de la Salud (2006). The World Health Report 2006. Working Together for Health. OMS.
19. Novick M. y Rosales C., op. cit.
20. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta. Serie Renovación de la APS 4.
21. Rovere M.R. (2006). Los nuevos y renovados debates en torno de los recursos humanos de salud. En: Rico M.N. y Marco F. *Mujer y Empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina*. Siglo XXI Editores, Buenos Aires.
22. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud 2018-2023. Washington D.C. CE162/16. Disponible en: <https://bit.ly/2XWl7Xb>
23. Rodríguez M.I. (coord.) (1994). Lo biológico y lo social en la formación del Personal de Salud: Su articulación en la formación del personal de Salud. OPS/OMS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N.o 101, Washington, D.C.
24. Vidal C., Giraldo L., Jouval H. La Educación Permanente en Salud en América Latina. *Revista de Educación Médica y Salud*, 1986; 20:1.
25. Davini M.C. (1989). Bases Conceptuales y Metodológicas para la Educación Permanente en Salud. OPS/PWR, Argentina, N.o 18.
26. Haddad J., Roschke M.A., Davini M.C. (1990). Proceso de trabajo y educación permanente del personal de salud. *Revista de Educación Médica y Salud*.; 24:2.

27. Haddad J., Davini M.C., Roschke (edit.) (1994). Educación Permanente del Personal de Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N.º 100, OPS/OMS, Washington, D.C.
 28. Davini M.C. (1995). Educación Permanente en Salud. Serie PALTEX N.º 38. OPS/OMS, Washington D.C.
 29. Davini M.C., Nervi L., Roschke, M.A. (2002). Capacitación del Personal de los Servicios de Salud. Proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. Serie Observatorio de Recursos Humanos en Salud, OPS/OMS, Washington, D.C.
 30. Roschke M.A., Brito P., Palacios M.A. (2002). Gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud. Manual del Educador, OPS/OMS, Serie PALTEX N.º 44, Washington, D.C.
 31. Roschke M.A. (ed.) (2006). Evaluación en procesos de educación permanente y capacitación en salud. Experiencias y lecciones. OPS-OMS, Washington, D.C.
 32. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2008). Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud. Estrategias para el desarrollo de Equipos de APS. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. OPS/OMS, Washington, D.C.
 33. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2017). Salud en las Américas 2017. OPS/OMS, Washington, D.C.
 34. Campos F.E., Haddad A.E., Roschke M.A., Galvão E (2009). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde, Brasília.
 35. Etienne C., Abbasi K., Cuervo L.G. Research for health in the Americas: Evolution of health research to reshape national health agendas. *BMJ* 2018;362:k2944.
 36. *Ibidem*.
 37. *Ibidem*.
 38. Iriart C., Merhy E.E. Disputas intercapitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63):1005-16. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/>
 39. Zicker F., Cuervo L.G., Salicrup L.A. Promoting high quality research into priority health needs in Latin America and Caribbean. *BMJ* 2018;362:k2492.
 40. Minaya G.E., Fuentes-Delgado D., Ugalde A., Homedes N. A Missing Piece in Clinical Trial Inspections in Latin America: Interviews with Research Subjects in Peru. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics* 2017;12: 4. 232-45.
 41. Homedes N., Ugalde A. (eds.) (2014). *Clinical Trials in Latin America: Where Ethics and Business Clash*. Springer International Publishing, Switzerland.
 42. Novick M. Comunicación personal. 14 de agosto de 2018.
 43. *Ibidem*.
 44. Mahler H. El sentido de la salud para todos en el año 2000. *Rev Cub Salud Púb* 2009; 35:4. 3-28.
-

