

ARTÍCULO ESPECIAL

COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

Universal Health Coverage

La Cobertura Universal de Salud apunta a garantizar a todos los individuos —incluidos los más pobres, vulnerables y excluidos de la sociedad— el suministro de servicios de calidad, integrados y basados en la atención primaria de salud. Más que una meta, es un proceso que trata de identificar caminos para mejorar la vida de las personas.

PALABRAS CLAVE: Acceso Universal a Servicios de Salud - Sistemas de Salud - Atención Primaria de Salud

KEY WORDS: *Universal Access to Health Care Services - Health Systems - Primary Health Care*

Jorge Daniel Lemus¹

Ministro de Salud de la Nación, Argentina

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en la Región de las Américas hay millones de personas que no pueden acceder a servicios de salud integrales para lograr una vida saludable y prevenir la enfermedad. Tampoco reciben servicios de salud cuando están enfermos, ni siquiera cuidados paliativos en la fase terminal de su enfermedad. Esta Región continúa siendo una de las más inequitativas del mundo. Lograr que todas las personas y comunidades tengan acceso a los servicios integrales necesarios es un reto fundamental para todos los sistemas de salud.

Los países de la Región han utilizado distintos abordajes y formas de organización de sus sistemas de salud para responder a este reto. Las experiencias y la evidencia disponible permiten identificar elementos orientadores para el avance progresivo hacia el acceso y la cobertura universal, en el marco de la estrategia de Atención Primaria de Salud. Sin embargo, tomando en cuenta su contexto nacional, histórico, económico y social, cada país debe definir la manera más eficiente de organizar su sistema de salud y utilizar sus recursos para asegurar que todas las personas tengan acceso a los servicios integrales cuando los necesitan.¹

Según Birmingham,² el acceso es la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad en el momento en que se necesitan. Esta descripción hace referencia a acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica y lingüísticamente apropiadas y con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, paliativo y rehabilitación) y ofrecer los cuidados requeridos de corto, mediano y largo plazo.

Cobertura Universal de Salud (CUS) es un concepto muy utilizado para referirse a un sistema en el cual toda la población tiene derecho a recurrir a un conjunto de servicios de salud (prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación) y, al mismo tiempo, evita empobrecer o caer en la ruina financiera por los costos de la atención médica.

La CUS no se consigue instantáneamente, pues implica de forma invariable un complejo proceso de adaptación de los sistemas de salud. Por lo general, el camino para avanzar hacia esta meta se inicia al reconocer que el acceso equitativo a los servicios de salud es un derecho humano, no un privilegio para los que trabajan en el sector formal o que tienen mayores recursos económicos.³

La CUS implica que todos los individuos tengan acceso a los servicios de calidad que necesitan (promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos), sin tener que pasar dificultades financieras para pagarlos. Se trata de una meta abarcadora para los sistemas de salud, para asegurar que todos —incluidos los más pobres, vulnerables y excluidos de la sociedad— accedan a lo largo de su ciclo de vida a servicios de calidad, integrados y basados en la atención primaria de salud. La CUS le da un foco renovado a los determinantes sociales y al compromiso de otros sectores de la sociedad civil para promover la salud y el bienestar.¹

Se ha dicho que es, en esencia, una declaración del compromiso ético permanente de los sistemas de salud con los derechos de las personas, como oportunidad para reactivar y relanzar el conocimiento adquirido y las lecciones aprendidas de las experiencias de los países en expandir su acceso al cuidado de la salud. A diferencia de Alma Ata y su postulado de “salud para todos”, la CUS es más un proceso que una meta, que trata de identificar caminos para mejorar la vida de las personas. El análisis de esas

experiencias y la identificación de los principios clave y las prácticas efectivas ayudarán a avanzar hacia una cobertura universal sostenible, especialmente en el contexto de una población que envejece y suma más necesidades de cuidados en salud. Este objetivo requiere más médicos formados en atención primaria, cambios en la educación médica, innovaciones en la organización de los servicios, en el manejo y en el financiamiento de los sistemas, incluida la incorporación de nuevas tecnologías en salud y modelos integrados de atención.⁴

CONCEPTOS BÁSICOS

El acceso universal se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. Se logra a través de la eliminación progresiva de obstáculos que impiden que las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados de manera equitativa a nivel nacional.

La cobertura de salud se define como la capacidad del sistema para responder a las necesidades de la población, lo cual abarca disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluidos medicamentos) y financiamiento. La CUS implica que los mecanismos de organización y financiación alcancen a toda la población: no es suficiente por sí sola para asegurar la salud, el bienestar y la equidad, pero sienta los fundamentos necesarios.

El acceso universal a la salud y la CUS implican que todas las personas y comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional y de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles. A la vez, se asegura que la utilización de esos servicios no exponga a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso universal a la salud y la CUS obligan a definir e implementar políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales y fomentar el compromiso de toda la sociedad con el fin de promover la salud y el bienestar.

El acceso universal a la salud y la CUS son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno y efectivo a los servicios; de lo contrario, se convierte en una meta inalcanzable. Ambos elementos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar.

El acceso universal a la salud y la CUS son necesarios para mejorar los resultados de salud y otros objetivos fundamentales de sus sistemas, y se basan en el derecho de toda persona al goce del grado máximo de salud, la equidad y la solidaridad, valores adoptados por los Estados Miembros de la OPS.

Tal como define la Constitución de la OMS:⁵ "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". Se trata del valor central para el acceso universal

a la salud y la CUS. Este derecho debe ser promovido y protegido sin distinción de edad, etnia, sexo, género, orientación sexual, idioma, origen nacional, lugar de nacimiento o cualquier otra condición.

La promoción y protección de este derecho exige una articulación con otros derechos conexos, contemplados en muchas de las constituciones nacionales y en tratados internacionales y regionales.

La mancomunación solidaria de fondos significa la unificación en un fondo único de todos los estamentos del financiamiento (seguridad social, presupuesto estatal, contribuciones individuales y otros fondos), con carácter solidario, es decir, cada quien aporta según su capacidad y recibe servicios según su necesidad. En este esquema, el presupuesto público asume las contribuciones para aquellos individuos que no tienen capacidad de aporte (pobres e indigentes).

Dado que nadie puede garantizar "todo para todos", el modo de racionar o "administrar la escasez" se convierte en un gran debate actual. Lo que no puede obviarse es que la escasez es un hecho y que debe enfrentarse de un modo racional, basado en evidencia y de cara a la ciudadanía. Dicho debate no es exclusivamente técnico, sino también político, y debe resolverse a través del ejercicio de la democracia. Lo que ya no es aceptable son las ofertas cargadas de populismo de "todo para todos y al mismo tiempo", que se traducen en "acceso universal a listas de espera" o, por otro lado, "paquetes básicos" que se limitan a contener costos y ofertar "pobres servicios para los pobres", consagrando la inequidad.

En la medida en que los gobiernos avanzan hacia el acceso universal a la salud y la CUS, es esencial ampliar los servicios a los grupos en situación de vulnerabilidad, priorizando las intervenciones que respondan a las necesidades insatisfechas y a los desafíos en salud, tales como mortalidad materna e infantil, enfermedades crónicas, infección por el VIH, tuberculosis, violencia, urbanización, falta de acceso a agua potable y servicios ambientales, impacto del cambio climático, entre otros.

De cualquier modo, hay consenso en que la proporción de los gastos de bolsillo está directamente relacionada con la inequidad. Empero, hoy en día algunos países europeos, después de haber avanzado hacia una cobertura universal y gratuita para la mayoría de las prestaciones, proponen lo siguiente para reducir costos: moderar el uso de medicamentos; estimular el consumo de genéricos; desincentivar las consultas múltiples; orientar a los pacientes por medio de médicos de familia; orientar a que se usen los prestadores de menores costos y mejor calidad; y promover hospitalizaciones de menor duración.

TRES DIMENSIONES A TENER EN CUENTA EN EL AVANCE HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL

La salud es un componente central del desarrollo humano sostenible. El acceso universal a la salud y la CUS evitan que los individuos se empobrezcan por incurrir en gastos elevados y son clave para lograr mejores resultados, que

aseguren la vida saludable y promuevan el bienestar general (ver Figura 1).

Esto requiere de políticas, planes y programas que sean equitativos y eficientes, y que respeten las necesidades diferenciadas de la población. La equidad en salud implica ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a servicios integrales, oportunos y de calidad, en la contribución financiera y en el acceso a entornos saludables. El género, la etnia, la edad y la condición económica y social son determinantes específicos, que inciden de forma positiva o negativa en la inequidad en salud. Las políticas sociales y económicas contribuyen a que haya diferencias en las oportunidades y pueden afectar la capacidad tanto de hombres como de mujeres para otorgar prioridad a la salud. La eficiencia, por su parte, representa la utilización óptima de recursos para alcanzar objetivos sociales determinados.

Para lograr un enfoque sostenible de protección social en las políticas públicas de salud, es necesario lograr cierto nivel de consenso social y político. A su vez, estos procesos de acuerdo contribuyen a aumentar la cohesión basada en valores democráticos mediante la apropiación, por parte de la misma sociedad, del concepto de derecho a la salud y los papeles del Estado y los ciudadanos en su concreción. La salud, entendida como resultado de dichos procesos, puede constituirse en un importante elemento de construcción de ciudadanía y gobernabilidad.

Las estrategias hacia un servicio oportuno y de calidad para todas las personas, en el marco del acceso universal a la salud y la CUS, requieren solidaridad para promover y suministrar la protección financiera. Para ello es necesaria la mancomunación solidaria de los fondos y el avance hacia

la eliminación del pago directo, que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.

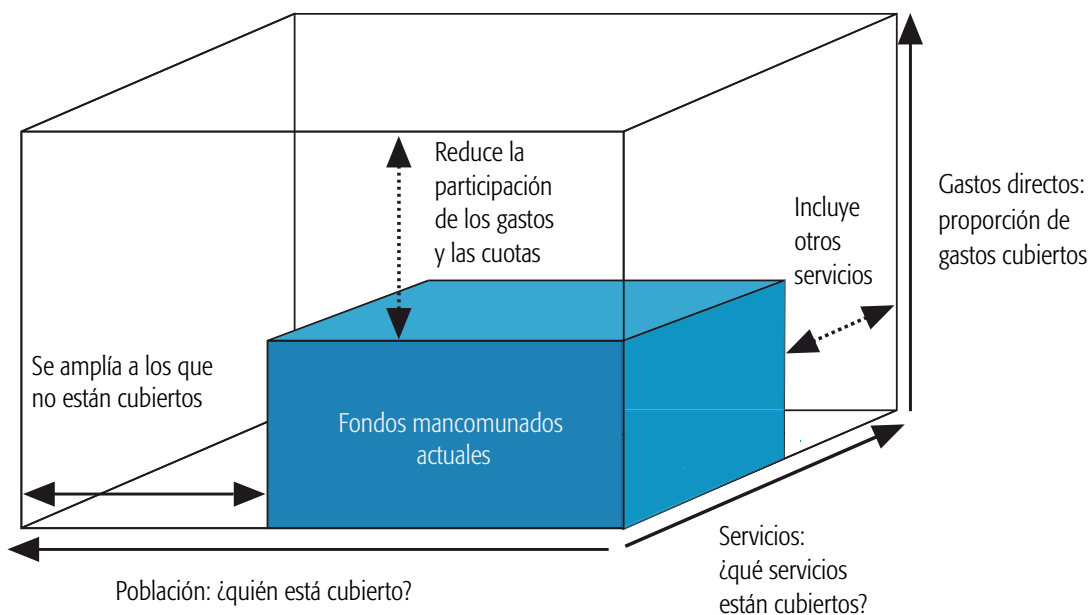
Los sistemas de salud eficientes y participativos requieren del compromiso de la sociedad, con mecanismos claros de inclusión, transparencia y rendición de cuentas, de participación multisectorial, de diálogo y consenso entre los diferentes actores sociales. También suponen el compromiso político firme y de largo plazo de las autoridades a cargo de formular políticas, legislaciones, reglamentaciones y estrategias para acceder a servicios integrales, oportunos y de calidad.

Este compromiso debe incluir, según sea apropiado, un marco conceptual y jurídico que asegure el acceso equitativo a los servicios y coloque a la salud como prioridad fiscal, permitiendo un nivel de financiamiento suficiente, sostenible, solidario y eficiente. La evidencia sugiere que la inversión en salud es un motor para el desarrollo humano sostenible y el crecimiento económico.

En la estrategia se establecen cuatro líneas simultáneas e interdependientes: 1) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; 2) fortalecer la rectoría y la gobernanza; 3) aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo, que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios; y 4) fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garantizan la sostenibilidad de la cobertura universal.

Cabe recordar, por otra parte, que la CUS no se logrará sin "las personas correctas, con las competencias adecuadas en el lugar y el momento oportuno". Esto implica un esfuerzo

FIGURA 1. Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal.



Fuente: OMS, Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal, 2010.

colectivo para planificar la formación, distribución y calidad del empleo y de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, según las necesidades de los ciudadanos. El Estado tiene aquí una responsabilidad indelegable, y a este propósito deben concurrir todos los actores.

Los países de la Región de las Américas reafirmaron su compromiso con la CUS en el 52° Consejo Directivo de la OPS (2013), al otorgarle a la Oficina Sanitaria Panamericana el mandato de formular una estrategia que sería presentada en el 53° Consejo Directivo (2014). Este compromiso de los Estados Miembros se expresa a través del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, en el que se reconoce la CUS como un pilar articulador junto con los determinantes sociales de la salud.^{6,7}

El abordaje para reducir la inequidad en salud se hace más complejo por los patrones epidemiológicos y demográficos emergentes. La coexistencia de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la violencia (incluida la de género), el aumento de la esperanza de vida y la urbanización demandan respuestas diferentes e innovadoras de los sistemas y servicios de salud.

Al mismo tiempo, persisten problemas de exclusión y falta de acceso a servicios de calidad, cultural y lingüísticamente apropiados para amplios sectores de la población. La falta de universalidad al acceso y de una cobertura apropiada tiene un considerable costo social, con efectos catastróficos sobre los grupos poblacionales más vulnerables. La evidencia indica que, cuando el acceso a los servicios está comprometido, la mala salud no sólo implica mayores gastos sino también pérdida de ingresos, lo que genera un círculo vicioso de enfermedad y pobreza en las familias. Un 30% de la población no tiene acceso a la atención debido a razones financieras, y un 21% se ve disuadido de buscar atención debido a barreras geográficas. Las poblaciones en situación vulnerable, en extremos de la vida, las mujeres, los niños y niñas, las minorías étnicas, las poblaciones indígenas y afrodescendientes, los migrantes, los pacientes con enfermedades crónicas o incapacitantes, entre otros, son los grupos más afectados por este problema.

La segmentación y fragmentación observadas en la mayoría de los sistemas de salud generan inequidad e ineficiencias, que comprometen el acceso universal, la calidad y el financiamiento. Estos problemas se perpetúan por la falta de capacidad regulatoria, al igual que por la verticalidad de algunos programas de salud pública y su falta de integración a nivel de la prestación de los servicios.

Los modelos de atención no suelen responder de manera adecuada a las necesidades diferenciadas de salud de las personas y las comunidades. El esquema predominante en algunos países se basa en la atención episódica de condiciones agudas en centros hospitalarios, a menudo con uso excesivo de tecnologías y médicos especialistas. Las inversiones y reformas de los sistemas de salud no siempre se han dirigido a los nuevos desafíos, ni se ha logrado incorporar adecuadamente las nuevas tecnologías y la innovación en la gestión y la prestación de servicios.

La capacidad resolutive y la articulación de los servicios, en especial los relativos al primer nivel de atención, son limitadas y no responden a las necesidades emergentes en materia de salud (sobre todo, las obligaciones cada vez mayores frente a una población que envejece y el aumento de la carga de las enfermedades no transmisibles). En este contexto, se entiende como "capacidad resolutive" a la de los servicios de salud para brindar una atención que se adapte a las necesidades y exigencias de las personas, que esté en consonancia con el conocimiento científico y tecnológico actual, y que arroje como resultado una mejora del estado de salud.

Persisten profundos desequilibrios y brechas en la disponibilidad, distribución, composición, competencia y productividad de los recursos humanos de salud, que se acentúan en el primer nivel de atención.

El acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías de salud seguras y eficaces continúan siendo un reto, lo que afecta la calidad de atención. Los problemas de suministro, la subutilización de medicamentos esenciales y genéricos de calidad, las regulaciones débiles, los sistemas inadecuados de gestión de compras y suministros, los impuestos a los medicamentos, el pago de precios excesivos y el uso inapropiado e ineficaz de los medicamentos y otras tecnologías de salud constituyen desafíos adicionales para lograr la CUS y el acceso.

La falta de financiamiento adecuado y la ineficiencia en el uso de los recursos disponibles representan retos importantes en el avance hacia el acceso universal a la salud y la CUS. Mientras el gasto público promedio en salud respecto del PBI de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) fue del 8% en 2011, en los países de América Latina y el Caribe fue de apenas 3,8%. A menudo se intenta resolver la falta persistente de recursos financieros a través del pago directo en el momento de la prestación de servicios. Este tipo de estrategias crea obstáculos para el acceso y tiene consecuencias negativas en los resultados de salud para las personas y comunidades. Además, aumenta el riesgo de que haya que incurrir en gastos catastróficos para acceder a los servicios de salud, lo que a su vez puede llevar al empobrecimiento.

ESTRATEGIAS HACIA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA CUS

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

- Fortalecer o transformar la organización y gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, con un aumento de la capacidad resolutive articulado en redes integradas de servicios de salud y basado en la estrategia de atención primaria. Es fundamental identificar las inequidades entre grupos poblacionales a

través del análisis pormenorizado de la situación de salud, encuestas e investigaciones específicas, y profundizar en sus determinantes. Para ello se requiere de sistemas sólidos de información, tal como se señala en la línea estratégica siguiente.

- Avanzar en la definición de los servicios de salud integrales, de calidad, universales y de ampliación progresiva, de acuerdo con las necesidades y prioridades, la capacidad del sistema y el contexto nacional. Estos servicios son importantes para promover el derecho a la salud allí donde sea nacionalmente reconocido y el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr; por consiguiente, deben extenderse a todas las personas, sin diferencias en la calidad, ni distinción por su condición económica y social. Además, la definición de estos servicios debe considerar las necesidades diferenciadas e insatisfechas de todas las personas, y prestar atención a las especificidades de los grupos en situación de vulnerabilidad.

- El diseño de servicios integrales y de calidad debe incluir la evaluación de tecnologías de salud, según sea necesaria. Esto requiere mecanismos de participación social y transparencia en las diferentes fases del proceso y el acompañamiento de guías de prácticas asistenciales en red, que permitan disminuir la variabilidad, desintegración de la práctica clínica y falta de coherencia entre necesidades, decisiones e inversión, asegurando así la calidad técnica, la efectividad y la continuidad en la atención.

- Incrementar la inversión requerida en el primer nivel de atención, a fin de mejorar la capacidad resolutoria, aumentar el acceso y ampliar progresivamente la oferta de servicios para cubrir de manera oportuna las necesidades de salud insatisfechas, en pos del acceso universal a la salud y la CUS.

- Ampliar las opciones de empleo, especialmente en el primer nivel de atención, con incentivos y condiciones laborales atractivas, particularmente en áreas subatendidas. Estructurar o consolidar equipos multiprofesionales colaborativos y mejorar la capacidad resolutoria con acceso a la información y a servicios de telesalud (incluida la telemedicina). Fortalecer los perfiles profesionales y técnicos de los recursos humanos y/o introducir nuevos perfiles, en coherencia con la transformación del modelo de atención que debe ser implementado para el logro del acceso universal a la salud y la CUS.

- Los medicamentos esenciales y las tecnologías son una parte fundamental del acceso universal a la salud. Es importante definir los procesos que mejoren de manera sistemática y progresiva la disponibilidad y el uso racional de los medicamentos (incluidas las vacunas), así como de otras tecnologías de salud. Además, se requiere desarrollar la capacidad regulatoria y de evaluación para asegurar que los medicamentos sean seguros, eficaces y de calidad.

- Facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades, de manera tal que tengan un mayor conocimiento acerca de su situación de salud, sus derechos y obligaciones. Para la toma de decisiones informadas, de acuerdo con su contexto, se deben implementar mecanismos formales de

participación y programas de promoción, prevención y educación. La participación de las personas y las comunidades ayudará a lograr procesos sólidos de formulación de políticas relacionadas con el acceso universal a la salud y la CUS.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: Fortalecer la rectoría y la gobernanza.

- Fortalecer la capacidad de rectoría de las autoridades sanitarias, garantizando las funciones esenciales de salud pública y mejorando la gobernanza para el acceso universal a la salud y la CUS.

- Fortalecer la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud estableciendo nuevos mecanismos o utilizando los existentes, según corresponda, para la participación social y el diálogo con las autoridades responsables del área y de otros sectores relevantes del gobierno. Se debe promover la formulación y ejecución de políticas que sean inclusivas, y garantizar la rendición de cuentas y la transparencia en el camino hacia el acceso universal a la salud y la CUS. A fin de promover la equidad, el bien común, el diálogo y la participación social en el proceso de formulación de las políticas, todos los grupos deben estar representados, sin que prevalezcan intereses particulares en detrimento de la salud pública.

- Formular políticas y planes en los que se manifieste de manera clara y explícita la voluntad del Estado de fortalecer o transformar su sistema de salud, según corresponda, con el fin de avanzar hacia el acceso universal a la salud y la CUS.

- Estos planes deben incluir metas definidas, que se monitoreen y evalúen, instituyendo mecanismos para la participación social en esos ámbitos, promoviendo la transparencia y ampliando las capacidades para el monitoreo.

- El marco legal y regulatorio debe reflejar el compromiso con el acceso universal a la salud y la CUS, con medidas y recursos necesarios para el logro y la propia adaptación de acuerdo con los instrumentos jurídicos internacionales, incluidos los derechos humanos y otros elementos relacionados con la salud que sean aplicables.

- La toma de decisiones sobre los servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, universales, progresivos y de calidad debe basarse en la evidencia y considerar la perspectiva ética, cultural y de género según el contexto nacional.

- Fortalecer y desarrollar la reglamentación y las entidades, como instrumentos y mecanismos eficaces para favorecer el acceso y la calidad de los servicios de salud, la formación y capacitación, la distribución y desempeño adecuado de los recursos humanos y la movilización y asignación de recursos financieros, a fin de promover la equidad, la protección contra dificultades financieras, la calidad y el uso de las tecnologías de salud en beneficio de las personas y la participación de todos los sectores en el avance hacia el acceso universal a la salud y la CUS.

- Fortalecer los sistemas nacionales de información a fin de monitorear y evaluar el progreso hacia el acceso universal a la salud y la CUS, midiendo tanto los resultados de la salud y de sus servicios integrales como las inequidades y los determinantes sociales. Es necesario garantizar

la calidad e integralidad de datos oportunos y confiables, lo que comprende la interoperabilidad con otras instancias y el desarrollo de indicadores adecuados, que permitan monitorear y evaluar la situación de salud, de la equidad y sus determinantes. Los datos deben desagregarse para facilitar el monitoreo de los avances en torno a la equidad. El análisis de la información debe utilizarse para el desarrollo y orientación de las políticas y planes, a fin de avanzar hacia el acceso universal a la salud y la CUS.

- La elaboración de una agenda de investigación con adecuada financiación y la mejor gestión del conocimiento son elementos esenciales para abordar los determinantes sociales de la salud, asegurar el acceso a servicios de calidad, incorporar tecnología y evaluar la efectividad de las acciones y los programas que se implementen.

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

- Se debe mejorar y fortalecer la eficiencia del financiamiento y la organización del sistema de salud, lo que implica, entre otras cosas: implementar modelos de atención centrados en las personas, las comunidades y la provisión de servicios de calidad; alinear los mecanismos de pago con los objetivos del sistema; racionalizar la introducción y el uso de medicamentos y otras tecnologías de salud con un enfoque integrado y multidisciplinario, basado en evidencias; mejorar los mecanismos de abastecimiento de dispositivos médicos, medicamentos y otras tecnologías de salud; optimizar la gestión del suministro; aprovechar las economías de escala; adoptar procesos transparentes de compra; y luchar contra la corrupción.⁸

- Según el informe mundial sobre la salud de la OMS para 2010,⁹ la falta de eficiencia provoca entre un 30 y un 40% del gasto total en el área. Por lo tanto, es un imperativo ético asegurar que los recursos financieros dirigidos a la CUS se desembolsen de forma adecuada y transparente para ofrecer más y mejores servicios a toda la población, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad.

- Aumentar y optimizar el financiamiento público de la salud, según corresponda, de una manera eficiente, sostenible y fiscalmente responsable para ampliar el acceso, reducir inequidades, incrementar la protección financiera e implementar intervenciones eficaces. La asignación eficiente del gasto público destinado a la salud es una condición necesaria para reducir las inequidades en el marco del acceso universal a la salud y —reconociendo las particularidades de los países— debe estar orientada prioritariamente al primer nivel de atención, para mejorar su capacidad resolutoria y de articulación de las redes de servicios. Un gasto público en salud igual al 6% del PBI es una referencia útil en la mayoría de los casos y una condición necesaria —aunque no suficiente— para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera en el marco del acceso universal a la salud y la CUS (Argentina: 8%).

- Evitar el empobrecimiento y la exposición a gastos catastróficos, avanzando hacia la eliminación del pago directo, costo que enfrentan los individuos por las tarifas de los servicios de salud y que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación. El reemplazo del pago directo como mecanismo financiero debe planificarse y lograrse progresivamente, ya que el aumento de la protección financiera contribuye a disminuir la inequidad en el acceso a los servicios de salud.

- Avanzar hacia mecanismos mancomunados solidarios, que —según el contexto nacional— consideren fuentes de financiamiento diversas. Las contribuciones a la seguridad social, los impuestos y los ingresos fiscales pueden ser una estrategia efectiva para reemplazar el pago directo como mecanismo de financiamiento y para aumentar la equidad y la eficiencia del sistema de salud. Al reducir los costos de transacción y mejorar la eficiencia, la mancomunación y solidaridad permiten combatir la segmentación y fragmentación.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: Fortalecer la coordinación multi-sectorial para abordar los determinantes sociales de la salud

- Establecer o fortalecer mecanismos intersectoriales de coordinación y ampliar la capacidad de las autoridades sanitarias para implementar con éxito políticas públicas y promover legislaciones, regulaciones y acciones que vayan más allá del sector salud y aborden los determinantes sociales.

- Evaluar, a nivel macro, políticas, planes, programas y proyectos de desarrollo, incluidos aquellos de otros sectores, que tengan impacto en la salud de las personas y las comunidades; generar así evidencia para apoyar la coordinación hacia la acción multisectorial con la sociedad civil y la participación orientada al acceso universal.

- Fortalecer el liderazgo de las autoridades de salud en la definición de los componentes relacionados con las políticas públicas de protección social y los programas sociales, incluidos los programas de transferencias condicionadas de dinero, según corresponda; compartir buenas prácticas y experiencias relacionadas con programas contra la pobreza y por el aumento de la equidad, ejecutados por el gobierno y las instituciones.

- Fortalecer la articulación entre salud y comunidad promoviendo la participación activa de municipios y organizaciones sociales en las mejoras de las condiciones de vida y el desarrollo de entornos saludables para vivir, trabajar y jugar. Facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades mediante la capacitación y participación activa y el acceso a la información de miembros de la comunidad, para asumir un papel activo en la formulación de políticas, en las acciones para abordar los determinantes sociales y en la promoción y protección de la salud.

En este sentido se debería introducir el concepto de “cinco olas” para mejorar la salud pública y formar una base conceptual de la CUS (ver Figura 2).¹⁰

Por último, cabe destacar que la Cobertura Porteña de Salud¹¹ cumple los objetivos de la Declaración de la XIV

FIGURA 2. Las cinco olas en salud pública



Fuente: Modificado de Sally C Davies y col., Lancet, 2014

Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud del 28 de octubre de 2014 (Declaración de Veracruz), especialmente en cuanto a:

- Políticas públicas integrales.
- Cobertura: oportunidad y acceso.
- Grado máximo posible en salud.
- Bienestar y desarrollo económico.
- Equidad.
- Atención médica adecuada para toda la población: garantizada y sin discriminación.
- Estado garante del derecho de salud.
- Sistema de salud que asegure universalidad (CUS).
- Abordaje del incremento de las enfermedades emergentes y reemergentes, así como de las crónicas no transmisibles.
- Autocuidado: promoción de la salud; gestión del riesgo.
- Tecnología de la información y la comunicación (TIC): fortalecimiento de los sistemas nacionales; promoción de estilos de vida saludables; prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles; información para la toma de decisiones.
- Recursos humanos: disponibilidad; fenómenos migratorios.

- Intersectorialidad.
- Identificación de tendencias epidemiológicas y comportamientos sociales de manera temprana.
- Repositorio de información que facilite la prevención y promoción de la salud.
- Reducción de costos para los sistemas de salud.
- Aumento del diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles.
- Uso de las aplicaciones de la eSalud para la detección temprana de enfermedades crónicas no transmisibles y otros retos de carácter sanitario.

La eSalud es el uso de las TICs para la salud, cuyos componentes son, entre, otros: la mSalud (o salud por dispositivos móviles), las redes sociales, la telesalud (incluida la telemedicina), la alfabetización digital, el registro médico electrónico y los estándares y la interoperabilidad en salud, todos ellos incorporados desde 2008 por el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se puede concluir entonces con la recomendación de la Declaración de Veracruz: "Instar a los jefes de Estado y de Gobierno a que apoyen los esfuerzos encaminados a diseñar y poner en marcha políticas públicas integrales que contengan el crecimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, basadas en el principio de corresponsabilidad social y complementadas con el uso de las TICs a fin de promover estilos de vida saludables, fortalecer el primer nivel de atención y el acceso efectivo a servicios de salud de calidad".⁶

Este artículo se elaboró sobre la base del publicado por Lemus JD, *et al.* Cobertura porteña de salud y cobertura universal de salud. *Archivos Argentinos de Epidemiología y Salud Pública*, 2015;18(1):4-22.

Cómo citar este artículo: Lemus JD. Cobertura universal de salud. *Rev Argent Salud Pública*. 2016; Jun;7(27):33-39.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ OPS/OMS en México. Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México. México, D.F.: OPS, 2013. [Disponible en: www.who.int/universal_health_coverage/es] [Último acceso: 11/08/2016]
- ² OPS/OMS. Cobertura Universal en Salud. Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México. Discurso completo de la Dra. Maureen Birmingham sobre Lanzamiento del Libro Cobertura Universal, México 2013 [Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=856&Itemid=383] [Último acceso: 11/08/2016]
- ³ Evans D, Hsu J, Boerma T. Universal Health Coverage and Universal Access. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91:546-546a.
- ⁴ Becerra, de la Jara, Jordí Garcés, Romero Teruel, McGreevey. De la salud para todos a la Cobertura Universal de Salud. OPS. Doc. 3 de Marzo de 2014, OPS.
- ⁵ OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos,

suplemento de la 45a edición, octubre 2006. [Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf] [Último acceso: 11/08/2016].

⁶ XXIV Cumbre Iberoamericana. Declaración de la XIV Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud. Veracruz; 2014.

⁷ Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. 52º Consejo Directivo de la OPS, 65a Sesión del Comité Regional; 2013.

⁸ Lemus JD, et al. Ética y Salud Pública. *Pren Med Argent*. 2005;92:30-40.

⁹ OMS. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal, 2010. [Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/es/>] [Último acceso: 11/08/2016]

¹⁰ Davies SC, et al. For Debate: A New Wave in Public Health Improvement. *Lancet*. 2014;384:1889-1895.

¹¹ Lemus JD. Objetivos cumplidos en la gestión de salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Plan Estratégico de Salud 2007-2011. *Arch Arg Epidemiol*. 2011;14(1):50-66.