

Estrategia de Salud Universal, el acuerdo en América Latina

Dr. Ricardo Fábrega Lacoa^a

Gracias, colegas de la Academia. De verdad que es un honor esta invitación. Estoy muy gustoso de hablar con ustedes; pero, después de escuchar las introducciones, veo que han sido un muy buen resumen de lo que yo voy a decir. No me van a dejar otra que salirme del libreto, así que me iré saliendo para agregar algo nuevo, porque ustedes han presentado muy bien los ejes de la propuesta que se ha hecho en las Américas.

Avances hacia la Salud Universal en América Latina: compromisos.

Efectivamente como ustedes decían aquí tenemos un acuerdo en las Américas, un acuerdo en avanzar hacia la Salud Universal. Es un acuerdo que costó mucho lograrlo porque no es fácil, no es fácil ponernos de acuerdo países desde Cuba hasta Estados Unidos. Pero sí queda una cosa bastante clara, y es que el desafío de mejorar la salud de nuestros pueblos tiene una línea de continuidad con Alma Ata. Ya se ha mencionado, por eso voy a ir muy rápido. Alma Ata es el eje que mueve la posición de OPS en América Latina desde hace ya 40 años, y la verdad es que todos los documentos que uno va viendo en el camino son consistentes. Algunos dicen “nuevamente viene OPS con otro documento”, pero cuando uno lo lee, ve que estamos ante actualizaciones de la misma propuesta original que busca adecuarse a los cambios tecnológicos, los desafíos de la globalización, en fin, a todo lo que corresponde con las nuevas realidades sociales, los nuevos aprendizajes. La esencia valorativa es la misma: el derecho a la salud, la lucha por

la equidad, la solidaridad, el entender que somos todos merecedores de la atención y debemos cuidarnos unos a otros, para tener todos el mayor nivel de salud posible.

Con frecuencia me preguntan en clases ¿qué documento debería leer para tener claridad sobre la evolución histórica de las propuestas sanitarias que se han hecho en América Latina? Allí están: el documento de la renovación de la Atención Primaria el año 2005; la propuesta de “Redes Integradas de Servicios de Salud” publicada el 2010; el documento e informe de Salud Mundial de 2008, que habla de la Atención Primaria ahora más que nunca; en América Latina en particular, “La estrategia de Salud Universal” del año 2014, que viene a ser complementado con el documento de “Los 40 años de Alma Ata” y el informe de la Comisión de Alto Nivel que presidió Michelle Bachelet. Si uno mira ese conjunto de documentos, tiene la postura sobre cómo avanzar hacia Salud Universal en nuestros países de manera bastante coherente y sólida. En momentos de pandemia uno se pregunta ¿cuánto mejor nos habría ido si hubiésemos puesto en práctica cada una de estas cosas allí escritas? ¿Cuán rápido habríamos avanzado? Porque, sí, hemos avanzado, pero muy lentamente y con no pocas contradicciones.

El acuerdo de 2014 fue, como se ve, en esta sala de la sede de la OPS, donde llegan los expertos y los ministros con sus equipos, se discute cada palabra, cada coma. El acuerdo no fue fácil. Finamente, fue posible porque

^a Médico; magister en Gestión Pública; asesor de la Organización Panamericana de la Salud en Sistemas y Servicios de Salud; Ex Subdirector del Fondo Nacional de Salud; Ex director del Instituto Nacional de Salud Pública; Ex viceministro de Salud; Ex decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Central de Chile.

se basa en valores compartidos, los valores universales como lo es el Derecho Humano a la Salud internalizado en el mundo de la salud pública, pero además porque hay sólida evidencia que respalda lo que se afirma. No son solo creencias, no es solo un acuerdo intersubjetivo entre nosotros.

Y además, a diferencia de otros documentos previos bastante declarativos, la estrategia de Salud Universal del año 2014 es concreta y propone algunos hitos clave para que cualquier ciudadano pueda observar los avances. Hay aspectos básicos para lograr Salud Universal sin los cuales es muy difícil hablar de ella. Se habla de Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud, y se las pone a la par. Recordemos que a nivel mundial se habla de cobertura universal como un gran acuerdo entre salubristas y economistas, y eso ha sido una punta de lanza de la transformación de los sistemas de salud en los últimos 10 años. Pero, a muy poco andar, en América Latina tuvimos claro que la cobertura por sí sola no sirve si no abordamos el problema del acceso, que no haya barreras de acceso a los servicios de salud y a vivir en una comunidad saludable. Eso implica una serie de elementos que no se consideran cuando uno mira la cobertura que otorga el aseguramiento. Por eso el documento de 2014 define la cobertura como “mecanismos de organización y financiamiento suficiente para cubrir a toda la población”; que es una definición algo distinta de la que tiene la OMS a nivel global. Esto no es nuevo en OPS pues, cuando se revisa el documento “Renovación de la Atención Primaria de las Américas”, del año 2005, se ve que acceso y cobertura también figuraban juntos, hay continuidad histórica.

Estrategia para implementar estos compromisos

¿Y cómo se hace para avanzar en salud universal? Proponiendo cuatro estrategias interrelacionadas. La primera línea estratégica es a la que yo me dedico, que tiene que ver con el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y comunidades; todo lo que tiene que ver con la prestación de servicios y cómo se organizan. La segunda estrategia consiste en fortalecer la rectoría y la bonanza. La tercera es que haya financiamiento adecuado y, la cuarta, que haya una coordinación intersectorial para abordar los Determinantes Sociales de la Salud. Comprendo que Margarita analizará la línea estratégica 3 y que Eugenio lo haga con la línea estratégica 4, pero el documento de OPS trae puntos bien concretos. Por ejemplo, cuando

habla de la línea estratégica de financiamiento, dice “para lograr Salud Universal tiene que haber al menos un 6% de gasto público en salud”; y ese “al menos un 6% de gasto público en salud” es bien claro, se puede medir. No hay país que haya logrado acceso universal a la salud y cobertura universal de salud sin gastar a lo menos eso; incluso hay algunos que gastan más y aún no lo han logrado. Y, así como el asunto anterior, está el de la eliminación del copago, el gasto de por lo menos el 30% en la atención ambulatoria. Está también el tema del abordaje de los Determinantes Sociales: sin agua potable no hay buena salud, así de simple, igual que si no hay sangre en una maternidad no hay buena atención de salud. Otro tema es fortalecer la rectoría y la gobernanza, lo que tiene que ver mucho con una gobernanza democrática y una rectoría fuerte: una vez alcanzado un acuerdo, el ente rector, que es el Ministerio de Salud debe tener el poder para hacerlo cumplir; no se puede tener un Ministerio de manos amarradas, o un Ministerio sentado en un corto plazo sin mirar al futuro.

En la línea estratégica 1, analicemos algunas de las estrategias propuestas. Primero, “el acceso universal a servicios de salud integrales de ampliación progresiva”; allí la expresión “ampliación progresiva” es clave, pues se reconoce que no se trata de alcanzarlo todo de inmediato, hay que definir sus implicancias en cada país. Es bien difícil determinar cosas que pueden parecer un lujo o un despilfarro para la mayoría, pero que son necesarias para algunos; a su vez, otras personas podrían requerir esa misma intervención sin ser estrictamente necesaria. Es muy complejo esto de avanzar en Salud Universal conociendo las complejidades del bien Salud. Por otro lado, hay que identificar las brechas, las necesidades en salud insatisfechas, diferenciarlas por poblaciones, por grupos vulnerables, y tener planes concretos para cerrar esas brechas.

Mejorar y aumentar la capacidad resolutive del primer nivel es fundamental y ha quedado claro en la pandemia. Es algo que no se controla en los hospitales, sino en el territorio con equipos de salud trabajando con su comunidad para identificar los casos, contactarlos y aislarlos. La estrategia de atención temprana, la Atención Primaria, es una estrategia de atención continua cercana, y no de atención tardía, defensiva, cuando la gente ya enfermó. Eso implica mejorar y aumentar la capacidad resolutive y operativa en el territorio. Hoy es el COVID, pero habrá que estar preparados para peores desafíos. Un tema central es el de los recursos humanos en el primer nivel de atención. Sin ellos no es posible tener

salud universal. Esto implica hacer mejoras en las oportunidades de empleo, sobre todo en las zonas más desatendidas. Igualmente es clave utilizar la estrategia de Redes Integradas, basada en la Atención Primaria de Salud. El Perú ha tenido avances, retrocesos en esta línea; hay que tratar de consolidar esta propuesta, pues creo que no todo el mundo está convencido de su viabilidad. Lo fundamental es dar por superada la famosa pirámide de niveles de atención. En redes no hay niveles, nodos y relaciones. El nodo principal es el primer nivel de atención, que es el eje de la estrategia de Atención Primaria. Este eje vincula a las personas, familias y comunidades con la salud y los determinantes sociales que exigen la acción intersectorial; pero las vincula también con la atención especializada que brinda el hospital cuando es necesario, y no de manera fragmentada entre distintos establecimientos. El primer nivel de atención lleva la batuta en ese concierto de intervenciones para garantizar la Salud Universal. El enfoque de Redes requiere tejer relaciones de los profesionales con su comunidad en cada territorio, de los profesionales de cada nivel con sus respectivos especialistas focales a cargo de recibir derivaciones de los hospitales, de modo que se arme un tejido de relaciones que, cuando funciona, lo hace de maravilla.

Las Redes mejoran la eficiencia del sistema. El hospital que trabaja divorciado del territorio va a ser un hospital más ineficiente, se gasta y obtiene menos salud. En una buena Red se tienen menores costos y mejores resultados, mayor calidad, lo que era una intuición el año 1978 en Alma Ata y hoy está comprobado. Obviamente, no es fácil, pues implica romper con nuestra autonomía y el individualismo de quien “se bate solo”; requiere reconocernos interdependientes prestando servicios a una comunidad, para lo cual tenemos que trabajar unos con otros para maximizar los resultados. Se han logrado avances en la propuesta de 2014, no ciertamente los deseados. Luego llegaron los Objetivos del Desarrollo Sostenible y nos alineamos con ellos. Procuremos lograr dichos Objetivos para el año 2030 habiendo alcanzado la Salud Universal.

¿Y cómo lo hacemos? Allí surge una serie de recomendaciones de la Comisión presidida por la ex presidenta de Chile, Dra. Bachelet, donde se emitieron 10 recomendaciones. Una de ellas es lograr que “el entramado institucional de los países asegure que se va a garantizar el Derecho a la Salud”. Esto implica un giro radical en muchos de nuestros países. En este documento hay una mención muy positiva acerca del

sector privado. Definitivamente no hay que ser ingenuos: el sector privado está allí, pero no necesariamente va a favorecer la Salud Universal; sin embargo, sin sector privado no va a haber Salud Universal; o sea, métenlo en la ecuación, pónganlo al servicio de los valores comunes, y hagámoslo trabajar por la Salud Universal. Necesitamos que todos los actores se alineen con los valores esenciales de la Salud Universal, sin olvidar sus intereses y los valores de cada actor.

El rol del Estado

Avanzar hacia la Salud Universal es un proceso complejo y lleno de obstáculos. La verdad que no es fácil hacer cambios en Salud, nadie imaginó que íbamos a sufrir esta pandemia. Es importante remarcar que las recomendaciones hechas en 2019 sobre la estrategia de Salud Universal son enfáticas en afirmar la necesidad de fortalecer el rol del Estado en tres áreas: 1) diseñar e implementar el nuevo modelo, centrado en las personas, la cercanía a la Atención Primaria y el primer nivel de atención, y actuar como articulador de los distintos miembros de la Red; 2) asegurar una buena institucionalidad y gobernanza, y 3) garantizar los factores productivos para que la atención sea posible, esto es, los médicos, equipos de salud, medicamentos e infraestructura necesarios. Para ello se propuso el siguiente indicador: “aumentar el financiamiento para tener buen recurso humano en las zonas desatendidas trabajando en red”. Si este factor va mejorando es posible que el resto de factores también mejore, pues opera como un tractor de la transformación del Sistema. Para saber si mejoramos, analicemos el financiamiento, sobre todo el gasto público en salud, miremos qué recursos humanos se emplean, su distribución y si están trabajando en redes y cerca de las personas.

En Perú, el MINSA había definido un camino con un conjunto de macroprocesos, pero eso no era suficiente. El COVID19 desnudó la situación real, como se ha reiterado, e incluso los más optimistas se dan cuenta de que no se había avanzado lo suficiente. Para terminar, creo que la pandemia puso en claro que sólo la lucha conjunta podrá hacerle frente; no es, pues, un problema de médicos, o del MINSA o de los sindicatos. Es un problema de todos, pone esencialmente en cuestión el funcionamiento en sociedad y obliga al aporte de todos. La Salud Universal no debe esperar el fin de la pandemia, este tiene que ser un momento para avanzar y no para retroceder. Avanzar hacia la Salud Universal es una tarea para ahora y no para mañana. Gracias.