



Revista VIA IURIS

ISSN: 1909-5759

iuris@libertadores.edu.co

Fundación Universitaria Los Libertadores
Colombia

Crojethovic, María

Universalismo en salud. La reconstrucción de un debate sobre los derechos

Revista VIA IURIS, núm. 21, julio-diciembre, 2016, pp. 13-23

Fundación Universitaria Los Libertadores

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273950435002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Fecha de recepción: 29 de abril de 2016
 Fecha de revisión: 20 de junio de 2016
 Fecha de aceptación: 23 de junio de 2016

Universalismo en salud. La reconstrucción de un debate sobre los derechos*

*María Crojethovic ***

Citar este artículo

Crojethovic, M. (2016). Universalismo en salud. La reconstrucción de un debate sobre derechos. *Revista Via Iuris*, 21, pp. 13-23.

RESUMEN

El trabajo recorre el debate sobre la universalidad de los servicios en la región, y luego, observa como este debate se recorta en el sector salud, circunscribiendo el derecho a la salud.

A partir de una investigación cualitativa se realiza una revisión documental que vincula un *corpus* bibliográfico de las políticas sociales por un lado, y del sector salud por otro, para luego revisar críticamente la propuesta de los organismos internacionales en salud sobre cobertura universal.

Como resultado se presentan los puntos de tensión surgidos del debate en relación a: la disputa del derecho (garantía individual o derecho social); la población objetivo sobre el recorte o no de grupos vulnerables (pudiendo restringir el derecho); la prioridad de las prestaciones y servicios (sobre quiénes, cómo y quién define el acceso a dichas prestaciones); y la garantía y calidad institucional (capacidades públicas que se movilizan y cambios que se requieren en el financiamiento, y en el diseño institucional).

Se concluye que en los puntos de tensión se definen las fronteras del derecho a la salud. Por lo tanto, su identificación sirve para pensar dimensiones de análisis y detectar con ellas, los avances hacia la universalidad en las políticas de salud.

* Este artículo es resultado del proyecto de investigación titulado: "Cobertura universal en salud y redes de servicios: encuentros y desencuentros entre la macro y la meso gestión. Un estudio de caso en el conurbano 2008/201, es 2015". Adscrito al Grupo de Trabajo Diseño y Gestión de las Políticas del Salud Instituto del Conurbano, Universidad Nacional de General Sarmiento- Juan María Gutiérrez 1150. (Período 2014-2017). Los Polvorines, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

** Doctora en ciencias sociales. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Maestra en sociología económica del Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad San Martín. Licenciada en Sociología, Facultad de Sociología Universidad de Buenos Aires, Argentina. Investigadora Instituto del Conurbano, Universidad Nacional de General Sarmiento. Correo electrónico: mcoje@gmail.com

Palabras clave

Universalismo, cobertura universal, salud, derechos, política social, organismos internacionales.

Universalism in health. The reconstruction of a debate on rights

María Crojethovic

ABSTRACT

This work presents the debate on the universality of services in the region and, then, focuses on the health sector, in reference to the right to receive health services.

From a qualitative research approach, a bibliographic review was carried out linking, on the one hand, the document *corpus* of social policies and, on the other, that one of the health sector. Afterwards, a critical revision of the proposal issued by international health organisms regarding universal coverage was implemented. As a result, the points of discussion arisen during the debate are presented. These are related to: the argument about rights (individual guarantee or social right); the priority of provision and service (to whom, how, and who defines the access to this provision); and the institutional guarantee and quality (public capacities in motion and required changes for financing and institutional design).

As a conclusion, the frontiers of the right to health are defined in these discussion points. Therefore, their identification is useful for pondering on dimensions of analysis, and with them the advancements towards the universality of health policies can be detected.

Keywords

Universalism, universal coverage, health, rights, social policy, international organisms.

Universalismo na saúde. A reconstrução de um debate sobre os direitos

María Crojetbovic

RESUMO

Este trabalho aborda o debate sobre a universalidade dos serviços na região, e, em seguida, mostra como esse debate é curto no setor da saúde, restringindo o direito à saúde.

A partir de uma pesquisa qualitativa, se fez uma revisão documental que liga um *corpus* bibliográfico das políticas sociais, por um lado, e o sector da saúde, por outro, e, posteriormente, se tornou uma revisão crítica das agências internacionais de saúde propostas sobre a cobertura universal. Como resultado se apresentam os pontos de tensão do debate em relação com: a disputa da lei (garantia individual ou do direito social); população alvo sobre o corte ou não de grupos vulneráveis (que podem restringir o direito); a prioridade de benefícios e serviços (sobre quem, como e quem define o acesso a esses serviços); e garantia qualidade institucional (capacidade pública para mobilizar e alterações necessárias no financiamento e no desenho institucional).

Conclui-se que os pontos de tensão se definem as fronteiras do direito à saúde. Portanto, a identificação serve para pensar dimensões de análise e identificar com eles, os avanços no sentido de universalidade nas políticas de saúde.

Palavras-chave

Universalismo, cobertura universal, saúde, direitos, política social, organizações internacionais.

L'Universalisme de la santé. La reconstruction d'un débat des droits

María Crojethovic

RÉSUMÉ

Ce travail écrit parcourt le débat sur l'universalité des services dedans la région, et après il observe la façon comme ce débat se reduit dans le secteur qui circonscrit le même droit de la santé.

À partir d'une exploration qualitative, on a fait une rectification documentaire qui liaise un *Corpus* bibliographique des politiques sociales d'un côté, et le secteur de la santé de l'autre côté, et ultérieurement on a révisé, avec un perspective critique, la proposition des entités internationales de la santé sur la couverture universelle. Le résultat présente les points d'agitation suscités depuis le débat et qui sont: La lutte des droits (une garantie individuelle ou droit social); la population objective sur la réduction ou pas des different groupes vulnérables(que peuvent-être limiter dans le droit); la priorité des prestations et services (par auxquels qui recoivent le droit , la manière dont l'individu rend l'admisison aux telles prestations); et la garantie et qualité institutional (les capacités publiques que se bougent et changent, et qui ont besoin du financement, et un dessin institutional).

Finalment, les points d'agitation definent les frontières des droits de la santé, en consequence leur identification sert à penser dimensions d'analyse et détecter avec eux le progres vers la universalité des politiques de la santé.

Mots-dés

Universalité, couverture universelle, santé, droits, politique social, entités internationales.

INTRODUCCIÓN

El trabajo se enmarca dentro del proyecto de investigación, *cobertura universal de salud y redes de servicios: encuentros y desencuentros entre la macro y la meso gestión. Un estudio de caso en el conurbano bonaerense 2008/2015*. Esta investigación propone pasar revista sobre las tensiones que recorren el debate sobre *universalismo*, en la región primero, y después en el sector salud, delimitando las fronteras del *derecho a la salud*.

Desde una perspectiva académica, la discusión en la región, acerca de los servicios universales, plantea grandes interrogantes que lo tensionan en aquello que entendemos como el sentido o significado que disputa el derecho, los alcances de los servicios, los beneficios otorgados y la garantía y calidad institucional. En el sector salud, si bien estos temas se analizan individualmente, todos ellos (según las especificidades que adopten para cada caso) ponen en cuestión la concreción o vulneración del derecho tal como lo entiende la OMS/OPS (2014): “[...] el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

En los países de la región, el universalismo en salud ha tomado forma con las propuestas de la cobertura universal (CUS) y el Acceso a la cobertura universal (ACUS) que han desembarcado desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS). Las mismas plantean, que tanto la cobertura universal de salud como el acceso universal a la salud, son el fundamento de un sistema de salud equitativo. Por lo que representan las condiciones necesarias para promover y proteger el derecho a la salud como derecho humano fundamental, sin distinción de edad, etnia, sexo, género, orientación sexual, idioma, origen nacional, lugar de nacimiento, o cualquier otra condición (OMS, 2014).

No obstante, dichas organizaciones recomiendan identificar los servicios necesarios para mejorar la cobertura y el acceso a la salud de la población, poniendo particular atención en la más vulnerable. Es por esto que se sostiene que estas propuestas están más orientadas a cubrir los riesgos en salud de cierta población, que a promover políticas universales.

METODOLOGÍA

Desde una perspectiva cualitativa, y mediante una revisión documental que vincula bibliografía de las políticas sociales, por un lado, y del sector salud, por el otro, se transita el debate sobre la universalidad en general, identificando los puntos de tensión. Luego, y a partir de estos puntos de tensión se construyen los siguientes interrogantes que guían el debate en el sector salud:

- ¿Cuál es el sentido o el significado que disputa el derecho que portan los servicios universales?
- ¿Qué sucede cuando se concibe a la universalización con alcances delimitados?
- ¿Qué tipo de prestaciones y servicios se priorizan, hacia quiénes, cómo y quién define el acceso a dichas prestaciones?
- ¿Qué recursos institucionales y capacidades públicas se movilizan?

De aquí, surgirán las dimensiones de análisis como propuesta para mirar los sistemas de salud, en tanto su orientación hacia la universalidad. Finalmente, se presenta y se intenta señalar la divergencia que emerge con el planteo de la cobertura universal de la OMS y de la OPS (actores clave del sector).

En tanto el proyecto general se orienta a detectar los avances hacia el universalismo, haciendo una reconstrucción y análisis de las políticas en salud; aquí se trabaja en las relaciones entre la población (o pacientes) y los proveedores, excluyendo del análisis las relaciones entre financiadores y proveedores de atención y la interacción con las autoridades gubernamentales en los distintos niveles —sea con los financiadores y con los proveedores de servicios— (Belmartino, 2008).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Elementos analíticos para organizar el debate

En un registro teórico, el debate acerca de los servicios universales en la región podría enmarcarse en aquello que entendemos como el sentido o significado que disputa el derecho. La relación entre salud y derecho ha ido variando según el avance del conocimiento sanitario y jurídico, de modo que esta relación ha cambiado según los diferentes paradigmas o modelos sucedidos a lo largo de la historia. En la actualidad,

el desarrollo humano devino en objeto de derecho (a la salud), lo que llevó a distintos organismos a declarar la garantía del goce máximo de salud como un derecho humano fundamental.

Ahora bien, el punto de partida de los derechos humanos no consiste en reconocer la existencia de ciertos sectores sociales que tienen necesidades no cubiertas, sino de la existencia de personas que tienen derechos que pueden exigir o demandar. Atribuciones que dan origen a obligaciones jurídicas por parte de otros, y por consiguiente, al establecimiento de mecanismos de tutela, garantía o responsabilidad. Cambia así la lógica de la relación en el Estado (o los prestadores) y la población (beneficiarios). No se trata sólo de personas con necesidades que reciben beneficios asistenciales o prestaciones fruto de la discrecionalidad, sino titulares de derechos que tienen el poder jurídico y social de exigir del Estado ciertos comportamientos (Abramovich, 2006).

En esta concepción del derecho otros ven un problema, porque entienden que al ubicar la salud como un derecho humano termina por remitir a un derecho individual (Bergallo, 2013), que reenvía el conflicto a una esfera más reservada en que los sujetos litigan con el Estado, obligando a este último a garantizar los derechos de forma positiva cuando algún derecho ya fue vulnerado (Laurell, 2014). Además, la individualización del derecho a la salud frente al Estado podría condicionar al ciudadano de distinta forma: quien tenga recursos que recurra al mercado; que la obligación estatal sea un paquete para los pobres; que los beneficiarios de la acción estatal adopten ciertas conductas prescritas, entre otros (Laurell, 2014). La salud también puede ser entendida como un derecho social, resguardándola como un espacio público que garantice que la ciudadanía iguale sus derechos políticos a su condición civil garantizando un estatus de vida (Donzelot, 2007). La noción de “derecho social” aparece aquí como un fundamento del Estado social que reconfigura la ciudadanía social (Laurell, 2014; Tobar, 2013).

En una orientación parecida, aparece otra propuesta que plantea el derecho a la salud como una construcción ciudadana, en la que el sistema o las políticas de salud no son suficientes. Se debe convenir un conjunto proactivo de cuidados donde el sistema de salud y los ciudadanos se comprometan a respetar, para producir y preservar la salud, logrando que la salud se redistribuya cada vez más, y en forma más equitativa dentro de la población. Esto implica reconceptualizar

la salud, y construir un derecho efectivo y ciudadano a la salud, cimentándose no sólo en la técnica y en la política, sino también en ciertas herramientas sociales fundamentales, como los consejos locales de salud (Tobar, 2015). En suma, la tensión aparece entre la concepción del derecho comprendido en términos de la extensión de los derechos individuales o de la conquista de salud colectiva para todos (Tobar, 2013).

Por otro lado, la garantía del derecho a la salud orienta este debate hacia cómo definir los alcances en la universalización y pone en discusión los riesgos del recorte poblacional. Los programas con población objetivo o prestaciones determinadas que recortan grupos vulnerables, reconocen un universo social determinado pero pueden restringir el derecho de otros grupos excluidos (Abramovich & Pautassi, 2006). Incluso, en aquellas propuestas presentadas como más “universalizantes” se llegó a plantear: “La segunda generación de programas sociales promovida por el Banco Mundial desde mediados de la década de los noventa incorporaba un marco de derechos, denominado “marco comprensivo del desarrollo”, que definía la pobreza como un fenómeno multidimensional” (Abramovich & Pautassi, 2006, p. 4). Sin embargo, esta propuesta apuntaba sólo a la extensión de la cobertura de las prácticas focalizadas (Abramovich & Pautassi, 2006). Muchos de los programas sociales, especialmente los de transferencias condicionadas, se fundamentan en clave de derechos, pero en general estos sujetos de derechos aparecen identificados como parte de los grupos más pobres y vulnerables. Esto, si bien constituye un avance para tales grupos, supone también excluir a otros. El hecho que se le reconozca a una política social un carácter universal no significa, necesariamente, que ella abarque todos los aspectos que pueden estar concernidos en el ejercicio de un derecho. Es decir, que aunque reconocido para el universo social, el respectivo derecho puede estar circunscrito a determinados servicios o prestaciones (Cunill Grau, 2010). Específicamente en el sector, los debates sobre las reformas de los sistemas de salud han girado sobre la necesidad de alcanzar la cobertura universal, aunque sin un claro consenso acerca de los alcances de ese objetivo, que va desde la existencia de un mínimo al alcance de todos, hasta una cobertura amplia, suficiente e igualitaria. Se está tratando de aclarar ese concepto mediante la determinación de un monto de recursos necesarios (aunque no suficientes) para alcanzar dicha cobertura (Cetrángolo, 2014).

En muchos países de América Latina se ha establecido, el acceso universal a servicios de salud de su población. No obstante, son escasas las referencias claras y explícitas acerca del nivel de cobertura garantizado. Por lo general, la cobertura efectiva en salud resulta insuficiente y desigualmente distribuida. No se trata de lograr el acceso a algo, sino que todos los habitantes de un país tengan derecho a una cobertura homogénea y suficiente tanto en cantidad como calidad (Cetrángolo, 2014).

Además, en un sector donde las fronteras tecnológicas están en constante movimiento, el interrogante se sienta sobre qué beneficios otorgar. El universalismo básico, por ejemplo, plantea la necesidad de proveer al menos un conjunto limitado de prestaciones, cuyo alcance depende de las posibilidades y condiciones políticas y financieras de cada país. De este modo, el conjunto de prestaciones se plantea como factible y no utópico, sin embargo, advierten que con el tiempo se irá ampliando progresivamente como mecanismo para garantizar progresivamente los derechos. Esta propuesta busca articular el crecimiento económico con el desarrollo social, para acercarse cada vez más a un imaginario universal (Molina, 2006).

No obstante, otros autores entienden que la asociación entre el crecimiento económico y la inclusión social en una sociedad es un ideal a ser perseguido por las democracias de la región. La subordinación de los regímenes universales de garantías mínimas de protección, en modelos basados en la protección mediante seguros individuales, permite compatibilizar el financiamiento público con el seguro privado, pero no garantiza la igualdad y la integridad que debiera garantizar el derecho universal a la salud (Fleury, 2011). En esta dirección también se plantea la reconstrucción del sistema público de abajo hacia arriba con alguna modalidad de Atención Primaria en Salud Renovada o Medicina Familiar, integrando redes de servicios para el acceso a servicios de la complejidad requerida (Alvarado et al., 2008 en Laurell).

Otra mirada, en relación a los beneficios, propone focalizar el recorte por patologías ante las mismas necesidades, que los ciudadanos reciban tratamientos equivalentes en calidad y resolutivez, independientemente de su condición social y económica e incluso su esquema de cobertura. Tratamientos priorizados según determinadas patologías que garanticen una respuesta adecuada a toda la población por igual. Estas patologías deben ser objeto de inter-

vencción independientemente del sistema público, privado o de la seguridad social con que se cuente. No delimitar a paquetes básicos de unas pocas intervenciones (las cuales en su mayoría son de salud pública), sino garantizar una respuesta de calidad homogénea para un conjunto de patologías priorizadas (Tobar, S/F). Esto lleva a discutir sobre qué tipo de prestaciones y servicios se priorizan, cómo (directa o indirecta), quién define el acceso a dichas prestaciones, y cómo se garantiza la calidad (buena y homogénea) de esas prestaciones y servicios (Tobar, 2013; Cetrángolo, 2011).

En cuanto a los prestadores se plantea la necesidad de dilucidar si son públicos o privados y cuál es la mezcla entre ambos en un sistema determinado de salud. Cuando está involucrada la prestación privada de servicios, tiene interés aclarar cuál es el tipo y la proporción de los servicios públicos y los privados y cuáles son las formas de pago a los privados: capitación o pago por servicio (Laurell, 2012). En relación a esto, también aparece la necesidad de definir quiénes son los administradores de los fondos de salud/compradores de servicios y los prestadores (proveedores) de los servicios. Esto concierne en tanto lleva a debatir sobre la competencia y el mercado en el sector salud, la separación de funciones estatales entre la regulación, la administración de fondos/compra de servicios y la prestación de servicios (Laurell, 2012).

Finalmente “[...] la garantía del derecho también requiere de recursos, instituciones y capacidades públicas” (CEPAL, 2006, p. 19), y es la vinculación entre los tres la que realmente determina la medida en que una política con enfoque de derechos puede ser plenamente ejecutada. Esto significa que la construcción de la nueva ciudadanía que subyace en las políticas con enfoque de derechos, conlleva tanto cambios en el financiamiento como diseños especiales en las instituciones y en la gestión de los entes que formulan y que ejecutan las políticas (Cunill Grau, 2010). Por otra parte, se debe apuntar a una nueva cultura institucional, poniendo la administración al servicio de las funciones sustantivas, para debilitar el poder burocrático y promover la práctica de participación y colaboración. La condición es tener un proyecto explícito, convincente y compartido (Laurell & Cisneros, 2015). Además, se debe construir mecanismos político-administrativos que limiten el manejo discrecional, por ejemplo, licitaciones transparentes, o la supervisión del gasto con contralores ciudadanos independientes (Laurell, 2014).

Tabla 1. Dimensiones que tensionan el debate sobre la universalidad en salud.

Sentido del derecho	Cuál es el sentido o el significado que disputa el derecho que portan los servicios universales (individual o social), lo que supone la garantía individual que tiende a particularizar el problema de la salud o un derecho social que contribuye a la construcción de ciudadanía.
Los alcances	Qué sucede cuando se concibe a la universalización con alcances delimitados. Los programas con población objetivo o prestaciones determinadas recortan grupos vulnerables reconociendo un universo social pudiendo restringir el derecho de otros grupos excluidos.
Beneficios	Qué tipo de prestaciones y servicios se priorizan y a hacia quiénes, cómo (directa o indirecta) y quién define el acceso a dichas prestaciones, cómo se garantiza la calidad (buena y homogénea) de esas prestaciones y servicios.
Garantía y calidad institucional	Qué recursos, instituciones y capacidades públicas se movilizan, qué cambios se requieren en el financiamiento, en el diseño de las instituciones y en la gestión de los entes que formulan y que ejecutan las políticas.

Fuente: elaboración propia con base a bibliografía.

La propuesta de la “CUS” y “ACUS” según los organismos internacionales

En el campo de las políticas de salud, este debate más general se ha ido especificado en el planteo de la cobertura universal de la OMS/OPS. La Cobertura Universal en Salud (CUS) tiene como objetivo general declarado, el logro de una cobertura total de la población en todas sus formas y funciones. La particularidad de esta cobertura es la garantía de la protección económica de la población, de modo de no correr el riesgo de empobrecimiento frente a un potencial gasto de bolsillo (OMS, 2013).

Se identifican tres grandes dimensiones sobre las cuales cada Estado soberano debería intervenir:

1. La población.
2. Los servicios de salud (esto incluye los medicamentos esenciales).
3. Los costos (de quién deba pagar: usuarios y terceras partes financiadoras).

La primera dimensión refiere a la población que está cubierta y la que no, tanto en lo que hace al acceso como al financiamiento. Es decir, todos deben obtener los servicios que necesitan a un costo asequible, no debiendo registrarse pagos que excedieran un umbral de disponibilidad de los recursos de cada uno, por lo que para las personas con escasos recursos o más desfavorecidas debiera ser igual a cero (OMS, 2013). La segunda dimensión alude a la forma en que los servicios de salud alcanzan a la población mediante: la prevención, la promoción, el tratamiento, la rehabilitación, la atención paliativa, y diagnóstico debiendo garantizarse dichos servicios tanto en su cantidad como en su calidad. Cada país debe revisar qué servicios ha de prestar según las necesidades del mismo, si estos están cubiertos y si están disponibles para brindar una atención de calidad (OMS, 2013). La tercera dimensión se relaciona con la protección financiera y la capacidad de pago, la necesidad de dicha protección contra riesgos financieros está determinada por los costos que las personas deben afrontar mediante pagos en efectivo directos e inmediatos. Este tipo de protección es un instrumento de protección social aplicado a la salud, el que opera con otros mecanismos de protección social¹ (OMS, 2013).

1 Prestaciones de desempleo y enfermedad, pensiones, pensiones alimenticias, subsidios de vivienda, planes de creación de empleos, seguros agrícolas, etc.

Tabla 2. Dimensiones del Sistema de Salud Universal por objetivos.

DIMENSIONES	OBJETIVOS QUE ALCANZA
Población	Acceso de calidad
Servicios de salud	Cobertura de acceso y financiera
Costos	Protección financiera y capacidad de pago

Fuente: elaboración propia con base a datos del informe OMS 2013.

La identificación de estas dimensiones permitirá medir los progresos hacia los CUS. La primera tarea consiste en definir los servicios y políticas de apoyo que se necesitan en cada población, incluida la protección contra los riesgos económicos, la población a utilizar los servicios y el costo que estos tienen. Para eso es preciso conocer las causas de mala salud, las posibles intervenciones sobre estas, quiénes tienen acceso, quiénes no y el potencial perjuicio económico que provocaría el pago directo del usuario. Cada gobierno debe actuar en representación de la población debiendo decidir de qué manera se ha de seguir avanzando hacia la CUS según los recursos financieros disponibles. La segunda tarea consiste en medir el progreso con indicadores que sean válidos y apropiados para cada población.

El acceso a la protección contra riesgos económicos puede ser medido por la cantidad de población inscrita en algún tipo de seguro o servicio de salud financiado mediante impuestos y gratuito en el punto de atención, o bien mediante la cantidad de población que padece consecuencias adversas por no gozar de dicha protección. Como fue mencionado con anterioridad, los servicios son diversos según la función que deban cumplir y se organizan por niveles de atención (no personal, comunitario, centros de atención primaria y hospitales secundarios o terciarios). Los servicios no personales corresponden a acciones dirigidas a las comunidades, como pueden ser: campañas masivas de educación sanitaria, elaboración de políticas o medidas fiscales, o bien medidas de salud ambiental. Mientras que los servicios basados en la comunidad son las acciones sanitarias individuales y colectivas, que se realizan en la comunidad con agentes de salud de la comunidad, y no a través de instituciones asistenciales.

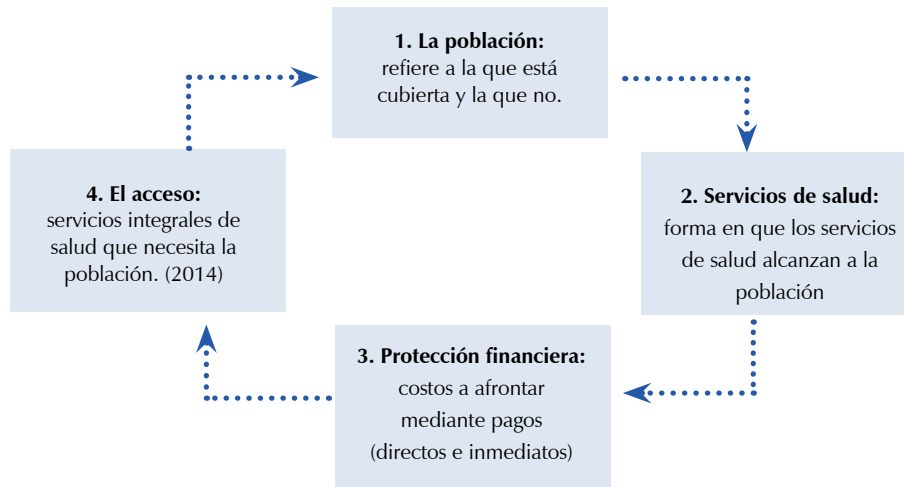
Estos sumados a una atención primaria de calidad constituyen una estrategia central del sistema de salud para alcanzar la cobertura universal. Finalmente, los servicios de salud necesarios, y las personas que los necesitan deben identificarse en relación a las causas de la falta de salud, las tecnologías, los instrumentos de intervención y los costos (OMS, 2013).

Para el año 2014 la OMS y la OPS comienzan a poner el foco en el problema del acceso de la población a la salud, hecho que se enuncia en un nuevo documento denominado *Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la cobertura universal de salud*. En el mismo se promueve que la población y las comunidades tengan acceso a los servicios integrales de salud que necesitan. Esto implica la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género, que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa. Al mismo tiempo, requiere de la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de salud. Se propone la mancomunación solidaria de los fondos y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.

Establecen cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes: a) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; b) fortalecer la rectoría y la gobernanza; c) 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 d) fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal.



Gráfico 1.



Fuente: elaboración propia con base a datos del informe OMS 2014.

En suma, la propuesta de los organismos internacionales de salud llevó a plantear la Cobertura Universal en Salud (CUS), de la cual se identificaron sus tres dimensiones: servicios, cobertura, financiamiento. Para el 2014, estos mismos se propusieron revisar el problema del acceso, conformándose una cuarta dimensión. Así, la ACUS puso el énfasis en la ampliación del acceso a los servicios para los grupos en situación de vulnerabilidad, priorizando las intervenciones que respondan a las necesidades insatisfechas (OMS/OPS, 2014).

CONCLUSIONES

Como se desprende del recorrido hecho, la noción *universalismo en salud* puede variar en tanto el tipo de derecho que promueva, los alcances que contemple, los beneficios que satisfaga y cómo garantice la institucionalidad de sus políticas regulatorias. Estas tensiones irán recortando su significado, de acuerdo a la forma que adopten en las distintas intervenciones sanitarias de cada país.

En paralelo y haciendo eco del debate, los organismos internacionales de salud adaptaron y anclaron la noción de universalidad a la propuesta de la CUS/ACUS. No obstante, del análisis surge que la particularidad de esta cobertura reside en la garantía de la

protección económica de la población, de modo de no correr el riesgo de empobrecimiento frente a un potencial gasto de bolsillo (OMS, 2013).

Ahora bien, el significado que guarda en esta última definición la universalidad, no es en relación los derechos sociales, sino a la cobertura total de la población vulnerable o de riesgo, definiendo una población objetivo. Esta distinción en el significado que adquiere la (A)CUS es relevante debido a que corre de eje el debate de la universalidad, ya que invita a cada país a revisar su sistema de salud y a revisar el tratamiento que cada uno posee para con la población de riesgo. No obstante, esto propone que los esfuerzos y estrategias deben estar orientados al cumplimiento de la cobertura total, más allá de cómo sea el modelo: público, privado o mixto.

Para finalizar, el aporte de este debate residió en la intencionalidad de encontrar los puntos de tensión que recortan y/o delimitan las fronteras del derecho a la salud, para luego pensar cómo los sistemas de salud mediante sus políticas se orientan en mayor o menor medida hacia la universalidad. En adelante se buscará operacionalizar dicha noción, de forma tal que permita pensar en una herramienta que pueda detectar avances en las políticas hacia la universalidad en salud, en tanto, logren desmercantilizar determinados satisfactores/necesidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramovich V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la Cepal*, 88, 35-50.
- Abramovich, V. y Pautassi, L. (2006). *Dilemas actuales en la resolución de la pobreza. El aporte del enfoque de derechos, documento presentado en el Seminario "Los Derechos Humanos y las Políticas Públicas para Enfrentar la Pobreza y la Desigualdad"*. Buenos Aires: UNESCO, Secretaría de Derechos Humanos, Universidad Nacional Tres de Febrero.
- Belmartino, S. (2008). La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación. En Chiara et al. (Org), *Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias*. Instituto del Conurbano/UNGS. Recuperado el 12 de junio de 2016 de www.ungs.edu.ar/publicaciones/ges_loca.html.
- Bergallo, P. (2013). Argentina: los tribunales y el derecho a la salud. En Yamin Alicia, E. y Gloppen, S. (Coord.). *La lucha por los derechos de la salud. Puede la justicia ser una herramienta de cambio?*. Argentina: Siglo XXI.
- CEPAL. (2006). *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Santiago: CEPAL.
- Cetrángolo, O. (2011). *Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011*. Argentina: PNUD-OPS-CEPAL.
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, 8(13), 145-183.
- Chiara, M. (2013). Políticas e instituciones en salud: el desafío de construir nuevos escenarios. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 3 (6), 31-42.
- Cunill, N. (2010). Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 46, 43-72.
- Donzelot, J. (2007). *La invención de lo social. Ensayo sobre la declinación de las pasiones políticas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fleury, S. (2011). Direitos sociais e restrições financeiras: escolhas trágicas sobre universalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (1), 18-30.
- Laurell, A. (2012). *Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos*. Recuperado el 12 de junio de 2016 de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj2zMHTku_NAhVE6SYKHSYRAW0QFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fecu%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D403%26Itemid%3D&usq=AFQjCNGmFgFJnu4wMKhq_p2iH1_MB0M0OA&sig2=As6dLpZLIR7FezVSvswUCw
- Laurell, A. (2014). Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saude em Debate*. 38(103), 853-871.
- Laurell, A. & Cisneros, A. (2015). Construcción de un proyecto contra-hegemónico de salud. El caso del Distrito Federal, México. En Laurell, A., Tetelboin, C. (Coord). *Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha; coordinación general*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.
- Molina, C. (2006). *Universalismo básico. Una nueva política social para América Latina*. Washington: Editorial Planeta.
- OMS. (2013). Hacia la cobertura sanitaria universal: conceptos, enseñanzas extraídas y desafíos para las políticas públicas. *Revista Española de Salud Pública*, 87(1), 3-9.
- OMS. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Sesión del comité regional de la OMS para las Américas. Washington.
- Tobar, F. (2013). *La salud pública y derecho a la salud*. En Clérico L., Ronconi L., Aldao M. (Coord). Tratado de derecho a la salud. Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- Tobar, F. (2015). *Derechos y deberes de los ciudadanos en salud*. Buenos Aires: Mimeo.