

LA EQUIDAD EN LAS REFORMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1990-2020

Liz Ortiz Laureano, PhD
Universidad de Puerto Rico

Resumen

Desde los años ochenta, se han observado transformaciones significativas en la forma en que los Estados operan y administran lo público, impulsadas por la globalización, crisis económicas y nuevas concepciones de la democracia. La globalización ha traído consigo beneficios económicos, pero también ha exacerbado las desigualdades, especialmente en regiones como América Latina.

Simultáneamente, se han implementado cambios en la administración pública con el fin de lograr una gestión gubernamental más ágil y eficiente. Sin embargo, estas reformas han sido criticadas por descuidar la dimensión democrática y priorizar la eficiencia sobre la participación ciudadana. La modernización de la administración pública ha implicado la participación de nuevos actores, tanto públicos como privados, lo que ha reconfigurado el papel del Estado en la sociedad.

Estos cambios también han afectado el sector de la salud pública, especialmente en América Latina, donde se han exacerbado las desigualdades en el acceso a la atención médica. La pandemia de COVID-19 ha puesto al descubierto los problemas estructurales de los sistemas de salud de la región, incluido el subfinanciamiento crónico y la segmentación de la población en función de su capacidad de pago.

En este contexto, es necesario reflexionar sobre las reformas de salud implementadas en las últimas décadas y analizar su impacto en términos de equidad. Este artículo tiene como objetivo describir estas reformas en América Latina y el Caribe entre 1990 y 2020, así como analizar sus diferencias desde una perspectiva de equidad. Así mismo, se identifican las áreas

de oportunidad. [**Palabras clave:** Reformas de salud, políticas sociales, equidad, inclusión].

Abstract

Since the 1980s, significant transformations have been observed in the way states operate and administer public services, driven by globalization, economic crises and new conceptions of democracy. Globalization has brought economic benefits, but it has also exacerbated inequalities, especially in regions such as Latin America and the Caribbean.

At the same time, changes have been implemented in the public administration to achieve more agile and efficient government management. However, these reforms have been criticized for neglecting the democratic dimension and prioritizing efficiency over citizen participation. Also, the modernization of public administration has involved the participation of new actors, both public and private, which has reconfigured the role of the State in society.

These changes have also affected the public health sector, especially in Latin America, where inequalities in access to health care have been exacerbated. The COVID-19 pandemic has laid bare structural problems in the region's health systems, including chronic underfunding and segmentation of the population based on their ability to pay.

In this context, it is necessary to reflect on the health reforms implemented in recent decades and analyze their impact in terms of equity. This article aims to describe these reforms in Latin America and the Caribbean between 1990 and 2020, as well as to analyze their differences from an equity perspective. Likewise, we identify areas of opportunity. [**Keywords:** Healthcare reforms, social policies, equity, inclusion].

I. Introducción

A partir de los años ochenta se comenzaron a observar transformaciones en las formas de operar de los Estados y en su alcance administrando lo público. Estos cambios surgieron en el marco de la globalización, la crisis económica latente y la reinención de los gobiernos ante las nuevas concepciones de la democracia.

Stiglitz (2003) reconoce que la globalización trajo consigo beneficios económicos para algunos países, pero señala que muchas naciones en desarrollo no lograron obtener dichos beneficios. De hecho, para varios países incluyendo la región latinoamericana, las políticas sugeridas en el marco de la globalización empeoraron su situación económica, contrario a las promesas de mejora.

De forma paralela se iniciaron cambios en la administración pública con el objetivo de establecer un gobierno ágil y eficiente, basándose en las propuestas transformadoras del modelo de Osborne y Gaebler (1993). Sin embargo, autores como Brugué (1996), Vera (2015) y Santana y Negrón (1995) resaltan que esta modernización generó debates sobre la falta de atención a la dimensión democrática, enfatizando la necesidad de equilibrar la eficiencia económica con la participación ciudadana en la búsqueda de soluciones a los problemas sociales.

Estas reformas administrativas también implicaron la incorporación de nuevos actores, tanto del sector público como del privado, así como actores individuales y colectivos, lo que disminuyó la primacía del Estado y generó espacios de participación para otros sectores interesados.

Los cambios mencionados también afectaron la perspectiva de la salud pública y el papel del Estado con respecto a ésta. Durante la última década del Siglo XX, los problemas de salud pública en América Latina y el Caribe (ALC) eran acuciantes. La Organización Panamericana de la Salud (2000) identificó preocupaciones urgentes en la región, como la polarización epidemiológica y las desigualdades en la expectativa de vida entre diferentes grupos de población. Esta situación se caracterizaba por la coexistencia de dos patrones de mortalidad: uno asociado con sociedades desarrolladas y otro relacionado con condiciones de vida deficientes, incluyendo causas infecciosas, parasitarias y alta mortalidad por accidentes y violencia (Castillo-Salgado, 2000).

Actualmente, el panorama de la salud en ALC es complejo, como lo señala la OECD (2023), que destaca la urgencia de abordar los desafíos estructurales y preparar mejor los sistemas de salud ante amenazas emergentes. La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto trágico en la región, con un total de 2.3 millones de muertes en exceso durante 2020 y 2021, principalmente entre personas mayores de 60 años. La OECD también señala que la pandemia ha creado un desfase en la atención médica y que solo once países de la región cumplieron con el nivel mínimo de inmunización recomendado, mientras que la mejora en la esperanza de vida sigue siendo desigualmente distribuida.

La CEPAL señala que la crisis evidenció y exacerbó los problemas estructurales de los sistemas de salud en la región, como el subfinanciamiento crónico, la fragmentación de servicios y la segmentación de la población según su capacidad de pago. Además, advierte que estos sistemas reproducen desigualdades y obstaculizan el pleno ejercicio del derecho a la

salud, afectando el bienestar y dificultando el desarrollo social inclusivo y sostenible (CEPAL, 2023).

Esta situación resalta la importancia de revisar retrospectivamente las reformas adoptadas en décadas pasadas. Transcurridos 30 años de reformas de salud, el presente artículo tiene como objetivos describir las características de las reformas de salud implantadas en América Latina y el Caribe (ALC) entre 1990 y 2020 y analizar sus diferencias desde una perspectiva de equidad.

II. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe:1990-2020

En esta sección describimos las reformas de salud y el contexto político-económico en el que se llevaron a cabo. La salud se refiere a “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones” (OMS, 1946). Desde esa perspectiva, la persona es parte de un contexto social, económico, político y cultural que influye directamente en su estado de salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) definió la reforma de salud como:

Un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un periodo determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y la viabilizan. (OPS, 1998, p. 3)

En la década de 1990 se iniciaron corrientes de cambios sustantivos a los sistemas de salud en ALC (OPS, 2002). Estas transformaciones se iniciaron guiadas por los principios de las políticas neoliberales, en el contexto de la globalización y la modernización del Estado, que contenía un marcado enfoque en la economía de mercado y la eficiencia. Maceira (2007) resume los lineamientos de estas reformas:

Las reformas de salud en América Latina se caracterizan por incorporar al menos uno de los siguientes tres instrumentos: (a) proceso de descentralización, (b) redefinición de los mecanismos de financiamiento a partir de una red de aseguramiento social, y (c) el diseño de incentivos monetarios a través de transferencia de riesgo dentro de la cadena de financiamiento y provisión de servicios (Maceira, 2007 p.15)

Maceira (2007) también resalta que las transformaciones de los sistemas de salud en ALC fueron profundas y sus objetivos eran múltiples y abarcadores. A pesar de ello, el autor concluye que los resultados alcanzados para la década de 2000, no armonizan con los esfuerzos y recursos invertidos por los países de la región luego de una década de cambios.

En el 2002, la OPS describía las dinámicas de las fases de implementación de las políticas, actores principales y contenidos de las reformas sanitarias en Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana. Como elementos comunes, en términos del inicio y justificación de las reformas en el sector, se encontró que éstas estaban motivadas por la necesidad de adaptar los servicios de salud a las nuevas circunstancias sociales y a los cambios demográficos. También había un interés en aumentar la eficiencia y la calidad de los servicios (OPS, 2002, p. 9). Otro aspecto importante entre esos países fue que la fase de implementación de las reformas, en varios casos abarcó más de un período de gobierno. Esta particularidad, genera sus propios retos políticos en términos de gestión y continuidad de la implementación de los cambios y transformaciones necesarias. Así mismo, la OPS (2002) observó que estos países recibieron un apoyo financiero y técnico sustancial por parte de organizaciones internacionales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo, la Unión Europea y algunos donantes bilaterales. Esto sugiere una marcada influencia del exterior en el diseño de las reformas por lo que el desarrollo de políticas de salud estuvo permeado de los elementos de la reinención de los gobiernos y de políticas con enfoques en el mercado y la eficiencia.

Maceira (2007) por su parte, distinguió tres marcos generales en las metodologías que influenciaron el diseño de las reformas de salud en los países latinoamericanos para el periodo entre el 1990 al 2000. Estos son el modelo sanitarista o clásico, el modelo focalizado en el financiamiento y los modelos con posturas intermedias. En su análisis se sugiere el tipo de relaciones entre actores público-privados que resultaron de los procesos de reformas, aborda los dilemas de la implementación de cada metodología y establece el rol del Estado como cuerpo regulador, estratega o interventor.

Bajo el enfoque *Sanitarista o Clásico*, se considera la salud como un derecho para la totalidad de la población, con iguales posibilidades de todos los sectores de disfrutar la tecnología moderna. Se considera al Estado como responsable de la producción y distribución equitativa de los servicios. Desde este

marco, la prestación de servicios debe superar las restricciones económicas, adecuando el sistema a las particularidades geográficas y culturales de cada comunidad. El dilema principal de este modelo radica en lograr establecer un modelo de atención adecuado para evitar que se genere un modelo dual, en el cual los grupos de mayores ingresos tengan mayor acceso.

El *Modelo focalizado de Financiamiento* busca maximizar las intervenciones públicas en áreas de atención costo-efectivas. Bajo este modelo, el acceso a servicios de salud básicos es considerado un derecho humano y, por lo tanto, debe ser garantizado por los gobiernos. Por ende, el rol principal del Estado radica en intervenir seleccionando prácticas prioritarias (de salud) y maximizando la eficacia de su gasto en salud mediante una evaluación de la relación costo-efectividad de cada prestación. En cuanto a los servicios de salud que no provee el Estado, el modelo sugiere que deben ser adquiridos en el sector privado. El dilema principal se enfoca en el establecimiento de balances en términos de gasto público, oferta de servicios y competencia.

El modelo denominado *Posturas Intermedias* presenta diversas características, tales como: reconocimiento de un sistema mixto, limitaciones del sector público como proveedor de servicios y uso del sector privado en cooperación y búsqueda de maximización de los recursos disponibles. El Estado ejerce un rol de director estratégico, monitoreando las reglas de juego. Se promueven los servicios dentro de una variedad de opciones, por lo que se incorporan todo tipo de instituciones públicas y privadas. El dilema central de este modelo es la necesidad de abandonar posiciones extremas, buscando aquella mezcla público-privado que responda mejor a los objetivos.

De acuerdo a Maceira (2007), las reformas en ALC mostraron la integración de elementos de estos modelos. Estas metodologías, no solo influenciaban el diseño, si no que iban acompañando el desarrollo de las propias reformas. Este marco ejemplifica el contexto y los fundamentos sobre los cuales se sustentaron las reformas de la mayoría de los países de ALC.

Luego de 30 años, el balance del análisis de los sistemas de salud en la región latinoamericana, indica que han tenido avances en términos de fortalecimiento del sector de la salud. Sin embargo, la mayoría de éstos aún se caracterizan por el sub-financiamiento y la segmentación y fragmentación de los servicios (OPS, 2022). La brecha de desigualdad en cuanto a acceso a la atención en salud y bienestar sigue presente y se plantea la importancia de atender la equidad en salud para evitar exacerbar las desigualdades en la región de las Américas (Kavanagh M., Norato L., Friedman E. & Armbrister A., 2021).

III. Análisis de las reformas desde una perspectiva de equidad e inclusión

La Red de las Américas para la Equidad en Salud (RAES) expone que el concepto de equidad en salud busca que “todas las personas tengan la oportunidad de alcanzar su máximo potencial y que, ante la misma necesidad, tengan igualdad de acceso y de atención de calidad en salud (RAES, 2020, p.2). La OPS (2003) por su parte define la equidad en salud como “un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas”.

La aplicación de esa perspectiva al tema de la salud pública surge del consenso internacional sobre la importancia que tiene el hecho de que los países adopten una política pública de salud con base en los derechos humanos. Este enfoque trata de superar las condiciones estructurales que han perpetuado las desigualdades sociales. De acuerdo a Gómez, González y Ramírez (2019) las condiciones estructurales son aquellos factores sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales en cualquier comunidad o país. Dicho de otro modo, se trata de los determinantes sociales de la salud.

En la historia reciente, se reconoce que las condiciones estructurales, son el resultado de las políticas surgidas desde la conformación del Estado de Bienestar Social a raíz del cambio de paradigma en la administración pública provocado por la implementación del modelo keynesiano. Ruíz (2003) menciona que las políticas públicas surgidas a partir de la conformación del Sistema de Bienestar Social, “estaban dirigidas, dentro del estado moderno, a asegurar la prosperidad económica y la estabilidad social, más específicamente mantener unos estándares de salud, educación, vivienda y seguridad” (p. 246). Por su parte, Sartriano (2006) responde que, si bien estas nuevas políticas públicas, convertidas en políticas sociales, proveyeron asistencia a los ciudadanos con mayores necesidades, sobrecargaron el sistema y crearon otros problemas. La sobrecarga que impuso sobre el sistema y la focalización del estado casi únicamente en atender la crisis económica dejó a un lado el paradigma del “bien común”, y provocó que el modelo fuera desintegrándose. La autora resalta que las políticas sociales dentro del modelo neoliberal evidenciaron características tales como: una marcada tendencia hacia la privatización que pone en desventaja la estructura incompetente del Estado; la desigualdad de la condición ciudadana que restringe el concepto de universalidad de los servicios básicos como la educación, la salud, etc., y las intervenciones focalizadas en las necesidades coyunturales y

selectivas a pequeños grupos de población Satriano (2006, p. 68). Dicho de otro modo, estas políticas sociales resultaron ser de alto costo económico y amplias fallas en su implementación, lo que causó mayor desigualdad, aumentó la fragmentación social y, por ende, restringió el acceso a los servicios básicos considerados como servicios de “bienestar social” (Ruíz, 2003; Satriano, 2006).

Lo anterior contrasta con la noción de políticas públicas con enfoque de derechos humanos. Las políticas con base en los derechos humanos tomaron auge a partir de los años 90 (Cunill, 2010). Pallavicini, Chamizo y Vargas (2013) definen la política pública con enfoque en derechos humanos como “aquella que toma como marco de referencia (conceptual) los principios y estándares internacionales de Derechos Humanos para orientar la formulación, implementación y evaluación de las políticas” (p. 17). De acuerdo con los autores, esta perspectiva supone que el marco normativo de las políticas debe estar constituido por elementos de protección social y participación de los beneficiarios.

Cuando se habla de estándares internacionales, en el caso de las políticas públicas de salud, se hace referencia a pactos, declaraciones o acuerdos entre naciones, estados y países que proponen contenidos para proteger la salud del ser humano en su concepción más amplia, por lo que consideran los contextos sociales, culturales, políticos, económicos y ambientales. En la literatura se distinguen varios pactos internacionales de importancia para guiar las políticas de salud.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el artículo 25 (1 y 2) de la Declaración Universal de los Derechos Humanos del 1948, establece lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

En tanto, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1976 de la ONU, en el artículo 12, expresa que:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos, asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

A fines del Siglo XX, la Declaración del Milenio, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas dispuso que la salud es un derecho humano; por lo que debe ser impulsada por los países para garantizar el cuidado a la salud y así eliminar las disparidades de acceso a servicios y la desigualdad (ONU, 2000). Esa nueva visión de la salud recogía los cambios políticos y económicos acontecidos en las décadas previas.

En fechas más recientes, la Organización Mundial de la Salud, hace referencia a los determinantes sociales de la salud, que define de la siguiente manera:

Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. (OPS, 2019)

La evolución de los conceptos y estándares internacionales que se han descrito, ponen de manifiesto una nueva visión sobre la salud pública. Establecen categorías importantes que reconocen la complejidad del concepto de salud y el marco de referencia para las políticas fundamentadas en los derechos humanos. Se alude al desarrollo humano integral y a las interacciones de los seres humanos, incluyendo aquellas que se circunscriben a las decisiones políticas por parte del Estado.

La integración de los derechos humanos en las políticas de salud supone el cumplimiento de ciertos elementos clave. Cunill (2010, pp. 2-3) anota que establecer una política desde la perspectiva de los derechos humanos requiere, mínimamente, lo siguiente: el ofrecimiento de determinados servicios o prestaciones, integralidad en su diseño y suministro, universalidad de la provisión para toda la población y la participación social y la progresividad.

La disponibilidad de servicios de salud se refiere a la existencia de un número suficiente de facilidades para prestar los servicios. La accesibilidad de servicios de salud conlleva la eliminación de barreras geográficas, económicas y de falta de información para recibir un servicio de salud; así como la eliminación de cualquier tipo de discriminación. La aceptabilidad es el respeto de los principios de la ética médica y el respeto a la diversidad cultural y de género en la población. En cuanto a la calidad, es un requisito la provisión de servicios sin dilaciones innecesarias y en observancia de estrictos criterios clínicos. Estos elementos clave, operacionalizan los lineamientos de la equidad e inclusión en las políticas de salud.

De otra parte, expertos en el tema añaden que una política pública de salud con base en los derechos humanos implica un cambio radical con respecto a otras políticas vigentes en las áreas principales del Bienestar Social. Castillo, C. H. M., Garrafa, V., Cunha, T., & Hellmann, F. (2017, pp. 2152-2153), exponen que el derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” requiere la implementación de una serie de criterios sociales que promuevan la salud de todas las personas, incluyendo la disponibilidad de servicios de salud, condiciones laborales seguras, vivienda adecuada y acceso a alimentos nutritivos. El ejercicio del derecho a la salud está íntimamente vinculado con otros derechos humanos fundamentales, como el derecho a la alimentación, vivienda, trabajo, educación, no discriminación, acceso a la información y participación.

Luego de establecer este marco sobre los estándares de las políticas de salud, a continuación, se aplican los conceptos a las reformas de salud en ALC y se discuten las consideraciones sobre la equidad y la inclusión.

Reformas de salud en la década 1990

Las reformas sanitarias de la década de los años 90, si bien buscaban atender la superación de las desigualdades y la equidad, fueron inefectivas en alcanzar esos principios. De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Organización Mundial de la Salud, esas reformas provocaron avances en algunos indicadores como la

esperanza de vida, la mortalidad infantil, acceso al agua, acceso a medicamentos esenciales y, de hecho, el estado general de salud de la población ha mejorado (OCDE, 2020; OMS, 2008). Sin embargo, los indicadores de las muertes por enfermedades que pueden prevenirse con cambios en los estilos de vida, como la diabetes o el VIH no han experimentado las mejoras esperadas. De igual forma, el progreso en términos de salud sigue siendo desigual entre los países y dentro de ellos (OCDE, 2020).

Plantea la Organización Mundial de la Salud (2008. pp.7-8) que las reformas de los años 90 tenían tres características que contribuían poco a la equidad y la justicia social. A saber: los sistemas de salud estaban demasiado centrados en una oferta restringida de atención curativa especializada; al aplicar un enfoque de mando y control a la lucha contra las enfermedades centrándose en resultados a corto plazo, han provocado una fragmentación de la prestación de servicios; y por último, los sistemas de salud que basan la gobernanza en la no intervención o *laissez-faire*, permiten que prospere la atención de carácter comercial no regulada.

Surge de la literatura que las reformas de los sistemas de salud, a nivel mundial, no se dieron como parte de una política pública amplia e incluyente como sugiere la OMS. Para el año 2008, en el “Informe sobre la salud en el mundo”, la OMS puntualizó en que una política pública eficaz para la salud debía comprender tres ámbitos de políticas públicas: sistémicas, de salud pública e intersectoriales (p. 66). Las políticas sistémicas son disposiciones que deben contener elementos de la cobertura universal y la prestación eficaz de servicios. Las políticas de salud pública deben contener intervenciones específicas necesarias para enfrentar los problemas sanitarios (políticas de prevención y promoción de la salud). También son necesarias las políticas aplicables a otros sectores de modo que se logren contribuciones a la salud desde la colaboración intersectorial. Pero estas características, no predominaron.

Sin embargo, Matus-López (2023) argumenta que, en efecto, las reformas de los años 90, independientemente de los resultados, revolucionaron el sector salud y sirvieron de base para revitalizar la discusión sobre la organización de la atención en salud, la obligación del Estado como ente responsable de garantizar la atención en salud y la introducción de la provisión de servicios desde los actores privados. A partir de esas discusiones, de las evaluaciones de las reformas y de las propuestas de generar políticas públicas eficaces, es que se comienza a repensar en la necesidad de nuevas reformas en la región. Esta vez, considerando variables como: integración de

los sistemas de salud, reducción de la desigualdad de acceso real y calidad del servicio, mejoramiento de la protección financiera solidaria y preparación del sistema para la transición demográfica (Atun y otros, 2015; Donato y otros, 2021, citados en Matus-López 2023, p. 47).

Reformas de salud en la década 2000

El periodo entre los años 2000 al 2020, Matus-López (2023) lo denomina el tiempo de las “Reformas de Equidad”. Y en efecto, en la región se comenzaron a generar cambios y reformas en los sistemas de salud sobre el tema de la equidad. La literatura establece que, en su mayoría, los países comenzaron a integrar en sus iniciativas reformadoras algunos aspectos sobre la equidad y la protección de derechos en salud, aunque con algunas limitaciones. De acuerdo con el autor:

El nuevo milenio muestra evoluciones mixtas. Unos países avanzaron hacia la cobertura pública universal con fondos mancomunados, mientras que otros consolidaron sus modelos pluralistas. La pandemia encontró al continente en medio de un proceso de diagnósticos y reformas. Después de dos años desde su inicio parece que se está recuperando la prioridad del principio de universalidad, aunque con problemas de recursos y la fragmentación y segmentación previas (Matus-López, 2023, pp. 15-16)

Si bien ha habido avances, la dificultad sigue siendo que los cambios no necesariamente están integrados a políticas específicas con garantías de los derechos humanos y la universalidad en el acceso (OPS, 2022; Castro, A., Sáenz, R., Avellaneda, X., Cáceres, C., Galvão, L., Mas, P., Ritterbusch, A. E., & Fuentes, M. U., 2020).

Algunas investigaciones recientes dan cuenta de una diversidad de iniciativas que muestran avances en materia de diversidad e inclusión. De igual manera se discuten las carencias de estas iniciativas. En un estudio sobre 32 países de la región, se analizaron los objetivos, intenciones y enfoques de los planes de salud (Kavanagh MM, Norato L, Friedman EA, Armbrister AN, 2021: pp 5-10). Los autores encontraron que 30 de los 32 países estudiados incluyeron el tema de la equidad en la salud como parte del documento de su plan de salud. Así mismo, 18 de los países analizados incluyen medidas para responder al cambio climático. También encontraron que en 20 de los 32 países se describe un proceso de formulación del plan que incluyó la participación pública, de la sociedad civil o de ambas, aun cuando 28 de éstos reconocen la necesidad de la participación pública y se refieren a mecanismos específicos para que intervenga el público (o la sociedad civil) en la

formulación y aplicación de políticas y programas.

En cuanto al tema de una cobertura universal, 23 de los países la incluyen como un objetivo. Sobre la discriminación, solo 11 planes de salud incorporan o se refieren a una estrategia para abordar el tema en el sector de la salud. Sobre el particular, los autores identificaron varios retos, entre ellos que no se especifican los pasos para lograr la equidad en la atención de salud; ningún país tenía modelos de financiamiento que incentivaran la consideración de los determinantes sociales de la salud; muy pocos planes de salud abordaron mecanismos de rendición de cuentas vinculados al derecho a la salud; y solo dos países describen mecanismos para denunciar violaciones al derecho a la salud.

Así mismo, los autores destacaron algunas prácticas que consideraron ejemplares en los planes de salud. El plan estratégico del sector de la salud de Belice para el período 2014-2024 aborda el financiamiento de la seguridad vial y se menciona un mecanismo financiero para un proyecto de seguridad vial mediante un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo. En Colombia se recurrió a una consulta pública durante el proceso de diseño para elaborar el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. El plan de salud de Costa Rica incorporó estrategias de aplicación al sector de la salud para abordar la desigualdad de género y la violencia contra las personas LGBTI. Finalmente, la Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016-2025 de Panamá, analiza la situación de la salud del país estableciendo metas con plazos específicos para reducir las desigualdades absolutas o relativas en la salud.

Otro estudio, realizado por el Banco Mundial (2023), sobre prácticas y avances de los sistemas de salud de la región durante la Pandemia da énfasis a la importancia de sostener e incluso mejorar las buenas prácticas adoptadas durante la pandemia del COVID-19. Por ejemplo, la ampliación del uso de la telemedicina para mejorar el acceso a los servicios; el aumento del uso de datos para la toma de decisiones en tiempo real y la integración de los sectores público y privado para ampliar el acceso a la atención en salud durante una crisis. Además, se proponen áreas de oportunidad, tales como lograr una cobertura sanitaria universal efectiva mediante una atención primaria de alto desempeño, garantizar que los sistemas sanitarios estén preparados para emergencias, movilizar la financiación adecuada para la resiliencia del sector salud, adoptar un enfoque de inversión a lo largo de toda la vida para mejorar los resultados relacionados al capital humano y construir sistemas de salud resilientes al clima.

La Organización Panamericana de la Salud en su informe Salud en las Américas (2022, pp. 32-34) también ha identificado áreas de oportunidad para los países de la región. El organismo recomienda fortalecer la gobernanza en el ámbito de la salud para que los países formulen políticas encaminadas a promover la salud y el bienestar, reducir las inequidades en torno a la salud. Así mismo reconoce que subsiste un contexto de alta fragmentación estatal y de falta de recursos críticos del sistema de salud. Menciona además que la rectoría de las autoridades de salud es una dimensión política e institucional fundamental de una agenda intersectorial para promover sistemas de salud resilientes.

A través del tiempo, los países de América Latina y el Caribe, han incorporado en alguna medida --unos países más ampliamente que otros-- lineamientos y prácticas en consonancia con elementos de las políticas basadas en el derecho a la salud. Sin embargo, se observa que queda trabajo local, nacional, multisectorial y regional por hacer. Particularmente, luego del impacto del COVID-19 (por ejemplo: deterioro de la salud física y mental de grupos poblacionales; el rezago académico; la inflación, etc.) los cambios demográficos y los contextos socioeconómicos, culturales y políticos de cada país.

Reformas post COVID-19

La pandemia por el COVID-19, una infección viral altamente contagiosa, mortal y para la cual no había tratamiento conocido, puso en evidencia las fortalezas y debilidades de los sistemas de salud. La OPS (2022) indica que la enorme presión que la pandemia ha ejercido sobre los sistemas de salud de los países de la Región de las Américas expuso, una vez más, las brechas que se arrastran desde tiempo atrás sobre la salud universal, aumentando las desigualdades en el acceso a servicios de salud efectivos e integrales (OPS, 2022, p. 12). Dicho informe también refleja, que los países latinoamericanos, en general, pudieron adaptar los sistemas a la atención de la Pandemia, pero al hacerlo se debilitaron otras áreas de atención en salud. Destaca la OPS (2022) que una de las acciones de los países fue reforzar el primer nivel de atención en salud, como medida de contención de la Pandemia.

El grado de efectividad de estas acciones dependió en gran medida de las capacidades preexistentes de salud pública en los países. En muchos casos, las brechas de capacidad limitaron una respuesta integral e integrada, lo que condujo a medidas de respuesta tardías, interrupciones en la continuidad de los servicios esenciales, exacerbación de las barreras de acceso y bajas tasas de vacunación contra la COVID-19. En mayo del

2020, cerca de 20 países habían incorporado los servicios de atención primaria en la respuesta a la COVID-19, aunque no estaban funcionando a su máxima capacidad. Los servicios de salud mental, enfermedades transmisibles y salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente fueron los más afectados. (OPS, 2022, p.12)

Esta necesidad de respuesta desde el primer nivel de “atención en salud”, durante la emergencia, requiere retomar el diálogo sobre este modelo de atención. De acuerdo a Ordoñez-González, I., & Basurto, M. A. (2023); OPS (2020) las estructuras de atención en salud primarias son las que más se acercan a la posibilidad de alcanzar la equidad en la salud, porque hacen énfasis en los elementos que componen los determinantes sociales y las políticas basadas en derechos humanos.

En suma, y de acuerdo a la OPS (2022), la pandemia del COVID-19 ha evidenciado que es prioritario que los países dispongan de sistemas de salud con capacidad para reaccionar a futuras emergencias sanitarias, pero también necesitan reforzar la respuesta a las condiciones de salud prevalentes. Se requieren políticas intersectoriales que promuevan una sinergia entre la salud, la economía, y las dimensiones social y ambiental bajo el concepto de equidad. Atender los determinantes sociales de la salud, según la OPS, implica contar con sistemas de protección social universales, integrales y sostenibles para impulsar acciones de salud, más allá de lo asistencial y curativo. Por todo esto, apuntan a la necesidad de invertir en salud como una prioridad para los gobiernos.

V. Conclusiones

Las consideraciones finales tienen tres vertientes. La primera es reafirmar que las reformas de salud en la región de las Américas, particularmente América Latina y el Caribe, han demostrado avances en la integración de modelos, estrategias, indicadores y prácticas transformadoras de los sistemas de salud. Sin embargo, queda pendiente la superación de las barreras de acceso inter e intra países que bloquean el pleno disfrute de las personas a servicios de salud de calidad.

La segunda es, que además de los elementos de derechos en salud que abarcan predominantemente las políticas y planes de los sistemas de salud, deben revisarse algunos aspectos de inequidad, aún en las políticas consideradas como *avanzadas*. Particularmente, aquellas que no explicitan la atención en salud relativa a los asuntos de género, identidad sexual, comunidad LGBTTTQ+, personas sin hogar, trabajadoras sexuales, inmigrantes, personas con diversidad funcional, comunidades indígenas, personas afrodescendientes y sus

interseccionalidades. El cúmulo de inequidades profundizan la opresión y desigualdad que viven las personas y deben ser atendidas tomando en consideración su contexto. Aquí también queda pendiente un gran análisis por desarrollar.

Finalmente, la última vertiente, es hacer un llamado a repasar que las políticas públicas en salud tienen el objetivo de promover la prevención y atención en salud, con el fin de asegurar el goce pleno del acceso equitativo, inclusivo y amplio del derecho a la salud. En consecuencia, las políticas que promueven la transformación de los sistemas de salud, con el fin de mejorar la calidad, ampliar la cobertura y facilitar el acceso a los servicios de salud, deben estar orientadas hacia la universalidad en la prestación de dichos servicios. La participación de la comunidad y de otros sectores no gubernamentales en la formulación de políticas de salud es crucial, ya que no considerar la diversidad social, puede conducir a la invisibilización de los sectores más desfavorecidos. Por último, asuntos como prácticas de transparencia, mecanismos de regulación intersectorial, financiamiento sostenible e inversión del Estado figuran como áreas que requieren atención.

Notas

1. Las opiniones expresadas son responsabilidad exclusiva de la autora. E-mail: paulanazareth@gmail.com; paulanazareth@hotmail.com.

2. Desde la primera reunión de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata en 1978, con 134 países, hasta la actualidad, la OMS ha declarado el derecho a la salud como uno de los valores y principios de la atención en salud. (OMS, 2018)

3. Modelo que surge a raíz del fracaso de la teoría del liberalismo económico y en el surgimiento de nuevos debates sobre capitalismo y Estado, nueva forma de estado capitalista. Se promueve una intervención limitada del Estado, apoyo al libre mercado y una rearticulación Estado-Sociedad Civil desde la consolidación de la producción económica y el bienestar social (Prats, 2009).

4. Satisfacción relativamente plena de unas necesidades básicas sociales, como producto de la cooperación social de los individuos y grupos sociales y de la autoridad pública, perteneciente a un sistema mayor considerado como el medio o instrumento por el cual se trata de particularizar y especificar a cada individuo y grupos sociales un grado mayor de vivencia de ese ideal o meta que se persigue para todos y que llamamos bienestar social (Ferrari, 1974). Concepto que se toma en su

intensificación, luego de la Gran Depresión, pasada la Segunda Guerra Mundial, y desde las acciones que se originaron en el Gobierno de los Estados Unidos, las cual desembocaron en políticas sociales enfocadas a atender los reclamos de derechos de la clase obrera y la clase pobre (Ruiz, 2003).

5. Ver detalles de los casos de estudio de los países como: Argentina, Costa Rica, Chile, Guatemala, México, Panamá y Uruguay en Matus-López, M. (2023). La pandemia de COVID-19 como oportunidad de cambio: avanzar hacia la salud universal en América Latina.

6. Los países incluidos en el estudio Planes Nacionales de Salud en las Américas, Informe especial son : Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (Kavanagh et al., 2021, p. 7).

Referencias

- Banco Mundial (2023). Cinco prioridades para construir sistemas de salud universales y resilientes. Recuperado de: <https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/cinco-prioridades-para-construir-sistemas-de-salud-universales-y-resilientes>
- Brugué, Q. (1996). La dimensión democrática de la nueva gestión pública. *Gestión y análisis de políticas públicas*, 45-58. Red de las Américas para la Equidad en Salud: inclusión, compromiso y acción [The Health Equity Network of the Americas: inclusion, commitment, and action]. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*, 44, e130. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.130>
- Castillo, C. H. M., Garrafa, V., Cunha, T., & Hellmann, F. (2017). El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 2151-2160.
- Castillo-Salgado, C. (2000). Análisis de situación de salud en las Américas, 1999-2000. *OPS. Boletín Epidemiológico*; 21 (4), 2000.
- Castro, A., Sáenz, R., Avellaneda, X., Cáceres, C., Galvão, L., Mas, P., Ritterbusch, A. E., & Fuentes, M. U. (2020). La Red de las Américas para la Equidad en Salud: inclusión, compromiso y acción [The Health Equity Network of the

- Americas: inclusion, commitment, and action]. *Revista panamericana de salud pública* 44, e130. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.130>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (19 de julio de 2023). Seminario internacional “Las desigualdades de acceso a la salud: la centralidad de la Atención Primaria de Salud para avanzar hacia la salud universal”. <https://www.cepal.org/es/eventos/seminario-internacional-desigualdades-acceso-la-salud-la-centralidad-la-atencion-primaria>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (1 de agosto de 2023). América Latina y el Caribe aúna esfuerzos para avanzar hacia la salud universal. <https://www.cepal.org/es/notas/america-latina-caribe-auna-esfuerzos-avanzar-la-salud-universal>
- Cunill, N. (2010). Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 46, 1-20.
- Gómez, J. E., González, M. T., & Ramírez, R. F. (2019). Determinantes políticos de la salud: un concepto de importancia para el profesional en salud pública. *Opinión Novel. Revista Avances en Salud*, 3(1).
- González, J. J. S. (2023). De la Reinversión del Gobierno al Nuevo Servicio Público: del dirigir al servir. *Espacios públicos*, (61), 183-201.
- Kavanagh MM, Norato L, Friedman EA, Armbrister AN (2021). Planificación para la equidad en la salud en la Región de las Américas: Análisis de los planes nacionales de salud. *Rev Panam Salud Pública*, 45, e106. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.106>
- Maceira, D. (2007). Actores y reformas de salud en América Latina. Nota técnica de Saúde No. 1. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Matus-López, M. (2023). La pandemia de COVID-19 como oportunidad de cambio: avanzar hacia la salud universal en América Latina.
- Naciones Unidas, Derechos Humanos. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- OECD/The World Bank (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>

- OECD/The World Bank (2023). “Resumen ejecutivo”, in *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/2d7de9f7-es>.
- Ordoñez-González, I., & Basurto, M. A. (2023). La atención primaria a la salud durante la pandemia COVID-19 en México [Primary health care during the COVID-19 pandemic in Mexico]. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(4), 509–515. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8200527>
- Organización de las Naciones Unidas (s.f.) *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Organización de las Naciones Unidas (2000). Declaración del Milenio. <https://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1998). Línea basal para el Seguimiento y la Evaluación de las Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la salud en el mundo*. <https://www.who.int/whr/2008/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Salud y Derechos Humanos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Atención Primaria*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Organización Panamericana de la Salud (2000). *Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de la reforma sectorial en salud*. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/19Lineamientos_Realizacion_Analisis_Estrategicos_Actores_RSS.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2019). *Determinantes Sociales de la Salud*. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=336&Itemid=40924&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud (2020). Consideraciones para el fortalecimiento del primer nivel de atención en el manejo de la pandemia de COVID-19. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53112/OPSIMSHSSCOVID-19200035_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud (2022). Panorama de la Región de las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56471>

- Organización Panamericana de la Salud (2023). *Equidad en Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1993). *Reinventing government: The five strategies for reinventing government*. Penguin.
- Pallavicini, V., Chamizo, H. y Vargas, J. (2013). *Manual de Políticas Públicas*. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). San José, Costa Rica. https://www.researchgate.net/publication/265167567_Manual_de_formulacion_de_politicas_publicas
- Ruiz, M. (2003). *Organización de Comunidad y Política Social: un compendio*. Editorial Edil
- Rodríguez, H. A. V. (2015, noviembre). La crisis económica y gubernamental en Puerto Rico y la necesidad de un cambio de paradigma. In *XX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lima, Perú*, 10-13.
- Santana, L. Negrón, M. (1996). "Reinventing Government: nueva retórica, viejos problemas", en revista del CLAD *Reforma y Democracia*, N° 6, Caracas.
- Salas, O. (2017). Cuasi mercado y privatización en el marco del Estado de bienestar de Suecia. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 69, 191-222.
- Satriano, C. (2006). Pobreza, políticas públicas y políticas sociales. *Revista Mad.*, 15.
- Stiglitz, J. (2003). *El malestar en la Globalización*. Santillana Ediciones Generales, S.L. Madrid.