

# COBERTURA UNIVERSAL: LECCIONES APRENDIDAS PARA UN CAMBIO SUSTENTABLE

Se realizó la II Escuela de Verano de Salud Pública organizada por la Universidad ISALUD. En esta oportunidad, tuvo como objetivo central analizar las experiencias de Argentina, Chile y Uruguay en la búsqueda de la cobertura universal en salud promovida por la OPS/OMS



*La jornada de apertura contó con las presencias del rector de la Universidad ISALUD, Rubén Torres; el vicerrector, Eugenio Zanarini y el representante de la OPS/OMS en Argentina, Pier Paolo Balladelli*

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueven para los países de la Región de las Américas el desafío de alcanzar la cobertura universal en salud. Con dicho tema como eje central se realizó por segunda vez la Escuela de Verano de Salud Pública organizada por la Universidad ISALUD, y en el que se abordaron las experiencias de gestión, financiamiento y control de la salud en Argentina, Chile y Uruguay.

Dicha temática cobró fuerza cuando en octubre último los estados miembros de la OPS/OMS aprobaron en el 53° Consejo Directivo la estrategia regional de Acceso y Cobertura Universal de Salud, con el fin de ampliar las posibilidades de acceso y la calidad a los servicios de salud, centrados en las personas y las comunidades, sin tener que enfrentar las dificultades financieras que puedan aparecer tras su aplicación. En la jornada de apertura, que contó con las presencias del rector de la

Universidad ISALUD, Rubén Torres, el vicerrector Eugenio Zanarini y el representante de la OPS/OMS en Argentina, Pier Paolo Balladelli, resaltó la necesidad de aplicar acciones concretas de gobernanza y regulación por parte de los estados para aquellas personas que aún no han logrado el acceso a los servicios de salud e hizo hincapié en la importancia de potenciar las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

“Hay que alcanzar un primer nivel de atención adecuado, recursos humanos competentes y comprometidos, acciones de cuidado al ambiente e identificación y modificación de los determinantes sociales de la salud”, sostuvo Balladelli. Y agregó: “La cobertura universal también implica la protección financiera de las personas, de las familias y la comunidad con respecto de los problemas de salud que los afectan. Los países que han avanzado en ese sentido, han trabajado tanto en la eficiencia del sistema de salud, como en la instalación de mecanismos de financiamiento equitativo y solidario”.

Actualmente, el 30% de la población en la región de las Américas no puede tener acceso a la atención debido a razones financieras, según cálculos de la OPS, y un 21% se ve imposibilitado de buscar atención debido a barreras geográficas. Las personas que viven en condiciones de vulnerabilidad social, los niños y niñas, las mujeres, los adultos mayores y las minorías étnicas son los más afectados por este tipo de problemas.

Para Rubén Torres, el objetivo de la Escuela de Verano apunta “a transformar el pensamiento teórico de la cobertura universal”, tomando como referencia “las experiencias de aquellos países que fueron artífices, sufrieron y vivieron los procesos de cambios”. El rector de la Universidad ISALUD resaltó la política general de medicamentos que aplicó el entonces Ministro de Salud, Ginés González García, dejando su precedente con el programa Remediar y la prescripción



*Derecha: Daniel Olesker, economista y ex Ministro de Desarrollo Social del Uruguay (2012-2015)*

*Abajo: Pier Paolo Balladelli, representante de la OPS/OMS en Argentina*



por el nombre genérico de los medicamentos. Así como también valorizó las medidas como el formulario terapéutico de la seguridad social, el actual sistema automático nominativo de las obras sociales y el sistema solidario y equilibrador de las finanzas en el sistema de seguridad social que desde 2006 se reparte de acuerdo a edad y sexo.

Torres destacó el desarrollo de los programas de investigación aplicados a la salud y en ese sentido, Martín Langsam, secretario de Ciencia y Técnica de la Universidad ISALUD, junto a Natalia Jorgensen, responsable del grupo de investigación, señalaron la importancia de retomar la discusión que existe a nivel mundial sobre la utilización de la investigación en todo lo relacionado a la salud, el medio ambiente y las políticas sociales: “Queremos sumarnos a ese debate de cómo se utiliza la evidencia científica en la generación de políticas públicas, en cómo pueden ser aplicadas, lo que nos pone frente al desafío profesional de transformar lo que sabemos en lo que queremos y podemos hacer”.

Daniel Olesker, economista, Ministro de Desarrollo Social del Uruguay (2012-2015) y ex ministro de Salud, se refirió a los aspectos financieros de la reforma de salud en el Uruguay y a los criterios empleados para iniciar las reformas sociales. El Estado retoma su papel en la política social, con la creación de un fondo nacional donde se aporta según los ingresos y se recibe de acuerdo a las ne-

**“La cobertura universal también implica la protección financiera de las personas, de las familias y la comunidad con respecto de los problemas de salud que los afectan”, afirmó el representante de la OPS/OMS en Argentina, Pier Paolo Balladelli**

cesidades, lo que significó también una ampliación del presupuesto a todas las políticas sociales.

En 2005 en Uruguay se iniciaron un conjunto de reformas de salud, que dentro de un marco sanitario incluyeron además una reforma tributaria con el impuesto a la renta de las personas físicas (Uruguay no tenía impuesto a las rentas personales), una reforma educativa y otra laboral, con la introducción de los consejos del salario: “Hoy, quizás, lo más importante que tenemos es que todas estas políticas focalizadas no están pensadas como un fin en sí mismo, sino como un tránsito hacia el sistema universal”.

La experiencia chilena, según lo explicado por Manuel Inostroza Palma, superintendente de Salud en el período 2005-2010, ya está en un 98% de alcanzar la cobertura universal: “Ese no es nuestro problema –aseguró–. Nuestra dificultad está en la cobertura efectiva, porque el sistema público Fonasa adscribe según los últimos datos a 13 millones 600 mil personas, y si a eso se le suman las Fuerzas Armadas, que tiene su propio sistema de salud, con cerca de 500.000 personas las personas que no adscriben al sistema de salud en Chile no son más del 2%, por lo tanto todas estas reformas que se están haciendo del AUGE están orientadas a pasar del hecho difuso de una declarada cobertura universal a un derecho objetivo y exigible por parte de la ciudadanía”.

Respecto al acceso y la cobertura universal, el ex ministro de economía Remes Lenicov admitió que la región latinoamericana tiene la peor distribución del ingreso en el mundo y que el rol del Estado como prestador de servicios en educación, salud y protección social es clave para mejorar la competitividad de la economía y la distribución. Destacó que dentro de la heterogeneidad de la región Argentina está por encima de la media latinoamericana, en términos de gastos y también de indicadores, junto



**Arriba: Manuel Inostroza Palma, superintendente de Salud de Chile en el período 2005-2010**

**Abajo: Jaime Mañalich Muxi, director del Instituto de Políticas Públicas en Salud de la Universidad San Sebastián, de Chile, y ex ministro de Salud durante el período 2010-2014**



**Actualmente, el 30% de la población en la región de las Américas no puede tener acceso a la atención debido a razones financieras, según cálculos de la OPS, y un 21% se ve imposibilitado de buscar atención debido a barreras geográficas.**

con Chile, Cuba y Uruguay pero “cuando uno ve productividad y la compara con países de OCDE, la productividad queda un poco abandonada”.

Por su parte Jaime Mañalich Muxi, director del Instituto de Políticas Públicas en Salud de la Universidad San Sebastián, de Chile, y ex ministro de Salud durante el período 2010-2014, resaltó que lo más importante para cualquier gestión es tener preparado un sistema o plan de contingencias todos los días. Recordó el fuerte terremoto de 8.8 grados ocurrido el 27 de febrero de 2010, que duró unos 3 minutos y terminó impactando en el sistema sanitario chileno. Chile cuenta con una población que en un 80% se atiende en los hospitales públicos, y ese día 12 hospitales de las zonas afectadas fueron destruidos completamente por el terremoto.

“No hay reporte en la historia de una catástrofe natural que haya impactado tanto en la infraestructura hospitalaria, ni en Chernóbil, ni en Fukushima, ni Katrina sucedió algo comparable a lo de Chile. Dada nuestra experiencia, en mi opinión lo más importante para cualquier gestión es tener preparado un sistema para las contingencias todos los días, un sistema de simulación de escenarios para saber qué hacer frente al desborde un río o un incendio forestal, por ejemplo. Hay que estar preparados para el manejo anticipado de una crisis, cualquiera fuera la situación”.

Además, Mañalich Muxi destacó la importancia de poder contar en el ámbito de la salud con instituciones como ISALUD, dedicadas a meditar, reflexionar e investigar sobre políticas públicas, que aportan evidencias en discusiones que “a veces salen muy del corazón” y no permiten hacer una buena lectura de la situación. “Las buenas ideas por no estar bien orientadas, nos privan de sacar buenas leyes y que los recursos lleguen a quienes más lo necesitan. Y así nos chocamos con resultados contrarios a los prometidos o esperados”. 