

La investigación y su vínculo con el derecho universal a la salud y el acceso efectivo a la atención de salud*

Mauricio Torres-Tovar, Pierre De Paepe

Introducción

La cobertura universal del derecho a la salud es una promesa electoral de todo tipo de gobiernos. A su vez, es una aspiración compartida por la población en cualquier región del planeta.

Un papel importante de la investigación es contribuir a reconocer y diseminar cuáles son los resultados que en salud y bienestar producen los diversos tipos de sistemas y políticas de salud y cómo contribuyen al avance en la universalización del derecho a la salud (1). Los resultados de este tipo de investigaciones pueden ser utilizados tanto por los decisores políticos interesados en el logro efectivo de la cobertura para todos, como por los actores sociales para fortalecer el debate público y la movilización social para exigirle al Estado haga cumplir y proteja la garantía universal del derecho a la salud, como lo consagra la legislación internacional de los derechos humanos (2).

Mauricio Torres Tovar. Médico, Máster en Salud Pública, Máster en Estudios Políticos, *Emerging Voices 2010*; Docente de Posgrados, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Bogotá, Colombia. Presidente de la Asociación Internacional de Políticas de Salud.

Correo-e: maot99@yahoo.es

Pierre de Paepe. Médico, Máster en Salud Pública; Investigador, Instituto de Medicina Tropical, Amberes, Bélgica, Departamento de Salud Pública.

Correo-e: pdpaepe@itg.be

* Un primer desarrollo de este ensayo fue ganador en el concurso *Emerging Voices* convocado por el Instituto de Medicina Tropical, Amberes, Bélgica, 2010. Fue mejorado, producto del debate en el *Colloquium Universal Health Care* y del intercambio fecundo entre los autores.

La experiencia en cuanto a acceso universal en salud de América Latina

La experiencia en América Latina muestra que el tipo de sistemas y de políticas de salud que se han impulsado en diversos países, tienden a ser copia de modelos externos que no reconocen adecuadamente los contextos nacionales, con algunas excepciones, como la de Cuba. Esto se ha dado, bien por la presión de gobiernos externos con alta capacidad de injerencia, o por la imposición de organismos internacionales financieros con la aceptación de las élites políticas nacionales.

A mitad del siglo XX, después de La Segunda Guerra Mundial y por presión de los partidos obreros, ya la mayoría de países de América Latina habían adoptado el modelo bismarckiano de seguro social como política para la cobertura de salud de la población, siguiendo el esquema de varios países europeos. Sin embargo, este esquema no respondía al contexto latinoamericano con una población mayoritaria rural, escasa industrialización y mucho empleo informal.

Estos sistemas de salud contaban también con componentes de asistencia pública para la atención de la población pobre y con componentes de medicina privada para los sectores con capacidad económica. La segmentación de la atención en el contexto de estos países se caracterizaba por seguros de salud para la población obrera industrial y los empleados públicos y privados, una cobertura pública para los sectores pobres y privada para la

población pudiente, que dejaba sin cobertura efectiva en salud a amplios sectores.

A comienzos de los años 90 del siglo pasado, bajo la orientación del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, se adelantó en América Latina lo que se denominó “la reforma a la seguridad social”. Con esta orientación, que en gran medida fue una exigencia del Banco Mundial hacia los países con deuda externa, se impuso un modelo de seguridad social de base neoliberal y privada, con énfasis en el aseguramiento individual a la atención de la enfermedad (3).

Este nuevo tipo de modelo de seguridad social en salud, aunque ha aumentado los recursos financieros para el sector salud (apropiados en gran medida por el sector privado) y el porcentaje de aseguramiento en salud, ha generado enormes restricciones para el acceso efectivo a los servicios de salud por el conjunto de barreras de carácter económico, administrativo e informativo que establece, dejando en la práctica sin cobertura en salud a amplios sectores de la población (4, 5, 6).

Sólo aquellos países de la región que han optado por sistemas de seguridad social, como el caso de Costa Rica, o por Sistemas Nacionales de Salud, como Brasil y Cuba (7), han logrado avanzar de mejor manera en la universalización del acceso al derecho a la salud, lo que contrasta con experiencias de países, como Colombia, que han logrado universalización del aseguramiento de salud, pero con limitado acceso real a los servicios de atención (5, 8).

En este sentido, puede decirse que la experiencia de los países de América Latina es heterogénea, pero que hasta ahora la mayoría aún no ha vivido una real universalización de la garantía del derecho a la salud, en tanto los sistemas de salud, por un lado, son segmentados e inequitativos y, por el otro, ponen énfasis en el acceso privado a la atención a la enfermedad (5, 9), sin abordar otros aspectos fundamentales del derecho a la salud, como sus determinantes sociales: la alimentación, el saneamiento básico, la vivienda, el trabajo en condiciones dignas y seguras y la participación política de los individuos.

Derecho universal a la salud y acceso efectivo a la atención de salud, más allá del aseguramiento universal a la atención a la enfermedad

En general, las investigaciones han abordado el tema de la cobertura de los servicios de atención a la salud (que de manera más precisa son de atención a la enfermedad), que son sólo un aspecto de la relación con la garantía del derecho a la salud.

En este sentido, hay una necesidad de impulsar investigaciones sobre cómo los sistemas y políticas de salud aportan a la realización del derecho a la salud, entendida ésta como la garantía a todas las personas, sin ningún tipo de discriminación, a acceder a instituciones, servicios, políticas y programas que afecten positivamente su bienestar y calidad de vida, incidiendo sobre las determinaciones sociales de la salud; distanciándose de las perspectivas que consideran que el acceso universal es únicamente el acceso al aseguramiento de servicios de atención a la enfermedad o el acceso a un paquete limitado de servicios bajo políticas de focalización a grupos poblacionales pobres (4, 5). En esencia, se trata de investigar cómo podemos volver a los ideales fundamentales de Alma Ata en 1978.

El tener como enfoque la perspectiva de derechos implica, por un lado, aceptar que es el Estado el garante del derecho a la salud para todos y todas y, por otro lado, supone que la sociedad civil se organiza y moviliza a través de acciones sociales, políticas, jurídicas y de investigación para la exigibilidad del derecho (10, 11).

Investigar los resultados en salud de los sistemas y políticas de salud

Sin lugar a dudas, la investigación puede tener un papel clave para orientar las políticas públicas de salud para que éstas sean favorables a todo el conjunto de la población. Se sabe que la investigación en salud tiene impactos en políticas al influir sobre aspectos conceptuales, instrumentales y de movilización; en la gestión de los servicios de salud; en las prácticas de salud y en las acciones intersectoriales (12). Sin embargo, es importante reconocer que en las investigaciones existen tendencias muy relacionadas con las

fuentes de financiamiento y las orientaciones teórico-académicas (13, 14, 15).

Las investigaciones en el campo de los sistemas y políticas de salud que cuentan con respaldo de organismos internacionales o empresariales, en sus conclusiones, tienden a legitimar el modelo de mercado, excluyendo el derecho a la salud. Se valida la política de focalización en salud para los sectores más empobrecidos, pero se abandonan los proyectos de su universalidad y el de la equidad.

La escasa investigación independiente y con perspectiva crítica (es escasa porque cuenta con pocos respaldos financieros para desarrollarse y, a la vez, los espacios para su publicación se restringen) evidencia los resultados negativos en salud y las limitaciones del modelo de mercado para lograr la universalización de la atención a la salud y revela que los sistemas públicos son la mejor opción para avanzar en esta dirección (5, 16, 17, 18).

Por otro lado, los esfuerzos de investigación, implementados en sintonía con académicos, por ejemplo, en los países de América Latina a través de procesos de investigación-acción-participativa – IAP (19), revelan lo que vive cotidianamente la población, sus limitaciones para el acceso a los servicios de salud con calidad, oportunidad y calidez (20-23). Se evidencia la preocupación de este tipo de investigación por apoyar la acción social, pues se desarrolla bajo el precepto de producir conocimiento para generar transformaciones sociales. Es decir, que la investigación aporta a la acción social, en tanto se desarrolla en el seno de la propia comunidad, y opta por un compromiso político de cambio social, contribuyendo a la configuración de sujetos políticos en salud que generan acciones de exigibilidad del derecho a la salud (de carácter jurídico, social y político).

Con este panorama, se puede decir que el campo de la investigación en salud es un campo de disputa (24), en donde los sectores con mayores recursos económicos y de más posibilidades de difusión buscan legitimar modelos que sirven a sus intereses para implantar o incrementar políticas de salud de corte privatizador, que llevan a impactos negativos en salud sobre la población, mientras

otros sectores académicos y sociales muestran un carácter crítico y demandan reformas reales que permitan en la práctica concretar la universalidad del derecho a la salud.

Es claro que el componente ideológico está presente en la investigación en salud, de igual manera que existe en la sociedad; por lo cual, el contexto político y ético determina el curso mismo de las investigaciones, su interpretación y su capacidad de incidir sobre las decisiones públicas. La investigación, por lo tanto, no es neutral, los y las investigadoras imprimen sus formas de ver y entender el mundo (25, 26). Los agentes financiadores suelen orientar los procesos a investigar y sus resultados; los decisores políticos pueden o no respaldarse con base en investigaciones; y quienes piensan y participan en procesos de acción colectiva apoyan investigaciones que contribuyan a promover la movilización social por la exigibilidad de derechos (10, 11).

Los aportes que la investigación puede hacer para la universalización del derecho a salud y el acceso efectivo a la atención de salud

La investigación para fomentar un progreso significativo hacia la cobertura universal de la salud debe indagar de manera comparada los sistemas de salud en los diversos países, ubicar cuáles de ellos logran mejores coberturas de acceso a los servicios de salud y cuáles no, evidenciando las diferencias de enfoque conceptual y técnico, las formas de financiamiento, los resultados en salud, los sistemas de gestión, los modelos de atención, la integración de las redes, el papel coordinador de la atención primaria, los factores contextuales, las formas de contratación laboral, entre otros asuntos.

Para que sean útiles, estas investigaciones deben llegar a dos públicos, principalmente (10, 27): de un lado, a partidos políticos, sindicatos, gremios, organizaciones sociales y comunitarias, sociedades de fomento, grupos de autoayuda de enfermos crónicos etc., aportándoles elementos de comprensión y análisis de los diversos tipos de sistemas de salud y sus alcances de cobertura, que fortalezcan la argumentación para la necesaria movilización social para exigir a través de diversas

estrategias la implementación concreta del derecho a la salud; y de otro lado, a los decisores de políticas, para que les posibilite tener elementos de análisis en torno a los aspectos de cobertura en la toma de decisiones encaminadas hacia ese objetivo.

Igualmente, las investigaciones deben indagar cómo los diferentes actores involucrados en el acceso universal al derecho a la salud acceden a la información producida por éstas y cómo la utilizan, en tanto esto también determina cómo puede incidir en las decisiones públicas y en la movilización social. Esto pasa por ejercicios de investigación cualitativa que den cuenta de cómo estos actores acceden, conocen, entienden y utilizan o no los resultados de las investigaciones y en qué contextos políticos y éticos es posible su uso (28, 29, 30).

Esto requiere de un nuevo enfoque en la investigación de los sistemas y las políticas de salud que articule diversos aspectos: independencia, alto nivel crítico, reconocimiento de las necesidades en salud que la población expresa, un contacto directo con los decisores de política y con las comunidades y una estrategia comunicativa para la difusión de sus conclusiones y recomendaciones que la acerque al común de la gente y a los sectores políticos; sumándose de esta manera la investigación a una apuesta política y ética global por aportar a construir sociedades justas y equitativas.

Conclusiones

Ciertos sistemas de salud y políticas de salud posibilitan un logro mayor en el propósito de la universalización del derecho a la salud.

Las investigaciones producidas con un carácter crítico e independiente pueden contribuir a evidenciar en dónde se encuentran los vacíos de las políticas de salud que impiden la universalización de la garantía del derecho a la salud. Estas evidencias pueden constituirse en elementos que propicien el debate público y la movilización social para exigirle al Estado avance en la efectiva universalización de la garantía del derecho a la salud.

La investigación por sí misma no será la que logre la universalización, pero debe aportar elementos críticos para que diversos actores sociales se los apropien y puede constituirse en un dispositivo que estimula la movilización y la presión a los Estados para que tomen decisiones en esta dirección. Razón por la cual los investigadores en este campo tienen la exigencia de reflexionar e investigar cómo los actores de salud acceden y pueden hacer uso de los resultados de tales investigaciones, dónde, tal vez, un elemento central para que esto se dé, es que estén involucrados desde el diseño hasta la definición de las conclusiones y recomendaciones, retomando de esta manera las experiencias que en este aspecto ha proporcionado la IAP desde América Latina.

Sin investigación que alimente la comprensión de las realidades de las coberturas de salud, la movilización puede quedar reducida a meras acciones sin un norte claro; pero, igualmente, la investigación desconectada de las dinámicas sociales será un conjunto de documentos y teorizaciones que terminan archivados.

Por lo tanto, se requiere promover una gestión del conocimiento en salud que aproxime a los investigadores, a los tomadores de decisiones y a las comunidades, contribuyendo a la apropiación social del saber y facilitando la utilización de los resultados de la investigación para beneficio de toda la población, en este caso, hacia la universalización del derecho a la salud.

Referencias

1. Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. *La gestión del conocimiento para la salud pública*. Medellín: PLANEA; 2009.
2. ONU Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Observación General No. 14. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas; 2000.
3. Akin J, Birdsall N, DeFerranti DM. *World Bank. Financing health services in developing countries: An agenda for reform*. Washington, DC: The World Bank; 1987.
4. De Groote T, De Paepe P, Unger JP. Colombia: In vivo test of Health Sector privatization in the developing world. *International Journal of Health Services*. 2005;35(1):125–141.
5. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: Una visión crítica a

- través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;17(3):210-220.
6. Hernández M, Torres-Tovar M. Colombia's new health reform: Keeping the financial sector healthy. *Social Medicine*. 2010;5(4):177-181.
 7. De Vos P, De Ceukelaire W, Van der Stuyft P. Colombia and Cuba, contrasting models in Latin America's health sector reform. *Tropical Medicine and International Health*. 2006;11(10):1604-1612.
 8. Torres-Tovar, M. Modelo de salud de Colombia: Exportable en función de los intereses del mercado. *Revista Saúde em Debate*. 2008;32(78/79/80):207-219.
 9. Torres-Tovar, M. Los retos por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2007;33(4).
 10. De Ceukelaire W, De Vos P, Criel B. Political will for better health, a bottom-up process. *Tropical Medicine and International Health*. 2011;16(9):1185-1189.
 11. Sanders D, Labonte R, Baum F, Chopra M. Making research matter: A civil society perspective on health research. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004;82(10):757-763.
 12. De la Cuesta, C. Investigación en salud: Reflexiones sobre el trabajo de Testa y Navarro. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 1996;13(2):51-62.
 13. Wahlbeck K, Adams C. Beyond conflict of interest. Sponsored drug trials show more-favourable outcomes. *British Medical Journal*. 1999;318(7181):465.
 14. Tungaraza T, Poole R. Influence of drug company authorship and sponsorship on drug trial outcomes. *British Journal of Psychiatry*. 2007;191:82-83.
 15. Unger JP, De Paepe P, Van Dessel P, Stolkner A. The production of critical theories in Health Systems Research and Education. An epistemological approach to emancipating public research and education from private interests. *Health, Culture and Society* 2011;1(1):12-28.
 16. Navarro V. Why some countries have national health insurance, others have national health services, and the U.S. has neither. *Social Science and Medicine*. 1989;28(9):887-898.
 17. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011; 377(9779):1778-97.
 18. Rowland D, Pollock A, Vickers N. The British Labour government's reform of the National Health Service. *Journal of Public Health Policy*. 2001;22(4):403-414.
 19. Fals O. *El problema de cómo investigar la realidad para transformarla: Por la praxis*. 7^a ed. Bogotá: Ed. Tercer Mundo; 1989.
 20. Castro R. *La vida en la adversidad. El significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2000.
 21. Laurell C, Noriega M, Martínez S, Villegas, J. Participatory research on workers health. *Social Science and Medicine*. 1992;34(6):603-613.
 22. Mercado FJ. *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad en un barrio urbano*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1996.
 23. Orozco MR. *Situación de la salud en el Petén. Diagnóstico participativo*. Guatemala: Consejo Departamental de Salud del Petén; 2000.
 24. Breilh J, Granda E. Epidemiología y Contrahegemonía. *Social Science and Medicine*. 1989;28(11):1121-1127.
 25. Bourdieu P. *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Paris: Seuil; 2000.
 26. Kuruvilla S, Mays N, Pleasant A, Walt G. Describing the impact of health research: A Research Impact Framework. *BMC Health Services Research*. 2006;6:134.
 27. Hanney S, González-Block M. Yes, research can inform health policy; but can we bridge the 'Do-Knowing It's Been Done' gap? *Health Research Policy and Systems*. 2011;9:23.
 28. Lavis JN, Davies HTO, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E. Towards systematic reviews that inform healthcare management and policymaking. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2005;10(Suppl):35-48.
 29. Garner P, Kale R, Dickson R, Dans T, Salinas R. Getting research findings into practice: Implementing research findings in developing countries. *British Medical Journal*. 1998;317(7157):531-5.
 30. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Getting research findings into practice: Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*. 1998;317(7156):465-8.

Recibido: 29 de enero de 2012.

Aprobado: 29 de marzo de 2012.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos