

Protección de la salud como un derecho ciudadano

Alicia Bárcena

Publicado en línea en *The Lancet* el 16 de octubre, 2014 y traducido al español con permiso.
 Inglés disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61771-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61771-2/abstract)

Una vida saludable es esencial para disfrutar de otros derechos humanos.[1] Es también una dimensión crucial para el bienestar de las generaciones presentes y futuras. Además, para que haya un desarrollo económico y social sostenido se requiere una población sana.[2] De ahí que no sorprende que los países de la región de América Latina y el Caribe hayan hecho grandes esfuerzos por garantizar la protección de la salud de sus ciudadanos. Sin embargo, a pesar de esos esfuerzos, la región todavía muestra déficits considerables en el acceso a los sistemas de atención de salud. Aunque el acceso al sistema de salud se incrementó, desde apenas un poco más de la mitad de los trabajadores asalariados (de 15 años o mayores) en 2002, al 66% en 2011 (Figura 1), esta cifra representa una situación compleja para la región. El acceso es mayor para las mujeres que para los hombres (71% frente a un 64% en 2011), y ha evolucionado en forma similar para ambos sexos en la última década.[3]

Persisten grandes disparidades en el acceso por quintiles de ingresos, con tasas que oscilan desde el 44% en el quintil más bajo, al 80% en el más alto, en 2011 (Figura 2). El incremento de cobertura durante la última década ha sido impulsado principalmente por la incorporación de personas de los quintiles más bajos a los servicios de atención en salud. Este cambio ha significado una disminución de las brechas por nivel de ingresos en los últimos 10 años —la razón de cobertura entre los quintiles más altos y más bajos descendió de 2.6 en 2002 a 1.8 en 2011.[3]

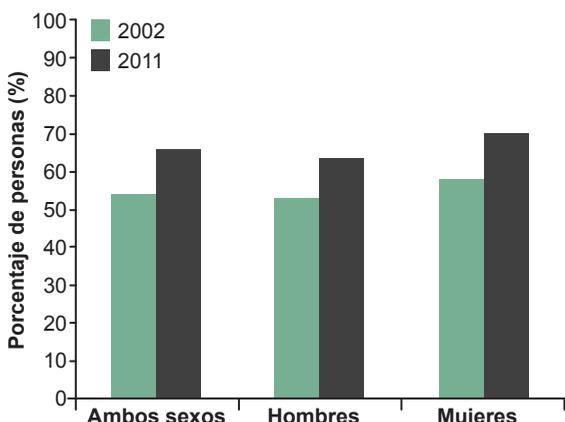
Aunque existen diferencias importantes en el acceso a la atención de salud entre los países latinoamericanos, la mayoría de los países han ampliado sustancialmente la cobertura del sistema de salud en la última década (Tabla). Únicamente El Salvador exper-

imentó un pequeño descenso y, en Uruguay, donde la cobertura ya sobrepasaba el 98% en 2002, hubo un aumento marginal. La expansión de la cobertura fue particularmente notable en Colombia, donde aumentó del 53% al 92% de los asalariados, situándose por encima de la media regional. Se dieron avances sustanciales en la República Dominicana (incremento relativo de un 48%), en Ecuador (un aumento relativo de un 47%) y en Perú (un aumento relativo de un 65%). Los niveles más bajos de cobertura de los sistemas de salud se advirtieron en Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay, donde menos de la mitad de los asalariados tiene acceso a la atención de salud.[3]

En mi opinión, la cobertura universal de salud debe guiarse desde una perspectiva basada en los derechos. Esto significa que todos los ciudadanos tienen derecho tanto a una atención de salud de calidad como a la protección social, como una manera de propiciar su plena participación en la sociedad. La meta debe ser garantizar un cierto nivel de bienestar para todas las personas, y este nivel debe ser el máximo que, de manera factible, se pueda lograr, dadas las restricciones económicas prevaletientes. En este contexto, la universalidad está ligada a la solidaridad, lo que implica que todos los ciudadanos deben tomar parte en el financiamiento destinado a la protección social, contribuyendo de acuerdo con sus medios económicos.[4]

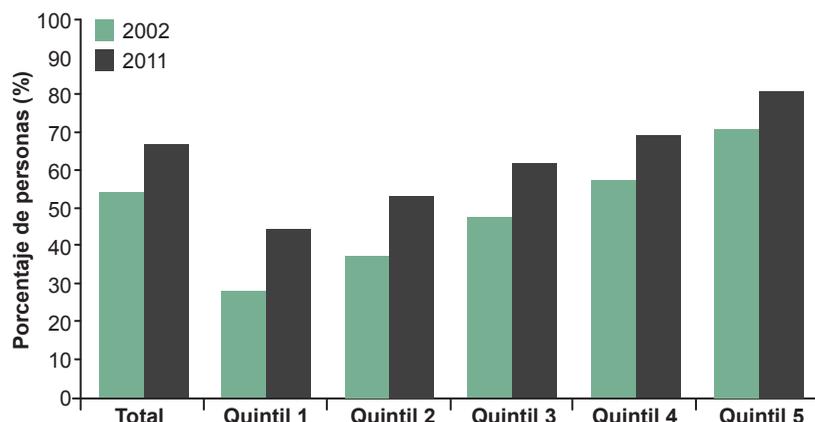
El hecho de que haya grandes grupos de la población que todavía no tengan acceso a la atención de salud, es motivo para fortalecer el acceso universal mediante el financiamiento no contributiva. Este camino conducirá a la región hacia un objetivo ambicioso, la desvinculación del acceso a los servicios de salud de los ingresos y riesgos individuales. Se necesita aumentar la eficiencia para

Figura 1: Promedio de acceso al sistema de pensiones y atención de salud entre asalariados de ≥15 años, por sexo, 2002–11



Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)[3] con el uso de datos provenientes de encuestas de hogares realizadas en los países respectivos (consulte la tabla para ver la lista de los países incluidos)

Figura 2: Promedio de acceso al sistema de pensiones y atención de salud entre asalariados de ≥15 años, por quintil de ingresos, 2002–11



Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)[3] con el uso de datos provenientes de encuestas de hogares realizadas en los países respectivos (consulte la tabla para ver la lista de los países incluidos)

Tabla: Porcentaje de asalariados de 15 años y más que tienen acceso a sistemas de atención de salud, por país y año

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Argentina (áreas urbanas)			
2004	65.1%	66.4%	63.5%
2011	77.7%	77.5%	77.9%
Bolivia			
2002	29.8%	27.5%	34.1%
2009	44.4%	40.5%	51.2%
Chile			
2000	92.4%	91.5%	93.8%
2011	96.7%	96.1%	97.7%
Colombia			
1999	53.2%	48.5%	60.4%
2011	91.9%	90.7%	93.6%
Costa Rica			
2002	83.7%	81.7%	87.2%
2011	86.9%	84.7%	90.3%
República Dominicana			
2005	51.1%	52.6%	49.0%
2011	75.4%	76.2%	74.4%
Ecuador (áreas urbanas)			
2002	45.0%	43.6%	47.5%
2011	66.2%	62.7%	72.1%
El Salvador			
1999	50.0%	45.6%	57.5%
2010	48.9%	44.5%	56.4%
Guatemala			
2002	38.5%	36.4%	43.4%
2006	44.5%	42.5%	48.9%
Honduras			
2006	36.0%	30.2%	47.1%
2010	37.2%	31.8%	47.7%
México			
2002	53.8%	52.0%	57.0%
2010	71.8%	69.3%	76.3%
Nicaragua			
2001	28.8%	24.9%	36.5%
2005	36.3%	30.2%	48.3%
Panamá			
2002	73.2%	71.6%	75.6%
2011	80.1%	77.8%	83.4%
Paraguay			
2000	32.2%	30.9%	36.9%
2011	40.1%	36.6%	45.3%
Perú			
2001	39.3%	38.9%	40.0%
2011	65.0%	63.7%	67.0%
Uruguay (áreas urbanas)			
2002	98.2%	97.8%	98.7%
2011	98.6%	98.3%	99.0%
América Latina			
2002	54.4%	52.5%	58.0%
2011	66.4%	63.9%	70.6%

Comisión Económica para América Latina y el Caribe con el uso de datos de encuestas de hogares[3]

optimizar los escasos recursos, y hacer frente de manera urgente a los retos tecnológicos, demográficos y epidemiológicos, que no solo enfrenta América Latina, sino todo el mundo. Los nuevos acuerdos sociales, tanto en la esfera social como en la económica, son los instrumentos políticos que impulsarán los avances hacia la cobertura universal de salud.[5]

Creo que este movimiento hacia la cobertura universal de salud es un paso clave para la construcción de sistemas de protección social concebidos con un enfoque basado en los derechos. 

REFERENCIAS

1. UN. General Comment 14, the right to the highest attainable standard of health. Ginebra: United Nations, 2000. Inglés.
2. Evans DB, Marten R, Etienne C. Universal health coverage is a development issue. *Lancet* 2012; 380: 864–65. Inglés.
3. ECLAC. Social panorama of Latin America. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2013. Inglés.
4. ECLAC. Time for equality: closing gaps, opening trails. Brasilia: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2010. Inglés.
5. ECLAC. Compacts for equality: towards a sustainable future. Lima: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2014. Inglés.

LA AUTORA

Alicia Bárcena (alicia.barcena@eclac.cl), Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Vitacura, Santiago de Chile.

Traducción aprobada por la autora: 29 de enero, 2015

Declaraciones: Ninguna

Citación sugerida: Bárcena A. Protección de la salud como un derecho ciudadano. MEDICC Rev. 2015;17 Suppl:S10–1. Disponible en: <http://medicc.org/mediccreview/uhc-barcena.php>