



PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD (CUS) Y LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)

POLICY BRIEF

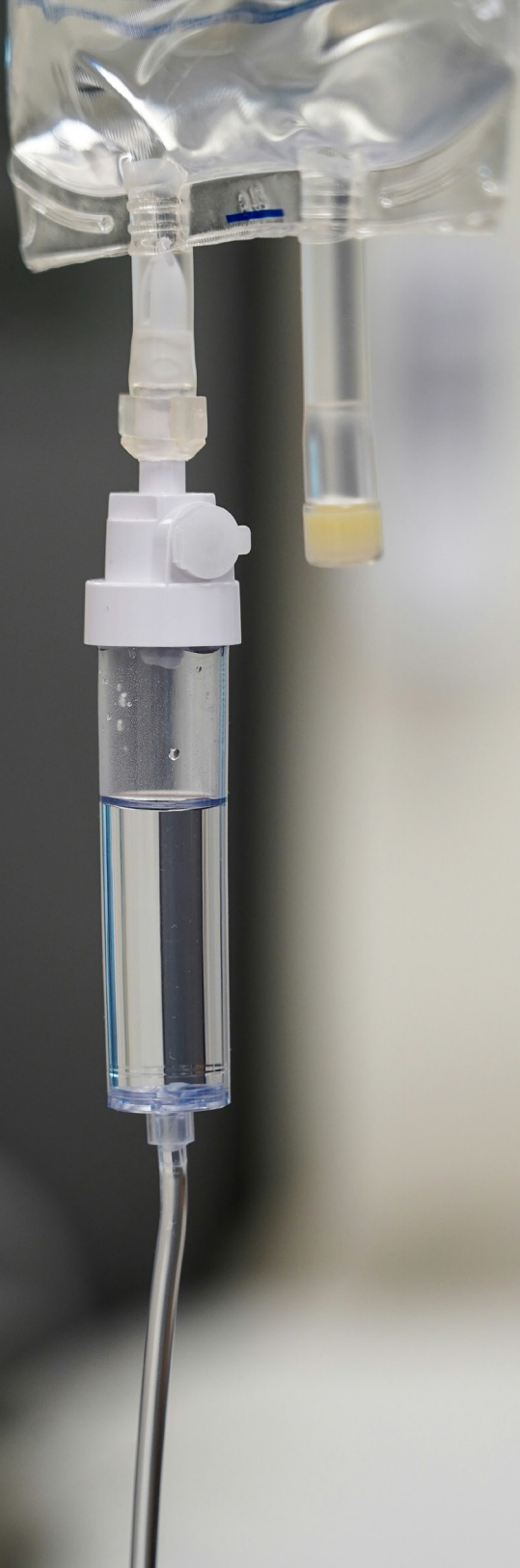
Este trabajo se realizó gracias al apoyo de la NCD Alliance por medio de su Programa Acelerador sobre ENT y CSU del Instituto de Incidencia, y su alianza con The Leona M. and Harry B. Helmsley Charitable Trust.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD (CUS)

Y LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)

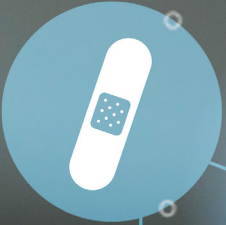
POLICY BRIEF

Mtro. Erick Antonio Ochoa
Director de Salud Justa Mx



CONTENIDO

I. El Derecho a la Salud y la Cobertura Universal en Salud (CUS)	p 7
II. Las enfermedades no transmisibles y su contribución a la carga global de causas de muerte	p 11
III. La participación social y otros tipos de participación como elementos clave en la salud universal	p 15
IV. La participación social en salud en el marco de la OMS	p 19
V. Consideraciones finales	p 31



I. El Derecho a la Salud y la Cobertura Universal en Salud (CUS)

El derecho a la salud, entendido como “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”,¹ donde “todas las personas y comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que aseguran que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad”², implica un sistema de acceso universal, oportuno y de calidad a servicios integrales de salud para garantizar su pleno goce que impone obligaciones administrativas y financieras a los gobiernos nacionales.

Sin embargo, no siempre el derecho a la salud se entendió así, en su universalidad. Antes del *Informe Beveridge*, entregado por sir William Beveridge el 20 de noviembre de 1942 al gobierno británico y donde uno de los supuestos para la transformación y unificación del sistema de seguridad social era la “salud comprehensiva”, los servicios médicos vistos como un sistema para toda la población provisto por el Estado, con enfoque en la prevención y el tratamiento de enfermedades, eran escasos y fragmentados. Se podía entender que había corresponsabilidad de las empresas y el gobierno a fin de garantizar servicios médicos a los trabajadores, pero idealmente no se pensaba en un régimen de seguro social obligatorio sin límites de ingresos, extendiéndolo a patronos, trabajadores independientes, comerciantes, profesionales, amas de casa, personas sin ocupación lucrativa, menores de edad y retirados, como lo propuso el Informe Beveridge.³ Estas ideas fueron la base para la construcción del Estado de bienestar británico, incluyendo la propuesta de un servicio de salud completo y gratuito con alcance nacional que sirvió de modelo para otros países.⁴

¹. ONU, **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), del 16 de diciembre de 1966.

². OPS, **Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud**, 53° Consejo Directivo, 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014, p. 6.

³. Beveridge, Sir William, **Social insurance and allied services**, presented to Parliament by Command of His Majesty, November, 1942, disponible en <http://pombo.free.fr/beveridge42.pdf>

⁴. El plan del Informe Beveridge tenía por objetivo garantizar un mínimo nacional de subsistencia, es decir un sistema de seguridad social que incluye subsidios por discapacidad, servicio médico integral, pensión de retiro, subsidio de maternidad, gastos de entierro, subsidio de viudedad, subsidio de tutela, entre otros derechos.

Otro aporte en la evolución para comprender la complejidad del derecho a la salud fue el “Informe Lalonde”. En 1972 el ex ministro jubilado Marc Lalonde publicó una serie de propuestas para reformar el sistema de seguridad social en Canadá que englobó en “el concepto del campo de la salud”. Previamente, Thomas McKeown había utilizado el concepto “determinantes de la salud”⁵ pero con el *Informe Lalonde* se identificaron cuatro componentes del concepto “campo de la salud”: la biología humana, los sistemas de atención médica, el medio ambiente y los estilos de vida. Dentro de los estilos de vida se investigan factores de riesgo como la adicción al alcohol, el consumo de tabaco, el abuso de farmacéuticos, la adicción y el uso social de las drogas psicotrópicas; en el apartado de dieta y ejercicio se enlista el comer en exceso, especialmente alimentos altos en grasas y carbohidratos y la falta de ejercicio; además, se examinan como factores de riesgo la conducción descuidada y no usar cinturón de seguridad.⁶

Esta pretensión de universalidad en la protección del derecho a la salud, que incorpora la necesidad de abatir inequidades, es más precisa gracias a los preceptos de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, realizada en la ex URSS en septiembre de 1978. Con la *Declaración de Alma-Ata* se estima que la grave desigualdad en el estado de salud de la población, especialmente entre países en desarrollo y desarrollados, así como dentro de cada país es política, social y económicamente inaceptable. Para lograr la atención primaria de salud (APS) sin exclusión, se requieren métodos y tecnologías “al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo”.⁷

En una dimensión más amplia, el goce del grado máximo de salud que implica el derecho a la salud no se limita a la atención médica y el desarrollo de infraestructura hospitalaria. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su *Observación General 14* extiende el derecho a la salud hacia los determinantes básicos de la salud, que son la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso al agua limpia potable, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas, así como un medio ambiente sano.⁸

⁵. Glouberman, Sholom and John Millar, *Evolution of the Determinants of Health, Health Policy, and Health Information Systems in Canada*, en American Journal of Public Health, Marzo 2003, Vo. 93, No. 3, disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447749/pdf/09303388.pdf>

⁶. Para Lalonde los estilos de vida se veían como el efecto de los riesgos auto-impuestos, lo cual abonó a críticas porque daba a entender que eran elecciones del individuo, sin peso de determinantes comerciales y sociales. Para una revisión de su Informe, véase Lalonde, Marc, **A new perspective on the health of Canadians. A working document**, 1981, disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10204/informe-lalonde.pdf>

⁷. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978, disponible en <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>. En 2014, los Estados Miembros de la OPS incorporaron esta APS en la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, aprobada por el 53º Consejo Directivo (resolución CD53.R14).

⁸. Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, **Observación general 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud**, Ginebra, 11 de agosto de 2000, disponible en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

En la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2005, se adoptó una resolución sobre los sistemas financieros para lograr la cobertura universal, con lo cual se insta a los gobiernos a velar:

1. Porque los sistemas de financiación de la salud prevean un método de pago anticipado de las contribuciones, a fin que se reparta el riesgo dentro de la población y se evite que las personas incurran en gastos sanitarios catastróficos o caigan en la pobreza.
2. Por una distribución adecuada y equitativa de una infraestructura sanitaria de buena calidad, así como de recursos humanos para la salud que garantice servicios de salud equitativos.
3. Porque los fondos destinados a actividades o programas de salud contribuyan a mecanismos duraderos de financiamiento.⁹

En la cobertura universal en salud (CUS) no solo bastan servicios e infraestructura de calidad para todos con mecanismos que protejan la equidad, sino también es necesaria la protección financiera de la población a fin de evitar gastos catastróficos que empobrezcan a los pacientes, sus cuidadores o su comunidad. En consecuencia, para lograr la CUS, al menos teórica, los tomadores de decisión deben tener en cuenta:

1. El porcentaje de la población que se debe cubrir (afiliación).
2. La oferta de servicios que se puede conseguir (cobertura).
3. La proporción de gastos que están cubiertos (financiamiento).¹⁰

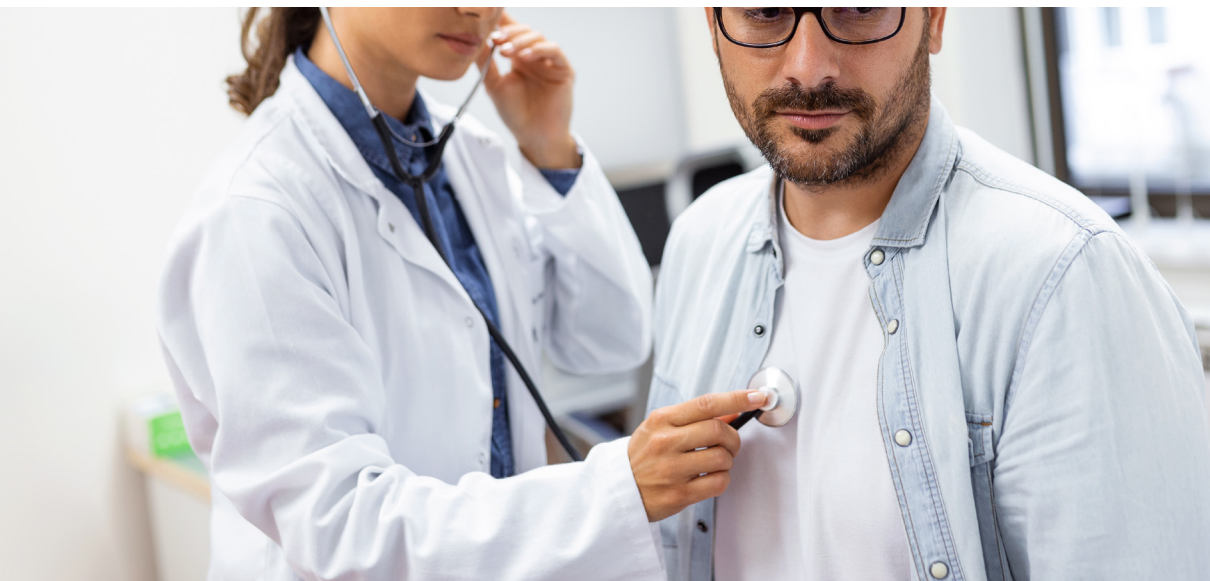
Estas consideraciones necesarias para alcanzar la CUS implican una revisión de los mecanismos de financiamiento de los gobiernos para la definición de prioridades en el gasto público, de manera que se procure el mayor alcance posible en la afiliación y la cobertura de los servicios de salud. En una república con división de poderes, mientras los presidentes y sus gabinetes hacen propuestas sobre ingreso/gasto al Congreso, este define cómo se recauda (con qué impuestos) y cómo se gasta (con qué presupuesto).

⁹. WHO, **Resolución WHA 58.33: Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad**, 25 de mayo de 2005, disponible en https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-sp.pdf

¹⁰. OMS, **Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal**, Ginebra, 2010, disponible en https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf

Para identificar los componentes clave de la CUS, la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* adoptada en la 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, establece cuatro líneas estratégicas, simultáneas e interdependientes para articular las condiciones que permitan a los países definir y evaluar sus políticas, así como medir el progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud:

1. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrado en las personas y las comunidades.
2. Fortalecer la rectoría y la gobernanza, que incluye empoderar a las personas y las comunidades otorgándoles información sobre salud, educación sobre sus derechos y responsabilidades, así como participación en la formulación de políticas de salud pública.
3. Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, en la medida que se avance en la eliminación del pago directo.
4. Fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud, a fin de garantizar la sostenibilidad de la cobertura universal.¹¹



¹¹. OPS, *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, 53º Consejo Directivo, 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., del 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014. Disponible en <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2019/04/Estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud.pdf>

II. Las enfermedades no transmisibles y su contribución a la carga global de causas de muerte

El mayor desafío contemporáneo para los sistemas de salud son las enfermedades no transmisibles (ENT), que representan el 74% de todas las muertes en el mundo. La mayoría de las muertes causadas por las ENT, el 77% del total, ocurren en países de ingreso medio o bajo. Las enfermedades cardiovasculares contribuyen con la mayoría de las muertes por ENT (17.9 millones de personas cada año), a las que siguen los diversos tipos de cáncer (9.3 millones), las enfermedades respiratorias crónicas (4.1 millones) y la diabetes (2 millones), incluyendo los fallecimientos por nefropatía diabética.¹²

Al referirnos a los factores de riesgo, mientras que el tabaco es responsable de más de 8 millones de muertes cada año, por consumo de alcohol fallecen más de 3 millones, a su vez 1.8 millones mueren por ingesta excesiva de sal/sodio y 830 mil decesos se atribuyen a una actividad física insuficiente.¹³

Entre 1990 y 2019, la tasa de cambio anual en las muertes globales por todas las causas osciló entre -0.9% y 2.4%. Sin embargo, en 2020 por la crisis sanitaria de COVID-19 el número total de muertes en todo el mundo aumentó un 10.8% en comparación con 2019, de 57 millones de muertes en 2019 a 63.1 millones de muertes en 2020. La tendencia se mantuvo en 2021, con un aumento del 7.5%, cuando pasamos a 67.9 millones de muertes anuales.¹⁴

La COVID-19 cambió el patrón de las principales causas de muerte estandarizadas por edad. En 2019 la cardiopatía isquémica, el accidente cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las infecciones respiratorias inferiores, los desórdenes neonatales, el Alzheimer y otras demencias, el cáncer de pulmón, la diabetes, la enfermedad renal crónica y las enfermedades diarreicas representaron las primeras 10 causas de muerte. En 2021, si bien la cardiopatía isquémica se mantuvo como la causa de muerte más importante, le siguió la COVID 19, el accidente cerebrovascular, la EPOC, otras muertes relacionadas por la pandemia, los desórdenes neonatales, las infecciones respiratorias inferiores, el Alzheimer y otras demencias, el cáncer de pulmón y la diabetes.

¹². OMS. **Enfermedades no transmisibles (nota descriptiva)**, 16 de septiembre de 2023, disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

¹³. Global Burden of Disease Collaborative Network. **Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019)**. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020.

¹⁴. GBD 2021 Causes of Death Collaborators, *Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021*, The Lancet, 3 de abril de 2024. Disponible en [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00367-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00367-2/fulltext)

Principales causas de muerte en el mundo y tasa de mortalidad estandarizada por edad por cada 100,000 habitantes para hombres y mujeres combinados, 1990, 2019 y 2021.

Causas de muerte (1990)	Tasa de mortalidad estandarizada por edad por cada 100,000 habitantes (1990)	Causas de muerte (2019)	Tasa de mortalidad estandarizada por edad por cada 100,000 habitantes (2019)	Causas de muerte (2021)	Tasa de mortalidad estandarizada por edad por cada 100,000 habitantes (2021)
1. Cardiopatía isquémica	158.9 (141.4 a 165.4)	1. Cardiopatía isquémica	110.9 (102.5 a 116.9)	1. Cardiopatía isquémica	108.7 (99.8 a 115.6).
2. Accidente cerebrovascular	144.3 (134 a 152.3)	2. Accidente cardiovascular	89.3 (81.6 a 95.6)	2. COVID-19	94.0 (89.2 A 100)
3. EPOC	71.9 (64.6 A 77.5)	3. EPOC	46.1 (42 A 49.8)	3. Accidente cerebrovascular	87.4 (79.5 a 94.4)
4- Infecciones respiratorias inferiores	61.8 (58 a 66.8)	4. Infecciones respiratorias inferiores	34.7 (31.5 a 37.5)	4. EPOC	45.2 (40.7 a 49.8)
5. Enfermedades diarreicas	60.6 (46.7 a 79.6)	5. Desórdenes neonatales	30.7 (26.8 a 35.3)	5. Otras enf. pandémicas relacionadas	32.3 (24.8 a 43.3)
6. Desórdenes neonatales	46 (43.5 a 48.9)	6. Alzheimer y otras demencias	25 (6.2 a 65)	6. Desórdenes neonatales	29.6 (25.3 a 34.4)
7. Tuberculosis	40 (34.1 a 44.6)	7. Cáncer de pulmón	23.7 (21.8 a 25.8)	7. Infecciones respiratorias inferiores	28.7 (26 a 31.1)
8. Cáncer de pulmón	27.6 (26.1 a 29)	8. Diabetes	19.8 (18.5 a 20.8)	8. Alzheimer y otras demencias	25.2 (6.4 a 65.6)
9. Alzheimer y otras demencias	25.1 (6 a 66.1)	9. Enfermedad hepática crónica	18.6 (16.9 a 19.8)	9. Cáncer de pulmón	23.5 (21.2 a 25.9)
10. Cirrosis	24.4 (22.3 a 27.5)	10. Enf. diarreicas	17.1 (12.4 a 23.2)	10. Diabetes	19.6 (18.2 a 20.8)

Fuente: Global Burden of Disease Collaborative Network. **Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019)**. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020

En el mediano y largo plazo aún no se dimensiona el impacto social de la COVID-19, pero hoy se sabe que causó el descenso más severo en la esperanza de vida en los últimos 70 años, al disminuir en 84% ese indicador en los países y territorios durante la pandemia. Entre 2019 y 2021 se redujo en 1.6 años.¹⁵ Esto revierte la tendencia de mejora en la esperanza de vida.

La COVID-19 causó otros efectos no deseados. Entre 2019 y 2020 aumentó del 8.4% a 9.3% la tasa de pobreza extrema en el mundo. El Banco Mundial estima que empujó a 70 millones a la pobreza extrema, el mayor aumento desde que se da seguimiento mundial, en 1990. Con menos de 2.15 dólares al día, se estima que 719 millones de personas sobreviven en 2020. Además, casi la mitad de la población vive con menos de 6.85 dólares al día.¹⁶

La pandemia mostró la importancia de las redes de gobernanza, ese espacio que combina la interacción entre decisores públicos de distintos niveles de gobierno, ciudadanos y sectores productivos para estructurar el proceso de toma de decisiones públicas. Sin embargo, a menudo la gobernanza se caracterizó como una red de instituciones e individuos que colaboran, asumiendo que el gobierno central ya no juega un rol hegemónico.¹⁷ En un contexto donde la emergencia sanitaria devolvió la centralidad de las decisiones comunitarias al gobierno, a fin de contener la propagación del SARS-CoV-2 y sus efectos sobre la salud y vida de millones de personas, la sociedad civil y los empresarios debían colaborar en el seguimiento de las recomendaciones sanitarias, atender al llamado a las jornadas de vacunación, participar de manera central en la recuperación económica y el empleo, entre otros temas.

¹⁵. GBD 2021 Demographics Collaborators, *Global age-sex-specific mortality, life expectancy, and population estimates in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1950–2021, and the impact of the COVID-19 pandemic: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021*, The Lancet, 11 de marzo de 2024. Disponible en [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00476-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00476-8/fulltext).

¹⁶. Banco Mundial, **Una nueva era de desarrollo: Informe anual 2023**.

¹⁷. Rhodes, R. A. W. **Understanding Governance: ten years on**, Montfort University Public Policy Seminar Series, Leicester, 2007.



III. La participación social y otros tipos de participación como elementos clave en la salud universal

La propuesta de participación social que construiremos acá examina sus alcances para identificar problemas y soluciones en salud pública. A tal efecto nos alejaremos de la retórica reduccionista según la cual los individuos reciben la atención médica que son capaces de pagar y solo ellos participan, los ciudadanos son vistos como clientes y no como integrantes de una comunidad, o las corporaciones pueden ofrecer bienes y servicios a sabiendas que generan costos sociales por encima de sus ganancias privadas, conocidas como externalidades negativas. En cambio, los determinantes sociales y comerciales vuelven necesaria la intervención gubernamental en aras de proteger a la sociedad y preservar la equidad.

Para discutir la participación social en salud es necesario comprender otros conceptos de participación relacionados, a fin de trazar fronteras conceptuales que eviten confusiones o malentendidos. Específicamente me referiré a la participación ciudadana y la participación política antes de entrar a la participación social.

La participación ciudadana significa tomar parte personal o colectivamente sobre una cosa, un asunto, de manera activa, decidida, buscada libremente, en función de intereses de la ciudadanía. A diferencia de la movilización – tener parte movilizado por el interés de otros – la participación está relacionada con el interés, sea personal o colectivo, pero propio.

Ello no quiere decir que su esfera es únicamente pública-estatal, porque puede haber temas de interés que no sean del ámbito estatal sino comunitario. Como condición sí hay exigencias de interacción más allá de la familia, como lo asumieron los griegos con la distinción entre los asuntos relativos al Oikos (οἶκος) y la Polis, para indicar la diferencia entre los ámbitos privados y los ámbitos públicos. En tal virtud, los asuntos domésticos no entran en la categoría de participación ciudadana. Desde la Grecia clásica, el ciudadano era definido como un miembro de la Polis ateniense o de la *Res pública*.¹⁸

¹⁸. Pocock, J.G.A. *The Ideal of Citizenship Since Classical Times* en BEINER, Ronald (Ed.) **Theorizing Citizenship**, New York, State University of New York Press, 1995, 29-52 pp.

En política, “participación refiere a acciones mediante las cuales los miembros ordinarios de un sistema político influncian o intentan influenciar resultados”.¹⁹ En otros términos, la participación política incluye “todas las actividades voluntarias en las que ciudadanos individuales intentan influenciar, directa o indirectamente, opciones elegidas en varios niveles del sistema político”.²⁰

La participación política tiene que ver con el enfoque clásico de ciudadanía y alude a la participación que hace a los individuos iguales ante la ley en el ámbito público y estatal. Esta participación, a partir de la definición institucional de base legal, intenta influir sobre la acción del gobierno, sus opciones o sus resultados, sea impactando sobre la formulación o implementación de las políticas, sobre las instituciones, los procesos y los valores, o influyendo en la selección de personas que hacen estas políticas.²¹ A su vez, es una forma de participación que se incorpora como opinión pública: la relación del ciudadano con los medios mediante sus percepciones.²²

En el ámbito de la salud, la participación social tiene el objetivo de “salvar la brecha entre las perspectivas de los responsables políticos y las experiencias y necesidades de las comunidades”.²³ No se circunscribe a la participación ciudadana en el sentido personal o a la participación política para influenciar al sistema de partidos o la elección de decisores públicos. Su rango puede estar acotado a uno de los ámbitos, en este caso a la defensa de la salud pública, aunque sus instrumentos son variados y de largo alcance.

El diseño, la implementación, la evaluación y la rendición de cuentas respecto a las condiciones estructurales para el ejercicio del derecho a la salud y las políticas de salud pública que previenen y atienden enfermedades son esferas para la participación social. Esto es así no solo porque conviene a los procesos de legitimación de las decisiones públicas, sino más importante, porque en la matriz de la desigualdad social se deben evitar las formas de exclusión y discriminación que originan inequidades en salud capaces de afectar otros ámbitos de desarrollo social, además de que las asimetrías de poder inciden sobre el ejercicio de los derechos de las personas, incluido el derecho a la salud.²⁴ Detrás

¹⁹ Nagel, J.H. **Participation**, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1987, p.1.

²⁰ Kaase, M. y Marsh, A. Political action: A theoretical perspective, en Kaase, et al., **Political action: Mass participation in five Western democracies**, California, Sage, 1979, p. 42.

²¹ Véase a Olaso, Luis María. “La participación política” en **Revista Iberoamericana de Autogestión y Acción Comunal**, Nº 4, 1985, 71-93 pp. y Verba, S. y Nie, N.H. **Participation in America**, New York, Harper & Row, 1972, p. 2.

²² Brunner, José J. **Ciudadanía y Participación. Notas para la discusión, (1997)**, mimeo.

²³ Rajan, D., Rohrer-Herold, K., Koch, K. & Soucat, A. **Voz, agencia, empoderamiento. Manual sobre la participación social para la cobertura sanitaria universal**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2022.

²⁴ OPS, **Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel**, edición revisada, 2019, en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf

de las inequidades en salud, de la marginalización y de las asimetrías de poder están las circunstancias socioeconómicas, el género, la pertenencia étnica, el lugar de residencia, la situación de discapacidad, la condición migratoria, la orientación sexual y la identidad de género, entre otras.

La Asociación Internacional para la Participación Pública diseñó un espectro de participación para medir su impacto en la decisión²⁵:

INCREMENTANDO EL IMPACTO EN LA DECISIÓN



	Informar	Consultar	Comprometer	Colaborar	Empoderar
Meta de la participación pública	Proporcionar al público información equilibrada y objetiva que le ayude a comprender el problema, las alternativas, oportunidades y/o soluciones.	Obtener retroalimentación pública sobre análisis, alternativas y/o decisiones.	Trabajar directamente con el público durante todo el proceso para garantizar que las preocupaciones y aspiraciones del público se comprendan y consideren consistentemente.	Asociarse con el público en cada aspecto de la decisión, incluido el desarrollo de alternativas y la identificación de la solución preferida.	Poner en manos del público la toma de decisiones finales.
Promesa hacia el público	Te mantendremos informado	Te mantendremos informado, escucharemos y reconoceremos las inquietudes y aspiraciones, y brindaremos retroalimentación sobre cómo los comentarios del público influyeron en la decisión.	Trabajaremos contigo para garantizar que tus inquietudes y aspiraciones se reflejen directamente en las alternativas desarrolladas y brindaremos retroalimentación sobre cómo los comentarios del público influyeron en la decisión.	Buscaremos asesoramiento e innovación contigo a la hora de formular soluciones e incorporaremos tus consejos y recomendaciones en las decisiones en la mayor medida posible.	Implementaremos lo que tú decidas

Sea cual sea el tipo de participación, hay ciertas condiciones para el juego democrático, entre ellas la opinión pública, entendida como la arena donde se puede influir a decisores públicos; el acceso a la información para que los ciudadanos se formen una opinión suficientemente informada, incluso con capacidades para que puedan convertirse en una fuente de información para la toma

²⁵. International Association for Public Participation, **IAP2 Spectrum of Public Participation**, 2018, disponible en https://cdn.ymaws.com/www.iap2.org/resource/resmgr/pillars/Spectrum_8.5x11_Print.pdf

de decisiones; la incorporación de actores no estatales en la identificación de problemas públicos de la agenda gubernamental; y, finalmente, la intervención directa e indirecta de las personas, las ONG y las comunidades en la elección de políticas públicas, la definición de prioridades sociales en el presupuesto gubernamental y la rendición de cuentas.



IV. La participación social en salud en el marco de la OMS

Desde la *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, que entró en vigor el 7 de abril de 1948, se establecieron ciertas funciones para la OMS como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional, entre ellas promover la “cooperación entre las agrupaciones científicas y profesionales que contribuyan al mejoramiento a la salud”.²⁶ Esta colaboración acotada, sin dimensión social más allá de lo técnico, es la primera referencia a la participación en salud de otros sectores que no sean gobierno o la propia OMS.

Con el fin de distinguir los contornos de la participación social en salud, ya veíamos cómo la *Declaración de Alma-Ata* en 1978 promovió una salud para todos con participación de los individuos y las familias de la comunidad. En esa Declaración la participación es un enunciado general, sin identificar a los actores relevantes o establecer mecanismos que propiciaran su ejercicio efectivo.

En la 38ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 1985, con la *Resolución WHA38.31 Colaboración con las organizaciones no gubernamentales en la aplicación de la Estrategia mundial de salud para todos*, se hace un llamamiento a las organizaciones no gubernamentales (ONG) con objeto de que apoyen y apliquen la *Estrategia de Salud para todos en el año 2000*,²⁷ además de establecer una estrecha relación con los gobiernos y delinear mecanismos de coordinación nacional, como consejos nacionales de organizaciones no gubernamentales. En tanto, se insta a las organizaciones internacionales no gubernamentales a que intensifiquen la colaboración con organizaciones no gubernamentales y Estados Miembros. A estos últimos los exhorta a:

1. Apoyar la participación de las organizaciones no gubernamentales en la formulación de políticas, la planificación, la aplicación y la evaluación de estrategias nacionales de salud para todos.

²⁶. OMS, *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, disponible en OMS, **Documentos básicos**, 49ª edición, 2020. Disponible en https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf

²⁷. En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud decidió que la principal meta de los gobiernos nacionales y de la OMS era alcanzar para todos los ciudadanos del mundo un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Esta meta se desarrolló en la *Estrategia de Salud para todos en el año 2000: Plan de Acción para aplicar la Estrategia*, adoptada durante la 35ª Asamblea Mundial de la Salud en marzo de 1982.

2. Estimular y apoyar el establecimiento de grupos no gubernamentales de autoayuda y autoasistencia en el plano comunitario, en especial a los grupos de mujeres.
3. Fomentar la participación activa de organizaciones de jóvenes y de estudiantes.
4. Estimular el establecimiento de mecanismos no gubernamentales de coordinación o de otros mecanismos para facilitar el diálogo y la estrecha consulta sobre asuntos de salud.
5. Utilizar la capacidad técnica y la experiencia de las organizaciones no gubernamentales por medio de consultas e inventariar sus capacidades y actividades de colaboración sanitaria con los gobiernos.
6. Facilitar la movilización de recursos adecuados para la acción de las organizaciones nacionales no gubernamentales en el sector de la salud.²⁸

Esta resolución es fundamental para establecer mecanismos de colaboración entre las organizaciones internacionales, las ONG y los gobiernos nacionales. Con recomendaciones mínimas para los primeros, es más prolija respecto a las funciones planteadas para los Estados Miembros. Hay una declaración de alcance sobre la participación de las ONG en la formulación de políticas públicas, así como en la planificación y la evaluación de las estrategias nacionales, incluso con mención explícita de ciertos sectores (mujeres, jóvenes y estudiantes), de reconocimiento a la capacidad técnica y experiencia de las ONG y con oferta de financiamiento a sus actividades.

El 15 de mayo de 1987 se aprobó la *Resolución WHA40.25 Colaboración con organizaciones no gubernamentales: principios que rigen las relaciones entre la OMS y las organizaciones no gubernamentales*, en la cual se establecen los siguientes objetivos de colaboración:

1. Promover las políticas, las estrategias y los programas derivados de decisiones de los órganos deliberantes de la OMS.
2. Colaborar con diferentes programas de la OMS en las actividades establecidas de común acuerdo para aplicar esas estrategias.
3. Desempeñar funciones hacia la armonización de intereses intersectoriales.

²⁸. OMS, Resolución WHA38.31 Colaboración con las organizaciones no gubernamentales en la aplicación de la Estrategia mundial de salud para todos, en Resoluciones de la 38ª Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Ejecutivo, Washington D.C., junio-julio de 1985, disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/25637/CE95_25.pdf

Esta resolución es la primera en su tipo que reconoce las relaciones formales entre la OMS y las ONG a las que se les nombra relaciones oficiales. En ella se instituyen condiciones para el procedimiento evolutivo por etapas:

- 1. Contacto oficioso:** Es el tipo de relación, sin limitación de tiempo y sin acuerdo escrito, en la que se exploran las posibilidades de definir objetivos de la colaboración para incluir actividades específicas conjuntas.
- 2. Relaciones de trabajo:** Es la que se inicia con un intercambio de cartas para precisar las bases convenidas de la colaboración, indicando detalladamente las actividades que se han de emprender del periodo que se trate, facilitando un cálculo de los recursos que han de aportar la OMS y la ONG y designando puntos focales en la ONG y la OMS. Al final del periodo de las relaciones de trabajo, se evalúa conjuntamente el resultado de la colaboración, incluido el examen de relaciones futuras, donde se puede determinar la continuación de las relaciones de trabajo durante un nuevo periodo.²⁹
- 3. Relaciones oficiales:** Después de un periodo mínimo de dos años de relaciones de trabajo satisfactorias, se podrá presentar una solicitud de entrada en relaciones oficiales, la cual debe cubrir el procedimiento correspondiente ante el Comité Permanente de Organizaciones no Gubernamentales.



²⁹ **Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional**, Washington D.C., septiembre de 1987. Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6752/24915.pdf>

Hay ciertas condiciones para la entrada de una ONG en relaciones oficiales con la OMS:

- Armonía con el espíritu, los propósitos y los principios de la Constitución de la OMS.
- Desarrollo de la salud o de sectores relacionados con la salud.
- No tendrán ninguna finalidad primordialmente comercial o lucrativa.
- Normalmente la ONG interesada será internacional en su estructura y/o campo de actividad, aunque en casos excepcionales se puede considerar una organización nacional cuando la mayor parte de sus actividades y recursos se dirijan hacia la salud internacional.
- La ONG interesada deberá tener una constitución o documento básico análogo.³⁰

Según la *Observación General 14* del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a la que hicimos referencia con los determinantes básicos de la salud, la participación social en el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud incluye la “fijación de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación y la aplicación y evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud”.³¹

Conforme a la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de 2014, la participación social y el diálogo con las autoridades sanitarias y otros sectores relevantes del gobierno son fundamentales para garantizar que todos los grupos estén representados y “no prevalezcan intereses particulares en detrimento de los intereses de salud pública”.³² En sus resoluciones, en la Estrategia se insta a los Estados Miembros a que “establezcan mecanismos formales de participación y diálogo a fin de promover la elaboración y ejecución de políticas inclusivas, y de garantizar la rendición de cuentas al avanzar hacia los objetivos del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”.

Con la resolución *WHA69.10 Marco para la colaboración con agentes no estatales*, aprobada el 28 de mayo de 2016 durante la 69ª Asamblea Mundial de la

³⁰ OMS, *Resolución WHA40.25 Principios que rigen las relaciones entre la Organización Mundial de la Salud y las Organizaciones no Gubernamentales* en **Resoluciones de la 40ª Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional**, Washington D.C., septiembre de 1987, disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6752/24915.pdf>.

³¹ Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, **Observación general 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud**, Ginebra, 11 de agosto de 2000, disponible en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

³² OPS, **Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud**, 53º Consejo Directivo, 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014.

Salud, que sustituye los *Principios que rigen las relaciones entre la Organización Mundial de la Salud y las organizaciones no gubernamentales*, a la cual hemos hecho referencia, así como las *Directrices sobre la interacción con empresas comerciales para lograr resultados de salud*, se instituyen principios, reglas y procedimientos para el reconocimiento y la colaboración de la OMS con agentes no estatales.³³

El *Marco* establece principios generales de la colaboración de la OMS con agentes no estatales como demostrar un beneficio claro a la salud pública; respetar la Constitución, el mandato y el programa general de trabajo de la OMS; entender el carácter intergubernamental de la OMS y la autoridad decisoria de los Estados Miembros; no comprometer la integridad, la independencia, la credibilidad ni la reputación de la OMS; estar gestionada eficazmente, evitando en lo posible los conflictos de intereses y otras formas de riesgo para la OMS; basarse en la transparencia, la apertura, la inclusión, la rendición de cuentas, la integridad y el respeto mutuo; y, finalmente, proteger a la OMS contra toda influencia indebida, en particular en los procesos referentes a la formulación y la aplicación de políticas, normas y reglamentaciones, entre otros.³⁴

En la clasificación de agentes no estatales se consideran a las:

1. Organizaciones no gubernamentales, entendidas como entidades sin ánimo de lucro que actúan con independencia de los gobiernos, sin ninguna finalidad primordialmente privada, comercial o lucrativa.
2. Entidades del sector privado, esto es compañías establecidas con el propósito de aportar beneficios a sus propietarios, incluso aquellas empresas comerciales que son propiedad íntegra o parcial del Estado que actúan como entidades del sector privado. Las asociaciones empresariales internacionales, al representar los intereses de sus miembros, aunque no tengan fines lucrativos propiamente, se consideran entidades del sector privado.
3. Fundaciones filantrópicas, o bien entidades sin ánimo de lucro cuyos activos son aportados por donantes y sus ingresos se destinan a fines de utilidad social. En su gobernanza y decisiones que adoptan, deben estar claramente independientes de cualquier entidad del sector privado.
4. Instituciones académicas, definidas como entidades dedicadas a la obtención y difusión de conocimientos, mediante la investigación, la enseñanza y la formación.

³³. OMS, Resolución WHA69.10 Marco para la colaboración con agentes no estatales, adoptada en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud, 28 de mayo de 2016, en Documentos básicos, 49ª edición, 2020. Disponible en https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf

³⁴. Esta protección de la OMS contra toda influencia indebida no podría entenderse sin el antecedente del artículo 5.3 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (20039, según el cual los Estados Parte de dicho tratado deben proteger las políticas relativas al control del tabaco contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera.

Por sus tipos de interacción, la colaboración con agentes no estatales se puede dar mediante:

1. **Participación** en reuniones con los órganos deliberantes, consultas públicas para intercambiar información y opiniones, audiencias públicas para exponer opiniones o posturas, sin entrar en un debate, así como otras reuniones (conferencias científicas, sesiones de información y plataformas de coordinación de los agentes).
2. **Recursos**, esto es contribuciones en especie o financieras. Se abarcan las donaciones de medicamentos y otros bienes, así como la prestación gratuita de servicios con arreglo a un contrato.
3. **Datos probatorios**, expresión que hace referencia a las aportaciones basadas en información actualizada, conocimiento técnico y el examen de datos científicos.
4. **Promoción de causa** para lograr una mayor sensibilización sobre diversas cuestiones de salud, en particular aquellas que no reciben suficiente atención.
5. **Colaboración técnica** para el desarrollo de productos, creación de capacidad, colaboración operativa en las emergencias y contribución a la aplicación de políticas de la OMS.

Otra aportación interesante del *Marco para la colaboración con agentes no estatales* es su visión hacia los conflictos de intereses y otros riesgos de colaboración. Se entiende que existe posibilidad de que se presente un conflicto de intereses cuando un interés secundario (por ejemplo, intereses creados) influye indebidamente sobre la labor de la OMS. El riesgo potencial de que surjan conflictos de intereses institucionales alcanza su máximo nivel en situaciones en que los agentes no estatales, en particular de carácter económico, comercial o financiero, entran en conflicto con las políticas de salud pública, el mandato constitucional o los intereses de la OMS, especialmente referidas a la independencia e imparcialidad de la Organización en el establecimiento de políticas, normas y reglamentaciones.

Al colaborar con entidades del sector privado y otros agentes no estatales cuyas políticas o actividades afecten negativamente a la salud humana, en particular las relacionadas con las enfermedades no transmisibles y sus determinantes, la OMS actuará con particular cautela, especialmente para llevar a cabo un proceso de diligencia debida (que combina el examen de la información

proporcionada por el agente no estatal, la búsqueda independiente y el análisis de la información obtenida) y de gestión de riesgos (para decidir si se entabla una colaboración, se aplican medidas para mitigar riesgos o no se lleva a cabo la colaboración).

Como veíamos en la Resolución *WHA40.25* de 1987, la primera mención hacia la posibilidad de establecer relaciones oficiales entre la OMS y las ONG, en el *Marco para la colaboración con agentes no estatales* se detallan reglas para el mantenimiento de las relaciones oficiales entre las OMS y las ONG, las asociaciones empresariales internacionales y las fundaciones filantrópicas (se excluyen las asociaciones empresariales nacionales y las instituciones académicas). Para aquellas entidades no estatales que mantienen relaciones oficiales con la OMS se otorga el privilegio de participar en las reuniones de los órganos deliberantes de la Organización, con posibilidad de nombrar un representante que participe, sin derecho de voto, en dichas reuniones o en las comisiones y conferencias.

En noviembre de 2018, con el informe del Equipo Especial de Tareas sobre la Participación de la OMS y la sociedad civil,³⁵ la participación social en salud ha tomado una nueva dimensión porque se reconoce una variedad de roles a las organizaciones de la sociedad civil:

	Categorización	Descripción
Generación de conocimiento	Investigar	Producir evidencia para las decisiones de política pública
	Innovar	Realizar investigaciones técnicas y desarrollar productos y soluciones en salud
Aportación y orientación sobre políticas públicas	Convocar	Traer partes interesadas para consultar y discutir temas clave, así como construir coaliciones alrededor de iniciativas o decisiones de política pública
	Monitorear	Medir el progreso hacia objetivos y políticas globales, hacer que las partes interesadas rindan cuentas y abogar por el cambio
	Asesorar y recomendar	Proveer asesoramiento y recomendaciones operativas, estratégicas y de políticas públicas
Advocacy	Movilizar decisores públicos	Movilizar e influenciar decisores públicos para cambiar políticas de salud global y asegurar que son total y apropiadamente implementadas
	Movilizar comunidades	Aumentar la concientización sobre cuestiones de política sanitaria y compartir información con comunidades y público en general para efectuar el cambio
	Movilizar recursos	Movilizar recursos para iniciativas y actividades mediante contribuciones financieras y en especie

³⁵. OMS, **Together for the Triple Billion. A new era of partnership between WHO and civil society**, Noviembre de 2018, disponible en <https://civilsociety4health.org/app/uploads/2018/12/WHO-cso-report.pdf>

Implementación	Coordinar	Organizar y dirigir decisores públicos alrededor de una iniciativa o programa para asegurar una respuesta armonizada, especialmente en entornos de emergencia
	Construir capacidad	Proveer entrenamiento para mejorar las habilidades y capacidades de los trabajadores de la salud y llevar a cabo actividades de fortalecimiento de los sistemas de salud
	Cambiar comportamientos	Promover el cambio en el comportamiento comunitario
	Entregar servicios	Prestar servicios junto con, en lugar de (particularmente en entornos de emergencia o estados frágiles), o como parte del, sistema de salud pública o privada

En esta categorización es notoria la ausencia de la rendición de cuentas, esto es los mecanismos mediante los cuales los gobiernos justifican y asumen la responsabilidad de sus actividades, incluyendo la competencia profesional, la conducta legal y ética, el desempeño financiero, la idoneidad del acceso, la promoción de la salud pública y el beneficio comunitario.³⁶

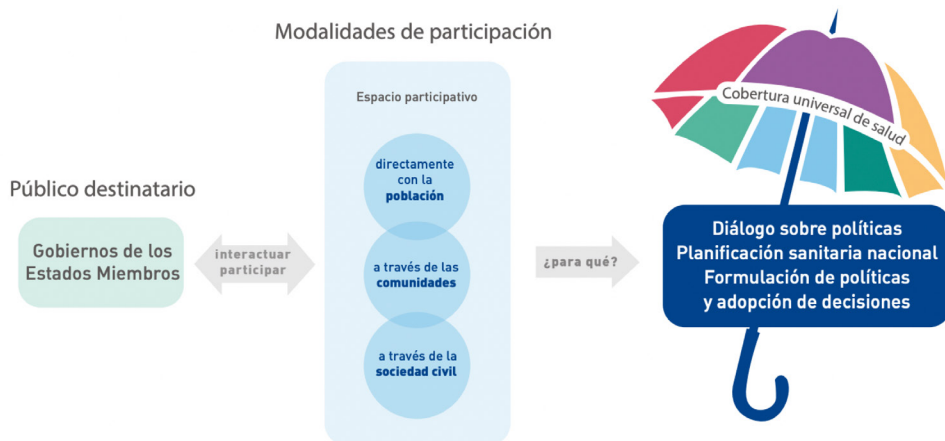
Siguiendo con el informe del Equipo Especial de Tareas, en consultas con organizaciones de la sociedad civil se encontró que la igualdad de género, la equidad en salud y los derechos humanos (64% de los encuestados), así como el acceso a los datos, la investigación y la innovación (59%), junto al diálogo sobre políticas (59%) son los cambios estratégicos de máxima prioridad. A ella sumaron las emergencias sanitarias, para establecer recomendaciones puntuales. Sin que se hubiera anticipado a la pandemia de la COVID-19 surgida a fines de 2019, los pilares para el 13º Programa General de Trabajo de la OMS (2019-2023) consideran el avance de la cobertura universal en salud, con mil millones de nuevos beneficiarios; el manejo de emergencias sanitarias, con más de mil millones mejor protegidos; y, la promoción de poblaciones más sanas, con mil millones más que disfrutaran una salud y un bienestar mejorados. Esta es la ecuación del triple billón en inglés o los tres mil millones en español.³⁷



³⁶. Emanuel, EJ y LL Emanuel, What is accountability in health care? en *Annals of Internal Medicine*, 1996, Jan 15; 124(2): 229-39.

³⁷. WHO (Executive Board), **Draft thirteenth general programme of work 2019-2023**, 2018, disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/273939>

En 2022, la OMS publicó el *Manual sobre la participación social para la cobertura sanitaria universal*.³⁸ Hay varias aportaciones para la mejor comprensión de la participación social. En principio se reconocen distintas modalidades de participación, si bien con una categorización más simple respecto a la que establece el Equipo Especial de Tareas:



Sin afanes exhaustivos, en el *Manual* se reconocen como espacios de participación social los foros presenciales y virtuales, los métodos consultivos con asistencia por invitación (por ejemplo, los diálogos de política, las consultas y los grupos focales), los métodos de participación deliberativa (por ejemplo, los paneles ciudadanos, los jurados populares y las encuestas de opinión deliberativas) y los mecanismos formalizados, con asientos reservados para las poblaciones, las comunidades y/o la sociedad civil. Estos espacios palidecen frente a los grados de intervención de la sociedad civil que se muestran en el informe del Equipo Especial de Tareas.

Una contribución importante del *Manual* son las estrategias para lograr la participación de los grupos de difícil acceso, así como la exploración de distintos métodos de selección para conseguir una representación cualitativa que no solo beneficie a los que disponen con más tiempo o estén más calificados. Además, se enlistan buenas prácticas en relación con el formato y el diseño que otorga representación y legitimidad a los participantes y al propio espacio participativo, como un proceso de selección transparente, mecanismos de participación variados, facilitación cualificada y competente que equilibre las asimetrías de

³⁸. Rajan, D., Rohrer-Herold, K., Koch, K. & Soucat, A. **Voz, agencia, empoderamiento. Manual sobre la participación social para la cobertura sanitaria universal**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2022.

poder, consideración justa de todas las aportaciones, compromiso equilibrado de todos los participantes, especialmente de las voces que generalmente son menos escuchadas, etc.

Otra aportación interesante es la distinción entre empoderamiento gerencial y empoderamiento cívico. Mientras el primero se basa en mejorar las capacidades técnicas, el segundo busca optimizar las capacidades para abordar las necesidades sociales y comunitarias. Para facilitar una interacción igualitaria en la participación social se requieren competencias técnicas, de reconocimiento y de comunicación. Así, para influir en el debate público no solo se deben manejar conceptos, indicadores o metodologías, lo que supondría una ventaja para los expertos, sino la participación social que también requiere conectar con las necesidades sociales. De ahí que para convencer a tomadores de decisión sea útil una combinación de expertos (académicos, líderes de organizaciones civiles o sociales, profesionales de la salud, etc.) y personas que viven con enfermedades y sus cuidadores. Incluso los líderes comunitarios pueden prestar su voz para una mayor incidencia.

La capacidad de manejar evidencia científica, construir argumentos con información selectiva y persuadir mediante argumentos específicos es clave para que las personas, directamente a través de las comunidades o mediante las organizaciones de la sociedad civil, convengan a tomadores de decisión sobre problemas públicos y alternativas de políticas.³⁹ En el *Manual* se examina un

1. Datos científicos y empíricos que se deben generar y analizar como base para la adopción de decisiones.
2. Diálogo que incluye mecanismos de participación social y espacios participativos para el intercambio de opiniones entre personas, comunidades y organizaciones de la sociedad civil con los gobiernos.
3. Decisiones basadas en el diálogo y los datos como mandato legal claramente definido.

³⁹. Un desarrollo agudo sobre esta trilogía se encuentra en Majone, Giandomenico. **Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas**, FCE, México, 1997.

Los procesos participativos, además de que deben estar vinculados a la entidad oficial específica con facultad de decisión, tienen como componente esencial el compromiso político de dicha autoridad. Por su impacto en el ámbito de la salud, se pueden reconocer dos objetivos:

1. Mejorar la prestación de los servicios, potenciar su calidad y aumentar la tasa de utilización de los hospitales.
2. Lograr una buena gobernanza del sector de salud para establecer un sistema responsable y responsivo.

Será fundamental una revisión del Manual para incluir objetivos, estrategias y actividades relacionados a la prevención de enfermedades, sobre todo las no transmisibles que representan la mayor amenaza a la salud pública global. En ella se podrá considerar la participación social para el desarrollo de políticas públicas que incidan en la prevención de tales enfermedades y sus factores de riesgo, con mecanismos complejos que pueden alcanzar no solo a los presidentes o los jefes de gobierno y sus gabinetes, sino a los congresos nacionales o el poder judicial de los Estados.





V. Consideraciones finales

En el diseño de políticas de salud pública cada vez hay más experiencias exitosas con intervención de decisores políticos, organismos internacionales, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas, personas con diversos padecimientos y sus cuidadores, etc., que pueden reconfigurar los alcances de la participación social en salud hacia mecanismos institucionalizados, transparentes y responsivos, atentos a la innovación tecnológica y que mejoren la atención primaria en salud y la prevención de enfermedades.

Por otro lado, es conveniente analizar la participación social a la luz de los determinantes comerciales de la salud, donde existe evidencia creciente de que los productos y las prácticas de las corporaciones transnacionales, específicamente las industrias que representan los cuatro factores de riesgo (tabaco, alimentos ultraprocesados, combustibles fósiles y alcohol) son causantes de un tercio de las muertes en todo el mundo⁴⁰. Se requieren protocolos para prevenir y evitar el conflicto de interés; afrontar la interferencia de las industrias en los procesos de diseño, implementación y evaluación de políticas públicas, así como exigir la rendición de cuentas a las autoridades responsables.

La apertura de la OMS y sus oficinas regionales hacia la participación social, especialmente en los últimos años, es alentadora pues fija nuevos estándares de colaboración para solucionar los problemas de salud pública. Sin embargo, habrá que evaluar la reacción de los gobiernos nacionales frente a los roles que reconoce la OMS a las organizaciones de la sociedad civil. Aun con tiempo para planear los mecanismos de participación, todavía hay algunos gobiernos que se cierran a la definición de prioridades en salud con la colaboración de las organizaciones de la sociedad civil, que no escuchan la voz de la comunidad de pacientes o sus cuidadores y menos aún institucionalizan espacios para el diálogo hacia la definición de políticas públicas, planes, programas y presupuestos para el sector.

⁴⁰. Gilmore, Anna B, Alice Fabbri, Fran Baum, Adam Bertscher, Krista Bondy, Ha-Joon Chang, Sandro Demaio, Agnes Erzse, Nicholas Freudenberg, Sharon Friel, Karen J Hofman, Paula Johns, Safura Abdool Karim, Jennifer Lacy-Nichols, Camila Maranhã Paes de Carvalho, Robert Marten, Martin McKee, Mark Petticrew, Lindsay Robertson, Viroj Tangcharoensathien y Anne Marie Thow, Determinantes comerciales de la salud, The Lancet, publicado el 23 de marzo de 2023, disponible en https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/series/commercial-determinants-health/defining-conceptualising_spanish-1698064132923.pdf

Habrá que profundizar en la participaci3n social efectiva, más allá de las reglas formales que son necesarias, pero no definitivas. Este es un rubro que perfectamente pueden cubrir las organizaciones de la sociedad civil en la evaluaci3n de los gobiernos nacionales, estatales y municipales. Incluso en países donde ha avanzado la cobertura universal en salud o las políticas hacia factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, se puede evaluar el alcance, los resultados y el impacto de la participaci3n social.

Otro abordaje interesante de la participaci3n social en salud es pensarla para “organizaciones que aprenden”, esto es que apuestan en la ventaja estratégica del aprendizaje de sus miembros y del sistema total, “...donde la gente expande continuamente su aptitud para crear los resultados que desea, donde se cultivan nuevos y expansivos patrones de pensamiento, donde la aspiraci3n colectiva queda en libertad, y donde la gente continuamente aprende a aprender en conjunto”.⁴¹ Este aprendizaje entre organizaciones de la sociedad civil, gobiernos y organismos internacionales no se asume desde la ausencia de restricciones o inequidades para el goce del derecho a la salud al máximo nivel posible. Al contrario, supone un reconocimiento crítico del contexto social, con sus estrecheces, creencias en conflicto y ambigüedades en el compromiso político. Empero, los individuos, las comunidades y las organizaciones no dejan de aprender y compartir conocimiento entre ellas.

Finalmente, como mecanismo de interacci3n o comunicaci3n con otros, la participaci3n social debe apostar por la intersectorialidad a efecto de distribuir el poder, los recursos y las capacidades (a nivel técnico e institucional) entre diferentes sectores.⁴² La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible apoya la intersectorialidad desde la integraci3n de tres dimensiones (econ3mica, social y ambiental) no solo para la identificaci3n en sí sino para el aprendizaje mutuo. Los gobiernos deben prestar atenci3n a la complejidad de la participaci3n social para entenderla mejor con apertura hacia nuevos mecanismos, más allá del ámbito estricto de la salud pública, incluso si impone obligaciones adicionales como mayor financiamiento e inversi3n pública, social y ambiental.

⁴¹. Senge, P. **La quinta disciplina**, Editorial Granica, Barcelona, 1992, p. 11.

⁴². Monteiro de Andrade, Luiz Odorico, Alberto Pellegrini Filho, Orielle Solar, Félix R goli, L gia Malag3n de Salazar, Pastor Castell-Florit Serrate, Kelen Gomes Ribeiro, Theadora Swift Koller, Fernanda Natasha Bravo Cruz, Rifat Atun. Determinantes sociales de salud, cobertura universal de salud y desarrollo sostenible: estudios de caso en países latinoamericanos, *The Lancet*, 16 de octubre de 2014. Disponible en <https://actionsdj.ctb.ku.edu/wp-content/uploads/MATTA-DSS-cobertura-universal-de-salud-y-desarrollo-sostenible.pdf>





México **Saludhable**