

Políticas de Salud: Conceptos y Herramientas

Federico Tobar

“La enfermedad solo existe cuando se la reconoce, cuando se la nombra, cuando se la asume como problema y se la incorpora en la agenda de políticas. Antes que eso suceda es solo fatalidad.”

Cómo citar este trabajo:

TOBAR, F (2012). “Políticas de salud: Conceptos y herramientas” En: GARAY, O (Coordinador) *quiere actualizar el libro (colectivo; que yo coordine) llamado “Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal”*. Buenos Aires. La Editorial La Ley. 2012

Palabras clave: Argentina – Políticas de salud - Sistemas de salud –Servicios de salud .

Los seres humanos somos animales programados para vivir alrededor de 30 años. Hoy en todo el mundo la esperanza de vida media supera ampliamente esa cifra. Esa conquista en términos de años de vida es resultado de la organización social y política que se han dado los hombres en diferentes lugares. Salimos de las condiciones “naturales” para convertirnos *zoon politikon* (animales políticos) que interactúan entre ellos, que se comunican, que se dividen el trabajo, que asumen normas. Podríamos ser suspicaces respecto a las ventajas de vivir en sociedad, respecto a las virtudes de la organización política y social en que vivimos, respecto al progreso del ser humano. Pero en términos de la salud que hemos conquistado, los logros son contundentes.

La salud no resulta de la medicina. El desarrollo de esta segunda, es una condición necesaria, pero no suficiente, para la primera. La medicina está mucho más avanzada en los Estados Unidos de Norteamérica que en Costa Rica, pero los resultados de salud no. Es la política de salud, quien explica ese diferencial entre el avance de la ciencia médica y los logros en la cantidad y calidad de vida de la población.

Pero, como afirmamos en la frase que hemos incorporado como epígrafe de este capítulo, para que exista política de salud hace falta que primero se reconozca la enfermedad. Hace falta que un “problema” ingrese en la “agenda de políticas”. A veces esas enfermedades son de las personas. Otras veces esas enfermedades son del sistema de atención médica.

Este capítulo aborda las políticas de salud, entendidas como un esfuerzo sistemático para resolver los problemas de salud. Para ello, está organizado en 3 secciones. En la primera se aborda la definición de las políticas de salud. En la segunda se presentan algunas categorías conceptuales útiles para formular políticas de salud. En la tercera sección se proponen conclusiones.

1. Incorporación de la salud en la agenda de políticas públicas

Se denomina cuestión sanitaria al fenómeno por el cual la problemática salud – enfermedad gana notoriedad como para ser incorporada en la agenda de políticas públicas. La misma no ha adquirido una sola forma, ni se ha mantenido estable, en el tiempo.

Una particularidad del ámbito sanitario es que situación de la salud y situación del sector salud no son sinónimos. En otros términos, para delimitar dentro de la cuestión social la especificidad de la cuestión sanitaria es necesario distinguir al menos tres categorías diferentes que dan cuenta de la misma¹: la distinción entre situación de salud de la **población** (en este caso situación epidemiológica), situación de las **políticas** y situación del sistema de **servicios de atención médica**. La utilidad de esta distinción radica en que permite mantener clara la relación figura – fondo, evitando que se afirme que “el sector salud funciona mal porque el sistema presenta deficiencias”, o en los países que ya han avanzado en la construcción de un sistema de salud integrado, que se afirme que “el sistema funciona mal porque los indicadores de salud aún no han mejorado”.

- La primera categoría del análisis sanitario es la **situación de salud de la población**. Esta constituye una dimensión de la calidad de vida y del desarrollo humano de los pueblos. La salud de la población puede ser medida a través de indicadores epidemiológicos. Cada indicador señala determinadas prioridades destacando ciertas situaciones y ocultando otras. Así, los indicadores epidemiológicos de primera generación como Tasa de Mortalidad Infantil y Esperanza de Vida al Nacer siempre señalan como prioridad el cuidado de la salud del segmento materno infantil. Por otro lado, recurriendo a indicadores de segunda generación como Tasas Específicas de Mortalidad, se detecta el nivel de avance de una población en su evolución epidemiológica. Sin embargo, algunas enfermedades como las patologías mentales nunca son reflejadas entre las causas de muerte. De modo que se puede afirmar que utilizando de forma exclusiva para el análisis epidemiológico las tasas de mortalidad se ve solo la punta del *ice-*

berg. Por este motivo, los indicadores complejos de carga de enfermedad combinan información de mortalidad con información de morbilidad.

- Las **políticas de salud**, segunda categoría del análisis sanitario, constituyen un capítulo de las políticas sociales y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud. Problemas que, insistimos, solo existen cuando se los reconoce, cuando se los nombra, cuando se la asume e incorpora en la agenda de cuestiones públicas que requieren de respuestas colectivas. Una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Una distinción importante es que en la agenda de políticas públicas no solo se considera que un problema de salud es aquello que condiciona o determina la situación de salud o situación epidemiológica de la población, sino también a todo factor involucrado con la producción y mantenimiento de la salud, en particular al sistema de salud.

- El **sistema de atención médica**, la tercera categoría del análisis sanitario, incluye al conjunto organizado de actores (individuales e institucionales) que brindan prestaciones médicas a la población. En algunos casos han conseguido mejores condiciones de estructura (medida en términos de recursos humanos, financieros, tecnológicos y físicos disponibles) que en otros. En algunos casos han logrado mayores niveles de racionalidad (minimizando la duplicación de esfuerzos). En algunos casos han conquistado una mayor rectoría y hay una autoridad sanitaria que, como un director de orquesta, coordina lo que hace cada servicio. Pero en todos los casos (países o niveles subnacionales) hay alguna respuesta médica organizada a los problemas de salud de la población.

La política sanitaria como parte de la política social

Las políticas de salud constituyen un capítulo de las políticas sociales. Hemos afirmado que una Política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Aunque a rigor de verdad no es solo el Estado el único habilitado para instaurar un tema en la agenda. Por ejemplo,

en la única enfermedad que se ha erradicado en el mundo, la viruela, intervinieron más el Rotary Club y la Organización Mundial de la Salud que los estados nacionales.

No obstante, el Estado es (o debería ser) el protagonista principal de las políticas públicas y definir políticas de salud implica decidir que rol desempeña el Estado en salud. Las políticas de salud son de desarrollo reciente. En la mayoría de los países no se detectan verdaderas políticas de salud antes de los años 50. Evidencia de ello se obtiene cuando se examina el peso del gasto en salud dentro de los presupuestos públicos.

Podemos identificar cuatro funciones básicas del Estado en Salud²:

• **Informar:** A consumidores, a productores de bienes y prestadores de servicios y a aseguradores o financiadores de salud. Se trata de proveer información para mejorar sus decisiones. Esto puede significar persuadir, pero no demanda la acción de nadie (no prohibir). Los gobiernos lo hacen al publicitar los riesgos para la salud de hábitos nocivos (como fumar, consumir alcohol, llevar una vida sedentaria o exponerse a riesgos ambientales), también cuando incluyen educación para la salud o higiene básica en las escuelas públicas, cuando advierten sobre efectos colaterales o sustancias tóxicas contenidas en algunos bienes medicinales, cuando informan al público las listas de espera que hay en los hospitales o los derechos de los asegurados, ó aún, cuando informan a los ciudadanos respecto a los resultados epidemiológicos que obtienen los diferentes sistemas de aseguramiento en salud. Estos son ejemplos de información dirigida a los consumidores, pero los gobiernos también informan a los proveedores de atención y de suministros de atención médica, y también a través de la investigación y difundiendo información sobre los patrones de enfermedad y los efectos y riesgos de los procedimientos médicos.

• **Regular.** Implica asumir que el mercado por sí solo no asigna bien los recursos para producir salud. De modo que a la mano invisible del mercado hace falta contraponer la mano visible del Estado corrigiendo sus fallas. Los gobiernos regulan: a) el ejercicio de las profesiones de salud definiendo qué condiciones y cuáles son las com-

petencias y requisitos para especialidad, b) la habilitación y categorización de los servicios, c) el registro y la circulación de los bienes como medicamentos e insumos y d) los requisitos de funcionamiento de los seguros. Las herramientas regulatorias son normas e incentivos que, en todos los casos, requieren de una efectiva fiscalización del funcionamiento del mercado.

• **Financiar.** Es abonar la prestación de servicios, sin importar si son brindados en instalaciones propias o contratadas, sean públicas o privadas. La financiación involucra tanto, el pago de prestaciones en seguro concreto con clientes y beneficios determinados como el sustento de la oferta de servicios para toda la población, a través del presupuesto público.

• **Proveer.** Es suministrar servicios, usando instalaciones de propiedad pública y personal asalariado de la administración pública. Esto es lo que sucede con los Ministerios de Salud en la mayor parte de los países pobres; al igual que varios organismos públicos en muchos países con diversos niveles de ingreso. Una vez que una sociedad ha decidido financiar los servicios de salud con fondos públicos, se presenta la disyuntiva de sí proveerlos a través de las instalaciones públicas o pagar a productores privados para que los suministren. El modo adecuado de considerar esta alternativa es como la decisión entre "hacer o comprar". Los problemas para el gobierno son los mismos que para una empresa privada, y giran sobre los costos --¿es más económico producir algo que comprarlo a un proveedor externo?-- y sobre los riesgos y dificultades de hacer cumplir los contratos y evitar el fraude en el trato con dichos proveedores.

Durante las primeras fases del desarrollo de las políticas sanitarias los gobiernos se preocupaban más por la información y regulación. Era el apogeo de lo que se ha denominado el modelo higienista. Luego, la tecnología médica fortaleció las respuestas asistenciales y se impuso un modelo curativo. Pero este ingresa en una crisis porque la extensión del sistema de servicios de salud, resulta cada vez más costosa y presenta rendimientos decrecientes dando lugar a una nueva fase del desarrollo de las políticas de salud que se ha denominado modelo reformista³.

Con la vigencia de este paradigma reformista donde la redefinición de las funciones del Estado y los procesos de descentralización se hacen imperativos, aparece una nueva prioridad: definir el rumbo hacia donde deben avanzar los sistemas de salud. Aparece, entonces, la noción de rectoría que involucra una revisión de la función de regulación y requiere de mucha mayor responsabilidad por parte de los gobiernos centrales. Deriva de la creciente tendencia a la separación de las funciones de financiación y prestación de servicios, la mayor autonomía de los servicios públicos, el desarrollo de los seguros competitivos, así como de seguros públicos para cubrir a la población carenciada y de la aparición de nuevas amenazas como las epidemias propagadas con objetivos terroristas. Estos cambios exigen, entre otras cosas, una mayor capacidad de conducir, regular y llevar a cabo las funciones esenciales de salud pública correspondientes a la autoridad sanitaria¹.

Enfoque de determinantes

La salud de la población depende de muchos factores más que del desarrollo de los servicios de salud. Este es uno de los grandes aportes del enfoque de determinantes sociales de la salud. Su embrión se puede encontrar en un antiguo informe encargado por el gobierno canadiense y comandado por el profesor Marc Lalonde (en 1974) titulado "Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses", que identifica cuatro determinantes generales que influyen en la salud⁴: a) biología humana, b) ambiente, c) formas de vida y d) la organización del cuidado de la salud.

¹ La OMS definió once funciones esenciales del Estado en la salud: Monitoreo y análisis de la situación de salud; 1. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos; 2. Promoción de la salud; 3. Participación social y empoderamiento de los ciudadanos; 4. Desarrollo de políticas, de planificación y de capacidad de gestión; 5. Reglamentación e implementación de la salud pública; 6) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud; 7) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; 8) Asegurar la calidad de los servicios de salud a individuos y a la población; 9) Investigación y desarrollo de innovaciones en salud pública; 10) Reducción del impacto de las emergencias y los desastres en salud.

El abordaje de determinantes constituyó un punto de inflexión en la concepción de las políticas de salud y el rol del Estado y fijó la piedra angular sobre la cual se construyeron luego iniciativas como las de políticas saludables y de Municipios Saludables.

Pero abordar los determinantes de salud requiere necesariamente de un enfoque multisectorial². La respuesta adecuada a gran parte de los problemas de salud de la población requerirá de esfuerzos conjuntos que además de los actores y autoridades de salud involucren, de forma progresiva, a otros actores y autoridades representativos de los demás sectores políticos, económicos, sociales y culturales. Promover la inclusión social y, en un sentido más amplio, concretar la cohesión social; requiere garantizar respuestas que abarcan mucho más que el acceso a los servicios y cuidados de salud.

Le llevó a la Organización Mundial de la Salud treinta años el absorber e institucionalizar este abordaje. Recién en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2004, el director general de la OMS, Lee Jong-Wook, pidió que se estableciera la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con el propósito generar recomendaciones basadas en la evidencia disponible de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias.

Políticas saludables

A partir de la última década del siglo XX se impone un paradigma de políticas de salud que orienta los esfuerzos hacia la reforma del sistema mientras que la situación de salud de la población pasa a ocupar un segundo lugar. La prioridad de las políticas de salud pasaron a ser los sistemas y servicios con sus ineficiencias mucho más que la promoción, prevención y combate a las enfermedades prevalentes. La consecuencia epidemiológica

² Así lo proclamaron 60 ministros de Salud, Ciencia y Tecnología, Educación y Agricultura en la Declaración formada en Bamako (Mali) en 2008. Cf. "The Bamako Call to action: Research for health". *The Lancet*, Volume 372, Issue 9653, Page 1855, 29 November 2008

ca de esta prioridad fue que, durante los últimos años, enfermedades que deberían haberse erradicado aumentaron, enfermedades ya erradicadas resurgieron y a ello se sumaron nuevas enfermedades emergentes.

Sin embargo, la reacción comenzó. El paradigma que hoy conocemos como “políticas saludables” alcanza envergadura a partir del informe del Dr Jake Epp también en Canadá (1986). Ha comenzado la revisión crítica del discurso reformista y, a la vez, recuperan protagonismo las políticas activas de salud. Volvemos a la mar, luego de dos décadas en las que nos pasamos más tiempo “tratando de arreglar el barco que navegando”. Es hora de recuperar las políticas saludables asumiendo objetivos sanitarios y luego encauzando el financiamiento junto a todos los esfuerzos para alcanzarlos. Esto significa comenzar a ver a las personas antes que a los sistemas, a los ciudadanos antes que a las burocracias y los aparatos de poder.

La revitalización de políticas saludables involucra su vinculación con nuevas tecnologías blandas como la gestión por resultados. Las políticas de salud en promoción y prevención sólo pueden ser consideradas políticas activas, dentro de este nuevo paradigma, en tanto sean evaluadas, se acrediten sus efectores y se monitoreen los resultados alcanzados. Por ejemplo, aumentar la compra y distribución de profilácticos y anticonceptivos no es suficiente para incorporar políticas saludables o políticas de prevención activas en salud sexual y reproductiva. Para que así sea, haría falta medir el impacto logrado con la estrategia de intervención propuesta, identificar las lecciones aprendidas, así como detectar dónde y por qué funcionó mejor. Lo mismo ocurre con el tabaquismo o el combate al sedentarismo. La propuesta de las políticas saludables no se restringe a difundir *spots* publicitarios, requiere una evaluación permanente y progresiva de desempeño y asignar los recursos en función de ello.

Avanzar hacia políticas saludables requiere posicionar la promoción de la salud en un lugar destacado dentro de su agenda política. Siguiendo las modalidades de implementación que se identificaron en la Carta de Ottawa para la promoción de la Salud en el año 1986, se han recomendado 5 áreas de acción: a) La implementación de políticas públicas saludables,

b) Creación de entornos saludables: ambientales físicos, sociales, económicos, políticos y culturales, c) Fortalecimiento de la acción comunitaria, d) Desarrollo de conductas y estilos de vida saludables y e) Reorientación de servicios sanitarios. En el cuadro 1 las mismas son analizadas descomponiéndolas en 22 dimensiones donde la promoción de la salud puede intervenir. Cabe recordar que este enfoque se centra en la promoción de la salud no en la prevención ni el tratamiento de la enfermedad.

Cuadro 1. Áreas de intervención y dimensiones de intervención de la Promoción de la salud

| Objetivo | Área de intervención | Dimensión de promoción |
|---|---|--|
| a) La implementación de políticas públicas saludables | Determinantes de la salud | 1. Vivienda |
| | | 2. Transporte |
| | | 3. Empleo |
| | | 4. Desarrollo urbano |
| | | 5. Desarrollo productivo |
| | Enfermedades sociales emergentes | 6. Accidentes laborales, domésticos y viales |
| | | 7. Violencia urbana y familiar |
| | | 8. Salud mental y adicciones |
| b) Creación de entornos saludables: ambientales físicos, sociales, económicos, políticos y culturales | Salud ambiental | 9. Control de vectores |
| | | 10. Gestión de basura |
| | | 11. Agua y saneamiento |
| | | 12. Calidad ambiental |
| c) Fortalecimiento de la acción comunitaria | Construcción de Derechos y Deberes en salud | 13. Espacios institucionales de participación (Consejos, comisiones, conferencias) |
| | | 14. Oportunidades de involucramiento e información a y de la comunidad |
| | | 15. Trabajo voluntario |
| d) Desarrollo de conductas y estilos de vida saludables | Estilos de vida | 16. Alimentación |
| | | 17. Deporte y ejercicio físico |
| | | 18. Sexualidad responsable |
| | | 19. Cultura y recreación |
| e) Reorientación de servicios sanitarios | Mejoramiento de programas y servicios | 20. Rondas sanitarias |
| | | 21. Programación local participativa de acciones y servicios de salud |
| | | 22. Actividades extramuros de educación e información |

Fuente: Elaboración de Federico Tobar para la materia Teoría de la Salud Pública. Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud. Universidad de Buenos Aires y Fundación Sanatorio Guemes. 2012.

Programas verticales versus abordajes horizontales

Programas verticales es la designación que refiere a la provisión de cuidados de salud a través de programas mayormente independientes. Estos programas son diseñados para atacar una enfermedad o condición particular con claros objetivos, dentro de un marco temporal acotado, haciendo uso de tecnologías específicas.

Las aproximaciones horizontales, también denominadas integrales, constituyen una modalidad de provisión de intervenciones de salud a través de la infraestructura regular de los servicios de salud. El ejemplo más importante de aproximación horizontal es la Atención Primaria de la Salud (APS), concepto consolidado luego de la declaración de Alma-Ata en 1978, que enfatiza la importancia de servicios integrados (especialmente, los curativos y preventivos). Estas aproximaciones consideran las mejoras en la salud como parte de procesos de largo plazo en una perspectiva de desarrollo que involucra la participación de otros sectores como educación, agua y saneamiento.

En los últimos años y revitalizando el abordaje horizontal, viene adquiriendo peso la noción de gestión territorial que propone el despliegue de respuestas múltiples y combinadas en una determinada localidad o territorio. La gestión territorial en salud requiere satisfacer cuatro condiciones básicas. En primer lugar, promover un abordaje poblacional. En segundo lugar, privilegiar un abordaje horizontal y descentralizado. En tercer lugar, avanzar hacia un abordaje integral. En cuarto lugar, promover la regulación de la oferta⁵.

2. Construcción de políticas

Hasta la década del noventa se empleaba un abordaje para análisis de las políticas públicas que proponía un ciclo de desarrollo de las políticas públicas en el que se distinguían tres fases o momentos principales: formulación, implementación (o ejecución) y evaluación. Los gobiernos siempre fueron más proclives a esforzarse en la primera fase y más renuentes en llegar a la tercera. Pero los organismos internacionales como las agencias de las Naciones Unidas y los organismos de crédito para el desarrollo (Banco Mundial y Bando

Interamericano de Desarrollo) han buscado concentrarse en la evaluación. Esto, con frecuencia, condujo a situaciones controvertidas cuando en la instancia de evaluación se concluía que las políticas detentaban errores atribuibles a las fases de formulación o de ejecución.

Buscando superar esa disección analítica y promover un abordaje integrado, se tiende hoy a considerar las políticas públicas como una construcción. El supuesto por tras del cambio de enfoques es que la “hechura” de las políticas (o *policymaking*, en su versión inglesa) involucra tanto aspectos técnicos como de construcción de consensos. Desde esta perspectiva resultó muy valioso el aporte conceptual de Mark Moore al proponer un triángulo estratégico para considerar la generación de valor público⁶. En el vértice superior la preocupación central en la toma de decisiones e concentra en la generación de valor en el sentido de un aporte para la sociedad. En un segundo vértice –al que denomina legitimidad y apoyo- las decisiones se preocupan con el origen y sustento de la iniciativa (u organización), porque no es suficiente que un líder juzgue que sus intervenciones son valiosas, debe persuadir a quienes lo pusieron en esa posición de que está haciendo algo valioso y que vale la pena que se le mantenga en aquella posición para continuar avanzando en la construcción de respuestas valiosas. En un tercer vértice –al que denomina capacidad operativa- la atención se orienta a las competencias técnicas y administrativas necesarias para consolidar respuestas valiosas.

Se enunciarán a continuación algunos principios de utilidad en el *policymaking*. Formular una política de salud involucra seguir un conjunto de pasos, una secuencia lógica que debe ser consistente. En el cuadro 2 se presentan las principales cuestiones clave a ser consideradas en ese proceso.

Cuadro 2. Componentes clave para la formulación de una política

| Objetivos | Cuestiones clave a ser respondidas en la formulación |
|--|---|
| Definir prioridades | ¿Cuál es el problema de salud a resolver? ¿Qué es lo más relevante en referencia a ese problema importa? ¿Hacia donde queremos llegar? ¿Que queremos cambiar? |
| Asignar de recursos (humanos, tecnológicos, financieros, etc..) | ¿Con qué cuento? ¿Qué tengo? ¿Quién me ayuda?, |
| Seleccionar actividades o tareas a ser desplegadas en el tiempo y el espacio | ¿Qué hago? ¿Cómo lo hago? ¿Cuándo lo hago? ¿Dónde lo hago? |
| Operativizar objetivos | ¿Cuáles son las metas en términos físicos, temporales y de empleo de recursos? ¿Se corresponden con las prioridades definidas? |
| Identificar responsables | ¿Quién debe responder por cada metas? ¿Por cada actividad? ¿Por el uso de cada recurso? |
| Establecer modelos de organización de las tareas o actividades, | ¿Cómo divido el trabajo? ¿Cómo se que lo estoy haciendo bien? ¿Cómo sé qué hacer en cada lugar y en cada momento? etc... |
| Proponer un modelo de evaluación y seguimiento | ¿Cómo sabemos que estamos haciendo lo que se propuso? ¿Cómo sabemos que lo que se propuso o priorizó era lo adecuado? |

Fuente: Elaboración del autor

Voluntad política

Construir políticas públicas involucra asumir prioridades. Establecer decisiones que resultan más relevantes que otras. No hay políticas sin prioridades y la categoría de "agenda pública" se refiere al espacio en el que esas prioridades políticas son plasmadas. Pero el lugar prioritario de una iniciativa se puede observar y verificar de diferentes maneras. En algunos casos, la agenda de políticas puede tener una expresión escrita (plan o documento de políticas). También puede ser expresada en el discurso de las autoridades locales. Pero más tangible y concreto es que el lugar prioritario proclamado para la promoción de la salud

se manifieste en los presupuestos locales, en las estructuras orgánicas de las jurisdicciones, en su dotación de personal.

Una verdadera política de salud involucra establecer alianzas y pactos que promueve un cambio viable y sostenible hacia condiciones de vida saludables. Aunque el fin es la salud, el camino es la política. La iniciativa no se restringe a la salud, ni mucho menos a sus aspectos más estrictamente técnicos. Instaura una lógica de transformación que además de sanitaria y ambiental es social, política e incluso productiva. Para ello, el primer requisito es concretar la voluntad política de los tomadores de decisión y abrir espacios y dinámicas que permitan construir la viabilidad de la iniciativa sumando adhesiones.

La voluntad política se puede definir como la sensibilidad de las autoridades a la propuesta de intervención - su predisposición a escucharla, a diseminarla e impulsarla. Es la más importante precondition de la iniciativa, la semilla indispensable para que la promoción se constituya en prioridad local. En otras palabras, no alcanza con tener buenas ideas si esas ideas no llegan a movilizar recursos.

Viabilidad política

Pero la voluntad política constituye solo un punto de apoyo. Hace falta avanzar luego en la construcción de la viabilidad de la estrategia. Una iniciativa es viable cuando sus objetivos (o propósitos) registran coincidencias y sincronías con los objetivos y motivaciones de los principales actores relevantes dentro de la comunidad local. Esto se logra por adhesión a las ideas, valores y principios, por intereses materiales y, en algunos casos, hasta por presión de las bases o de los aliados.

Sostenibilidad política

Pero, la construcción política de la transformación local no concluye allí. Una vez establecidas las alianzas necesarias para impulsar la iniciativa y, por lo tanto, conquistada su viabilidad, es necesario garantizar su sostenibilidad. La iniciativa es sustentable cuando el costo político de discontinuarla resulta demasiado alto para las autoridades locales. Un error reiterado durante las décadas pasadas consistió en considerar la sostenibilidad como una dimensión de la financiación de las políticas. Las iniciativas sociales no resultan soste-

nibles por contar con fuentes estables de financiamiento sino por haber construido ciudadanía. Promoviendo cambios en las percepciones de la población y promoviendo derechos que de no concretarse se transforman en reclamos políticos y sociales. De la misma manera, una iniciativa no se convierte en política de Estado solo por la voluntad de la autoridad instituida, sino porque es la sociedad quien la reclama⁷.

bición de los objetivos y metas, la duración de las acciones. Estos niveles son los siguientes:

- a) Proyectos y actividades
- b) Programas
- c) Planes

Los tres tienen aspectos comunes y particularidades.

Cuadro 3. Niveles de la programación de políticas

| Nivel | Duración | Metas | Se compone de | Jurisdicción |
|-----------------|---------------------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Proyecto | Corto plazo Hasta un año | De poca envergadura | Actividades o tareas | Sectorial |
| Programa | Mediano plazo Un año o más | Ambiciosas | Proyectos y actividades | Sectoriales o intersectoriales |
| Plan | Largo plazo Más de tres años | De mucha envergadura | Programas | Sectoriales o intersectoriales |

Fuente: Elaboración del autor.

Por otro lado, construir la sostenibilidad no involucra solo garantizar la continuidad temporal o los recursos financieros, es, antes que nada consolidar derechos. Es requisito para ello superar el enfoque de la iniciativa centrado en proyectos para trascender hacia verdaderas políticas públicas...

“Para que este pasaje de proyecto y/o programa a política pública se opere es preciso que se genere una nueva conceptualización de los problemas que le son asociados. Si los problemas sobre la promoción de la salud y el desarrollo productivo son considerados problemas de los individuos y no de las comunidades (como promueven las políticas focalizadas), difícilmente pueda emerger una política pública que apunte a la construcción de ciudadanía. En todo caso, se generarán políticas focales de impacto poblacional reducido o se dejará librado al mercado la solución de los problemas de los individuos”⁸

Niveles de programación de la política

Existen diferencias entre las políticas que se pueden situar en el nivel de organización: la am-

Aspectos comunes:

- ✓ Se basan en la definición de un problema.
- ✓ Requieren de una hipótesis o tecnología apropiada para avanzar en la resolución del problema.
- ✓ Se basan en la determinación de metas (objetivación del problema).

Proyectos

Son esfuerzos sistemáticos para resolver problemas cuyo nivel de complejidad es relativamente bajo. Se resuelve en el corto plazo. Proyectar es desplegar los recursos disponibles en el tiempo, el espacio. El despliegue es anterior a la acción. Proyectar implica pensar antes de hacer. Cuantas más alternativas se contempla y más respuestas a las contingencias se prevén más sólido (es decir menos vulnerable) es el proyecto.

Los proyectos se componen de acciones (también llamadas actividades). El primer paso consiste en identificar las acciones básicas. Proyectar es articular esas acciones básicas. Es decir, un proyecto es una secuencia articulada de acciones para alcanzar un objetivo de baja complejidad en corto plazo.

Programas

Cuando para resolver un problema político hace falta desplegar acciones que responden a lógicas diferentes se recurre a programas. Se trata de esfuerzos sectoriales o intersectoriales que despliegan una gran variedad de recursos en el mediano plazo (siempre más de un año).

Planes

Es la expresión máxima de la planificación. Un plan articula múltiples programas, recursos y actores en el largo plazo para alcanzar objetivos muy complejos.

Proyecto versus política pública

La idea de proyecto presenta cierta afinidad electiva con la noción de “experiencia piloto”. Es algo puntual que se da en un tiempo y lugar determinados. No es un logro consolidado y garantizado para todos. Proyecto es, por definición, un conjunto de acciones que tienen un principio y un final. Si tiene un final previsto de antemano, entonces no tendrá continuidad, no se consolidará como un derecho adquirido por la población ni como una reforma definitiva del sistema de protección.

El excesivo énfasis en los proyectos está asociado a la energía que durante los últimos veinte años hemos puesto en intentar captar recursos de la cooperación internacional. En algunos casos esto trajo aparejado una mayor capacidad de programación, es decir, de gestión programática. Sin embargo, en otros casos desplazó las prioridades. El objetivo no debe ser disponer de financiamiento, debe ser consolidar derechos sociales y proteger a nuestra población.

La idea de proyecto también está vinculada a una percepción compensatoria de las políticas sociales. Desde aquel punto de vista no sólo era coherente sino indispensable que las acciones sociales tuvieran un final. Quien brinda esa protección ocasional es un Estado mínimo (con “e” minúscula) que sólo debía intervenir en protección social en circunstancias particulares, donde se operó un ajuste económico y fiscal que aumentó la vulnerabilidad de las familias.

Por último, la noción de proyecto favorece una visión fragmentada de las políticas sociales. Cada proyecto responde a una lógica propia y es consistente en sí mismo, persigue objetivos determinados que pueden no estar articulados y hasta con-

tradecirse con otros. No faltan ejemplos en nuestros países de esfuerzos repetidos y hasta contradictorios, aún dentro de una misma jurisdicción. Además, la multiplicidad de proyectos genera fragmentación y competencia en la base social.

Esto dificulta la construcción de coaliciones que den sostenibilidad a las Políticas (con “P” mayúscula). Superar el estigma proyectista implica acciones estables que consolidan logros y que se articulan con otros esfuerzos. Eso es construir políticas públicas, sólidas y estables.

3. Conclusiones

Desde el abordaje aquí planteado reconocemos un conjunto de requisitos que deben ser cumplidos para poder contar con una verdadera política. Los mismos pueden ser enunciados a través de estos diez mandamientos de las políticas públicas:

1. **Construir políticas es transformar la realidad.** Sin una idea de transformación no hay política. Las políticas –al menos desde la concepción con que operamos aquí– están al servicio del cambio. Es por ello que el primer requisito es la voluntad de transformación.
2. **Construir políticas es establecer prioridades.** Si no hay prioridades claras no hay política. Si todos es prioritario no hay prioridad.
3. **Construir políticas requiere evaluar evidencias.** Ningún político es Adán. Siempre hubo políticas antes y siempre habrá políticas después de nuestros esfuerzos. Por lo tanto, es sensato que intentemos aprender de quienes nos antecedieron. Esto involucra no solo buscar antecedentes nacionales sino también internacionales de las políticas públicas.
4. **La política pública siempre se hace explícita.** No se trata de interpretar discursos y deducir ideas. Porque las ideas que dan sustento a las políticas públicas tienen que ser clara precisas y comunicadas. Es por eso que se busca articularlas y sistematizarlas en un plan que asume la forma de un documento.

5. **Establecer prioridades requiere definir metas a ser alcanzadas.** Para que la prioridad no quede como una mera expresión de deseo hace falta cuantificarla, transformarla en operativa. Esto es definir cuanto y cuando se va a hacer.
 6. **Sin recursos no hay política pública.** Una política que no figura en el presupuesto es simplemente una expresión de deseo o un discurso. Es verdad que se puede transformar la realidad sin plata pero difícilmente se logre hacerlo sin gente dedicada a ello.
 7. **Formular políticas es organizar acciones.** Definir actividades, criterios de trabajo, modelos y herramientas de evaluación, etc... Sin organización no hay política.
 8. **Construir políticas involucra asumir responsabilidades.** Cada acción, cada meta tiene un responsable. Los objetivos de política pública no se logran por el funcionamiento de una cadena de montaje impersonal, sino porque alguien se pone a la cabeza y se compromete con su logro. Para que las políticas públicas se cumplan en tiempo y forma es imprescindible poder identificar quién es el responsable en cada instancia.
 9. **Para alcanzar resultados hace falta disponer de hipótesis de intervención.** Con tener objetivos y recursos no alcanza, también hay que tener ideas sobre cómo cambiar las cosas.
 10. **Construir políticas Públicas implica evaluar resultados.** Solo se puede afirmar que hay políticas públicas comprometidas con la salud de la población cuando las acciones (proyectos, programas y planes) son evaluadas. De lo contrario, no hay políticas públicas sino discurso político.
2. ¿A quién se dirige la política? (Destinatarios)
 3. ¿Cuál es la Hipótesis o Tecnología disponibles que puede permitir una solución al problema de la política?
 4. ¿Cuáles son las metas planteadas o a plantearse?
 5. ¿Cuáles son los actores involucrados en el problema y en la política?
 6. ¿Cuáles son los recursos disponibles? (análisis presupuestario y del financiamiento?)
 7. ¿Cuáles valores han sido privilegiados en la concepción y enunciación de la política?
 8. ¿De donde surge la política? ¿Ha sido ofrecida por las autoridades? ¿ha sido demandada por grupos poblacionales? (Origen)
 9. ¿Qué área de salud involucra la política?(dentro de la clasificación establecida por la OMS)
 10. ¿Cuál es el criterio de éxito de la política? (Evaluación)

Por último, a nivel del policymaking se pueden formular los siguientes pasos o instancias para ser tenidos en cuenta tanto en el momento de formular como de analizar una política de salud:

1. ¿Cuál es el Problema de salud al cual se busca dar respuesta?

Referencias

- ¹ Tobar, Federico (2000). "Herramientas para el análisis del sector salud". *Medicina y Sociedad*. volumen 23 número 2. Septiembre. Páginas 124
- ² Musgrove, Philips (2001). "La protección en salud en América Latina: ¿Qué debería hacer el Estado?". En: CIPPEC- Grupo Columbus. *Hacia un nuevo Estado en América Latina*. Buenos Aires. Grupo Columbus. Páginas: 161-200.
- ³ Para mayor detalle de los modelos de políticas de salud ver: Tobar, F. (2012). "Nuevos Paradigmas Sanitarios". En: Vassallo, Carlos y Tobar, Federico (2012). *Perspectivas de los sistemas de salud en América latina*. San Luis. Nueva Editorial Universitaria. Universidad Nacional de San Luis. Páginas 27 a 67.
- ⁴ Lalonde Marc (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada. Disponible *on line* en: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf
- ⁵ Tobar, Federico (2010). "Gestión territorial en salud" En: Chiara, Magdalena & Moro, Javier (Compiladores). *Pensando la agenda de la política sanitaria en la Región Metropolitana de Buenos Aires: Capacidades, problemas y desafíos*. Universidad Nacional de General Sarmiento. Instituto del Conurbano. 2010. Páginas 4 a 20.
- ⁶ Moore, Mark (1995). "Creating public value: strategic management in Government". *Nonprofit and Volunteer Sector Quarterly*, Cambridge, MA: Harvard University Press, V.28, nro 1. P.183-204. 1995 supplement 2000.
- ⁷ Tobar, Federico (2002). "Cómo construir una política de Estado en Salud". *Médicos Medicina Global* año IV No XXIII. Páginas 34-39.
- ⁸ Papadópulos, Jorge y Dornell, Susana (2006). *Hacia una Política Pública de Promoción de la Salud basada en Comunidades productivas y Saludables*. Ministerio de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud. Montevideo. Páginas 18-19.