

Sistemas de Salud en Suramérica

desafíos para
la universalidad,
la integralidad y la equidad

**Sistemas
de Salud
en Suramérica:**
desafíos para
la universalidad,
la integralidad y la equidad

INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD

Director Ejecutivo

José Gomes Temporão

Coordinador Técnico

Henri Jouval

MINISTROS DE SALUD DE SURAMÉRICA EN MAYO DE 2012

Juan Luis Manzur - Argentina

Juan Carlos Calvimontes - Bolivia

Alexandre Padilha - Brasil

Jaime Mañalich - Chile

Beatriz Londoño - Colombia

Carina Vance - Ecuador

Bheri Ramsaran - Guyana

Esperanza Martínez - Paraguay

Carlos Alberto Tejada - Perú

Jorge Venegas - Uruguay

Michel Blokland - Suriname

Eugenia Sader - Venezuela

CONSEJO EDITORIAL DEL ISAGS

Ernesto Báscolo

Juan Eduardo Guerrero

Juan Garay

Laura Nervi

Lígia Giovanella

Luis Beingolea

Paulo Buss

Sistemas de Salud en Suramérica:

**desafíos para
la universalidad,
la integralidad y la equidad**

Mayo de 2012

Copyright @ 2012 ISAGS

Organizado por:

Ligia Giovanella

Oscar Feo

Mariana Faria

Sebastián Tobar

Traducción y revisión de textos: *Jorge Davidson*

Tapa y proyecto gráfico: *Carlota Rios*

Edición e imágenes: *Carlota Rios y Robson Lima*

Fotos: *Radilson Carlos Gomes*

Apoyo: Amaro Grassi, Flávia Bueno, Laura Santana,
Luana Bermudez, Mariana Theophilo

Catalogación en la fuente

614

S622 Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la
2012 universalidad la integralidad y la equidad / Instituto
Suramericano de Gobierno en Salud; Ligia Giovanella,
Oscar Feo, Mariana Faria, Sebastián Tobar (orgs.).

Rio de Janeiro: ISAGS, 2012

852 p.

ISBN 978-85-87743-20-6

1. Salud publica. 2. Sistemas de salud. I. Instituto
Suramericano de Gobierno en Salud. II. Giovanella,
Ligia (org.). III. Feo, Oscar (org.). IV. Faria, Mariana (org.).
V. Tobar, Sebastián (org.).

Apoyo: Fundação para o Desenvolvimento Científico e
Tecnológico em Saude (Fiotec), Fundação Oswaldo Cruz
(Fiocruz), Ministerio da Saúde Brasil

Contactos del Isags

Av. Nilo Peçanha, 38 – 5º andar – Centro

20020-100 – Rio de Janeiro – RJ

Tels: +5521 2215-1858

Fax: +5521 2215-6347

e-mail: isags@isags-unasur.org

www.isags-unasur.org

Índice

Prólogo	7
Presentación	9
Introducción: Sistemas universales de salud en el mundo en transformación	13
I. Sistemas de Salud en América del Sur	21
II. Sistema de Salud en Argentina	71
III. Sistema de Salud en Bolivia	165
IV. Sistema de Salud en Brasil	229
V. Sistema de Salud en Chile	297
VI. Sistema de Salud en Colombia	349
VII. Sistema de Salud en Ecuador	441
VIII. Sistema de Salud en Guyana	515
IX. Sistema de Salud en Paraguay	553
X. Sistema de Salud en Perú	601
XI. Sistema de Salud en Suriname	683
XII. Sistema de Salud en Uruguay	727
XIII. Sistema de Salud en Venezuela	777
XIV. La cooperación internacional en la construcción de sistemas universales de salud en el ámbito de la UNASUR: fortalezas y debilidades	829
Guía ISAGS para orientar el análisis crítico de los sistemas de salud en Suramérica	845
Participantes en el taller inaugural del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud	851
Participantes en la Reunión del Consejo Directivo por ocasión de la inauguración del ISAGS	852
Coordinadores Nacionales del Consejo de Salud Suramericano	852



Prólogo

En abril de 2009, en Santiago de Chile, implementando un mandato de la reunión de Jefes de Estado de la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur), los Ministros de Salud de los doce países integrantes de la recién creada organización se reunieron por primera vez como Consejo de Salud de Unasur.

En esa memorable reunión se sentaron las bases de lo que se constituiría, al año siguiente, en Cuenca, en el Plan Quinquenal 2010-2015 de Unasur Salud. En esa misma reunión de Santiago, Brasil lanzó por primera vez la idea de la necesidad de crear un instituto –para abrigar actividades de formación, pero también de investigación y cooperación técnica– que ayudase a cada país y a la Unión de países como un todo en la calificación de la gobernanza sectorial en salud.

La salud es una de las principales políticas sociales de cualquier gobierno y la legitimidad de los gobiernos pasa siempre por un buen desempeño en el sector social, particularmente en la salud. Un buen gobierno en salud contribuye para ampliar la gobernabilidad de las jóvenes democracias que vienen implementándose en América del Sur. Por lo tanto, era fundamental que el Consejo de Salud de Unasur pudiese servir de apoyo a todos y cada uno de los gobiernos de los países miembros en la difusión e intercambio de experiencias exitosas de gobernanza en salud.

Para alcanzar plenamente tales objetivos generales, fue fundamental la creación del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags). Como instituto de gobierno en salud para América del Sur, era importante que tuviese como objetivo la formación de liderazgos, así como también que realizase la gestión del conocimiento existente, produciendo nuevos saberes cuando fuera necesario, y lo pusiera a disposición de los dirigentes de la salud de América del Sur, además de proporcionar apoyo técnico a los sistemas de salud.

En este sentido, una de las primeras iniciativas fue el estudio y el subsiguiente taller sobre gobernanza de los sistemas de salud en los países de Unasur, que resultó en este libro que ahora el lector tiene en sus manos.

En una época en que el multilateralismo está desafiado a probar su utilidad, como denotan las críticas al Sistema de las Naciones Unidas, que hace poco completó 60 años, surge la Unasur para reafirmar la importancia de organizaciones de esa naturaleza. En el mundo de hoy, ganan relieve las tendencias a la multipolaridad, se vacía la centralidad de poder de las hegemonías y adquieren importancia histórica los regionalismos.

Así, una nueva coyuntura política y económica viene formándose en los últimos años, con la creación de la Unasur, de la Alternativa Bolivariana para las Américas (Alba) y, más recientemente, de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (Celac), que reúne la Unasur, la Comunidad del Caribe (Caricom) y el Sistema de la Integración Centroamericana (Sica). Desarrollo, reducción de las asimetrías, combate a la pobreza, comercio en monedas locales, alternativa monetaria al dólar, integración física y energética y soberanía (alimentar y nutricional, de infraestructura, energética, productiva, científica, cultural, militar y, también, en salud) se convirtieron en ideas-fuerza del nuevo paradigma en ascenso.

Otras ideas-fuerza esenciales son la acción internacional conjunta y la buena gobernanza. Los Ministros de Salud de Unasur vienen actuando en los foros internacionales como bloque, como en las instancias de la OMS y de la OPS, y presentando posicionamientos comunes en eventos como la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles, en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, ambas en 2011, y en la Conferencia Rio + 20, en 2012.

Por otro lado, el Isags ha apoyado la realización de talleres sobre gobernanza, como el que originó este libro, y, más recientemente, Talleres sobre Gobernanza de Vigilancia en Salud, de Salud y Ambiente en el Desarrollo Sostenible y de Salud Global y Diplomacia de la Salud.

Estas breves muestras sobre el origen y desarrollo de Unasur Salud y del Isags aseguran el dinamismo con que avanzan las iniciativas. Las demandas construidas a partir del taller sobre Sistemas de Salud plantean nuevos desafíos para su calificación, que deberán ser respondidos por el Consejo de Ministros y el Isags. Todo esto debe hacerse de modo tal que se garantice la mejora permanente de la gobernanza de los sectores sociales y de la salud, en particular, como expresión de la renovada democracia de la región.

Rio de Janeiro, mayo de 2012

Paulo M. Buss

Director del Centro de Relaciones Internacionales de FIOCRUZ



Presentación

Este libro revela un amplio panorama de los sistemas de salud de los doce países que conforman el Consejo Suramericano de Salud de Unasur. Presenta los resultados del Taller inaugural del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags), **“Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad”**, realizado en Rio de Janeiro del 26 al 29 de julio de 2011.

Se origina en una propuesta del Grupo Técnico sobre Sistemas Universales de Salud del Consejo Unasur Salud que planteó la necesidad de abrir un espacio de intercambio sobre las características de los sistemas de salud de la región, que al mismo tiempo sirviera para unificar criterios y plantear desafíos hacia la universalidad, considerada por nuestros países como una meta primordial para la garantía del derecho a la salud. El Isags asumió la responsabilidad de organizar ese taller y se decidió hacerlo como su primera actividad, los días siguientes a su inauguración, el 25 de julio de 2011.

El taller tuvo como objetivo central propiciar el intercambio de conocimientos, una reflexión sistemática y un análisis crítico de los sistemas de salud de Suramérica a la luz de los desafíos de la universalidad, integralidad y equidad, identificando fortalezas y debilidades que facilitarán el proceso de definir líneas de cooperación y trabajo conjunto.

La preparación del taller partió de la elaboración de una guía metodológica, constituida por once dimensiones, para facilitar y uniformizar la información a ser suministrada por cada país. Dicha guía, elaborada por un grupo de expertos, fue discutida y validada en sesiones virtuales con amplia y valiosa participación de todos los países. Posteriormente se envió la guía a cada país para la recolección de la información y la preparación de la presentación que se realizaría en el taller y se proporcionó asesoramiento a los países para completarla. En el taller, cada país realizó una presentación de su sistema de salud y, con el objetivo de

sistematizar la información intercambiada por los países y proporcionar amplio acceso a esa información, se resolvió que cada país prepararía un documento explicativo, más amplio, siguiendo las dimensiones de la guía, para publicación. Esos documentos constituyen el componente central de esta publicación, que está compuesta por 14 capítulos y una introducción, resultante de la conferencia de apertura del taller, que destaca los desafíos para los sistemas de salud universales en el mundo contemporáneo.

En el primer capítulo se realiza un análisis transversal de los sistemas de salud en los países de América del Sur y de los desafíos para la construcción de sistemas universales de salud en nuestra región. Está organizado en dos secciones. En la primera se sintetizan, analizan y confrontan características relevantes de los sistemas de salud a partir de dimensiones seleccionadas de la Guía facilitadora, tales como el lugar de la salud en la Constitución Nacional, la estructura de los sistemas de salud, la protección social, el financiamiento y coberturas en salud de los países suramericanos. En la segunda sección se examinan los desafíos para la universalidad, integralidad y equidad, incluyendo la acción sobre los determinantes sociales de la salud. En este análisis se rescatan las fortalezas comunes a todos los países y se identifican elementos que necesitan reforzarse en la región para el logro de la universalidad con integralidad y equidad.

En la parte central del libro se presentan los doce capítulos que analizan los sistemas de salud de los países de América del Sur, con documentos elaborados por los Ministerios de Salud de cada país a partir de la guía mencionada, presentada en la parte final de este libro, integrada por once dimensiones:

1. **Derechos sociales y salud** (base legal y participación social)
2. **Estructura y organización del sistema de salud** (componentes del sistema de salud, modelo de atención, prestación de servicios)
3. **Situación con relación a la universalidad, la integralidad y la equidad** (modelos para la cobertura poblacional, cobertura de servicios, brechas de equidad)
4. **Financiamiento del sistema de salud** (fuentes de financiamiento, gastos públicos y privados en salud)
5. **Macrogestión** (rectoría, formulación de políticas, atribuciones de las esferas gubernamentales y coordinación interinstitucional, modelos de gestión de servicios y redes, regulación de servicios y seguros privados)
6. **Vigilancia en salud** (vigilancia epidemiológica, sanitaria y ambiental)
7. **Fuerza de trabajo en salud** (brechas entre necesidades del sistema y la oferta de personal, innovaciones en la formación y educación permanente, modelo de gestión del personal en salud, regulación de la formación y de las profesiones, migración de la fuerza de trabajo en salud)

8. **Acción sobre los determinantes sociales de la salud** (coherencia entre políticas y acción sobre los determinantes sociales en salud, estrategias de coordinación intersectorial, experiencias desarrolladas, alcance de los Objetivos del Milenio)
9. **Insumos estratégicos para la salud** (políticas para patentes, investigación e innovación, regulación de precios, estrategias para el acceso a medicamentos, capacidades productivas nacionales, dependencia externa, evaluación para incorporación y uso racional de tecnologías, uso de TIC y telesalud)
10. **Investigación e innovación en salud** (políticas nacionales de investigación en salud, institutos nacionales de salud, brechas entre investigación y necesidades del sistema)
11. **Cooperación en salud** (fortalezas y debilidades, necesidades de apoyo técnico, potencialidades de ofertas)

El capítulo 14 condensa lineamientos para la cooperación en la construcción de sistemas universales de salud en la región a partir de las conclusiones del taller y de las proposiciones de los países. Asimismo, busca identificar las necesidades de cooperación y las posibilidades de brindar experticia en las áreas mencionadas por los países en sus documentos nacionales.

Agradecemos a todos los que posibilitaron la publicación de esta obra: al Ministerio de Salud de Brasil, a la Fiocruz y la Fiotec por el apoyo en la financiación, al equipo del Isags por el empeño en la organización de la edición y, especialmente, a todas las personas que contribuyeron con aportes para la elaboración de los documentos de los países y que posibilitaron esta publicación. Felicitaciones a todos los Ministros y Ministerios que apoyaron esta trascendente iniciativa.

El Isags presenta con satisfacción esta publicación como un aporte al debate colectivo y a la construcción y fortalecimiento de nuestros sistemas públicos de salud, que continúan teniendo en la universalidad, integralidad y equidad, grandes retos para garantizar el derecho a la salud de nuestros pueblos. Esta publicación es el resultado de nuestro andar juntos, compartiendo lo que hacemos y pensamos, es un logro tangible: utilicémoslo para comprendernos mejor, para develar lo que nos falta y para fortalecernos.

Dirección del Isags



Sistemas Universales de Salud en el Mundo en Transformación

José Gomes Temporão¹

El primer punto que quiero destacar, cuando pensamos sobre los sistemas de salud en los países de América del Sur, es que, en realidad, estos sistemas fueron históricamente contruidos teniendo como categoría política central la enfermedad y no la salud. Es decir, en este momento histórico que atraviesan nuestros países (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela,), la cuestión principal que debemos plantear como centro en la concepción de las políticas es la determinación social de la salud. Y ¿por qué? Porque todos nuestros sistemas fueron contruidos a partir de la visión del modelo biológico para el control de las endemias, de esfuerzos más o menos fragmentados. Fueron contruidos y cimentados por el saber médico, que tiene como parámetro central de referencia las patologías.

Hoy en día, sin embargo, todos tenemos la visión y la comprensión de que la salud es política, que está socialmente determinada y que la construcción del sistema de salud con el cual soñamos debe tener como base una discusión profunda y central sobre la determinación social de la salud. Sobre como el poder y la riqueza se distribuyen en la sociedad, sobre la problemática de las desigualdades, sobre la necesidad de radicalización de la democracia y de actuar sobre las raíces de los procesos de producción del adolecer y morir: los determinantes sociales de la salud.

El segundo punto que merece ser destacado es que los sistemas de salud son estructuras dinámicas e hipercomplejas y que no podemos pensar más en la salud en nuestros países sin considerar las profundas transformaciones coyunturales y estructurales que las sociedades están atravesando en varios campos y dimensiones, y que se expresan en sus sistemas de salud. Con fines didácticos, podemos deno-

¹ Conferencia de Apertura del Taller Sistemas de Salud de América del Sur: desafíos para la universalidad, integralidad y equidad, el 26 de julio de 2011 – Inauguración del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags)

minar a estas transformaciones como el fenómeno de las transiciones en el campo de la salud pública.

La primera de ellas es la transición demográfica. Nuestro continente está, todavía, predominantemente compuesto por una población de jóvenes, pero, con una velocidad creciente, estamos pasando por un continuo y sostenido proceso de envejecimiento. Para dar un buen ejemplo, lo que a Francia le llevó un siglo para hacer, Brasil lo está haciendo en la mitad de tiempo: la tasa de fecundidad está cayendo drásticamente; la expectativa de vida, aumentando; la mortalidad infantil, disminuyendo; la población, envejeciendo. Estos cambios provocarán un profundo impacto sobre nuestros sistemas de salud debido a que están organizados sobre una estructura de atención de urgencia, de emergencia, de atención a las enfermedades agudas. Los sistemas no están preparados para atender la prevalencia de enfermedades crónicas, de pacientes portadores de múltiples patologías, con síndrome metabólico, de adultos mayores que necesitan cuidados diferentes, distintos, no necesariamente cuidados médicos, sino apoyo, acompañantes y cuidados de enfermería. Pero el desafío de la transición demográfica es doble: tendremos, al mismo tiempo, que cuidar mejor a los futuros ciudadanos desde la planificación del número de hijos y su desarrollo en los primeros años de vida hasta su vejez.

La segunda transición, que también se vincula a la cuestión demográfica, es el cambio del perfil epidemiológico. Estamos siguiendo los cambios en la carga de enfermedades, en el perfil de mortalidad y de morbilidad. Nuestro continente tiene un agravante, porque además de la creciente prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas, aún hay una carga importante de enfermedades infectocontagiosas, lo que caracteriza una doble carga de enfermedad. Otro factor que agrava, y mucho, esta situación es la problemática de la violencia urbana, con los homicidios, los casos de agresión interpersonal, los altos índices de accidentes de tránsito y de trabajo haciendo más complejo aún este perfil epidemiológico que, en realidad, caracteriza una triple carga de enfermedad en nuestros países.

Además, estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) revelan que, en un futuro próximo, una de las más importantes causas de morbilidad estará relacionada a las demencias seniles, a las enfermedades neuropsíquicas, a las depresiones, a los trastornos bipolares. Y nuestros sistemas de salud no están preparados para enfrentar este nuevo desafío. Incluso en Brasil, cuyo sistema de salud es diferenciado, no hay estructura adecuada para dar asistencia necesaria en estas áreas, tales como: clínicos de familia, geriatras, psiquiatras y psicólogos. Y, a pesar de que Brasil hizo una reforma psiquiátrica muy importante, todavía no hay una estructura de atención apropiada que considere esta realidad. Los servicios de atención psicosocial aún son insuficientes. Realizamos la deshospitalización, pero

no llegamos a la prevención. Tenemos que preparar nuestros sistemas de salud para esta nueva realidad.

La tercera transición fundamental que los países de América del Sur están viendo es la relacionada al patrón alimentario. En Brasil, actualmente, en rigor, no se puede hablar más de hambre o de desnutrición, pero no hay cómo no percibir el crecimiento de los casos de obesidad infanto-juvenil, un problema grave de salud. Cambios en el estándar alimenticio como consecuencia de modificaciones ocurridas en la estructura familiar en los países suramericanos, como el caso de la presencia cada vez mayor de la mujer en el mercado de trabajo, aliados a los profundos cambios en la industrialización de alimentos, con productos listos o casi listos para el consumo, llevarán a una ruptura del papel tradicional de quien prepara el alimento, haciendo que las personas se alimenten fuera de casa, consuman más alimentos industrializados con alto tenor de sodio, azúcar y grasas. Este es un nuevo campo de la regulación en salud y que también incluye las publicidades de alimentos, bebidas, fast food, etc. Datos recientes del Ministerio de Salud de Brasil (Vigitel, 2011) revelan que la mitad de la población del país ya puede ser considerada con sobrepeso y que el 15% es obesa. Las proyecciones de una epidemia de diabetes tipo 2 y de hipertensión arterial entre los brasileños son dramáticas para la próxima década.

Otra dimensión que requiere ser considerada corresponde a una cuarta transición, la tecnológica. La incorporación tecnológica en la medicina del futuro: biodrogas, robótica, nanodispositivos, vacunas terapéuticas, tratamientos más individualizados. La genómica médica apunta a una medicina del futuro que será predictiva, personalizada, preventiva. Recientemente, células de piel adultas fueron reprogramadas en células madre pluripotentes inducidas. Pero todas estas son posibilidades para el futuro. La realidad es, más bien, dramática. Hoy ya tenemos un mundo dividido en castas de ciudadanos que acceden o no a las modernas tecnologías. Y esto se repite dentro de cada uno de nuestros países. La industria farmacéutica vive hoy un dilema, entre la necesidad de lanzar nuevos productos y las perspectivas reales de lanzamiento de nuevos productos, efectivamente, de nuevas moléculas. Y las pocas novedades lanzadas en el mercado protegidas por patentes alcanzan un costo insostenible para los sistemas de salud en todo el mundo, lo que provocará un gran impacto financiero en los sistemas de salud de los países de la Unasur, amenazando la sostenibilidad de nuestros sistemas de salud.

La quinta transición que están viviendo nuestros países es la cultural, extremadamente compleja y paradójica, que se desdobra en múltiples aspectos. Algunos son positivos, cuando constatamos, por ejemplo, la gran diseminación de información sobre la salud a través de los medios de comunicación de masas que, en principio, amplían el nivel de información a las personas sobre formas de promoción y pre-

vención. Pero, simultáneamente, esta ampliación del acceso a la información sobre salud trae aspectos negativos, porque muchos de esos espacios mediáticos en realidad expresan intereses y estrategias económicas de los segmentos del complejo médico-industrial, de la industria de alimentos, cosméticos, bebidas, planes y seguros de salud, caracterizando un proceso cultural que expresa una dimensión negativa de la consciencia política en salud.

También, en relación a la cuestión cultural, internet aparece como un nuevo factor que complica. El Dr. Google es el más nuevo médico de las familias. Es decir, el paciente cuando va al médico ya lleva consigo innumerables páginas impresas sobre la enfermedad que sospecha tener. Se sienta frente al terapeuta y dice: Doctor, esta es mi enfermedad, ¿qué va usted a hacer para resolver mi problema? Él ya va con el diagnóstico que buscó en internet.

Karl Marx ya nos decía que la producción no produce solamente un objeto para el sujeto, sino también un sujeto para el objeto, o sea, internaliza en los individuos como necesidades individuales las necesidades de la producción. Así se construyen los estándares de consumo, la automedicación, la medicalización.

Este es un proceso complejo, con aspectos positivos y también negativos, pero yo quería, a partir de allí, llamar la atención sobre el hecho de que nuestros sistemas tienen que saber lidiar adecuadamente con la dimensión de la comunicación y de la información. Nuestros sistemas tienen que saber usar la información y la comunicación para la construcción de una consciencia crítica y política de nuestros ciudadanos y no solo quedarnos a merced de lo que ponen en los medios de comunicación los intereses económicos, las corporaciones, los sectores industriales. Requerimos educación, información adecuada, construcción de una nueva consciencia política. Y esta no es una cuestión apenas para los especialistas, sino también para toda la sociedad.

Esta dimensión cultural de la salud pública se relaciona de modo íntimo con el proceso de medicalización, que se expresa en la ampliación del espacio normativo de la medicina, donde la infancia saludable, la adolescencia, la vida adulta, el turista, la vejez, la sexualidad, pasan a ser espacios de intervención del saber médico.

También dentro de esta dimensión tenemos la problemática de la judicialización de la salud, un fenómeno presente en todos nuestros países. La población es estimulada a entrar en la justicia para exigir sus derechos, o lo que considera que son sus derechos, principalmente en el área de la asistencia farmacéutica. Aquí, mientras tanto, se hace necesaria la diferenciación epistemológica entre derecho, necesidad y deseo. Si tenemos en la Constitución Nacional a la salud como un derecho y tenemos un sistema de salud estructurado para atender las necesidades de toda la población, por otro lado, hay mecanismos que crean deseos y estos deseos, muchas

veces, son, desde el punto de vista científico, ético y de equidad, indefendibles. Pero los individuos buscan encontrar en la justicia una defensa para la garantía de ese deseo, no necesariamente un derecho o necesidad.

La sexta transición importante que están viviendo los sistemas de salud en los países de América del Sur es la organizacional: no se trata ahora solo de administrar unidades de salud, policlínicas u hospitales, sino también de organizar redes, instituciones, de manera integrada y articulada. Mientras tanto, esta formación de redes demanda no apenas saberes en los campos de la planificación, la gestión, la información, etc., sino también de tecnologías relacionales sofisticadas con metodologías definidas. Esto ocurre porque las redes son constituidas por personas que establecen vínculos. Es un proceso más lento que demanda lo que podríamos denominar estructuración de un complejo relacional de la salud. Están presentes en este espacio de intervención la corresponsabilidad, la gestión participativa, la clínica ampliada.

Y el tema de la gestión del conocimiento, de colocar el conocimiento a disposición de los profesionales de la salud, de las organizaciones, es un aspecto fundamental. Si pensamos positivamente en el futuro de nuestros países, la problemática de la innovación tiene que estar en el centro de nuestras preocupaciones. Los sistemas de salud con mayor capacidad de innovar producirán mejores resultados.

Actualmente, los sistemas de salud pueden considerarse anticuados al enfrentar esta nueva complejidad del conjunto de fenómenos expresados por las transiciones, de las nuevas formas de vivir de esta nueva sociedad, de esta nueva familia. Para innovar, necesitamos también repensar, revitalizar nuestra democracia. Es necesario prestar atención a lo que está sucediendo en Oriente y en España, en los países donde la población más joven está criticando las medidas económicas responsables por el desempleo estructural. Estos jóvenes se mantienen en las calles, en asambleas permanentes, luchando por la democracia. Tenemos que profundizar las democracias de nuestros países, cualificarlas, innovarlas, para así poder renovar también nuestros sistemas de salud.

¿Cuáles serían las categorías centrales para esta capacidad de innovación de los sistemas de salud? Si comprendemos que las organizaciones, las instituciones, son producto del trabajo humano, tenemos que pensar inmediatamente en los profesionales de la salud. La mayor capacidad de innovar va a depender también de la mayor capacidad que tengan los profesionales de la salud de traducir las necesidades de la población y colocarlas en la construcción, en el perfeccionamiento de las instituciones. Pero esa conquista está directamente relacionada con la calidad en la formación de estos profesionales de la salud. En este momento, en un sistema de salud donde a los médicos se les enseña a mirar más a las máquinas que a los

enfermos; en el que estos profesionales se están olvidando de tocar al paciente; en el que el médico reduce el tiempo de escucha al mínimo necesario, impidiendo la actuación terapéutica de la primera “droga” que se administra a todo paciente: el propio terapeuta. ¡La medicina no se basa sólo en evidencias, sino también en narrativas!

En estas condiciones, la capacidad de los jóvenes médicos y demás profesionales de innovar, de tener una visión crítica del sistema de salud, pierde calidad, se empobrece. Los sistemas con mayor capacidad de innovación serán, por lo tanto, los que construyan nuevas posibilidades para la enseñanza de las profesiones de la salud y los que resguarden formas de democracia directa y de participación de la población en la formulación de políticas, en el control y en la fiscalización de la calidad de los servicios de salud. O sea, la democratización de la sociedad y la participación social en espacios institucionales en el sistema de salud son indispensables.

Vale la pena resaltar que cuando se institucionaliza la participación social, como está ocurriendo en los Consejos de Salud –nacional, de los estados y municipales– en Brasil, se pierde un poco la capacidad de crítica, de innovación y de osadía. Y esto es casi inevitable: se penetra en el aparato del Estado, se pierde autonomía. Tenemos que repensar los grandes espacios democráticos para la renovación de los sistemas de salud.

Los sistemas de salud también tendrán mayor capacidad de autoinnovar cuanto más se alejen de la enfermedad y se aproximen a la salud, cuanto más dialoguen con otras ciencias, otros saberes y otras políticas. La intersectorialidad y la transversalidad son categorías esenciales para que pensemos la salud desde una perspectiva amplia e integradora. ¿Cómo pensar la salud hoy sin pensar en educación, desarrollo científico y tecnológico y sin pensar en las otras políticas sociales y económicas que afectan, directa e indirectamente, a la salud? Mientras más abiertos estén los ministerios que cuidan la salud a este diálogo con otras áreas, con otras dimensiones, mayor será la capacidad de innovación.

A la séptima transición podemos denominarla económica, científica y de innovación. En Brasil, construimos a lo largo de los últimos años algo nuevo en el modo de pensar las relaciones entre salud y desarrollo. Necesitamos comprender que la salud trae en sí una dualidad distinta de cualquier otra política pública: al mismo tiempo es una política fundamental para la mejora de las condiciones de vida, pero también es una dimensión económica, generadora de empleos, de desarrollo y de innovación extremadamente importante.

La estimación internacional disponible, presentada en el Fórum Global de Investigación en Salud en 2006, indica que la salud responde por el 20% del gasto mundial, público y privado, con las actividades de investigación y desarrollo tecnoló-

gico representando un valor actualizado de 135 miles de millones de dólares, siendo claramente una de las áreas de investigación y desarrollo más dinámicas del mundo.

La salud posee, así, dos dimensiones que, asociadas, proyectan nuevas oportunidades en el desarrollo de nuestros países. Es parte de la política social y del sistema de protección social y fuente de generación de riqueza. El derecho a la salud se articula con un conjunto altamente dinámico de actividades económicas que pueden relacionarse virtuosamente en un estándar de desarrollo que busque el crecimiento económico y la igualdad como objetivos complementarios.

Desde esta perspectiva, la comprensión de las acciones orientadas hacia la promoción, la prevención y la asistencia a la salud como un gravamen o un fardo que solo carga el presupuesto público, se muestra limitado. Es necesario pensar la salud como parte constitutiva de la estrategia de desarrollo y como un frente de expansión hacia un nuevo estándar de desarrollo comprometido con el bienestar social y la sostenibilidad. La salud contribuye tanto a los derechos de la ciudadanía como a la generación de inversiones, innovación, ingresos, empleo y recaudación para el estado. En términos económicos, la cadena productiva de la salud, englobando las actividades industriales y los servicios, llega a representar más de un 9% del PIB en mi país, constituyendo una importante fuente de ingresos tributarios. Sus empleos directos, con puestos de trabajo calificados formales, corresponden al 10% de los puestos de trabajo del país. Y es el área donde las inversiones públicas en investigación y desarrollo son más expresivas. En Brasil, de acuerdo a las estimaciones del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE), en términos de empleos directos e indirectos, en toda la cadena productiva, el conjunto de las actividades en salud representa cerca de 10 millones de trabajadores dedicados, predominantemente, a actividades intensivas en conocimiento.

El gran desafío es si tendremos o no una política estructurada para pensar este complejo económico industrial de la salud. Si vamos a quedarnos solo a merced de los intereses de las grandes corporaciones o si vamos a construir una política proactiva para colocar esta dinámica industrial al servicio del desarrollo y de la salud pública. Tenemos que construir una visión estratégica sobre el complejo industrial: discutir, en su interior, cómo se va a acceder a las nuevas tecnologías y al conocimiento. Las nuevas tecnologías adecuadas, rentables, que impacten directamente en nuestros problemas de salud. Pensarlo en la dimensión de la innovación, la investigación y el desarrollo. En el último año (2010), la balanza comercial sectorial, la diferencia entre todo lo que Brasil importó y exportó en todas las industrias de la salud, fue negativa en 10 miles de millones de dólares. Si hiciéramos el mismo cálculo en la balanza comercial de nuestros 12 países, vamos a tener un déficit aún más expresivo.

Si la dimensión económica es grave, ella expresa algo todavía más grave: el déficit de conocimiento, la falta de capacidad de nuestros países para desarrollar, internamente, tecnología para enfrentar nuestros principales problemas de salud. Por esto, es necesario tener, desarrollar políticas –industrial, de ciencia y tecnología y de salud– pensadas de manera integral para que generen inversiones y para desarrollar en cada uno de nuestros países las tecnologías que requerimos, definidas a través de directrices clínicas pensadas a partir de nuestras realidades, nuestras poblaciones, nuestras necesidades de salud, nuestros pacientes reales.

Finalmente, ya llegando al término de esta conferencia, al reflexionar sobre los desafíos que se plantean para la consolidación de los sistemas de salud de carácter universal, inevitablemente tenemos que tratar la siguiente cuestión: se trata de un proceso político de construcción y mantenimiento de la hegemonía. ¿Cómo se construye en la sociedad una consciencia política del valor de la salud como un derecho y no como algo que se compra o a lo que se tiene acceso de acuerdo con la clase social o el estándar económico? En Brasil, por ejemplo, durante los años 1970, durante la dictadura militar, en la lucha política a la que denominamos *Movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileira*, el sector de la salud consiguió colocar en la Constitución Nacional prácticamente toda la agenda reformista. Pero en este momento, estamos en pleno proceso de lucha político-ideológica para defender el mantenimiento, la sostenibilidad de este proyecto de sistema público universal de salud, porque hay sectores en la sociedad brasileña que intentan transformar su visión del sistema de salud, que es muy próxima al modelo americano, de mercado, pero totalmente distante de lo que creemos ser necesario para garantizar el derecho universal a la salud, en el modelo hegemónico. Estamos en pleno proceso de lucha por la defensa del sistema de salud universal brasileño. Un buen ejemplo son los 30 millones de brasileños que migraron, recientemente de las clases D y E a la clase C debido al aumento del salario mínimo y a los programas de transferencia de renta, y que está siendo educada, a través de múltiples dimensiones en los medios de comunicación, con la visión de que la salud privada es más sofisticada y que tener un plan de medicina prepaga es parte de un proceso de ascenso social. Esto fragiliza la política pública de salud como un derecho. Revertir esta visión es nuestro mayor desafío.

Los sistemas de salud son organizaciones hipercomplejas en constante cambio. Comprenderlos a la luz de las transiciones por las que atraviesa el sector de la salud es fundamental para establecer políticas que aproximen su dinámica a los intereses de la mayoría de la población. Intervenir en su funcionamiento, ampliando el control de la sociedad sobre su desempeño, es esencial. Establecer políticas transversales y que dialoguen con los otros campos del saber potencia su capacidad de reducir las inequidades.

Muchas gracias.



I. Sistemas de Salud en América del Sur

Ligia Giovanella,
Gabriela Ruiz,
Oscar Feo,
Sebastián Tobar,
Mariana Faria

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud es la “suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población” (OMS, 2000). De modo más amplio, los sistemas de salud son el conjunto de *relaciones* políticas, económicas e institucionales responsables por la conducción de los procesos relativos a la salud de la población, que se expresan en *organizaciones, normas y servicios*, que tienen como objetivo alcanzar resultados consistentes con la concepción de salud prevalente en la sociedad (Lobato y Giovanella, 2008).

En general, se asume al sistema de salud como el conjunto de *acciones, normas y personas* cuyas actividades se relacionan directa o indirectamente con la atención a la salud individual y colectiva. Es importante subrayar que un componente fundamental de las *políticas de salud* es la organización y financiamiento de los sistemas de salud, y que ese concepto va mucho más allá que el de servicios de salud o de atención médica.

Otro concepto importante es el *carácter histórico y temporal* de los sistemas de salud, como respuesta concreta que una nación o colectividad construye para satisfacer las necesidades y demandas de salud de su población. Esa respuesta está, sin duda, directamente relacionada con la concepción de salud que prevalezca en esa sociedad. Desde esa perspectiva, hoy se confrontan en el mundo, y también en la región suramericana, dos concepciones polares: por un lado, la salud entendida como derecho humano y social fundamental, parte del derecho a la vida, que debe ser garantizado por el Estado; y por otro lado, una concepción de la salud como “servicio o bien de mercado” que está regido por las leyes de la oferta y la demanda, debiendo el Estado intervenir sólo para garantizarlo a los más pobres, a los excluidos de la dinámica social. Esta última es la concepción que predominó en las agendas sectoriales derivadas del Consenso de Washington que tuvieron hegemonía en la

década de 1990 y fueron promovidas por los organismos financieros multilaterales. Reformas implementadas a partir de esta visión favorecieron la privatización de la salud y profundizaron las desigualdades en América Latina (Laurel, 2010; Feo 2003; Almeida, 2002).

Se puede decir que los componentes fundamentales de un sistema de servicios de salud son cuatro: i) las políticas sanitarias y sus normas enmarcadas en las grandes políticas sociales y de desarrollo económico que definen el Estado y la sociedad; ii) los profesionales, técnicos y personas que conforman el sistema; iii) la red de servicios y sus modelos de atención y gestión; y iv) los insumos necesarios para cumplir sus objetivos. La dinámica e interrelación de esos componentes está dada por la forma en que se financian, gestionan, regulan y se prestan los servicios.

Además, cuando hablamos de sistemas de salud, es necesario pensar no solo en las *políticas, instituciones, recursos, financiamiento, normas o estructuras formales* que los integran, sino también en los procesos participativos, en el protagonismo de la comunidad, de los usuarios, actores claves para la producción de su propia salud, y en todo aquello que desde el sentir y el saber popular toma parte en la forma de hacer salud, incluida la medicina tradicional de los pueblos. De ahí que el sistema de salud deba entenderse como una construcción histórica y social y como las respuestas concretas que construye una sociedad para satisfacer las necesidades de salud de su población, con el objetivo básico de promover y mantener la salud.

Organización y tipología de los sistemas de salud

A lo largo de la historia, el abordaje de la salud ha sido variable, concebida por las culturas originarias como parte indisoluble de la vida, pero asociada posteriormente a una visión que redujo la salud a la enfermedad y las respuestas a la curación, hospicios e instituciones de caridad, básicamente para atender a los más pobres. Desde el punto de vista institucional, en América Latina, los sistemas de salud surgen en la primera mitad del siglo XX con políticas enfocadas fundamentalmente al control de las grandes epidemias vinculadas al creciente intercambio comercial, que diezaban la población y dificultaban los intereses económicos (Rovere, 2007; Cueto, 2007).

El primer ministerio de salud (MS) de la región latinoamericana es el cubano, que data de 1902, año de la creación de la Organización Panamericana de la Salud como Oficina Sanitaria Internacional y, posteriormente, Oficina Sanitaria Panamericana (1923). En Suramérica surge primero el MS de Chile (1932), luego siguen Perú (1935), Venezuela y Paraguay (1936); el último ministerio creado fue el de Ecuador, en 1967. Simultáneamente, bajo la influencia de las corrientes bismarckianas, se crearon los seguros sociales, pensados para atender a la población asalariada, con relación formal de trabajo, y a veces a su familia. Recordemos que en la Alemania de fines del siglo XIX, ante el auge de la industrialización, las luchas de los trabaja-

dores por mejores condiciones de trabajo, los reclamos de grupos políticos y sectores académicos, se hizo necesario implementar medidas que garantizaran la estabilidad del sistema. Esto motivó que el entonces canciller alemán, Bismarck, impulsara un conjunto de leyes que hasta hoy son la base de muchos sistemas de seguridad social. Así quedaron establecidos los seguros obligatorios contributivos, restringidos a la clase trabajadora, que cubrían enfermedades, accidentes, invalidez y vejez y eran financiados por el Estado, los patrones y los trabajadores. Luego, esta seguridad se haría extensiva a la familia del trabajador y a otras áreas, como educación y vivienda, no sólo en Alemania sino también en otros países.

Años más tarde, Beveridge, en Inglaterra, da un salto en la mirada a la seguridad social, imprimiéndole un carácter integral y universal. Su informe, en 1942, proponía extender los beneficios de la seguridad social a toda la población como un derecho social solidario que obligara a la sociedad y al Estado a proporcionar un mínimo de bienestar general, independientemente de las aportaciones que pudiera realizar cada individuo al financiamiento de los servicios. Bajo este enfoque, los costos de la salud deben ser cubiertos principalmente con recursos fiscales del Estado. Este modelo es el que rige actualmente los servicios nacionales de salud en el Reino Unido y en varios países europeos. En los años 80, Terris (1980) caracterizaba los sistemas sanitarios mundiales como: i) de asistencia pública, generalmente (sub) financiados con fondos públicos; ii) de aseguramiento, dirigidos a sectores específicos de la población (trabajadores) y financiados con los aportes de los asegurados y/o sus empleadores; y iii) sistemas universales de salud que garantizan la cobertura total poblacional y de servicios, con financiamiento del Estado.

En América Latina tradicionalmente predominan sistemas de salud segmentados y fragmentados, coexistiendo con sistemas de seguridad social, de corte bismarckiano, difíciles de contextualizar en una realidad en la que el trabajo es predominantemente informal y precario (Sojo, 2011; Levcovitz, 2005).

Concepción de sistema de salud que orientó la guía

Para la presentación y descripción analítica de los sistemas de salud de América del Sur, el Isags desarrolló una guía específica –presentada al final del libro– que se orientó por una comprensión abarcadora de los sistemas de salud entendidos como el conjunto de respuestas sociales organizadas para enfrentar las necesidades de salud y promover, restaurar y mantener la salud de la población en cada país en un determinado momento histórico. Asimismo, la guía tiene implícita a la salud como un derecho humano imprescindible para el desarrollo y que debe ser garantizado a todos, siendo principal responsabilidad y deber del Estado, conjuntamente con la participación ciudadana. En tal sentido, muchos de los gobiernos de países de Unasur vienen propiciando procesos de ampliación de derechos y construcción de ciudadanía para todas sus poblaciones.

El sistema de salud, además de las acciones dirigidas a las personas en los servicios de salud, abarca las acciones dirigidas a las colectividades en todas las dimensiones de la vigilancia en salud y está influenciado por componentes externos a los servicios de salud, como las industrias de insumos, de equipamientos biomédicos y de medicamentos, las instituciones generadoras de conocimientos y tecnologías y las instituciones formadoras de recursos humanos (Viacava et al., 2004; Lobato y Giovanella, 2008).

En la construcción de la guía se abarcaron diversas dimensiones de los sistemas de salud pues se comprende que la intervención gubernamental en salud tiene diversos ámbitos: una dimensión de protección social, una dimensión económico-industrial y una dimensión política (Moran, 1995). La dimensión de la **protección social** está relacionada al rol del Estado de regular y garantizar el acceso de los ciudadanos a los servicios de salud como un derecho social de ciudadanía; es decir, la preeminencia del acceso a los servicios de salud en la construcción de la ciudadanía social en salud como parte del Estado de Bienestar (*Welfare State*) (Moran, 1995).

La **dimensión económico-industrial** incluye todo el conjunto de empresas, establecimientos e industrias, relacionados a la producción de insumos y a la provisión de servicios de salud; el llamado “complejo productivo de la salud”. La salud es un importante sector de la economía también en Suramérica, con gastos totales de salud entre 4% y 9% del PIB. La intervención gubernamental en el campo económico en salud enfrenta constantes tensiones. Por una parte, el Gobierno, en el marco de la tendencia al aumento de los costos de producción de los servicios de salud por expansión de la demanda atribuida a cambios en la estructura demográfica y epidemiológica y a la desmedida incorporación de tecnología en salud, sin evaluación adecuada, busca reducir gastos y reformar sus modelos de financiamiento a la luz de imperativos fiscales de contención de gastos en el sector público, procurando mayor eficiencia. Por otra parte, le interesa el crecimiento económico, el desarrollo industrial y tecnológico del país; así, simultáneamente, el Estado sufre presiones de la industria para aumentar la demanda en el sector (Moran, 1995; Viana y Baptista, 2008).

La **dimensión política** involucra una importante constelación de actores, las disputas por la distribución de recursos en el sector salud y el acceso a las informaciones. Está referida a los conflictos entre los que usan los servicios de salud, los que los proveen, los que aseguran, los que financian y los que regulan el sistema de salud (Moran, 1995; Viana y Baptista, 2008). Una característica del sistema de salud es la cantidad y variedad de actores y roles, lo que determina también su complejidad.

Para abarcar estas dimensiones, la guía desarrollada por el Isags incorporó el análisis de la protección social, la participación social, la innovación, la investigación y los insumos estratégicos para la salud.

Se comprende también que la política nacional de salud debe crear las condiciones que garanticen una buena salud para los ciudadanos, donde todos los sectores de la sociedad deben estar involucrados, pero la responsabilidad primera es del Estado (Navarro, 2007). Es necesario incidir sobre los determinantes sociales más generales de los procesos salud-enfermedad en esfuerzos coordinados de todos los sectores y segmentos sociales, pues el **derecho a la salud** está condicionado al modelo de desarrollo económico y social de los países (Raphael y Bryant, 2006) y a la intensidad de las desigualdades sociales.

Para garantizar una buena salud, la política nacional de salud debe incluir intervenciones sobre: los determinantes políticos, sociales y económicos de la salud; los determinantes de estilos de vida; y los determinantes de la socialización y empoderamiento de las personas que permitan su participación y movilización por una buena salud, argumenta Navarro (2007). Así, en la guía del Isags se incorporaron también las intervenciones sobre los determinantes sociales, además de las estrategias de participación social mencionadas.

Orientada por estas concepciones de sistemas y políticas de salud, la guía para descripción analítica de los sistemas de salud de los doce países de la región por los respectivos Ministerios de Salud está integrada por once dimensiones:

1. **Derechos sociales y salud:** base legal y participación social;
2. **Estructura y organización del sistema de salud:** componentes del sistema de salud, modelo de atención, prestación de servicios;
3. **Situación con relación a la universalidad, integralidad y equidad:** protección social, modelo para la cobertura poblacional, cobertura de servicios, brechas de equidad;
4. **Financiamiento en salud:** modelo de financiamiento, fuentes de financiación, gastos públicos y privados en salud;
5. **Macrogestión:** rectoría, formulación de políticas, atribuciones de las esferas gubernamentales y coordinación interinstitucional, modelos de gestión de servicios y redes, regulación de servicios y seguros privados;
6. **Vigilancia en salud:** vigilancia epidemiológica, sanitaria, ambiental, implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI);
7. **Fuerza de trabajo en salud:** brechas entre necesidades del sistema y la oferta de personal, innovaciones en la formación y educación permanentes, modelo de gestión del personal en salud, regulación de la formación y de las profesiones, migración de la fuerza de trabajo en salud;
8. **Acción sobre los determinantes sociales de la salud (DSS):** coherencia entre políticas y acción sobre los determinantes sociales de la salud, estrategias de coordinación intersectorial, experiencias desarrolladas, alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM);

9. **Insumos estratégicos para la salud:** políticas para patentes, investigación e innovación, regulación de precios, estrategias para el acceso a medicamentos, capacidades productivas nacionales, dependencia externa, evaluación para incorporación y uso racional de tecnologías, uso de TIC y telesalud;
10. **Investigación e innovación en salud:** políticas nacionales de investigación en salud, institutos nacionales de salud, brechas entre las investigaciones y necesidades del sistema; y
11. **Cooperación en salud:** fortalezas y debilidades del sistema de salud en el país, necesidades de apoyo técnico, potencialidad de ofertas.

En este capítulo se realiza un análisis transversal que destaca las características relevantes de los sistemas de salud en los países de América del Sur y los desafíos para la construcción de sistemas universales de salud. Se sintetizan dimensiones seleccionadas trabajadas en la Guía Isags: el lugar de la salud en la Constitución Nacional, la estructuración de los sistemas de salud, los modelos de financiamiento, la protección social y la cobertura en salud, los insumos estratégicos para la salud y las acciones sobre los determinantes sociales de la salud. En el análisis se rescatan las fortalezas comunes a todos los países y se identifican los desafíos y elementos que necesitan ser fortalecidos en la región para el logro de la universalidad de la salud con integralidad y equidad.

CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE SURAMÉRICA

Marco constitucional de la salud

En las Constituciones Nacionales Suramericanas el derecho a la salud es concebido con distintos enfoques. La mitad de los países suramericanos considera a la salud como un derecho universal en su Constitución Nacional. Este es el caso de Bolivia, Brasil, Ecuador, Paraguay, Suriname y Venezuela. Algunos países se refieren a este derecho de un modo general; otros lo relacionan con los determinantes sociales de la salud y algunos añaden una preocupación expresa del derecho a la salud también como garantía del acceso a los servicios de salud. La Constitución Nacional Brasileña de 1988 hace mención expresa a la salud como derecho de todos y deber del Estado, que debe ser garantizada por medio de políticas sociales y económicas que reduzcan el riesgo de enfermedades. Reconoce así la determinación social de la salud y la responsabilidad del Estado por el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de salud para su promoción, protección y recuperación. Los países que llevaron a cabo reformas constitucionales recientes –como Venezuela (1999), Bolivia (2009) y Ecuador (2008)– han tenido una especial preocupación por la incorporación de la salud como un derecho de todos los ciudadanos y una responsabilidad del Estado, promoviendo incluso reformas del sector salud tendientes a

garantizar este derecho. En otros países de la región no se menciona a la salud como un derecho constitucional, pero se menciona la garantía a la protección de la salud a través del aseguramiento universal o de la adhesión a instrumentos internacionales que la consideran como tal. Otros, como es el caso de Uruguay, no hacen mención a la salud como derecho en su constitución (de 1997), pero sí la incorporan como un derecho en la Ley que crea al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), de 2007. Finalmente, algunos países mantienen la Constitución Nacional sin mención expresa de la salud como un derecho o responsabilidad del Estado.

La identificación de principios y valores que deben guiar la organización del sistema de salud pareciera ser un elemento de reciente incorporación. Los países con reformas constitucionales recientes mencionan claramente qué valores y principios guiarán la organización de su sistema de salud. Entre los principios y valores mencionados, algunos son recurrentes en todos los países, como la universalidad, la equidad, la integralidad y la participación social. Merece una mención especial la identificación de la interculturalidad como principio guía de la organización del sistema de salud en países como Ecuador, Paraguay, Bolivia y Venezuela.

A continuación presentamos el Cuadro 1 con la información sobre el abordaje de la salud en la constitución nacional, detallada por país, y los valores y principios mencionados como orientadores del sistema de salud.

Cuadro 1 – Salud en la Constitución Nacional vigente de los países suramericanos

País	Marco constitucional de la salud Principios y valores del sistema de salud mencionados
Argentina	Constitución Nacional vigente: 1994 El derecho a la salud no está mencionado como tal en la Constitución sino a partir de la adhesión a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Art.25) y al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ratificado por Argentina en 1986. Es decir, la salud aparece como un derecho a partir de la adhesión a instrumentos internacionales que el país ha ratificado.
Bolivia	Constitución Nacional vigente: 2009 – Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia Artículo 18: Todas las personas tienen derecho a la salud. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno. Artículo 35: El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos. Artículo 36: El Estado garantizará el acceso al Seguro Universal de Salud. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud y lo regulará mediante la ley. Principios y valores: La nueva Constitución Política del Estado define como valores supremos: “la dignidad humana, la justicia, la igualdad, la libertad y el pluralismo político”. Los principios ético-morales de la sociedad plural son: “ama qhilla, ama llulla, ama suwa (no seas flojo, no seas mentiroso ni seas ladrón), suma qamaña (vivir bien), ñandereko (vida armoniosa), teko kavi (vida buena), ivi maraei (tierra sin mal) y qhapaj ñan (camino o vida noble)”.

Cuadro 1 – Salud en la Constitución Nacional vigente de los países suramericanos (cont.)

País	Marco constitucional de la salud Principios y valores del sistema de salud mencionados
Brasil	<p>Constitución Nacional vigente: 1988</p> <p>Artículo 196: “La salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizada por medio de políticas sociales y económicas que tengan por objetivo la reducción del riesgo de enfermedades y de otros daños y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”.</p> <p>Artículo 198: “Las acciones y servicios públicos de salud integran una red regionalizada y jerarquizada y constituyen un sistema único, organizado de acuerdo con las siguientes directrices: descentralización, con dirección única en cada esfera de gobierno; atención integral, con prioridad para las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios asistenciales; participación de la comunidad”.</p> <p>El Sistema Único de Salud (SUS) tiene como directrices: el derecho universal a la atención integral, preventiva y curativa en todos los niveles de complejidad del sistema, la participación social y la descentralización.</p>
Chile	<p>Constitución Nacional vigente: 1980</p> <p>Artículo 19 § 9: “El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado”</p>
Colombia	<p>Constitución Nacional vigente: 1991</p> <p>El Artículo 48 define la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio y como un derecho irrenunciable de los habitantes, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.</p> <p>Artículo 49: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.</p> <p>Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. Asimismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.”</p>
Ecuador	<p>Constitución Nacional vigente: 2008</p> <p>Artículo 32: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.”</p> <p>Artículo 362: “Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.”</p> <p>Principios: equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional</p>

Cuadro 1 – Salud en la Constitución Nacional vigente de los países suramericanos (cont.)

País	Marco constitucional de la salud Principios y valores del sistema de salud mencionados
Guyana	<p>Constitución Nacional vigente: 1980, Constitución de la República Cooperativa de Guyana</p> <p>Artículo 24: “Todos los ciudadanos tienen derecho al acceso a la asistencia médica gratuita y a servicios sociales frente a vejez e incapacidad.”</p> <p>Artículo 25: “Todos los ciudadanos tienen el deber de participar en acciones para mejorar el medio ambiente y proteger la salud de la nación”</p> <p>Principios y valores: salud como derecho fundamental, corresponsabilidad del gobierno y los ciudadanos, equidad, prioridad para la promoción de la salud, prestación de servicios rápidos, efectivos y eficaces, transparencia.</p>
Paraguay	<p>Constitución Nacional vigente: 1992</p> <p>Los artículos 6, 7, 68, 69 y 70 de la Constitución se refieren al Derecho a la salud: “El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto de la dignidad humana” (art.68). Otro artículo refiere a la “calidad de vida”. Reconoce factores condicionantes, como la extrema pobreza, y plantea la investigación sobre los factores de población y sus vínculos con el desarrollo económico social, la preservación del ambiente y la calidad de vida de los habitantes (art. 6). Se coloca el derecho a un ambiente saludable (art. 7). Art. 69: refiere al Sistema Nacional de Salud como el ejecutor de acciones sanitarias integradas que concierten, coordinen y complementen programas y recursos del sector público y privado.</p> <p>A partir de 2008 el proceso de reorientación del Sistema Nacional de Salud tiene como principios orientadores: universalidad, equidad, integralidad, interculturalidad y participación social.</p>
Perú	<p>Constitución Nacional vigente: 1993</p> <p>Artículo 7: Derecho a la salud y protección al discapacitado: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma, a causa de una deficiencia física o mental, tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.</p>
Suriname	<p>Constitución Nacional vigente: 1987</p> <p>Artículo 36: Todos deben tener el derecho a una buena salud. Es responsabilidad del Estado promover la atención general a la salud través de la mejora constante de las condiciones de vida y de trabajo e informar las medidas de protección de la salud.</p>
Uruguay	<p>Constitución Nacional vigente: 1997</p> <p>Artículo 44: “Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud así como el de asistirse en caso de enfermedad”.</p> <p>El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes. Competencia del Estado para la orientación de la política de salud.</p> <p>La Ley 18211 de 2007 crea el Sistema Nacional Integrado de Salud y define la salud como derecho de todos los habitantes residentes en el país – universalización de la cobertura.</p>
Venezuela	<p>Constitución Nacional vigente: 1999</p> <p>Artículo 83: “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley...”</p> <p>Artículo 84: “Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.”</p> <p>Principios y valores: Solidaridad, universalidad, integridad, unicidad, participación ciudadana, corresponsabilidad, gratuidad, equidad y pertinencia multiétnica, pluricultural y multilingüe en el diseño y ejecución de las políticas, planes, servicios y programas de salud.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de las informaciones de los capítulos 2 a 13 de este libro y consultas a las Constituciones Nacionales vigentes

Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud

Todos los países de la región cuentan con gobiernos democráticos con distintos tipos de organización territorial, política y del sistema de salud, así como diferentes grados de descentralización. Tres países tienen una organización federal (Argentina, Brasil y Venezuela). Los otros nueve países cuentan con una organización unitaria, en general descentralizada. Bolivia y Ecuador, a partir de las nuevas constituciones nacionales (2009 y 2008), se definen como un Estado Plurinacional y Guyana se define como una república cooperativa.

Algunos países basan la organización de su sistema de salud en la estructura federal bajo la cual está organizado el Estado. Tal es el caso de Argentina, donde la salud no es materia delegada por parte de los gobiernos provinciales a la Nación y las provincias cuentan con gran autonomía. Sin embargo, la Nación ejerce un importante rol rector, coordinador y normativo y existen instancias como el Consejo Federal de Salud (Cofesa), creado en 1981, que constituye el espacio formal de encuentro y articulación de los poderes interjurisdiccionales del país. Brasil, que también tiene una organización federal, cuenta con tres entes federados con responsabilidad sobre la salud. Cada una de las esferas gubernamentales tiene una conducción única, pero busca la concertación con las otras esferas a través de las Comisiones Intergestoras, tripartita, a nivel nacional (involucrando la Unión, los estados y los municipios), y bipartitas, a nivel estadual (estado y municipios). En Bolivia, país que reformó el sector salud recientemente, se identifican cuatro esferas de gobierno en salud: 1) nacional, con un rol regulador y formulador de normas, 2) departamental, encargada de operativizar las normas del nivel nacional, 3) municipal, nivel encargado de administrar los establecimientos de salud, a través de los Directorios Locales de Salud que diseñan planes de salud municipal y coordinan redes de servicios y, finalmente, 4) la esfera indígena, que garantiza una atención diferenciada para este grupo poblacional, fomentando la participación de los pueblos originarios en la toma de decisiones.

En materia de estructuración de los sistemas de salud, más allá de que desde finales de la década de 1990 se observa un movimiento a favor de la universalización del acceso a la salud, ningún país en la región concretó, hasta ahora, un sistema público, único y universal de salud para todos sus ciudadanos. En todos los países coexisten un sector público y un sector privado (a veces también denominados “subsectores”), con mayor o menor presencia en la organización del sistema, ya sea en la prestación o en el aseguramiento. En la mayoría de los países, la seguridad social en salud está presente y es descrita como un subsector separado del público; en otros países aparece como constituyente del subsector público. Bolivia identifica un cuarto sector, el de la medicina tradicional.

En los análisis de los sistemas de salud presentados en este libro, algunos países describen su sistema como “mixto”. En parte de los casos, esa descripción se refiere

a la existencia de los dos sectores mencionados, público y privado, pero en otros, como en los casos de Paraguay y Perú, el término “mixto” se refiere a un tercer sector compuesto por fundaciones privadas sin fines de lucro financiadas con el apoyo del Ministerio de Salud.

Con la excepción de Chile, en todos los países las fuerzas armadas y de seguridad (policía) tienen sistemas especiales que están insertados en el sector público y constituyen una rama específica, que generalmente responde a su Ministerio de pertenencia. En Chile, estas fuerzas se insertan en el subsector privado a través de una Institución de Salud Previsional (ISAPRE) específica, que posee una red de prestadores de distinta complejidad, regulada desde el Ministerio de Defensa.

En el Cuadro 2 detallamos la información presentada por los países relativa a las esferas de gobierno y a la estructura del sistema de salud.

Cuadro 2 – Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud de los países suramericanos

País	Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud
Argentina	<p>República Federal presidencialista – Territorio organizado en 24 jurisdicciones (23 provincias y 1 la CABA – Ciudad Autónoma de Buenos Aires- sede del gobierno nacional) y más de 2200 municipios</p> <p>Sistema de Salud: Basado en una estructura política federal, profundamente descentralizado en la provisión y administración de los servicios de salud. Las provincias tienen total autonomía en materia de salud</p> <p>Tres subsectores: público que provee y financia salud a partir de cada ministerio de salud provincial y del Ministerio de Salud de la Nación; la seguridad social financia servicios prestados mayoritariamente por instituciones privadas y médicos contratados con 298 obras sociales nacionales, 24 provinciales y el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados –Programa de Atención Médica Integral; y la medicina prepaga (no existen datos consolidados, pero se calcula la existencia de unas 200 a 250 empresas de medicina prepaga)</p>
Bolivia	<p>Estado Plurinacional de Bolivia – Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario-Territorio dividido en 9 departamentos. Hay Autonomías Departamentales, Autonomías Indígenas Originario Campesinas, Autonomías Municipales, Autonomías Regionales.</p> <p>Cuatro esferas de gobierno en salud: 1) Esfera nacional: Ministerio de Salud y Deporte como ente rector y formulador de normas; 2) Esfera departamental: Servicios Departamentales de Salud, deben dar respuestas ante las necesidades regionales. Están bajo la jurisdicción de los gobiernos departamentales y tienen dependencia técnica del Ministerio de Salud; 3) Esfera municipal: Administran los establecimientos de salud a través de los Directorios Locales de Salud; 4) Esfera indígena: garantiza una atención diferenciada para este grupo poblacional, fomentando la participación en la toma de decisiones.</p> <p>El Sistema Nacional de Salud está conformado por: El subsector público, que brinda servicios de salud a las personas que no están afiliadas al seguro social obligatorio; está encabezado por el Ministerio de Salud y Deportes con atribuciones para la formulación de políticas y regulación. El subsector de la seguridad social atiende a los trabajadores asalariados. Está conformado por 9 entes gestores (Cajas de Salud) y seguros delegados. El subsector privado corresponde a las compañías de seguro, las compañías de medicina prepaga y las organizaciones no gubernamentales. El subsector de medicina tradicional está bajo la responsabilidad del viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, que tiene como objetivo facilitar el acceso a una atención de salud equitativa a través de una red de establecimientos básicos de salud con adecuación y enfoque intercultural.</p>

Cuadro 2 – Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud de los países suramericanos (cont.)

País	Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud
Brasil	<p>República federativa, régimen presidencialista – Territorio dividido en 26 Estados + Distrito Federal y 5.564 municipios</p> <p>El Sistema Único de Salud, sector público, es de acceso universal y financiación fiscal, con tres niveles de gestión – la Unión, con el Ministerio de Salud, los 26 estados y los 5.564 municipios con correspondientes secretarías de salud y consejos de salud. Los tres entes federados tienen responsabilidades en salud. La concertación entre entes federados ocurre en la Comisión Inter-gestores Tripartita en nivel nacional y en Comisiones Inter-gestores Bipartitas en los estados. El Sistema Único de Salud tiene servicios públicos propios y contrata parte de los servicios privados especializados y hospitalarios. El sector privado está constituido por operadores de planes y seguros privados de salud prepagos con cobertura del 25% de la población y por servicios privados a los que se accede por pagos directos de bolsillo.</p>
Chile	<p>Estado Unitario, administración funcional y territorialmente descentralizada o desconcentrada – Territorio dividido en 15 regiones, 54 provincias, 345 municipalidades y 346 comunas</p> <p>Sistema de salud mixto: basado en el aseguramiento, existiendo una combinación público/privada, tanto en el financiamiento como en la provisión. El subsistema público se denomina Sistema Nacional de Servicios de Salud y está integrado por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes (29 servicios de salud; el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud el asegurador público, y la Superintendencia de Salud, que regula las aseguradoras. Subsistema privado: está compuesto por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que son las aseguradoras privadas, clínicas y centros médicos privados de provisión de servicios de salud y laboratorios y farmacias. Las Fuerzas Armadas y de Orden poseen, cada rama, una red de prestadores de diversa complejidad con regulación desde el Ministerio de Defensa. La Salud Laboral es gestionada por un régimen separado regido por el Ministerio de Trabajo con base en cotizaciones obligatorias efectuadas por Mutuales del Instituto de Normalización Previsional</p>
Colombia	<p>“Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.” (Art 1 Constitución, 1991). Colombia está compuesta por 32 departamentos, un Distrito Capital (Bogotá) y cuatro distritos especiales. Los departamentos están conformados por 1.102 municipios.</p> <p>Sistema de Salud: La arquitectura del sistema de salud colombiano propende por una alta especialización de las funciones de sus diferentes actores, la participación público privada en el aseguramiento y en la prestación de servicios y un mercado regulado a fin de lograr mayores niveles de eficiencia y calidad en su gestión.</p> <p>Corresponde a un sistema de competencia regulada compuesto por Empresas Promotoras de Salud (EPS), públicas y privadas que operan como aseguradoras y administradoras y contratan las instituciones prestadoras de servicios que proveen atención de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud (POS) diferenciado entre los regímenes contributivo y subsidiado (60%) (Agudelo et al 2011).</p>
Ecuador	<p>Estado constitucional unitario, intercultural y plurinacional organizado en forma de República y descentralizado – Territorio dividido en 24 provincias, cantones (municipios) y parroquias. En la nueva Constitución se introducen los gobiernos regionales que deberán constituirse en los próximos 8 años. El país está dividido en 170 áreas de salud</p> <p>Sistema de Salud: según el artículo 358 de la Constitución Nacional, el Sistema Nacional de Salud debe organizarse con base en la Atención Primaria de la Salud. Desde 2002 el Consejo Nacional de Salud busca promover consensos en las políticas públicas e impulsar mecanismos de coordinación para la organización y desarrollo del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Sistema mixto, compuesto por el Sector Público: Ministerio de Salud Pública; Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (dependiente del Ministerio de Defensa Nacional); Instituto de Seguridad Social de la Policía Federal (dependiente del Ministerio del Interior) y por el sector privado: Empresas de medicina prepaga, proveedores de seguros privados, consultorios, dispensarios, clínicas, hospitales y organizaciones sin fines de lucro, como la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer y la Cruz Roja Ecuatoriana; las dos primeras mantienen contratos de prestación de servicios y son reguladas, por el Ministerio de Salud Pública.</p>

Cuadro 2 – Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud de los países suramericanos (cont.)

País	Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud
Guyana	<p>República Cooperativa de Guyana – Territorio dividido en diez regiones. Cada región está administrada por un Congreso Democrático Regional. Las regiones están divididas en Consejos Democráticos del Vecindario.</p> <p>Sistema de Salud: sector público – la atención a salud en Guyana es proporcionada principalmente mediante un programa de salud financiado por el gobierno (Paquete de Servicios de Salud con Garantía Pública) a través del Ministerio de Salud en colaboración con los diez Consejos Democráticos Regionales, las Autoridades Regionales de Salud de cada Región y 6 agencias paraestatales. El sistema de salud de Guyana es descentralizado y la responsabilidad de financiar, dirigir y proveer servicios sanitarios recae sobre el Ministerio del Gobierno Local y Desarrollo Regional. El sistema está organizado en diez regiones de salud que proporcionan atención primaria, secundaria y terciaria de salud en 375 establecimientos distribuidos en cinco niveles asistenciales. El sector privado proporciona mediante pago directo algunos servicios de atención médica primaria y otros servicios especializados. El Ministerio trabaja conjuntamente con estas instituciones para ofrecer servicios que no están disponibles en el paquete con garantía pública, tales como cirugía cardíaca, diálisis o quimioterapia.</p>
Paraguay	<p>Estado Social de Derecho, unitario, indivisible y descentralizado con una democracia representativa, participativa y pluralista – Territorio dividido en 17 departamentos + Distrito Federal Asunción, que a su vez comprenden unidades territoriales denominadas distritos.</p> <p>Sistema de Salud: compuesto por sector público (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Sanidades Militar, Policial y de la Armada; Instituto de Previsión Social; Hospital de Clínicas y Centro Materno-infantil; Gobernaciones y Municipios); sector privado (entidades sin fines de lucro como ONG y las cooperativas, y entidades con fines de lucro que comprenden la medicina prepaga y proveedores privados) y sector mixto (Cruz Roja Paraguaya, que cuenta con financiamiento del Ministerio y de una fundación privada sin fines de lucro).</p>
Perú	<p>República democrática, social y soberana con gobierno unitario, representativo y descentralizado – Territorio organizado en 24 departamentos más 2 provincias con régimen especial (Lima Metropolitana y la Pcia. Constitucional de Callao), que a su vez se dividen en 195 provincias y 1.837 distritos.</p> <p>Sistema de salud mixto, compuesto por un Sector Público: Ministerio de Salud/Seguro Integral de Salud; Seguro Social de Salud, adscrito al Ministerio de Trabajo; Sanidades de Fuerzas Armadas adscritas al Ministerio de Defensa; Sanidad de la Policía Nacional del Perú adscrita al Ministerio del Interior. Y un sector privado que comprende a entidades prestadoras de salud, aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil.</p>
Suriname	<p>República con sistema representativo de tipo presidencial (democracia constitucional). Asamblea Nacional de 51 miembros elige al Presidente con una mayoría de dos tercios – Territorio dividido en 10 distritos a su vez subdivididos en 62 regiones.</p> <p>Sistema de salud: El sistema de salud consiste en subsistemas con diferentes modos de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud. Cada subsistema se especializa en un segmento poblacional distinto que depende de la localización geográfica, la inserción en el mercado de trabajo y el nivel de renta.</p> <p>Los proveedores públicos de atención primaria son los Servicios de Salud Regionales, una fundación estatal, y la Misión Médica, una ONG. Ambas instituciones son subsidiadas por el gobierno. Los proveedores privados de atención primaria son los médicos generalistas y algunas organizaciones no gubernamentales reconocidas por el gobierno, tales como la Fundación de Planificación Familiar. Las grandes empresas del sector privado prestan atención de salud a los empleados y las familias a través de consultorios propios. La atención secundaria se brinda a través de cinco hospitales generales, tres privados y dos públicos, todos ubicados en la zona costera. Para la atención terciaria es necesario recurrir a servicios en el exterior.</p>

Cuadro 2 – Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud de los países suramericanos (cont.)

País	Esferas de gobierno y estructura del sistema de salud
Uruguay	<p>Estado Unitario democrático, presidencialista – Territorio dividido en 19 departamentos organizados (Intendente municipal y alcaldes y Junta departamental).</p> <p>Sistema de Salud: Está compuesto por un sector público y uno privado. El principal prestador de salud público es la Administración de Servicios de Salud del Estado. El sector privado está dado por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva que son instituciones sin fines de lucro. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) se financia con aportes del Estado, hogares y empresas. EL Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) constituye el conjunto de prestaciones que deben garantizar a sus beneficiarios todas las instituciones como prestadoras integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Las obligaciones son idénticas tanto para prestadores públicos como privados que participan del SNIS.</p>
Venezuela	<p>República Bolivariana de Venezuela; Estado Social de Derecho y de Justicia, Democrático y Federal – Territorio organizado en 23 estados, un distrito capital (Caracas), dependencias federales (más de 300 islas) y 335 municipios y 1123 parroquias. El Poder Público se distribuye entre el Poder Municipal, el Poder Estadual y el Poder Nacional.</p> <p>Sistema de Salud: Conformado por dos subsistemas: el público y el privado. El Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) es conformado por las instituciones adscritas a la Administración Pública cuyo financiamiento proviene de recursos públicos, a saber: El Ministerio del Poder Popular para la Salud, principal prestador de servicios de salud. El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, adscrito al Ministerio del Trabajo. El Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación y el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas. El subsistema privado: es conformado por las instituciones prestadoras privadas, cuyo financiamiento proviene del pago directo de bolsillo o por empresas aseguradoras.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de las informaciones dos capítulos 2 a 13 de este libro

Funciones de los Ministerios de Salud

Al revisar las funciones de los ministerios de salud descritas en las presentaciones de los países en este libro, se observa que la gran mayoría de los ministerios son los órganos responsables de la rectoría del sistema de salud. La rectoría se manifiesta por la autoridad sanitaria del ministerio de salud y su capacidad de elaborar e implementar las políticas públicas, de regular, de legislar y de conducir el sistema para garantizar el derecho universal a la salud.

La redefinición de las funciones del Estado en salud en los años 1990 ha generado como prioridad precisar el rumbo hacia donde deben avanzar los sistemas de salud. La noción de **rectoría** involucra una profunda revisión de la simple función de dictar normas y requiere de mayor responsabilidad de los gobiernos nacionales, aunque inicialmente estaba a tono con la tendencia de los años 1990, cuando se planteaba con fuerza la mera separación de las funciones de financiación y prestación de servicios, la descentralización de los servicios, el desarrollo de seguros competitivos, la aparición de los seguros para cubrir a la población carenciada, la focalización y selectividad con paquetes mínimos.

Hoy, el Estado se enfrenta con la necesidad de definir con mayor precisión y resignificar las funciones que debe desarrollar para cumplir más eficazmente el rol de rectoría y garantizar el derecho a la salud, fundamentalmente ante la nueva ola de reformas que se implantan en algunos países. Los Sistemas Integrados de

Salud (Uruguay), el Sistema Único de Salud (Brasil), el Aseguramiento Universal de Salud (Perú), el AUGE, Acceso Universal con Garantías Explícitas (Chile), exigen del Estado, además de garantizar los derechos de los ciudadanos a través de leyes, una mayor capacidad de conducir, regular y llevar a cabo las funciones esenciales de salud pública correspondientes a la autoridad sanitaria.

Esa rectoría desempeñada por la máxima autoridad sanitaria nacional se compone de diversas acciones, entre las cuales se encuentran la conducción, definiendo prioridades políticas y objetivos; regulación, estableciendo reglas de juego para la provisión de bienes y servicios de salud y aseguramiento de la salud; cumpliendo con las funciones esenciales de salud pública; vigilando que el acceso a los servicios de salud esté garantizado y que no se presenten barreras de acceso; armonizando la provisión de servicios, recuperando la programación desde el modelo de atención, que fue abandonada desde la década de 1980, estableciendo los parámetros de referencia y contrarreferencia y para la conformación de redes de servicios, entre otros.

Por otra parte, el observado énfasis en la función rectora y la reducción de rol de los ministerios de salud como prestadores expresa, de alguna manera, la propuesta de “separación de funciones” generada en las reformas de la década de los noventa, que planteaban dejar a los ministerios de salud sólo la función rectora, pudiendo transferirse el resto de sus funciones a otros órganos y al sector privado.

Además, los ministerios de salud cumplen importantes funciones de la vigilancia sanitaria, la regulación de tecnologías y productos e insumos para la salud, la alineación y la coordinación de las relaciones internacionales y la cooperación internacional.

Otra función que aparece como importante, es la coordinación con las instituciones de educación a cargo de la formación científico-técnica de los profesionales y técnicos de la salud, tanto en pre como en postgrado. En algunos casos, minoritarios, los ministerios tienen instituciones para la formación de cuadros de dirección, tipo escuelas de gobierno, o escuelas de salud pública.

Asimismo, buena parte de los ministerios mantienen el desarrollo de programas y acciones de salud pública, en algunos casos en coordinación con niveles subnacionales, para temas como programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades, control de epidemias, inmunizaciones, etc.

En tres países (Ecuador, Venezuela y Paraguay), el Ministerio de Salud asume también la función de prestador de atención médica individual, constituyéndose en el principal prestador público. En general, la función es de autoridad sanitaria nacional, ejerciendo la rectoría, regulando el sistema y funciones de protección en salud colectiva. La totalidad de los ministerios de salud actúan en las áreas de vigilancia sanitaria, epidemiológica, ambiental, medicamentos, así como también en las relaciones internacionales.

Se observan también rasgos comunes en las prioridades actuales de las políticas de salud mencionadas por los ministerios de salud. Las prioridades de los ministerios de salud se pueden diferenciar en dos tipos: por un lado, las de tipo político organizativo, tales como eliminar la exclusión social, mejorar el acceso y la calidad, fortalecer la descentralización y la participación, promover la universalidad con modelos de atención integral y redes basadas en atención primaria y la acción sobre los determinantes de la salud; y por otro lado, en algunos países las prioridades están más centradas en lo asistencial, dirigidas a atender determinado tipo de procesos o patologías y a aumentar la cobertura.

Protección social en salud

En Suramérica, a diferencia de los países europeos, la universalización de la protección social en salud no se completó de modo uniforme. Si bien en algunos casos la cobertura formal alcanza a toda la población, los sistemas, en general, son fragmentados y segmentados. Los modelos clásicos europeos, ya sea el seguro social bismarckiano, con base en cotizaciones sociales obligatorias de empleados y empleadores, o el servicio nacional de salud beveridgiano, de acceso universal con base en la ciudadanía y financiado con recursos fiscales, influenciaron las políticas de salud de la región, pero no fueron plenamente implementados. A partir de los años 1930 y 1940, siguiendo el modelo del seguro social alemán (bismarckiano), se crearon seguros sociales en todos los países de Suramérica, con coberturas limitadas en salud que tan solo alcanzaron a cubrir un cuarto de la población. Hasta el presente, solamente 51,5% de la población ocupada en América Latina es afiliada a la seguridad social, según una estimación de la Cepal para 2008 (Cepal, 2010).

En los años 1950, bajo influencia de la experiencia del servicio nacional de salud británico, en Chile se constituyó el Servicio Nacional de Salud (1952), que se expandió en las décadas siguientes y universalizó la cobertura, pero fue resegmentado en el período de la dictadura militar (1973-1990) con la creación de aseguradoras privadas y la conformación de un sistema dual (Labra, 2002; Homedes y Ugalde, 2005b; Fleury, 2002). Los grados de solidaridad del sistema han sido otra vez incrementados por los gobiernos democráticos durante la última década (Sojo, 2011).

En los años 1970, por influencia de la Estrategia Salud para Todos en el Año 2000 y de la Conferencia de Atención Primaria de Alma-Ata, se observó una ampliación de la cobertura de los sistemas públicos con extensión de los servicios de salud a poblaciones marginadas y rurales, siguiendo los principios de la atención primaria de salud (APS) (Homedes y Ugalde, 2005b). En las décadas de 1980-1990, las reformas en salud vinculadas a los procesos de ajuste macroeconómico, bajo la presión de las instituciones financieras internacionales, pretendieron la reducción del tamaño y el rol del Estado y de los gastos públicos, con focalización y selectividad en la canasta de servicios. Se impusieron reformas de los sectores sociales, en

especial de la seguridad social, como condicionantes para los préstamos del Fondo Monetario Internacional (Levcovitz, 2005; Homedes y Ugalde, 2005a).

Las consecuencias de los ajustes estructurales en América Latina fueron el aumento de la pobreza, con deterioro del mercado de trabajo, el aumento de la informalidad y la concentración del ingreso, con un concomitante aumento de las desigualdades y de la violencia (Almeida, 2002).

La presión por transformar el rol del Estado en las políticas sociales y de salud se orientó en dos sentidos: desplazar el contexto institucional y político en el sector salud del nivel central al nivel local y desplazar de la esfera pública a la esfera privada (Fleury 2002). Las reformas en salud propuestas se centraron en la eficiencia económica, descentralización, separación de las funciones de financiamiento y provisión, introducción de mecanismos de mercado y de competencia, estímulo a una mayor participación del sector privado y recuperación de costos con implementación de copagos en los servicios públicos (Almeida, 2002).

A partir de los años 1980 se observó una tendencia de ampliación de la segmentación de la protección social en salud en Suramérica con la creación de seguros específicos para cobertura con paquetes básicos de determinados grupos poblacionales, como el grupo materno infantil o poblaciones en pobreza y extrema pobreza, además de la introducción del cobro en los servicios públicos de salud, siguiendo las orientaciones de las agencias financieras internacionales de focalización de la actuación del Estado, selectividad de la canasta y reducción del gasto público en salud (Soares, 2001).

Aunque se puedan identificar tendencias y características comunes en las reformas del período, el cariz de las reformas tiene muchos matices. Es importante reconocer que no se trata de procesos homogéneos: el punto de partida en lo referente a los actores políticos implicados, las instituciones participantes, las coberturas, gastos y beneficios es distinto. Y aún más importante, porque las políticas sociales resultan de opciones políticas basadas en valores apoyados por los actores involucrados en cada sociedad. No se constituyen solo a través de un arreglo técnico y organizativo (Fleury 2002:10).

Así, no todas las reformas de salud implementadas en los años 1980 y 1990 en América del Sur siguieron una misma agenda de privatización, selectividad y focalización. Fleury (2002) identifica tres principales modelos paradigmáticos de reformas de salud con cambios en los modelos de protección social en salud y diferentes repercusiones sobre la cobertura y equidad en este período en la región, denominados: dual, universal y plural.

En el **modelo dual chileno** de los años 1980 se privatizó el aseguramiento de los trabajadores del mercado formal con posibilidad de elección entre contribuir para seguros privados (Isapre) o contribuir al seguro público (Fonasa), produciéndose la ruptura de la solidaridad en el financiamiento. Los trabajadores que optan por

afiliarse a un seguro privado (Isapre), no contribuyen más para el seguro público, interrumpiéndose la redistribución entre trabajadores de mayor y menor renta. Otro efecto de esta forma de privatización fue la selección de riesgos, propia de los seguros privados, con concentración de contribuyentes de altos ingresos y bajo riesgo en las Isapres y mayor proporción de personas de la tercera edad, enfermos crónicos, mujeres y personas de baja renta en el seguro público (Fonasa) (Labra, 2005). Políticas recientes de los gobiernos democráticos buscaron contrarrestar estos impactos fortaleciendo al sector público (Fonasa), que alcanza en 2011 una cobertura del 75% de la población.

El otro modelo de reformas es el **pluralismo estructurado de la reforma colombiana**, de los años 1990, que incorporó los principios de la competencia regulada (Agudelo et al, 2011). En este modelo se buscó organizar la segmentación creándose un sistema de seguros públicos y privados diferenciados por grupo poblacional conforme al ingreso, con separación de funciones de conducción, aseguramiento y prestación. El Estado asume el papel de conducción y regulación. Aseguradoras privadas o públicas en competencia asumen las funciones de aseguramiento y compra de servicios. La población inserta en el mercado de trabajo formal cotiza obligatoriamente para el régimen contributivo y aporta una pequeña parte para un fondo solidario. Este fondo solidario financia el régimen subsidiado que cubre a los más pobres, seleccionados conforme el ingreso por los municipios. La cobertura es diferenciada entre los segmentos con Plan Obligatorio de Salud (POS) más restricto en el régimen subsidiado (60% del POS del régimen contributivo). Cada régimen tiene distintas aseguradoras, una canasta de servicios y una red de establecimientos de salud, cristalizando las desigualdades (Hernández, 2002).

Otra reforma emblemática de la protección social en salud fue el modelo de **cobertura universal con financiamiento fiscal implementado en la reforma sanitaria brasileña**, creando un servicio nacional de salud de tipo Beveridgiano con el objetivo de garantizar una protección universal. En Brasil, la creación de un sistema público universal de salud, el Sistema Único de Salud (SUS), estuvo directamente relacionada a las luchas de los movimientos sociales por el retorno de la democracia y por la conquista de la plena ciudadanía. Desde finales de la década de 1970, el Movimiento Sanitario brasileño construyó una avanzada agenda de reforma sanitaria, cuyo principal objetivo fue garantizar el acceso universal y gratuito a toda la población. Con la creación de Sistema Único de Salud (SUS), a partir de la Constitución Nacional, que define a **la salud como un derecho de todos y un deber del Estado**, se unificaron los servicios de salud de la previsión social y del Ministerio de Salud, rompiendo con la segmentación e instituyendo un sistema único universal. La Constitución Ciudadana de 1988 definió como principios del SUS: el derecho universal a la atención integral (preventiva y curativa) en todos los niveles de complejidad del sistema; la descentralización del sistema con dirección

única en cada esfera de gobierno, federal, estatal y municipal, y la participación de la sociedad civil en consejos municipales, estatales y nacional de salud. Cabe señalar que si bien el SUS ha logrado grandes avances desde 1988 a la fecha, cubriendo un amplio sector de la población antes sin derechos, subsisten importantes desafíos para garantizar el acceso universal a servicios de salud con calidad. Tal vez el indicador más expresivo de ello sea el porcentaje de población con planes privados de salud, que corresponde a 25% aproximadamente.

Como resultado de la configuración histórica regional y de reformas más recientes, los sistemas de salud de América del Sur adquieren diversos contornos, pero aún predominan sistemas segmentados con presencia de diversos subsistemas responsables por la protección de grupos poblacionales diferenciados conforme al ingreso, la inserción en el mercado de trabajo o por una característica biológica. Cada subsistema tiene distintas reglas de financiación y afiliación, acceso a la atención de la salud y red de servicios diferenciados de acuerdo con el nivel de ingreso y posición social, lo que genera desigualdades.

De manera general, los sistemas de salud están constituidos por: un sector del seguro social para la población del mercado formal de trabajo, un sector público que cubre en parte las personas en situación de pobreza y un sector privado utilizado por la población de más altos ingresos mediante el pago de primas de seguros privados, de la medicina prepaga o pago directo de bolsillo.

Con las reformas de los años 1980-1990, una parte de los países incorporaron otros segmentos de cobertura con seguros públicos para grupos específicos, en especial los grupos materno-infantil y adulto mayor y la población en situación de pobreza y pobreza extrema. Perdura aún en algunos países una importante proporción de la población excluida del acceso a los servicios de salud, que alcanzaba en el inicio de la década de 2000 hasta el 60% de la población (OPS, 2003).

Las características de la protección social en salud de los doce países de América del Sur se describen en el Cuadro 3 con base en las informaciones de los sistemas de salud presentadas en los respectivos capítulos en este libro.

Cuadro 3 – Protección social en salud en los países suramericanos

País	Protección social en salud – coberturas en salud
Argentina	<p>Subsector seguro social: para los trabajadores del mercado formal, cubre 55% de la población = 12% Obras Sociales Provinciales + 34% Obras Sociales Nacionales + 9% Programa de Asistencia Médica Integral para jubilados (PAMI).</p> <p>Subsector público: cubre el 35% de la población que no cuenta con seguro social de salud, en general los de menor renta, aunque formalmente su cobertura sea considerada universal; otros 2% son cubiertos por planes estatales de salud con garantías explícitas –Plan Nacer y Plan Federal de Salud.</p> <p>Subsector privado: empresas de medicina prepaga = 8% de la población Las Obras Sociales Nacionales y las empresas de medicina prepaga deben ofrecer el Programa Médico Obligatorio, que establece una canasta prestacional mínima</p>

Cuadro 3 – Protección social en salud en los países suramericanos (cont.)

País	Protección social en salud – coberturas en salud
Bolivia	<p>Están en funcionamiento seguros públicos y programas de protección social, entre ellos:</p> <p>El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), para menores de cinco años de edad y madres.</p> <p>El Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), para mayores de sesenta años</p> <p>El Programa Nacional del Bono Juana Azurduy, para reducir los índices de mortalidad materno-infantil.</p> <p>El Programa Multisectorial Desnutrición Cero, para erradicar la desnutrición crónica y aguda en menores de cinco años, con énfasis en los menores de dos años de edad.</p> <p>Seguros sociales o públicos cubren 42,5% de la población. Incluye la cobertura por: los seguros públicos, SUMI y SSPAM, que alcanza 11,9% de la población total; + Seguros sociales (previsión social) con diversas cajas de salud de contribución obligatoria para trabajadores formales que cubren 30,6% de la población. La brecha de cobertura es estimada en 57,5% de la población boliviana (exclusión en salud).</p> <p>La población de 0 a 4 años está 100% protegida: 78% por el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y 22% por la Seguridad Social. La población mayor de 60 años está 100% protegida: el 74% por la Seguridad Social y el 26% por el Seguro de Salud para el Adulto Mayor. Sin embargo, solamente 28% de la población de 5 a 59 años está protegida, cubierta por la Seguridad Social, lo que significa que 72% de la población entre estas edades no está cubierta.</p>
Brasil	<p>El Sistema Único de Salud (SUS) tiene cobertura universal con atención integral (de la atención básica hasta la alta complejidad, como trasplantes de órganos). Con la Constitución Ciudadana de 1988, que define la salud como derecho universal y deber del Estado, fueron unificadas las instituciones de salud del Seguro Social y del Ministerio de Salud.</p> <p>Además del acceso al SUS, 25% de la población tiene doble cobertura –compran planos/seguros privados de salud individuales o colectivos (en parte con premios pagados por empleadores).</p>
Chile	<p>Los seguros cubren 93% de la población: 74% de la población está afiliada al subsistema de seguro público (Fonasa) con aportes de cotizaciones de los trabajadores del sector formal y financiación fiscal para los grupos en situación de pobreza; 17% también mediante cotizaciones son afiliados a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que son empresas privadas de aseguramiento y prestación de servicios de salud; 2% pertenecen al sistema de salud de las Fuerzas Armadas 7% de la población se consideran “independientes” pues no están adscritos a ningún sistema de aseguramiento en salud.</p> <p>En 2005 entró en vigencia la ley de Garantías Explícitas en Salud, que establece un plan de salud obligatorio para las instituciones prestadoras de servicios de salud, indistintamente del sector público o privado. Actualmente otorga garantías explícitas respecto al acceso, oportunidad y calidad de la atención y a la protección financiera de la población para 69 patologías. En caso de no cumplimiento por Fonasa o Isapres, la ley establece los canales y cursos de reclamación.</p>
Colombia	<p>Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en 2011: 96% de la población total.</p> <p>Régimen Contributivo: cubre el 42,6%, orientado a trabajadores del sector formal y sus familias o población con capacidad de pago. Financiado con base en contribuciones de las empresas y los trabajadores.</p> <p>Régimen Subsidiado: cubre el 48,4%, orientado a dar cobertura de la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago.</p> <p>Regímenes especiales: cubren 4,8%, incluyen sistemas de salud independientes de las fuerzas militares, los empleados del magisterio y la empresa colombiana de petróleo.</p> <p>Desde 2007 – subsidios parciales con extensión de cobertura de aseguramiento con financiamiento federal.</p> <p>El Plan Obligatorio de Salud (POS) del régimen subsidiado corresponde al 60% del POS del régimen contributivo. Para el año 2012, la unidad de pago por capitación (UPC) tuvo un valor promedio de USD 266 para el régimen contributivo y de USD 159 para el subsidiado.</p>

Cuadro 3 – Protección social en salud en los países suramericanos (cont.)

País	Protección social en salud – coberturas en salud
Ecuador	<p>Población con cobertura de algún tipo de seguro de salud en 2010: 30%. Incluye: seguros sociales – Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS): 17,6% , de afiliación obligatoria para los trabajadores formales, condicionada a contribuciones del trabajador y del empleador; + Seguro Social Campesino (SSC): 6,5%; afilia a los trabajadores rurales con cobertura familiar; + Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas: 1,6%; + Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional : 1,8 %; y seguros privados: sector privado prepago: 8,2%</p> <p>El Ministerio de Salud Pública en teoría ofrece cobertura a toda la población ecuatoriana. Es el principal proveedor de servicios, tanto preventivos como curativos, a la población abierta más pobre (70% que no tiene derechohabencia en otros subsectores).</p> <p>Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (1994): cobertura universal de mujeres durante el embarazo, parto y postparto, y a los niños menores de 5 años de todo el país, con atenciones específicas a este ciclo de vida.</p> <p>El Programa de Protección Social en Salud para enfermedades catastróficas, manejado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, garantiza gratuidad para problemas de salud seleccionados como trasplantes y malformaciones congénitas.</p>
Guyana	<p>La atención de la salud en Guyana es principalmente proporcionada mediante un programa de salud financiado por el Gobierno (Paquete de Servicios de Salud con Garantía Pública) a través del Ministerio de Salud, en colaboración con los Consejos Democráticos Regionales (RDC).</p> <p>El acceso a la mayoría de los servicios de nivel terciario se realiza de forma privada o en el extranjero y se cubre mediante gasto de bolsillo o a través de seguros privados provistos por algunos empleadores.</p> <p>El Plan Nacional de Seguridad Social (<i>National Insurance Scheme</i> - NIS), que provee pensiones a los trabajadores formales, reembolsa a los pacientes por gastos relacionados con la salud en establecimientos privados, pero contribuye poco al financiamiento del sector salud.</p>
Paraguay	<p>Coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión. La cobertura de atención a la salud para un 95% de la población total del país, está a cargo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) y del Instituto de Previsión Social (IPS).</p> <p>En 2010, según la Encuesta Permanente de Hogares, 16,4% de la población estaba cubierta en salud por el seguro social IPS y 7% por otro tipo de seguro médico (privado, o militar o laboral). Así el MSPBS estaría a cargo del 76% de la población no asegurada, pero hay brechas de cobertura.</p>
Perú	<p>El aseguramiento en salud en el país se hace mediante tres sistemas: el Seguro Integral de Salud, público, focalizado en la población en condición de pobreza; el sistema contributivo, mediante la Seguridad Social (EsSalud) para los trabajadores formales; el sistema privado.</p> <p>En conjunto los seguros cubren el 64,7% de la población (2010): 39,3% de la población está cubierto por el Seguro Integral de Salud + 20,7% de la población está cubierta mediante la Seguridad Social (EsSalud) + 4,7% por otros seguros.</p> <p>La población peruana ingresa en cualquiera de los tres regímenes, según su capacidad de pago. Con la Ley del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) de 2011 se conforma gradualmente un sistema regulado con un solo plan de beneficios (que acepta planes complementarios menores) ofrecido por aseguradores públicos y privados.</p> <p>El Aseguramiento Universal en Salud (AUS) de 2011 garantiza un paquete básico de atenciones contenidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que alcanza al 65% de la carga de enfermedad del país y el 80% de la demanda del primer nivel de atención en salud. Adicionalmente, la Ley de AUS prevé la cobertura de enfermedades de alto costo, que se hará mediante el Fondo Intangible Solidario de Salud, el cual inicialmente está atendiendo el tratamiento de cinco tipos de cáncer y la insuficiencia renal crónica.</p>
Suriname	<p>El 64% de la población total está cubierto por algún tipo de seguro de salud y 36% no están asegurados o desconocen si lo están. Existen varios esquemas de seguro. El Fondo Estatal de Salud (SZF) cubre 21% de la población –todos los empleados gubernamentales y sus dependientes– y está disponible para el público en general. El Ministerio de Asuntos Sociales y Habitación (MSA), el mayor proveedor de fondos para la atención de salud del gobierno, cubre 24% de la población –provee a los pobres o casi pobres, garantizando que la población en desventaja económica tenga acceso a cuidados de salud subvencionados por el Estado. Planes médicos de las empresas cubren 10%; Misión Médica cubre 6%; seguros privados 3%.</p>

Cuadro 3 – Protección social en salud en los países suramericanos (cont.)

País	Protección social en salud – coberturas en salud
Uruguay	<p>96% de la población está afiliada a algún tipo de seguro: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), servicio descentralizado del Ministerio de Salud Pública, Sanidad Militar y Policía o seguro privado (hay dobles coberturas).</p> <p>Si se separan entre coberturas públicas y privadas: en 2011, están cubiertas por el Seguro Nacional de Salud (FONASA) el 53% de la población total; otros 30% están cubiertos por los servicios públicos de ASSE. Así, el 83% de los uruguayos están cubiertos por esquemas públicos (47% IAMC/Fonasa, 34% ASSE, 1,3% Seguros privado/Fonasa), si se considera la Sanidad Militar y de la Policía, que cubre 7% se alcanza el 90% de la población cubierta por un esquema público (aunque los prestadores y proveedores de seguros puedan ser públicos o privados). Por prepagos IAMC y seguros privados no Fonasa están cubiertos otro 13% de la población.</p> <p>La Ley 18.211 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud definió la incorporación gradual al Seguro Nacional de Salud. Empezó con todos los trabajadores formales y los hijos menores de 18 años de los trabajadores privados, posteriormente se incorporó a los cónyuges de los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud y los trabajadores comprendidos en otros seguros convencionales (cajas de auxilio). La Ley 18.731 de 2011 prevé la incorporación progresiva de jubilados y pensionistas al Seguro Nacional de Salud, finalizando la incorporación de todo el colectivo hacia 2016.</p> <p>La cobertura a través del Seguro Nacional de Salud, con las incorporaciones previstas al 2016, será del 71% de la población. El resto de la población, accede a otras opciones de cobertura de acuerdo a su nivel socio-económico a través del prestador público (ASSE) financiado por presupuesto nacional, o socio individual a través de pago de bolsillo de un seguro privado.</p> <p>El Fondo Nacional de Recursos es un sistema de reaseguro de cobertura universal que cubre procedimientos altamente especializados (tecnología de mayor costo y baja prevalencia).</p>
Venezuela	<p>El Plan Nacional de Salud asume a Barrio Adentro como la estrategia de construcción de la nueva institucionalidad en salud y eje articulador del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), con un modelo de atención integral y continua, con énfasis en la atención ambulatoria integral de calidad, familiar y comunitaria, con cobertura universal y gratuita.</p> <p>El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), organismo autónomo adscrito al Ministerio del Poder Popular para el Trabajo, fue creado para prestar servicios de salud a los trabajadores formales a nivel nacional, ya sean del sector público o del privado, y a sus familiares, no obstante, por decisión del Ejecutivo Nacional, desde el año 2000 este organismo presta servicios de salud a toda la población que así lo requiera.</p> <p>En el SPNS los servicios se organizan a través de una red estratificada por niveles de complejidad donde se articulan todos los prestadores de servicios bajo los principios de reciprocidad, complementariedad, solidaridad y equidad.</p> <p>Además de la cobertura universal del SNPS, estimaciones para el año 2005 indicaban que 32% de la población tenía algún tipo de seguros salud: el Instituto Venezolano de Seguridad Social (IVSS) cubría a 17,5% de la población, los seguros médicos privados a 11,7% y 2,4% de la población tenía doble cobertura (IVSS y seguro privado) (Bonvecchio et al 2011).</p> <p>El Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación y el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas son órganos de la administración descentralizada adscritos al Ministerio del Poder Popular para la Educación y para la Defensa, respectivamente, que prestan servicios de salud a la población afiliada y sus familiares.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de las informaciones de los capítulos 2 a 13 de este libro.

El Cuadro 4 sintetiza las coberturas por tipo de protección en los doce países de la región sudamericana. Los seguros sociales, con base en cotizaciones sociales obligatorias, proporcionales al ingreso, de empleados y/o de empleadores, reciben distintas denominaciones, como Previsión Social, Seguridad Social, Obras Sociales y Cajas de Salud, y están presentes en la mayor parte de los países, paralelamente a

otros esquemas de aseguramiento. En los países donde no se implantaron reformas importantes en el aseguramiento, la cobertura por seguros sociales actualmente varía entre el 20% y el 55% (Argentina). En países que constituyeron seguros integrados, la cobertura del seguro social alcanza más del 70% de la población (Uruguay y Chile).

En cinco países se encuentran vigentes coberturas de seguros focalizados en la población en situación de pobreza y pobreza extrema, o seguros públicos para grupos específicos, como el seguro materno-infantil o el seguro para adulto mayor. Su cobertura varía del 12% al 39% de la población.

Las coberturas por parte de los Ministerios de Salud y de las esferas gubernamentales subnacionales tienen distintas configuraciones. El acceso puede ser universal o restringido. En cinco países se afirma que el acceso a los servicios del Ministerio de Salud y de otras esferas de gobierno es libre para todos los ciudadanos, pero en general este sector se responsabiliza por la cobertura de los grupos poblacionales más pobres que no cuentan con ningún seguro de salud: del 35% hasta el 76% de la población, destacándose Brasil y Venezuela. En el caso de Brasil, la creación del Sistema Único de Salud de acceso universal incorporó a los establecimientos de salud de la Previsión Social y provee atención integral al 100% de la población. A pesar de ello, 25% de la población, perteneciente a los grupos de ingresos más elevados, tiene doble cobertura: el SUS y seguros privados voluntarios con primas pagas por empresas empleadoras o por contratos individuales. Venezuela se destaca por la constitución del Sistema Público Nacional de Salud y por la apertura de los servicios de salud del Instituto Venezolano de Seguridad Social (IVSS) a toda la población, universalizando su acceso. En dos países hay cobro en los servicios públicos para la población no asegurada en los seguros públicos focalizados.

La cobertura por seguros privados es baja en la mayoría de los países, cubriendo las parcelas de ingresos más elevados; varía entre 5% y 25% de la población. Los seguros privados suelen tener distintas características, pero en general se constituyen en empresas de medicina prepaga. Pueden ser pagados por los individuos o por las empresas empleadoras, como ocurre en Brasil, que tiene un mercado de seguros y planes privados de salud amplio.

Es necesario destacar que, en algunos casos, la financiación es pública, mediante cotizaciones compulsorias proporcionales al ingreso (pagas por el trabajar y/o empleador), pero la aseguradora puede ser pública o privada, con o sin fines de lucro, como en Colombia, Uruguay y Chile. En el caso de Chile, las cotizaciones obligatorias que se canalizan a las Isapres se convierten en planes individuales que permiten la selección de riesgos, donde es necesario aportar una prima adicional que depende del riesgo individual, por lo que aquí se las definió como coberturas por seguros privados.

Cuadro 4 – Coberturas en salud en los países suramericanos

País	Cobertura por seguros sociales (previsión social o seguridad social)	Cobertura por seguros focalizados en población en situación de pobreza o grupo específico	Cobertura del Ministerio de Salud y/ esferas gubernamentales subnacionales	Cobertura por seguros privados y prepagas
Argentina	55% Obras Sociales	2% con garantías explícitas en planes estatales de salud – Plan Nacer y Plan Federal de Salud	Acceso universal (principalmente el 35% sin otras coberturas)	8%
Bolivia	30,6% Cajas de Salud	11,9% SUMI y SSPAM Materno-infantil hasta 21 años y adulto mayor	Cobro en los servicios públicos para los no asegurados hasta el año 2011 (57,5% exclusión en salud)	...
Brasil	–	–	100% SUS acceso universal (principalmente el 75% sin otra cobertura)	25% (voluntarios – pagos por las empresas o individuos)
Chile	74% Fonasa/Minsa	–	–	17% ISAPRE (obligatorio)
Colombia	42,6%, régimen contributivo (las aseguradoras pueden ser públicas o privadas) 4% regímenes especiales	48,4% régimen subsidiado (financiado con recursos fiscales, subsidios cruzados y contribuciones)	–	3% seguros privados voluntarios
Ecuador	17,6% IESS 6,5% SSC 3,4% FFAA y POL	Materno infantil hasta 5 años	Acceso universal 70%	8,2%
Guyana	Plan Nacional de Seguridad Social (National Insurance Scheme – NIS) para trabajadores formales	...	Paquete de Servicios de Salud con Garantía Pública por MS y regiones	Seguros privados provistos por algunos empleadores cubren servicios terciarios
Paraguay	16,4% IPS	–	Acceso universal 76%	7% (privado y FFAA)
Perú	20,7% EsSalud	39,3% SIS (pobres)	Cobro en los servicios públicos para los no asegurados	4,7% (otros seguros)
Suriname	21% Fondo Estatal de Salud SZF	Ministerio de Asuntos Sociales y Habitación (MSA) 24% 6% Misión Médica (MZ)	Hay copagos en servicios públicos	10% plan médico de empresas 3% seguros privados
Uruguay	53% cubierto por el Seguro Nacional de Salud /Fonasa (47% IAMC/Fonasa, 5% ASSE/Fonasa, 1,3% Seguros privado/Fonasa) 7% Sanidad Militar y Policía	–	30% ASSE no Fonasa	12% prepagas IAMC 1% seguros privados no Fonasa
Venezuela	30% IVSS, IPASME, IPSFA	–	Sistema Público Nacional de Salud acceso universal, integra los servicios del IVSS	Seguros privados, primas de seguros canceladas por empresas privadas o públicas o órganos del Estado

Fuente: elaboración propia a partir de las informaciones de los capítulos 2 a 13 de este libro y Agudelo et al (2011).

En la actualidad, en un nuevo contexto político y social desde mediados de los años 2000 –con la consolidación de las democracias y la presencia de gobiernos comprometidos con la reducción de las desigualdades sociales– la cobertura universal ha pasado a constituir una preocupación de todos los gobiernos y todos los países de América del Sur llevan adelante iniciativas para alcanzarla. La segmentación del sistema con distintas coberturas es destacada como un problema por la mayoría de los países en los documentos presentados.

Los caminos para el alcance de la universalidad en salud todavía son diversos. Se observan dos principales tendencias para la universalización en la región, con distintas repercusiones sobre el derecho a la salud. Por una parte, garantizar la cobertura por medio de seguros diversificados, en general con paquetes heterogéneos y dirigidos a distintos grupos poblacionales, segmentados por alguna característica específica o por nivel de ingreso. Por otra parte, prosperan iniciativas de construcción de sistemas únicos, públicos y universales con la ampliación de la cobertura del sistema público e integración de las redes de provisión de servicios de salud del Ministerio de Salud y del seguro social.

FINANCIAMIENTO EN SALUD

La protección social en salud está vinculada al modelo de financiamiento en salud del país, que a su vez es determinante de la universalidad en todas sus dimensiones de cobertura: amplitud, profundidad y nivel (OMS, 2008). Cuando analizamos la financiación, es necesario preguntar: ¿Cuál es la proporción de la población cubierta por el esquema público de protección a salud? ¿Qué proporción de los servicios de salud personales y colectivos necesarios está cubierta públicamente? ¿Cuál es la proporción de los gastos públicos en el total de gastos en salud en el país?

Al cotejar los modelos de financiación en salud en los doce países de la Unasur presentados en este libro, no es posible responder a cada una de estas preguntas, pues las informaciones sobre financiación de la salud aún no son plenamente conocidas en los países. A pesar de ello, podemos hacer algunas aproximaciones que, aun cuando nos muestran que estamos lejos de la universalidad, también nos indican que hemos avanzado, alcanzando proporciones cada vez más amplias de segmentos poblacionales cubiertos, como se evidenció en el análisis de la protección social en salud en la sección anterior.

Hay dificultades en los países para contabilizar de modo sistemático los gastos nacionales en salud. En general, la información primaria sobre el gasto en salud es fragmentada, no consolidada en un sistema de cuentas nacionales de salud, y existen diferentes relevamientos y fuentes de información que conducen a estimaciones inconsistentes. Esta dificultad es más importante en el relevamiento de los gastos privados en salud, especialmente para conocer los gastos en salud de los hogares, lo

que exige la realización de encuestas nacionales de hogares específicas para la salud, que no siempre se realizan con periodicidad. Existen algunas iniciativas recientes de los países para mejorar estos datos. Por ejemplo, el Ministerio de Salud de la Nación en Argentina realizó en 2004/2005 un relevamiento con encuestas sobre utilización y gasto de salud de los hogares, que repitió en 2010, lo que permite evaluar su evolución.

En los últimos años, la OPS ofreció asistencia técnica a los países para la preparación de estudios sobre el gasto nacional y la financiación en salud y para el desarrollo de cuentas nacionales en salud. Asimismo, mantiene bases de datos regionales con información sobre el gasto nacional de salud y sobre el comercio internacional de bienes y servicios relacionados con la salud (OPS, 2003). Como resultado de estos esfuerzos, diversos países disponen de informes sobre cuentas nacionales en salud, que sin embargo, no siempre son actualizados o realizados de forma rutinaria. La falta de información fidedigna resulta en estimaciones dispares entre diversas fuentes, o incluso entre publicaciones de una misma organización para distintos años, como es el caso de las Estadísticas Mundiales de Salud de la OMS. La ausencia de relevamiento de información sistemático y periódico dificulta el seguimiento de las reformas y el monitoreo efectivo de la evolución de las coberturas.

Además, la definición de qué es gasto privado y qué es gasto público en salud puede ser distinta entre los diferentes países. Por una parte, hay cuestiones de falta de claridad conceptual acerca de qué es público o privado. Un ejemplo de esta situación es cuando se considera a las cotizaciones obligatorias para la previsión social como gastos de los hogares y, por lo tanto, se las contabiliza como gastos privados, cuando en realidad constituyen gastos públicos. Por otra parte, la definición no es sencilla debido a las diversas combinaciones público-privado que caracterizan a nuestros sistemas de salud, con subsidios públicos a esquemas privados, superposiciones de coberturas y uso de servicios privados y públicos, principalmente por parte de segmentos de la población de ingreso más elevado.

El Cuadro 5 sintetiza las informaciones de los países sobre la composición del gasto en salud y sus fuentes de financiación. Es importante alertar que la posibilidad de comparación entre los países es limitada debido a la carencia de datos confiables, como ya mencionamos, y por diferencias en la contabilización de los gastos. En algunos países se consideran solo gastos en servicios de salud y en otros suelen incorporarse otros componentes, como la formación en salud o la investigación.

Como se señaló anteriormente, el modelo de financiamiento es inseparable del modelo de protección en salud, que en general, en nuestros países, es segmentado con combinaciones de coberturas con afiliación y recursos provenientes de cotizaciones para la seguridad social, recursos fiscales y pagos de bolsillo –directos al prestador en el acto del uso, o indirectos en la forma de primas a seguros privados e instituciones de medicina prepaga.

Cuadro 5 – Financiamiento en salud en los países suramericanos

País	Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes
Argentina	<p>Gasto total en salud: según diferentes estimaciones, el gasto total en servicios de salud en Argentina, medido como porcentaje del PIB, para el año 2009 se ubica entre el 8,6% y 9,4%. El gasto público en salud, sumado al de la seguridad social, tiene participación promedio, del orden del 4,8% del PBI, destacándose 2009 como el año de mayor participación con el 6,2%, mientras que 2003 y 2004 registran la menor relevancia con el 4,3% y 4,2%, respectivamente. El gasto público en salud, incluyendo la seguridad social, representa aproximadamente el 70% del gasto total en salud.</p> <p>Gasto privado en salud: entre el 35% y el 28% de gasto de bolsillo.</p> <p>Fuentes: Atención Pública de la Salud: rentas generales y créditos internacionales. Obras Sociales Nacionales: aportes del trabajador (3% del salario) y del empleador (6% del salario). PAMI-INSS-JP: aportes de los trabajadores en actividad (5% del salario, 3% aporte personal y 2% patronal); el aporte de los pasivos, que varían entre 6% y 3% de sus ingresos; y contribuciones del tesoro nacional.</p> <p>Gratuidad de los servicios públicos.</p>
Bolivia	<p>Los gastos totales en salud como proporción del PIB en 2008 fueron de 4,6%, correspondiendo el 1,8% al gasto público en salud, el 1,3% al gasto de la Seguridad Social en salud y el 1,5% al gasto privado en salud.</p> <p>Gastos en salud 2008: subsector público 42%, subsector Seguridad Social 28%, subsector privado 30%.</p> <p>Gratuidad: en la Constitución se menciona que el sistema único de salud será gratuito, pero hasta el 2011, la población no beneficiaria de los seguros SUMI y SSPAM realiza pagos por atención médica en los establecimientos públicos de salud.</p>
Brasil	<p>Los gastos totales en salud como proporción del PIB en 2008 fueron de 8,4%.</p> <p>La financiación pública en salud es 3,67% del PIB, con participación del Gobierno Federal (1,67%), los estados (0,93%) y municipios (1,07%).</p> <p>Esto corresponde a 56% de gastos privados y 44% gastos públicos en salud</p> <p>Fuentes: El SUS se financia por las tres esferas de gobierno: la Unión cubre 44,8% de los gastos con acciones y servicios de salud, los estados 25,6% y los municipios 29,6% (2008). Las fuentes de financiación federal son tributaciones sociales, tales como la Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social (Cofins) (35%), Contribución sobre el Lucro Líquido de las empresas (CSLL) (35%) y fuentes fiscales (20%). Gratuidad de los servicios públicos</p>
Chile	<p>En gasto total en salud significó para el año 2007 el 6,6% del PIB. El aporte público total correspondió al 56% del financiamiento total y el aporte privado alcanzó un 44% (2006).</p> <p>Fuentes públicas: i) aporte público <i>o fiscal directo</i> (26%) a partir de la recaudación de impuestos generales (aportes municipales y del Gobierno Central) ii) <i>aporte público indirecto</i> (30%) –cotizaciones obligatorias que efectúan los trabajadores y las empresas (2006).</p> <p>Fuentes privadas: i) aportes directos (40%) –gastos de bolsillo de las personas con copagos de la atención médica asociada a los planes de salud de las ISAPRE y de FONASA, gastos en medicamentos y pagos de atención particular y ii) aportes indirectos (4%) –cotizaciones adicionales voluntarias de los afiliados a ISAPRE para mejorar la cobertura de su plan de salud y pago de las primas de seguros privados de salud.</p> <p>Hay copagos de las atenciones médicas de ISAPREs y de FONASA.</p>
Colombia	<p>El gasto total en salud está entre 7% (2010) y 6,4% del PIB (2009). El gasto público corresponde a 84% del gasto total en salud y el gasto privado a 16% del gasto total en salud (2009).</p> <p>Fuentes: régimen contributivo – cotizaciones de empleadores (8,5%) y empleados (4%) sobre el salario mensual, pensionados cotizan con 12% del ingreso; régimen subsidiado – recursos fiscales nacionales transferidos a departamentos y municipalidades, recursos propios de las esferas subnacionales y 1,5 puntos de la cotización de los afiliados al régimen contributivo, que son trasladados a la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.</p> <p>Hay copagos.</p>

CUADRO 5 – Financiamiento en salud en los países suramericanos (cont.)

País	Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes
Ecuador	<p>El gasto total en salud es de 8,5% del PIB.</p> <p>El gasto público es de 4,5% del PIB, correspondiendo a 52% del gasto total en salud.</p> <p>El gasto privado representa el 48% del gasto total en salud</p> <p>Fuentes: para el Sector Público, impuestos generales y específicos y cotizaciones a los seguros sociales públicos. Para el sector privado, primas a algún tipo de seguro privado, copago por servicios asegurados, pago directo por servicios prestados, pagos complementarios (medicamentos insumos), primas al seguro de accidentes de tránsito.</p> <p>Gratuidad de los servicios públicos.</p>
Guyana	<p>Gasto público en salud (2007): 5,3% del PIB, lo que correspondería a 73% de gasto público.</p> <p>Gasto privado en salud (2010): 2,0% del PIB, lo que correspondería a 27% de gasto privado (OPS, 2011).</p> <p>Fuentes: los ingresos provenientes de impuestos generales y las contribuciones a la seguridad social constituyen la mayoría de la financiación de salud. El financiamiento público a través de donaciones externas representa una importante fuente de financiamiento. En 2009, los recursos de donaciones externas correspondieron a 48% de los gastos en salud. 12% de los gastos son gastos de bolsillo. Hay copagos en servicios públicos.</p>
Paraguay	<p>Gasto total en salud: 7,4% del PIB (2009).</p> <p>Gasto público en salud: 3,4% del PIB, lo que corresponde a 46% del gasto público.</p> <p>Gasto privado en salud: 4,0% PIB, lo que corresponde a 54% de gasto privado.</p> <p>Gratuidad de los servicios públicos.</p>
Perú	<p>Para el año 2010, el gasto total en salud corresponde a 5,2% del PIB, con participación en el PIB del gasto público de 2,9% y del gasto privado de 2,3%. Los gastos públicos correspondieron a 55,8% del total de gastos en salud y los gastos privados a 44,2%.</p> <p>Las fuentes públicas incluyen: fuentes, nacionales, provinciales/departamentales, municipales, impuestos generales y cotizaciones a la seguridad social. Las fuentes privadas corresponden a gasto de bolsillo (75%) y a primas de seguros privados. En 2005, los recursos para el financiamiento de la atención a la salud provinieron 30,7% del gobierno, 34,2% de los hogares y 30,5% de los empleadores.</p> <p>Cobro de los servicios públicos para los no asegurados.</p>
Suriname	<p>El gasto total en salud en 2006 representó 8,5% del PIB. La distribución de gastos públicos y privados en el gasto total en salud fue de 42,6% del sector público, 53,8% del sector privado y 3,6% de organizaciones no gubernamentales.</p> <p>Fuentes: Los recursos del sector salud provienen del Ministerio de Hacienda, 37,5%, seguido por el aporte de empresas particulares con 34,1%, y de pagos directos de bolsillo 20% (2006).</p> <p>Hay copagos en los servicios públicos</p>
Uruguay	<p>Gastos totales en salud: 7,5% del PIB (2008), correspondiendo a 63,8% de gastos públicos y al 36,2% gastos privados.</p> <p>Fuentes: Para los gastos públicos, las principales fuentes son los impuestos generales y departamentales (40%) y la Seguridad Social (57%). Los recursos de la Seguridad Social provienen de contribuciones de los empleadores (40%), contribuciones de los empleados (36%) y transferencias del Gobierno (19%). Los gastos privados corresponden a los gastos de hogares con prepagos (52%), copagos (13%) y gastos de bolsillo directos (34%).</p> <p>El cambio en el modelo de financiamiento del sistema de salud con la creación del SNIS se reflejó en los resultados de las Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008, con incremento del financiamiento público vía impuestos y seguridad social y disminución del gasto privado de los hogares y de la brecha del gasto per cápita entre públicos y privados, mejorando la equidad.</p>

Cuadro 5 – Financiamiento en salud en los países suramericanos (cont.)

País	Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes
Venezuela	<p>El financiamiento público de los programas sociales y, por lo tanto, el de salud, se ha elevado considerablemente en los últimos años. A los recursos asignados por vía presupuestaria se han sumado los aportes procedentes de los ingresos petroleros extraordinarios.</p> <p>Para el 2003, la Nación invertía alrededor del 3,4% del PIB en salud, gasto que se ha incrementado considerablemente luego de ese período, estimándose en algunos casos incrementos de casi un 100%.</p> <p>Dentro del gasto público en salud, el 61% corresponde al Ministerio del Poder Popular para la Salud, 21% al Fondo de Salud del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y el restante 18% a diversos aportes a servicios de salud y aseguramiento de diversos órganos de la administración pública nacional.</p> <p>La participación del aseguramiento privado no se puede subestimar en el país; un porcentaje corresponde a las primas de seguros privados canceladas por órganos, entes y empresas del Estado, que por convenciones colectivas cubren a sus trabajadores con este tipo de pólizas.</p> <p>Gratuidad de los servicios públicos: La Constitución concibe la salud como un derecho, por lo tanto, no existe la figura de pagos o copagos dentro del SPNS; reglamentación expresa prohíbe cobrar por cualquier servicio de salud en los establecimientos públicos.</p>

Fuente: elaboración propia a partir de las informaciones dos capítulos 2 a 13 de este libro y OPS, 2011 Indicadores y Datos Básicos.

La participación de los gastos totales en salud en el PIB en nuestros países es muy diversa, variando del 4% al 9% (Cuadro 5 y Tabla 1). Consideradas las limitaciones de los datos disponibles, es difícil delinear una tendencia general de su evolución reciente. Para este análisis, tomamos como base las Estadísticas de Salud divulgadas por la OMS (2011), que aun con reticencia, ofrecen datos de diversos años, permitiendo una comparación a lo largo del tiempo (Tabla 1). En siete países, el gasto en salud entre 2000 y 2008 no acompaña la evolución del PIB lo que implica una reducción de su participación en el PIB. En algunos casos, como informa el Ministerio de Salud Pública del Uruguay, aun con un aumento sustantivo de gastos públicos en el período, la menor participación de los gastos en salud en el PIB ocurre debido a un ritmo más intenso del crecimiento económico del país. Hay que recordar que el gasto en salud en América Latina es muy procíclico, por lo que es vulnerable a las crisis económicas, con ajustes postcrisis con cierto rezago (Sojo, 2011).

La composición del gasto en salud informa sobre el **nivel de cobertura** del financiamiento público y constituye una de las dimensiones de la universalidad (OMS, 2008). En la mitad de los países de Suramérica, la participación del gasto público en el total de gastos en salud no alcanza al 50%, lo que es preocupante. A pesar de ello y de que la participación privada permanezca elevada, se observa un aumento de la participación pública en nueve de los doce países para el periodo 2000-2008 (Tabla 1), lo que señala una tendencia de mejora en la cobertura pública en la región.

Entre los gastos privados en salud, es elevada la participación de pagos directos de bolsillo en el acto de la utilización, principalmente para la compra de medi-

camentos, correspondiendo a un 50% a 97% de los gastos privados en los doce países (OMS, 2011). Esto evidencia una importante brecha de equidad, pues estos gastos son altamente regresivos, con más impacto sobre los estratos poblacionales de ingresos más bajos. Lo que indica que, además de la necesidad de mejorar la cobertura pública de la asistencia farmacéutica, urge emprender acciones concertadas entre los países de la región frente a los productores de insumos (industria de equipamiento y farmacéutica) para reducir los precios de los medicamentos y garantizar el acceso.

Tabla 1 – Gasto en salud en los países suramericanos, Estadísticas Mundiales de Salud de la OMS, 2000 y 2008

Países	Gasto total en salud % del PIB		% Gasto privado en salud	
	2000	2008	2000	2008
Argentina	7,7	7,4	52,1	42,7
Bolivia	6,1	4,5	39,9	30,8
Brasil	7,2	8,4	59,7	56,0
Chile	6,6	7,5	47,9	56,0
Colombia	6,8	5,9	19,1	16,1
Ecuador	4,2	5,7	68,8	54,0
Guyana	5,5	8,1	15,5	12,3
Paraguay	9,2	6,0	59,9	59,9
Perú	4,7	4,5	41,3	40,6
Suriname	8,0	7,2	51,2	52,6
Uruguay	11,2	7,8	45,4	36,9
Venezuela	5,7	5,4	58,5	55,1

Fuente: OMS, 2011. Estadísticas Mundiales de Salud 2011.

El gasto público en salud como proporción del PIB en Suramérica varía entre 1,8% y 4,8%, lo que puede considerarse bajo o muy bajo en comparación con sistemas de salud que alcanzaron cobertura pública universal en países desarrollados de industrialización avanzada. Otros datos de la Cepal que examinan la evolución media del gasto público en salud en 21 países de América Latina y el Caribe indican una participación media en el PIB de 3,39% en 2005, con bajo incremento desde 1990, cuando correspondía a 3,06% (Sojo, 2011).

Como se puede observar en la Tabla 2, los países de Europa occidental garantizan cobertura pública universal en salud por medio de sistemas nacionales de salud, también intitulados servicios nacionales de salud, que en Suramérica denominamos Sistema Único de Salud (SUS), o por medio de seguros sociales de salud. En estos países de cobertura pública universal, la participación del gasto público en los gastos totales de salud es de 70% a 85%, con participación del gasto público en el PIB de 7% a 9% (Tabla 2).

A pesar de que las realidades económicas, sociales y políticas son muy distintas y no permiten comparaciones, la confrontación con estos datos de participación del gasto público en salud en países con sistemas universales indica que, considerada la producción de riqueza nacional, nuestra inversión pública en salud es muy baja. Para el alcance de la universalidad con equidad necesitamos aumentar drásticamente la financiación pública de la salud en nuestros países. En este sentido, se puede decir que, las barreras a superar son más políticas que económicas, pues es en la arena política donde se procesa la pugna por la distribución de recursos entre los sectores.

Tabla 2 – Gasto en salud y coberturas del sistema público de salud de países seleccionados, 2009

Países	Gasto total en salud % PIB	Gasto público en salud % PIB	Gasto público en salud % gasto total	Cobertura pública en salud % población	Modelo de protección social en salud
Alemania	11,6	8,9	76,9	89,6	Seguro social
Austria	11,0	8,5	77,7	98,0	Seguro social
Bélgica	10,9	8,2	75,1	99,0	Seguro social
Canadá	11,4	8,0	70,6	100,0	Seguro nacional de salud
Dinamarca	11,5	9,8	85,0	100,0	SUS
España	9,5	7,0	73,6	99,5	SUS
EUA	17,4	8,3	47,7	27,3	Seguros focalizados en pobres y mayores
Francia	11,8	9,2	77,9	99,9	Seguro social
Holanda	12,0	7,5	62,3	62,1	Combinación de seguros – social y privado
Italia	9,5	7,4	77,9	100,0	SUS
Noruega	9,6	8,1	84,1	100,0	SUS
Portugal	10,1	7,0	65,1	100,0	SUS
Reino Unido	9,8	8,2	84,1	100,0	SUS
Suecia	10,0	8,2	81,5	100,0	SUS

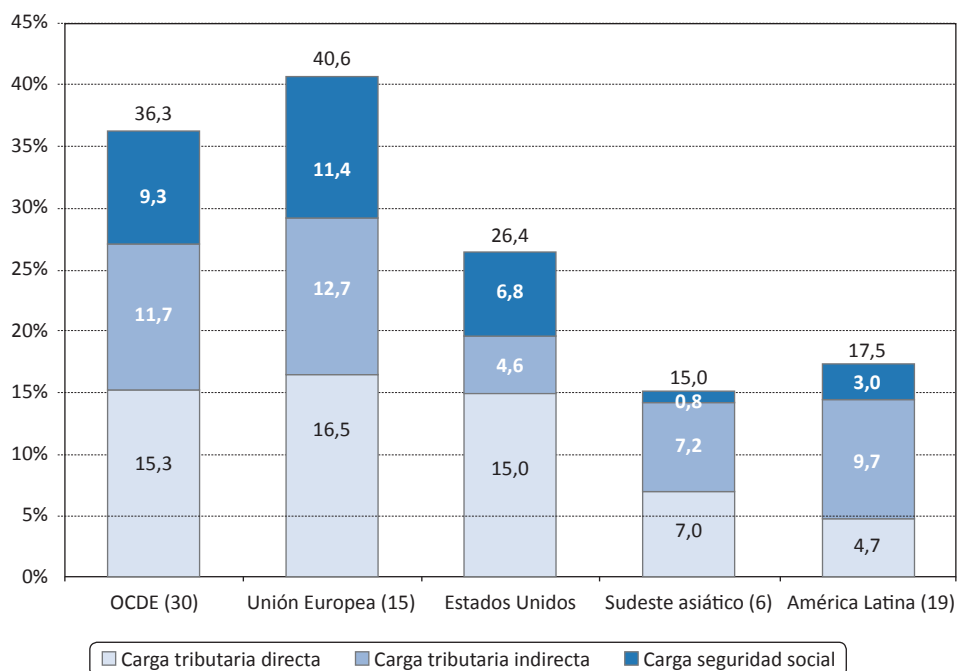
Fuente: OECD Health Data, 2011.

Una de las dificultades para ampliar el gasto público en salud está en la baja carga tributaria de nuestros países. En comparación con otras regiones del mundo, como se puede observar en el Gráfico 1, elaborado por Ana Sojo con datos de la Cepal, la carga tributaria en América Latina es solo cerca de 17% del PIB, mientras en los países de la OECD es, en promedio, 36%, lo que restringe la posibilidad de intervención estatal en salud en nuestra región (Sojo, 2010). En América Latina, la composición de la carga tributaria entre recaudación de la seguridad social (3% del PIB), carga tributaria directa correspondiente a impuestos sobre la renta y patrimonio (4,7% del PIB) y carga tributaria indirecta correspondiente a impuestos de valor

agregado sobre el consumo de bienes y servicios (9,7% del PIB) indica regresividad en la tributación (Gráfico 1). Los impuestos sobre el consumo tienen características regresivas pues cargan igualmente a todos los ciudadanos, independientemente de su nivel de ingreso. En América Latina es muy elevada la participación de estos impuestos (55%) en la carga tributaria. En contraste, en los países de la OECD los impuestos sobre el consumo corresponden al 32% de la carga tributaria.

Considerando la alta regresividad de nuestros sistemas tributarios, que acentúa las desigualdades, simultáneamente al aumento de recursos públicos para la salud, es necesario construir un sistema tributario y fiscal más justo que permita más equidad y un aumento substancial en el volumen de recursos, como destaca Fleury (2011). Las condiciones financieras no pueden ser tomadas como un dato a priori, ineluctable. La universalización nos es prisionera de una elección trágica entre derechos y restricciones financieras, argumenta Fleury (2011), pues la pugna por derechos igualitarios exige nuevas reflexiones sobre las formas de recaudación y asignación de los recursos públicos. *“El paso siguiente que tanto sanitaristas como juristas deberán tomar como parte de la trayectoria de la universalidad de la salud es, por supuesto, la discusión de las finanzas públicas, no como límite, pero como expansión de la esfera pública igualitaria”* (Fleury, 2011: 2687).

Gráfico 1 – Comparación internacional de la carga tributaria en % del PIB por tipo de fuente, 2010



Fuente: datos de Cepal, 2006. Gráfico extraído de: Sojo A. Desafíos de la protección social para la cohesión social y pacto de cohesión social. 2010.

UNIVERSALIDAD, INTEGRALIDAD Y EQUIDAD – DESAFÍOS PARA LOS SISTEMAS DE SALUD

Universalidad

El Consejo de Salud Suramericano (Unasur Salud) defiende la Salud como derecho fundamental del ser humano y de la sociedad y componente fundamental del desarrollo humano. Pretende consolidar Suramérica como un espacio de integración que contribuya a la salud para todos y al desarrollo y ha asumido la universalidad como uno de los rasgos fundamentales que debe caracterizar a los sistemas de salud.

La universalidad ha ganado relevancia gracias a las experiencias exitosas de construcción de sistemas universales de salud. Como lo señala Roemer (1991) los sistemas universales parecen ser el mejor modelo para proteger y promover la salud de la población. Esto implica una combinación de ampliación de la cobertura poblacional, el espectro de los servicios ofrecidos y el financiamiento público que preferiblemente debe provenir de los impuestos generales.

En América Latina, los mayores avances en materia de universalidad con integralidad y equidad están representados por los Sistemas Únicos de Salud (SUS) –con los ejemplos de Cuba y Brasil, y que se pretende poner en marcha en países como Venezuela, Bolivia y Ecuador. Esos países plantean en sus constituciones la creación de sistemas públicos universales. Los **sistemas públicos universales** se caracterizan por una modalidad organizativa con rectoría del Ministerio de Salud e intervención de las tres esferas territoriales del Estado (federal, departamental, municipal) para integrar todas las funciones del sistema, que van desde la definición de políticas hasta la prestación de servicios, con financiamiento que proviene de los impuestos generales de la Nación y reforzando el principio de la integralidad, garantizando desde la promoción hasta la rehabilitación de la salud.

Sin embargo, a pesar de que la universalidad y la prestación pública de servicios es más eficiente (Basu et al, 2012) y es imprescindible para garantizar el derecho a la salud y la mejor estrategia hacia la equidad, las reformas impulsadas por los organismos financieros internacionales en los noventa, desarrollaron con fuerza la noción de “aseguramiento” proponiendo seguros diferenciados para grupos poblacionales específicos y diversos países de la región han acogido la propuesta de “aseguramiento universal” y “pluralismo estructurado”. En esta concepción, la cobertura poblacional universal es resultante de la suma de diversos modelos de aseguramiento, con coberturas parciales de servicios, que varían en cada país dependiendo de factores tales como aportes y nivel de renta de los grupos poblacionales, carga de enfermedad, costo beneficio, etc. Desde esa perspectiva, es importante aclarar la diferencia entre “aseguramiento universal” y “sistema público universal de salud” porque existe cierta confusión. Los “sistemas públicos universales de salud” nacen de una concepción colectiva y de derecho ciudadano, del derecho humano

a la salud, son la expresión del “pensamiento colectivo y de la medicina social”, mientras que el “aseguramiento” surge de una concepción individual, donde cada persona debe afiliarse y cotizar o demostrar su condición de pobreza para recibir un subsidio para el pago de las primas. Estas modalidades de aseguramiento no tienen similitudes con los sistemas sociales de aseguramiento europeos, donde se consigue la universalidad combinando esquemas de aseguramiento a la población trabajadora, con beneficios que se extienden a toda la población dando paso al aseguramiento universal. La realidad de América Latina es diferente, predomina el trabajo informal y precario, sin seguridad social.

Otra dimensión importante es la relacionada con la cobertura que alcanzan estos sistemas. En los “sistemas públicos universales de salud” la cobertura es total, tanto en términos de población como de servicios, no clasifica ni restringe, pues todo lo que existe en el sistema está disponible para todos, siguiendo, por supuesto, criterios de racionalidad basados en las necesidades de las personas y definiendo claramente los mecanismos y puertas de entrada para el acceso a cada nivel de atención. En el caso del aseguramiento, que puede denominarse “universal”, pues en algunos sistemas cubre nominalmente a toda la población, en general no abarca todas las prestaciones sino una serie de paquetes básicos o pisos mínimos, diferenciados conforme al aporte o nivel de ingreso de los grupos poblacionales, por lo que la universalidad, en este caso, no se concretiza. Además, al estar enfocado en una perspectiva individual de la asistencia médica, el aseguramiento tiende a concentrar los servicios en la atención individual y en áreas urbanas y no como una verdadera red presente en el territorio, descuidando las labores de la salud pública, de la promoción de la salud y la acción sobre su determinación social y sumando a la barrera económica, las barreras geográficas y culturales.

En cuanto al financiamiento, el “sistema público universal de salud” se sostiene con las contribuciones de toda la sociedad a través de sus impuestos (sobre la renta y consumo), que van al Tesoro General de la Nación y, mediante el esfuerzo dedicado a la producción, al desarrollo de la cultura, al cuidado de la familia y otros aportes no tangibles o expresados en valores distintos al monetario. Es un sistema intrínsecamente solidario, donde el acceso a los servicios es determinado por las necesidades en salud y no por el monto de la contribución individual. Además, se entiende que el aporte a la salud supera la simple cuestión del dinero, pues muchas personas, aparte del pago de impuestos, aportan también cumpliendo funciones imprescindibles para el mantenimiento de la vida y, por ende, de la salud.

En el caso de cotizaciones para los seguros, al final, quien paga por la salud de los asegurados son todos los ciudadanos. Muchas veces pareciera que es el empleador quien asume o comparte este gasto, como inversión en la salud de sus trabajadores, pero a la larga es la sociedad entera la que sustenta esos aportes al convertirse en consumidora y pagadora de los bienes y servicios producidos por las empresas, que

multiplican los costos reales de lo que producen, obteniendo ganancias que superan con creces sus gastos de producción, incluido lo que destinan a salud y a otros compromisos de función social. A pesar de esto, es común que élites trabajadoras en la mayoría de los países latinoamericanos se resistan a perder los beneficios del aseguramiento que generalmente es expresión de sus reivindicaciones de clase y se rehúsen a ser acogidas por un sistema único y universal que garantice la salud de toda la población, independientemente de su rol en la sociedad. Se dan entonces, alrededor de los sistemas universales y públicos, grandes contradicciones que expresan los intereses particulares de determinados grupos sociales; el más notable de ellos es representado por el “complejo médico industrial” y sus inversiones en salud, pero incluso sectores de marcado compromiso histórico con la lucha por la justicia e igualdad se enfrentan en algunos países a los intereses generales de los pueblos, que pujan por defender la universalidad de sus derechos. Por supuesto, estas contradicciones, que deben resolverse en el seno de la propia sociedad, ilustran la dimensión histórica de cómo el sistema de salud constituye una arena de poder, de pugnas distributivas y, simultáneamente, un espacio posible para construir una nueva sociedad y un nuevo Estado.

Integralidad

Un segundo rasgo que debe caracterizar los sistemas de salud es la integralidad. Tal como se señalara anteriormente, muchas veces se habla del derecho a la salud entendiéndolo más como el derecho a la atención a la enfermedad y, eventualmente, como el cuidado del bienestar físico y mental de las personas, y se pierde de vista que el derecho a la salud forma parte del derecho a la vida, comprendida esta en toda la dimensión de la existencia humana dentro de un espacio que va más allá de lo individual: la persona en su entorno familiar, comunitario, como parte de la naturaleza y el universo. Visto de este modo, no es posible lograr un buen estado de salud en la población sin las labores de promoción y de acción sobre la determinación social de la salud. Tampoco puede concebirse la integralidad sin dar cabida a los cursos de la vida, a la interculturalidad, al rescate de la medicina tradicional de los pueblos, junto con procesos para mejorar la calidad y la organización de los servicios salud en verdaderas redes, desde el espacio comunitario y familiar, hasta los centros de especialización.

La intersectorialidad es imprescindible para el alcance de la integralidad, pues para la promoción de la salud es necesario incidir sobre los determinantes sociales, lo que requiere acción intersectorial. Se debe dejar de lado la idea que el sector salud es el centro de las coordinaciones con otros sectores. Lo que se requiere es una articulación permanente en la cual el sector salud se constituya en una fuerza para las demás áreas del desarrollo social, que otros sectores la convoquen como eje para el avance de las políticas sociales e incluso para la discusión de las

grandes políticas macroeconómicas y de desarrollo que se definen por el Estado y la sociedad.

En resumen, y como lo plantea la OMS en su Informe de 2008 (OMS, 2008:28s), la universalidad de un sistema de salud involucra las dimensiones de amplitud, universalidad y nivel de cobertura:

- i) la **amplitud de la cobertura** poblacional por fondos públicos solidarios (cotizaciones para seguros sociales e impuestos), es decir, la proporción de la población que goza de protección social en salud;
- ii) la **profundidad de la cobertura**, esto es, la garantía de la gama de servicios requeridos en respuesta a las necesidades de salud individuales y colectivas para garantizar una atención integral;
- iii) y el **nivel de cobertura** del financiamiento público, o sea, la participación de los gastos públicos en el total de gastos en salud en el país (OMS, 2008:28s). Cuanto más amplia es la proporción de gastos públicos y menor la participación de pagos directos de bolsillo que son altamente regresivos, más extensa la cobertura: más universal.

La integralidad de la atención es un componente de la cobertura universal; si no se la garantiza, la amplitud de la universalidad estará comprometida. La equidad en el acceso a los servicios de salud, a su vez, es dependiente de la amplitud y del nivel de la universalidad. Cuanto mayor es la proporción de población cubierta por aseguramiento público y la proporción de gastos públicos en el conjunto de los gastos en salud, tendencialmente mayor será la equidad en el acceso a servicios de salud en conformidad con las necesidades de salud para los distintos grupos poblacionales, independientemente de su nivel de ingreso. Desde esa perspectiva, universalidad, integralidad y equidad son interdependientes.

Equidad

En 1991, Margareth Whitehead, produjo un texto fundamental para la investigación en el campo de la equidad en salud. La autora distinguió entre desigualdades que pueden ser injustas y aquellas que no lo son porque no presentan una relación causal con las diferencias de clase o no son el producto de una intervención humana. La *equidad en salud* se refiere a la idea de que todos los individuos de una sociedad deben tener la misma oportunidad de desarrollar su pleno potencial de salud; en ese sentido, la acción hacia la equidad en salud pone el acento en la reducción de las diferencias innecesarias, evitables e injustas denominadas “inequidades en salud” (Whitehead, 1991; Evans et al, 2000; Braveman y Gruskin, 2003). Las teorizaciones de Whitehead abrieron la vía para una investigación más profunda de lo que se llamará, a fines de los años 1990, determinantes sociales de salud (Ruiz, 2011).

La equidad en salud puede ser entendida en dos grandes dimensiones con determinaciones distintas: i) equidad en el estado de salud y ii) equidad en la atención a la salud (Travassos, 1997). La equidad en el estado de salud implica que todos los ciudadanos tengan la misma oportunidad de desarrollar su pleno potencial de salud y corresponde a la inexistencia de diferencias/desigualdades evitables en los riesgos, morbilidad y mortalidad entre grupos poblacionales. Es socialmente determinada y su superación va más allá de las fronteras del sistema de servicios de salud, comprometiendo al desarrollo de políticas sociales y económicas integradas y a la acción intersectorial.

Los grados de equidad en el acceso y uso de servicios de salud, a su vez, están determinados por los modelos de financiamiento de los sistemas y de protección social en salud (Sojo, 2011). La equidad en el acceso a los servicios de salud puede definirse como la igualdad de acceso y uso de servicios de salud para quienes posean iguales necesidades de salud, independientemente de su capacidad de pago. Está relacionada a características del sistema de salud y de la protección social en salud y es dependiente de la vigencia de los principios de solidaridad y justicia social. En síntesis:

“[...] las desigualdades en salud reflejan fuertemente las desigualdades sociales, y, debido a la relativa efectividad de las acciones en salud, la igualdad en el uso de los servicios de salud es condición importante, pero no suficiente, para disminuir las desigualdades existentes entre los grupos sociales en el enfermarse y morir.” (Travassos, 1997).

Las desigualdades sociales en América del Sur, así como en toda América Latina, son profundas, con altísimas disparidades en salud debido al gran número de muertes tempranas prevenibles en los estratos más desfavorecidos. El índice de Gini¹ y la razón de ingresos entre los grupos poblaciones más ricos y los más pobres en nuestros países son de los más elevados del mundo.

La mayoría de nuestros países presenta un índice de Gini superior al 0,500 (Tabla 3), lo que indica un elevado grado de desigualdad económica. Uruguay y Venezuela se destacan por presentar los índices más bajos, es decir, de menor desigualdad. Para comprender la intensidad de las desigualdades en nuestra región, se puede realizar una comparación con los países europeos. Por ejemplo en España, en 2010, el índice de Gini era 0,317. O sea, aun con los efectos de la reciente crisis económica, España permanece con desigualdades muy por debajo de las magnitudes encontradas en nuestros países. Los países escandinavos, como por ejemplo Dinamarca (0,248), y los del este europeo, como la República Checa (0,246), son los menos desiguales (OECDstat, 2012).

Aun con estas desigualdades profundas en Suramérica, se observó entre 1999 y 2010 una reducción de las desigualdades de ingreso (medidas por el índice de Gini) en nueve de los diez países con datos presentados en la Tabla 3.

Otro indicador muy ilustrativo de estas desigualdades es la razón entre el ingreso del 20% más rico y el 20% más pobre de la población. En algunos países de Suramérica alcanza más de 20 veces, mientras que en Canadá, por ejemplo, esta razón es de apenas 5 veces. Según estos indicadores Colombia, Bolivia y Brasil son los países más desiguales; Uruguay y Venezuela los menos desiguales (Cepal, 2011). Sin embargo, los esfuerzos recientes para reducir la pobreza tuvieron efectos positivos y se observa una tendencia de reducción de la concentración del ingreso en todos los países de Suramérica, como se puede observar en la Tabla 3.

Tabla 3 – Indicadores de desigualdades sociales en Suramérica

Países	Índice de Gini ¹		Razón de ingreso 20% superior/ 20% inferior ²	
	1999*	2010*	2005-2007	2006-2009
Argentina**	0,539	0,509	14,7	12,3
Bolivia	0,586	0,565	22,4	21,9
Brasil	0,639	0,576	19,4	17,4
Chile	0,564	0,524	13,8	13,6
Colombia	0,572	0,578	26,6	24,6
Ecuador**	0,526	0,485	17,2	12,9
Guyana	...	...	...	...
Paraguay	0,558	0,533	16,9	15,0
Perú	0,525	0,458	15,4	13,5
Suriname	...	0,550	...	...
Uruguay**	0,440	0,422	12,0	8,6
Venezuela	0,498	0,394	10,0	10,0

Fuente: ¹Cepal 2011. Estadísticas para América Latina y Caribe 2011. ²OPS, 2011.

* Último año disponible; ** Índice de Gini de la población urbana

Estas profundas desigualdades económicas y sociales impactan en la salud produciendo importantes iniquidades con brechas en la mortalidad y morbilidad de los diferentes estratos sociales, con muertes en edades más tempranas en los grupos de estratos socioeconómicos de ingresos más bajos. En las presentaciones de la mayoría de los países se indican inequidades en salud de género, entre etnias, áreas geográficas y territorios. No obstante, las inequidades sociales en salud entre grupos de estratos de ingresos distintos son abordadas muy tímidamente o no se mencionan.

La promoción de la equidad en salud es condicionada por la intensidad y las posibilidades de participación social en salud. Los sistemas de salud se distinguen también por el grado de *participación social* que propician. De una u otra manera, el tema de la participación social aparece visible en casi todas las propuestas de reformas de sistema de salud, bajo distintos términos.

La experiencia suramericana demuestra que la participación es básicamente un problema de poder, de capacidad real de las organizaciones sociales para decidir. La participación, la redistribución del poder y la capacidad de decisión son factores claves para una verdadera participación transformadora de los sistemas de salud. Desde esa perspectiva, la construcción de una nueva institucionalidad de gestión hace imprescindible comprender los planteos de las personas en su entorno cotidiano, como lo expresan los pueblos originarios:

“Como base de la vida, de la economía, de la política, avanzaremos en la construcción del ejercicio directo de la soberanía desde nuestras comunidades, para construir la unidad, la responsabilidad y el bien común, el Vivir Bien para todas, todos [...]. A las comunidades nos toca generar nuestras propuestas conforme nuestras raíces e identidad. Con nuestras propias manos y corazones, construir una sociedad soberana que se administrará y se planificará en armonía con el individuo, la naturaleza y el cosmos.” (MRE Bolivia 2010)

DETERMINACIÓN SOCIAL Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Promover la equidad exige incidir sobre los determinantes sociales de la salud, debate que tiene tradición en nuestra región. En América Latina, la medicina social promovió durante los años 1970, el concepto de *determinación social de la enfermedad*, que tornó visible la relación entre la estructura social y la salud, y recuperó categorías como “sistema económico”, “trabajo” y “clase social”, que habían sido desterradas de los modelos de salud pública vigentes (Breilh, 1979, 2008). Las definiciones de la atención primaria de la salud de la Conferencia de Alma-Ata en 1978 y de la promoción de la salud, en 1986, resaltan un abordaje de la salud como concepto positivo y fuente de riqueza para la vida cotidiana, que no se reduce al mero sector sanitario sino que apunta al bienestar general, sobrepasando el cambio comportamental individual, asociando la salud fuertemente al desarrollo y como una de sus condiciones. En 1992, la Primera Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud, realizada en Santa Fe de Bogotá, resaltó los desafíos particulares de la promoción para la región, tales como “transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos a los fines sociales de bienestar para todos, así como trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo” (Declaración de Bogotá: 1).

Desde finales del siglo XIX, distintos exponentes de la medicina social, como Louis René Villermé, en Francia (1782-1863), Edwin Chadwick (1800-1890), en Inglaterra y Rudolf Virchow (1821-1902), en Alemania, se preocuparon por definir la medicina como una ciencia social y analizar el impacto que tienen las condiciones de vida de las personas en su estado de salud. Durante el siglo XX, estudios fundadores de nuevos paradigmas de la intervención en salud –tales como el Informe

Lalonde, producido en Canadá, en 1974, y el Black Report, realizado en Inglaterra, en 1980– mostraron el importante papel de los contextos sociales y políticos en el estado de salud de la población y el reducido impacto de los servicios de salud en el mejoramiento de la situación de salud. Esos antecedentes y algunas otras iniciativas abrieron el camino para la identificación de herramientas que permitieran trabajar con una concepción ampliada de salud y de los determinantes sociales de la salud (Ruiz, 2011).

En la región latinoamericana, durante los años 1990, el predominio de modelos de reforma neoliberales ejerció una presión importante en la reducción de estas propuestas ampliadas (APS; promoción de la salud; determinantes sociales de salud) que recién comenzaron a retomarse a inicios de los años 2000, luego del comprobado fracaso de las reformas pro mercado implementadas (Iriart y col., 2001; Homedes y Ugalde, 2005a; 2005b).

Los determinantes sociales de salud fueron definidos por Tarlov (1996) como las “*características sociales dentro de las cuales tiene lugar la vida*”; Akerman y colaboradores (2010), avanzan y señalan que esas características son producidas por la intervención humana y están íntimamente relacionadas a los modos de organización de una sociedad dada. Para la OMS, los determinantes más importantes son los que dan lugar a una estratificación dentro de la sociedad, llamados *estructurales*, como la distribución de ingresos, la discriminación y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas, “*estos mecanismos estructurales que influyen en las posiciones sociales de los individuos constituyen la causa principal de las inequidades en salud*” (OMS, 2011:2). Buss y Pellegrini (2007:81) señalan que “*el factor más importante para explicar la situación sanitaria general de un país no es su riqueza total sino el modo en que ella se distribuye*”. Conocer ese complejo de mediaciones puede permitir identificar “puntos” donde intervenir a través de políticas que permitan reducir las inequidades en el ámbito de la salud (Akerman et al, 2010).

En 2005, la Organización Mundial de la Salud creó la Comisión de Determinantes Sociales de Salud con el objetivo de priorizar la perspectiva de los determinantes sociales y apoyar a los países en la implantación de enfoques amplios que puedan hacer frente a los problemas de salud teniendo en cuenta sus raíces sociales y medio-ambientales (OMS, 2005ab; Ruiz, 2011). En octubre de 2011, la declaración de Rio, emanada de la Conferencia Mundial de Determinantes Sociales de Salud en Brasil, identificó cinco esferas de actividad fundamentales para el abordaje de las inequidades sanitarias entre las que se destacan la necesidad de una mejor gobernanza, la participación en la formulación y aplicación de las políticas y la reorientación del sector salud con foco en la reducción de las inequidades sanitarias (OMS, 2011). La Declaración de Rio destaca la necesidad de adoptar un enfoque intersectorial integral para el abordaje de los determinantes sociales de salud y la importancia de

contar con sistemas de salud de buena calidad, universales, integrales, equitativos, eficaces, receptivos y accesibles (OMS, 2011).

La potencialidad de intervenir sobre los determinantes sociales de la salud está condicionada por las características de los sistemas de salud. El análisis de los modelos dominantes de los sistemas de salud pública existentes en los países permite distinguir aquellos que priorizan un enfoque individualista de gestión de riesgo de aquellos que se orientan hacia enfoques ampliados de determinantes sociales de salud. Un análisis realizado por Raphael y Bryant (2006) evidencia que los modelos de sistemas de salud pública fuertemente enfocados en el individuo y en las predisposiciones biológicas/genéticas, sin tener en cuenta los factores estructurales sobre los que se organiza la sociedad y la distribución de los recursos sociales, tendrán dificultades para elaborar políticas públicas favorecedoras de la salud. Por su parte, Navarro (2007), al analizar los componentes clave de una política nacional de salud, señala la dificultad de la mayoría de los países para implementar intervenciones amplias que superen el mero cambio comportamental individual y atribuye esta situación tanto a la visibilidad que pueden tener las acciones en pos de cambios comportamentales, como a la desresponsabilización de las instituciones públicas con respecto a este tipo de cambio.

Tanto Raphael y Bryant (2006), como Navarro (2007), señalan la existencia de impactos de la acción gubernamental como resultado de la elección de algunos tipos de intervenciones en lugar de otros, o de ciertos modelos de salud pública en lugar de otros. Señalan que los modelos más abiertos de salud pública –preocupados con los factores relacionados a la organización misma de la sociedad, que buscan comprender y cambiar el modo en que la distribución de la riqueza y de la salud se realiza en el seno de la sociedad– son los sistemas que estarán más capacitados para la elaboración de políticas que consideren los determinantes sociales de la salud. En ellos, dos elementos revisten gran importancia: la acción intersectorial y la consideración de la promoción de la salud como estructural, preocupada por los determinantes sociales y no solo enfocada al cambio comportamental individual (Ruiz, 2011).

Los determinantes sociales en los países de Suramérica

El análisis de los documentos presentados por los países para la elaboración de este libro muestra que el tema de los determinantes sociales de salud es de reciente incorporación y aún se lo aborda tímidamente. La mayoría de los países identifica la acción sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) como una acción focalizada en las clases sociales desfavorecidas, a través de programas de distribución del ingreso (como ejemplo pueden mencionarse el “Plan jefes y jefas de hogar”, de Argentina, “Bolsa Familia”. en Brasil, “Chile Solidario”, en Chile, etc.).

Algunos países mencionan la existencia de programas para facilitar el acceso a la vivienda, al empleo y a la educación. Aun considerando que esas políticas constituyen

iniciativas eficaces para incidir en los DSS, no se avanza en la puesta en marcha de evaluaciones que permitan identificar de qué modo y con qué alcance esas políticas impactan en la salud de la población a la que están dirigidas. La ausencia de ese tipo de estudios hace difícil identificar nuevas modalidades de políticas públicas con incidencia en los DSS. La evaluación de estas políticas y programas, la identificación de cómo se beneficia la población y cómo impacta en su salud, no forman parte aún de la agenda de los países, lo que dificulta el conocimiento de qué se necesita cambiar en las políticas actualmente vigentes o cómo podrían ser mejoradas.

Gran parte de los países reduce la descripción de su trabajo sobre DSS a la mención de los programas y políticas implementados para la obtención de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Evidentemente, los ODM constituyen una excelente “puerta de entrada” para el trabajo con los DSS, pero sería interesante partir desde allí hacia otros campos de políticas que aborden, incluso, a los determinantes estructurales de la sociedad.

En la mayoría de los países de Sudamérica se observan en los últimos años transformaciones, no solo en el sector salud sino también, y fundamentalmente, en aspectos constitucionales relacionados con la salud. Esas transformaciones muestran una preocupación por identificar a la salud como un derecho, por su universalización o a la universalización de la cobertura, al trabajo intersectorial, a la responsabilización del Estado por la salud de los ciudadanos, entre otros. Las transformaciones que han tenido lugar hasta ahora muestran la búsqueda e implementación de nuevos modelos de salud pública, más amplios y con una preocupación explícita por el desarrollo con equidad. Es, por lo tanto, un momento favorable de la región para el abordaje de los DSS en las políticas, programas nacionales y regionales, dirigidos a disminuir las inequidades en salud. Algunos elementos de este momento favorable son: 1) se reconoce que el gran problema de la región son las desigualdades sociales y de salud y existe consenso en la necesidad de implementar políticas para enfrentarlas y disminuirlas; 2) el papel del Estado se ha ampliado y fortalecido en los últimos años en el campo de la salud y en las políticas sociales en general; y 3) existe un mayor interés en incorporar a los DSS en las políticas públicas (Ruiz, 2011).

Como se mencionó anteriormente, las desigualdades sociales y de salud continúan siendo una marca que distingue a la región latinoamericana de otras regiones del mundo. A pesar de ello, sorprende la poca mención explícita en los documentos de los países. Esto sugiere que el enfrentamiento de las desigualdades requiere una fuerte decisión política, no solo nacional sino regional, capaz de discutir sobre la forma del Estado que se requiere para la acción sobre los determinantes sociales y estructurales de la sociedad y de la salud. Por otra parte, no basta con implementar políticas o programas que aborden los determinantes sociales sin tener la información necesaria para ello; se necesita información válida sobre las características de las desigualdades, cómo se manifiestan, qué amplitud tienen y qué características

diferenciales adquieren en cada región (dentro de un mismo país o entre países diferentes). Esa información contribuiría a identificar las particulares características que deberían tener las políticas dedicadas a actuar sobre los DSS en la región y sus elementos esenciales, que no necesariamente se condicen con las políticas definidas para los países centrales o de otras regiones del mundo. En ese momento podrían definirse también las ventajas de elaborar e implementar políticas dirigidas al conjunto de la población de un país y no sólo a determinados grupos; cómo servirse de los ODM para avanzar y profundizar la acción sobre DSS más amplios que los contenidos en esta estrategia.

En la actualidad, es necesario y factible establecer nuevos tipos de asociaciones tanto a nivel mundial, entre países y entre países y organizaciones internacionales, como regional y nacional, entre los gobiernos y la sociedad civil en pos de una mayor investigación sobre las desigualdades en la región sudamericana y las características que deberían adoptar las políticas públicas a elaborar.

CONSIDERACIONES FINALES

En los 1990, el primer texto que el Banco Mundial publicó sobre salud, intitulado *“El Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo”* (1989), planteó tres medidas: privatizar, descentralizar y cobrar por los servicios de salud. A estas medidas se agregaron tres supuestos base: i) que los sistemas de salud tienen cuatro funciones fundamentales: la rectoría, el aseguramiento, el financiamiento y la provisión de servicios de salud; ii) que el buen funcionamiento del sistema requiere separar esas funciones, correspondiendo al Estado sólo la función de rectoría, pudiendo transferirse todas las demás al sector privado; y iii) que ante la supuesta imposibilidad de construir sistemas públicos universales integrados de salud, la salida es un “pluralismo estructurado”, es decir, mantener la fragmentación pero ordenándola.

Pero, simultáneamente, se desarrolla otra visión, que propone una mirada alternativa con una visión crítica de la función de aseguramiento por medio de seguros privados, señalando que es una vía a la individualización de riesgos, ruptura de la solidaridad y fragmentación de la prestación de servicios (Laurell, 2011). En esta visión alternativa, el financiamiento no es una función del sistema de salud, sino un prerequisite fundamental para su funcionamiento, y debe ser garantizado por el Estado. Se enfatiza que no es función del sistema de salud obtener el financiamiento fuera del Estado promoviendo seguros privados, sino recaudar, distribuir adecuadamente y administrar con eficiencia los recursos financieros públicos. Esa visión y posición es compartida por el movimiento de la Medicina Social/Salud Colectiva latinoamericana, que asume como la función fundamental del sistema de salud garantizar el derecho a la salud, con universalidad, integralidad, calidad,

participación social, interculturalidad, solidaridad y acción sobre la determinación social de la salud (Torres, 2007; Borgia, 2009).

En los años 2000, con nuevos gobiernos democráticos en la región, las reformas en salud incorporan esta concepción de salud como derecho y cambian las prioridades en las políticas de salud. En los procesos recientes de transformación política empiezan a construirse nuevas institucionalidades democráticas participativas que buscan garantizar la inclusión y generar nuevas dinámicas transparentes y participativas para la toma de decisiones y gestión de los servicios públicos. En este proceso, el Estado es revalorizado en su misión de promover el desarrollo económico y social (Serafim y Moroni, 2009).

Gobiernos, movimientos y organizaciones sociales pasan a asumir la defensa del Derecho a la Salud como Derecho Humano y Social fundamental que debe ser garantizado por el Estado y que confronta la concepción mercantil de la salud como servicio al que se accede en el mercado. El desafío de la acción sobre los determinantes sociales y la actuación intersectorial, además de la atención médica a la enfermedad y del cuidado a la salud, empieza a concretizarse en los innovadores abordajes del buen vivir.

El desarrollo de nuevos modelos de atención, de carácter integral, con organización de redes basadas en el fortalecimiento de la atención primaria en salud que enfaticen la promoción de la salud, la interculturalidad, la participación social y la acción sobre los determinantes sociales, el alcance de la universalidad y la eliminación de la exclusión social en salud, son asumidos como prioridades.

Nuevas iniciativas son emprendidas para responder a los problemas de formación, reclutamiento y adhesión de profesionales, en especial de médicos a los sistemas públicos de salud, además de la tendencia a la subespecialización en desmedro de la gran cantidad de profesionales que se necesitan para la atención primaria integral de la salud. La formación de médicos comunitarios (Argentina), médicos integrales comunitarios (Venezuela), residencias multiprofesionales en salud familiar (Brasil) son ejemplos de las tentativas de redirigir la formación de recursos humanos adecuándola a las necesidades de salud y a las diferentes culturas, además del establecimiento de relaciones más estrechas entre los ministerios de salud y las instituciones encargadas de la formación.

Un tema clave es eliminar las barreras financieras de acceso. Superar el subfinanciamiento de los sistemas públicos de salud que coexiste con importantes niveles de ineficiencia, sistemas de recaudación inadecuados y carga tributaria insuficiente y regresiva exige esfuerzos adicionales a la eliminación de los copagos, ya abolidos en casi todos los países. Demanda ampliar la capacidad de interlocución de los ministros de salud con sus pares de finanzas y la necesidad de contar con apoyo político y sólidos argumentos para justificar el incremento de la inversión en salud y dar sostenibilidad financiera a sistemas universales de salud. Requiere evaluar y

regular la incorporación de nuevas tecnologías para su uso racional. Una prioridad que quizás solo pueda abordarse con mecanismos regionales supranacionales.

Responder a nuestra triple carga de enfermedad con creciente prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas, el resurgimiento de enfermedades infecto-contagiosas y elevados índices de violencia, asociados a las profundas desigualdades sociales, implica enfrentar los desafíos de las diversas transiciones que atraviesan los sistemas de salud contemporáneos, abordadas en la introducción de este libro. Exige políticas económicas y sociales integradas para incidir en la determinación social de los procesos de salud-enfermedad. Además, requiere cambios simbólicos que se fundamenten en la interculturalidad y la participación social y posibiliten ampliar la autonomía de los sujetos para limitar el espacio normativo de la medicina, contrarrestar el proceso de medicalización y los estándares de consumo creados por la industria sectorial, lo que exige un nuevo estándar de desarrollo comprometido con el bienestar social y la sostenibilidad.

El Isags pretende contribuir con la superación de estos desafíos apoyando la cooperación entre los países de la Unasur y la generación de una corriente de pensamiento sanitario suramericano crítico que supere las fronteras del conocimiento habituales y avance en la construcción de sistemas públicos universales, integrales y equitativos en nuestra región.

REFERENCIAS

- Agudelo CAC, Cardona JB, Ortega JB, Robledo RM. Sistema de Salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011 16(6): 2817-2828.
- Akerman M, Cavalheiro C, Bógus C, Chioro C & Buss PM. As novas agendas de saúde a partir de seus determinantes sociais. In: L A. Galvão, J Finkelman, S Henao. *Determinantes ambientales y sociales de la salud*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
- Almeida CM. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18(4): 905-925.
- Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *PLoS Medicine*. www.plosmedicine.org 1 June 2012 | Volume 9 | Issue 6 | e1001244.
- Borgia F et al. Alames a 25 años: balance, desafíos y proyección. *Saúde em Debate* 33(83) 2009: 484-495.
- Braveman P & Gruskin S. Defining equity in health *J Epidemiol Community Health*, 2003 (57): 254-258.
- Breihl J. *Epidemiología: economía, medicina y política*. Quito: Universidad Central del Ecuador; 1979.
- Breihl J. Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción basada en la determinación social de la salud, en *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud Documentos base*. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Ciudad de México: UACM/ALAMES; 2003. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>

- Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais, *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2007; 17(1): 79-93.
- Cepal-Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La hora de la igualdad. Desarrollo con derechos. Ponencia Alicia Bárcena. Conferencia Hemisférica OIT. Santiago, 14 de diciembre de 2010. disponible en http://www.eclac.cl/noticias/paginas/8/33638/101214_OITfinal.pdf acceso en 22.02.2012.
- Cepal. Estadísticas para América Latina y Caribe 2011. Santiago: Cepal; 2011. disponible en http://www.eclac.org/publicaciones/xml/7/45607/LCG2513b_1.pdf acceso en 21.03.2012.
- Cueto M. O Valor da Saúde Historia da Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.
- Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fé de Bogotá, 1992. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/doc_inter/santa_fe_bogota_92.pdf
- Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth, M. (Eds). Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. OPS Publicación Científica y Técnica No. 585. Washington DC: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 2001.
- Feo O. Repensando la Salud. propuestas para salir de la crisis. Análisis de la experiencia venezolana. Maracay, Venezuela: Universidad de Carabobo; 2003.
- Fleury S. Direitos sociais e restrições financeiras: escolhas trágicas sobre universalização. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011 16(6): 2686-2688.
- Fleury S. Ouverney AM. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 23-64.
- Fleury S. Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas (EBAP/FGV; INDES/IADB); antes de 2002.
- Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18(4): 991-1001.
- Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, 2005a. 71: 83-96
- Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2005b; 17(3): 210-220.
- Iriart C, Merhy E & Waitzkin H. Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Social Science & Medicine*, 2001 52, 1243-1253.
- Irwin A, Scali E. Action on the social determinants of health: A historical perspective. *Global Public Health* 2007; 2 (3), 235-256.
- Labra ME. La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18(4): 1041-1052.
- Laurell AC. Acceso Universal: Sistemas Únicos vs Aseguramiento. In: Sistematizando Lecciones y Experiencias en la Construcción de Sistemas Únicos de Salud, Ministerio de Salud de Bolivia: La Paz; 2011.
- Laurell AC. Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Medicina Social*. 2010; 5 (1): 79-88. disponible en www.medicinasocial.info, acceso 22 de abril, 2012.

- Levcovitz E. Dinámica de cambio y desafíos para los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Área de Desarrollo Estratégico de la Salud - OPS/OMS. Ponencia Taller sobre Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio en los Sistemas de Salud, San Juan, Puerto Rico, Agosto 2005. disponible en <http://new.paho.org/hss/documents/events/puertorico05/2-elevcov-dinamcambisist-pur05.pdf> acceso en 22.02.2012.
- Lobato LVCL, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.107-140.
- Ministerio de Relaciones Exteriores del Estado Plurinacional de Bolivia. El Vivir Bien como respuesta a la Crisis global. La Paz: MREEPB; 2010.
- Moran M. Three faces of the Health Care State. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1995; 20(3): 767-781.
- Navarro V. What is a national health policy? *International Journal of Health Services* 2007; 37(1): 1-14.
- Navarro V. (2007). What is a National Health Policy? *International Journal of Health Services*, 37, No 1, 1-14.
- OECD. OECD Health Data 2011 - Frequently Requested Data. OECD; 2011. disponible en: http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html; acceso en 22.02.2012.
- OECD. OECD.Stat Extracts. disponible en <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=INEQUALITY> acceso 21.03.2012.
- OMS, 2011. Estadísticas Mundiales de Salud 2011. Ginebra: OMS, disponible en <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html> acceso en 07.03.2012
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000.
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria en Salud: más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
- OMS/WHO. First International Conference on Health Promotion. The Ottawa Charter on Health Promotion. Ginebra: OMS; 1986.
- OMS/WHO. Action on the Social Determinants of Health: Learning from previous experiences. A background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health; 2005.
- OMS/WHO. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Commission on Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission of Social Determinants of Health. Draft; 2005.
- OMS/WHO. Cerrando la Brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud (documento de trabajo), Conferencia Mundial sobre los Determinantes sociales de la salud. Rio de Janeiro: OMS/WHO; 2011
- OPS-Organización Panamericana de la Salud. Cuentas de Salud (CS) y Cuentas Nacionales de Salud (CNS) en las Américas. OPS: Washington, 2003^a. disponible en <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/ha-nha-sum.pdf> acceso en 07.03.2012
- OPS-Organización Panamericana de la Salud. Indicadores y Datos Básicos 2009. disponible en <http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm> acceso en 07.03.2012 acceso en 25.02.2012.

- OPS-Organización Panamericana de la Salud. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Serie No. 1 - Extensión de la Protección Social en Salud. Washington, D.C.; depois de OPS, 2003.
- OPS-Organización Panamericana de la Salud. Indicadores y Datos Básicos: 2011. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm> acceso en 25.02.2012
- PAHO – Pan-American Health Organization. Health Situation in the Americas. Basic Indicators 2011. Washington DC: PAHO/OPS; 2011.
- Raphael D, Bryant T. The State's role in promoting population health: Public Health concerns in Canada, USA, UK and Sweden. *Health Policy* 2006; 78, 39-55.
- Raphael D. Grasping at straws: a recent history of health promotion in Canada. *Critical Public Health* 2008; 18, 483-495.
- Roemer M. National health systems of the world. New York: Oxford University Press; 1991.
- Rovere, M Sacchetti L. Cañones, mercancías y mosquitos. Buenos Aires: El Agora; 2007.
- Ruiz G. El dilema de la Promoción de la Salud en América Latina: los casos de Argentina y de Brasil (en francés en el original). Tesis de Doctorado, Université de Montreal, Qc. Canadá, 2011. Disponible en: https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/5421/6/Ruiz_Gabriela_2011_These.pdf
- Sen A. Why and how is health a human right? *The Lancet* 2008; 372:2010.
- Serafim L, Moroni JA (org). Sociedade civil e novas institucionalidades democráticas na América Latina: dilemas e perspectivas. São Paulo: Instituto Pólis e INESC; 2009.
- Soares LT. Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina. Petrópolis: Editora Vozes; 2001.
- Sojo A. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, políticas de protección social y restricciones financieras y políticas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011 16(6): 2673-2685.
- Sojo A. Desafíos de la protección social para la cohesión social y pacto de cohesión social. 2010. presentación disponible en www.cebes.org.br acceso en 21.03.2012.
- Tarlov A. Social Determinants of Health: the sociobiological translation. In: Blane, D, Brunner E, Wilkinson R. (Eds.). *Health and Social Organization*. London: Routledge; 1996, p. 71-93
- Terris M. Tres Sistema Mundiales de Atención Médica. Cuadernos Médico Sociales. 14:27-35, Rosario, Argentina: 1980.
- Torres M. Alames expresión organizativa de la Medicina Social en América Latina. *Medicina Social*. 2007; 2(3): 139-144.
- Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cadernos de. Saúde Pública*. 1997, 13(2): 325-330.
- Viacava et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(3): 711-724.
- Viana ALd' A. Baptista TWF. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 65-105.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization/OMS, Regional Office for Europe; 1991.

Notas

- 1 El índice de Gini es un indicador que mide la desigualdad en los ingresos de los individuos y varía de 0 a 1. El valor 0 del índice de Gini significa igualdad perfecta –ausencia de desigualdad en los ingresos, o sea, cada proporción de la población recibe la misma proporción de ingresos. Cuanto más su valor se aproxima a 1 más grande es la desigualdad. El 1 indica desigualdad extrema, esto es, todo el ingreso es recibido por el individuo más rico.

The background of the slide features a photograph of a woman and a young child. The woman is in the upper right, looking towards the right. The child is in the lower right, looking towards the left. The entire image is overlaid with a grid of horizontal and vertical bands in shades of blue, green, yellow, and orange. A prominent vertical blue band runs down the left side of the image.

Sistema de Salud en Argentina



II. Sistema de Salud en Argentina

INTRODUCCIÓN: ALGUNAS CONSIDERACIONES HISTÓRICAS

La conformación del sistema de salud argentino es el resultado de diversos procesos históricos. En forma resumida, puede mencionarse que a mediados de 1940 el sector público comenzó a ocupar un papel de liderazgo, tanto como prestador, como en el diseño y desarrollo de políticas específicas para el sector. El primer paso fue la creación de la Secretaría de Salud, que unificó varias dependencias existentes desde principios del siglo XX, como por ejemplo el Departamento Nacional de Higiene. El proceso concluyó con la creación del Ministerio de Salud (MSAL). Estos cambios fueron contemporáneos a la expansión de la oferta pública, el desarrollo de programas de lucha contra enfermedades endémicas y el fortalecimiento de la intervención del Estado en la organización del sector.

Sin embargo, y a diferencia de los países que construyeron sus sistemas sanitarios a partir de sistemas públicos de cobertura universal sobre la base del financiamiento contributivo propio de la seguridad social, Argentina siguió un modelo dual en el que la cobertura se fragmentó, siguiendo patrones de crecimiento paralelos.

De esta forma, a partir de la década de los setenta el sistema se consolidó institucionalmente con la extensión de la cobertura de seguros sociales de salud a toda la población en relación de dependencia. La Ley 18.610 hizo obligatoria la afiliación de cada trabajador formal a la obra social correspondiente a su rama de actividad, ampliándose considerablemente la cobertura. El sistema de obras sociales (OS) se extendió, asimismo, en forma obligatoria a los jubilados y pensionados a través de la Ley 19.032, de 1971, que creó una institución especial, el Instituto Nacional de

Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) y su servicio principal: el Programa de Atención Médica Integral (PAMI), que tuvo rápidamente un importante desarrollo a nivel provincial.

La expansión de las OS se convirtió en el nexo articulador del desarrollo global del sector, orientando su demanda hacia prestadores privados, empresas químico-farmacéuticas y productores de equipamiento médico (Cetrángolo y Anlló, 2010) quedando rezagado el desarrollo de la red de servicios estatales.

En forma paralela al surgimiento y desarrollo del sistema público y de la seguridad social, en la Argentina se consolidó un tercer actor en la prestación de los servicios, tradicionalmente denominado subsector privado. Su origen se remonta a las primeras mutuales de principios de siglo XX, en tanto que su consolidación en el sistema fue producto de inversión en tecnología de punta, cada vez más costosa, realizada en la década de los setenta.

De esta forma, tanto la ausencia de coordinación entre subsectores como la debilidad de la regulación de los componentes no públicos han sido problemas de peso en cuestiones de política sanitaria. Así, en los años ochenta, el sector de salud argentino había consolidado una organización que se caracterizaba por su excesiva fragmentación, rasgo que en menor o mayor grado se ha mantenido hasta la actualidad.

Su falta de coordinación y articulación continúa impidiendo la conformación de un “sistema” de salud propiamente dicho y dificulta tanto el uso eficiente de recursos como el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. A los problemas de integración entre los distintos subsectores (público, seguridad social y sector privado), se suman las dificultades existentes al interior de cada uno de estos subsectores, potenciando los problemas de la fragmentación.

DERECHOS SOCIALES Y SALUD

El derecho humano a la salud, desde el marco de referencia del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, integra el elenco de los conocidos como económicos, sociales y culturales, que se corresponde con aquellos derechos humanos que obligan al Estado a realizar conductas positivas. Esta obligación jurídica que pesa sobre el Estado implica poner al servicio de los ciudadanos un sistema de atención de la salud que abastezca las necesidades del conjunto social.

Marco constitucional y legal

El derecho a la salud no estaba incluido de manera expresa en la Constitución de 1853, sino que estaba contenido a través del artículo 33 entre los derechos no enumerados. Era este un derecho individual anexo al derecho a la vida y su sujeto pasivo era el Estado, que debía abstenerse de violar o dañar la salud. Sin embargo,

siguiendo las consideraciones mencionadas en la sección anterior, los constituyentes de 1994 plasmaron esta obligación en la norma fundamental nacional. Así, el derecho a la salud, que integra el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, tiene hoy jerarquía constitucional.

Consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 25) y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, este último ratificado por la República Argentina el 8 de agosto de 1986, con jerarquía constitucional por imperio del artículo 75, inciso 22 de la Carta Magna, el derecho a la salud está enunciado como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. En el ámbito regional, el derecho humano a la salud se define con un perfil transversal como el derecho a la salud física, mental y social; está contenido en el Protocolo a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”, ratificado por la República Argentina el 30 de junio de 2003.

De estos instrumentos internacionales antedichos, se deriva el resto del ordenamiento legal sobre salud en todos los niveles y jurisdicciones. Por ende, el poder estatal se encuentra expresamente condicionado al cumplimiento del deber de tutela de las normas señaladas. De esa manera lo han reconocido los tribunales nacionales en cada oportunidad. Los actos de los poderes públicos deben garantizar, en consecuencia, un pleno respeto y garantía a estas normas de jerarquía constitucional.

Marco jurídico básico

Las siguientes normas organizan el funcionamiento del sistema de salud en la Argentina:

Ley 15.465. Régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria, 1960.

Ley 16.463. Medicamentos, 1964.

Ley 19.032. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, 1971.

Ley 23.660. Ley de Obra Sociales, 1989.

Ley 23.661. Creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud, 1989.

Decreto 150/92. Criterios generales sobre elaboración fraccionamiento, importación, exportación comercialización distribución y datos de seguridad y eficacia a demostrar para los registros de medicamentos en general.

Decreto 1.490/92. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica.

Decreto 576/93. Hospital de Autogestión. Reglamentación de las Leyes 23.660 y 23.661.

Ley 24.557. Riesgos del Trabajo, 1995.

Resolución 247/96. Establece el Programa Médico Obligatorio.

Decreto 1.615/96. Crea la SSS.

Decreto 53/98. Crea la APE.

Resolución 201/02. PMO.

Otras normas relevantes

Ley 17.132. Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración, 1967.

Ley 22.990. Nacional de Sangre, 1983.

Ley 25.649/02. Utilización de los medicamentos por su nombre genérico, 2002.

Ley 25.673 (. Salud Sexual y Procreación Responsable, 2002.

Ley 25.916. Gestión de residuos sólidos domiciliarios, 2004.

Ley 26.657. Salud Mental, 2010.

Ley 26.682. Regulación de Prepagas, 2011.

Ley 26.688. Producción Pública de Medicamentos, 2011.

Principios y valores

El MSAL es el órgano responsable de la rectoría del sistema de salud en la República Argentina. Su objetivo institucional primordial es el de contribuir a alcanzar el mayor nivel posible de salud para la población del país, en el marco de una equidad real de oportunidades y trato.

El Plan Federal de Salud 2004-2007 ha funcionado como marco conceptual del proyecto a largo plazo que debe orientar el desarrollo del sistema sanitario argentino. Como tal, basa sus objetivos en los siguientes principios:

- La salud es un derecho humano universal y un factor clave del desarrollo sostenible. De este modo, la salud se convierte en un componente ético en el desarrollo de las sociedades democráticas.
- El acceso equitativo a una salud de calidad, solidaria y con justicia social promueve la inclusión y disminuye las brechas socio-económicas. La salud como “cuestión social” supone reconocer el rol del Estado como instrumento de redistribución con el objetivo de disminuir las desigualdades socio-económicas.
- Es importante identificar los determinantes de la salud, tanto sociales como ambientales, para neutralizar los efectos de los determinantes negativos y potenciar los beneficiosos, siendo este también un mecanismo para garantizar la universalidad, la equidad y la justicia social.
- La salud es un bien tutelar y, como consecuencia, es función del Estado: la planificación, regulación y fiscalización del sistema de salud; así como también la provisión de servicios públicos que aseguren, en un régimen mixto de financiamiento, el acceso a todos los habitantes de la Argentina.
- Argentina es un país federal. Sin embargo, en materia de salud es imprescindible la coordinación con el fin de lograr la mayor equidad dentro y entre las jurisdic-

ciones. Para esto, es necesario consolidar y fortalecer los mecanismos federales de participación que aseguren la viabilidad política y la sustentabilidad técnica y financiera de las políticas sanitarias.

Participación social

Siguiendo la definición de la OMS/OPS, que entiende la participación como “*la intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención a la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de las necesidades, y en el control de los procesos así como en la asunción de responsabilidades y observación de obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria*” (OPS, 2009), la participación en el campo de la salud en Argentina pareciera ser esporádica y, si bien en las últimas tres décadas la comunidad ha aumentado su nivel de participación, tanto en nuestro país como en los demás países de la región, a excepción de Brasil, la participación en la toma de decisiones vinculadas al diseño, ejecución y evaluación de las políticas de salud es aún muy escasa.

En el nivel de la administración pública, la incorporación de la ciudadanía en programas y políticas públicas ya se había producido a inicios de la década de los noventa, e incluso pueden rastrearse experiencias en décadas anteriores. Estos primeros pasos se dieron en el campo de las políticas sociales, en programas de distribución de alimentos como el Plan Alimentario Nacional (PAN), en los años ochenta, o el Plan Asoma, dependiente del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, ya en los años noventa. En ambos casos, como en tantos otros, la participación de la ciudadanía o de las organizaciones sociales se remitía exclusivamente a la fase operativa de entrega del bien que el programa contemplaba.

Sin embargo, cuando los programas comenzaron a tomar en cuenta de un modo más sistemático la participación, fue necesario apelar a un marco más sólido que, de todos modos, nunca llegó a convertirse en una institucionalidad definida y con orientaciones claras y específicas al caso. Sin embargo, puede tomarse como referencia de innovación en el campo de la normatividad para la participación (más allá de la existencia de las herramientas), la sanción del Decreto 1.172/03 del año 2003, cuyo título es “Mejora de la Calidad de la Democracia y de sus Instituciones”, que regula cinco herramientas de participación ciudadana. Estas son las herramientas y sus principales objetivos, según la descripción de Silveri (2007):

- Audiencias públicas: habilitan un espacio de participación de la ciudadanía en el que los afectados por determinada política puedan dar a conocer su opinión.
- Gestión de intereses: obliga a diversos funcionarios del Poder Ejecutivo Nacional (PEN) a informar mediante algún medio, la agenda de reuniones que mantengan con sujetos vinculados a los temas que su área domina

- Elaboración participativa de normas: proceso no vinculante mediante el cual organismos del PEN realizan rondas de consultas a organizaciones o ciudadanos para conocer su opinión acerca de un proyecto de ley a ser remitido al Congreso.
- Reuniones abiertas de los entes reguladores de servicios públicos: esta norma habilita a todos los ciudadanos a estar presentes en todas las reuniones del directorio de los organismos.
- Acceso a la información pública: todo ciudadano tiene derecho a requerir, consultar y recibir información por parte del PEN.

En el ámbito específico de las políticas de salud, luego de la crisis del 2001, el Ministerio de Salud implementó en febrero de 2002 el Plan Remediar (Decreto 486/02), cuyo objetivo es “*fortalecer el modelo de atención primaria y promover políticas saludables con gestión participativa y de asegurar el acceso a los medicamentos esenciales a la población más vulnerable*”. Para llevar a cabo el Plan, el Ministerio creó un espacio de participación a través de dos líneas: los Proyectos Locales Participativos y la Comisión Asesora Intersectorial (CAI). Esta última, creada con el objetivo de asesorar al Ministerio, inició sus actividades con el mismo programa, ya que intervino en la definición de los consensos básicos y la planificación del programa como una entidad formal. Esta característica nos pone frente a un caso que lo distingue del resto (o de la mayoría): el espacio de participación tuvo injerencia en los orígenes de la política pública, no cuando esta ya estaba en marcha, sino que se habilitaron canales de injerencia en el lanzamiento mismo del programa. La conformación de la CAI es heterogénea: la componen representantes de organismos estatales, como el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, además de los Ministerios de Salud, Trabajo y Educación; organismos internacionales y ONG (Cruz Roja, Cáritas, Confederación Médica de la República Argentina y Red Solidaria de Profesionales de la Salud, del Episcopado católico). Existe también una subcomisión de medicamentos que asesora acerca de los fármacos a entregar a los beneficiarios del programa, a la que se suman el Centro Universitario de Farmacología de la Universidad Nacional de La Plata, Unicef y la Sociedad Argentina de Pediatría.

A su vez, para ampliar la base de sustento, se generaron los Proyectos Locales Participativos. Sus objetivos replican dimensiones tomadas por programas de participación similares: asesorar en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación del programa; promover el funcionamiento de los Consejos Consultivos Provinciales, Municipales y Locales; propiciar mecanismos fluidos de información entre las distintas instancias; efectuar el seguimiento de la eficaz dispensa de los medicamentos y la participación social mediante monitoreo directo por parte de las ONG participantes en los Centros de Asistencia Primaria de Salud; preparar un informe mensual de evaluación; realizar el seguimiento de las denuncias y proponer los mecanismos de solución correspondientes. La combinación de objetivos

entrelaza canales de información, construcción de consensos, búsqueda de eficacia en la política, mecanismos de control hacia abajo (verificando la entrega de los botiquines que implica el programa Remediar+Redes) y hacia arriba (monitoreando el Plan en su desarrollo general).

Finalmente, cabe mencionar la diferenciación de la participación que realizó el MSAL para este programa: una participación ampliada, cuando se establece en territorio, a través de los Proyectos Locales Participativos, que tienen un rol de efectores; y por otra parte, una participación restringida, cuando lo que se busca es la eficiencia del programa. En ambos casos, de todos modos, la búsqueda de mayor legitimidad mediante el contacto con sectores de la sociedad civil es un rasgo que no puede omitirse. Programas de este tipo discuten, en la estructura estatal, el poder de la burocracia especializada, generando la irrupción de otro tipo de saberes que pueden apoyar una construcción colectiva para la búsqueda de soluciones, incorporando la opinión de los “pacientes” de manera activa.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Modelo político administrativo del país

Argentina es una república federal, por lo que las provincias conservan todo el poder no delegado expresamente al gobierno central y su sistema de gobierno es presidencialista. Está regida por una Constitución vigente desde 1853, reformada por última vez en 1994.

Políticamente, agrupa 24 jurisdicciones (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sede del gobierno nacional) y más de 2.200 municipios con marcadas desigualdades en cuanto a su nivel de desarrollo productivo y social. Una de las peculiaridades y, a su vez, la causa de muchos de los problemas que presenta su organización federal, se relaciona con esta gran heterogeneidad de su territorio. Las cinco jurisdicciones de mayor envergadura (la provincia de Buenos Aires, la Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Mendoza), donde reside el 67% de la población, dan cuenta de 78% del producto bruto geográfico total. Por otra parte, las ocho provincias más rezagadas, donde habita el 16% de la población (Jujuy, Misiones, San Juan, Corrientes, Chaco, Formosa, La Rioja y Santiago del Estero), generan el 7,5% del producto bruto geográfico argentino (CEPAL, 2006).

Como se mencionó anteriormente, la promoción, prevención y atención de la salud no es materia delegada por parte de las provincias al nivel central. Además, a partir del proceso de descentralización territorial por el que se transfirieron los establecimientos sanitarios públicos, los 24 poderes de nivel intermedio tienen en sus manos la atención pública de la salud de sus respectivas jurisdicciones y una enorme autonomía para decidir sus políticas sanitarias.

Componentes del sistema de salud

El sistema de salud argentino está basado en una estructura política federal profundamente descentralizada en la provisión y administración de los servicios de salud. El financiamiento de servicios se encuentra compartido entre los subsectores público, la seguridad social y la medicina prepaga. El subsector público financia y provee servicios de salud a partir de 24 instituciones descentralizadas, que son los Ministerios de Salud de las provincias, y el MSAL. Aunque formalmente esta cobertura es universal, la población que utiliza los servicios públicos de salud es la población que no cuenta con un seguro de salud. En general, se trata de trabajadores en relación de dependencia o autónomos no registrados, desempleados e inactivos sin capacidad de compra. Este conjunto representaba en el año 2010 aproximadamente el 35% de la población argentina que accede a la atención médica a partir de efectores públicos (SSS, 2010).

La seguridad social incluye a los trabajadores formales en actividad con sus respectivos grupos familiares y los jubilados. La gestión está a cargo de una gran cantidad de entidades, las obras sociales, que operan como seguros de salud y que no constituyen un grupo homogéneo sino varios sub-grupos altamente segmentados. El subsector de instituciones de seguridad social está conformado por 298 obras sociales nacionales (SSS, 2008), 24 provinciales y el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), que financian servicios prestados mayoritariamente por instituciones privadas y médicos contratados.

Al mencionar las obras sociales (OS), nos referimos a todas las OS comprendidas por la Ley 23.660 que figuran en el Registro Nacional de Obras Sociales de la Superintendencia de Servicios de Salud. La gran mayoría son OS sindicales (204), pero también se incluyen: OS estatales, por convenio empresa sindicato, de dirección, de administración mixta, por adhesión, de empresa, mutuales; Asociaciones de OS, y las creadas por ley, tal como las del personal de las Fuerzas Armadas, fuerzas de seguridad, Poder Judicial de la Nación, universidades, etc.

Con respecto a la cobertura, las diversas fuentes de información (oficiales y privadas) coinciden en las tasas de cobertura agregada de cada subsector, así como también en otros datos asociados a estas variables. Sin embargo existen problemas de definición y registro que hacen que los valores no coincidan con exactitud. La doble cobertura (seguridad social duplicada por empleo de los conyugues, afiliación a una empresa de medicina prepaga de personas que cuentan con obra social, etc.) y la utilización de los servicios públicos por personas con seguro dificultan la precisión de estos datos.

Las Obras Sociales Nacionales agrupan de manera obligatoria a todos los trabajadores comprendidos dentro de su rama de actividad. No obstante, desde 1997 este principio fue relativizado permitiendo la libre elección.

El Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) es la institución que otorga cobertura a la población jubilada y pensionada. Es la más importante del país, y como tal, constituye una pieza clave en la definición de contratos y mecanismos de pago a prestadores.

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) es el ente de regulación y control de los actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud (seguridad social). Por otra parte, en el Congreso de la Nación, las comisiones de Salud y Deporte del Senado y de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados, son responsables de dictaminar sobre salud y acciones médico-sociales, higiene, sanidad, medicina preventiva y nutrición, subvenciones y subsidios a hospitales, sociedades, corporaciones o instituciones que desarrollan actividades inherentes a la salud.

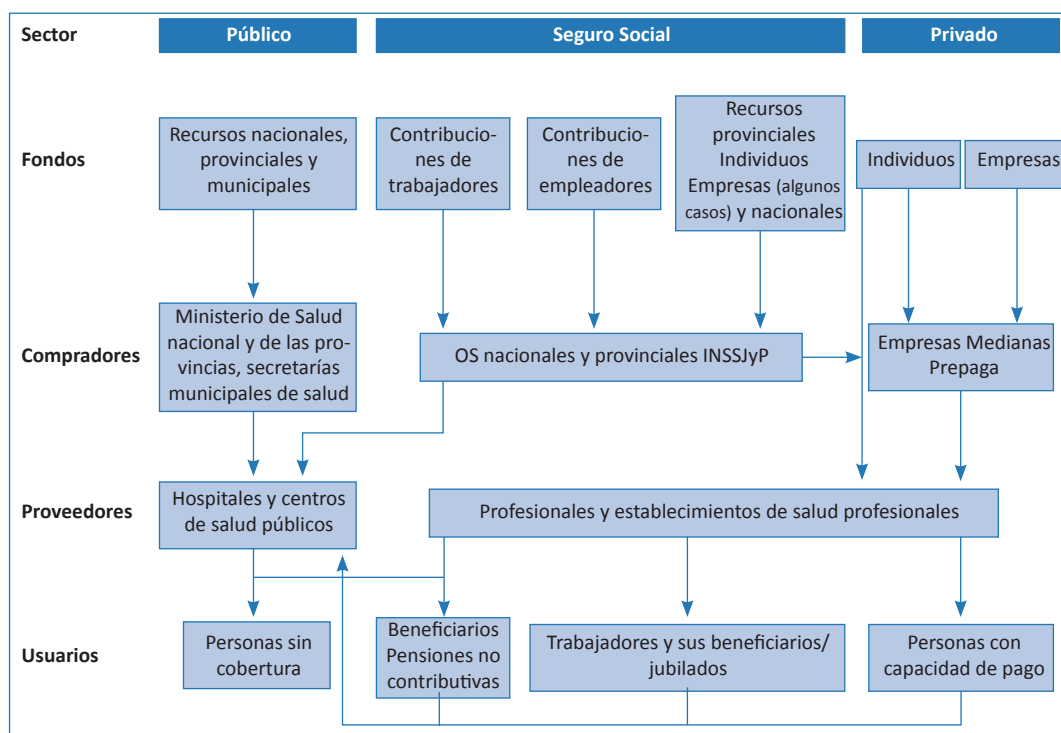
A su vez, las Obras Sociales Provinciales (OSP) brindan cobertura a los empleados públicos que trabajan para los 24 gobiernos provinciales y sus respectivos municipios. Sus fuentes de financiamiento son las contribuciones salariales de empleados públicos y los aportes de la provincia en su rol de empleador. A diferencia de las OSN, creadas a partir de la Ley 23.660, cada provincia dio nacimiento a su propia OSP a partir de una ley o decreto específico. El objetivo es, en todos los casos, el de brindar servicios de salud a sus beneficiarios, principalmente agentes en relación de dependencia de la administración provincial y sus familias. Si bien en varios casos forman parte de la OSP los jubilados y pensionados de la caja de previsión provincial (como ocurre en las provincias de Buenos Aires, Chubut, Entre Ríos y Río Negro) y los llamados afiliados voluntarios, la mayor parte de la población cubierta corresponde al personal de administración pública. El organismo que regula su funcionamiento es el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina.

El sector privado comprende a las aseguradoras que atienden, principalmente, a ciudadanos de ingresos medios y altos y a sus familias. Estos tres subgrupos mantienen fuertes interrelaciones tanto a nivel de la provisión de servicios de salud, como en términos de financiamiento y coordinación en aseguramiento social (ADEMP, 2010). Las personas de ingresos medios y altos, particularmente los trabajadores autónomos, pero también asalariados no registrados e inactivos, generalmente acceden a la cobertura de salud a través de la contratación directa o provisión como beneficio salarial complementario, ofrecidos en su gran mayoría por las empresas de medicina prepaga (EMP). Asimismo, este sector asegura a personas que por su condición de actividad aportan a una obra social, pero optan por una segunda cobertura. Si bien no existen datos consolidados, según la información provista por una de las cámaras que nuclean esta actividad, en Argentina operan entre 200 y 250 EMP, aunque las seis empresas líderes concentraron en ese período más del 50% de los afiliados (ADEMP, 2010). Con relación al número de empresas actuantes, debemos destacar que no existen datos oficiales sobre este sector. Los

datos privados varían según se contabilicen las empresas que ofrecen seguros, las que también los proveen, las que tienen fines de lucro, las mutuales y cooperativas que no tienen fines de lucro, etc.

Por último, debe mencionarse que entre 1995 y 1996 se diseñó un nuevo sistema para la protección contra los riesgos del trabajo, basado en el funcionamiento de operadoras privadas, denominadas Aseguradoras de Riesgo de Trabajo, que atienden las necesidades de prevención y reparación de los daños laborales. El sistema está supervisado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, vinculada al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. El Cuadro 1 describe de manera esquemática las características antes mencionadas.

Cuadro 1 – Resumen esquemático del sistema de salud argentino



Fuente: extraído de Belló, Becerril-Montekio (2011)

Salud pública /colectiva

El Ministerio de Salud (MSAL) es responsable de determinar los objetivos y políticas del sector y de ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme a las directivas que imparta el Poder Ejecutivo Nacional. Asimismo, el MSAL efectúa la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud, y conduce la planificación global del sector en coordinación con las autoridades sanitarias de las

jurisdicciones. También tiene a su cargo el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica, de manera consensuada con las provincias, e interviene en la aprobación de los proyectos de establecimientos sanitarios que sean construidos con participación de entidades privadas.

El Plan Federal de Salud 2004–2007 estableció las prioridades de la atención primaria y dispuso una asignación creciente de recursos para acciones de promoción y prevención. De la misma manera, el Plan Federal de Salud 2010–2016, aún en discusión, plantea el avance progresivo hacia la descentralización de estas acciones en forma sistemática y organizada, delegando en los gobiernos los esfuerzos para desplegar esta estrategia a partir del desarrollo de políticas saludables, informando y modelando conductas.

El proyecto de Funciones Esenciales de Salud Pública está orientado a fortalecer las capacidades institucionales de las autoridades sanitarias, nacionales y provinciales, para ejercer las responsabilidades del Estado respecto a la promoción y protección de la salud de la población mediante la medición y el desarrollo de las funciones esenciales de salud pública que son de su competencia, a saber:

- Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población
- Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
- Promoción de la salud
- Participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos en salud
- Desarrollo de políticas y planes que apoyen los esfuerzos individuales y colectivos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional
- Regulación y fiscalización en salud pública
- Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios
- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
- Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos
- Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública
- Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

A partir de estas funciones, se describen brevemente, y a modo de ejemplo, algunos de los principales programas y su desarrollo en los últimos años:

- El **Programa Materno Infantil**, cuya propuesta estratégica¹ está enmarcada en los lineamientos de la Ley 26.061 (2005) de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, que tiene como objetivos principales la reducción de las probabilidades de enfermar o morir de la población de mujeres, niños, niñas

y adolescentes; la reducción de las desigualdades entre los indicadores de salud correspondientes a cada uno de los géneros, las distintas áreas geográficas, los niveles socio-económicos, etnias, etc.; el mejoramiento de la cobertura y calidad de los servicios de salud, así como las posibilidades de acceso a ellos de toda la población, en especial de los más desfavorecidos, y la promoción de la participación ciudadana en las cuestiones relacionadas con la salud materno-infantil de la población. Dentro de este contexto, a partir de mediados del año 2004 se comenzó a implementar el Plan Nacer.

- El **Plan Nacer** constituye un compromiso de la Nación y las provincias de impulsar acciones conjuntas para disminuir las tasas de mortalidad infantil y materna. El objetivo general es la disminución de la morbi-mortalidad de madres y niños menores de 6 años a través de la mejora en la calidad de la atención de la red de prestadores con convenio (básicamente, red pública de centros de atención primaria de la salud y maternidades). Para ello, se cambió la lógica de los modelos de financiamiento tradicionales de pago por presupuesto hacia una que opera según los resultados. Los recursos se transfieren a las provincias por medio de cápitas relacionadas con los padrones de beneficiarios (60%) y con los objetivos sanitarios alcanzados (40%). Las provincias, a su vez, pagan a los prestadores según los servicios brindados, que apuntan prioritariamente a aspectos de promoción y prevención de la salud, listados en un nomenclador, cuyos precios son fijados por cada provincia. Los prestadores pueden destinar el dinero recibido a equipamiento, infraestructura, pago a recursos humanos (incentivos) e insumos.

El programa se inició en el año 2005 en las provincias del NOA y NEA debido a sus indicadores de mortalidad infantil y materna y pobreza. En 2007 comenzó la implementación del plan en el resto de las provincias. En 2010 se encontraban inscriptos más de 900.000 beneficiarios, y el acumulado desde el inicio del plan era de 1.500.000.

- El **Programa Remediar** (actualmente **Remediar+Redes**) ha sido el programa de provisión gratuita de medicamentos esenciales de uso ambulatorio para el Primer Nivel de Atención de la Salud que surgió como respuesta a la emergencia sanitaria del período 2001–2002, con el objetivo de garantizar el acceso de la población social y económicamente vulnerable a medicamentos apropiados para atender la mayoría de los motivos de consulta. Este programa será descrito en el Capítulo 9.

- A partir de 2002, el MSAL trabajó en un **Plan General de Contingencia para Pandemia de Influenza y SARS**. Las actividades de vigilancia y control de la influenza se organizaron en torno a cinco ejes: vigilancia de la fiebre aviar, vigilancia por intermedio del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud y unidades centinela de influenza y de la red de virus respiratorios; vacunas y antivirales; medidas de salud pública y comunicaciones. A su vez, el **Programa Nacional de Inmunizaciones**, tiene como objetivo principal la disminución de la morbi-mortalidad de las enfermedades

inmunoprevenibles, mediante la vacunación sostenida de los niños recién nacidos, así como las cohortes sucesivas hasta la edad de seis años, y luego cada diez años, a través de los distintos niveles operativos (23 jurisdicciones provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). De esta manera, a través de este programa el MSAL adquiere las vacunas que corresponden al calendario nacional de vacunación, cuya aplicación es gratuita y obligatoria en todo el país, y las distribuye, junto con los dispositivos necesarios para su aplicación, en el sector público. También realiza el seguimiento de la cobertura de dicho calendario, supervisando los programas jurisdiccionales de inmunizaciones, asesorando y asistiendo técnicamente a los 24 programas jurisdiccionales y realizando campañas de vacunación para grupos específicos.

- El **Programa Nacional de Control de Tuberculosis** tiene por objetivos reducir la morbilidad y mortalidad por tuberculosis, la transmisión de la infección tuberculosa y la resistencia de *mycobacterium tuberculosis* a los antimicrobianos. Además, el programa se plantea como objetivos estratégicos fortalecer la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa en todas las jurisdicciones del país y concentrar esfuerzos en los departamentos prioritarios, según la magnitud de la enfermedad. El Programa está integrado a la estructura de salud del país: en el nivel central se ubica el Ministerio de Salud, asumiendo esta responsabilidad el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni”, perteneciente a la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos G. Malbrán”, con sede en la ciudad de Santa Fe; y el nivel provincial tiene representación en las 23 provincias del país y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- El **Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus del Humano, SIDA y ETS** tiene como objetivos prevenir la transmisión sexual y perinatal; evitar la transmisión por sangre, hemoderivados, trasplantes y durante procedimientos invasivos; prevenir la infección entre usuarios de drogas; reducir el impacto individual, familiar y socioeconómico de la epidemia; reforzar el análisis de la situación y tendencia de la epidemia y consolidar sus aspectos administrativos y de gestión. Este programa provee medicamentos antirretrovirales a las personas infectadas por el VIH.

- El **Programa Federal de Chagas. Enfermedades Vectoriales: Dengue (EEA), Leishmaniasis**, integrado por 19 programas provinciales, realiza actividades basadas en la promoción de la salud, la prevención y el diagnóstico y tratamiento específicos de estas enfermedad transmitidas por vectores. El programa no contempla ninguna actividad referida a la rehabilitación, aunque sí procura mejorar el sistema de red hospitalaria en la atención de cardiopatías y trasplantes. Diferentes efectores planifican y ejecutan las actividades: agentes de las jurisdicciones nacionales y provinciales, profesionales sanitarios o promotores de salud, funcionarios municipales y líderes comunitarios, con el apoyo y supervisión de la comisión nacional de control de vectores.

- El **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable** fue establecido en 2002 mediante la sanción de la Ley 25.673. Este Programa, en sus primeros años de implementación, estuvo dirigido al fortalecimiento de los programas provinciales a través de acciones de asistencia técnica, capacitación y financiamiento de recursos humanos para reforzar los equipos existentes.

- Desde 1983 se instituyó por ley un **Programa Nacional de Sangre**. El Ministerio de Salud de la Nación y las autoridades sanitarias provinciales promueven la donación voluntaria, en el marco del **Plan Nacional de Sangre**, aprobado en 2002. En 2005 había en el país 578 centros de recolección de sangre, de los cuales 333 eran públicos y 245 privados. Ese mismo año, esos centros procesaron un total de 751.412 unidades de sangre. Sin embargo, la tendencia actual es hacia la reducción y mejoramiento de la calidad de esos centros, generalmente ligados a los hospitales, sin recursos para hacer frente a las crecientes exigencias de la seguridad sanguínea, especialmente después de la aparición del VIH como pandemia. Los objetivos del Plan se llevan a cabo a través de distintas acciones de carácter regulatorio (Comisión Nacional para la actualización de la reglamentación de la Ley N° 22.990 y la redacción de las Normas Nacionales de Hemoterapia), informativo (unificación de registros del Sistema Nacional de Hemoterapia) y educativo (capacitación para el desarrollo de Programas Provinciales de Hemoterapia).

- El **Programa Nacional de Desparasitación Masiva** fue iniciado por intermedio del Programa Remediar (que distribuye medicinas de forma gratuita a grupos vulnerables) mediante una intensa campaña durante 2004-2005, que comenzó con la identificación de los focos más problemáticos en la Provincia de Santa Fe, para luego extenderse progresivamente al resto de las provincias afectadas. El programa distribuye mebendazol en zonas donde la población carece de los servicios sanitarios básicos.

- El **Programa de Salud Renal**, que ejecuta la Administración de Programas Especiales del Ministerio de Salud, está destinado a la prevención de las enfermedades renales y a la promoción de la salud en el ámbito de las obras sociales nacionales. Asimismo, conjuntamente con la Superintendencia de Servicios de Salud, la Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de Cardiología, ha desarrollado el **Programa de Identificación de Factores de Riesgo y Prevención Primaria de Enfermedades Cardiovasculares**, dirigido a varones de 30 a 49 años y a mujeres de 40 a 59 años.

- Entre las iniciativas orientadas a reforzar la vigilancia y control de las enfermedades se encuentra el **Programa de Vigilancia de la Salud y Control de las Enfermedades (VIGI+A)**, cuya función es colaborar con las acciones de salud pública mediante la provisión de la información necesaria para la adopción de decisiones vinculadas a la estructura y funcionamiento de los servicios y de la referida a los riesgos que afectan a los distintos grupos de población. Así, se proveyó de los ele-

mentos normativos y de la infraestructura necesarios para el mejoramiento de la vigilancia, la prevención y el control de las enfermedades del programa a todos los agentes del sistema de salud y se desarrolló e implementó el **Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud** y las **Unidades de Monitoreo Sanitarios**. Este programa, actualmente denominado **Programa de Abordaje Sanitario Territorial**, cuenta con más de 100 especialistas y profesionales de la salud que brindan sus servicios de atención en unidades móviles sanitarias, trabajando en red y brindando apoyo a los centros de salud provinciales y municipales.

- También se diseñó y ejecutó una estrategia nacional para el control del consumo de tabaco y se estableció una línea de base nacional para la vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. El **Programa de Control del Tabaco** basa su estrategia en cinco aspectos centrales: restricción de la publicidad, incremento del precio de los cigarrillos, fuerte campaña de comunicación social, ambientes libres de humo y servicios para encarar el abandono del tabaco. A este respecto, merece mencionarse la sanción, en junio del 2011, de la Ley 26.687 de “Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco”.

- En la misma línea deben mencionarse Ley 24788 de **Lucha contra el Alcoholismo**, que regula fundamentalmente la edad mínima para la venta de bebidas alcohólicas, los lugares habilitados de consumo, los contenidos de las pautas publicitarias de dichas marcas y las coberturas médico-asistenciales que deben implementarse; y **Plan Nacional contra las Drogas**, que incluye las distintas etapas: el cultivo ilícito, la producción, la manufactura, la venta, la demanda, el tráfico y la distribución, coordinado por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.

- En 2008 el MSAL creó el **Programa Cuidarse en Salud**, cuyo propósito consiste en instalar una cultura del cuidado, la protección y la promoción de la salud, atendiendo la prevención de enfermedades a través de dispositivos de educación, información y comunicación dirigidos a la población en general, procurando una activa movilización y participación social. Es un programa esencialmente comunicacional que se fortalece con componentes asistenciales, combinando múltiples prácticas a través de la participación de diferentes actores sociales para promover conductas saludables en la población.

- En términos generales, la progresiva sensibilización hacia la reforma psiquiátrica, a partir de diversas iniciativas para la promoción y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales culminó en la sanción de la Ley 26.657 de **Salud Mental**, promulgada a principios de diciembre del 2010. Nuestro país se suma, así, a un pequeño grupo de naciones que cuenta con una política para el campo de la salud mental, basada en el respeto de los derechos humanos, desarrollando un modelo de atención que no recurre a la exclusión sino a la inclusión en sus comunidades de las personas que tienen padecimientos mentales. La ley nacional constituye una

norma que organiza un marco compartido para todas las jurisdicciones puesto que, al adecuarse a los principios de la Convención de las Naciones Unidas sobre Derechos de las personas con Discapacidad, ratificada por Argentina en el año 2008, y adquirir por ello jerarquía constitucional, establece estándares mínimos que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires deben respetar. La normativa se centra en el derecho de las personas con padecimientos mentales, a las que concibe como sujetos de derecho, quienes deben poder acceder gratuitamente a un abordaje interdisciplinario de su problemática, deben ser informados sobre su tratamiento y solo puede apelarse a la internación en situaciones excepcionales en hospitales generales y desarrollar abordajes alternativos ambulatorios que promuevan la inclusión social.

A este respecto, se han creado desde 2002 a la fecha alrededor de 100 dispositivos alternativos al hospital psiquiátrico comprendiendo la apertura, en distintas provincias, de casas de medio camino, centros de día, hogares y talleres protegidos con objetivos de emprendimiento social. Algunos ejemplos de implementación de estos dispositivos son el **Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA)**, programa que desde hace más de 20 años lleva adelante el Hospital Estévez, de la Provincia de Buenos Aires, y los programas de subsidios a las familias y familias sustitutas, como los que se han llevado a cabo en las provincias de Mendoza y San Luis.

- Con relación a la búsqueda de donantes y el trasplante de órganos, debe mencionarse el **Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)**. Este organismo descentralizado, dependiente de la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos del MSAL, impulsa, normatiza, coordina y fiscaliza las actividades de donación y trasplante de órganos, tejidos y células en la Argentina, dando cumplimiento efectivo a la Ley de Trasplante de Órganos, normativa que establece las líneas de su funcionamiento, para satisfacer la demanda de los pacientes que esperan un trasplante. El INCUCAI actúa en las provincias argentinas junto a 24 organismos jurisdiccionales de ablación e implante con el fin de brindar a la población un acceso transparente y equitativo al trasplante.

- El sistema de riesgos del trabajo brinda cobertura a 12,4 millones de trabajadores en relación de dependencia y se basa en la Ley 24.557, del año 1995 (SSS, 2010). Las aseguradoras de riesgos del trabajo son las encargadas de brindar cobertura médica a los trabajadores. Para afrontar los accidentes y la mortalidad laboral, la **Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT)**, organismo dependiente del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social lanzó el **Programa de Prevención de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales en PyME** (Resolución SRT 1/05), que se sumó al ya establecido a fines de 2000, el Programa Trabajo Seguro para Todos, previsto para empresas con más de 50 trabajadores. La SRT cuenta con un **Centro de Información y Asesoramiento en Toxicología Laboral (PREVENTOX)** que recibe consultas de todos los sectores de la comunidad.

- El saneamiento básico sigue siendo un tema pendiente. Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001, realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, solo 47,2% de los hogares censados tenían descarga de agua y desagüe a red cloacal, 24,2% tenían descarga a cámara séptica y pozo absorbente, y el restante 27%, descarga directa a pozo o sin descarga de agua. El **Ente Nacional de Obras Hídricas de Saneamiento**, por delegación del Poder Ejecutivo Nacional, ha encarado la construcción de grandes obras de saneamiento básico en todo el territorio del país.

- El **Instituto Nacional de Alimentos** autoriza, registra, controla y fiscaliza alimentos por medio de una red de vigilancia alimentaria. El **Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria** cumple acciones relacionadas con la protección de los alimentos en las áreas de fiscalización de productos de origen vegetal y animal en la producción primaria, para el consumo interno y la exportación. A partir del 2005, coordinadamente con la Red de Municipios y Comunidades Saludables (que se abordará con más detalle en el Capítulo 8), se comenzó a integrar iniciativas de desarrollo local centradas en los aspectos productivos y de inocuidad alimentaria. Estas iniciativas funcionan con programas integrados en los que intervienen los municipios, las provincias y la Nación, y en los que participan activamente los sectores privados y la sociedad civil, junto con organismos gubernamentales.

UNIVERSALIDAD, INTEGRALIDAD Y EQUIDAD

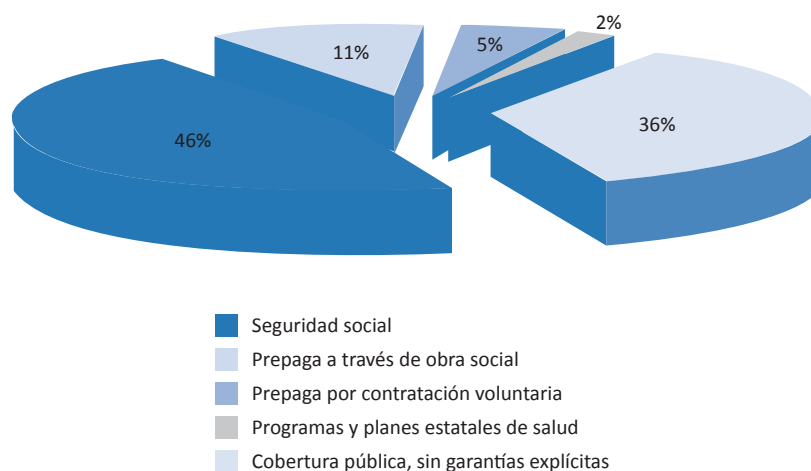
Cobertura de servicios

A continuación se presenta un gráfico que resume la cobertura porcentual por subsectores. Se advierte una supremacía de la población con cobertura de la seguridad social en conjunto (Obras Sociales Nacionales y Provinciales y Programa de Atención Médica Integral), representado un 46%. A su vez, 11% de la población cuenta con cobertura de medicina prepaga financiada a través del encaminamiento de sus aportes desde alguna obra social nacional, mientras un 5% cuenta con este tipo de cobertura de modo exclusivamente voluntario y directo. En tanto dentro del subsector público es posible identificar, por un lado, a beneficiarios de programas y planes estatales de salud (Plan Nacer, Programa Federal de Salud), representando un 2%, y a aquellos con cobertura pública sin garantías explícitas, con un 36%.

Las Obras Sociales Nacionales (OSN) conforman un conjunto heterogéneo de instituciones. Algunas son muy pequeñas, con no más de 3.000 beneficiarios, y otras, muy grandes, con más de 1 millón. Aproximadamente el 70% de los beneficiarios se concentra en unas 30 entidades, mientras que el 45% de las OSN tienen menos de 10.000 beneficiarios. Las características demográficas de acuerdo a la edad y el sexo de los afiliados también varían por institución. Algunas OSN casi no tienen beneficiarios mayores de 65 años, mientras que en otras estos son más de 50% del total. En este sentido, es preciso señalar que para asegurar la cobertura de la po-

blación de adultos mayores se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP, también conocido como PAMI), que cuenta con alrededor de 4 millones de afiliados (SSS, febrero de 2011).

Gráfico 1 – Cobertura en salud por segmento, Argentina, 2010



Fuente: Censo Nacional de Población Hogares y Vivienda, 2010 (INDEC/MECON).

En el Cuadro 2 se puede observar el tipo de cobertura, la fuente de financiamiento y el organismo de control de las entidades de la seguridad social regidas por la Ley 23.660.

Hasta mediados de los noventa, los aportes de cada trabajador eran destinados exclusivamente a financiar la Obras Social (OS) de su sindicato. De esta manera, la cobertura era homogénea dentro de cada OS, pero diferente entre ellas, ya que dependía del salario promedio de la actividad laboral correspondiente y de la cantidad de beneficiarios.

La reforma iniciada en 1994 permitió la libre elección para los afiliados al sistema de la seguridad social nacional, lo cual implicó apartarse del esquema de solidaridad institucional que había prevalecido hasta entonces. Cada beneficiario pasó a poder elegir la obra social mediante la reasignación de su aporte, sin importar el ingreso promedio de la Obra Social Nacional (OSN) de origen ni el del sistema en su conjunto. Como resultado de la reforma, las OSN que tenían un importante número de pasivos y una diferencia marcada de niveles de ingreso (como por ejemplo la de los trabajadores ferroviarios, de seguros o bancarios) se quedaron con los beneficiarios de menor aporte y mayor riesgo de enfermar, una situación casi imposible de sostener (Torres, 2004). Por otra parte, la posibilidad de brindar planes suplementarios hizo que la cobertura de cada OSN dependiera cada vez más de las cuotas extras de sus afiliados, lo que menoscabó la solidaridad interna de las entidades.

Cuadro 2 – Obras Sociales: cobertura prestacional, financiamiento y control, Argentina, 2009

Seguridad Social	Beneficiarios	Cobertura mínima	Fuente Financiamiento	Organismo de control
Obras Sociales Nacionales	Trabajadores en relación de dependencia Afiados del INSSJP - Decreto 292/95 Monotributistas, empleados de monotributistas, empleados ss. doméstico - Ley 25.239 Beneficiarios seguro desempleo - Res. ANSES 1023/04	PMO	Aportes y contribuciones	Superintendencia de Servicios de Salud
Obras Sociales Provinciales	Empleados de la Administración Pública Provincial y sus familiares Jubilados y pensionados y afiliados voluntarios	Varía según provincia	Aportes y contribuciones	Esquema varía según cada caso
INSSJP-PAMI	Jubilados y pensionados	PMO	Aportes y contribuciones, Aportes Tesoro Nacional, subsidios y donaciones	Superintendencia de Servicios de Salud
Poder Legislativo Policía Federal Gendarmería Ejército Armada Fuerza Aérea	Empleados dependientes	PMO	Aportes y contribuciones	Esquema varía según cada caso
Obras sociales Universitarias	Docentes y personal no docente	Estatutos Universitarios	Aportes y contribuciones	Ministerio de Salud

Fuente: DES, MSAL. * PMO = Programa Médico Obligatorio

Como fue señalado previamente, subsisten diferencias importantes en el acceso y la calidad de los servicios que reciben los beneficiarios según la OS a la que pertenecen y su lugar de residencia. Los empleados públicos provinciales y sus dependientes son cubiertos por las Obras Sociales Provinciales (OSP), que no forman un sistema articulado y, a diferencia de las OSN, no son reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud sino que integran el Consejo de Obras y Servicios Sociales de la República Argentina. Sus beneficiarios alcanzan los 6,3 millones y, pese a haber ocupado un lugar secundario respecto de las OSN, su relevancia se ha visto acrecentada a partir del proceso de descentralización del sector público de salud. La importancia de las OSP en cuanto a población cubierta y nivel de gasto es tan grande que las convierte en posibles ejes de una estrategia que articule los sistemas provinciales con seguros a su cargo (Medici, 2002).

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, la cobertura de prestaciones médicas para los jubilados fue institucionalizada a partir de la Ley 19.032, de 1971. Los beneficiarios del Programa de Atención Médica Integral (PAMI) pueden ser las personas titulares de un beneficio de jubilación o pensión del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (actualmente Sistema Integrado de Provisional Argentino) y del Régimen Nacional de Previsión, los veteranos de guerra, los mayores de 70 años y los familiares a cargo. Teniendo en cuenta la notable expansión del sistema previsional argentino, el PAMI da cobertura a un elevado porcentaje de la población mayor edad.

Las OS creadas por ley corresponden también al esquema de rama de actividad, aunque en este caso su característica principal es que dicha actividad se relaciona con algún sector estatal específico. De esta manera, este grupo aglomera a más de un millón de afiliados integrantes del personal de las Fuerzas Armadas, de las fuerzas de seguridad interior (policía federal, gendarmería, prefectura naval) como así también los trabajadores del Servicio Penitenciario Federal, el Poder Judicial de la Nación o los docentes de la Universidad Nacionales y sus familiares.

Bajo la órbita de la Administración Pública Nacional, el Ministerio de Salud de la Nación ha incorporado en su estructura dos programas que garantizan a grupos poblacionales específicos garantías explícitas de prestaciones: el Programa Federal de Salud (PROFE) y el Plan Nacer. El Programa Federal de Salud (PROFE) asegura el cumplimiento de las políticas de prevención, promoción y recuperación de la salud y el ejercicio del derecho de los afiliados (receptores de pensiones no contributivas) a gozar de las prestaciones médicas conforme lo establecido por el Programa Médico Obligatorio. Este programa tiene como objetivos: transferir lineamientos y políticas sanitarias nacionales a las jurisdicciones, junto con la respectiva distribución de los recursos presupuestarios de acuerdo a los convenios establecidos con ellas; controlar, desde el nivel nacional, los aspectos prestacionales, administrativos contables y legales, mediante acciones de supervisión y auditoría que aseguren el cumplimiento de los convenios de cápita integral y generar mecanismos de respuesta a reclamos y/o denuncias y sugerencias de los beneficiarios; y garantizar la difusión y promoción de los derechos y obligaciones de los afiliados. El Plan Nacer brinda cobertura explícita de salud a niños y niñas menores de 6 años de edad sin obra social y a las embarazadas o las mujeres que estén transitando el puerperio (hasta 45 días después del parto) y tampoco tengan obra social.

El subsector privado en salud es importante tanto desde el punto de vista sanitario como del económico. Este tipo de seguro, de afiliación voluntaria, surgió en Argentina a principio del siglo XX y sus antecedentes pueden encontrarse en las mutuales de comunidades de base solidaria o en las agrupadas por oficio o rama laboral. Dentro del sector privado asegurador hay organizaciones y planes asisten-

ciales muy diversos aunque, en términos generales, se orientan a la población de mayores ingresos de las grandes ciudades.

Las aseguradoras privadas o empresas de medicina prepaga pueden ser sociedades comerciales, asociaciones civiles con o sin fin de lucro, fundaciones y mutuales o cooperativas.

Muchas de las empresas de medicina prepaga intermedian entre las OS y los beneficiarios, ya que las OS delegan la responsabilidad de la asistencia médica. Como ya se mencionó las estimaciones privadas registran entre 200 y 250 entidades de este tipo, con una gran concentración geográfica importante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires. (EUyGSS, 2010- DEIS/MSAL). En la actualidad, cada prestador negocia libremente con los financiadores la modalidad de contratación y sus valores. Dadas las especiales condiciones en que se desenvuelve la oferta privada del sector, con una gran asimetría informativa y otras importantes fallas de mercado, se generan enormes oportunidades para lograr rentas extraordinarias. Sin embargo, la Ley 26.682, de Regulación de la Medicina Prepaga, promulgada durante 2011, toma cuenta de estas fallas y asimetrías, ordenando y orientando este subsector hacia un funcionamiento más compatible con el de las OS.

En relación con la cobertura prestacional, en Argentina existe el Programa Médico Obligatorio (PMO) que establece una canasta prestacional mínima de cobertura. Sin embargo, en la actualidad solamente las OSN y las empresas de medicina prepaga están obligadas a ofrecerlo, en tanto que la realidad de las OSP es dispar, dependiendo de las legislaciones provinciales. El resto de la población (sin aseguramiento) no posee garantías explícitas (con excepción de los beneficiarios del Plan Nacer y del PROFE).

El PMO, aprobado por el Decreto 247/96, en su origen definió un listado de bienes y servicios destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico. En el año 2000, la Resolución 939 del MSAL modificó el decreto y explicitó más las prestaciones a cubrir. Sin embargo, pese a que en sus fundamentos aducía basarse en la prevención, dar prioridad a la atención primaria y a la medicina basada en pruebas, nada de esto pudo ser llevado a la práctica. Luego de que el Decreto 486/02 declarara la emergencia sanitaria en todo el país, se aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE). A partir de entonces, para la incorporación de prestaciones y servicios se deben respetar criterios de eficacia en función de los costos y de medicina basada en pruebas, con el fin de utilizar eficaz y eficientemente los recursos de la seguridad social.

El PMOE está basado en los principios de la atención primaria de la salud, entendida no solo como la cobertura para el primer nivel de atención sino, fundamentalmente, como una estrategia de organización de los servicios sanitarios. Por tanto, sostiene el principio de privilegiar la prevención antes que las acciones

curativas. Entre los programas incluidos en el PMOE se encuentran el Plan Materno Infantil, la atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad, los programas de prevención de cánceres femeninos, la odontología preventiva y el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Luego, ya dentro de la atención secundaria están incluidas las consultas médicas de especialidades reconocidas oficialmente, las prácticas de diagnóstico, los tratamientos de rehabilitación, otras prácticas ambulatorias (hemodiálisis, cuidados paliativos, etc.), las prótesis y órtesis, la internación, la salud mental, los traslados, los medicamentos y las prestaciones de alto costo y baja incidencia.

Brechas entre cobertura poblacional y cobertura de servicios

Todas las provincias, al igual que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuentan con una extensa red de servicios hospitalarios y ambulatorios compuesta por efectores públicos y privados. El registro oficial del año 2009, considerando datos del año 2005, elevaba el número total de establecimientos asistenciales a 17.845 y la cantidad de camas hospitalarias disponibles a nivel nacional es de 153.065 (cerca de la mitad es de propiedad pública y la otra mitad privada) (DEIS, 2010). Dentro del sector privado, aproximadamente el 20% de las camas son para internación y el sector cuenta con un promedio de camas por establecimiento menor al de los establecimientos públicos (64 camas en el sector público, 35 en el privado). La mayoría de las clínicas, sanatorios y centros de diagnóstico son pequeñas y medianas empresas con fines de lucro, intensivas en recursos humanos especializados.

Todo ciudadano puede ser asistido en las instituciones públicas de salud, pero esta cobertura es muy diferente según la provincia (y el prestador dentro de cada provincia). Cada provincia opera con particulares restricciones presupuestarias, sus propias políticas sanitarias, locales y regionales, perfiles diferenciados de demandas y marcos regulatorios específicos (por lo general tienen regulaciones sanitarias propias y legislaciones laborales únicas para el personal de la administración pública).

A nivel microeconómico, se puede afirmar que coexisten diversas modalidades de organización. En rigor, el proceso de descentralización no ha sido uno sino varios, tal vez tantos como jurisdicciones tiene el país, donde se combinan diferentes grados de autonomía hospitalaria y niveles de integración de las redes de atención. Esta diversidad deriva en la inexistencia de un nivel único básico de cobertura asegurada por la atención pública de la salud a todos los habitantes. Además, la localización de cada individuo dentro de cada jurisdicción lo coloca en una posición diferencial frente al acceso a las unidades públicas proveedoras de servicios de salud.

La evolución del gasto público en salud por nivel de gobierno verifica cierta constancia en la participación de los tres niveles, con un amplio predominio del gasto provincial. Los presupuestos provinciales del sector sostienen principalmente a los hospitales, mientras que el estado nacional financia organismos descentrali-

zados y programas. No obstante, pese a que la provisión de servicios de salud está mayormente en manos de los gobiernos provinciales, no parece tener una elevada prioridad en los presupuestos de las provincias. Salvo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por razones específicas, en ninguna de las jurisdicciones el gasto en salud representa más del 13% del gasto público total (DAGPyPS, 2010).

Además de la disparidad provincial, deben considerarse la diversidad de la provisión pública y las dificultades para conformar sistemas coordinados. Una parte importante de los centros de atención primaria dependen de las municipalidades, especialmente en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Corrientes, con los niveles de autonomía municipal más altos. En este contexto, en varias jurisdicciones ha habido iniciativas y propuestas que han intentado articular un sistema provincial de atención de la salud con los municipios, como los casos de Neuquén y Río Negro. En algunos casos, en especial los relacionados con la conformación de seguros provinciales, dentro de las propuestas se incluyó la participación de los institutos provinciales, además de la coordinación con los gobiernos respectivos.

La oferta de servicios puede describirse sintéticamente mediante los indicadores de habitantes por médico, habitantes por cama, y su combinación, los médicos por cama, en cada provincia, considerando la oferta a cargo de los subsectores público, de seguridad social y privado.

En una primera aproximación a la oferta del sistema sorprende la cantidad de recursos disponibles. Los médicos (5 por cada mil habitantes) y las camas (4,5 por habitante) muestran niveles muy superiores al promedio mundial, e incluso a los registros de Canadá, Reino Unido y Estados Unidos (SIISA, 2011). Esto pareciera ser el síntoma y el resultado de los problemas de eficiencia que aquejan al sector. Por un lado, la múltiple cobertura tiene su correlato en un uso ineficiente de los recursos humanos; por el otro, la falta de directrices claras en la política de recursos humanos del sector y la puja distributiva al interior del gremio médico determinan una variedad de especialidades médicas que atenta contra un uso adecuado de los cuantiosos recursos humanos.

La heterogeneidad de la distribución de los recursos físicos y humanos en las provincias es otro rasgo distintivo de la organización del sistema de salud argentino. Los datos disponibles (Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino) muestran un número creciente de habitantes por médico a medida que nos trasladamos de provincias de mayor índice de desarrollo humano (IDH) hacia provincias de menor IDH. Algo similar se observa en relación con la cantidad de médicos por cama, que desciende a medida que pasamos a provincias de menor desarrollo relativo.

Estas asimetrías se mantienen respecto al nivel de gasto público en salud por habitante y la proporción de la población que no cuenta con cobertura de seguros. Provincias como Formosa y Chaco tienen aproximadamente un 57% de población no asegurada, mientras que en otras estos valores caen entre 17% y 21,5%,

como en la ciudad de Buenos Aires, Santa Cruz y Tierra del Fuego (CNPVyH, 2010). En algunas jurisdicciones la cobertura depende mayormente del empleo público, mientras que en otras, debido a la mayor edad de la población, el PAMI tiene un papel preponderante (CEPAL, 2010).

La concentración y las grandes extensiones territoriales llevan a indicadores de densidad extremos: aunque el promedio nacional es de aproximadamente 13 personas cada km², la Ciudad de Buenos Aires da cuenta de 13.000 habitantes por km², mientras que, en el extremo opuesto, la provincia de Santa Cruz ofrece una densidad de 0,8. La brecha entre grupos etarios ofrece la imagen de una nación de desarrollo medio-alto, donde la población menor a 14 años es el 28% y un porcentaje cercano al 10% ya supera los 85 años de edad.

Haciendo una comparación rápida sobre los niveles provinciales de desarrollo social, se puede agrupar las provincias en cuatro categorías: provincias con altos índice de desarrollo humano (IDH2), producto por habitante y los mejores indicadores sociales (por ejemplo: baja tasa de mortalidad infantil). En este grupo se encuentran la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias patagónicas (Tierra del Fuego, Santa Cruz, Chubut y Neuquén), aunque estas últimas con una densidad poblacional muy baja. Luego pueden agruparse las provincias con desarrollo relativamente alto: IDH e indicadores sociales altos. En este grupo se encuentran las cuatro provincias responsables por la mitad del producto bruto geográfico argentino (Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Mendoza), junto con Río Negro y La Pampa. Un tercer grupo lo conforman las provincias de desarrollo relativo bajo: sus productos promedio por habitante y sus indicadores sociales son inferiores al promedio nacional (La Rioja, San Juan, Entre Ríos, Tucumán, San Luis, Salta y Catamarca). Finalmente pueden agruparse las provincias del norte del país (Corrientes, Santiago del Estero, Chaco, Misiones, Formosa y Jujuy) de acuerdo a su menor desarrollo relativo: peores indicadores sociales y económicos.

En suma, el sistema público de atención de la salud en Argentina se organiza bajo un esquema complejo y muy desigual e inequitativo entre provincias. Se hace cargo, casi en exclusiva, de las tareas de prevención, atención de enfermos crónicos, infectocontagiosos y quemados, de internación psiquiátrica, etc., y sostiene una red de servicios de urgencia y atención básica que cubre todo el país. El subsector público concentra una proporción importante de los recursos de atención en los niveles provincial y municipal. La oferta asistencial responde a la disponibilidad de recursos físicos, humanos, insumos y tecnología. Dentro de los primeros, debe considerarse la influencia sobre la oferta derivada de la propia organización gremial de los profesionales, a través de los “colegios médicos”, que cumplen funciones de autorregulación de sus prácticas. Estas diferencias en la disponibilidad de recursos de toda orden producen brechas y desigualdades en la atención a la salud entre provincias.

FINANCIAMIENTO EN SALUD

De acuerdo con las últimas estimaciones, el gasto en servicios de la salud en Argentina es elevado a nivel regional. Medido como porcentaje del producto bruto interno (PBI) para el año 2009 se ubica entre 8,6% y 9,4%, según distintas estimaciones del gasto privado³, encontrándose por encima del promedio de América Latina y más cerca del promedio de Europa. En Argentina, el gasto público, que incluye la seguridad social, representa aproximadamente el 70% del gasto total en salud mientras que el 30% es financiado por las propias familias a través del gasto de bolsillo. En cambio, en los países desarrollados, el aporte familiar representa solamente el 20%, en promedio, del gasto total. La necesidad de incurrir en gastos de bolsillo para acceder a servicios de salud o al consumo de medicamentos es una fuente importante de inequidad. Cuanto mayor sea la contribución del gasto público, más equitativo y redistributivo será el gasto en salud, mientras que una mayor participación del gasto privado da cuenta de un menor grado de solidaridad del sistema (Titelman, 2000). Esta dualidad, propia del sistema argentino en materia de gasto, elevado como en los países europeos, pero con una estructura de gasto más cercana a América Latina, se corresponde con la dualidad manifiesta en los indicadores epidemiológicos. Medido en años potenciales de vida perdidos, Argentina muestra registros que tienen un valor intermedio entre las dos regiones. El país se ubica por encima del promedio de América Latina en la incidencia de enfermedades no transmisibles, pero simultáneamente muestra una elevada proporción de enfermedades transmisibles, ligadas a un menor grado de desarrollo, en comparación con Europa. Esta dualidad se repite y es más evidente al distinguir las causas de muerte por grupos de provincias, lo cual da cuenta del desafío que enfrenta el sistema de salud.

En cambio, si se considera el gasto por habitante en dólares, el nivel de Argentina se encuentra bastante por debajo de los países europeos de menor nivel de erogaciones, aunque se ubica en un nivel superior al promedio internacional y es el más elevado de América Latina.

A partir de esta información se describirán brevemente las principales características (incluyendo las dificultades metodológicas para realizar estimaciones) y la evolución del gasto en cada uno de los sectores en las secciones siguientes.

Gasto público en salud: características y evolución

Según los datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales (DAGPyPS), dependencia del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, en el año 2009, el gasto público en salud sumado al de la seguridad social ascendió en valores corrientes a \$72.164 millones. Esto implica un crecimiento del 34,5% respecto al año anterior, y un incremento de casi el 404,2% en relación al año

2000. Tomando como universo el período 2002-2009 puede verse un crecimiento sostenido de dicho gasto (público + seguridad social), destacándose especialmente el incremento de 2008 (36,1%). El análisis de estos datos en términos constantes muestra un crecimiento de 82,5% entre los extremos de la serie, pasando de \$13.880,8 millones en 2000 a \$25.333,8 millones en 2009. Las consecuencias de la crisis económica de 2001 se reflejan notoriamente en la evolución en términos constantes de la serie al registrarse una reducción del 32,5% en 2002, alcanzando el mínimo valor de la serie en 2003 con \$9.090,9 millones. No obstante, en 2004 comienza a percibirse la recuperación del nivel de gasto, aunque con un crecimiento menos pronunciado en términos corrientes, por los efectos de la devaluación. El mayor crecimiento interanual en la serie se registra en 2009, con 27,7%.

Si consideramos el gasto público en salud sumado al de seguridad social, en términos de su participación en el PBI, en el gasto público social y en el gasto público total para el período 2000-2009, no se observan grandes cambios estructurales. En promedio, tuvieron una participación del orden del 4,8% del PBI, destacándose 2009 como el año de mayor participación, con el 6,2%, mientras que 2003 y 2004 registran la menor relevancia, con el 4,3% y 4,2% respectivamente.

El gasto público en salud sumado al de la seguridad social es uno de los valores con mayor relevancia sobre el gasto público social, después de Previsión Social y Educación. Para el período 2000-2009, este indicador registra un promedio de 22,6%, sin grandes cambios al interior del período. Alternativamente, el gasto en salud representa en promedio el 14,6% del gasto público total, alcanzando la mayor participación en 2002, con el 15,3%, y la menor en 2007, con el 13,3%.

Analizando dicho gasto en salud (público + seguridad social) por nivel de gobierno, para el mismo período, se observa que la Nación presenta la mayor participación, con un promedio del 49,7% (incluye el gasto realizado por el estado nacional, las OSN y el PAMI). Bajo esta estructura las provincias, en promedio, participan en 44% (incluye el gasto realizado por los gobiernos provinciales y las OSP) y los municipios 6,3%.

Además de las transferencias presupuestarias a las provincias, el MSAL ejecuta programas nacionales articulados en el marco de la política sanitaria federal. Tal ejecución implica una transferencia, tanto en forma monetaria como en especie (vgr. talleres de capacitación, servicios médicos, leche fortificada, vacunas, anticonceptivos y medicamentos en general). Teniendo en cuenta los montos de estas transferencias correspondientes al año 2009, los principales programas fueron el PROFE, con el 42% del total de los fondos, el Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (25%) y el Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus del Humano, SIDA y ETS, con casi el 10%.

No obstante, las provincias participan ampliamente en el nivel de erogaciones de salud, dada su participación en la subfunción de atención médica. Esta subfunción

considera los gastos en salud pública ministerial nacional, provincial y municipal. De esta manera, las provincias participan en casi un 70%, en promedio, contra un 15% del gasto en atención médica a nivel nacional, dato que se explica por la descentralización característica del sistema de salud argentino.

Con relación al origen de los fondos utilizados para financiar el gasto público en salud y en relación con el componente de la Atención Pública de la Salud, estos provienen tanto de rentas generales, así como también de créditos internacionales.

En relación con las Obras Sociales Nacionales (OSN), el financiamiento proviene de un impuesto al salario, por el cual el trabajador aporta el 3% de su ingreso, y 6% constituye el aporte del empleador. Del total de ingresos por OS, la Administración Federal de Impuestos retiene un porcentaje que se canaliza hacia un Fondo Solidario de Retribución, cuya función es redistribuir recursos para completar el aporte de los afiliados de menores ingresos y financiar un conjunto limitado de prestaciones e insumos médicos requeridos por algunos tratamientos para enfermedades catastróficas, gestionado por la Administración de Programas Especiales.

El financiamiento del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) proviene de varias fuentes: los aportes de los trabajadores en actividad, equivalentes al 5% del salario, 3% de aporte personal y 2% de aporte patronal; el aporte de los pasivos, que varía entre 6% y 3% de sus ingresos, y contribuciones del tesoro nacional.

Gasto privado en salud: características y evolución

Si se sigue la definición usual que considera que el gasto privado en salud es aquel gasto cuyo destino se basa en el consumo de bienes y servicios de salud realizado por las familias (gasto de los hogares), las empresas y las instituciones sin fines de lucro, debemos incluir tres categorías para su análisis:

- El gasto de los hogares incluye el gasto directo en bienes y servicios de salud y los gastos indirectos en concepto de pagos de cuotas de afiliación voluntaria a algún esquema de aseguramiento.
- El gasto de las empresas se ejecuta a través de la financiación de servicios de medicina laboral y de seguros voluntarios para sus empleados.
- El gasto de las instituciones sin fines de lucro consiste en el pago por bienes o servicios de atención médica que estas transfieren a los hogares sin mediar contraprestación alguna.

Argentina cuenta con información primaria fragmentada sobre el gasto global privado en salud, no consolidado en un sistema de cuentas de salud, existiendo en la actualidad tres relevamientos con información sobre gasto de los hogares. La Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGH 2004/2005), realizada por el INDEC, y las Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios Sanitarios (EUGSS

2004/2005 y EUGSS 2010), realizadas ambas por el MSAL y la Universidad de Buenos Aires.

A partir de los datos de la EUGSS, la Dirección de Economía de la Salud ha realizado un análisis del gasto privado total en salud de los hogares en el que estimaciones preliminares indican que el gasto total promedio en salud fue para el año 2010 de \$91,8 mensuales. Si bien este nivel de gasto representa un incremento a valores corrientes con respecto al registrado en el 2005, si se mide como porcentaje del ingreso de los hogares, es aproximadamente un 15% menor. Mientras que en el año 2005 el gasto total en salud para el promedio de los hogares representaba un 13,5% del ingreso, para el año 2010 sólo significaba un 11,4%. Esta reducción del gasto en salud en términos del ingreso de los hogares se observa para toda la población, aunque es más marcada en los quintiles medios y pobres de la distribución del ingreso. En este sentido, entre 2005 y 2010, el quintil medio registró una baja de casi 36%, siguiéndole el quintil 2 con una reducción del 35% y el quintil más pobre, con casi un 28% menos.

El gasto en medicamentos representó para el año 2010 el 44% del gasto total, resultando ser el más regresivo de todos los rubros registrados. Sin embargo, y conforme a lo señalado, puede observarse una baja importante del gasto en medicamentos como porcentaje del ingreso en los últimos años. A excepción del quintil más rico, en el cual se presenta un leve aumento, todos los quintiles vieron disminuir el gasto en medicamentos como porcentaje del ingreso entre dicho período. De la misma manera, entre el 2005 y el 2010 disminuyó el gasto como porcentaje del ingreso en todos los rubros de gasto, tanto para el promedio de la población, como por quintiles de ingreso, a excepción del gasto en tratamiento, análisis e internación para los quintiles más bajos y el gasto en medicamentos para el quintil 5°, los cuales sufrieron un leve aumento. Estas reducciones hablan de una relativa mejora de la situación con respecto al 2005, pero a nivel general y considerando que los pagos directos del propio bolsillo son una de las formas menos eficientes y menos justas de financiamiento de la salud y pueden acarrear el empobrecimiento de las familias, Argentina todavía registra una de las más pesadas cargas del gasto de bolsillo en salud, como se evidencia en una muestra de 12 países de América latina y el Caribe (CEPAL, 2008).

MACROGESTIÓN

Las sucesivas transformaciones estructurales y organizativas que sufrió el MSAL en los últimos 30 años incluyen: la modificación formal de su misión y función, la transferencia de organismos y responsabilidades a instancias provinciales, la integración o desafectación de áreas y actividades, en el nivel nacional. Podemos recordar un Ministerio de Salud que incluía las funciones de Acción Social y de Medio

Ambiente en su estructura y funcionamiento y con servicios asistenciales propios, conjuntamente con los programas verticales nacionales, cubriendo gran parte del país. En el año 2004 se inicia la recuperación de la función rectora. Principalmente, a partir del fortalecimiento del Consejo Federal de Salud y el desarrollo de planes y programas con cobertura ampliada en provincias y municipios. Sin embargo, estos planes y programas exigen una integración y articulación, en primer lugar en el ámbito del MSAL, y luego con las autoridades provinciales, con sus propios programas y planes.

En este contexto, el mismo ministerio evaluó, junto con la Organización Panamericana de la Salud (MSAL-OPS, 2009), el desarrollo de sus funciones rectoras, con los resultados que se describen en la sección siguiente.

Rectoría

Conducción: El proceso prioritario a intervenir es el correspondiente a la promoción de la salud, la participación y el control social en salud en todos sus subcomponentes, a saber: i) diseño y promoción de políticas de salud pública; ii) fomento de la participación activa de la sociedad civil en la identificación de problemas; iii) planificación e implementación de acciones en salud y iv) fomento de la coordinación intersectorial. Ocupan el segundo y tercer lugar en esta priorización los procesos de dirección, concertación, movilización de actores y recursos; y de formulación de estrategias, políticas, planes y programas de salud, con especial énfasis a su interior, no solo en la elaboración sino en su difusión y monitoreo y evaluación.

Regulación: La prioridad en este aspecto es el grado de injerencia en la regulación del medio ambiente; la existencia de normas completas, pertinentes y actualizadas para la protección de riesgos ambientales; la fiscalización que debe hacer el MSAL para el cumplimiento de las normativas ambientales que inciden en la salud y la coordinación y colaboración con las autoridades ambientales para reducir los factores de riesgo a la salud. En segunda instancia, la prioridad a intervenir corresponde al marco situacional y respaldo legal para el ejercicio de la función reguladora por parte del MSAL, con especial énfasis en recurso humano capacitado para ello, y con la infraestructura y autonomía necesarias.

Financiamiento: En esta dimensión, el proceso a priorizar correspondió a la vigilancia del proceso de financiamiento sectorial, que incluye la capacidad del MSAL de hacer cumplir la regulación, llevar a cabo una estrecha y sistemática vigilancia del proceso de financiamiento sectorial. Ocupa el segundo lugar en la priorización el proceso de redistribución de fondos para compensar asimetrías de mercado, en el cual es necesario dar cuenta de la redistribución de fondos entre seguros y entre niveles regionales.

Aseguramiento: Se vuelve prioritaria la definición de poblaciones y territorios que deben ser cubiertos por los mecanismos de garantía de conjunto de prestaciones,

que enfatiza en la labor de la Autoridad Sanitaria Nacional respecto de la protección de los derechos de los usuarios y su difusión. En segundo lugar, corresponde priorizar la definición de un conjunto de prestaciones prioritarias y de informar a todos los asegurados acerca de qué bienes y servicios de salud tienen derecho bajo un plan garantizado de prestaciones.

Armonización de la provisión de servicios: Esta dimensión tiene como prioritaria la mediación entre pagadores, proveedores y usuarios para asegurar la protección de estos últimos a través de una instancia formal designada con este fin y la formulación de objetivos sanitarios y políticas sectoriales en el tema. En segundo lugar, se recomienda priorizar la capacidad institucional para la fiscalización y control de los servicios de salud nacionales y regionales, específicamente con referencia a la caracterización de la fuerza de trabajo en salud en el país.

Aún respecto del rol del Estado nacional, si bien el MSAL es responsable de acciones de planificación y coordinación con las autoridades sanitarias de las provincias; de las acciones que tiendan a implementar un sistema federal de salud y de la articulación y complementación entre los servicios de salud estatales/provinciales, la seguridad social y el sector privado, sus lineamientos tienen valor indicativo, ya que las provincias tienen autonomía en materia de salud y responden por la provisión de servicios.

En este contexto, cobran especial interés las experiencias del Plan Nacer, el Programa Remediar+Redes o el PROFE, al iniciar modalidades de transferencia de recursos nacionales (monetarios y en especie) hacia las provincias bajo un nuevo esquema de incentivos para cumplir con metas sanitarias compartidas.

De la misma forma, en el ámbito de la seguridad social merece destacarse la Administración de Programas Especiales que se ocupa de financiar los costos asociados a enfermedades catastróficas; y las modificaciones incorporadas al Fondo Solidario de Redistribución que, a través del Decreto 1901/2006, disponen que un porcentaje de lo recaudado sea redistribuido nuevamente hacia las obras sociales nacionales en función de las variables edad y sexo según criterios de riesgo médico (matriz ajustada por riesgo por individuo beneficiario), asegurando a las instituciones de la seguridad social una cuota mínima mensual por beneficiario que permite afrontar las prestaciones establecidas a través del PMO.

Formulación de políticas y planes

De acuerdo a la Ley 26.338 de Ministerios del año 2007, las siguientes son las líneas de intervención que agrupan las principales funciones del MSAL:

- Liderar la conducción sanitaria dentro de un sistema participativo, federal y equitativo. A través del Consejo Federal de Salud (COFESA), potenciado como instancia principal para el análisis político de la situación sanitaria, y de generación de políticas a partir de propuestas nacionales y provinciales.

- Liderar el desarrollo y el fortalecimiento de la regulación y provisión de servicios centrados en las personas. El MSAL propone y consensúa en el COFESA los lineamientos para la organización y gestión de la atención de salud en torno a las necesidades y expectativas de las personas, asegurando mejores resultados, con criterios de equidad y cobertura universal. Armoniza con los organismos descentralizados la provisión de servicios de Salud Pública y atención a las personas. Promueve el control de la calidad de servicios, medicamentos, insumos y alimentos.
- Integrar la oferta programática en función de los ciclos de vida, avanzando hacia la cobertura universal. El MSAL explicita los derechos de las personas a recibir servicios con pisos explícitos de cobertura y calidad, en relación con las prioridades sanitarias. Define las acciones de salud, no como programas con fines en sí mismos, sino como paquetes de servicios en función de los grupos de edad, integrando de esta manera a los programas. Reconoce, además, las características diversas de las poblaciones a satisfacer su derecho a la salud y se preocupa por generar servicios que respondan a razones de sexo, género, identidad pertenencia cultural y cualquier otra variable que requiera atención por ser determinante de la salud.
- Desarrollar la capacidad de planificación, generación y evaluación de políticas y promoverlas en todas las jurisdicciones sanitarias. El MSAL lidera la formulación y monitoreo de la ejecución de las políticas sanitarias. Diseña políticas y metas basadas en la evidencia científica, en la factibilidad técnica y financiera y en la viabilidad política. En un Ministerio rector de la salud, en un país federal, esta categoría de funciones cobra una importancia estratégica ya que las propuestas de desarrollo a mediano y largo plazo son imprescindibles para la conducción sanitaria. Apoya a las jurisdicciones en el desarrollo de estas capacidades.
- Definir políticas de recursos humanos en salud y apoyar su desarrollo en todas las jurisdicciones. El MSAL pone énfasis en la formulación de políticas y en la planificación de recursos humanos y profundiza las líneas de trabajo más desarrolladas, como becas de residentes, programas especiales de capacitación y regulación del sistema además de apoyar a las jurisdicciones para este fin. Esto requiere una gran capacidad de relacionarse con las instancias formadoras y generar su propia capacidad de adecuar los conocimientos y aptitudes del personal con relación a las prioridades sanitarias y a los modelos de atención y gestión.
- Ejercer abogacía y gestionar ante otros sectores acciones en relación con los determinantes de la salud. El MSAL mantiene relaciones institucionales político-técnicas con los estamentos de los tres Poderes del Estado, con los gobernadores e intendentes y con la sociedad civil, con el fin de hacer efectivo el reclamo que Salud hace a la sociedad en relación con los determinantes de la salud, cuya modificación no está en manos de este ministerio.
- Asegurar una administración eficiente de los recursos institucionales, que se organizan respondiendo a las definiciones de las políticas sanitarias. Se asegura

el apego a la normativa legal de las acciones ministeriales en la administración, presupuesto, personal, contabilidad y finanzas. Promueve la modernización de la normativa legal y la organización institucional, incluyendo la informática, con el fin de lograr la mayor eficiencia posible de la gestión global.

Atribuciones de las esferas gubernamentales y coordinación interinstitucional

Las atribuciones, responsabilidades y funcionamiento de los distintos niveles de gobierno respecto al sistema de salud ya fueron mencionadas brevemente en los capítulos anteriores. En esta sección merece destacarse el Consejo Federal de Salud (COFESA) como el ámbito de coordinación interinstitucional que ha tenido mayor relevancia con relación al sistema de salud.

El COFESA fue creado en enero de 1981 mediante el Decreto 22.373 y es integrado por los ministros de salud de todas las provincias. Desde entonces, constituye el espacio formal de encuentro y articulación de las autoridades sanitarias del país. Nunca fue modificado ni reglamentado por alguna otra norma. El decreto de creación del COFESA prevé un mínimo de dos reuniones ordinarias a lo largo de cada año, siendo la fecha y el lugar preestablecidos en la reunión anterior. La convocatoria a dichas reuniones corresponde al ministro de salud nacional. Este informa los temas que serán tratados en la reunión, que fueron establecidos mediante consulta a los integrantes del COFESA. Además, según lo indica la normativa, pueden celebrarse reuniones extraordinarias que deben ser convocadas por el presidente o solicitadas por no menos de cinco de las jurisdicciones representadas en el COFESA, también con indicación del temario. Por otra parte, los miembros del COFESA pueden formar comités especiales para el estudio de determinados asuntos, para lo cual deben dar cuenta a la presidencia y mantenerla informada de la realización y resultado de dichos estudios. Las conclusiones a las que se arribe deben expresarse mediante recomendaciones o informes, de los cuales debe llevarse adecuado registro y efectuarse las comunicaciones pertinentes. Además, tal como lo indica la ley, cada año debe realizarse una memoria anual de actividades a la que se le anexará una copia de las recomendaciones e informes recién mencionados.

Sin embargo, en la práctica, el COFESA ha tenido desde su creación hasta el año 2001 una escasa incidencia en las decisiones provinciales o nacionales en salud. En los primeros veinte años de su historia, se trató de una instancia activa solo por momentos. Esta tendencia se acentuó de manera significativa durante los años 2000 y 2001, llegándose a desactivar casi completamente al órgano. Sin embargo, a partir del año 2002, el COFESA comienza a adquirir un protagonismo y capacidad de influencia sin precedentes. A partir de la gestión del entonces Ministro de Salud, Dr. Ginés González García, en enero del año 2002 el COFESA adquirió protagonismo y capacidad de influencia. Las reuniones se regularizaron, incorporando temas de

relevancia nacional y realizándose un mayor seguimiento. No solo ha evolucionado la dinámica de funcionamiento del COFESA, sino que este también ha logrado resultados concretos de política sectorial. Se han tomado importantes decisiones y el gobierno nacional ha podido dar respuesta a las inquietudes provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Por su parte, la concreción de acuerdos sanitarios federales, en el año 2004, funcionó como instancia de validación del Plan Federal de Salud 2004-2007, que también ha constituido un importante avance hacia el compromiso intergubernamental y el establecimiento de metas federales.

En 2008, y como consecuencia del éxito del COFESA en los últimos años, los legisladores nacionales y provinciales integrantes de las comisiones de salud han creado el Consejo Federal de Legislación de Salud (COFELESA). El objeto del COFELESA es implementar un marco jurídico en materia de salud que tienda a compatibilizar las legislaciones de la nación y jurisdiccionales vigentes y las que en el futuro se dicten, a fin de lograr la equidad ante el derecho al acceso a la salud de todos los habitantes de la Nación. En el marco de la política legislativa en materia sanitaria, el COFELESA tiene entre sus funciones principales las de:

- Promover acciones coordinadas en materia legislativa sanitaria.
- Emitir recomendaciones de cursos de acción.
- Identificar los asuntos prioritarios en materia sanitaria de todo el país, especialmente los que requieren atención urgente por parte del Congreso de la Nación, las legislaturas provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Constituir criterios de interpretación sobre legislación sanitaria nacional.
- Proponer un marco jurídico tendiente a efectivizar y mejorar los procesos de habilitación categorizante, acreditación y categorización de establecimientos de salud.
- Evaluar el cumplimiento de la legislación vigente en materia sanitaria.
- Promover la integración de una base legislativa federal en salud en cooperación con el Ministerio de Salud de la Nación
- Publicar y llevar un registro de las conclusiones a las que arribe con posterioridad a las reuniones realizadas.

Los miembros del COFELESA se deben reunir, como mínimo, una vez cada dos meses y la presidencia podrá convocar a reuniones extraordinarias cuando las circunstancias y los asuntos a tratar lo ameriten. De la misma forma, el COFELESA deber invitar a representantes de organismos oficiales, entidades privadas y personalidades de reconocida trayectoria e idoneidad vinculadas con el campo de la salud.

También en el año 2008, y siguiendo conceptualmente los objetivos del COFESA, se creó el Consejo de Salud Provincial de la Provincia de Buenos Aires. Este organismo contribuye de esta manera a la elaboración de las políticas, planes y estrategias provinciales de salud, teniendo como eje estratégico la concertación y

el consenso interjurisdiccional e intersectorial a efectos de que, en el marco de las normas provinciales, nacionales e internacionales que rigen en la materia, y a partir de la obtención de logros en términos de equidad, accesibilidad, eficiencia técnica y eficacia de resultados en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, se contribuya a la mejora de la calidad de vida de todos los habitantes de la Provincia de Buenos Aires.

VIGILANCIA EN SALUD

Si entendemos a la vigilancia en salud como el proceso que consiste en la recolección, registro, análisis y difusión de la información relevante sobre algunos hechos relacionados al estado de salud de las poblaciones que han sido previamente definidas como objeto de vigilancia, realizada en forma sistemática, continua y oportuna, entonces su principal objetivo es el de proporcionar la información necesaria para tomar decisiones, ejecutar actividades y evaluar los resultados de las acciones dirigidas a mejorar la situación de salud de la población.

La vigilancia de la salud es una función esencial de la salud pública a partir de la cual se debe obtener información actualizada y oportuna relacionada al proceso salud, enfermedad, atención. Tiene diferentes categorías de análisis: socio-demográfica (la estructura, la dinámica y sus determinantes socioeconómicos), epidemiológica (observación continua y sistemática de la ocurrencia y distribución de problemas de salud, los factores de riesgo y protección seleccionados) y sanitaria (características y desempeño de los sistemas de salud, evolución de las políticas y programas sanitarios). Su propósito es brindar información que permita colaborar en la toma de decisiones necesarias, tendientes al control y la prevención, evaluación de programas y comunicación en salud.

Así, a través de la vigilancia de la salud se conforman redes de información en las que se recopilan, analizan e interpretan en forma sistemática y continua datos específicos sobre el proceso de salud enfermedad y acción. A su vez se evalúan resultados de intervenciones para ser utilizados en la planificación, gestión, ejecución y evaluación de las prácticas y programas de Salud Pública.

Vigilancia epidemiológica

En Argentina se sancionó la Ley 15.465 de Régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria, en el año 1960, reglamentada cuatro años después. Según esta ley, están obligados a notificar: a) el médico que asista o haya asistido al enfermo o portador o hubiere practicado su reconocimiento o el de su cadáver; b) el médico veterinario, cuando se trate, en los mismos supuestos, de animales; c) el laboratorista y el anatómo-patólogo que hayan realizado exámenes que comprueben o permitan sospechar la enfermedad. En este marco legal se incluye a todos los

médicos, más allá del subsector donde se desempeñen. A partir de esta legislación y las periódicas actualizaciones, la última de las cuales es la Resolución 1715/07, se han establecido eventos a vigilar con distintas estrategias de vigilancia, modalidad y periodicidad de la notificación.

El MSAL ha impulsado en los últimos años el fortalecimiento de la vigilancia de la salud a través de la implementación del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Dicho sistema integra las estrategias de vigilancia clínica, laboratorial, unidades centinela y de programas específicos a través de una plataforma on-line con llegada a diferentes centros decisores. Esta red virtual se conforma a través usuarios habilitados en todo el país, permitiendo tanto la notificación de los distintos eventos, como el análisis sistemático y rápido de la información disponible.

El componente de vigilancia epidemiológica tiene como propósito el seguimiento de determinados eventos seleccionados a nivel poblacional o de grupos específicos, con la finalidad de intervenir precozmente en su control y prevención.

El SNVS se encuentra estructurado en nodos que corresponden a establecimientos donde se carga, consolida, sistematiza, analiza y difunde la información de la vigilancia. Si bien no todos los nodos efectúan una tarea periódica de análisis y difusión de la información, cada vez son más los que lo hacen, logrando por medio de esta retroalimentación mejorar la calidad de los datos.

En el SNVS notifican distintos tipos de establecimientos: centros de salud, puestos sanitarios, hospitales, centros privados y de prestaciones en salud, laboratorios, organizaciones escolares, municipios y ONG; que integran los distintos niveles jurisdiccionales: zonal, provincial y nacional. Cada nodo es alimentado con información que surge de los equipos de salud en forma directa o a través de lo proporcionado por otros establecimientos de la red asistencial sanitaria.

La vigilancia de las infecciones respiratorias agudas en Argentina se realiza a través de diferentes estrategias. Las enfermedades tipo influenza (ETI), también conocidas como gripe o síndrome gripal, las neumonías (ambulatorias e internadas) y las bronquiolitis en menores de dos años forman parte de los eventos de notificación obligatoria por parte de los efectores de salud públicos, privados y de la seguridad social. Además, y como parte del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), en el país se vigilan eventos de importancia internacional vinculados a infecciones respiratorias como el Síndrome Agudo Respiratorio Severo o la influenza humana por nuevo subtipo de virus. Los eventos de notificación obligatoria representan entre el 3% y el 8% de las consultas de los centros asistenciales (MSAL). Son, actualmente, 91 eventos que se informan a los diferentes niveles del sistema de vigilancia.

La estrategia de vigilancia clínica implica la recolección sistemática de los casos registrados por los médicos de los pacientes que atienden, en los distintos efectores de salud, en una planilla conocida como “consolidado C2”, que incluye también los datos de los libros de guardia y la información de los pacientes internados. En

esta C2 se registran los eventos de dos maneras diferentes: por un lado, agrupados por edades (eventos que requieren acciones colectivas de control y que tienen una alta incidencia, como diarrea, ETL, accidentes); por el otro, se registran otros eventos de manera individual con datos mínimos (edad, sexo, lugar de residencia, entre otros) de los eventos que requieren acciones individuales de control y que generalmente se presentan en un número muy inferior de casos. La información de la hoja o consolidado “C2” es incorporada al sistema en los distintos nodos del módulo C2 del SNVS. Esto permite, al nivel local, provincial y nacional, conocer la magnitud de los problemas que han sido registrados y notificados por los diferentes efectores. Este sistema ha logrado diferentes grados de desarrollo respecto de su sensibilidad, oportunidad y cobertura. Se han alcanzado muy buenos indicadores de cobertura en el subsector público, con buena sensibilidad y una oportunidad que mejora con el tiempo.

En los últimos 10 años, la notificación prácticamente se duplicó, pasando de 2.416.964 casos de todas las patologías en el año 2000 a 4.800.111 en 2010. Este aumento en la notificación responde a diferentes y variados motivos y si bien la cantidad de casos notificados no tendría por qué tener un correlato en la mejora general del sistema, sin dudas en este caso es el resultado de un fortalecimiento progresivo de la epidemiología en general, y la vigilancia en particular, a lo largo de los últimos 10 años. Se presenta a continuación, a modo de línea de tiempo, algunos de los puntos de inflexión para que este fortalecimiento se consolide. A partir del año 2007 comenzó la implementación oficial en todo el país del Módulo de Vigilancia Laboratorial (SIVILA). De manera paulatina, se fueron incorporando distintos laboratorios virológicos a la notificación de pacientes estudiados y los resultados obtenidos de manera semanal. En el año 2009, más de 70 laboratorios de todo el país informaron virus respiratorios en el SIVILA.

Por otra parte, durante la pandemia se definió una estrategia de vigilancia por laboratorio de todos los sospechosos de Influenza A (H1N1) pandémica. Esta estrategia se utilizó como plataforma para la notificación y para la referencia y contrarreferencia virtual de muestras y resultados entre los distintos niveles del SIVILA-SNVS. Hasta la fecha, y desde el comienzo de la pandemia, se han notificado en el SIVILA casi 30.000 fichas con información de tiempo, lugar, persona y resultado de laboratorio que informó en tiempo real sobre los resultados de cada uno de los casos estudiados, permitiendo tomar acciones de prevención y control de manera oportuna y localizada.

Es de destacar que existen en Argentina, desde el año 1985, tres laboratorios considerados Centros Nacionales de Influenza, el Instituto de Enfermedades Infecciosas y el laboratorio que se encuentra ubicado en el Instituto Nacional de Epidemiología (INE Jara), ambos dentro del ámbito de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS Dr. Carlos Malbrán); y el Instituto

Vanella de la Universidad de Córdoba. Todos ellos son reconocidos integrantes de la red mundial de vigilancia de Influenza promovida por la Organización Mundial de la Salud (FluNet).

El fortalecimiento del sistema de vigilancia implica la mejora de su oportunidad, regularidad, calidad y cobertura. Con respecto a la oportunidad, la mediana del país para el año 2009 fue de 3 semanas epidemiológicas (SE) de atraso en la notificación al SNVS de cada uno de los establecimientos. A su vez, la regularidad del país, medida a través de la mediana de regularidad en la notificación al SNVS de cada uno de los establecimientos para el año 2009 fue de 85% SE.

Con respecto a la cobertura del SNVS, pueden mencionarse guarismos del 70% en el ámbito público y de la seguridad social (5.900 de un total de 7.700) y solo el 6% en el ámbito privado (400 de un total de 7.200).

Además, se observan a lo largo de los años diferencias significativas entre las provincias respecto de la oportunidad y regularidad de la información. Por ejemplo, hay jurisdicciones con ninguna semana de atraso y el ciento por ciento de regularidad y otras con 6 semanas de atraso y el 80% de regularidad (MSAL, 2010).

Un diagnóstico similar se puede hacer de la calidad de los datos a partir de las evaluaciones realizadas. La información que se genera, es variable y poco uniforme para la totalidad del país. Frecuentemente se encontraron diferencias entre establecimientos dependiendo de la dinámica, capacitación y supervisión destinada al recurso humano que se encuentra involucrado en el proceso de generación del dato, punto cardinal de todo el proceso.

Es así como hay diferencias en la validez y representatividad de la información, a lo que se agrega la cuestión de la cobertura de la notificación, principalmente por escasa participación del subsector privado y de la seguridad social, tanto de la vigilancia clínica como de la laboratorial. Es importante tener en cuenta que los niveles de desarrollo alcanzados por el SNVS difieren entre las distintas jurisdicciones y a su vez dentro de ellas. Ante esta heterogénea realidad y con la necesidad de mejorar el funcionamiento del sistema, se propone una evaluación poniendo especial énfasis en las enfermedades respiratorias agudas dado el contexto epidemiológico actual, a través de la evaluación de los “nodos” y seleccionando atributos cualitativos y cuantitativos del sistema.

Vigilancia de enfermedades no transmisibles

En los años cincuenta, la vigilancia comenzó a utilizarse para describir las tendencias de ciertas enfermedades infecciosas en la población. A partir de los años setenta, las técnicas de vigilancia se comenzaron a aplicar a aspectos más amplios de las enfermedades, incluyendo algunas enfermedades no transmisibles (ENT) que no eran incluidas hasta ese momento, como cáncer, enfermedades cardiovasculares o malformaciones congénitas. En la Argentina, al igual que en muchos países de

Latinoamérica, el SNVS ha sido diseñado teniendo en cuenta, en primer lugar, las enfermedades transmisibles.

Aún cuando las enfermedades transmisibles y, específicamente, las emergentes o reemergentes como el dengue, la tuberculosis, las hepatitis, el síndrome urémico hemolítico, las infecciones nosocomiales o la infección por VIH continúan siendo un problema, las enfermedades crónicas ganan posición en las estadísticas de la muerte en la Argentina.

Las ENT constituyen la causa de más del 60% de las muertes en la Argentina (DEIS, 2010). Las ENT no sólo son las principales causas de mortalidad, sino también la principal causa de años potenciales de vida perdidos. A su vez, se asocian a una significativa carga de enfermedad y necesidad de utilización de recursos sanitarios. El mayor incremento de las ENT se verá en los próximos años en países en vías de desarrollo. Se espera que para el año 2020 un 75% del total de las muertes sea atribuible a este tipo de entidades (OMS, 2005).

En consecuencia, la OMS lanzó en la Asamblea Mundial de la Salud del año 2008 el Plan de Acción para la Estrategia Global para la Prevención y Control de las ENT. En dicho Plan se desarrollaron recomendaciones destinadas a los gobiernos y la sociedad civil para enfrentar el rápido crecimiento de la carga de las ENT y su impacto en la pobreza y en el desarrollo económico en los países de bajos y medianos ingresos.

Entre los principales objetivos del plan puede mencionarse:

- Priorizar las ENT a nivel nacional e integrar las estrategias destinadas a la prevención y al control de dichas enfermedades a las políticas de salud
- Establecer y fortalecer políticas nacionales y programas de prevención y control de ENT
- Promover intervenciones que reduzcan los principales factores de riesgo modificables compartidos por las principales ENT: tabaquismo, alimentación no saludable, inactividad física y uso indebido del alcohol
- Fomentar la investigación en materia de prevención y el control de ENT
- Promover la colaboración intersectorial para el abordaje de las ENT
- Establecer sistemas de vigilancia de las ENT y sus determinantes y evaluar su progreso a nivel local, nacional y regional.

De esta manera, considerando la importancia de las ENT en nuestro país, en el año 2009 se estableció la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable, a través de la Resolución 1083/09 del MSAL. Con el objetivo de reducir la carga de estas enfermedades y sus factores de riesgo modificables se desarrollan políticas de salud relacionadas con regímenes alimentarios saludables, la promoción de actividad física y el control del tabaco.

El Plan Nacional Argentina Saludable depende de la Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos y comprende tres iniciativas o programas: el Programa Nacional de Control del Tabaco, el Programa Nacional de Alimentación Saludable y el Programa Nacional Argentina Camina.

As su vez, como parte de estas acciones y con el objetivo de consolidar y organizar un SNVS de ENT, monitorear las principales ENT y sus factores de riesgo y garantizar la utilización de la vigilancia en el proceso de toma de decisiones y evaluación para la prevención y control de ENT a nivel nacional y provincial, Dirección de Prevención y Protección de la Salud, dependiente de la mencionada subsecretaría, recoge y coordina el manejo de dicha información con el apoyo y colaboración de otras áreas del Ministerio, del gobierno nacional y los gobiernos provinciales y municipales, sociedades científicas y ONG.

En este sentido, el SNVS de ENT prioriza la obtención de información sobre la distribución y tendencias de los factores de riesgo, de los que un pequeño número explica la mayor parte de la morbilidad y mortalidad.

Por ejemplo, a partir de datos provenientes del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud se confeccionan pirámides poblacionales, tablas de morbilidad (egresos hospitalarios) y mortalidad (cardiovascular, por cáncer y por lesiones). Además, se utilizan tablas comparativas de las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo 2005 y 2009 y la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud para observar la evolución de los factores de riesgo para ENT. Para evaluar las capacidades existentes a nivel provincial para afrontar la epidemia de las ENT se releva información a partir de los referentes de cada jurisdicción, mediante herramientas adaptadas a partir de la metodología propuesta por la OMS, que incluye datos sobre: infraestructura para prevención y control de ENT dentro de la estructura ministerial; políticas, estrategias, planes de acción y programas y capacidad del sistema de salud para prevención, detección temprana y tratamiento de ENT.

Vigilancia Sanitaria

La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) es el organismo de alcance nacional, creado en 1992 mediante el Decreto 1490/92, responsable de asegurar la calidad de los productos de su competencia: medicamentos, alimentos, productos médicos, reactivos de diagnóstico, cosméticos, suplementos dietarios y productos de uso doméstico. Depende técnica y científicamente de las normas y directivas que le imparte la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos del MSAL y actúa un régimen de autarquía económica y financiera a partir de su patrimonio integrado por los aportes provenientes del Presupuesto Nacional y los aportes extraordinarios que realiza el TN, específicamente los provenientes de las tasas y aranceles que aplica conforme a las disposiciones adoptadas.

En este marco, la ANMAT tiene como objetivo principal: “...garantizar que los medicamentos, alimentos y dispositivos médicos a disposición de la población, posean eficacia (cumplimiento del objetivo terapéutico, nutricional o diagnóstico) seguridad (alto coeficiente beneficio/riesgo) y calidad (respondan a las necesidades y expectativas de la *ciudadanía*)...”

Farmacovigilancia

Hace aproximadamente 30 años que en los países europeos y norteamericanos se pusieron en marcha programas nacionales de reportes de efectos adversos de medicamentos, luego de que se demostrara, con los hechos acontecidos en la década del sesenta, que las fases de investigación de medicamentos necesitaban una revisión.

En la Argentina, entre los años 1970 y 1975 se formularon algunos programas específicos de pesquisa espontánea de efectos adversos, a partir de la labor conjunta realizada por los centros de intoxicaciones del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y el entonces Instituto de Farmacología y Bromatología, hoy Instituto Nacional de Medicamentos. Luego de esta primera experiencia se sucedieron otros grupos que se ocuparon del tema; sin embargo, las experiencias aisladas motivadas por el entusiasmo de personas y/o grupos de trabajo no fueron suficientes para lograr organizarse a nivel nacional, por la falta de concreción de un sistema de farmacovigilancia.

Finalmente, en septiembre de 1993, se crea el Sistema Nacional de Farmacovigilancia (SNFVG), según la Resolución 706/93 del ex Ministerio de Salud y Acción Social. Allí se determina “que la farmacovigilancia es una herramienta indispensable para el control y fiscalización de medicamentos, ya que permite la detección temprana de los efectos adversos y/o inesperados de los medicamentos en la etapa de uso extendido de los mismos, así como también facilita la percepción de fallas de respuesta terapéutica por deficiencias de calidad”.

La creación del Sistema Nacional de Farmacovigilancia (SNFVG) ha intentado brindar aportes científicos para la utilización racional de los medicamentos, permitiendo a las autoridades, entre otras cosas, implementar medidas tales como modificación de prospectos, cambio de dosis, de condiciones de venta o bien restricciones de uso y hasta, en casos necesarios, el retiro del mercado. En estos casos, las decisiones generadas deben contar con sólidos fundamentos científicos basados en criterios de responsabilidad compartida entre la administración central y las empresas elaboradoras

El Departamento de Farmacovigilancia (DF) de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), a través de su Servicio de Información de Medicamentos, recibe el material de trabajo de diferentes sectores. El sector interno está constituido por los distintos departamentos de la ANMAT que, en general, son expedientes de consulta sobre efectos adversos de medicamentos. El otro sector, externo, provee las notificaciones de eventos adversos y/o sospechas de

falta de eficacia o de seguridad de los medicamentos, vacunas, hemoderivados, etc., ya existentes en el mercado. Los distintos tipos de colaboradores pueden agruparse según las siguientes categorías. Los notificadores periféricos son aquellos que, por su trayectoria en el tema, suscriben un convenio con la ANMAT (hospitales, cátedras de farmacología, etc.). Actualmente son 66 en el país. Los notificadores particulares son aquellos profesionales del equipo de salud (médicos, farmacéuticos, enfermeros, nutricionistas, odontólogos, kinesiólogos, etc.) pertenecientes a hospitales, clínicas, cátedras, consultorios privados, farmacias privadas, consultorios odontológicos, etc., que detectan eventos adversos y comunican su hallazgo directamente al DF, contribuyendo al enriquecimiento de la base de datos nacional. Los usuarios de medicamentos son pacientes que, a través de asociaciones de consumidores o en forma particular, envían su notificación al DF (la mayoría relacionadas con sospecha de falta de eficacia y alteraciones de los medicamentos). Finalmente, el grupo compuesto por las empresas integrantes de la industria farmacéutica: por Disposición 3870/99 y 2438/00 la industria farmacéutica se incorpora al SNFVG, debiendo notificar las reacciones adversas graves o inesperadas, al igual que las que no son graves, recordando siempre que se trata de los eventos ocurridos en Argentina.

El material recopilado a partir de estas fuentes es procesado por el DF que luego lo difunde por medio del Boletín de la ANMAT. Después de recibir cualquier notificación, el DF analiza la información mediante métodos farmacoepidemiológicos, envía los resultados a las autoridades de la ANMAT y a los efectores periféricos y genera la información para la edición del Boletín de Profesionales, que es distribuido a los efectores periféricos y a los profesionales de la salud.

En el año 1994 el SNFVG fue aceptado por el Uppsala Monitoring Centre de la OMS como país miembro. A su vez el DF envía regularmente las notificaciones de reacciones adversas de medicamentos generadas en la Argentina a dicho centro, situado en Suecia.

Por último, es importante mencionar que el SNFVG forma parte de la Red Nacional de Fiscalización de la Sanidad de los Productos para la Salud Humana. Esta red se constituyó como un ámbito de trabajo en colaboración entre la Nación, las provincias y los municipios orientado a fortalecer el sistema estatal de fiscalización en nuestro país y a generar procesos de articulación interjurisdiccional de acciones que favorezcan el cumplimiento efectivo de los marcos regulatorios de los productos relacionados con la salud humana.

Tecnovigilancia

La tecnovigilancia es el conjunto de procedimientos que permiten reunir información acerca de los eventos adversos y fallas de calidad relacionados con los productos médicos no previstos en las evaluaciones de seguridad y eficacia previas a la autorización, con el fin de desplegar las acciones correctivas pertinentes.

La Disposición 8054/10 de la ANMAT crea, dentro del ámbito de la Dirección de Tecnología Médica, el Programa de Tecnovigilancia, cuyas funciones son las de recoger, evaluar y organizar la información sobre los eventos adversos de los productos médicos después de su autorización y durante su comercialización. Este programa permite la implementación de alertas sanitarias y medidas administrativas de regulación y control. De esta manera, todas las notificaciones sobre eventos adversos o fallas de calidad son recibidas leídas y evaluadas. Las notificaciones permanecen monitoreadas en una base de datos para realizar un análisis de tendencia y son investigadas, con excepción de los siguientes casos: empresas sin autorización de funcionamiento, sin registro de producto ni empadronamiento. En estos casos, la investigación es realizada por el Programa Nacional de Pesquisa de Productos Ilegítimos.

Como complemento de esta política, en el año 2011 se puso en funcionamiento un novedoso sistema de control y seguimiento de los medicamentos. El diseño de este sistema de trazabilidad, en el que cada empresa o entidad interviniente en la cadena comercial de distribución y entrega de especialidades medicinales debe generar códigos, propios y únicos por producto, que se incorporan a la base de datos del sistema de la ANMAT, permite prevenir riesgos en la salud por la utilización de productos farmacéuticos ilegítimos, desalentando el robo y el contrabando de medicamentos, reforzando la detección de duplicaciones y desvíos de la cadena legal de comercialización y brindando seguridad a los usuarios. En una primera etapa, se está comenzando a aplicar sobre doscientos productos comerciales, generados en base a 88 ingredientes farmacéuticos activos conocidos como de “alto costo y baja incidencia” y destinados al tratamiento de patologías complejas, entre las que se cuentan las oncológicas, el VIH/Sida, hemofilia, artritis reumatoidea, fibrosis quística, tratamientos específicos contra el asma, acromegalia, degeneración macular húmeda y los de anemia relacionada con la enfermedad renal crónica. También se aplica a productos para el tratamiento de la hepatitis crónica, de trastornos autoinmunes, esclerosis múltiple, hipertensión arterial pulmonar, síndrome mielodisplásico y algunos casos de osteoporosis.

La finalidad principal de la investigación de notificaciones asociadas a la utilización de productos médicos es verificar la relación de causalidad entre el producto y el evento adverso para poder impedir o minimizar la probabilidad de ocurrencia de daños a la salud de la población expuesta al producto. La Disposición 8054/10 crea también el Comité Asesor en Tecnovigilancia, en el que se invita a participar a los decanos y/o representantes de las facultades de medicina, farmacia y bioquímica, ingeniería y odontología de la Universidad de Buenos Aires, los presidentes de la Asociación Médica Argentina, la Confederación Médica de la República Argentina, la Academia Nacional de Medicina, y profesionales de indiscutible trayectoria en el ámbito científico y ético. Este Comité Asesor en Tecnovigilancia participa en la

investigación de las notificaciones. Si la investigación comprueba que el producto es la causa del evento adverso, el Programa de Tecnovigilancia adoptará las medidas que correspondan: determinar modificaciones en el registro del producto, rótulo, instrucciones de uso, manual de uso del producto, suspensión de fabricación y/o importación, comercialización y hasta baja del registro, para prevenir, disminuir y eliminar el riesgo para la salud.

Vigilancia alimentaria

El Instituto Nacional de los Alimentos (INAL) es la autoridad encargada de las tareas de vigilancia de los productos de su competencia y es el responsable de responder a las inquietudes y reclamos recibidos sobre estos productos.

El INAL elabora recomendaciones y emite alertas sanitarias ante situaciones de riesgo motivadas por productos o procedimientos potencialmente peligrosos. Sobre la base de esa información, realiza acciones tendientes a: identificar en forma temprana los alimentos que no cumplen con los requisitos del Código Alimentario Argentino; retirar del mercado los productos contaminados; corregir las malas prácticas de elaboración utilizadas en los establecimientos y en los hogares; realizar acciones tendientes a la prevención y el control de las enfermedades de transmisión alimentaria y evaluar la efectividad de programas y normas alimentarias.

Vigilancia ambiental en salud

Funcionan en el país 21 Centros de Información, Asesoramiento y Asistencia Toxicológica que responden al **Programa Nacional de Prevención y Control de las Intoxicaciones**. La mayoría de estos centros se encuentran en las provincias más ricas y no solo asesoran sobre intoxicaciones por plaguicidas, sino también sobre medicamentos, sustancias y productos químicos potencialmente tóxicos. Asociada a este programa funciona la Red Argentina de Toxicología, que agrupa a asociaciones científicas, organismos gubernamentales y laboratorios especializados y funciona con el soporte de la biblioteca virtual de salud y ambiente.

A continuación se describen brevemente los principales aspectos relacionados con las políticas de regulación y vigilancia respecto a la calidad del aire, el agua y el suelo

Calidad del aire

Históricamente, la Ley 20.284 de 1973 estableció la norma de calidad del aire y los valores de alertas, de alarma y de emergencia. Las provincias adhieren a ella o fijan sus propios niveles máximos de emisión de acuerdo a tipos de fuentes fijas. Algunos municipios de las grandes ciudades han reglamentado localmente aspectos de las fuentes fijas y móviles con vistas a mejorar la calidad del aire. Esta ley nunca fue reglamentada y por ello su aplicación es relativa y poco operativa.

A su vez, la Ley 24.051 de Residuos Peligrosos, promulgada en 1992, indica estándares de emisiones gaseosas de fuentes fijas y niveles guía (para monitoreo de 30 minutos) para sustancias peligrosas; mientras que el Decreto 875/94 sobre Normas Complementarias del Reglamento Nacional de Tránsito y Transporte establece valores límite de emisiones y métodos de ensayos y medición.

Entre estos años, el MSAL tuvo una larga trayectoria en la gestión, programación y evaluación de la calidad de aire, así como en formación de recursos humanos. Estas actividades fueron concretadas entre la Nación y las provincias de Santa Fe, Buenos Aires, Tucumán Córdoba, Mendoza, Jujuy y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), articuladas a través de un Programa de Evaluación y Control de la Calidad de Aire, integrando la Red Panamericana de Muestreo Normalizado de la Contaminación de Aire (RED /PANAIRES/ CEPIS/ OPS) desde 1972 hasta 1982.

A partir del año 1987, el país tomó la decisión de integrarse al Sistema de Vigilancia de Medio Ambiente, proyecto GEMS-AIRE\OPS\OMS, siendo la instancia coordinadora la ex-Dirección Nacional de Calidad Ambiental. Formaron parte de la Red las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Jujuy, Mendoza, Santa Fe, Tucumán y Chubut, además de la Dirección Nacional de Calidad Ambiental. Algunas de las estaciones que operaron en el marco del GEMS-AIRE dejaron de funcionar. Sin embargo, se han instalado nuevas estaciones bajo dependencia de las mismas instituciones provinciales o bajo organismos municipales que se integraron a la Red Nacional de Calidad de Aire y Salud entre 1994 y 1997.

Por ejemplo, en el ámbito de la CABA, la Ley 1.356 de Contaminación Atmosférica establece la fijación de estándares de calidad de aire y la obligación del monitoreo continuo. Actualmente, en la CABA se realiza el monitoreo y control de fuentes contaminantes del aire, fijas y móviles.

Argentina es parte del Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos, el que se aplica en los países a través del Plan Nacional de Implementación y se ejecuta por intermedio de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable. En 2004 se publicó el Inventario Nacional de Dioxinas y Furanos y se identificaron los factores de emisión según las actividades y fuentes generadoras de estos tóxicos y, en 2002, se sancionó la Ley 25.670 de Presupuestos Mínimos para la Eliminación y Gestión de los Contaminantes Orgánicos Persistentes, que establece su eliminación total para 2010.

En 2003 fue necesario remover en la Provincia de Santiago del Estero el enterramiento clandestino de plaguicidas organoclorados (hexaclorociclohexano, mayoritariamente) más importante conocido hasta el momento en el país. Los tóxicos habían sido enterrados en 1990 y se levantaron 200 toneladas métricas de residuos a los que se dio tratamiento y disposición final.

El Gobierno Nacional, la Sociedad Argentina de Pediatría, la Red Argentina de Toxicología, el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Asociación Argentina de Médicos por el Medio Ambiente pueden contarse entre los impulsores de un esfuerzo relevante en materia de salud ambiental, sobre todo a partir de 2003. Dentro de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del MSAL se constituyó una unidad coordinadora sobre salud ambiental infantil, integrada por representantes de la Dirección de Promoción y Protección de la Salud y de la entonces Secretaría de Medio Ambiente, quienes trazaron el perfil de la salud ambiental en la infancia y formularon los lineamientos del Programa Nacional sobre Salud Ambiental Infantil. Por su parte, el proyecto Salud de los Niños en la Argentina (SANA) tiene como uno de sus objetivos la protección de la salud de los niños a partir de la identificación de las amenazas ambientales a las que está expuesta la niñez. Los principales resultados del perfil SANA, publicado en el año 2007, son el primer paso hacia el desarrollo de un sistema continuo de recolección, análisis y comunicación de la información en esta materia, así como la realización de investigaciones de campo y la implementación de intervenciones en la comunidad.

De esta forma, la Dirección de Promoción y Protección de la Salud, a través del Departamento de Salud Ambiental, considera de importancia revitalizar el tema desde una perspectiva centrada en los riesgos, con intención prioritariamente preventiva. Sin embargo, la información básica para evaluar la situación y cuantificar tendencias es limitada, y la información epidemiológica es muy escasa. El crecimiento poblacional en zonas urbanas ha aumentado dichos riesgos y el número de sujetos expuestos a ellos, año tras año.

Calidad del agua

A partir de 1998, en el ámbito de la Subsecretaría de Recursos Hídricos de la Nación, organismo actualmente dependiente del Ministerio de Planificación, Federal, Inversión Pública y Servicios, se inició la elaboración de niveles guía de calidad de agua ambiente, teniendo como premisa contar con un marco referencial que sirva como herramienta para fundamentar consistentemente las decisiones sobre la asignación de destinos para los recursos hídricos superficiales y definir estrategias apropiadas para la protección y la recuperación de la calidad de dichos recursos. Tal elaboración, emprendida originariamente como un proyecto, constituye actualmente una actividad permanente desarrollada por la Dirección Nacional de Conservación y Protección de los Recursos Hídricos a través del Programa de Calidad del Agua.

La elaboración de los niveles guía nacionales de calidad de agua ambiente tiene como objetivo establecer pautas referenciales de calidad asociadas a la salvaguardia de los componentes bióticos involucrados en los siguientes destinos asignados al agua ambiente en la República Argentina: fuente de provisión de agua para consumo humano; protección de la biota acuática; irrigación de cultivos; bebida de especies de producción animal y recreación humana.

Calidad del suelo: residuos sólidos urbanos

En la Argentina existen poco más de 2.200 municipios a los que se ha asignado competencia primaria en la administración y provisión del servicio de manejo de los residuos domiciliarios. En algunos casos, el servicio de recolección y disposición final de residuos domiciliarios lo brinda el municipio, pero en muchos otros se ha tercerizado el servicio a empresas privadas. El indicador más representativo respecto a la cantidad de residuos producidos está dado por la generación per cápita (GPC), que se refiere a la cantidad de residuos en kilogramos que produce a diario cada habitante. La GPC media del país se encuentra entre 0,91 y 0,95 kg/hab. día; con un máximo de 1,52 kg/hab. día para la CABA y un mínimo de 0,44 kg/hab. día para la Provincia de Misiones. De esta manera, en Argentina se genera un total de 12.325.000 Tn/año; el mayor generador es la Provincia de Buenos Aires, con 4.268.000 Tn/año, y el menor Tierra del Fuego, con 26.000 Tn/año, de acuerdo a los datos provistos por el Observatorio Nacional para la Gestión de los Residuos Urbanos Sólidos de la Secretaría de Medio Ambiente.

En 2004, el gobierno nacional, por intermedio de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable, desarrolló la Estrategia Nacional de Gestión Integral de Residuos Sólidos Urbanos (ENGIRSU), con objeto de realizar un diagnóstico de situación y analizar la posibilidad de proveer tratamientos y tecnología de disposición final ambientalmente adecuada para los residuos sólidos. En septiembre de 2004 se promulgó la Ley 25.916 de Gestión de Residuos Sólidos Domiciliarios. Como anexo a la ENGIRSU se presentó, en 2005, la Estrategia Nacional de Residuos Peligrosos de Origen Doméstico, que tiene como objetivo abordar la problemática de estos residuos a partir de la toma de conciencia de la población mediante la promoción de la recolección diferenciada.

Riesgo de desastres naturales

La Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias (DINESA) es el organismo rector en materia de prevención de desastres y mitigación de sus efectos negativos. Hay 1.287 establecimientos de salud en las provincias más expuestas a sismos, en las zonas de inundaciones, 8.548, y en las zonas más afectadas por las nevadas, 2.220. No existe un plan de respuesta único ante los desastres naturales ya que cada provincia trabaja en la elaboración del suyo propio. Aproximadamente 30% de los hospitales cuenta con un plan de desastres. Existen equipos de respuesta ante desastres, tanto a nivel nacional como provincial, y la DINESA posee también reservas propias de medicamentos esenciales y suministros para estos casos. Datos no publicados de la encuesta sobre preparativos y mitigación de desastres por parte del sector salud, que se sometieron a discusión en la Reunión Regional de Coordinadores de Desastres de la OPS en mayo de 2006, señalaron que 42% de los hospitales construidos en los últimos cinco años garantizan su funcionamiento en caso de desastres y 20% de los hospitales cuentan con estudios de vulnerabilidad estructural y no estructural.

FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

Según datos del MTEySS (2007), el sector salud ocupaba en 2006 a 678.000 trabajadores, que constituían el 4,7% de los ocupados totales de la economía, mereciendo destacarse las siguientes tendencias: una mayor concentración de profesionales (55,2%) con relación al total de ocupados (19,2%); un mayor peso de la relación de dependencia (80,1%), respecto de lo registrado en el agregado de la economía (75,1%) y una composición de género específica (68,1% mujeres) y una participación del empleo público que alcanzaba el 40,9%.

La cantidad de médicos en el país ascendía en el año 2001 a 121.076 con una relación de 33,3 médicos cada 10.000 habitantes, con un rango que iba de 111/10.000 habitantes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 15/10.000 habitantes en la provincia de Formosa. Además, en los Centros de Atención Primaria de la Salud trabajaban en el año 2005 el 16,81% de los médicos totales del país (Abramzón, 2005).

De los médicos matriculados en el MSAL (2007), es decir sin considerar los registros provinciales, el 44,6% (40.845) ha certificado alguna especialidad y del total de especialidades certificadas, el 39,2% (16.027) corresponde a especialidades vinculadas al primer nivel de atención.

Por su parte el total de enfermeras en el país ascendía en 2005 a 84.200, teniendo en cuenta las licenciadas, profesionales y auxiliares (MSAL, 2006). Se tiene una relación médico/enfermera de 1,5/1 en todo el país (incluso 4 a 1 si se consideran solamente las enfermeras calificadas (Mera, 2007). De todos modos la relación médicos/enfermeras no es uniforme en todas las jurisdicciones, existiendo una alta relación inversa en la región centro, mientras que en las otras regiones del país es de 1 a 1 y, en algunos casos, el número de enfermeras supera al de médicos.

En nuestro país, la enfermería constituye un grupo profesional heterogéneo con diversas expectativas y opiniones respecto de lo que deben ser sus funciones, responsabilidades y campos de acción. Los recursos humanos de enfermería en Argentina están conformados por los licenciados en enfermería, de grado académico; las enfermeras profesionales o universitarias, que poseen 3 años de estudios y son formadas en instituciones de educación superior universitaria y no universitaria, y los auxiliares de enfermería, que sólo cuentan con un año de estudios luego de la formación primaria.

El nivel de profesionalización del total global de ese recurso humano es bajo, por la prevalencia de auxiliares sobre el resto del universo laboral de la fuerza. La distribución promedio según la titulación alcanzada arroja un 7,29% de licenciada/os, un 29,78% de enfermera/os profesionales y un 63% de auxiliares. En el sector público, según información provista por los Departamentos Provinciales de Enfermería en junio de 2008, del total de trabajadores de enfermería, los licenciados/

as de grado universitario representan el 7%, los enfermeros/as el 30% y los auxiliares en enfermería el 63%. Analizado el peso relativo del personal de enfermería del sector público por jurisdicción, se observa que la mayoría de las provincias tiene un alto porcentaje de auxiliares de enfermería, encontrándose un rango que oscila entre 92,53% y 35,20% (corresponden a Santiago del Estero y Entre Ríos respectivamente). La situación es crítica en provincias como Santiago del Estero, Corrientes, Catamarca y San Luis, con una alta proporción de auxiliares (90 %). Con porcentajes que superan 80%, se hallan Misiones, Chaco, La Pampa y La Rioja y son seis las jurisdicciones que poseen valores por encima del 70%: Río Negro, Tucumán, Buenos Aires, San Juan, Formosa y Chubut. Por debajo del promedio nacional (del 63%) se encuentran Mendoza, Santa Cruz, Jujuy, Neuquén, Santa Fe, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Córdoba.

Formación y educación permanente

A partir de la Ley de Educación Superior de 1995 existen políticas definidas para la formación de los profesionales de la salud. La Ley establece una serie de requisitos para aquellas profesiones cuyo ejercicio está regulado por el Estado y que pudieran poner en riesgo la salud de la población (Art. 43). De este modo, las carreras relacionadas con la salud se encuentran bajo regulación de la mencionada normativa (OPS, 1998). Las carreras del equipo de salud que se encuentran incorporadas a esta regulación son Medicina, Odontología y Veterinaria.

La información para el año 2008 indica que en nuestro país se encuentran funcionando 29 carreras de medicina, de las cuales el 40% es de gestión estatal y el 60% de gestión privada. De los 71.154 jóvenes que estudian la carrera de medicina, el 88% acude a universidades públicas. La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires concentra el mayor porcentaje de estudiantes de medicina, con el 40% del total del país (Galli, 2009).

En los últimos años se ha observado una desaceleración en la creación de carreras relacionadas con la salud, particularmente en las universidades privadas y, fundamentalmente, en medicina. Las causas podemos encontrarlas en la implementación de mecanismos de evaluación y acreditación por parte de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria, creada por ley nacional y dependiente del Ministerio de Educación. Esto produjo modificaciones en varias universidades, resultando en el establecimiento de cupos para la carrera de medicina, así como también un replanteo de los modelos pedagógicos. No obstante, la formación de los profesionales de la salud continúa realizándose en una importante cantidad de instituciones públicas y privadas (Abramzón, 2005).

Para el caso de Enfermería los estudios universitarios se realizan en dos ciclos, un Ciclo Básico o de Pregrado (entre 1600 y 2000 horas de carga horaria) que otorga el título de Enfermero Universitario, y un Ciclo de Grado, que permite la

obtención de la Licenciatura (Abramzón, 2005). Sin embargo, la formación de los enfermeros se puede realizar en varios niveles: formación universitaria, como fue mencionado, formación profesional (técnica, equivalente en contenidos a la de pregrado universitario) y formación como auxiliar de enfermería. Para el ejercicio en los dos últimos niveles se requiere título, diploma o certificado de enfermero o auxiliar otorgado por instituciones de formación de nivel terciario no universitario, dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales, o instituciones privadas reconocidas por autoridad competente, así como extranjeras, pudiendo ser validada luego su certificación.

Respecto a la formación de posgrado en el sector salud, esta incluye especializaciones, maestrías y doctorados, que pueden desarrollarse a través de dos modalidades. La forma clásica, que tiene lugar en las instituciones educativas, con un perfil más academicista; y la que corresponde a lo que se denomina “formación en servicio”, como por ejemplo las que se brindan a través del sistema de residencias (Duré, 2009b).

En la Argentina, como en otras partes del mundo, las residencias constituyen el dispositivo de formación y especialización más importante para médicos de graduación reciente. El certificado de una residencia completa (no menor a 3 años de duración) permite acceder al título o certificado de especialista a nivel nacional y en algunas provincias, según lo establece la Ley 23.873 de 1990. Sin embargo, en nuestro país no todos los profesionales tienen la posibilidad de ingresar a este sistema porque las plazas con las que se cuenta son menores que el total de los egresos de las carreras de salud.

Para aquellos casos en que no es posible acceder a una plaza como residente, hay caminos alternativos para obtener el título de especialista: la formación universitaria o la acreditación de horas de servicio en la práctica de la especialidad. Es decir que en la formación de especialistas encontramos una amplia variedad de situaciones. Por un lado, la Ley de Educación Superior determina que solo las universidades pueden otorgar títulos de posgrado, mientras que la Ley de Ejercicio Profesional que regula la práctica de la medicina autoriza a “anunciarse como especialista” a quien haya completado una residencia o haya cumplido cinco años de asistencia en un servicio de la especialidad y aprobado una evaluación del ministerio o una sociedad científica acreditada (Galli, 2009).

Existen numerosos programas de residencia en nuestro país, brindados por organismos estatales y privados en las distintas jurisdicciones. También el MSAL (por intermedio de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional) financia programas en los hospitales e institutos nacionales y en los sistemas públicos provinciales, estableciendo las especialidades de interés. También existen otras residencias en el ámbito provincial, del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, universitario, privado y de las fuerzas armadas y de seguridad.

Lamentablemente, no existe información suficiente acerca de los programas que se desarrollan en centros asistenciales privados, en distintas jurisdicciones (Galli, 2009).

En el año 2008 (últimos datos disponibles) se otorgaron 2.293 plazas de residencia en todo el territorio nacional. En los últimos años se ha puesto en marcha el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud, con el fin de crear un registro único nacional de programas de residencia, debidamente evaluados y acreditados. A través de una convocatoria del MSAL se ha invitado a distintas organizaciones del sector a colaborar en los procesos de evaluación para la acreditación de programas.

Consecuentemente, en el año 2009 el Consejo Federal de Salud estableció un grupo de especialidades médicas prioritarias para la asignación de becas de residencias a nivel nacional. Estas especialidades estaban relacionadas con la estructura de atención primaria de la salud (medicina general y/o familiar, pediatría y tocoginecología) o con áreas críticas (terapia intensiva de adultos y pediátrica, neonatología y anestesia), en las cuales se verifican situaciones de vacancia de acuerdo con las necesidades del sistema.

En este contexto, debe mencionarse también el **Programa de Médicos Comunitarios (PMC)**. Implementado desde 2004, este programa brinda herramientas teórico-prácticas a los integrantes de los equipos de salud. Así, profesionales y no profesionales reciben una capacitación integral que contribuye al desarrollo de tareas orientadas al fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud como política de Estado. El PMC aborda la calificación y cuantificación de los recursos humanos junto con las facultades de medicina de las universidades públicas y privadas de todo el país y con los gobiernos provinciales y municipales. El Programa consta de tres etapas. En la 1ª etapa, los profesionales cursan el Posgrado en Salud Social y Comunitaria, cuya duración es de dos años. En la 2ª etapa, los RRHH efectúan el Posgrado en Metodología de la Investigación durante un año. Finalmente, en la 3ª etapa los profesionales se integran a los equipos de salud.

Por último, cabe mencionar las actividades de formación continua. Estas actividades se desarrollan desde distintas organizaciones, como universidades, sociedades científicas y colegios médicos que dictan cursos y organizan jornadas de actualización en diversas especialidades, fundamentalmente ligadas a la actualización clínica. Las propuestas de formación, sin embargo, no se encuentran integradas entre sí, y es el profesional quien debe acreditar la formación ante el organismo que corresponda. De la misma forma, se observa en los últimos años un crecimiento de las propuestas de formación a distancia que muchas veces cuentan con el aval de organismos como la OPS. También deben mencionarse las iniciativas que surgen de los ministerios o secretarías provinciales que apuntan a fortalecer capacidades de gestión, especialmente en el ámbito de la atención primaria de la salud. El MSAL

ofrece capacitación y actualización a través de sus programas, pero de una manera fragmentada (FEAPS-Remediar, Epidemiología, etc.).

Modelos de gestión del personal en salud – vínculo laboral y modalidades de contratación

La gran heterogeneidad de los regímenes laborales dificulta la gestión y la regulación de los modos de contratación. Otro problema adicional es la gran variedad y número de formas contractuales transitorias e informales, con especial predominio entre los médicos (Bonazzola, 2008). Según el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS) (2008), de acuerdo a datos obtenidos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) para el año 2005, el sector salud alcanza un 24,3% de empleo no registrado. Entre los profesionales que se desempeñan en dicho sector, el número asciende al 37,8%, mientras que para los no profesionales es de 18,9%. Como un problema adicional al mencionado, está el de la multiocupación. En base a los datos de la EPH del año 2006, el MTEySS informa que entre los profesionales de la salud hay un 43% que tienen dos o más empleos, mientras que en el resto de los profesionales del país (no del sector salud) dicho número no alcanza el 14%. La misma tendencia se verifica entre los no profesionales, y por supuesto, para el total del sector.

En relación con la implementación de carreras profesionales en las diversas jurisdicciones, encontramos regímenes de diversas características:

- Regímenes de carrera que involucran solo a los profesionales de la salud con grado universitario, que pueden ser exclusivamente para los profesionales médicos o incluir algunas o todas las disciplinas universitarias del equipo de salud. La tendencia más reciente es incorporar las diversas profesiones.
- Regímenes de carrera dirigidas al equipo técnico profesional, cuyo ámbito de aplicación incluye a los trabajadores cuyos procesos de trabajo tienen características diferenciales relacionadas con la atención directa de la salud, con formación de nivel superior universitaria y no universitaria.
- Regímenes de carrera que incorporan a todo el personal del ministerio provincial, independientemente de su función, incluyendo al personal administrativo y de servicios y mantenimiento.
- Trabajadores de la salud incorporados al régimen general provincial de empleo público, que tiene lugar en aquellas provincias en las cuales los trabajadores de la salud están incluidos en el Estatuto del personal de la administración.

Respecto de los profesionales universitarios que se desempeñan en las entidades descentralizadas del MSAL, el régimen de contratación fue reemplazado en el año 2009 por uno creado a través de un convenio colectivo, en el marco de la Ley 24.185 de Convenciones Colectivas de Trabajo para la Administración Pública Nacional, pero que no es de aplicación en las provincias. En lo que concierne a las situaciones

de revista, las distintas carreras incorporan al personal de planta en categorías de titular, interino, reemplazante, transitorio, suplente y, en ocasiones, hasta la figura de contratado, aunque en general este último y los directivos de gabinete están excluidos. Sólo el personal que revista como titular tiene verdadera estabilidad en el cargo como producto del ingreso por concurso. En algunas carreras aparecen los residentes y concurrentes como categoría preescalafonaria (Duré, 2009).

Regulación de la formación y de las profesiones

El control y regulación del ejercicio de las profesiones médicas en la Argentina se encuentra descentralizado. Como ya se mencionó en capítulos anteriores, la salud es una responsabilidad delegada por las provincias en la Nación, ya sea que la cumplan directamente o a través de entidades médicas colegiadas, característica que se repite del mismo modo para cualquiera de las profesiones o tecnicaturas de la salud reguladas. La matrícula profesional es otorgada por los distintos ministerios o secretarías de salud, o los colegios médicos de cada jurisdicción, sin existir una instancia de coordinación de este registro (Mera, 2007). Si bien aún se encuentra en vías de implementación, la Resolución MSAL 83/07 crea el Sistema Nacional de Información Sanitaria, que cuenta entre sus componentes a la Red Federal de Registros de Profesiones de Salud. En relación con la regulación del ejercicio profesional, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es el MSAL el organismo que otorga los registros a profesionales y técnicos. En las restantes provincias encontramos casos en que los ministerios provinciales ejercen esta potestad y muchas otras en que el gobierno local ha delegado esas funciones en entidades médicas de ley, habitualmente llamadas Colegios (Mera, 2007).

Así, vemos que el interés por el control del ejercicio no pertenece únicamente a los organismos del Estado. Ciertos mecanismos, como la matriculación, la certificación y recertificación y la acreditación, constituyen la llave de acceso al trabajo legal y a la contratación con los efectores de salud, razón por la que diversas organizaciones corporativas profesionales (colegios profesionales, asociaciones de especialidades) ostentan un significativo poder por haber recibido de las autoridades provinciales la delegación de facultades para otorgar la matrícula profesional o la certificación de especialidad. Por otra parte, dichos reconocimientos tienen validez solamente en la jurisdicción de origen, por lo que contribuyen a la fragmentación (Bonazzola, 2008).

ACCIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La situación de la salud en la Argentina se caracteriza por la presencia de un perfil epidemiológico dual, en el cual coexisten enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones, a lo que se suman nuevas o emergentes amenazas. Si bien en los últimos años se han observado mejoras en los indicadores de salud, existen

grandes diferencias entre las provincias, producto de los distintos grados de desarrollo socioeconómico de cada una de ellas.

Las respuestas a estas problemáticas se enmarcan en un sistema de salud caracterizado por la multiplicidad de actores (Obras Sociales Nacionales, Obras Sociales Provinciales, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y empresas de medicina privada y el sector público descentralizado), desarticulado y fragmentado en el financiamiento y la prestación de servicios de salud. En este sentido, se pueden destacar tres grandes desafíos de salud en la Argentina: mantener y mejorar la salud de aquellas jurisdicciones con perfiles de salud de países desarrollados; revertir y controlar los problemas de salud característicos del subdesarrollo presentes en aquellas provincias con alta prevalencia de pobreza e integrar y coordinar a los distintos subsectores de la salud, tendiendo a un sistema más homogéneo, que contribuya a la prestación de servicios de manera equitativa, eficaz y eficiente.

En este contexto las estrategias de intervención del MSAL se orientan a integrar las políticas de salud, el abordaje territorial, la articulación interjurisdiccional, la masividad de las prestaciones, la planificación participativa y la concepción de la política de salud desde el enfoque de la promoción como estrategia para modificar el conjunto de determinantes de la salud. Con este sentido fue creada la Secretaría Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias, en el año 2007, profundizando la orientación del MSAL hacia acciones de promoción y prevención de la salud en los escenarios en donde la comunidad desarrolla su vida cotidiana, favoreciendo el acceso a la información y al cuidado de la salud para la mayor cantidad de población posible.

El trabajo de esta secretaría se basa en el abordaje territorial. Este abordaje refleja un nuevo concepto de desarrollo visto no solo en sus dimensiones físicas y sectoriales, sino también como el lugar en el que se proyecta un conjunto de relaciones sociales que le dan origen y, al mismo tiempo, expresan una identidad y la capacidad de la sociedad de liderar y dirigir su propio desarrollo. De esta manera, se valoriza el rol de la comunidad como protagonista fundamental para modificar los factores del entorno y los hábitos que determinan la salud de la población, enfatizando, por lo tanto, el rol de las organizaciones comunitarias y estimulando la creación y fortalecimiento de un movimiento de usuarios a nivel local, municipal y nacional, concibiendo la participación de usuarios y trabajadores de la salud como pilares del proceso de cambio.

Experiencias desarrolladas

Teniendo en cuenta el abordaje brevemente mencionado en la sección anterior, merece destacarse en este punto la experiencia denominada **Municipios y Comunidades Saludables (MyCS)**. En el año 1987, se crea en Europa el proyecto de Ciudades Saludables, tomando como marco la doctrina de promoción de la salud

de la Carta de Ottawa⁴. Generalmente, en las políticas y en la gestión de proyectos y programas de salud, se consideraban para el diagnóstico y evaluación solo aspectos y variables relacionados a indicadores epidemiológicos sanitarios o de infraestructura sanitaria. Sin embargo, se tornó necesario incorporar otros factores que hacen a la buena calidad de vida y salud de la población. En este sentido, un ambiente saludable debe ser considerado también como factor determinante para mejorar la calidad de vida de la población. Por otro lado, vemos que la reciente estrategia de MyCS pretende incorporar a las variables tradicionales otras fundamentales que apuntan a la creación de un entorno saludable, ya que queda establecido que así se previene la generación de una diversidad de problemas que atentan contra la salud. El objetivo de MyCS es mejorar las condiciones de vida de la población actuando sobre los riesgos de la salud, más que abordar las consecuencias de la enfermedad. Se promueve un enfoque hacia los factores determinantes de la salud, facilitando aquellos procesos que permiten a los miembros de la comunidad ejercer un control activo sobre su salud y su calidad de vida. Este marco plantea que la salud y el ambiente son binomios interdependientes e interrelacionados, y que el estado de salud de las personas es una consecuencia rápidamente perceptible del deterioro del ambiente, ya que las primeras manifestaciones de los problemas ambientales se ven reflejadas en la salud de la población.

Desde el año 2001, la estrategia Municipios y Comunidades Saludables (MyCS) comienza a crecer entre los gobiernos locales, siendo alentada desde el gobierno nacional como forma de profundizar el compromiso con el desarrollo de políticas públicas saludables a través de proyectos locales participativos de promoción de la salud. Dicha estrategia se expande a través de la modalidad de Red interinstitucional de Municipios, visualizando la necesidad de profundizar el compromiso rector del Estado Nacional en dicho proceso. La República Argentina adhiere entonces a la iniciativa impulsada por la OMS y la OPS. En el año 2003, se crea la Coordinación Operativa de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables, a través de la Resolución 246/03. Esta decisión mostró avances significativos en la instalación de la estrategia Municipios y Comunidades Saludables al generarse de manera efectiva distintas iniciativas orientadas, particularmente, a la promoción de hábitos de vida saludables. Hacia el mes de agosto del año 2011, 831 municipios formaban parte de la Red, 372 en carácter de adherentes y 459 en carácter de titulares. Este desarrollo supone una importante extensión territorial de la Red y la consolidación de la identidad “Municipios y Comunidades Saludables”. No obstante estas fortalezas, continuaba el desafío de profundizar los procesos en el nivel local fortaleciendo el desarrollo de capacidades institucionales en los municipios para “promover salud”, mejorando la articulación con el nivel provincial. En línea con los desarrollos teórico políticos más recientes y además de la creación de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias, tal como se menciona en la sección anterior, se

creó el Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables, consolidando la idea del carácter estratégico que adquiere el espacio local para el diseño y gestión de políticas públicas que articulen sectores, programas y jurisdicciones en función de las necesidades y demandas de cada territorio.

Estrategias de coordinación intersectorial

El principal organismo de coordinación intersectorial en las políticas sociales es el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNCPS). Este Consejo, presidido por la ministra de Desarrollo Social, es también el ámbito de participación de los ministerios de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva; de Salud; de Economía y Producción; de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios; de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos y la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Además, lo integran: el Consejo Nacional de las Mujeres; la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas con Discapacidad; el Centro Nacional de Organizaciones de la Comunidad; el Programa Nacional de Desarrollo Infantil “Primeros Años”; el Sistema de Identificación Nacional Tributario y Social; el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales; el Sistema de Identificación y Selección de Familias Beneficiarias de Programas Sociales; el Comité Ministerial de Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Red Nacional de Actividad Física y Desarrollo Humano.

De esta forma, desde el CNCPS se establecen las políticas prioritarias para el corto, mediano y largo plazo y se definen estrategias de abordaje, metodologías de trabajo y perspectivas de intervención territorial. Específicamente, pueden mencionarse las siguientes iniciativas intersectoriales que impactan en la salud de los ciudadanos, a saber:

Plan Ahí (Familias y Nutrición): Es un abordaje integral que tiene por objetivo profundizar la intervención en los núcleos duros de la pobreza, ampliando la presencia del Estado en el territorio mediante el trabajo conjunto y articulado de los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social, asociados a los distintos actores de la comunidad y organizaciones sociales; productivas y de servicios; prestaciones y servicios; e infraestructura y equipamiento social. Realizado en cooperación con Unicef, este proyecto tiene como objetivo fortalecer a las familias en su función básica de sostén y crianza de sus hijos, alimentación, nutrición y cuidado de la salud. Desde un enfoque integral que promueve la concreción de los derechos de niños y niñas en situaciones de la vida cotidiana, el trabajo enlaza la alimentación y nutrición con la atención temprana del desarrollo infantil en el ámbito familiar y comunitario.

Primeros Años (Promoción Nacional del Desarrollo Infantil): Este programa contribuye a fortalecer al Estado en el desarrollo de capacidades institucionales para

llevar adelante acciones integrales en el nivel nacional, provincial y local. Tiene como objetivo llegar a las familias y a la comunidad con información, acompañamiento y recursos para fortalecer a los grupos familiares en su rol protagónico de crianza de niños y niñas de 0 a 4 años.

REDAF (Red de Educación Física): Es una unidad de gestión destinada a contribuir con la construcción del proyecto nacional de actividad física en función del desarrollo humano y la calidad de vida de todas y todos los argentinos. Su finalidad está dada por el desafío de instalar la actividad física como un derecho en la Argentina.

En esta sección merece también destacarse el impacto sanitario de la **Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH)**. A poco más de un año de su puesta en marcha, a fines del año 2009 es posible visualizar algunos resultados concretos que se traducen en más niños/as y adolescentes con controles sanitarios al día y esquemas de vacunación completos. La sinergia generada entre la AUH y el Plan Nacer se manifiesta, principalmente, en el alto incremento de los niveles de inscripción de los Seguros de Salud Materno-Infantiles Provinciales. Desde la puesta en marcha, en noviembre de 2009, fueron inscriptos 1.352.192 de niños y niñas menores de seis años en el Plan Nacer. Además, con la vinculación de las políticas públicas, las contribuciones fueron recíprocas. Hubo un aporte inicial del Plan Nacer que permitió identificar a 230 mil chicos que no integraban ninguna de las bases de datos o padrones que utilizó la Administración Nacional de Seguridad Social para conformar el universo de los titulares de la AUH. Esto fue posible gracias al modelo de búsqueda activa y nominalización de la población que promueve de manera efectiva desde sus inicios el Plan Nacer (MSAL, 2010).

De la misma manera, es esperable que el impacto de la recientemente implementada ampliación de este beneficio a la población de mujeres embarazadas sin cobertura específica de seguros de salud a partir de la semana 12 de gestación, denominada **Asignación por Embarazo para Protección Social**, genere un impacto semejante en términos de salud materno-infantil.

Alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

A través del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, el gobierno nacional se comprometió a realizar las acciones correspondientes a fin de instalar el tema de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en los niveles gubernamentales y en la sociedad en general e impulsar las acciones para su cumplimiento. En el marco de estas actividades se ha creado en el seno del Consejo, la Comisión Interinstitucional de seguimiento de los ODM, formada por los ministerios y organismos del Gabinete Social, Ministerio de Economía y Producción, Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios y el INDEC. Fruto del trabajo conjunto con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se ha

creado el Proyecto PNUD/Arg/04-046, que tiene como finalidad realizar actividades de difusión, seguimiento y monitoreo de los ODM en Argentina.

En el caso de la salud, los tres objetivos que Argentina planteó en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) representan problemas en los que todos los Estados indiscutiblemente buscan soluciones. Se trata de problemas valorados como primordiales en la mayoría de las sociedades: reducir la mortalidad de la niñez y la mortalidad materna y combatir el VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis y otras enfermedades graves. Debido al enfoque integrado y a la interconexión de los objetivos, existen, a su vez, otras metas relacionadas con la salud, vinculadas a reducir el hambre, y mejorar el acceso al agua potable y los medicamentos. No obstante, en esta sección se centrará la atención en los tres objetivos específicos de salud.

Argentina, para los objetivos específicos de salud, incorporó metas e indicadores adicionales a los pautados internacionalmente. Las modificaciones más importantes corresponden a la introducción de nuevas metas. Por un lado, se incorpora a la enfermedad del Chagas, reconociéndola como enfermedad grave y prioritaria. En Argentina, la problemática de esta enfermedad es más grave en el norte del país y está presente en 19 provincias. La meta propuesta es certificar la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad en todas ellas. Por otro lado, se buscó modificar los problemas de desigualdad entre las provincias. Debido a las importantes diferencias que presentan los indicadores de las distintas provincias, se propuso como meta reducir las desigualdades entre provincias en un 10%, tanto en la mortalidad infantil como en mortalidad materna. La incorporación de estas metas generaría un mayor compromiso para revertir el comportamiento que estos indicadores han manifestado durante su evolución en la última década, dado que las metas de reducción de la mortalidad, en términos generales, como fueron planteadas internacionalmente, son una condición necesaria, pero no suficiente para lograr una disminución en la brecha entre los indicadores provinciales (ODM Informe País: 2005).

Las restantes incorporaciones se refieren a indicadores de seguimiento de ciertas metas. Para el VIH/SIDA, se han incorporado dos indicadores para los cuales se cuenta con información sistematizada, que es uno de los principales desafíos a los cuales nos enfrentamos los países en desarrollo. Y para el paludismo, dado que está controlado y ya se han alcanzado las metas fijadas internacionalmente, se ha incorporado como indicador para seguimiento el Índice Parasitario Anual.

En Argentina la problemática en torno a la mortalidad infantil ha recibido un tratamiento prioritario. En los últimos años, desde el ámbito nacional se han desarrollado diversas políticas enfocadas a disminuir la mortalidad en niños menores de 5 años debido a causas reducibles y su impacto puede observarse en la reducción de los indicadores obtenidos. Ambas tasas, la de mortalidad infantil (TMI) y la de

menores de 5 años, cayeron entre 1990 y el año 2009 aproximadamente un 47%, con alta probabilidad de alcanzar las metas en los plazos previstos. Al 2010, el indicador de inmunizaciones contra el sarampión y el del coeficiente de Gini de TMM han alcanzado la meta; en el primer caso es esperable que se siga manteniendo el alto nivel de cobertura logrado por el país y lograr incrementar la cobertura para el segundo indicador de vacunación. Con respecto a la meta de disminuir las desigualdades en la mortalidad infantil, se puede observar un cambio en la tendencia del Coeficiente de Gini, este hecho permite ser optimista respecto del cumplimiento de la meta planteada.

A su vez, la TMM ha mostrado un comportamiento errático, lo que se debe en gran parte al grado de subregistro de causa en la mortalidad materna. Cuando se analizan las causas de muerte materna se observa que la mayoría son reducibles mediante acciones de prevención y una adecuada atención del embarazo y parto. El cumplimiento de ambas metas (reducir la TMM y sus desigualdades entre provincias) requiere mayor inversión en salud, específicamente para infraestructura y equipamiento, y resolver, principalmente, el problema del aborto, que representa históricamente una tercera parte de las muertes maternas, problema que se agudiza en las poblaciones de mayor vulnerabilidad y pobreza por las malas condiciones en las cuales se realiza.

La infección por VIH depende principalmente del comportamiento de las personas y este puede fluctuar debido a causas sociales, culturales, económicas, etc. Por ello, el cumplimiento de las metas en VIH/SIDA requiere, además, políticas y acciones orientadas hacia la previsión de cambios más profundos, como son las pautas culturales. De continuar la tendencia actual, tal como se observa en los indicadores, se podrían cumplir los ODM. La tasa de uso de preservativo en adolescentes no presenta valores históricos, debido a que la encuesta que se tomaría como línea de base, realizada en el 2003, no era representativa a nivel país. Posteriormente, se logró realizar la primera encuesta nacional (2005) y registró una tasa de uso del 46%, que es la que se está tomando actualmente como línea basal. La falta de información sistemática genera falencias para analizar el comportamiento y la tendencia de este indicador. Para el caso del paludismo, es esperable que se sostenga el nivel de control alcanzado, dado que la mayoría de las metas ya se han cumplido y muestran sostenimiento en el tiempo. En tuberculosis, la situación es más compleja ya que dicha enfermedad actúa de manera oportunista con relación al VIH-Sida y, en los últimos años, se han incrementado los casos de muertes por tuberculosis asociados con VIH/Sida.

La meta propuesta para la Enfermedad de Chagas parece poco alentadora a la luz de los resultados obtenidos hasta el momento. Su logro implicaría certificar la interrupción de la transmisión vectorial del Chagas en más de una provincia por año hasta el 2015, desenlace poco probable al observar la evolución del indicador.

INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA LA SALUD

Los principales objetivos de toda política nacional de medicamentos comprenden velar por el acceso a los medicamentos, la disponibilidad y la asequibilidad equitativas de los medicamentos esenciales y su calidad; es decir que todos los medicamentos sean seguros, eficaces y de buena calidad y que los profesionales de la salud y los consumidores hagan un uso terapéutico adecuado y costo-efectivo de dichos bienes. De la misma manera, le compete al Estado constituirse en garante de la accesibilidad, para el conjunto de la población, a los servicios prioritarios para la prevención y la asistencia sanitaria, cubriendo las necesidades y demandas del sistema de salud y de la población en general.

Políticas específicas para patentes

La primera normativa nacional sobre patentes fue la Ley 111, sancionada en 1964. A posteriori, en 1994 la Ley 24.425 aprueba el acta final en la que se incorporan los resultados de la Ronda de Uruguay del GATT (General Agreement on Tariffs and Trade, luego Organización Mundial del Comercio). Publicada en el boletín oficial en 1995, es la ley vigente a la fecha y comenzó a regir, según fuentes periodísticas, el 26 de octubre de 2000.

La ley 24.481 y la “ley correctiva” sancionada por el Senado de la Nación, adapta la legislación nacional al marco del Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio del GATT. La sanción de estas normas constituye el paso necesario para la aplicación del acuerdo en el derecho interno, el que no es aplicabilidad inmediata y solo puede ser aplicado mediante la legislación que así lo disponga. Al haberse sancionado la “ley correctiva”, el régimen aprobado presenta las siguientes características:

- a) Se excluye la patentabilidad de sustancias existentes en la naturaleza, excluyendo por tanto los medicamentos basados en proteínas u otros elementos naturales.
- b) Las patentes tienen un período de duración de veinte años, desde la fecha de solicitud en el país.
- c) Se admite el “principio de agotamiento internacional de derechos” en virtud del que podrá importarse, sin autorización del titular de la patente, cualquier producto que haya sido puesto legítimamente en el mercado en cualquier otro país.
- d) A pedido de la autoridad competente (por ejemplo Ministerio de Salud, o de Defensa, etc.), podrán determinarse excepciones a los derecho exclusivos.
- e) Podrá usarse una patente sin autorización de su titular contra el pago de una remuneración en los casos en que:
 - El titular de la patente rehúse otorgar una licencia voluntaria en condiciones razonables

- La patente no se explote en el país, transcurridos tres años desde la concesión o cuatro desde la solicitud
 - El titular incurra en prácticas anticompetitivas
 - Por razones de emergencia sanitaria o seguridad nacional o por cualquier otra razón determinada por el Instituto Nacional de Propiedad Intelectual (INPI),
 - Licencias por dependencias de patentes
- f) Las patentes sobre medicamentos sólo se concederán a partir del año 2000, sin perjuicio de ello, desde la entrada en vigor de la ley podrán depositarse en el INPI las nuevas solicitudes referidas a medicamentos. Una vez concedidas estas patentes, los usuarios anteriores de las invenciones, si los hubiere, podrán seguir en el uso de aquellas contra el pago de una regalía al titular de las patentes respectivas.
- g) Procederá en juicios civiles la carga de la prueba, determinada por autoridad judicial a partir del año 2000, aplicable para productos nuevos, en casos de litigios relativos a patentes de procesos.

La ley que se encuentra vigente en la Argentina es consistente con las exigencias establecidas en el acuerdo sobre los ADPIC, en cuanto a todos y cada uno de los mecanismos tendientes a limitar los poderes monopólicos del titular de la patente, vía la admisión del principio de agotamiento internacional, las excepciones a los derechos exclusivos y la instrumentación de otros usos no autorizados por el titular de la patente. La adopción en nuestra normativa de las medidas enunciadas permite (aunque aún no han sido utilizadas) que las políticas de salud pública primen sobre los intereses comerciales de los titulares de la patente y coadyuven a que estos hagan un uso no abusivo. (De la Puente, 2009).

De esta forma, el escenario para la producción y adquisición de productos farmacéuticos se modificó drásticamente a partir de 2000 en Argentina. De conformidad con lo requerido por el ADPIC, Argentina comenzó a conceder patentes sobre productos farmacéuticos, posibilidad que estaba excluida con la legislación anterior. Ello implica que ciertos productos sólo pueden ser adquiridos al titular de la patente, a menos que se confiera una licencia voluntaria u obligatoria o se disponga del uso gubernamental con fines no comerciales de la patente respectiva por razones de emergencia sanitaria o seguridad nacional o por cualquier otra razón determinada por el Instituto Nacional de Propiedad Intelectual (INPI).

Sin embargo, debido al impacto que la devaluación del año 2002 tuvo en los costos de los insumos para la atención de la salud, y en el marco de la Emergencia Sanitaria Nacional, se instrumentaron medidas con el objetivo de mitigar el aumento de costos en aquellos insumos y otros bienes considerados críticos que podrían hacer peligrar la salud o incluso la vida de las personas.

La Ley 25.590, promulgada en junio de 2002, exime del pago de derechos de importación y demás gravámenes a los productos críticos destinados al diagnóstico y tratamiento de la salud humana, que se encuentran comprendidos en las respectivas posiciones arancelarias de la nomenclatura común del Mercosur. Asimismo, la mencionada ley, exime del pago del impuesto al valor agregado que grava la importación para consumo de esos mismos bienes, mientras dure la Emergencia Sanitaria Nacional.

La Resolución conjunta del MEyFP 99 y del MSAL 344, con fecha 19 de junio de 2002, reglamentó lo establecido en la Ley 25.590 y, a propuesta de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica establece el listado de bienes comprendidos en tales exenciones. Dentro de este listado se incluyeron: medicamentos, reactivos de diagnóstico, estériles o descartables e implantes terminados; partes y accesorios de aparatos e instrumentos de uso médico o de laboratorio: sólo los destinados a su reposición e implantes y accesorios para su colocación y otros productos de uso médico terminados. En todos los casos, los bienes incluidos en el listado deberán ser de carácter crítico y no pueden ser provistos por la industria nacional.

Estrategias para el acceso a medicamentos esenciales y de alto costo

En el año 2002 la situación sanitaria y social de la República Argentina se encontraba en un estado especialmente crítico, como consecuencia de los altísimos niveles de pobreza, la grave crisis que afectaba al sistema de salud y la recesión productiva, entre otros factores. En este contexto, desde el gobierno nacional comenzaron a tener cada vez mayor importancia las políticas sociales como estrategias clave para morigerar las consecuencias negativas que esta crisis había producido sobre la situación económica de la población y sobre sus condiciones sociales (pobreza, empleo y salud), sosteniéndose en principios básicos como equidad y justicia social.

Partiendo de esta situación de emergencia y dada las graves dificultades que enfrentaba la población para acceder a los medicamentos esenciales, desde el gobierno nacional comenzaron a delinearse un conjunto de medidas que conforman actualmente la Política Nacional de Medicamentos, cuyos objetivos, componentes y resultados se resumen a continuación.

En primer lugar, el acceso a medicamentos de los más necesitados que no tienen cobertura formal. Para esta población objetivo, a mediados del año 2002 fue lanzado el **Programa Remediar+Redes**, reconocido como el mayor programa mundial de provisión gratuita de medicamentos ambulatorios, cuyo objetivo principal es la provisión de medicamentos esenciales en forma gratuita a través de los centros de atención primaria en todo el país. Asiste actualmente a más de 15 millones de personas y cubre el 90% de los principales motivos de consulta en el primer nivel de atención.

El Programa Remediar+Redes adoptó, desde sus inicios en el año 2002, un modelo de gestión estratégica y operativa basado en la información. Este esquema de gestión requiere el mantenimiento de un sistema de información capaz de recolectar, sistematizar, procesar y analizar un gran volumen de datos generados, primordialmente, en los efectores del programa. La apuesta por el desarrollo de un sistema de estas características constituye un rasgo distintivo del modelo de gestión del programa, ya que permite un efectivo proceso de control, tanto en el nivel estratégico como en el de gestión y el operativo. Dos elementos son clave a la hora de la sistematización de la operatoria del programa. Por un lado, el diseño de un conjunto de formularios estandarizados, entre los más importantes: la receta (o Formulario R), los formularios de control de stock o clearing de medicamentos y, por otro lado, el sistema de información de Remediar. La receta Remediar, por ejemplo, releva datos filiatorios del beneficiario (nombre, número de documento, entre otros); datos de su estado clínico (peso, diagnóstico), el motivo de la consulta al profesional (codificado según la Clasificación Estadística de Problemas de Salud de la Atención Primaria⁵ y las características de la prescripción medicamentosa indicada por el médico (medicamento y cantidades indicadas). Los datos requeridos sobre consultas, recetas y utilización de medicamentos tienen un impacto directo y cotidiano sobre las decisiones adoptadas en cada una de las entregas de botiquines, en la planificación de nuevos procesos de compra de medicamentos y en la redefinición de objetivos específicos del programa. De esta forma, se busca adaptar continuamente la oferta a las necesidades de los CAPS y de la población que demanda.

Remediar + Redes fue implementado como un programa de emergencia sanitaria que también pretendió impulsar una reforma duradera en el sistema de atención médica. Proveer medicamentos esenciales a la red de atención primaria es la forma más eficaz de reactivar la capacidad de respuesta de los servicios públicos de salud. Pero además, es una forma de acercar a la población a los centros de atención primaria de salud (CAPS), entendiendo que estos centros son el ámbito que permite generar un mayor impacto sobre la situación sanitaria. Los más de 7.000 CAPS, según registros del año 2011 (Remediar+Redes) representan una parte considerable de la oferta pública de servicios de salud, realizándose en dichos centros una proporción creciente de las consultas totales del sector público. Esto indica un desplazamiento desde otros niveles de atención acorde con los objetivos del programa.

Los botiquines son distribuidos por Remediar+Redes directamente a los centros, lo que permite establecer un sistema uniforme de entrega en todas las provincias y municipios, garantizando su seguimiento y control. Para ello, también se realizan licitaciones públicas, que permiten la contratación de un operador logístico responsable por el armado de los botiquines, la impresión de los recetarios y otros formularios de control, el transporte y la distribución de los medicamentos y el retorno de los

formularios completos. Además la firma adjudicada debe disponer de un sistema de rastreo satelital y un sistema de códigos de barras que permite el seguimiento permanente de cada botiquín, así como también garantizar la trazabilidad de los lotes. A partir de este mayor conocimiento del comportamiento de los efectores del primer nivel generado por la incorporación del flujo de información primaria al sistema de información de Remediar, y en función de la inclusión de aquel en las decisiones de cada entrega de botiquines, desde el año 2003 fue posible implementar cambios en el sistema de asignación de botiquines con el propósito de lograr una mayor adecuación a los niveles de utilización de los CAPS y la población a la que atienden. El sistema de asignación de botiquines previsto originalmente por el programa, se basaba en la declaración de consultas que realizaba una provincia en el proceso de incorporación de un nuevo efector al programa. Los CAPS recibían un botiquín cada 300 consultas promedio mensuales declaradas.

En segundo lugar el acceso a medicamentos de los sectores medios que no podían pagar los cada vez más altos precios de las medicinas que necesitaban. Para ello, y para el conjunto de la población, se sancionó en 2002 la ya comentada Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico o Denominación Común Internacional mediante la cual se introdujo una mayor competencia por precios en un mercado como el de medicamentos, plagado de oligopolios y monopolios. Consecuentemente, se logró que los pacientes puedan elegir la marca y precio de sus medicamentos a través de una correcta forma de prescribir. Esta medida incentivó la participación de laboratorios más pequeños e impulsó una creciente diversificación de la oferta por parte de los laboratorios más grandes.

En tercer lugar, el acceso a los medicamentos de los sectores cubiertos por la seguridad social. Con ese objetivo, se modificó y perfeccionó el Programa Médico Obligatorio, como ya se mencionó en el Capítulo 4, estableciendo las prestaciones esenciales que deben garantizar los agentes del seguro de salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados a sus beneficiarios. El programa es de carácter obligatorio para los agentes del seguro de salud, quienes no son meramente financiadores del sistema, sino responsables de la cobertura de salud de la población beneficiaria. Los agentes del seguro de salud reconocen para su financiamiento obligatorio, sólo los productos farmacéuticos que fueron previamente definidos e incluidos en el Formulario Terapéutico Nacional en base a criterios de calidad, seguridad, eficacia y costo. Los principios activos incluidos en el formulario atienden el 95% de los problemas de salud que se presentan en la consulta ambulatoria. Dicho formulario contiene información farmacológica de los medicamentos, como indicaciones, efectos adversos, dosis y contraindicaciones, que ayudan a orientar la prescripción y dispensación de las drogas por parte de los profesionales de la salud. El formulario terapéutico es una herramienta que permite mejorar el uso racional de los medicamentos a la vez que permite contener

el gasto en farmacia y facilita la eliminación de productos anticuados y fórmulas o combinaciones de drogas ineficaces. La Comisión de Revisión Permanente del Formulario Terapéutico fue creada a través de la Resolución N°454/02 de la Superintendencia de Servicios de Salud. Tal comisión, tiene como misión proponer al MSAL la incorporación de medicamentos al referido formulario y su actualización permanente. En el año 2004 se extendió la cobertura del PMOe del 40% al 70% para los medicamentos para dolencias crónicas. Esta modificación ha permitido no sólo un incremento del acceso sino también un ahorro estimado en \$264 millones por año que nuevamente contribuye a mejorar los ingresos reales de los beneficiarios de las obras sociales (EUROSociAL, 2008).

En cuarto lugar, el acceso a medicamentos de las personas con patologías de alto costo (VIH/Sida, Cáncer, etc.). El objetivo de esta medida fue dar cobertura de medicamentos gratuita a los pacientes con dichas patologías. Como consecuencia, se logró el acceso de casi 30.000 personas viviendo con VIH/SIDA a tratamientos con medicamentos eficaces y seguros.

En quinto lugar, el acceso a medicamentos de los usuarios del sistema público de salud a través del ordenamiento y el apoyo a la producción estatal de medicamentos. En este aspecto, el MSAL emprendió una tarea ordenadora de la red de laboratorios estatales. Tal medida incluye la elaboración de pautas estratégicas para la reconversión de las actividades productivas de las plantas elaboradoras, y también el apoyo técnico brindado desde la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica.

Finalmente, debe agregarse la desgravación de los derechos de importación de insumos críticos, como se mencionó en la sección anterior.

Capacidades productivas nacionales

Industria farmacéutica privada

La rama farmacéutica y fármaco-química está conformada por aproximadamente 250 laboratorios de capitales nacionales y extranjeros. Hay 110 plantas industriales instaladas en el país, de las cuales 93 son empresas de capitales nacionales que producen una vasta gama de productos destinados, fundamentalmente, a satisfacer la demanda del mercado interno. Esta situación es atípica, casi inédita, para los países en desarrollo y sólo se reproduce en Estados Unidos, Japón y Alemania, justamente los mayores productores mundiales. Más aún, la industria nacional es líder en ventas, tanto en valores, con una participación del 82% del total facturado, como en unidades, cuya participación alcanza al 65% para el año 2007 (IMS Health, 2008).

Las empresas de capital nacional se caracterizan por una alta tasa de lanzamiento de “nuevos productos” y por la mayor cantidad de combinaciones de principios activos, mientras que las de capital extranjero tienen menos lanzamientos anuales y tienden a concentrarse en medicamentos compuestos por un único principio activo

(Katz y Muñoz, 1988). Eso también es atípico para un país en vías de desarrollo. Específicamente, se ofrecen alrededor de 2.000 principios activos (o combinaciones de ellos), comprendidos en más de 10.500 productos (con nombres de fantasía) y que representan aproximadamente 23.000 presentaciones diferentes (de la Puente et al, 2009).

La industria nacional argentina se originó como una industria de copias o similares, avalada por la inexistencia de patentes de productos, que condujo a generar la morfología actual del mercado en el que el 90% de los fármacos comercializados son de este tipo. Sin embargo la estructura actual de la industria farmacéutica argentina ha evidenciado profundas transformaciones durante la última década, registrando un notable crecimiento, tanto en el volumen producido como en la facturación.

Si bien el sector farmacéutico argentino se contrajo profundamente a fines de la década pasada y principios de la actual, a partir del 2002, concomitantemente con el inicio de la recuperación de la economía, las medidas de política farmacéutica implementadas por el gobierno, el incremento de las exportaciones de fármacos y la reactivación de la demanda doméstica de medicamentos, se observa una rápida recuperación del consumo de medicamentos, que pasó de un total de 277 millones de unidades consumidas en 2002 a 484 millones en 2007 y de \$3.860 millones a \$9.617 millones para el mismo período (IMS Health, 2008)⁶. Esto significa cerca del 0,45% de la facturación mundial y dentro de la estructura que conforma la economía real de la Argentina, el sector farmacéutico representa casi el 39% del valor agregado de la rama “Fabricación de sustancias y productos químicos”, uno de los segmentos más pujantes de la industria manufacturera nacional. Además, representa aproximadamente el 7% del valor agregado de la industria, el 4,5% del valor bruto de producción y es la tercera en volumen de ventas en América Latina, después de Brasil y México (INDEC, 2002; MRECIyC, 2011).

En la actualidad, la industria argentina de medicamentos, si bien se encuentra en un período de gran actividad, y aún abasteciendo la casi totalidad de la demanda doméstica, no ha logrado desarrollar investigación y desarrollo de nuevas entidades químicas, aún con la existencia de la ley de patentes, si bien existen algunas actividades de innovación, desarrollo e innovación, particularmente, en el campo de la biotecnología, dispositivos para liberación controlada de medicamentos, e investigaciones en proceso (relacionadas con el cáncer de pulmón, tejido, etc.). Este fenómeno hace que nuestro país se vea obligado a importar justamente los medicamentos más caros y estratégicos (aún cuando logró “copiar” muchos que importan un alto contenido de investigación, desarrollo e innovación).

Sin embargo, Argentina aprobó una Ley de Biotecnología que incluye incentivos para el desarrollo de biofármacos. Su Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica creó instrumentos como el Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica y el Fondo Tecnológico Argentino, que disponen de recursos para

incentivar el desarrollo en ciencia, técnica e innovación tecnológica e incluyen el área farmoquímica. Además, a partir de 2009, el Ministerio de Economía inició estudios para formular un Programa de Fortalecimiento de la Industria Farmacéutica, que podría incluir otros instrumentos, como devolución de las retenciones a las exportaciones, la amortización acelerada en el impuesto a las ganancias y devolución anticipada de Impuesto al Valor Agregado para la adquisición de bienes de capital, así como la conversión en bonos de crédito fiscal de 50% del monto de las contribuciones patronales a la seguridad social.

Balanza comercial

Las exportaciones totales del sector farmacéutico atravesaron tres ciclos marcados desde el año 1990 en adelante. El primero, de franca expansión, se extendió hasta 1998, año en el cual las exportaciones rozaron los USD400 millones. El segundo, en concomitancia con la recesión que atravesó la Argentina en el período, fue de descenso y posterior estancamiento, y se extendió entre los años 1999 y 2002, año en el cual el monto exportado fue de USD317 millones. A partir de allí se ha registrado un sendero continuo de crecimiento hasta alcanzar en el año 2007 ventas al exterior por USD586 millones, un 85% superior a las exportaciones del año 2003 (MINCyT-UIA, 2010). Este crecimiento en las exportaciones del sector estuvo motorizado en gran medida por firmas multinacionales que han operado con sus filiales como ejes de la región y por un grupo de laboratorios nacionales que han aprovechado las condiciones cambiantes, han dinamizado sus exportaciones incursionando en nuevos destinos y actualmente son un componente significativo de la estructura exportadora del sector.

En el caso de las importaciones, Estados Unidos (17%) y Alemania (14%) son los principales orígenes. Las importaciones provenientes de estos países están relacionadas con el origen del capital de una fracción significativa de los laboratorios multinacionales que operan en el país, como base para la importación de la mayoría de sus líneas de productos comercializados en el país. En el caso de los farmoquímicos, estos provienen fundamentalmente de China (27%), de Alemania (15%) y de India (14%). China e India se han convertido en los últimos años en los centros de producción de farmoquímicos más importantes a nivel mundial.

El contexto de apertura comercial y tipo de cambio sobrevaluado dio lugar, durante la convertibilidad, a la entrada masiva de productos importados. Entre los años 1990 y 1998, las compras de medicamentos extranjeros se quintuplicaron hasta alcanzar, en el año 1998, los USD1.200 millones. Luego, la crisis produjo una retracción de las importaciones entre los años 1998 y 2002. De todas maneras, este no fue un ajuste “virtuoso”, ya que tuvo su origen en la significativa disminución de ingresos de la población que tuvo lugar en dicho período. El mercado se redujo considerablemente en ese momento, lo cual disminuyó la necesidad de insumos y productos finales importados (MINCyT-UIA, 2008). La recuperación del mercado

interno desde el 2003 reactivó las importaciones. Tanto los productos químicos orgánicos como los farmacéuticos se incrementaron significativamente. Sin embargo, la dinámica de largo plazo muestra distintas trayectorias. En el año 2007, se importaron USD938 millones de productos farmacéuticos y USD508 millones de químicos orgánicos, presentando una relación inversa a la que predominaba en la década anterior.

Este giro en el perfil importador se debe a los cambios en la estructura que atravesó el sector en los últimos tiempos, donde gran parte de los laboratorios multinacionales ha optado por abastecer el mercado local desde sus casas matrices u otras filiales a nivel mundial.

A su vez, la ley de patentes impide a los laboratorios locales copiar los nuevos productos y competir lanzando al mercado productos similares. Por ende, el mercado de los nuevos medicamentos, esencialmente de alta complejidad, queda protegido de la competencia local y liberado para la entrada de productos extranjeros.

Sintetizando, la balanza comercial del sector es estructuralmente deficitaria. Si bien las exportaciones se incrementaron luego de la devaluación, las importaciones lo han hecho a un ritmo considerablemente mayor, hasta alcanzar en el 2007 el mayor déficit (USD861 millones) del período en análisis (CEP, 2008).

Producción pública

Las políticas nacionales de los últimos cuarenta años relacionadas con el abastecimiento de medicamentos a la población para resolver necesidades sociales se llevaron a cabo, fundamentalmente, a través de la compra, no de la producción. Sin embargo, una alternativa a las políticas de compra de medicamentos consiste en la utilización de la capacidad instalada existente en los laboratorios de producción de medicamentos del sector público.

Estos laboratorios, de distinta complejidad y diferentes potencialidades, surgieron en distintas épocas y se ubican a lo largo del territorio nacional, debido a que se crearon para resolver problemáticas de distinta envergadura localizadas en el ámbito nacional, provincial o municipal. Asimismo, existen algunos laboratorios, particularmente universitarios, que persiguen fines académicos, tales como la práctica industrial e investigación y desarrollo en proceso.

En el año 2002, como respuesta al desabastecimiento de medicamentos e insumos en los hospitales públicos, se apeló dentro de la Emergencia Sanitaria, a los laboratorios de medicamentos de propiedad estatal, provinciales o municipales, para que intervinieran aumentando su capacidad productiva.

Varias provincias y municipios que no contaban con plantas elaboradoras decidieron comenzar la construcción y/o el equipamiento de ambientes adaptados, pero en general inadecuados para las exigencias de la correcta manufactura de medicamentos. Los establecimientos existentes y estos de reciente implementación

generaban preocupación ya que trabajaban presionados por las necesidades, sacrificando detalles que hacen a la calidad de los productos. Algunos de los problemas detectados fueron: la elaboración de más de 40 medicamentos en los mismos equipos, en cantidades siempre insuficientes, la escasa o nula especialización, los costos insatisfactorios, la estabilidad y durabilidad por plazos muy cortos y niveles de calidad que no alcanzaban los exigidos.

Partiendo de la base de que los laboratorios de producción pública de medicamentos (PPM) debían tener un mayor protagonismo en salud, en septiembre de 2007 se formó una Red Nacional de Laboratorios de PPM, constituida por alrededor de 25 laboratorios públicos y en donde el Instituto Nacional de Tecnología Industrial actuaba como soporte tecnológico en alrededor de 30 rubros, como control de calidad, modernización tecnológica, actualización de procesos industriales, control de materias primas y análisis de costos, calibración de equipos, por mencionar algunos.

Esta iniciativa fue integrada orgánicamente al MSAL para constituir el Programa para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas, y Productos Médicos, creado por la Resolución 286/2008. De esta manera, el MSAL emprendió una tarea ordenadora de la red de laboratorios estatales e incorporó pautas estratégicas para la reconversión de las actividades productivas de las plantas, bajo las siguientes pautas: producción de drogas estratégicas; innovaciones tecnológicas; sustitución de importaciones y garantía de calidad.

Bajo estas pautas se acordaron los siguientes lineamientos:

- Cumplir con los requisitos establecidos por la ANMAT sobre la base de las buenas prácticas de manufactura del año 1975, recomendadas por la OMS.
- Facilitar la asistencia técnica desde el MSAL y la ANMAT.
- Tramitar y alcanzar la habilitación de la ANMAT para la planta elaboradora.
- Capacitar el recurso técnico y profesional de los laboratorios y a los funcionarios de las áreas específicas en las buenas prácticas de manufactura/75 OMS.
- Alcanzar niveles óptimos de calidad.
- Fomentar la cooperación y el intercambio entre laboratorios regionales y locales.
- Estimular el desarrollo de acciones regionales coordinadas a los fines del ítem anterior.
- Tramitar el registro de los productos para facilitar el intercambio entre jurisdicciones.
- Fomentar la especialización en un único tipo de producción y limitarla a un número escaso de drogas.
- Alcanzar volúmenes de producción que permitan bajar los costos.
- Reconvertir la producción dentro de las políticas de Emergencia Nacional y las líneas estratégicas establecidas por el MSAL.

- Ampliar la actividad de los entes estatales y, de manera especial, de las universidades nacionales, hacia la investigación y desarrollo aplicados.
- Ampliar la actividad productiva de medicamentos hacia otros insumos hospitalarios.
- Extender y perfeccionar los controles de calidad.

Estos aportes y propuestas se constituyen en una guía para orientar a los laboratorios estatales en su proceso de actualización y adecuación para reconvertir la producción, incrementar la calidad y contribuir a la solución de los problemas de abastecimiento del sector público que afectan directamente al acceso de la población a los medicamentos.

Además, a nivel provincial vale la pena destacar los casos de algunas provincias, como por ejemplo San Luis y Río Negro. En estas jurisdicciones, la producción pública de medicamentos (PPM) ha alcanzado niveles significativos de abastecimiento a través de sus laboratorios públicos, Laboratorios Puntanos y Prozome, respectivamente. Otro caso paradigmático de valorización de la PPM como un instrumento fundamental en salud se observa en la provincia de Santa Fe, en la que la PPM reviste las características de una política de Estado, apoyada esencialmente en dos laboratorios: el Laboratorios de Industria Farmacéutica, de la ciudad de Santa Fe, y el Laboratorio de Especialidades Medicinales, de la ciudad de Rosario) que, juntos, proveen el 94% de las unidades farmacológicas para atención primaria de la salud y producen el 66% de las unidades farmacológicas totales que consume el sistema público de esta provincia.

Evaluación, incorporación y uso racional de nuevas tecnologías

En el marco de la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud y dentro del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM) se creó la Unidad de Coordinación de Evaluación y Ejecución de Tecnologías Sanitarias, en el año 2009.

El PNGCAM fue creado en el año 1992, refrendado luego en los años 1997 y 2000 y aceptado por el Consejo Federal de Salud, sentando sus bases en los principios de mejora y adecuación permanente de las herramientas tendientes a garantizar la calidad, tanto de los servicios de salud a través de las directrices de organización y funcionamiento, como así también en el desarrollo de un sistema de habilitación categorizante conteniendo grillas con estándares para la habilitación y categorización de los establecimientos de salud con internación, para establecimientos públicos y privados.

En relación a la mejora de la práctica asistencial, al igual que en otros países del mundo y de la región, las áreas de calidad desde el año 2004 han adoptado una visión centrada en la seguridad de los pacientes y la gestión de los riesgos asistenciales. La seguridad del paciente como centro de la escena asistencial ha implicado que la

misma sea un corte transversal a las condiciones de estructura física y tecnologías, recursos humanos, procesos y resultados.

Desde esa perspectiva, y con esa dinámica, hemos emprendido el desarrollo de acciones ligadas a la capacitación, sensibilización, investigación y gestión de mejoras de los riegos sanitarios en más de 14 provincias del país.

En este contexto la Unidad de Coordinación de Evaluación y Ejecución de Tecnologías Sanitarias (UCEETS) tiene como principal responsabilidad realizar investigaciones y evaluaciones dirigidas a estimar el valor y contribución relativos de cada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo además en cuenta su impacto económico y social, adaptado al contexto local. Es la herramienta clave para orientar la toma de decisiones de manera racional, basada en métodos científicos. Específicamente, la UCEETS elabora recomendaciones e informes que den respuestas adaptadas al tipo de tecnologías sanitarias y/o el problema de salud a evaluar, a los objetivos concretos de cada estudio y el tipo de peticionario. En particular ha comenzado a trabajar en la línea de generación, difusión e implementación de Guías de Práctica Clínica.

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD

Argentina cuenta con tres ministerios que producen, financian y regulan la investigación en salud a través de sus distintas dependencias, políticas y programas. La Ley 25.467 de Ciencia, Tecnología e Innovación, establece un marco general que estructura, impulsa y promueve las actividades de ciencia, tecnología e innovación. La ley se refiere al financiamiento de las actividades de investigación, a su desarrollo y evaluación, como obligación permanente del Estado, que valorará la calidad del trabajo de los científicos y tecnólogos, asignará recursos a la ciencia y la tecnología y estimará la vinculación de estas actividades con los objetivos sociales. El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva (MINCyT) tiene dos secretarías y dos organismos descentralizados: Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (ANPCyT) y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Este organismo fue creado por el Decreto 1.291/59, en respuesta a la percepción socialmente generalizada de la necesidad de estructurar un organismo académico que impulsara la investigación científica y tecnológica en el país. El CONICET está integrado por 116 institutos de investigación, Laboratorios Nacionales de Investigación y Servicios y ocho centros regionales. Contaba en el 2010 con 6.350 investigadores de carrera, aproximadamente 2.300 técnicos de la carrera de apoyo a la investigación, 8.122 becarios distribuidos en todo el país y un núcleo administrativo de apoyo (CONICET, 2011).

El Ministerio de Educación (ME), a través de la Secretaría de Políticas Universitarias, coordina el Programa de incentivos a docentes-investigadores de las uni-

versidades nacionales, cuyo objetivo es promocionar y fomentar mayor dedicación a las tareas de investigación y la creación de grupos de investigación en diferentes áreas, entre ellas las ciencias médicas. Participan 36 universidades nacionales de todo el país. Este programa no pareciera coordinarse con el resto de las estructuras nacionales financiadoras de investigación en salud, ni tampoco tener algún plan estratégico para fortalecer ciertos tipos de lineamientos en investigación.

El Ministerio de Salud (MSAL), tiene una estructura conformada por tres secretarías, una de ellas destinada específicamente a la investigación, y dos organismos descentralizados, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud, que través de sus 6 institutos y 5 centros llevan a cabo diferentes líneas de investigación.

También dentro del ámbito del MSAL, funciona la Comisión Nacional Salud Investiga, que selecciona, otorga y evalúa las becas de investigación socio-sanitaria. Esta instancia fue creada por la Resolución 170/02, inicialmente como Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria, en el ámbito de la Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud del MSAL, con el propósito de contar con asesoramiento permanente relacionado con los programas de investigación sanitaria, clínica, aplicada y básica en relación con las ciencias de la salud y dar prioridad a los programas de investigación sobre vigilancia de la salud, prevención y control de las enfermedades prevalentes y acciones de promoción de investigaciones sobre los problemas sanitarios del país. En diciembre de 2008, por Resolución 1522/08, se cambia el nombre por el de Comisión Nacional de Salud Ciencia y Tecnología y en septiembre de 2009, en función del cambio institucional efectuado, se adecuó la integración de los participantes y se estableció la dependencia administrativa de la Comisión Nacional Salud Investiga en el ámbito de la Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación, dependiente de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Asimismo por Resolución Ministerial 335 se modificó la denominación de la Comisión Nacional Salud, Ciencia y Tecnología por Comisión Nacional Salud Investiga. Como ejemplo del alcance de las actividades de esta Comisión, puede mencionarse que en el año 2011 otorgó 236 becas, denominadas Carrillo-Oñativia, de las cuales 99 pertenecen a la categoría de becas individuales, 127 a Estudios Colaborativos Multicéntricos y 10 al Estudio Especial Diagnóstico de situación de la investigación para la salud en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios provinciales.

El ejemplo de esta Comisión se ha expandido a otros organismos públicos que han lanzado convocatorias de becas de investigación específicas con un formato y alcance similar, tales como el Instituto Nacional del Cáncer, en el año 2010, y la Agencia Nacional de Seguridad Vial, en el 2011.

Inicialmente, el MSAL, a través de la Comisión Salud Investiga, se basó en un modelo colegiado que fijó las prioridades con procedimientos interpretativos que, progresivamente, cambiaron por un modelo técnico. Se utilizaron tres técnicas: a) opinión de expertos, b) encuesta y c) Matriz de Estrategias Combinadas en Argentina (MECA). Tanto la opinión de expertos como la encuesta facilitaron la elaboración de un listado que se mantuvo en el período 2002-2005. A partir de 2006, dicho listado se modificó acorde a los resultados obtenidos con la utilización de la MECA. Esta matriz identificó prioridades de investigación en ocho problemas que surgieron del análisis de situación de salud en Argentina: tuberculosis, chagas, diabetes, tabaquismo, seguridad vial, morbilidad materna, IRA en niños, HIV/Sida, enfermedades monogénicas y malformaciones congénitas, enfermedades neurológicas vasculares, neurología del comportamiento y neurociencias cognitivas y epilepsias.

Políticas nacionales de investigación en salud

El MINCyT ha desarrollado el plan estratégico nacional de ciencia, tecnología e innovación “Bicentenario” (2006-2010). El principal objetivo de este plan es el de orientar la construcción de una política científica y tecnológica al servicio del país y, a través del Programa Transversal Integrador del Sistema Nacional de Innovación, incluir a la totalidad de las instituciones en redes de colaboración que ejecuten proyectos de investigación, desarrollo e innovación en áreas tales como prevención y atención de la salud.

La Ley 25.467 contiene principios de carácter irrenunciable y aplicación universal que rigen en cualquier actividad de investigación: la participación libre y voluntaria de las personas en ensayos de investigación, la obligatoriedad de utilizar procesos de consentimiento informado en forma previa al reclutamiento de sujetos de investigación y la obligación de realizar ensayos preclínicos y con animales en forma previa a la experimentación con humanos, a fin de determinar adecuadamente la relación costo-beneficio, la seguridad y la eficacia.

El MSAL cuenta con un plan para la investigación y un cuerpo legislativo. Este se compone de los siguientes proyectos:

- Proyecto de ley para las investigaciones clínicas con medicamentos, productos médicos, productos biológicos, terapia génica y terapia celular. Los principios rectores del proyecto reconocen que la prioridad en ensayos clínicos serán los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos del ensayo. Por lo tanto, sólo se podrán iniciar ensayos clínicos cuando el Comité de Ética en Investigación Biomédica que corresponda y la autoridad de aplicación hayan aprobado su realización. Los ensayos clínicos se realizarán en condiciones de respeto a los derechos del sujeto y a los postulados éticos que afectan a la investigación biomédica con seres humanos. El consentimiento informado de cada uno de los participantes es un requisito ineludible para la incorporación efectiva al proyecto

de investigación propuesto. El proyecto detalla las particularidades de los ensayos clínicos con menores y personas con capacidades diferentes. A su vez, destaca las obligaciones tanto de los investigadores y patrocinadores de la investigación, como de la autoridad de aplicación. Esta ley tiene media sanción de la Cámara de Diputados y se está discutiendo en senadores.

- Disposición 5.330: regula la realización de investigaciones en farmacología clínica, fundamentalmente con fines de registro de productos farmacológicos.
- Resolución 35/2007: describe las funciones de la Comisión de Investigaciones Clínicas aplicadas en seres humanos, tales como, revisar las normativas vigentes en investigación y regulatorio actualizado para las nuevas líneas de investigación que los avances científico-tecnológicos imponen en el campo de la salud.
- Proyecto de ley sobre normas para el funcionamiento de comités de ética de la investigación en salud. N° de Expediente: 1663-D-2006. Este proyecto de Ley tiene por objeto normar el funcionamiento de los Comités de Ética de la Investigación en Salud en todo el territorio nacional. Se adopta como guía para los requisitos mínimos de acreditación, constitución, funcionamiento y criterios de evaluación la “Guía Operacional para Comités de Ética que evalúan la Investigación Biomédica”, Ginebra, 2000 (PNUD/BM/OMS) y su “Guía complementaria sobre supervisión y evaluación de prácticas de revisión ética”, Ginebra, 2002 (OMS/TDR).

También merece mencionarse la legislación para el registro de ensayos clínicos incluida en la Resolución 1678/2007 que crea una nómina de ensayos clínicos en seres humanos. Esta resolución establece los procedimientos a seguir para el registro.

Institutos Nacionales de Salud

En los últimos años se han creado dos instituciones en el ámbito de la investigación pública en salud, que se suman a la red preexistente. Estos son el ya mencionado Instituto Nacional del Cáncer (INC) y el Instituto de Medicina Tropical (INMeT). El INC depende institucionalmente del MSAL y es el organismo responsable del desarrollo e implementación de políticas de salud, así como de la coordinación de acciones integradas para la prevención y control del cáncer en Argentina. Su principal objetivo es disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer, a la vez que mejorar la calidad de vida de las personas que lo padecen. El INC establece los objetivos en materia de promoción, prevención, protección y asistencia sanitaria, además de definir los criterios de evaluación de la eficacia y rendimiento de los programas, centros y servicios sanitarios. Sus actividades incluyen el desarrollo de normativas para la asistencia integral de los pacientes con cáncer; la promoción de la salud y reducción de los factores de riesgo en el marco de los lineamientos definidos para las enfermedades no transmisibles; la definición de estrategias para la prevención y detección precoz; la formación de profesionales especializados; el desarrollo de la investigación y la vigilancia y análisis de la información epidemiológica. Las estrate-

gias a implementar para la definición de dichas normativas serán multidisciplinarias e intersectoriales, en tanto promoverán la participación de entidades científicas y otros actores sociales especializados en la materia. De esta manera, se establecerán objetivos, acciones y recomendaciones basados en la evidencia científica y las buenas prácticas disponibles en los distintos ámbitos de promoción, prevención, manejo clínico, rehabilitación y reinserción social.

A su vez, el INMeT, creado mediante la reglamentación de la Ley 26.534, en el año 2010, y también dependiente del MSAL, tiene como finalidad la coordinación a nivel regional de la planificación y desarrollo de las estrategias sanitarias de prevención y control de enfermedades tropicales en la Argentina. Con sede en la ciudad de Puerto Iguazú, en la Provincia de Misiones, punto estratégico en la región subtropical del país, a la vez que zona de frontera tripartita, su misión es generar respuestas sanitarias integrales frente a patologías de impacto para la salud pública de nuestro país en el presente y a futuro, tales como: chagas, paludismo, dengue, leishmaniasis, helmintiasis, cólera, fiebre amarilla, lepra y esquistosomiasis. Para ello, el INMeT se plantea como un ámbito de articulación entre actores provinciales, nacionales y regionales especializados en la temática (principalmente la red de laboratorios provinciales, el Instituto Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos G. Malbrán”, las universidades nacionales y de la región, y los organismos pares de los países limítrofes). De esta manera, se espera lograr la conformación de equipos de expertos y diversos convenios interinstitucionales para la realización de proyectos de investigación compartidos que deriven en nuevos conocimientos, así como también el diseño, ejecución y evaluación de planes sanitarios más efectivos para la región en lo atinente a la prevención, diagnóstico, tratamiento y erradicación de tales enfermedades.

COOPERACIÓN EN SALUD

La República Argentina comparte, con muchos países de la región de las Américas el reconocimiento constitucional de la salud como derecho humano fundamental. En relación a la situación epidemiológica regional, se reconoce la importancia de enfrentar los desafíos que esta presenta de manera coordinada, por medio de la cooperación técnica entre los países que la componen. Se trabaja para fortalecer la presencia del MSAL en las agencias de cooperación técnica internacional y su relación con las instituciones de financiamiento, tanto del sistema de Naciones Unidas como del Interamericano, dando especial énfasis a la participación propositiva en los cuerpos directivos de la OPS/OMS.

La salud pública se encuentra ante una encrucijada por la confluencia de dos megatendencias: descentralización y globalización. Ambas pueden estar generando respuestas contrapuestas. Si bien se ha difundido la consigna de “pensar global

y actuar local”, algunos desafíos sanitarios probablemente requieran un esfuerzo contrario, es decir de: pensar local y actuar global.

Los procesos descentralizadores que involucraron a la gran mayoría de los sistemas de salud, en especial de la región latinoamericana, incentivaron lecturas de la situación de salud como problemas locales. A su vez, la teoría fiscal ha justificado la descentralización sosteniendo que la provisión de bienes sociales, como los servicios de salud, deben plantearse en la unidad territorial y gubernamental capaz de sustentarlos financieramente. De esta manera, los problemas de salud comienzan a ser fragmentados de forma regional y local, facilitando en muchos casos la obtención de respuestas adecuadas a las necesidades particulares de cada lugar. Sin embargo, otras veces se generan ineficiencias sistémicas como la duplicación de algunos esfuerzos y la ausencia de otros.

Por otra parte, la globalización acentúa los desafíos, como la necesidad de mancomunar esfuerzos internacionales para reducir riesgos y aprovechar oportunidades sanitarias. A su vez, la globalización modifica la naturaleza de las necesidades en salud, así como el tipo de intervenciones adecuadas para satisfacerlas. Las comunidades, además de afrontar los problemas locales relacionadas con los sistemas de salud, también deben afrontar la transferencia internacional de riesgos para la salud.

El control de los riesgos y los daños internacionales en muchos casos supera la capacidad de los gobiernos nacionales para proteger a sus poblaciones. Las nuevas amenazas se manifiestan, no sólo a través de enfermedades infectocontagiosas, sino por la propagación de estilos de vida poco saludables o que involucran conductas de riesgo. En consecuencia, se vuelve innegable que algunos de los nuevos desafíos sanitarios requieren respuestas internacionales, debido al reconocimiento de que habría problemas de salud que trascienden las fronteras y que, además, habría pérdidas de economía de escala a nivel nacional (más aún a nivel local) para enfrentar ciertos problemas sanitarios, por ejemplo el combate de ciertas epidemias.

Así, como respuesta, se plantea que es posible obtener mayores beneficios para todos, alcanzando economías de escala y mayor efectividad en la promoción de la salud y el combate a la enfermedad por medio de acciones conjuntas entre varios países. En este escenario, Argentina considera que las condiciones más apropiadas para afrontar los problemas de salud internacional se consiguen a escala regional y subregional. En esta dirección, están consolidándose procesos de integración general y de integración en salud en toda la región: Caribe, Región Andina y Mercosur.

En este contexto de mayor interdependencia entre países, han cambiado las necesidades en salud, así como el tipo de intervenciones para satisfacerlas. Se busca dar respuesta a los nuevos desafíos que son identificados en la actualidad y que tienen relación con:

- Cambios ambientales globales
- Movimientos poblacionales
- Comercio regular y de productos dañinos legales (tabaco, alcohol) e ilegales (drogas)
- Problemas de salud que trascienden las fronteras de un país
- Diseminación de tecnologías médicas.

¿Qué ha hecho el Ministerio de Salud en función de este escenario? se buscó el fortalecimiento de la capacidad institucional del Ministerio de Salud en relación a salud internacional. En 2002, se creó la Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud, que tiene competencia en el ámbito de las relaciones internacionales, con las Provincias y con las ONG. Asimismo, se propician regularmente actividades de capacitación, planteando un proceso de reflexión y sistematización a partir de las prácticas concretas. En el marco de la creación de la Comunidad Sudamericana de Naciones, Argentina fue uno de los países que lideró la creación de una Red de Oficinas de Relaciones Internacionales de los Ministerios de Salud.

Argentina ha desarrollado algunas buenas prácticas y lecciones aprendidas que le permitieron superar la difícil situación de crisis del 2002. En tal sentido, las ha venido ofreciendo a diversos países, considerando que abordan los principales problemas de salud de los países de la región. Entre las experiencias argentinas más relevantes se encuentran las siguientes prácticas:

- **Provisión pública de medicamentos esenciales:** El programa REMEDIAR es el programa que sistematiza la dispensación de medicamentos para el primer nivel de atención.
- **Regulación de calidad, seguridad y eficacia de medicamentos:** El ANMAT es la agencia reguladora de la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos y se encuentra dando cooperación a muchos de los países de Sudamérica.
- **Política de ablación y trasplantes de órganos:** La ley de donante presunto, mediante la cual todos los ciudadanos son donantes, a menos que manifiesten lo contrario. El Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante cuenta con mejores prácticas en los sistemas de gestión e información de trasplantes, tejidos y órganos, y se está brindando cooperación a casi todos los países de Sudamérica.
- **Economía de la salud:** Se está dando asistencia técnica a los países en este tema, vinculado al fortalecimiento institucional de las áreas de economía de los medicamentos y modelos de financiamiento en salud.
- **Desarrollo de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad en la atención primaria de la salud:** El Servicio Nacional de Rehabilitación se encuentra brindando asistencia técnica a diferentes países en esta temática.

- **Salud mental:** Argentina cuenta con una importante trayectoria en salud mental y le está brindando cooperación a diversos países, como Perú y Chile, entre otros.
- **Acceso a los servicios de salud por medio de unidades móviles:** Por la dispersión geográfica, Argentina cuenta con unidades móviles de salud que se trasladan a todo el país y que permiten el acceso de la población a la salud, el acceso a lentes y estudios.
- **Sistemas de información en salud:** El contexto Federal de la República Argentina plantea grandes desafíos en la gestión de las estadísticas vitales. Argentina cuenta con una importante experiencia en este sentido.

Las herramientas para poder efectivizar la cooperación que cuenta el Ministerio son las siguientes:

1. Fondo de Cooperación Horizontal FO-AR de la Cancillería Nacional: El Fondo Argentino de Cooperación Sur-Sur y Triangular (FO-AR) es el instrumento de la política exterior argentina por medio del cual nuestro país promueve iniciativas conjuntas de cooperación técnica con otros países de menor o igual desarrollo relativo económico y social, mediante mecanismos de asociación, colaboración y apoyo mutuo. Expresa así las orientaciones del Plan de Acción de Buenos Aires, establecido hace tres décadas por la comunidad internacional para impulsar la cooperación técnica entre países en desarrollo.

En el marco de las orientaciones de la política exterior argentina y de la filosofía de la cooperación Sur-Sur, los compromisos contraídos por el país a nivel internacional se manifiestan en los siguientes objetivos principales del FO-AR, que contribuyen a los esfuerzos de la comunidad internacional para alcanzar las metas globales de desarrollo y superación de la pobreza:

Establecer y consolidar asociaciones para el desarrollo con otros países sobre la base de sus propias estrategias y prioridades nacionales, procurando la participación de todos los actores interesados.

Generar y apoyar el fortalecimiento de ámbitos y mecanismos propicios para promover el intercambio de conocimientos, tecnologías y mejores prácticas entre organizaciones argentinas y sus homólogas de otros países, apuntando de manera permanente al fortalecimiento en estas últimas de capacidades propias para el desarrollo.

Desarrollar metodologías e instrumentos que permitan dinamizar los procesos de asistencia técnica a fin de maximizar el aprovechamiento de recursos humanos y financieros.

Las solicitudes al FO-AR se viabilizan por medio de las Representaciones Diplomáticas que tiene Argentina en los países en vías de desarrollo y previamente son armonizadas o consensuadas por las Direcciones de Relaciones Internacionales de los respectivos Ministerios de Salud.

2. Tratados de Cooperación entre Países: que son instrumentos de solidaridad, cooperación horizontal y fortalecimiento de las capacidades institucionales de los países para dar respuesta a sus necesidades de salud.

Se entiende como cooperación técnica entre países la ejecución y gestión de actividades y proyectos de desarrollo conjuntos, en los que comparten experiencias y capacidades técnicas mutuas, así como sus propios recursos, y utilizan el asesoramiento y apoyo financiero de fuentes externas, cuando es necesario.

Este mecanismo de cooperación es esencialmente un proceso por medio del cual Argentina, conjuntamente con dos o más países trabajan juntos para lograr el desarrollo de la capacidad individual o colectiva con intercambios cooperativos del conocimiento, habilidades, recursos y tecnologías. Idealmente, las actividades de CTP se deben iniciar, organizar y manejar por los mismos países, bajo la dirección del gobierno respectivo, y la participación de las instituciones y de las organizaciones públicas y privadas (UNDP, 1998). Este mecanismo está supeditado a la existencia de recursos por parte de la OPS.

3. Otros recursos de cooperación derivados de agencias internacionales o especializadas del sistema de Naciones Unidas, por medio del cual se elaboran proyectos y las agencias ponen a disposición recursos

4. Recursos del propio Ministerio de Salud: Aunque siempre supeditado a la disponibilidad presupuestaria, el propio Ministerio de Salud de la República Argentina prioriza proyectos para la cooperación involucrando recursos de su propio presupuesto regular.

Asimismo, nuestro Ministerio de Salud demanda cooperación e intercambios de experiencias con otras instituciones de la región con el propósito de mejorar el proceso de fortalecimiento institucional. Estas demandas surgen del nuevo Plan Federal de Salud. En tal sentido, se ha priorizado:

- Fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud.
- Fortalecimiento de redes de atención para la salud: Sistemas de referencia y contra-referencia.
- Responsabilidad de los servicios de salud con la población nominada a cargo, como requisito necesario para concretar la estrategia de atención primaria de la salud.
- Políticas de recursos humanos en salud: Planificación de recursos humanos, formación, entrenamiento, mejoramiento de competencias profesionales, capacitación de recursos humanos, en particular de profesionales. De esta manera, se tiende al fortalecimiento institucional de sus sistemas de salud y de acuerdo a sus políticas sustantivas.
- Modelos de gestión hospitalaria: Propiciando la incorporación de instrumentos gerenciales para los hospitales públicos. El hospital público, que fue sujeto de políticas públicas durante los años 90, se ha dejado de lado y muchos de ellos requieren la incorporación de herramientas gerenciales y para la toma de decisiones.

- Fortalecimiento institucional del Instituto Nacional de Cáncer: Este instituto ha sido creado recientemente por decisión de la Sra. Presidenta Cristina Fernández de Kirchner y, en tal sentido, se considera necesaria su consolidación institucional
- Intercambio de experiencias de otros países para combate del uso inapropiado de alcohol, considerando que el intercambio de las experiencias de los países puede servir para retroalimentar el proceso de formulación de políticas en la República Argentina.
- Institucionalización de la participación en salud: Considerada como una de las megas tendencias de reforma de los sistemas sanitarios en todo el mundo. Se considera que puede haber importantes experiencias a considerar a nivel internacional.
- Federalismo y salud: En la Argentina existen fuertes brechas e inequidades en los resultados de salud y en el acceso a los servicios entre las diferentes provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Durante varias décadas, el sistema federal de salud ha crecido de manera desordenada, entre sucesivas delegaciones de atribuciones desde el nivel nacional a los niveles intermedios y la ausencia de una articulación efectiva entre sus responsables. Con funciones repartidas entre los distintos niveles jurisdiccionales es necesario desarrollar y fortalecer el Federalismo Sanitario. En tal sentido, podría haber una importante oportunidad de cooperación con países federales o con alto grado de descentralización.

Cuadro 3 – Sistema de Salud en Argentina: síntesis – marco constitucional, estructura y prioridades de la política actual

País ARGENTINA	Marco constitucional y legal de la salud	Estructura del sistema de salud	Funciones del Ministerio de Salud de la Nación	Prioridades de la política actual
<p>República Federal presidencialista</p> <p>Constitución Nacional Vigente: 1994</p> <p>Población: 40.666.000 habitantes</p> <p>Territorio organizado en 24 jurisdicciones (23 provincias y 1 la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sede del gobierno nacional) y más de 2200 municipios</p>	<p>El derecho a la salud no está mencionado como tal en la Constitución sino a través de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Art.25) y del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ratificado por Argentina en 1986. Es decir, la salud aparece como derecho a partir de instrumentos internacionales que el país ha ratificado.</p>	<p>Sistema de Salud: Está basado en una estructura política federal, profundamente descentralizado en la provisión y administración de los servicios de salud.</p> <p>Las provincias tienen total autonomía en materia de salud</p> <p>Tres subsectores: público (provee y financia salud a partir de los 24 ministerios de salud provinciales y el MSAL), la seguridad social financia servicios prestados mayoritariamente por instituciones privadas y médicos contratados (298 obras sociales nacionales, 24 provinciales y el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - INSSJP/ PAMI) y la medicina prepaga (no existen datos consolidados pero se calcula la existencia de unas 200 a 250 empresas de medicina prepaga).</p> <p>Todo ciudadano puede ser asistido en las instituciones públicas de salud, pero esta cobertura es muy diferente según la provincia (y el prestador dentro de cada provincia). Cada provincia opera con particulares restricciones presupuestarias, sus propias políticas sanitarias, locales y regionales, perfiles diferenciados de demandas y marcos regulatorios específicos (por lo general tienen regulaciones sanitarias propias y legislaciones laborales únicas para el personal de la administración pública).</p>	<p>El Ministerio de Salud (MSAL) es el órgano responsable de la rectoría del sistema de salud de determinar las políticas de sector y llevar adelante las acciones de planificación y coordinación con las autoridades sanitarias provinciales</p> <p>La elevada autonomía de las provincias en materia de salud condiciona la rectoría por el Ministerio de la Nación.</p> <p>El MSAL efectúa también la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud, y tiene a su cargo el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica, de manera consensuada con las provincias, e interviene en la aprobación de los proyectos de establecimientos sanitarios que sean construidos con participación de entidades privadas.</p>	<p>El Plan Federal de Salud 2004-2007 funciona como marco conceptual del proyecto a largo plazo y que orienta el desarrollo del sistema sanitario argentino con eje en la Atención Primaria de la Salud</p> <p>El Plan Federal de Salud 2010-2016 aún está en discusión; plantea el avance progresivo hacia la descentralización de acciones de promoción y prevención y la cobertura universal</p>
		<p>Vigilancia Sanitaria</p> <p>Es llevada adelante por la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica), autarquía económica y financiera creada en 1992, responsable de asegurar la calidad de los productos de su competencia (medicamentos, alimentos, productos médicos, reactivos de diagnóstico, cosméticos, suplementos dietarios y productos de uso doméstico)</p> <p>Vigilancia Epidemiológica</p> <p>Es realizada a través de la implementación del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS) impulsado por el MSAL. El SNVS integra las estrategias de vigilancia clínica, laboratorio, unidades centinela y de programas específicos a través de una plataforma on-line con llegada a diferentes centros decisores. Esta red virtual se conforma a través usuarios habilitados en todo el país y se estructura en nodos que corresponden a establecimientos donde se carga, consolida, sistematiza, analiza y difunde la información de la vigilancia, permitiendo tanto la notificación de los distintos eventos, como el análisis sistemático y rápido de la información disponible.</p>		

Cuadro 4 – Sistema de Salud en Argentina: síntesis – protección social en salud, financiamiento, Investigación e innovación en salud

Protección social en salud	Financiamiento: fuentes y composición del gasto en salud	Investigación e innovación en salud
<p>Subsector seguro social: cubre el 55% de la población con Obras Sociales Provinciales (12%) + Obras Sociales Nacionales (34%) + PAMI para jubilados (9%)</p> <p>Subsector público: cubre el 35% de la población que no cuentan con seguro de salud, aunque formalmente esta cobertura es universal; y 2% con garantías explícitas en planes estatales de salud – Plan Nacer y Plan Federal de Salud</p> <p>Subsector Privado: empresas de medicina prepaga = 8% de la población</p> <p>Obras Sociales Nacionales y las Empresas de Medicina prepaga deben ofrecer el Programa Médico Obligatorio que establece una canasta prestacional mínima.</p> <p>Del total de ingresos por Obras Sociales, la Administración Federal de Impuestos retiene un porcentaje que se canaliza, a un Fondo Solidario de Retribución para completar el aporte de los afiliados de menor ingreso y financiar un conjunto limitado de prestaciones para enfermedades catastróficas, gestionado por la Administración de Programas Especiales.</p>	<p>El gasto total del sector salud (incluido el sector privado) en relación al PBI es de 10,19%</p> <p>El gasto público en salud, incluida la seguridad social, representa aproximadamente el 70% del gasto total en salud mientras que el 30% a 33% es financiado por las propias familias a través del gasto de bolsillo.</p> <p>El gasto público en salud sumado al de la seguridad social para el período 2000-2009 en promedio, tuvieron una participación del orden del 4,8% del PBI, destacándose 2009 como el año de mayor participación, con el 6,2%.</p> <p>Gasto público en salud 2,19% + seguridad social 3,08% = 5,27% del PBI</p> <p>La evolución del gasto público en salud por nivel de gobierno verifica cierta constancia en la participación de los tres niveles, con un amplio predominio del gasto provincial. Los presupuestos provinciales del sector sostienen principalmente a los hospitales, mientras que el estado nacional financia organismos descentralizados y programas.</p> <p>Las provincias participan en casi un 70%, en promedio, contra un 15% del gasto en atención médica a nivel nacional dato que se explica por la descentralización característica del sistema de salud argentino.</p> <p>Fuentes: los fondos utilizados para financiar la Atención Pública de la Salud provienen de rentas generales y de créditos internacionales. El financiamiento de las Obras Sociales Nacionales proviene de aportes del trabajador (3% del salario) y del empleador (6% del salario). El financiamiento del INSSJP proviene de varias fuentes: los aportes de los trabajadores en actividad, equivalente al 5% del salario, 3% aporte personal y 2% patronal; el aporte de los pasivos, que varían entre 6% y 3% de sus ingresos; y contribuciones del tesoro nacional.</p>	<p>Argentina cuenta con tres ministerios que producen, financian y regulan la investigación en salud a través de sus distintas dependencias, políticas y programas. El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva (MINCYT) tiene dos secretarías y dos organismos descentralizados: Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (ANPCyT) y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). El Ministerio de Educación (ME), a través de la Secretaría de Políticas Universitarias coordina el Programa de incentivos a docentes-investigadores de las universidades nacionales. El Ministerio de Salud tiene una estructura conformada por tres secretarías, una de ellas destinada específicamente a la investigación y dos organismos descentralizados, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), que a través de sus 6 institutos y 5 centros llevan a cabo diferentes líneas de investigación. También dentro del ámbito del MSAL, funciona la Comisión Nacional Salud Investiga que selecciona, otorga y evalúa las becas de investigación socio-sanitaria.</p> <p>En los últimos años se han creado dos instituciones en el ámbito de la investigación pública en salud:</p> <p>El Instituto Nacional del Cáncer (INC) y</p> <p>El Instituto de Medicina Tropical (INMeT, creado en 2010) con sede en la Provincia de Misiones y dependiente del MSAL</p>

REFERENCIAS

- Abadie J P. Políticas de estado: participación y salud. Buenos Aires: OPS; 2009.
- Abramzón M. Argentina: recursos humanos en salud en 2004. Buenos Aires: OPS; 2005.
- Abramzón M, coordinador. Lineamientos para el diseño de un sistema integral de información de recursos humanos en salud en Argentina. Buenos Aires: Comisión Nacional Salud Investiga, MSAL; 2008.
- Asociación de Economía de la Salud. Presentación realizada en las XXI Jornadas Nacionales y XX Jornadas Internacionales a la cuestión de “Cómo mejorar el sistema de salud argentino: abordajes posibles y sustentables. Buenos Aires: 2011.
- Alessandro L, Munst M. Municipios Saludables: Una opción de política pública. Avances de un proceso en Argentina. Buenos Aires: OPS; 2002.
- Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cuad. de Salud Pública; 2002; 18(4):905-925.
- Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. Programa Nacional de Pesquisa de Medicamentos Ilegítimos. Buenos Aires: ANMAT; 2008.
- Apella I. Acceso a Medicamentos y Producción Pública: el caso argentino. Nuevos Documentos CEDES. Buenos Aires: CEDES; 2006.
- Arce H. Naturaleza de los hospitales; tres generaciones. Med & Soc; 1985; 8(5): 156-173.
- Arce H. El territorio de las decisiones sanitarias. Buenos Aires: Ed. H. Macchi; 1993.
- Arce H. Una Prospectiva Económica del Sector Salud. Med & Soc; 1997; 20(1): 59-62.
- Arce H. Evolución del Pensamiento Sanitario durante el Siglo XX. Med & Soc.; 2000; 23(2):64-82.
- Barbieri N, de la Puente C, Tarragona S. La equidad en el gasto público en salud. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 2005.
- BDO. Reporte Sectorial nº2: Laboratorios e industria farmacéutica. Buenos Aires: Becher y Asociados S.R.L.; 2008.
- Belló M, Becerril-Montekio V. Sistema de salud de Argentina. Salud Publica Mex; 2011; 53 (supl 2):S96-S108.
- Belmartino S, Bloch C. (2004). El sistema de servicios de salud en Argentina. En: González-Pérez GJ, Vega-López MG, Romero-Valle S, coord. Los sistemas de salud en Iberoamérica de cara al siglo XXI. México: Universidad de Guadalajara; 2004.
- Belmartino S. Una década de reforma de la atención médica en Argentina. Salud Colectiva; 2005; 21:155-171.
- Belmartino S. Políticas de salud en Argentina. Perspectiva histórica. Cuadernos Médico Sociales (Ros); 1991; 55: 13-34.
- Belmartino S. Estado y Obras Sociales: desregulación y reconversión del sistema. Cuadernos Medico Sociales; 1995; 72:5-25.
- Belmartino S. Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo. Revista Desarrollo Económico; 1995; 35 (137): 83-103
- Belmartino S, Bloch C y colaboradores. Crisis y recuperación del gremialismo médico nacional. Argentina, 1940-1958. Cuadernos Médico Sociales (Ros); 1990; 53: 3-22. Rosario.
- Belmartino S, Bloch C. La medicina pre-paga en Argentina: su desarrollo desde los años sesenta” Cuadernos Médico Sociales (Ros); 1993; 64: 5-30.

- Bisang R, Cetrángolo O. Descentralización de los servicios de salud en la Argentina. Serie de Reformas de Política Pública n° 47. Buenos Aires: CEPAL; 1997.
- Bonazzola P. Argentina: Recursos Humanos en Salud: Contexto y Regulación. En: Pierantoni CL, organizadora. Trabalho e educação em saúde no Mercosul. Brasília, Ministério da Saúde. Río de Janeiro: Editora Europa; 2008.
- Castro BL, Casal A, de Lellis M. Medicina Prepaga. Políticas públicas y derecho a la salud. Buenos Aires: Ed. Proa XXI; 2007.
- CEPAL. Objetivos de desarrollo del milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe. Cap. V y VI. Santiago de Chile: CEPAL; 2008.
- CEPAL. Estudio económico de América Latina y el Caribe 2009-2010. Santiago de Chile: CEPAL; 2011.
- Cetrángolo O. Búsqueda de cohesión social y sostenibilidad fiscal en los procesos de descentralización. Serie Políticas sociales, n° 131. Santiago de Chile: CEPAL; 2007.
- Cetrángolo O., Anlló G. Políticas sociales en Argentina: viejos problemas, nuevos desafíos. En: Kosacoff B, editor. Crisis, recuperación y nuevos dilemas de la economía argentina 2002-2007. Santiago de Chile: CEPAL; 2010.
- Cetrángolo O, Jiménez JP. Las relaciones entre diferentes niveles de gobierno en Argentina. Revista de la CEPAL n° 84. Santiago de Chile: CEPAL; 2004
- Cetrángolo O, Jiménez JP. Las relaciones provinciales entre niveles de gobierno en Argentina. Raíces históricas, institucionales y conflictos persistentes. Serie Gestión pública n° 47. Santiago de Chile: CEPAL; 2004.
- CNCPS-FLACSO. Evaluación de los niveles de participación de las OSC en los Consejos Consultivos y la capacidad de aprovechamiento de los recursos locales: Informe Final. 2003.
- COFA. Visión Farmacéutica, anuario 2009-2010. Observatorio de la Salud, los Medicamentos y la Sociedad. 2010.
- COFESA. Plan Federal de Salud. Política de Recursos Humanos en Salud. Mar del Plata, Buenos Aires, 5 y 6 de julio de 2007.
- De la Puente C, Tobar F. Políticas y Estrategias de Adquisición de Medicamentos Esenciales: Un Análisis Sistematizado. Serie de Estudios 4. Buenos Aires: Universidad ISALUD; 2007.
- De la Puente C, Tarragona S y colaboradores. Propiedad Intelectual y Medicamentos: el caso de Argentina. Serie de Estudios 9. Buenos Aires: Universidad ISALUD; 2009.
- De Piero S. Análisis de algunos casos de programas de participación ciudadana en la Administración Pública Nacional INAP. Documento de Trabajo N° 8/2010. Buenos Aires: 2010
- Defensoría del Pueblo de la CABA. Diagnósticos 1: La vigencia de los derechos humanos en la Ciudad de Buenos Aires a la luz del derecho supranacional. Buenos Aires: 2009.
- Duré I. Los desafíos y las perspectivas de la formación de los trabajadores técnicos de la salud: la situación en Argentina". En: Pronko MA, D'Andrea Corbo A, organizadores. A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no MERCOSUL. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009.
- Duré I, coord. Políticas de Salud. La carrera sanitaria en la Argentina. Observatorio de Políticas Públicas del Cuerpo de Administradores Gubernamentales. Buenos Aires: Jefatura de Gabinete de Ministros; 2009.
- Eurosociat. Políticas y estrategias de medicamentos. Análisis comparados de modelo de experiencias en países de América Latina. Eurosociat Salud, Medicamentos; 2008.

- Ferrante D, Linetzky B, Konfino J y colaboradores. Evolución de la Epidemia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Argentina. Estudio de Corte Transversal. MSAL Rev. Argentina Salud Pública; 2011; 2(6).
- Galli A. Situación actual de la educación médica en Argentina, en Educación Médica; 2009; 12 (1)
- González García G, Tobar F. Más salud por el mismo dinero. 1º ed. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 1997.
- González García G, Tobar F. Más salud por el mismo dinero. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 1999.
- González García G, Tobar F. Salud para los argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 2004.
- González García G, de la Puente C, Tarragona S. Medicamentos: salud, política y economía. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 2005.
- IEPS. Segundo Informe de Investigación: Medicamentos y Salud. Instituto de Estudios Sobre Políticas de Salud. CTA-APM. IEPS; 2010.
- INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 1991; 1991.
- INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001; 2001.
- INDEC. Resultados Preliminares de la Encuesta Nacional de los Hogares (ENGH). 2004/2005; 2006.
- INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010; 2010.
- IMS Health. Información estadística de la industria farmacéutica (inédito); 2008
- ISWA. Residuos y Cambio Climático. Libro Blanco de la International Solid Waste Association. Buenos Aires: ISWA; 2010.
- Katz J y col.. El Sector Salud en la República Argentina; su estructura y comportamiento. Buenos Aires: Ed. Fondo de Cultura Económica; 1993.
- Maceira D, Paraje G, Aramayo F, Duarte Masi S, Sánchez D. Financiamiento público de la investigación en salud en cinco países de América Latina. Rev. Panam. Salud Pública; 2010; 27(6):442-51.
- Maceira D. Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino en Flood, Cristina: La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina. Buenos Aires: Editorial La Colmena; 2005.
- Maceira D. Inequidad en el acceso a la salud en Argentina, Documento de Políticas Públicas/ Análisis n° 52, CIPPEC. Buenos Aires: 2009.
- Maceira D, Marín Peralta Alcat. El Financiamiento Público de la Investigación en Salud en Argentina. Documento CEDES 52/2008; 2008.
- Maceira D, coord. Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos. Comisión Nacional Salud Investiga. Buenos Aires: MSAL; 2009.
- Maceira D, Paraje G y colaboradores. Financiamiento público de la investigación en salud en cinco países de América Latina. Rev. Panam. Salud Pública; 2010; 27(6):442-51.
- Maceira D, Bumbak S, Barbieri E, Peralta M. Control de medicamentos en la Argentina: el funcionamiento de la ANMAT y el INPI. Políticas Públicas /Análisis n° 20. CIPPEC; 2005.
- Maceira D. Actores y reformas en salud en América Latina, Nota Técnica de Salud n°1/2007; BID; 2007.

- Mera J, Ruiz del Castillo R La Reforma de Salud en el Tercer Milenio. Buenos Aires: Ed. Dunken; 2000.
- Mera J, coord. Bases para un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. Buenos Aires: MSAL-OPS; 2007.
- Mera J, editor. Los Servicios de Salud en Argentina. Buenos Aires: Ed. Universitaria a Distancia Hernandarias; 1995.
- MeyFP. Estimaciones del gasto en Salud. Argentina 1997 y proyecciones (DAGPyPS). Buenos Aires: MeyFP; 2009.
- MeyFP. Gasto público consolidado 1980-2009 (DAGPyPS). Buenos Aires: MeyFP; 2010.
- MINCyT. Relevamiento anual de las actividades de ciencia y tecnología, 2007. Buenos Aires: MINCyT; 2008.
- MINCyT-UIA. Debilidades y desafíos tecnológicos del sector productivo. Industria farmacéutica. Buenos Aires: MINCyT-UIA; 2010.
- MRECIyC. Informe sectorial: sector de productos farmacéuticos. Dirección de Oferta Exportable. Dirección General de Estrategias de Comercio Exterior Subsecretaría de Comercio Internacional. Buenos Aires: MRECIyC; 2010.
- MSAL. Indicadores de salud seleccionados República Argentina, 1980 a 1999 (DEIS). Buenos Aires: MSAL; 2001.
- MSAL. Ministerio de Salud de la Nación. Plan para la Vigilancia de ENT y factores de riesgo Programa VIGI+A. Buenos Aires: MSAL; 2002.
- MSAL. Farmacopea Argentina, Séptima Edición, capítulo 1120, Argentina. Buenos Aires: MSAL; 2002.
- MSAL. Situación de Salud en Argentina. Buenos Aires: MSAL; 2003.
- MSAL. 1era Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR). Resultados Principales. Buenos Aires: MSAL; 2006.
- MSAL. Estadísticas vitales, Información 2005, Serie 5, Número 29 (DEIS). Buenos Aires: MSAL; 2006.
- MSAL. Coordinación de Investigaciones e Información Estadística Análisis de ofertas de enfermería para el año 2007. Buenos Aires: MSAL; 2007.
- MSAL. Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria. Revisión Nacional 2007. Buenos Aires: MSAL; 2007.
- MSAL. Situación de la vacunación en la Argentina. Buenos Aires: MSAL; 2007.
- MSAL. Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de la Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: MSAL; 2008.
- MSAL. 30 Experiencias municipales. VII Jornadas Nacionales de MyCS: Los determinantes de la salud como política pública. Buenos Aires: MSAL; 2008.
- MSAL. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales, varios años. Buenos Aires: MSAL; 2008.
- MSAL. Indicadores de salud seleccionados República Argentina, 2000 a 2008 (DEIS). Buenos Aires: MSAL; 2008.
- MSAL. 2da Encuesta Nacional Factores de Riesgo (ENFR) Resultados Principales. Resumen Ejecutivo. Buenos Aires: MSAL; 2009.

- MSAL. Boletín epidemiológico n° 1: Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo. Buenos Aires: MSAL; 2009.
- MSAL. Indicadores Básicos. DEIS. Buenos Aires: MSAL; 2009.
- MSAL. Relevamiento de Laboratorios de Producción Pública de Medicamentos. Buenos Aires: MSAL; 2009.
- MSAL. Boletín Epidemiológico Anual. DEIS. Buenos Aires: MSAL; 2010.
- MSAL. Boletín epidemiológico n° 3: Perfiles provinciales para dar respuesta a enfermedades no transmisibles. Buenos Aires: MSAL; 2010.
- MSAL. Experiencias Municipales. IX Jornadas Nacionales de MyCS: El derecho a la salud en el Bicentenario. Buenos Aires: MSAL; 2010.
- MSAL. Ejecución geográfica del gasto del MSAL a través de los programas sanitarios (DES). Buenos Aires: MSAL; 2011.
- MSAL. Análisis del gasto en salud y sus fuentes de información en la Argentina (DES). Buenos Aires: MSAL; 2009.
- MSAL-IDRC. Perfil SANA 2007: Perfil de la Salud Ambiental de la Niñez en la Argentina. Buenos Aires: MSAL-IDRC; 2008.
- MSAL-OPS. Indicadores Básicos Argentina 2002. Buenos Aires: MSAL-OPS; 2002.
- MSAL-OPS. Medición de la función rectora de la autoridad sanitaria en Argentina. Resultados del Taller de Evaluación. Buenos Aires: MSAL-OPS; 2009.
- MSAL-OPS. Argentina: Pharmaceutical Profile. Buenos Aires: MSAL-OPS; 2010.
- MSAL-UBA. Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Versiones 2002/2003 y 2004/2005. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación Universidad de Buenos Aires; 2005.
- MSAL-UBA. Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud” Versiones 2010. Resultados preliminares (mimeo). Buenos Aires: MSAL-UBA; 2010.
- MTEySS-OPS. Situación Ocupacional de los Trabajadores del Sector Salud. Buenos Aires: MTEySS-OPS; 2008.
- Novick M, Rosales C. Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud 2005-2015. OPS; 2006.
- OPS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud; 1986.
- OPS. Perfil del Sistema de Servicios de Salud, Argentina, 1ra. Edición, 1998; 2da. Edición, 2001.
- Ortiz Z, Kochen, Segura E. Sistema Nacional de Investigación de Argentina. Breve descripción del sistema de investigación sanitaria. Comisión Nacional Salud Investiga, Buenos Aires: MSAL; 2008.
- Palanza V. Espacios de consenso alternativos: los consejos federales de la política social en Argentina (mimeo), 2002.
- PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2010. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. Buenos Aires: PNUD; 2011.
- Resende Carvalho S. “Promoción de la Salud, empowerment y educación”, Salud colectiva; 2008; v.4; UNLa.
- Rodrigáñez Riccheri P, Tobar F. El Consejo Federal de Salud (COFESA.) Argentino: Actor Clave en la Construcción de un Federalismo Sanitario Efectivo. Buenos Aires: OPS-MSAL; 2003.

- Román V, di Salvo MT. Revista SaberEs; 2010; n° 2: 73-93.
- Silveri C. La participación como estilo de gobierno, ponencia presentada en la mesa Democracia participativa: desafíos del siglo XXI, Subsecretaría para la Reforma Institucional y Fortalecimiento de la Democracia, 10 de mayo, 2007.
- SSS. Los 40 años del Sistema de Obras Sociales: La Superintendencia de Servicios de Salud en el año del Bicentenario de la Revolución de Mayo. Buenos Aires: SSS; 2010.
- Titelman D. Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes. Serie Financiamiento del Desarrollo, n° 104. Santiago de Chile: CEPAL; 2000.
- Titelman D, Uthoff A. El mercado de la salud y las reformas al financiamiento de los sistemas de salud, en D. Titelman y A. Uthoff (comps.): Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia. Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica/CEPAL; 2000.
- Tobar F y colaboradores. El Gasto en Salud en Argentina y su método de cálculo. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 2002.
- Tobar F, coord. Reforma de los sistemas de salud en América Latina. Buenos Aires: ISALUD; 1997
- Tobar F, coord. El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 2002.
- Torres R. Mitos y realidades de las obras sociales en la Argentina. Ediciones Buenos Aires: ISALUD; 2004.

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- ADEMP – Asociación de Empresas de Medicina Prepaga
- ADPIC – Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
- AES – Asociación de Economía de la Salud
- AFIP – Administración Federal de Ingresos Públicos
- AMA – Asociación Médica Argentina
- ANLIS – Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud
- ANM – Academia Nacional de Medicina
- ANMAT – Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica
- ANPCyT – Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica
- APS – Atención primaria de la salud
- ASN – Autoridad Sanitaria Nacional
- AUH – Asignación Universal por Hijo
- BID – Banco Interamericano de Desarrollo
- BPL – Buenas prácticas de laboratorio
- BPM – Buenas prácticas de manufactura
- BO – Boletín Oficial
- CABA – Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- CAEMe – Cámara Argentina de Especialidades Medicinales

CAI – Comisión Asesora Intersectorial
CAPS – Centro de Atención Primaria de Salud
CEPAL – Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPS-AP – Clasificación Estadística de Problemas de Salud de la Atención Primaria
CIE_10 – Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud,
10^{ma} revisión
CILFA – Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos
CNCE – Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades
CNF – Comisión Nacional de Farmacovigilancia
CNCPS – Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales
COFA – Confederación Farmacéutica Argentina
COFELESA – Consejo Federal de Legislación Sanitaria
COFESA – Consejo Federal de Salud
COMRA – Confederación Médica de la República Argentina
CONEAU – Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria
CONICET – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
COOPERALA – Cooperativa de Laboratorios Argentinos
COSAPRO – Consejo de Salud Provincial de la Pcia. de Buenos Aires
CRPFT – Comisión de Revisión Permanente del Formulario Terapéutico
DAGPyPS – Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales
DCI – Denominación común internacional
DDD – Dosis diarias definidas.
DEM – Dirección de Evaluación de Medicamentos
DES – Dirección de Economía de la Salud
DF – Departamento de Farmacovigilancia
DINESA – Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias
DNEIS – Dirección Nacional de Estadística e Información de Salud
ECM – Estudio Colaborativo Multicéntrico
EMP – Empresas de Medicina Prepaga
ENFR – Encuesta nacional de factores de riesgo
ENNyS – Encuesta nacional de nutrición y salud
ENO – Enfermedad de notificación obligatoria
ENT – Enfermedades no transmisibles
ETA – Enfermedades transmitidas por los alimentos
ETI – Enfermedades tipo influenza
ETS – Enfermedades de transmisión sexual
FDA – Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América

FEFARA – Federación Farmacéutica de la República Argentina.
FESP – Funciones Esenciales de Salud Pública
FN – Formulario nacional
FTN – Formulario terapéutico nacional
GATT – General Agreement on Tariffs and Trade
GBA – Gran Buenos Aires (Conformada por Ciudad de Buenos Aires y 14 partidos del Conurbano Bonaerense)
GPS – Gasto Público en Salud
GPC – Gasto Consolidado en Salud
INAL – Instituto Nacional de Alimentos
INAME – Instituto Nacional de Medicamentos
INDEC – Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INPI – Instituto Nacional de la Propiedad Industrial
INSSJyP – Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
INTI – Instituto Nacional de Tecnología Industrial
IRA – Infecciones respiratorias agudas
ISFL – Instituciones sin fines de lucro
LME – Lista de medicamentos esenciales
MAGyP – Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca
ME – Ministerio de Educación
Mercosur – Mercado Común del Sur.
MEyFP – Ministerio de Economía y Finanzas Públicas
MINCyT – Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva
MINPLAN – Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios
MRECIyC – Ministerio de Relaciones Internacionales, Comercio Internacional y Culto
MSAL – Ministerio de Salud de la Nación
MTEySS – Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
NEA – Nordeste Argentino (Formosa, Chaco, Misiones y Corrientes)
NOA – Noroeste Argentino (Jujuy, Salta, Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca y la Rioja)
OMC – Organización Mundial del Comercio
OMS – Organización Mundial de la Salud
ONG – Organización no gubernamental
OPS – Organización Panamericana de la Salud
OSN – Obras Sociales Nacionales
OSP – Obras sociales provinciales
OSS – Obras sociales sindicales

PAMI – Programa de Asistencia Médica Integral
PMC – Programa Médicos Comunitarios
PMO – Programa Médico Obligatorio
PMOe – Programa Médico Obligatorio de Emergencia
PNAS – Plan Nacional Argentina Saludable
PNGCAM – Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica
PNM – Política nacional de medicamentos
PPM – Producción pública de medicamentos
PREA – Programa de Rehabilitación y Externación Asistida
PROFE – Programa Federal de Salud
REDAF – Red de Educación Física
RELAP – Red de Laboratorios Públicos
RENAFI – Red Nacional de Fiscalización
SARS – Síndrome respiratorio agudo severo
SCN-93 – Sistema de Cuentas Nacionales base año 1993
SEDRONAR – Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico
SENASA – Servicio Nacional de Sanidad Animal
SIDA – Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIISA – Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina
SIPA – Sistema Integrado Previsional Argentino
SIVILA – Sistema Nacional de Vigilancia de Laboratorio
SNFVG – Sistema Nacional de Farmacovigilancia
SNVS – Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria
SRT – Superintendencia de Riesgo de Trabajo
SSS – Superintendencia de Servicios de Salud
TMI – Tasa de Mortalidad Infantil
TMM – Tasa de Mortalidad Materna
UCEETS – Unidad de Coordinación de Evaluación y Ejecución de Tecnologías Sanitarias
UMC – Uppsala Monitoring Centre (siglas en inglés de Centro de Farmacovigilancia de Uppsala, Suecia)
URM – Uso racional de medicamentos
VIH – Virus de la inmunodeficiencia humana

Notas

- 1 Se reconoce el concepto de derechos ciudadanos presente en el “Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño”, asumido ante la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia (1990), la “Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño” (1989) y la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer” (1979), que tiene como meta la equidad en materia de salud.
- 2 El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es una medición que sintetiza una serie de variables socioeconómicas, demográficas y sanitarias. Es elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en todo el mundo.
- 3 Las distintas fuentes de información son las EUyGSS (2005 y 2010) y la ENGH (2004/2005), las cuáles relevan información de gasto de los hogares, y estimaciones de la OMS.
- 4 La estrategia de Municipios y Comunidades Saludables (MyCS) toma como base y se nutre del Informe Lalonde “Nueva Perspectivas de salud de los Canadienses”, así como también de las declaraciones y documentos generados a partir de “Salud para todos en el año 2000” (1977), Alma Ata (1978), el “Plan de Acción” (1981) y la “Carta de Ottawa para la promoción de la salud” (1986), entre otros.
- 5 Desarrollada por la Dirección Nacional de Estadística e Información de Salud (DNEIS), con la colaboración de la Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades (CNCE) a partir de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud, 10ma Revisión (CIE_10), editada en español por la OPS.
- 6 Los datos consignados corresponden a valor de ventas según precios de salida de laboratorio. Si se calcula el valor de las ventas de acuerdo al precio de venta al público, estás casi duplican el valor mencionado variando desde los \$6.174 millones en 2002 a los \$16.115 millones en 2007. A pesar de que Los datos recogidos varían ligeramente de acuerdo a la fuente utilizada (INDEC, MINCyT-UIA, UBA o fuentes privadas tales como las consultores IMS o BDO), la tendencia creciente es similar y se extiende hasta el año 2010 con un volumen de ventas finales superior a los \$24.000 millones (INDEC, 2011; COFA, 2011)

The image shows the cover of a report. It features a background with horizontal bands of color (blue, green, yellow, red) and a vertical red line on the left. A black and white photograph of a child's face is partially visible on the right side. The title 'Sistema de Salud en Bolivia' is printed in white text on a dark blue background.

Sistema de Salud en Bolivia

**Ministerio de Salud y Deportes
del Estado Plurinacional de Bolivia**



III. Sistema de Salud en Bolivia

En Bolivia estamos impulsando una revolución, un cambio sustancial en la forma de organizar la sociedad y producir y redistribuir la riqueza social que beneficie a todos/todas los habitantes de nuestro Estado Plurinacional y no sólo a unos pocos, como ha sido hasta ahora.

En salud, tenemos dos propuestas básicas, la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), que constituye la política central del Estado para garantizar el derecho a la salud, y el Sistema Único de Salud (SUS) como el mecanismo para lograrlo.

El Sistema Único de Salud es un proyecto largamente acariciado por la población y los trabajadores de la salud, que hoy es factible gracias a la decisión del presidente Evo Morales Ayma y al marco político incorporado en la Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional, que proclama la salud como derecho humano y social fundamental, y al SUS como su modelo organizativo.

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural es la política sanitaria que encarna la esencia del quehacer sanitario boliviano, transformando el viejo modelo medicalizado y centrado en la enfermedad en un nuevo modelo centrado en la participación y el control social, y en la acción concertada e intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud.

Un elemento clave de este cambio de paradigma es la incorporación de la medicina tradicional y la interculturalidad como componentes clave del nuevo modelo de atención y gestión, factores que incorporados a la activa participación de las organizaciones sociales y la sociedad civil, completan el amplio panorama de las acciones que se deben realizar.

A este conjunto de acciones y actores se añaden los derechos de la tierra y el cuidado del medio ambiente, donde los pueblos originarios son los que mejor logran actuar. De ellos, el sector sanitario tiene mucho que aprender.

ASPECTOS GENERALES

Bolivia, situada en el centro de América del Sur, es considerada por muchos como el corazón del continente suramericano. Se ubica entre los 57 grados 26 minutos y los 69 grados 38 minutos de longitud occidental y los 9 grados 38 minutos y 22 grados 53 minutos de latitud sur. Limita al norte y al este con Brasil, al sur con la Argentina, al oeste con el Perú, al sudeste con el Paraguay y al sudoeste con Chile.

Bolivia está dividida en 9 departamentos, 112 provincias, 337 municipios y más de una docena de territorios indígena originario campesinos. Constitucionalmente, la capital de la República es Sucre, en el departamento de Chuquisaca, y la sede de gobierno es la ciudad de La Paz, en el departamento del mismo nombre. Los nueve departamentos son: Chuquisaca (Sucre), La Paz (La Paz), Cochabamba (Cochabamba), Oruro (Oruro), Potosí (Potosí), Tarija (Tarija), Santa Cruz (Santa Cruz de la Sierra), Beni (Trinidad) y Pando (Cobija).

El país tiene una superficie de 1.098.581 km² y una población de 10.426.155 de habitantes, lo que corresponde a una densidad demográfica de 9,5 habitantes por km². La población está concentrada en los grupos etarios más jóvenes (Tabla 1 y Gráfico 1).

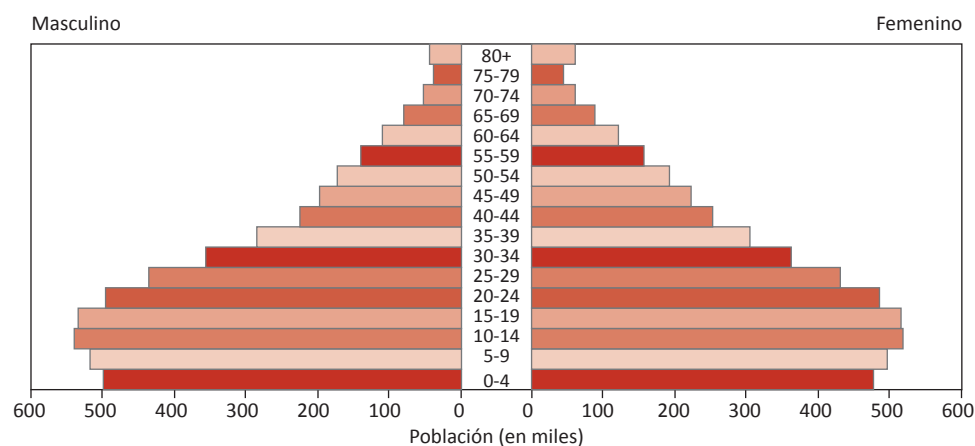
La Tabla 2 presenta indicadores demográficos de Bolivia para el período 2005 a 2010 indicando avances en la reducción de la mortalidad infantil, que todavía permanece elevada, con 41 óbitos por mil nacidos vivos. La esperanza de vida al nacer es de 68,5 años para las mujeres y de 64 años para los hombres.

Tabla 1 – Población por departamento y género, Bolivia, 2010

Departamentos	Total	Hombres	Mujeres
Bolivia total	10.426.155	5.201.974	5.224.181
Chuquisaca	650.570	322.720	327.850
La Paz	2.839.946	1.404.802	1.435.144
Cochabamba	1.861.924	920.558	941.366
Oruro	450.814	226.028	224.786
Potosí	788.406	386.796	401.610
Tarija	522.339	263.307	259.032
Santa cruz	2.785.762	1.401.695	1.384.067
Beni	445.234	231.845	213.389
Pando	81.160	44.223	36.937

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE, 2010)

Gráfico 1 – Pirámide poblacional, Bolivia, 2010



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2010

Tabla 2 – Indicadores demográficos, Bolivia, 2005-2010

Indicadores	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tasa media anual de crecimiento (en %)						
Exponencial	2,15	2,10	2,06	2,02	1,97	1,93
Geométrico	2,18	2,12	2,08	2,04	1,99	1,94
Tasa de crecimiento natural (por mil)	21,20	20,76	20,33	19,90	19,45	19,02
Tasa bruta de natalidad (por mil)	29,03	28,47	27,93	27,39	26,84	26,31
Tasa bruta de mortalidad (por mil)	7,84	7,72	7,60	7,49	7,39	7,29
Tasa de fecundidad						
Global (por mujer)	3,73	3,63	3,54	3,46	3,37	3,29
General (por mil mujeres)	117,36	114,55	111,77	109,06	106,43	103,86
Edad media de la fecundidad (años)	28,69	28,64	28,59	28,55	28,50	28,45
Esperanza de vida al nacer						
Hombres	62,62	62,94	63,27	63,59	63,91	64,24
Mujeres	66,85	67,19	67,53	67,87	68,21	68,54
Total	64,68	65,01	65,34	65,68	66,01	66,34
Tasa de mortalidad infantil						
Total	50,36	48,40	46,51	44,78	43,18	41,65
Hombres	54,78	52,81	50,92	49,13	47,43	45,80
Mujeres	45,73	43,77	41,90	40,23	38,73	37,30

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En el territorio boliviano se consideran tres zonas geográficas predominantes: Zona Andina, Zona Subandina y Zona de los Llanos.

La **Zona Andina** abarca un 25% del territorio nacional y su extensión es de 274.645 Km². En la zona andina se distingue la Cordillera Occidental o Volcánica y la Cordillera Oriental y entre las dos cordilleras se encuentra la meseta Altiplánica. En esta zona se ubican los departamentos de La Paz, Oruro y Potosí, en los cuales las temperaturas

registradas son las más bajas del país y pueden llegar hasta los 20 grados centígrados bajo cero. La temperatura promedio es de 10 grados centígrados. La meseta Altiplánica se encuentra a una altura promedio de 3.555 metros sobre el nivel del mar.

La **Zona Subandina**, de clima templado cálido, abarca el 16% del territorio, aproximadamente 175.772 Km², con tierras fértiles en sus valles. Registra una temperatura media de 16 a 20 grados centígrados. En esta zona encontramos los departamentos de Cochabamba, Chuquisaca, Tarija y parte del departamento de Santa Cruz, que se sitúan en el centro del país con alturas entre 1000 a 3000 metros sobre el nivel del mar.

A los pies de la Cordillera Oriental o Real, en su flanco nororiental, se abren los **Llanos** orientales de clima cálido tropical del noreste, este y sudeste, que cubren el 60% a 64% del territorio nacional, 659.149 Km², y registra una temperatura media anual de 22 a 25 grados centígrados. Comprende el norte del departamento de La Paz, la parte oriental del departamento de Cochabamba, Santa Cruz y los departamentos de Beni y Pando.

Aunque el total del territorio boliviano se localiza dentro de la zona del Trópico de Capricornio, el país presenta una gran variedad de climas. La temperatura ambiente no solo se regula por la ubicación geográfica sino también por la altitud sobre el nivel del mar.

En la región influenciada por la Cordillera Real u Oriental y la Occidental o Volcánica, hacia el occidente de Bolivia, el clima se regula por la altitud, lo cual explica que existan cumbres con nieves eternas y fríos polares en la misma latitud donde se extienden llanuras con clima cálido tropical.

Por nuestra proximidad con el ecuador terrestre, las cuatro estaciones del año no son marcadamente diferentes. La oscilación de la temperatura entre el invierno y el verano es menor de 10 grados centígrados. Las lluvias se producen entre los meses de noviembre y marzo. Sin embargo, en las zonas de los llanos amazónicos y del río de la Plata se registran precipitaciones durante todo el año.

Modelo político administrativo del país

A partir de la aprobación de la Nueva Constitución Política del Estado en el referendo efectuado en diciembre de 2009, el 22 de enero de 2010 se instituye el Estado Plurinacional de Bolivia. El nuevo estado reemplaza a la República de Bolivia, que fuera creada el 6 de agosto de 1825.

La flamante carta magna señala en su artículo 1 que Bolivia se constituye en un Estado unitario social de derecho plurinacional comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías.

El Estado de Bolivia adopta para su gobierno la forma democrática participativa, representativa y comunitaria, con equivalencia de condiciones entre hombres y mujeres.

La democracia se ejerce de las siguientes formas, que serán desarrolladas por la ley:

- Directa y participativa, por medio del referendo, la iniciativa legislativa ciudadana, la revocatoria de mandato, la asamblea, el cabildo y la consulta previa. Las asambleas y cabildos tendrán carácter deliberativo conforme a la ley.
- Representativa, por medio de la elección de representantes por voto universal, directo y secreto, conforme a la ley.
- Comunitaria, por medio de la elección, designación o nominación de autoridades y representantes por normas y procedimientos propios de las naciones y pueblos indígena originario campesinos, entre otros, conforme a la ley.

El Estado se organiza y estructura su poder público a través de los órganos legislativo, ejecutivo, judicial y electoral. La organización del Estado está fundamentada en la independencia, separación, coordinación y cooperación de estos órganos.

Órgano legislativo

Se trata de la Asamblea Legislativa Plurinacional que está compuesta por dos cámaras, la Cámara de Diputados y la Cámara de Senadores, y es la única con facultad de aprobar y sancionar leyes que rigen para todo el territorio boliviano.

La Cámara de Diputados estará conformada por 130 miembros, la mitad de los cuales son elegidos en circunscripciones uninominales, mientras que la otra mitad se elige en circunscripciones plurinominales departamentales, de las listas encabezadas por los candidatos a Presidente, Vicepresidente y Senadores del Estado.

La Cámara de Senadores estará conformada por un total de 36 miembros, siendo electos cuatro senadores por cada departamento.

Órgano ejecutivo

Está integrado por el presidente o presidenta del estado y por el vicepresidente o vicepresidenta del Estado, elegidos mediante sufragio directo para un período de cinco años y que pueden ser reelectos por una sola vez de manera continua.

A la fecha ejerce la presidencia del Estado Plurinacional Evo Morales Ayma, mientras que el actual vicepresidente es el Lic. Álvaro García Linera. Completa el Poder Ejecutivo el Gabinete de Ministros, nombrado por el presidente del Estado.

Órgano judicial

La función judicial es única. La jurisdicción ordinaria se ejerce a través del Tribunal Supremo de Justicia, los tribunales departamentales de justicia, los tribunales de sentencia y los jueces; la jurisdicción agroambiental por el tribunal y los jueces agroambientales; la jurisdicción indígena originaria campesina se ejerce por sus

propias autoridades. Existen además jurisdicciones especializadas reguladas por la ley. La jurisdicción ordinaria y la jurisdicción indígena originario campesina gozan de igual jerarquía.

La justicia constitucional se ejerce por el Tribunal Constitucional Plurinacional. El Consejo de la Magistratura es parte del órgano judicial.

Órgano electoral

El Órgano Electoral Plurinacional está compuesto por: el Tribunal Supremo Electoral; los tribunales electorales departamentales, los juzgados electorales, los jurados de las mesas de sufragio, los notarios electorales.

DERECHOS SOCIALES Y SALUD

Marco constitucional y legal de la salud

La nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, promulgada en 2009, en el ámbito jurídico puede definirse como el pacto social y político adoptado por el pueblo para fijar las reglas básicas de convivencia pacífica y la construcción democrática de la sociedad, de acuerdo con los valores supremos de la dignidad humana, la justicia, la igualdad, la libertad y el pluralismo político. Desde la perspectiva jurídica, la Constitución es la ley fundamental del ordenamiento jurídico del estado que consigna normas que regulan el sistema constitucional, es decir, el modo y la forma en que se organiza y estructura el Estado, lo que supone la proclamación de los valores supremos y los principios fundamentales, la consagración de los derechos y garantías constitucionales de las personas, así como la delimitación de la estructura social, económica financiera, jurídica y política.

La Constitución define la forma del Estado, el régimen de gobierno, los órganos a través de los cuales se ejerce el poder político, determinando su estructura, su organización y su ámbito de competencias. En ese contexto, los bolivianos y las bolivianas decidimos enfrentar y resolver la crisis por el cauce democrático y en el marco del Estado constitucional de derecho, haciendo un ejercicio del poder constituyente reformador con la finalidad de adoptar un nuevo pacto social y político de inclusión que, superando la exclusión y marginación de los sectores sociales y las mayorías nacionales, permita fijar las normas básicas de convivencia pacífica y construcción democrática de la sociedad.

Caracterización del Estado: La nueva Constitución Política del Estado, en su artículo primero, caracteriza a Bolivia como un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional, comunitario libre e independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías; fundado en la pluralidad y el pluralismo político, económico, jurídico, cultural y lingüístico.

A continuación se enuncian algunos artículos relevantes de la nueva Constitución Política del Estado de 2009 referentes a la salud.

Art. 18:

Todas las personas tienen derecho a la salud.

El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Art. 35:

El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Art. 36:

El Estado garantizará el acceso al Seguro Universal de Salud.

El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud y lo regulará mediante la ley.

Por otra parte, la **Ley Marco de Autonomías y Descentralización** de 2010 tiene por objetivo regular el régimen de autonomías. En su alcance esta Ley comprende lo siguiente: bases de la organización territorial del Estado, tipos de autonomía, procedimiento de acceso a la autonomía y procedimiento de elaboración de estatutos y cartas orgánicas; regímenes competencial y económico financiero, coordinación entre el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas; marco general de la participación y el control social en las entidades territoriales autónomas.

Entre las funciones de estas autonomías se destaca:

“Favorecer la integración social de sus habitantes, bajo los principios de equidad e igualdad de oportunidades, garantizando el acceso de las personas a la educación, la salud y al trabajo, respetando su diversidad, sin discriminación y explotación, con plena justicia social y promoviendo la descolonización.”

Es muy relevante que en una ley orgánica se explicita claramente el sentido de las políticas de salud, ratificando y ampliando lo que ya define la Constitución. Y esto no es casual sino que es la consecuencia del trabajo sostenido, desde dentro y fuera del gobierno, por un equipo consolidado que discute la

configuración más adecuada de un sistema de salud inclusivo que no desarticule la riquísima tradición de medicinas tradicionales que es un capital de las naciones que constituyen Bolivia.

Competencias del nivel central del Estado

En el Artículo 81 referente a la salud de la Ley Marco de **Autonomías y Descentralización** define que el nivel central del Estado tendrá la competencia de:

“Ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a la concepción del vivir bien y el modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género.”

Otras competencias claramente asignadas por este instrumento son las siguientes:

- Alinear y armonizar el accionar de la cooperación internacional a la política sectorial.
- Representar y dirigir las relaciones internacionales del país en materia de salud en el marco de la política exterior.
- Elaborar la normativa referida a la política de salud familiar comunitaria intercultural y de salud sexual en sus componentes de atención y gestión participativa, con control social de la salud.
- Elaborar la legislación para la organización de las redes de servicios, el sistema nacional de medicamentos y suministros y el desarrollo de recursos humanos que requiere el Sistema Único de Salud.
- Promover y apoyar la implementación de las instancias de gestión participativa y control social.
- Definir, coordinar, supervisar y fiscalizar la implementación de una política nacional de gestión y capacitación de los recursos humanos en el sector de la salud que incorpore la regulación del ingreso, permanencia y finalización de la relación laboral en las instituciones públicas y de la seguridad social.
- Coordinar con las instituciones de educación superior mediante el sistema de la Universidad Boliviana y el Ministerio de Educación, la formación de los recursos humanos de pre y postgrado, en el marco de la política sanitaria familiar comunitaria intercultural.

En el propio artículo 81 de la Ley Marco de **Autonomías y Descentralización**, en referencia a la articulación entre salud, descolonización e interculturalidad, señala claramente como función del Ministerio de Salud:

- Establecer la norma básica sobre la propiedad y los derechos intelectuales colectivos de los pueblos indígena originario campesinos sobre prácticas, conocimientos y productos de la medicina tradicional para el registro y protección, con validez internacional.

- Garantizar la recuperación de la medicina tradicional en el marco del Sistema Único de Salud.

Las Autonomías Indígena Originario Campesinas son definidas por la Constitución Política del Estado como “el autogobierno de las naciones y pueblos indígena originario campesinos, cuya población comparte territorio, cultura, historia, lenguas, y organización o instituciones jurídicas, políticas, sociales y económicas propias”.

La medicina tradicional se incorpora como política gubernamental y los Gobiernos Indígena Originario Campesinos tienen competencias definidas para la medicina tradicional:

- Resguardar y registrar la propiedad y los derechos intelectuales colectivos de la comunidad sobre los conocimientos y productos de la medicina tradicional, en sujeción a la legislación básica del nivel central del Estado.
- Desarrollar institutos para la investigación y difusión del conocimiento y práctica de la medicina tradicional y la gestión de los recursos biológicos con estos fines.
- Proporcionar información sobre la medicina tradicional desarrollada en su jurisdicción, al Sistema Único de Información en Salud y recibir la información que requieran en aplicación del principio de lealtad institucional.
- Promover la elaboración de la farmacopea boliviana de productos naturales y tradicionales.
- Fomentar la recuperación y el uso de conocimientos ancestrales de la medicina tradicional, promoviendo el ejercicio de esta actividad.

Bolivia avanza así, sólidamente, hacia un Sistema Único de Salud profundamente enraizado y consustanciado con su proyecto de socialismo comunitario, base del nuevo Estado Plurinacional e Intercultural. Bolivia, en esta dimensión, deja nuevamente de ser un país visto como pequeño o pobre, alejado de los reflectores del orden mediático, para pasar al centro de la escena e interrogar desde su propio proceso las bases mismas sobre las cuales están construidas todas nuestras repúblicas: sobre la forma como cada uno de nuestros países ha resuelto “la cuestión indígena”.

Principios y valores

La Constitución boliviana de 2009, a lo largo de su contenido, expresa una serie de principios generales y particulares. En su preámbulo, determina que el Estado, basado en el respeto e igualdad entre todos, tiene los principios de: soberanía, dignidad, complementariedad, solidaridad, armonía y equidad en la distribución y redistribución del producto social. En el artículo 8 I se señalan principios ético-morales: El Estado asume y promueve como principios ético-morales de la sociedad

plural: *ama qhilla*, *ama llulla*, *ama suwa* (no seas flojo, no seas mentiroso ni seas ladrón), *suma qamaña* (vivir bien), *ñandereko* (vida armoniosa), *teko kavi* (vida buena), *ivi maraei* (tierra sin mal) y *qhapaq ñan* (camino o vida noble).

Participación social

La participación de los actores sociales en la salud se da en el marco legal en salud que actualmente plantea un modelo sanitario con dos componentes fundamentales: atención en salud familiar comunitaria e intercultural y gestión compartida de la salud.

El modelo de gestión compartida en salud es uno de los componentes de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que abre un espacio de participación en el ámbito de la salud, a los/as actores/as sociales para la toma de decisiones en el ámbito de la salud, entre los diferentes niveles de gestión estatal (local, municipal, departamental y nacional) de salud.

Por tanto, la gestión compartida se comprende como el proceso de toma de decisiones de manera conjunta entre la comunidad, sus representantes y el sector de salud, donde cada uno de ellos participa de igual a igual en la planificación, administración, seguimiento y control social de las acciones de salud. Esta definición implica una interacción horizontal y democrática de los actores sociales e institucionales, lo cual permite optimizar recursos, dinamizar estrategias operativas, apropiación comunitaria y sostenibilidad de la política de salud participativa, intercultural, integral e intersectorial.

Aquí los/as actores/as sociales y el sector de la salud se ponen de acuerdo para mejorar su situación en los ámbitos de la salud, la producción, los servicios básicos, la educación, la vivienda, los ingresos económicos, el ecosistema estable, la justicia social, la paz y la equidad.

La gestión compartida en salud se realiza en diferentes espacios de encuentro y deliberación. Parte del nivel local y asciende a los ámbitos municipal, departamental y nacional (Cuadro 1).

Cuadro 1 – Estructura de la gestión participativa en salud en Bolivia

Esfera	Estructura estatal de salud	Espacios de deliberación intersectorial	Estructura social de salud
Nacional	Ministerio de Salud y Deportes (MSD)	Asamblea Nacional de Salud	Consejo Nacional de Salud
Departamental	Servicio Departamental de Salud (SEDES)	Asamblea Departamental de Salud	Consejo Departamental de Salud
Municipal	Directorio Local de Salud (DILOS)	Mesa Municipal de Salud	Consejo Municipal de Salud
Local	Establecimientos de Salud	Reuniones Locales	Comité Local de Salud

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Componentes del sistema de salud

El Sistema Nacional de Salud, definido como el conjunto de servicios públicos y privados cuyo objetivo es la protección de la salud de la población, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Deportes, refleja en el terreno de la salud las grandes inequidades de la estructura económica de la formación social boliviana y se caracteriza, fundamentalmente, por la exclusión social en salud, el enfoque asistencialista, la fragmentación del sistema, el bajo presupuesto destinado al subsector público y una diferente calidad en los diversos componentes del sistema de salud. El Cuadro 2 muestra las principales características del sistema sanitario del país.

Cuadro 2 – Problemas del sistema de salud boliviano

EL SISTEMA DE SALUD REFLEJA LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ESTRUCTURA ECONÓMICO-SOCIAL DEL PAÍS	<p>Sistema dirigido al tratamiento de los efectos y no de las causas del proceso salud enfermedad.</p> <p>Sistema medicalizado, dominado por el Modelo Biomédico, centrado en el asistencialismo y la enfermedad, no en el paciente y su realidad económica, social y cultural.</p> <p>Sistema excluyente e inequitativo, donde el 77% de la población está excluida de alguna manera de los servicios de salud.</p> <p>Sistema fragmentado y segmentado, con diferente calidad en los subsectores del sistema y débil rectoría del Ministerio de Salud.</p> <p>Baja asignación de recursos del Tesoro General de la Nación al subsector público y desigual gasto en salud entre los componentes del Sistema.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el Ministerio de Salud y Deportes (DS No. 26875 del 21 de diciembre de 2002). Está conformado por:

- El **subsector público**, encabezado por el Ministerio de Salud y Deportes, creado en 1938, actualmente tiene carácter normativo, de regulación y conducción de políticas y estrategias nacionales. En el ámbito regional, se encuentran las gobernaciones, que a través de los Servicios Departamentales de Salud son responsables de la administración de los recursos humanos. En el ámbito local, los gobiernos municipales son los encargados de la administración de los establecimientos de salud a través de los Directorios Locales de Salud.
- El **subsector de la seguridad social** atiende a los trabajadores asalariados organizados. Brinda atención de enfermedad, maternidad, niñez y riesgo profesional. Está conformado por nueve entes gestores (Cajas de Salud) y seguros delegados. Es fiscalizado por el Instituto Nacional de Seguros de Salud.
- Dentro del **subsector privado** se incluyen las compañías de seguro, las compañías de medicina prepagada y las organizaciones no gubernamentales.

- El **subsector de medicina tradicional** está bajo la responsabilidad del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, creado el 8 de marzo de 2006. El Viceministerio tiene como objetivo facilitar el acceso a los programas y proyectos de salud a los pueblos indígenas, originarios, campesinos y afrobolivianos. Busca también facilitar una atención de la salud equitativa a través de una red de establecimientos básicos de salud con adecuación y enfoque intercultural, dentro del derecho fundamental a una vida digna. Atiende aproximadamente al 10% de la población, especialmente a la población rural.

La fragmentación del sistema (sobre todo público y de la seguridad social) y la segmentación (en el interior de los entes gestores de la seguridad social) están entre los principales problemas del sistema. La fragmentación y la segmentación reproducen profundas inequidades en el acceso al sistema de salud y a los servicios en particular. Según un estudio sobre la exclusión en salud de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en 2004, más del 77% de la población boliviana está excluida de alguna manera de los servicios de salud.

El **subsector público** se establece para brindar servicios de salud a las personas que no están afiliadas al seguro social obligatorio de corto plazo. Los establecimientos están a cargo de los municipios. Los recursos humanos son pagados por el Tesoro General de la Nación, recursos municipales, recursos departamentales y recursos propios de los establecimientos de salud por la venta de servicios a la población.

Están en funcionamiento seguros públicos y programas de protección social, entre ellos:

- El Seguro Universal Materno Infantil, para menores de cinco años de edad y madres.
- El Seguro de Salud para el Adulto Mayor, para mayores de sesenta años
- El Programa Nacional del Bono Juana Azurduy, para reducir los índices de mortalidad materna e infantil.
- El Programa Multisectorial Desnutrición Cero, para erradicar la desnutrición crónica y aguda en menores de cinco años, con énfasis en los menores de dos años de edad.
- El Programa Moto Méndez, para la identificación y atención a las personas con discapacidad.
- Seguros Departamentales de Salud (SUSAT, en Tarija, SUSA en el Beni, SUSA-CRUZ en Santa Cruz)

El **subsector de la seguridad social** (seguro de salud de corto plazo) atiende a los funcionarios públicos, trabajadores de empresas estatales y privadas, personal de las universidades públicas. Las prestaciones y los gastos en general son cubiertos por el aporte patronal equivalente al 10% del total ganado por

trabajador y el aporte del 3% de la renta de los rentistas y jubilados. Cubre al 30,6% de la población.

El **subsector privado** se caracteriza por brindar servicios a las personas que tienen capacidad de compra, está sujeto a los principios de libre mercado, donde la salud es un bien negociable y no un derecho fundamental. La regulación de éste subsector es insuficiente.

La **medicina tradicional**, pese a estar mencionada como parte del Sistema Nacional de Salud, no está reconocida plenamente y su práctica es limitada, con logros especialmente en la adecuación cultural de establecimientos de salud, especialmente de los espacios físicos relacionados con la maternidad. La medicina tradicional se encuentra fragmentada en una diversidad de organizaciones de médicos tradicionales que no coordinan y priorizan sus intereses corporativos.

En lo que corresponde a salud se identifican cuatro esferas de acuerdo a la Ley Marco de Autonomías y Descentralización:

1. **Esfera nacional:** Ministerio de Salud y Deporte, su función es emitir normas para la implementación y manejo del sistema de salud, los servicios y la promoción de la salud. Su atribución es la de ente rector respecto a las normas emitidas y con respecto a la respuesta a las necesidades de salud de la población boliviana de las otras esferas de gobierno, procurando y velando por la salud de los bolivianos en todas las regiones del país.
2. **Esfera departamental:** Los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) tienen por función implementar las normas emitidas por la esfera gubernamental y dar respuestas a las necesidades locales de las regiones. Están bajo la jurisdicción y atribución de los gobiernos departamentales, de los cuales tienen dependencia administrativa, con dependencia técnica del Ministerio de Salud.
3. **Esfera municipal:** Las Coordinaciones de Red dependen económicamente de los Gobiernos departamentales, operativamente deben responder a las instrucciones del Servicio Departamental de Salud correspondiente, siendo su función cumplir y hacer cumplir la normativa y supervisar la implementación de la norma. Tienen la atribución de gestionar las herramientas que se requieran para llevar a cabo los planes y proyectos de la Gerencia respectiva a nivel de los gobiernos municipales, en relación a las redes de servicios, que pueden estar constituidos por uno o más municipios.
La esfera municipal también tiene un jefe o responsable médico municipal, cuya dependencia es del gobierno municipal.
4. **Esfera indígena:** De acuerdo a la autodeterminación indígena, los Concejos tienen la atribución de decidir respecto a los recursos económicos destinados a la salud bajo los pilares en que se basa la Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Esta esfera define sus prioridades en salud y vela por el respeto a

sus saberes y costumbres, de manera que su representación en la estructura gubernamental le da una función participativa y de decisión respecto a los integrantes de su nación indígena originaria, rescatándola de manera que la atención sea diferenciada, intercultural e integral.

La gestión en salud es compartida entre los distintos niveles de gestión del sistema. Dentro de cada Municipio la máxima autoridad es el Directorio Local de Salud (DILOS), que tiene por tarea el cumplimiento, implementación y aplicación de las políticas y de los programas de salud considerados prioritarios en el municipio. El DILOS está conformado por el Alcalde Municipal, el Director Técnico del SEDES y el presidente del Comité de Vigilancia. Y en el ámbito local corresponde a los establecimientos de salud de área y a las brigadas móviles hacerse cargo de la prestación de los servicios.

Estas instancias de gestión y los establecimientos de salud conforman tres redes de salud. La primera es la Red de Salud Municipal conformada por los establecimientos de primer y segundo nivel de atención, que funciona bajo la responsabilidad del Gerente de Red nombrado por el respectivo DILOS. La Red de Salud Departamental está conformada por las redes de salud municipales. La red de establecimientos de salud del tercer nivel de atención del departamento está bajo la responsabilidad del director técnico del SEDES.

Modelo de atención

El Sistema Nacional de Salud está organizado en redes de servicios de salud para garantizar continuidad de la atención hasta la resolución de los problemas. La puerta de ingreso al sistema son los establecimientos de atención primaria de la salud con los mecanismos de referencia y contrarreferencia para el segundo y tercer nivel de atención. Siguiendo el principio de interculturalidad, el modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) incluye la articulación de la atención biomédica y la tradicional.

La red de servicios de salud está conformada por establecimientos de diferentes niveles de capacidad resolutive, entendiendo ésta como la capacidad de diagnosticar, tratar y resolver los problemas de salud de la población.

Atención Primaria de la Salud

La Atención Primaria de la Salud (APS), como estrategia, fue implementada parcialmente en Bolivia a partir de la década de los 80. Posteriormente, la APS, al igual que en otros países, se distorsionó en cuanto a sus finalidades y hubo muchas formas de interpretarla e implementarla. La APS es mencionada en planes de salud de gobiernos dictatoriales y democráticos.

En el momento actual ya no está vigente el término ni forma parte de la política sanitaria boliviana. Actualmente se plantea un modelo sanitario con dos compo-

nentes fundamentales: Atención en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural y Gestión Compartida de la Salud.

La Política Nacional de Salud (Salud Familiar Comunitaria Intercultural) se basa en la medicina social y el enfoque de determinantes sociales de la salud, que supera ampliamente a la APS. Su acción fundamental es la de prevención y promoción de la salud y, en lo operativo, está constituida por Puestos de Salud (auxiliares de enfermería); Centros de Salud (auxiliares de enfermería y médico) y Centros de Salud SAFCI con Camas (auxiliares de enfermería, licenciado en enfermería, médico, odontólogo, técnico de laboratorio).

Las principales atenciones que se ofrecen en el primer nivel incluyen: promoción de salud, educación en salud, prevención en salud, consulta ambulatoria, internación de tránsito (en establecimientos con camas) y visitas domiciliarias. En la comunidad se fomenta la participación social, se coordina con autoridades locales y comités de salud y se logran alianzas estratégicas.

Atención en Salud Familiar Comunitaria Intercultural

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural constituye el eje central del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, incorporando un nuevo paradigma en la atención de la salud, centrado en la familia y en la comunidad, con enfoque integral e intercultural de promoción y prevención, tanto en los servicios como en la comunidad.

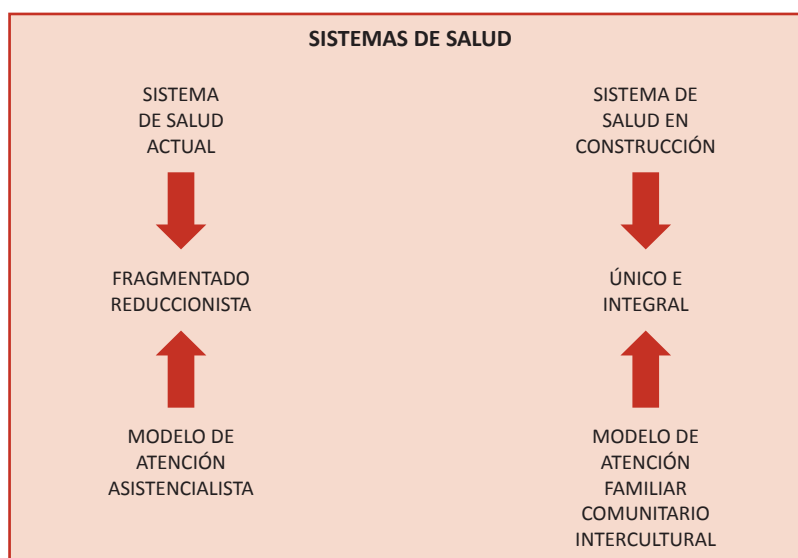
El modelo se operacionaliza en las redes de servicios de los establecimientos de salud, de manera integral e intercultural, abarcando no sólo la enfermedad, sino a la persona en su ciclo de vida, su alimentación, su espiritualidad y cosmovisión, así como su salud mental y todo lo relacionado con el espacio socioeconómico, cultural y geográfico, de donde provienen el/la usuario/a, la familia y la comunidad.

En este proceso de atención se produce la relación entre dos o más culturas médicas, por lo que son posibles encuentros y desencuentros, en especial si no hay acercamiento, coordinación, respeto y aceptación. Por lo tanto, se busca la articulación y complementariedad entre culturas.

En la prestación de servicios la relación entre el equipo de salud y el usuario debe ser horizontal, en un espacio en el cual la interacción de estos se dé respetando la cosmovisión, mediante comunicación fluida, preferentemente en el idioma del usuario, y aceptando su decisión en relación con su salud y los procedimientos médicos de diagnóstico, tratamiento y prevención, académicos o tradicionales.

El modelo de atención será implementado en todos los establecimientos (según nivel de complejidad), siendo la atención primaria su principal foco de desarrollo y un elemento importante para la entrada a los servicios.

Figura 1 – Propuesta de modelo para el Sistema Único de Salud en Bolivia



Fuente: Elaborado por el Dr. Franz Trujillo, Coordinador interno RM SAFCI, La Paz, Bolivia, 2006

Prestación de servicios

La prestación de servicios está organizada de modo distinto en cada subsector. Como fuera explicado anteriormente, en el actual Sistema Nacional de Salud existen cuatro subsistemas: público, de seguridad social, privado y medicina tradicional, con tres niveles de atención, sintetizados en el Cuadro 3.

Cuadro 3 – Subsistemas y niveles de atención en salud en Bolivia

Subsistema y grupos poblacionales cubiertos	Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel
Público Todas las personas que no cuentan con ningún tipo de seguro. Asegurados al SUMI y al SSPAM	Puestos de salud y Centros de salud del sistema público a cargo de los municipios. Atienden auxiliares de enfermería o médicos.	Hospitales Básicos	Hospitales e Institutos del tercer nivel
Seguridad social Trabajadores asalariados, empleados públicos del nivel nacional, departamental y municipal, jubilados. Cajas de Salud y seguros delegados	Policonsultorios de las Cajas de Salud	Hospitales de las Cajas de Salud	Hospitales de las Cajas de Salud
Medicina privada	Consultorios privados	Clínicas privadas	-
Medicina tradicional	En la comunidad	-	-

UNIVERSALIDAD, INTEGRALIDAD Y EQUIDAD

Brechas en la cobertura poblacional y cobertura de servicios

La incidencia de la exclusión en salud en Bolivia a nivel nacional alcanza a 57,5% (Cuadro 4 y Figura 2). La población de 0 a 4 años está 100% protegida: 78% por el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y 22% por la Seguridad Social. La población mayor de 60 años está 100% protegida: el 74% por la Seguridad Social y el 26% por el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM). Todavía solamente 28% de la población de 5 a 59 años está protegida, cubierta por la Seguridad Social, lo que significa que 72% de la población entre estas edades no está cubierta.

En síntesis, la cobertura de los seguros públicos, SUMI y SSPAM, alcanza 11,9% de la población total, y la previsión social (diversas cajas de salud de contribución obligatoria para trabajadores formales) cubre 30,6% de la población, con una brecha de cobertura de 57,5% de la población boliviana (Figura 2).

Cuadro 4 – Coberturas por tipo de seguro y grupos etarios, Bolivia, 2008

Grupos etareos	Población total INE 2008	Población protegida por la Seguridad social	Población protegida por seguros públicos		Total población protegida		Población sin protección	
			SUMI	SSPAM	N°	%	N°	%
De 0 a 4 años	1.297.050	281.656	1.015.394	0	1.297.050	100	0	0
De 5 a 59 años	8.054.606	2.276.352	0	0	2.276.352	28,3	5.778.254	71,7
> de 60 años	675.987	500.994	0	174.993	675.987	100	0	0
Total	10.027.643	3.066.598	1.015.394	174.993	4.256.985	42,5	5.770.658	57,5

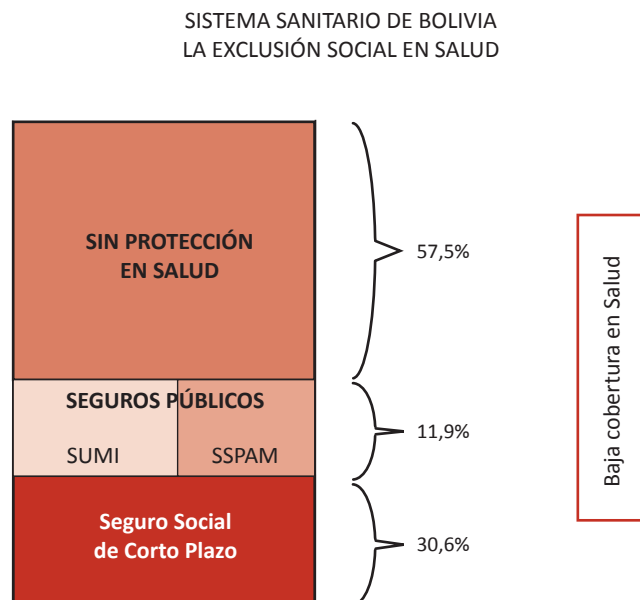
Fuente: INE e Instituto Nacional de Seguros de Salud.

La apertura del índice global de exclusión, según dimensiones, muestra que la dimensión externa contribuye en un 60% a explicar la exclusión en salud, mientras que la dimensión interna contribuye en un 40%. En la dimensión externa, los servicios indirectos son los que ayudan más a explicar los procesos de exclusión en Bolivia, donde el analfabetismo promedio municipal de las mujeres es la variable de mayor importancia relativa.

Las barreras económico financieras asociadas al fenómeno de la pobreza son importantes para explicar la exclusión en salud, así como el gasto de bolsillo, que sigue siendo un elemento importante en el financiamiento del sector de la salud. El gasto se concentra en la población en extrema pobreza, el sistema de salud aún tiene mucho camino que recorrer para proteger a toda la población. Pese a que en los últimos años se han incrementado los recursos para el sector la salud mediante la asignación de recursos HIPC (*Highly Indebted Poor Countries*), su ejecución aún

es baja, por lo que se debe implementar una estrategia para efectivizar su uso y contribuir a disminuir la exclusión en salud.

Figura 2 – Protección y exclusión en salud en Bolivia



Fuente: Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), OPS/OMS

Dentro de las variables de la dimensión interna, es importante enfatizar que existen serios problemas atribuibles al sistema que generan exclusión, como la segmentación y fragmentación, donde la seguridad social de corto plazo gasta considerables recursos y afilia a un reducido porcentaje de la población y el sector público, con una menor cuantía de recursos, debe encargarse del aseguramiento público de grupos vulnerables de la población y el financiamiento de programas nacionales.

La escasez y mala distribución de los recursos humanos, es uno de los elementos más críticos que contribuyen a explicar la exclusión en salud. Más de la mitad de los establecimientos de salud del área rural, está bajo la responsabilidad de auxiliares de enfermería, en tanto que en los establecimientos de salud de tercer nivel, los médicos se encuentran plenos. La disponibilidad de camas, muestra que el concepto de cama debe ser adecuado, pues un conteo absoluto de los lechos no se aproxima a lo que debe ser la efectiva disponibilidad de este insumo importante en la atención interna.

Desde la Constitución Política del Estado de 2009, el plan Sectorial de Desarrollo en Salud, la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y la propuesta de llegar al Sistema Único de Salud, se plantea la atención de la calidad a lo largo de toda la vida, que abarca desde la concepción hasta la senectud y accio-

nes de diagnóstico rápido, tratamientos oportunos y prevención y promoción en algunas áreas, para formular políticas estratégicas de cuidado a la salud en hábitos poblacionales que causan daño, no solo personal sino incluso medioambiental.

Brechas de equidad

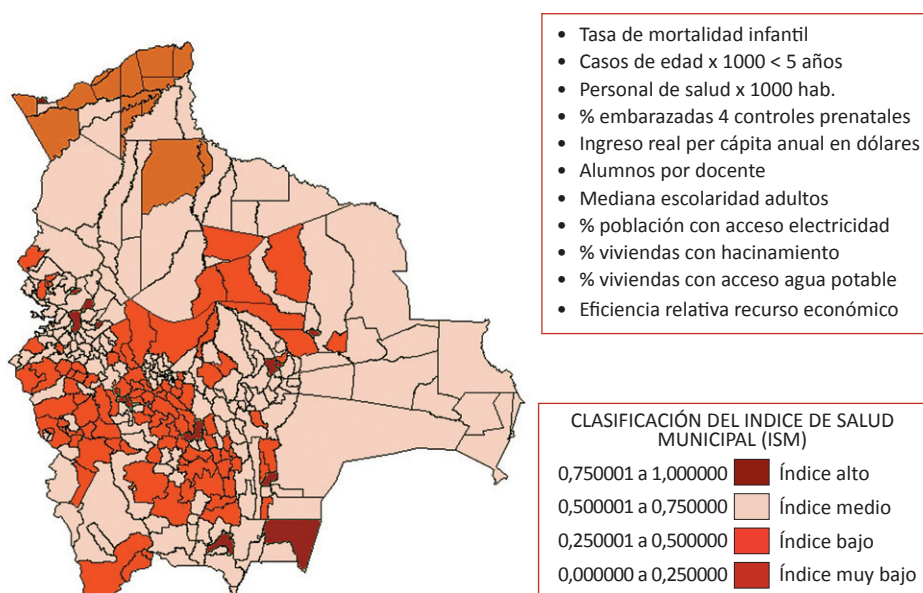
Las brechas más comunes con relación al género se evidencian a partir de la diferencia en el acceso a la salud entre hombres y mujeres. El acceso al sistema de salud debe ser libre y equitativo, sin el prejuicio de considerar a la mujer únicamente en su aspecto reproductivo y adoptando una visión integral de la mujer.

Las brechas que se reproducen en el ámbito de la cultura se deben a la falta de inclusión de las poblaciones indígenas en los sistemas de atención y en los programas de promoción de la salud. Esta inclusión no se da porque las actividades carecen de metodologías que incluyan la visión social y la condición de salud de la población, ignorando los determinantes sociales, geográficos, políticos y económicos de la salud de las poblaciones indígenas.

Las brechas en relación con los ciclos de vida pueden identificarse en la falta de atención en el proceso de la adolescencia hasta el adulto mayor, donde tanto mujeres como hombres no reciben atención ni se identifican afecciones propias de ese periodo, a excepción del género femenino, al que se brinda una atención específica durante el embarazo y/o en condiciones de maternidad.

Para medir brechas e inequidades territoriales fue desarrollado el Índice de Salud Municipal que contempla indicadores relevantes tanto del estado de salud poblacional como de los determinantes de la salud y es una función de los logros relativos con respecto a los indicadores considerados. El Índice de Salud Municipal tiene valores entre 0 y 1, siendo más alto cuanto mejor es la situación relativa de salud del municipio. Teniendo en cuenta el impacto en el estado de salud de la población que tienen los determinantes incorporados en el índice y la posibilidad de ser modificados positivamente – dadas las condiciones objetivas y la voluntad política de que esto ocurra en el marco de las condiciones del desarrollo social y económico del país – las diferencias observadas entre los niveles de salud de los municipios, cuantificados mediante el Índice de Salud Municipal, constituyen un indicativo de las inequidades existentes a escala territorial en materia de salud. El Gráfico 2 presenta la distribución del Índice de Salud Municipal para 2009 con predominio de índice medio y bajo, evidenciando las importantes desigualdades territoriales en la situación de salud y en el acceso a los servicios de salud.

GRÁFICO 2 – Índice de Salud Municipal, Bolivia, 2009



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes/OPS/OMS, 2009

El Índice de Salud Municipal está integrado por los siguientes indicadores: tasa de mortalidad infantil, número de casos de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años por 1.000 habitantes, personal de salud por cada 1.000 habitantes, porcentaje de mujeres embarazadas con 4 controles prenatales, ingreso real per cápita anual, alumnos por docente en educación inicial, primaria y secundaria, mediana de escolaridad en adultos, porcentaje de población con acceso a electricidad, porcentaje de viviendas con hacinamiento y porcentaje de población con acceso a agua potable. Se consideraron 310 municipios del país.

El cálculo del Índice de Salud Municipal posibilita obtener los siguientes resultados:

- jerarquizar a los municipios del país según su grado de desarrollo global en salud;
- determinar si existen agrupaciones espaciales de municipios con valores significativamente altos o bajos del índice;
- establecer una jerarquía de los departamentos del país de acuerdo a su situación global de salud;
- identificar las brechas en el estado de salud de la población entre departamentos y al interior de los departamentos;
- cuantificar los logros relativos de cada municipio para el conjunto de indicadores considerados en el índice;
- medir la eficiencia relativa de los recursos económicos en la salud de la población en cada municipio;

- determinar para cada municipio el equilibrio logrado en los aspectos parciales del desarrollo en salud;
- establecer para el país la relación que pueda darse entre el desarrollo global en salud a escala municipal y el equilibrio que se ha obtenido en el logro de los aspectos parciales del desarrollo en salud.

Estos resultados pueden contribuir a orientar la gestión del Ministerio de Salud y Deportes y de otros organismos gubernamentales y la cooperación de la OPS/OMS, de otros organismos internacionales, de organizaciones no gubernamentales y de otras instituciones, a los municipios del país.

A su vez, los municipios podrán identificar los factores que inciden en el resultado obtenido en el índice y que son susceptibles de ser mejorados, de manera tal de lograr un mejor resultado en su situación global de salud.

FINANCIAMIENTO EN SALUD

Fuentes de financiamiento en salud

El mayor financiador público es el tesoro de la nación, responsable del pago de los recursos humanos y de los programas nacionales de salud. Los municipios son financiadores del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y del Seguro de Salud del Adulto Mayor (SPAM), de acuerdo con las disposiciones legales. Además, según la Ley de Participación Popular, los municipios son responsables de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos. Las gobernaciones financian algunos recursos humanos.

La Ley de participación popular establece que los municipios deben cubrir los gastos del SUMI con el 10% de la coparticipación tributaria que perciben. Establece también el fondo solidario, para los municipios que sobrepasen el porcentaje de gasto. La ley 3323 y su reglamentación establecen que los municipios son responsables del pago de una prima equivalente a 56 dólares por cada adulto mayor de 60 años que vive en ese municipio, proveniente de los recursos del Impuesto Directo a los Hidrocarburos.

Gasto en salud

De acuerdo al estudio preliminar de Cuentas de Salud 2003-2008, se establece la siguiente composición del gasto en salud para la gestión 2008 (último dato disponible): subsector público 42%, subsector Seguridad Social 28%, subsector privado 30%.

Tabla 3 – Distribución de gastos en salud por subsector, Bolivia, 2008

Subsector	USD	%
Subsector Público	USD 303.697.745	42
Subsector Seguridad Social	USD 207.083.054	28
Subsector Privado	USD 217.455.085	30
Gasto total	USD 728.235.884	100

Fuente: Cuentas de Salud 2003-2008

Los gastos totales en salud como proporción del producto bruto interno en 2008 fueron de 4,62%, correspondiendo el 1,79% al gasto público en salud, el 1,31% al gasto de las Seguridad Social con salud y el 1,52% al gasto privado en salud.

Tabla 4 – Evolución del gasto nacional en salud con relación al producto interno bruto, Bolivia, 2003-2008

Indicadores	2003 (1 USD=7,84)	2004 (1 USD=8,06)	2005 (1 USD=8,08)	2006 (1 USD=8,03)	2007 (1 USD=7,67)	2008 (1 USD=7,67)
PIB (en miles de USD)	8.071.861	8.762.116	9.524.739	11.383.477	13.046.018	16.559.542
Gasto Nacional Salud (en miles de USD)	461.041	497.240	527.032	584.884	665.128	764.972
Gasto Nacional en Salud como % del PIB	5,71%	5,67%	5,53%	5,14%	5,10%	4,62%
Gasto Público en Salud como % del PIB	1,89%	1,97%	1,97%	1,93%	1,96%	1,79%
Gasto Seguridad Social en Salud como % del PIB	1,72%	1,74%	1,73%	1,58%	1,40%	1,31%
Gasto privado en salud como % del PIB	2,10%	1,97%	1,83%	1,63%	1,74%	1,52%

Fuente: Elaboración propia en base a Fuentes Nacionales de Salud

Se observan importantes desigualdades en el gasto per cápita en salud al depender del ente gestor que cubre el grupo poblacional, como se puede observar en la Tabla 5.

Tabla 5 – Gasto en salud per cápita por ente gestor, Bolivia, 2003-2008

Ente gestor	Gasto en salud (en USD)	Población protegida	Gasto per cápita (en USD)
S. Social Universitario	22.392.093	143.559	341
Caja Nacional de Salud	152.940.197	2.509.632	60
Caja Petrolera de Salud	48.884.502	178.469	273
Caja de S. de la Banca privada	22.675.676	51.172	443
Subsector Público	295.600.000	6.961.045	42

Fuente: Elaboración propia en base a Fuentes Nacionales de Salud

La población que no es beneficiaria del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y del Seguro de Salud del Adulto Mayor (SSPAM) realiza pagos por la atención médica que recibe en los establecimientos públicos de salud.

En el subsector público se tienen las siguientes modalidades de pago:

- Pago en efectivo (SUMI).
- Pago mixto (efectivo y suministros) (SUMI)
- Pago a través de prima de cotizaciones (SSPAM).

Se han planteado varias alternativas de financiamiento del sector salud, entre las más factibles están:

- Incremento del 15% al porcentaje de recursos de Coparticipación Tributaria Municipal, que actualmente es destinado a los seguros SUMI y SSPAM.
- Asignación de un porcentaje para salud, del Impuesto Directo a los Hidrocarburos que se destina a los departamentos.
- Incremento gradual de los recursos que el Tesoro General del Estado destina a recursos humanos en salud.

MACROGESTIÓN

Rectoría

El Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia debe ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a la concepción del **vivir bien** y el modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género.

El Estado tiene responsabilidades en salud como rector, regulador y prestador.

Rector: Elabora normas y verifica que sean cumplidas por las entidades prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

Regulador: Cuenta con instituciones que regulan las prestaciones, sus recaudaciones, y sus inversiones por ejemplo: Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO).

Prestador: Actualmente cuenta con la Residencia de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que es un prestador directo de la nueva política de salud, similar con la prestación del Bono Juana Azurduy, Equipos SAFCI, Equipos Móviles de Salud Oral.

En la actualidad, el sector salud aún se rige por el Código de Salud implementado el año 1978, construido en un régimen militar de facto y que no responde a las necesidades y demandas de la población. Ante este panorama se elaboró la Ley General de Salud, en etapa final de revisión en 2011, que responde al marco legal

vigente en el país y a la política de SAFCI con sus modelos de atención y gestión y al desafío de implementar el Sistema Único de Salud en el ámbito nacional.

El Estado tiene con la población boliviana una deuda social sanitaria acumulada desde la colonia, agravada en los últimos 20 años con políticas de salud neoliberales que han significado la privatización del sector, la mercantilización de los servicios y el establecimiento de una cultura individualista de la salud. Bajo ese contexto, el Sistema de Salud no ha respondido a las necesidades y demandas del pueblo boliviano. Al contrario, ha reproducido las desigualdades e inequidades de la estructura económica.

El modelo de desarrollo neoliberal ha generado una situación de reproducción social precaria para las mayorías respecto a los procesos de trabajo y de consumo de bienes y servicios, que se expresa en la calidad de vida de las personas y se caracteriza por insuficiencias y deficiencias en la alimentación, la vivienda, la recreación y el acceso a servicios básicos, a la educación, la salud, al agua segura, la energía y la seguridad. Todo ello ha derivado en perfiles epidemiológicos caracterizados por las llamadas enfermedades de la pobreza –tuberculosis, diarreas e infecciones, que a su vez han incidido en la alta morbilidad en general, y materno infantil en particular, además de ahondar las brechas de inequidad y de género, las diferencias entre lo urbano y lo rural, y entre indígenas y no indígenas.

A pesar de ser Bolivia un país multiétnico y multicultural, el Sistema Nacional de Salud nunca ha asumido la cosmovisión sanitaria de los pueblos indígenas y originarios; al contrario, ha ejercido represión y desprecio al saber ancestral y a los usos y costumbres tradicionales, siendo esta situación una de las causas de la exclusión y marginación en salud. Los intentos de recuperación sociocultural fueron insuficientes.

Formulación de políticas y planes

La formulación de políticas y planes es una atribución del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia. Para la elaboración del Plan Sectorial de Desarrollo (PSD) 2010-2020 “Hacia la Salud Universal” fue realizado un Diagnóstico Estratégico que identificó como principales problemas a enfrentar:

- Alta privación sociobiológica en mayorías poblacionales. Determinantes sociales y políticas desfavorables para la calidad de vida y el proceso salud-enfermedad, que se expresan en perfiles epidemiológicos diferenciados según grupos sociales, caracterizados por la alta incidencia de enfermedades de la pobreza, muertes evitables y baja productividad.
- Inaccesibilidad a los servicios de salud de las poblaciones que soportan explotación, exclusión y discriminación, generada por un Sistema de salud centrado en el asistencialismo biologicista y con enfoque medicalizado, que no responde a las necesidades de atención de los grupos más vulnerables y discapacitados, distribuyendo inequitativamente la inversión y el gasto en infraestructura, equi-

pamiento, insumos y recursos humanos, favoreciendo a áreas urbanas y a niveles complejos de atención.

- Sistema inequitativo que no toma en cuenta la diversidad social étnico-cultural del país, con insuficiente capacidad resolutive de los establecimientos de salud, expresado en establecimientos de salud y niveles de gestión y atención desintegrados, trabajando sin criterios de calidad y eficiencia, desconectados entre sí, mal distribuidos, deficientemente equipados, con profesionales, técnicos y administrativos desmotivados, sin mecanismos de control social. Esto condiciona el mayor número de muertes y discapacidades que podrían evitarse, repercutiendo también en la credibilidad en el sistema, que se evidencia más en grupos vulnerables, como niños y mujeres indígenas, población rural y de cinturones periurbanos de pobreza.
- Sistema Nacional de Salud segmentado, fragmentado, con débil rectoría, gestión ineficaz e ineficiente, sin capacidad de seguridad sanitaria ni de contribuir a la protección social de la población. Está expresado en la presencia de varios subsectores, con planes y presupuestos no coordinados con el Ministerio de Salud y Deportes y de accionar independiente; con recursos de cooperación mayoritariamente condicionados por las Agencias cooperantes; con marco jurídico disperso y contradictorio, en gran parte obsoleto; con concentración y duplicidad de servicios en focos urbanos y con áreas rurales sin servicios básicos de salud; con poca o ninguna habilidad o interés en coordinar intersectorialmente para intervenir sobre las determinantes de la salud y minimizar la exclusión social en salud.
- Insatisfacción de los usuarios del Sistema Nacional de Salud como expresión de la alienación sobre la valoración de la salud y escasa participación en la planificación y control social de la actividad sectorial, determinado por un entorno económico y social que ha minado el poder social y evitado el empoderamiento de la población, aún más el de las mujeres.
- Las principales acciones del sector salud no cuentan con un financiamiento seguro, generalmente son financiadas con recursos provenientes de la cooperación internacional. Es el caso de las vacunas, de los programas nacionales de malaria, Chagas, tuberculosis y VIH-SIDA, que forman parte de los compromisos de los Objetivos del Desarrollo del Milenio.

Plan Nacional de Desarrollo

El Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia la Salud Universal” es el documento estratégico que orienta el accionar de todo el Sector de la Salud, alineándose con la Constitución Política del Estado, el Plan Nacional de Desarrollo (PND), el Plan de Gobierno y la política sanitaria SAFCL.

El Sector Salud integra el Pilar del PND BOLIVIA DIGNA conformado por los sectores generadores de activos y condiciones sociales.

El objetivo de la *Bolivia Digna* es la erradicación de la pobreza y la inequidad, para lograr un patrón equitativo de distribución de ingresos, riqueza y oportunidades.

El objetivo del PND en el sector salud es la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema de Salud Familiar Comunitario Intercultural, que asume la medicina tradicional.

Figura 3 – Marco estratégico del Plan Sectorial de Desarrollo (PSD) para la Salud 2010-2020, Bolivia, 2010



El Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia la Salud Universal” define el Mandato Político y Social del Sector de la Salud, la visión del sector de la salud para 2020 y tres ejes principales para el desarrollo que se presentan a continuación.

Mandato político y social del sector salud

El Sector de la Salud contribuye al paradigma del Vivir Bien asegurando el ejercicio del derecho a la salud y la vida por parte de todas las personas, familias y comunidades. El ejercicio de este derecho se logrará a través del acceso universal al sistema único de salud dentro del Modelo de Salud Familiar Comunitaria

Intercultural, cuyas estrategias son la promoción de la salud y prevención de enfermedades, la curación y rehabilitación, la actuación sobre las determinantes socioeconómicas y la participación comunitaria. El Sistema Único de Salud incluye a los subsectores Público, de la Seguridad Social y Privado, y se articula con la medicina tradicional.

Visión del sector salud

En el año 2020: Todos los ciudadanos bolivianos y ciudadanas bolivianas, en sus diferentes ciclos de vida, en igualdad de condiciones gozarán de un buen estado de salud y del derecho a la salud, teniendo acceso universal al Sistema Único de Salud, dentro del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Se habrán eliminado las barreras de acceso a la salud de tipo económico, geográfico, cultural, en especial para los grupos vulnerables excluidos históricamente, garantizando entre otros, el acceso al Sistema Universal de Salud y la presencia de personal de salud suficiente, capacitado y comprometido con las políticas nacionales de Salud.

Mediante una estrategia integral de Promoción de la Salud, la población tendrá prácticas saludables y actuará positivamente sobre las determinantes sociales y económicas de la salud: alimentación, educación, vivienda, vestimenta, recreación, servicios básicos, seguridad ciudadana y trabajo.

Además, la población participará en la planificación, gestión y control social de las políticas de salud mediante instancias formales de participación social en salud.

El Ministerio de Salud y Deportes ejercerá la rectoría sobre todo el Sector Salud gracias a una capacidad de gestión fortalecida y asegurará la aplicación de las políticas nacionales de acuerdo a las necesidades de la población.

A partir de varias reuniones realizadas con representantes de las unidades ejecutoras del Ministerio de Salud y Deportes, así como otros subsectores de salud e integrantes de la sociedad civil, se definieron tres ejes estratégicos que orientarán el accionar del Sector Salud: el acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural, la promoción de la salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y la Soberanía y Rectoría en el marco del Sistema Único SAFCI

Los tres ejes de desarrollo que guiarán el accionar del Sector de la Salud durante el periodo 2010-2020 no deben ser entendidos como tres tipos de estrategias diferenciadas, sino como un conjunto integral de estrategias que deben coordinarse entre ellas para lograr los objetivos planteados.

Para cada uno de estos ejes se han fijado objetivos estratégicos, indicadores y metas a ser alcanzadas hasta el año 2020. Posteriormente, también a partir de los ejes, se han definido distintos programas y proyectos que coadyuven o faciliten la consecución de las metas y objetivos trazados.

Eje 1. Acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural

Avanzar por el camino hacia el acceso universal a un sistema de Salud Único, Familiar Comunitario Intercultural, que sea equitativo, solidario y de eficiente desempeño, es uno de nuestros principales objetivos. Un sistema en el que se articulen los servicios públicos, privados, de la seguridad social y otras organizaciones e instituciones de la sociedad civil con capacidades para la prestación de servicios de salud que satisfagan las demandas de la población.

En este sentido, las acciones, servicios y productos generados desde el sector salud se desarrollarán con criterios de equidad, interculturalidad, enfoque de género, y generacional, calidad y sostenibilidad a fin de hacerlos accesibles a la población en general y en especial a los grupos que, históricamente, han sido los más excluidos.

La ampliación de la cobertura de los servicios estará basada en el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, bajo una perspectiva integral que conjugue promoción de la salud, prevención y curación, lograr un verdadero impacto en la salud de las y los bolivianos.

Asimismo, es indispensable incorporar dentro de los servicios de salud los enfoques de género, generacional y el abordaje de la violencia, haciendo especial énfasis en aspectos referentes a la interculturalidad para facilitar la inclusión social.

Por otra parte, se mejorará la capacidad resolutive de los servicios de salud para que la atención sea oportuna, humanizada y segura, no discriminadora, que favorezca la igualdad de género, la interculturalidad en el trato a los bolivianos y bolivianas.

Eje 2. Promoción de la salud en el marco de la SAFCI

Promoción de la salud es el conjunto de políticas y acciones orientadas al desarrollo de las potencialidades de individuos, familias y comunidades para la consecución de una mejor calidad de vida con equidad social. Es el eje más importante del Desarrollo Sectorial, tanto por su carácter articulador como por constituirse en pilar fundamental y diferenciador de la propuesta de este gobierno en torno a la salud.

Eje 3. Soberanía y Rectoría en el marco del Sistema Único SAFCI

El tercer Eje de Desarrollo del Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 está dirigido a establecer una soberanía sanitaria efectiva y a garantizar al Ministerio de Salud y Deportes el ejercicio de la autoridad sanitaria sobre todo el Sistema de Salud boliviano, para permitir una aplicación efectiva de las políticas nacionales de salud por parte de todos los subsectores y en todo el territorio. A corto y mediano plazo, los varios subsectores que componen al Sector de la Salud deberán alinearse con las políticas nacionales, hasta, a largo plazo, ser parte del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Modelos de gestión de servicios y redes

Durante la gestión 2010 el Ministerio de Salud y Deportes, planificó la realización de una actividad importante en el sistema de salud público del país, cuyo objetivo general fue lograr la aceptación de la reestructuración de las redes funcionales de servicios de salud consensuada y validada por autoridades nacionales, personal técnico de los Servicios Departamentales de Salud y equipos de las Coordinaciones de las Redes de cada departamento, que permitan responder adecuadamente a la universalización del derecho a la salud, dentro del Sistema Único de Salud.

Fue realizado un diagnóstico rápido para la reestructuración de las redes de salud. Las unidades de análisis u observación fueron los establecimientos de salud de primer y segundo nivel, analizados mediante diversos instrumentos e informes. La metodología incluyó:

- Recolección de la información mediante el Instrumento de Diagnóstico Rápido de las Redes de Servicios de Salud, efectuada por los equipos de las Coordinaciones de Red, en cada establecimiento de salud.
- Taller de Diagnóstico Rápido en cada departamento del país, para el análisis y sistematización de la información de las Redes de Servicios de Salud en los formatos establecidos, a cargo de los equipos técnicos de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y las coordinaciones de Red y el equipo técnico del Ministerio de Salud y Deportes
- Análisis de la información obtenida, a cargo del equipo de Redes de la Dirección General de Servicios de Salud
- Taller de validación de la información obtenida de las Redes de Servicios de Salud y Reestructuración de las mismas para conformar las Redes Funcionales de Servicios de Salud, con la participación de equipos técnicos de los SEDES y las coordinaciones de Red y el equipo técnico del Ministerio de Salud y Deportes
- Preparación del documento final de reestructuración de Redes Funcionales de Servicios de Salud
- En base a la reestructuración de las redes funcionales, se establece el cronograma plurianual de intervención destinado al fortalecimiento de las mismas, para este propósito se aplican criterios poblacionales, número de establecimientos de salud por red de servicios y el índice municipal de salud.

El marco de referencia fue la Constitución Política del Estado en su D.S. N° 29601 que establece: El Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, a partir de lo cual fueron definidas redes de servicios funcionales.

La Red de Servicios, de concepción funcional, está conformada por un conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, articulados mediante el componente de referencia y retorno, que pueden pertenecer a uno o varios municipios.

- No es territorial
- Cada establecimiento de salud tiene el área de influencia identificada
- Los establecimientos de salud son identificados de acuerdo a normas vigentes
- Se articula con sus tres niveles de atención de acuerdo al componente de referencia y retorno
- Actualiza la funcionalidad de la red

Para elaborar la propuesta de reestructurar las redes de salud se tomó en cuenta los siguientes criterios:

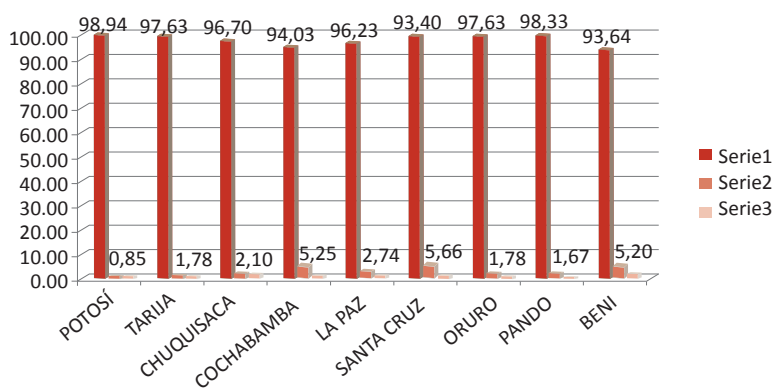
- El acceso (camino, fluvial, otros) de los establecimientos de salud a un establecimiento de mayor capacidad resolutive.
- Referencias de emergencias médicas.
- Tiempo de referencia del establecimiento de origen a otro de mayor capacidad resolutive.
- Población de acuerdo a la Norma Nacional de Caracterización.
- Organización funcional y técnica de los establecimientos entre sí de acuerdo a sus diferentes niveles de capacidad resolutive.
- Criterio técnico de las coordinaciones de red sobre la Identificación de los establecimientos de salud acorde a la Norma de caracterización.
- Información contenida en el Instrumento de Diagnóstico Rápido.

El resultado de este trabajo permitió identificar diversos problemas en materia de infraestructura, equipamiento, recursos humanos y servicios básicos como:

- Escasa capacidad resolutive de establecimientos de primer nivel de atención (puesto de salud, promedio nacional, 96%) sin capacidad resolutive efectiva, ya que esta categoría de establecimientos están a cargo de auxiliares de enfermería.
- Otra deficiencia importante bajo la perspectiva de redes funcionales es el número reducido de hospitales de segundo nivel (3%) que contengan el flujo de pacientes hacia los terceros niveles (Figura 4).
- Estado de conservación de infraestructura y equipamiento (Figuras 5 y 6).
- Deficiencia de Servicios Básicos (Figura 7).

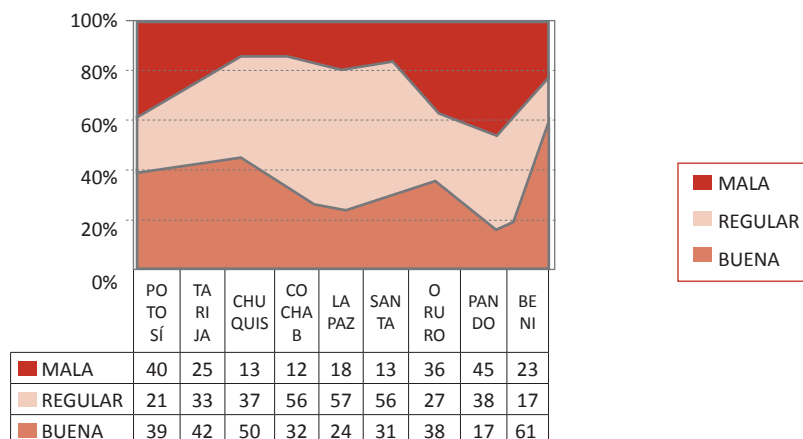
Figura 4 – Establecimientos de salud por departamento según nivel de atención, Bolivia, 2010

DPTO	Niveles de Atención						Total
	Primero	%	Segundo	%	Tercero	%	
Potosí	466	98,94	4	0,85	1	0,21	471
Tarija	165	97,63	3	1,78	1	0,59	169
Chuquisaca	322	96,70	7	2,10	4	1,20	333
Cochabamba	394	94,03	22	5,25	3	0,72	419
La Paz	561	96,23	16	2,74	6	1,03	583
Santa Cruz	396	93,40	24	5,66	4	0,94	424
Oruro	165	97,63	3	1,78	1	0,59	169
Pando	59	98,33	1	1,67		0,00	60
Beni	162	93,64	9	5,20	2	1,16	173
Total	2.690	96,04	89	3,18	22	0,79	2.801



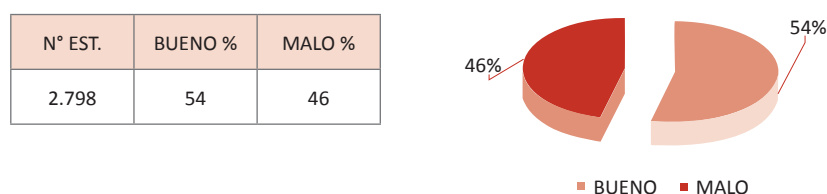
Fuente: Diagnóstico Rápido para la Reestructuración de las Redes de Salud, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia

Gráfico 3 – Estado de la infraestructura de los establecimientos de salud por departamento (%), Bolivia, 2010



Fuente: Diagnóstico Rápido para la Reestructuración de las Redes de Salud, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia

Figura 5 – Estado de conservación del equipamiento de los establecimientos de salud por departamento según nivel de atención, Bolivia, 2010



Fuente: Diagnóstico Rápido para la Reestructuración de las Redes de Salud, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia

Tabla 6 – Servicios básicos en los establecimientos de salud por departamento, Bolivia, 2010

Departamento	Sistema de agua			Saneamiento básico			Energía eléctrica		
	Agua potable	Agua no potable	N.C.	Alcantarillado	Pozo septico	N.C.	Red	Alternativa	N.C.
Chuquisaca *	109	191	33	101	177	55	184	127	22
La Paz	95	450	38	204	353	26	507	49	27
Cochabamba **	170	186	60	94	251	71	335	63	18
Oruro	63	88	18	37	94	38	158	4	7
Potosí	61	355	55	78	262	131	340	50	81
Tarija	13	152	4	29	114	26	115	29	25
Santa Cruz	189	215	20	109	280	35	317	68	39
Beni	44	96	33	26	117	30	86	52	35
Pando	1	15	44	0	42	18	13	24	23
Total	745	1748	305	678	1690	430	2055	466	277

Fuente: Diagnóstico Rápido para la Reestructuración de las Redes de Salud, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia

En 2010, de los 2.801 establecimientos de salud en Bolivia, 51% correspondían a puestos de salud (servicio con actuación solamente de auxiliar de enfermería), 46% a centros de salud (servicio con actuación de médico y auxiliar de enfermería) y 4% a establecimientos de segundo y tercer nivel. En la propuesta de reestructuración funcional de la red (Figura 6) disminuyen los puestos (41%) y centros de salud (41%), se reestructura parte de estas unidades de primer nivel en Centros de Salud SAFCI con Camas con mayor capacidad resolutive (14%) y en establecimientos de nivel (4%).

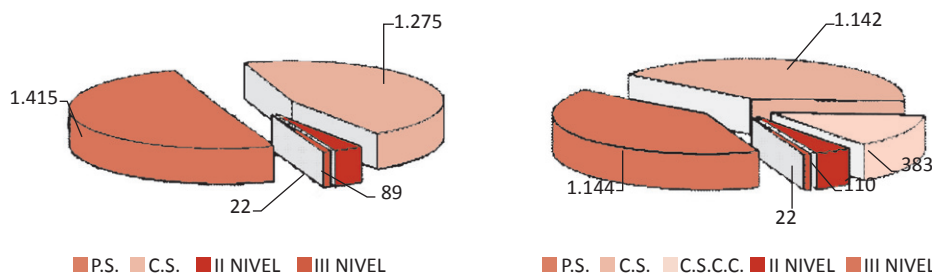
Este diagnóstico, por lo tanto, permitió:

- Consensuar con cada SEDES, la estructura de las Redes de Salud con enfoque funcional.
- Inserción, dentro de la caracterización de primer nivel, de la categoría de Centro de Salud SAFCI con Camas con mayor capacidad resolutive (médico, Lic. enfermería, laboratorio básico, aux. de enfermería)

- Cambiar de categoría de Puesto de Salud (aux. de enfermería) a Centro de Salud (médico – aux. de enfermería).
- Establecer un programa de mejora de la infraestructura y equipamiento.
- Identificar los lugares priorizados para la construcción de Hospitales de Segundo Nivel en función de las Redes Funcionales.
- Trabajar intersectorialmente en relación con los servicios básicos.

Figura 6 – Tipos de establecimientos de salud por departamento y propuesta de reestructuración funcional de la red, Bolivia, 2010

Departamento	ESTRUCTURA ACTUAL					ESTRUCTURA FUNCIONAL					
	Identificación Tipo de E.S.				Total E.S.	Identificación Tipo E.S.					Total E.S.
	P.S.	C. S.	II Nivel	III Nivel		P.S.	C.S.	C.S.C.C.	II Nivel	III Nivel	
Chuquisaca	184	138	7	4	333	139	150	31	9	4	333
La Paz	244	317	16	6	583	242	230	89	16	6	583
Cochabamba	209	185	22	3	419	131	207	58	20	3	419
Oruro	106	59	3	1	169	83	55	22	8	1	169
Potosí	304	162	4	1	471	201	219	38	12	1	471
Tarija	113	52	3	1	169	90	52	21	5	1	169
Santa Cruz	154	242	24	4	424	162	136	93	29	4	424
Pando	32	27	1		60	32	15	11	2		60
Beni	69	93	9	2	173	64	78	20	9	2	173
Total	1.415	1.275	89	22	2.801	1.144	1.142	383	110	22	2.801



Fuente: Diagnóstico Rápido para la Reestructuración de las Redes de Salud, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia

Implementación del Sistema Único Comunitario Intercultural de Salud

El objetivo del Plan Nacional de Salud es eliminar la exclusión social en salud a través de la implementación del Sistema Único Comunitario Intercultural de Salud, que asume el principio de la participación social en la toma de decisiones en todos sus niveles de gestión y atención de la salud de bolivianos/as como un *derecho fundamental que el Estado garantiza*.

El Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia considera que las mejoras en la salud tienen que ver con múltiples aspectos, que se expresan

en la política pública de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Esta política moviliza las “energías” de la persona en su relación de interdependencia con la familia y la comunidad, para que, de forma consciente, organizada y autónoma, intervengan en la resolución de los problemas de salud. Este enfoque se basa en el reconocimiento a las diferencias culturales y una relación horizontal entre culturas.

Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)

La salud familiar comunitaria intercultural se constituye en la *nueva forma de hacer salud* en el “Sistema Nacional de Salud”. En esta nueva forma de hacer salud, el equipo de salud, la comunidad y sus organizaciones implementan la Gestión Compartida de la Salud y la Atención de la Salud en el establecimiento, en el domicilio y en la comunidad.

Este instrumento es **participativo** al buscar e impulsar que los/as actores/as sociales sean protagonistas en la gestión de la salud y su entorno, a través de acciones **intersectoriales e integrales** en las que se articulan, complementan y *revalorizan las medicinas* que existen en el país, pero particularmente las tradicionales, alternativas e indígenas.

Principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)

Los principios de la SAFCI son: participación social, interculturalidad, integralidad e intersectorialidad.

a) Participación social

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural asume la participación social efectiva en la toma de decisiones, a partir del involucramiento autónomo y organizado de la comunidad urbana y rural en el proceso de Gestión Compartida en Salud, que comprende planificación, ejecución y administración, seguimiento y evaluación ▯ control social de las acciones de salud, para la toma de decisiones desde dentro y fuera de los establecimientos de salud.

b) Interculturalidad

La Interculturalidad en la salud es el enfoque sociocultural del ejercicio de la práctica médica con personas culturalmente distintas (personal de salud, médicos tradicionales, los usuarios y otros), donde cada uno de ellos se predispone al diálogo horizontal basado en el respeto, el reconocimiento, la valoración y aceptación de los diferentes saberes médicos, promoviendo su articulación y complementariedad para mejorar la capacidad de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud: calidad de la atención, conocimientos, creencias y prácticas de salud diferentes.

c) La integralidad

La integralidad de la salud está orientada a que el servicio de salud conciba el proceso de salud-enfermedad de las personas como una totalidad, es decir, desde

la persona como ser biopsicosocial, su relación con la familia, la comunidad y el entorno. Aquí, la integralidad asume la promoción, prevención, rehabilitación y recuperación del usuario/a de manera completa y no separada.

d) La intersectorialidad

La intersectorialidad se considera como la intervención coordinada entre los diferentes sectores, para tratar y abordar las determinantes socioeconómicas de la salud, en alianzas estratégicas y programáticas con educación, saneamiento básico, producción, vivienda, justicia, organización social y otros, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas identificadas y optimizando recursos.

Modelo de Atención y Gestión en la Política SAFCI

El Modelo de Atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) articula personas, familias y comunidades (*ayllus*, marcas, tentas, capitánías y otros) o barrios con el equipo de salud, a partir de una atención en salud con enfoque de red, de carácter horizontal mediante el respeto de su cosmovisión, procesos fluidos de comunicación y aceptación de la decisión de la persona, (en cuanto a procedimientos, tratamiento, etc.). Por eso, la atención en salud no solo se ocupa de la persona enferma sino que la atiende en todo su ciclo de vida, tomando en cuenta a su familia, su entorno (socioeconómico, cultural, psicológico y físico), su alimentación, su espiritualidad y su cosmovisión.

Este modelo se caracteriza por:

- El enfoque en las personas, las familias y las comunidades.
- El trabajo en base a la definición e intervención en las determinantes de salud en las familias y comunidades.
- La implementación de intervenciones basadas en necesidades, con enfoque biopsicosocial espiritual y cultural.
- La oferta de prestaciones de salud para lograr la satisfacción de personas y sus familias, basada en una:
- Atención integral (promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, rehabilitación con enfoque biopsicosocial espiritual y cultural).
- Atención integrada (coordinación entre todas las partes del sistema).
- Atención continua (de información, de relación, de gestión -continuo de atención y continuo del ciclo de vida).
- Atención accesible (garantía de atención universal, sin barreras de acceso).
- Atención oportuna (en el momento adecuado a las demandas de atención)
- La atención en salud en base al trabajo de equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios.

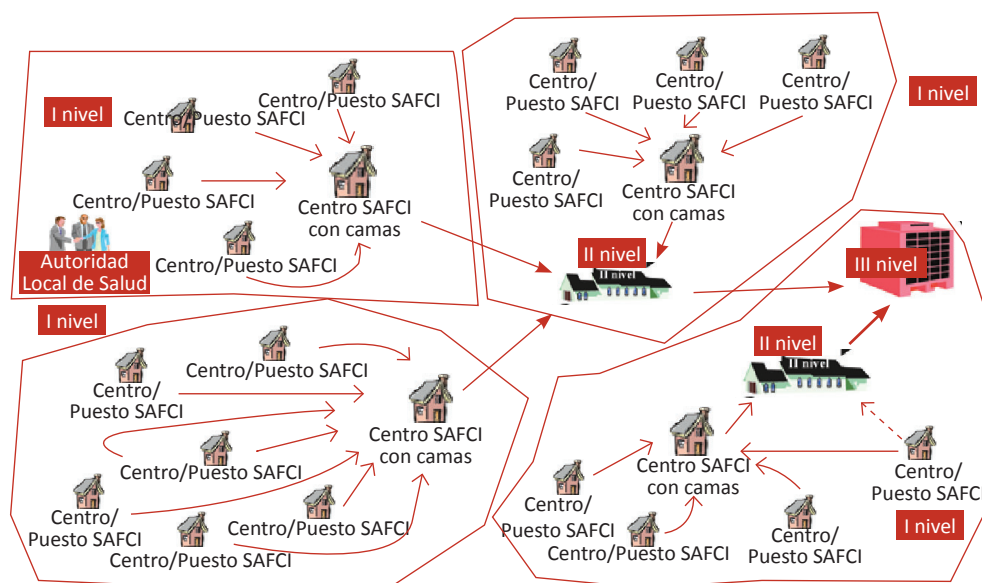
- La articulación y complementariedad del equipo de salud con los médicos tradicionales.
- La aplicación del componente de la referencia y retorno entre los equipos de salud, de éstos con las instancias comunitarias (médicos tradicionales, parteras, responsables comunitarios de salud).
- La implementación de las Unidades de Nutrición Integral.

El Modelo de Atención de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural funciona a través de la red de salud, que comprende: la Red de Servicios, la Red Municipal SAFCI y los establecimientos de salud.

La Red de Servicios, de concepción funcional, tiene por finalidad asegurar la capacidad resolutive de la red de salud. Está conformada por establecimientos de salud de primero, segundo y tercer nivel, dependientes de los subsistemas público, de las cajas de salud a corto plazo y privado, con o sin fines de lucro, articulados mediante el componente de referencia y retorno, complementados con la medicina indígena originario campesina y a la estructura social en salud.

Puede darse en un solo municipio cuando tiene establecimientos de salud de los tres niveles, lo que supone capacidad resolutive completa. De lo contrario, deben asociarse entre municipios o establecer mancomunidades (área rural), trascendiendo límites municipales, provinciales, departamentales y nacionales, para garantizar la capacidad resolutive.

Figura 7 – Modelo de la red de servicios (concepción funcional) de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Bolivia



La Red Municipal SAFCI, de concepción territorial, tiene por finalidad la aplicación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) en su territorio en toda su magnitud. Está constituida por los establecimientos de salud y todos los recursos comunitarios e institucionales para mejorar el nivel de salud de personas, familias y comunidades de su área de influencia, fundamentada en sus necesidades, satisfaciendo su demanda de acuerdo a su perfil epidemiológico.

El establecimiento de salud es la unidad básica operativa de la Red, responsable de otorgar la atención en cuanto a promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y recuperación de la salud. Está a cargo del Responsable del Establecimiento de Salud, a quien se elegirá mediante promoción interna. Está categorizado, en tres niveles: un primer nivel, representado por el Centro SAFCI, el Centro SAFCI con camas y los policlínicos; un segundo nivel, representado por Hospitales de segundo nivel; y un tercer nivel, representado por Hospitales Generales, Hospitales Especializados e Institutos.

Desarrolla atención integral en salud (promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de las personas, familias y comunidades) con la participación social consciente y efectiva y la corresponsabilidad de otros sectores, siendo responsable ante el ente rector por los resultados obtenidos en relación con los indicadores de salud previamente proyectados.

El Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud está conformado por la estructura estatal, la estructura social y la estructura intersectorial.

La estructura estatal está constituida por el Sistema Nacional de Salud, que con la capacidad de los subsistemas garantiza la solución de los problemas de salud y la gestión eficiente y efectiva de sus recursos de manera conjunta con las otras estructuras (social e intersectorial) en sus cuatro niveles: local, con el establecimiento; municipal, con el gobierno municipal y el Directorio Local de Salud; departamental, con los Servicios Departamentales de Salud; y nacional con el Ministerio de Salud y Deportes.

La estructura social está compuesta por los actores sociales con capacidad de tomar decisiones de manera efectiva en planificación, ejecución, administración, seguimiento y evaluación de las acciones de salud, involucrándose para ello en forma autónoma y organizada en el proceso de Gestión Participativa y Control Social en Salud, para el logro de la sostenibilidad de las acciones proyectadas para mejorar las condiciones de vida de las personas, las familias y las comunidades. Su principal misión es la implementación operativa de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, para lo que está organizada de la siguiente manera:

- Autoridad Local de Salud. Es el representante legítimo de la comunidad o barrio (con o sin establecimiento de salud) ante el sistema de salud; encargada de realizar la planificación junto al equipo de salud, de informar a la comunidad o barrio sobre la administración del servicio de salud y de realizar seguimiento y control

de las acciones en salud que se hacen en la comunidad o barrio. No es un cargo voluntario, es una de las autoridades de la comunidad.

- **Comité Local de Salud.** Es la representación orgánica de las comunidades o barrios pertenecientes territorialmente a un área o sector de salud ante el sistema de salud (puesto o centro de salud), organizada en un directorio responsable de implementar la Gestión Participativa y el control social para impulsar la participación de la comunidad o barrio en la toma de decisiones sobre las acciones de salud.
- **Consejo Social Municipal de Salud.** Es la representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, organizada en una directiva, que interactúa con los integrantes del Directorio Local de Salud (DILOS), garantizando la Gestión Participativa y de Control Social de Salud, constituyéndose en el nexo articulador entre la estructura social local en salud (Autoridades y Comités Locales de Salud) y el nivel de gestión municipal en salud (DILOS)
- **Consejo Social Departamental de Salud.** El Consejo Social Departamental de Salud es la representación orgánica de los Consejos Sociales Municipales de Salud existentes en un departamento ante el sistema de salud, organizado en un directorio encargado de articular las necesidades y propuestas del nivel municipal con la política departamental de desarrollo; además de realizar control social a la implementación de dicha política en cuanto a salud y a las acciones desarrolladas por el Servicio Departamental de Salud.
- **Consejo Social Nacional de Salud.** Es la representación orgánica del conjunto de Consejos Sociales Departamentales de Salud y de las organizaciones sociales representativas del país, articulador de las necesidades y propuestas en salud de los departamentos ante el Ministerio de Salud y Deportes; además de ser encargado de realizar el control social de las acciones que esta instancia emprenda.

La estructura intersectorial se basa en los espacios de deliberación donde se identifican problemas, se proponen y priorizan soluciones, se controla la ejecución de las acciones y los resultados de su aplicación en términos de calidad de prestación de servicios, con plena capacidad de articulación con los representantes de los otros sectores (educación, agricultura, vivienda, justicia, medio ambiente, trabajo y otros) alineados con la política sanitaria vigente en el marco de la intersectorialidad y de las determinantes sociales. Su actuación se manifiesta en los espacios de deliberación que, como instancias de diálogo, consulta, coordinación, acuerdo, consensos, toma de decisiones y control, conjuntamente la estructura social y la estructura institucional, están conformados por:

- Asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos, otros y los Comités de Análisis de Información comunales o barriales. Estos espacios de deliberación intersectorial se desarrollan en la comunidad o barrio (de acuerdo a usos y costumbres), donde se concretiza la Gestión Participativa y el Control Social Local en salud. En ellos participan diferentes actores sociales e institucionales en correspon-

sabilidad, para implementar procesos de planificación, ejecución, administración y seguimiento, y evaluación—control de las acciones de salud destinadas a mejorar la situación de salud de la comunidad o barrio.

- **Mesa Municipal de Salud.** Es la máxima instancia municipal de deliberación intersectorial donde se desarrolla diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos y toma de decisiones en la priorización de necesidades y propuestas para integrarlas en el Plan de Desarrollo Municipal, además de efectuar el seguimiento al Programa Operativo Anual Municipal de salud.
- **Asamblea Departamental de Salud.** Es la máxima instancia departamental de deliberación intersectorial donde se desarrolla diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos y toma de decisiones en la priorización de necesidades y propuestas para integrarlas en el Plan de Desarrollo Departamental de Salud, además de efectuar el seguimiento al Programa Operativo Anual departamental de salud.
- **Asamblea Nacional de Salud.** Es la máxima instancia nacional intersectorial de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos y toma de decisión en la priorización de necesidades y propuestas para integrarlas a la estrategia de salud nacional. Además, se constituye en la instancia de seguimiento de la Estrategia Nacional y del Programa Operativo Anual del Sector.

VIGILANCIA EN SALUD

Implementación del Reglamento Sanitario Internacional

- La implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en Bolivia se ha iniciado en Mayo del 2009, con la instalación del Centro Nacional de Enlace a partir de la pandemia por Influenza A (H1N1), y ha avanzado hasta la actualidad.
- Su objetivo ha sido fortalecer el sistema sanitario de Bolivia, contribuyendo a la reducción de situaciones de riesgo o daño para la salud que puedan originar una emergencia de salud pública de importancia nacional o internacional, mediante la identificación temprana de riesgos y daños a la salud; la instrumentación de medidas de prevención y control en el ámbito nacional, departamental, municipal y comunitario.
- Hasta el presente, las actividades realizadas en relación al RSI han sido:
- El 14 de Noviembre del 2007, dentro del Marco Legal, se crea por Resolución Ministerial N° 0942 el Centro Nacional de Enlace/Bolivia, que inicia actividades en mayo del 2009.
- Se ha efectuado el diagnóstico de capacidades básicas a nivel sanitario nacional y departamental con el Instrumento Mercosur.

- Se han realizado reuniones de socialización del Reglamento Sanitario Internacional con los componentes nacionales y departamentales. Falta llegar al nivel local.
- Se ha elaborado el Plan Nacional de Implementación del Reglamento Sanitario Internacional en Bolivia.
- Se ha socializado con algunas autoridades y personal de puntos de entrada aéreos la importancia de la Implementación del Reglamento Sanitario Internacional.
- Se ha realizado el diagnóstico y plan de acción para desarrollo de capacidades básicas de detección y respuesta en el Aeropuerto Internacional Viru Viru.
- Se ha realizado contacto para una alianza estratégica con el Consejo de Coordinación Interinstitucional para la Facilitación del Transporte Aéreo Internacional para apoyo en generación de capacidades de detección y respuesta en puntos de entrada aéreos.
- Se ha incorporado al Proyecto de Ley General de Salud artículos específicos referidos a: Notificación inmediata, Equipos de respuesta rápida, Recursos humanos en epidemiología y Generación de capacidades de detección y respuesta.

En relación al Centro Nacional de Enlace, se realizaron los siguientes avances:

- Gestión de presupuesto del Tesoro General de la Nación para actividades destinadas a la implementación del Reglamento Sanitario Internacional.
- Elaboración de boletín semanal.
- Elaboración de partes diarios.
- Elaboración de notificaciones.
- Aplicación de Anexo II para evaluación de riesgo de eventos.
- Alianzas estratégicas: Conformación de Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (CNE/SNIS).
- Capacitación del personal del Centro Nacional de Enlace (CNE) y el Servicio Nacional de Información en Salud (SNIS) en el Sistema de Monitoreo de Eventos de Salud.
- Elaboración de Boletín de Noticias de fuente informal.
- Elaboración de Informes Epidemiológicos a Centros Nacionales de Enlace de otros estados miembros.
- Elaboración e impresión de material de socialización de los compromisos asumidos bajo el Reglamento Sanitario Internacional.
- Se han adquirido insumos y equipamiento para el Centro nacional de Enlace y para los Equipos de Respuesta Rápida.

Vigilancia epidemiológica

En octubre del 2009 se realizó el Diagnóstico Nacional de Capacidades de Detección y Respuesta del Nivel Nacional, en base a lo cual se ha elaborado un Plan Nacional de fortalecimiento de dichas capacidades.

Se tiene previsto la incorporación de factores de riesgo como sedentarismo, alimentación no saludable y otras enfermedades no transmisibles que han sido consideradas como prioridad y que actualmente solo están contempladas de forma general y no discriminada, como se señala en últimas recomendaciones.

En el Programa de Control de la Tuberculosis no existe un sistema de vigilancia epidemiológica por ser una patología crónica, únicamente existe un sistema de prevención y control.

Se cuenta con la Resolución Ministerial 181 del 14 de Abril del 2010, mediante la cual se conforma el Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Se ha incorporado al Proyecto de Ley General de Salud artículos específicos referidos a: Notificación Inmediata, Equipos de Respuesta Rápida, Recursos Humanos en Epidemiología y generación de capacidades de detección y respuesta.

El Sistema de Vigilancia y Respuesta en Epidemiología del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, se estructura en la Unidad de Epidemiología a través de los 15 Programas Nacionales y el Centro Nacional de Enlace dependientes de la Unidad, con las funciones esenciales de detección, notificación, verificación, evaluación de riesgo y respuesta, dispuestas de acuerdo a los niveles de resolución y análisis en el sistema único, intercultural y comunitario de salud.

La Política del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud prevé el acceso a los servicios de salud por parte de la población boliviana bajo este sistema mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, la familia y la comunidad, logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural, con la aplicación de un modelo de salud familiar, plurinacional y comunitaria. Esta política sustenta también la incorporación de tecnología o estrategias para la toma de decisiones en políticas de regulación sanitaria.

La estructura de vigilancia epidemiológica tiene como primera fuente de información el Establecimiento de Salud de determinado departamento (desagregado a municipio, comunidad) que ha sufrido una epidemia o desastre natural. En caso de que se produzca uno de estos eventos adversos, existe como instrumento de recolección el formulario del Sistema de Información Nacional de Salud (SNIS) de notificación inmediata. Toda la información en salud está registrada en el SNIS Departamental y posteriormente se realiza la consolidación de información en salud a nivel Nacional. Los instrumentos de vigilancia en situación de desastres se encuentran en fase de validación.

Aún no se ha estructurado la vigilancia en puntos de entrada. Sin embargo, a partir del Taller Nacional de Designación de Puntos de Entrada, se establecerá en puntos de entrada designados un sistema de notificación que comprenderá herra-

mientas de notificación, protocolos, procedimientos para respuesta ante un evento de riesgo a la salud pública en cada uno de ellos.

A través del Comité Nacional de Implementación del Reglamento Sanitario Internacional se establecerán canales de comunicación con personal operativo todos los puntos de entrada ante un riesgo potencial o establecido cercano al punto de entrada.

Vigilancia sanitaria y regulación de los servicios privados de salud

La Unidad de Medicamentos y Tecnología en Salud trabaja conjuntamente con la aduana nacional en el tema de regulación del mercado farmacéutico, desde la importación de materia prima hasta el producto terminado. La Comisión Farmacológica Nacional tiene la función de realizar la evaluación de moléculas nuevas para su posterior introducción al mercado farmacéutico. De esta manera, y previa evaluación, se decide la incorporación de tecnologías. Se cuenta también con normas de regulación farmacéutica tales como registro sanitario de dispositivos médicos, con resolución ministerial 003, norma que permite la evaluación de dichos productos; el manual de inventario de dispositivos y equipos, con la resolución ministerial 0144, que permite contar con información actualizada en los niveles del Sistema Público de Salud; el manual de gestión tecnológica aprobada con la resolución ministerial 0142, que permite la incorporación de tecnologías a nivel de sistema de salud. Los manuales de vacunas, cosméticos, higiene doméstica, reactivos de diagnóstico y de registro sanitario de medicamentos permiten realizar la evaluación de los productos para su incorporación en el mercado farmacéutico. Bolivia forma parte de la comunidad andina, en la que se ha realizado la política para la evaluación de tecnologías sanitarias aprobada por resolución de ministros del área andina.

Los Servicios Privados de Salud tipificados en el artículo 36 de la Constitución Política del Estado, son regulados mediante leyes, decretos, resoluciones ministeriales y protocolos.

Vigilancia ambiental en salud

Actualmente no se cuenta con un sistema de vigilancia ambiental en salud. Sin embargo a través del Comité Nacional de Implementación del Reglamento Sanitario Internacional se busca trabajar con el INTERSECTOR para establecer estrategias de alerta temprana relacionadas con la vigilancia ambiental.

Por el momento, se ha trabajado en la formulación de Planes de Contingencia Departamentales, Regionales y Nacional para afrontar los eventos adversos ENOS Niño y Niña. En la respuesta se conforman Brigadas Mixtas Integrales en Salud (médicos de la Residencia Médica de Salud Familiar Comunitaria Intercultural;

médicos de la Brigada Médica Cubana; personal de enfermería, conductores y motoristas de los Servicios Departamentales de Salud y Fuerzas Armadas).

FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

Brecha entre las necesidades del sistema y la oferta de personal

En las últimas décadas y de acuerdo con la perspectiva neoliberal, constataciones empíricas dan cuenta de que el desarrollo de los recursos humanos fue enfocado en la lógica de las **reformas de salud orientadas hacia el mercado**. Por este motivo, la formación en salud: educación permanente y continua, las capacitaciones y actualizaciones, quedaron libradas a los requerimientos de programas tales como VIH/Sida, tuberculosis y Chagas, entre otros; y proyectos, totalmente segmentados, compartimentados y altamente focalizados (binomio madre – niño, por ejemplo), con poca o ninguna articulación entre ellos y menos desde una perspectiva integral/holística de la salud. De esta manera se quita el sentido y el acceso universal a la salud.

El Estado delegó su función y alta responsabilidad de cuidar la salud de todos los bolivianos/as a instituciones no públicas, como las ONG, que, ante el vacío estatal, suplieron por mucho tiempo esa alta función y responsabilidad del Estado y dieron inicio a la privatización de la salud en el ámbito de las políticas sociales.

Al no existir una política de recursos humanos de salud, tampoco existió una estrategia de acercamiento para responder a las demandas y necesidades del país en la formación de pregrado y postgrado del área de ciencias de la salud y menos en las otras disciplinas de las ciencias sociales. Tampoco hubo iniciativas de educación permanente para el personal del Sistema Nacional y menos para los otros sujetos y actores sociales involucrados en el quehacer de la salud.

Los recursos humanos de salud a nivel de pregrado se formaron y forman en la actualidad en universidades públicas y privadas. Estas últimas proliferaron a partir de la década de los 90, estimuladas por la libre oferta y demanda del mercado, instaurada en nuestro país a partir del Decreto Supremo 21060. En 2003, 76% de los estudiantes de ciencias de la salud estaban matriculados en universidades públicas (Tabla 7).

Tabla 7 – Número de matriculados en Ciencias de la Salud por tipo de universidad, Bolivia, 2003

Tipo de Universidades	N° de Universidades	Porcentaje	N° de matriculados en Ciencias de la Salud	Porcentaje
Públicas	11	33,34	32.981	76,20
Privadas	22	66,66	10.291	23,80
Total	33	100,00	43.272	100,00

Fuente: Ministerio de Educación, SNIES, La Paz, Bolivia, 2003.

Pese a la proliferación de universidades privadas, que en 10 años doblaron en número a las universidades públicas, estas últimas llevan una ventaja considerable en cuanto a los matriculados, como se puede observar en la Tabla 7.

Hasta 2003 existían 28 universidades que ofertaban algunas de las carreras de Ciencias de la Salud a nivel de pregrado, de las cuales el 56% correspondían a universidades del sistema privado. Se estableció, además, que en nuestro país funcionaban 81 carreras de Ciencias de la Salud a nivel de licenciatura. La Tabla 8 sustenta dicha afirmación.

Tabla 8 – Distribución de la oferta de carreras en Ciencias de la Salud, Bolivia, 2007

Carreras	Número	Porcentaje
Medicina	20	24,7
Odontología	19	23,5
Enfermería	17	21,0
Bioquímica - Farmacia	14	17,3
Nutrición y Dietética	3	3,7
Fisioterapia	8	9,9
Total	81	100,0

Fuente: Colque Mollo, Rubén. Perfil del Sistema de Salud. Bolivia, 2007. Informe final de consultoría. La Paz, Bolivia, 2007.

La predominancia del sector privado llevó a hacer hincapié en la formación clínica, en una lógica competitiva/individualista, altamente especializada y mercantilista; sin que se fomentase la solidaridad ni el trabajo en equipo. Por lo tanto, en la actualidad la mayoría de los recursos humanos formados en las universidades públicas y privadas no son pertinentes ni responden a los cambios que se vienen dando en nuestro país, es decir, se remiten a modelos y perspectivas filosófico teóricas que no tienen correspondencia con el imaginario de construcción de una Bolivia distinta. Es así que las prácticas de salud tienen poca o ninguna pertinencia con la dinámica socioeconómica y cultural de Bolivia.

La pérdida de rectoría del Ministerio de Salud y Deportes en materia de formación de recursos humanos en salud, se dio por haber transferido dicha función a organizaciones no gubernamentales y sobre todo al Colegio Médico de Bolivia.

La falta de una política de recursos humanos en salud hasta el año 2010 ha impedido contar con personal formado en el manejo de los tres campos que la constituyen: *educación permanente y continua de los recursos humanos; investigación clínico-social antropológico-cultural y administración y gestión.*

La Tabla 9 da cuenta de la situación de inequidad en la distribución de los recursos humanos en salud en Bolivia por nivel de atención, con concentración en el tercer nivel.

Tabla 9 – Distribución de recursos humanos por nivel de atención, Bolivia, 2000 y 2002

Nivel de atención	2000		2002	
	n	%	n	%
Primero	600	27	557	26
Segundo	1.070	48	716	34
Tercero	539	24	840	40
Total	2.209	100	2.113	100

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes, 2005

Otro aspecto digno de ser destacado es el relacionado con la distribución de cargos, según profesionales en salud, técnicos y apoyo administrativo. Veamos la siguiente Tabla 10.

Tabla 10 – Distribución de cargos en salud según categoría (%) por departamento, Bolivia, 2005

Departamentos	Profesional en salud	Técnico	Apoyo administrativo	Total en %
Chuquisaca	34	41	25	100
La Paz	39	37	24	100
Cochabamba	37	42	21	100
Oruro	34	44	21	100
Potosí	32	49	19	100
Tarija	33	40	27	100
Santa Cruz	36	44	21	100
Beni	28	51	21	100
Pando	29	54	16	100

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes, 2005, La Paz, Bolivia.

Hasta el año 2006, el personal del Sistema Nacional de Salud ascendía a 37.547 integrantes, entre profesionales, auxiliares de enfermería, técnicos y administrativos, tal como se puede observar en la siguiente Tabla 11. Estas cifras han ido creciendo, sobre todo a expensas del subsector público durante la presente gestión de gobierno.

Tabla 11 – Número total de profesionales del Sistema Nacional de Salud por categorías, Bolivia, 2006

Categoría Profesional	N° total Nacional	%
Médico general	3.119	8,0
Especialistas	4.986	13,0
Médico Familiar	241	1,0
Lic. en Enfermería	3.668	10,0
Auxiliares de Enfermería	8.394	22,0
Otras enfermeras	166	0,4
Lic. Bioquímica	730	2,0
Odontólogos	1.271	3,0
Otros (Otros en salud)	3.741	10,0
Administradores	303	2,0
Cocineras	541	1,0
Chóferes	591	1,0
Otros (Administración)	3.722	10,0
Internos	1.190	3,0
Estudiantes	1.301	3,0
Otros	3.083	9,0
Total	37.547	

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes, INASES, Inventario de equipamiento y recursos humanos, año 2006

Cambios y estrategias de innovaciones en la formación y educación permanente

El Ministerio de Salud y Deportes ha puesto en práctica la Estrategia de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural a través de dos experiencias: la Residencia Médica en Salud Familiar, Comunitaria Intercultural (SAFCI) y los Equipos Móviles SAFCI.

La Residencia Médica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural (que tiene directa relación con el Comité de Integración Docente Asistencial e Investigación), constituye en el momento actual la **única experiencia** que concretiza en la práctica las políticas del Sector de la Salud y los planteamientos filosófico-teóricos, metodológicos y técnicos de la Política SAFCI. Además, ha profundizado los conocimientos sobre determinadas categorías y ha ido rescatando a través de los procesos de complementariedad y reciprocidad los conocimientos y saberes de nuestros ancestros.

Los denominados “Equipos Móviles SAFCI”, están conformados por: un médico, una enfermera, un odontólogo, un profesional del área social y un conductor, y se desplazan también a comunidades, con el objetivo de implementar la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Estas dos experiencias constituyen los referentes necesarios e imprescindibles al momento de desarrollar cualquier proceso de educación permanente y continua

en salud. Las prácticas profesionales en el ámbito de la salud, no hicieron sino reproducir las formas de pensar y hacer salud desde una perspectiva biologicista - asistencial, lógica que también ha sido instaurada para los beneficiarios últimos de la salud, los sujetos y actores de la sociedad en su conjunto.

La política para el desarrollo de recursos humanos del Sector de la Salud en este momento histórico propone rupturas epistemológico - teóricas muy fuertes, proceso que el Ministerio de Salud y Deportes ha iniciado con la elaboración y puesta en marcha de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Por otro lado, categorías teóricas como la *colonización*, la *descolonización* y el *neoliberalismo* tienen una profunda relación con el poder. De ahí que ellas serán trabajadas en profundidad, sobre todo al ejecutar la política de desarrollo de recursos humanos en salud, cuya línea de formación permanente y continua estará dirigida a la *deconstrucción* de esas categorías con la participación del personal del Sistema Nacional de Salud, por una parte, y por otra, con la participación de los sujetos y actores sociales de las naciones originarias y campesinas, las clases medias, las autoridades y la población en general.

Figura 8 - Valores en la formación de recursos humanos para la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural



Fuente: Elaborado por el Dr. Franz Trujillo, Coordinador interno RM SAFCI, La Paz, Bolivia, 2008.

Actualmente se desarrolla un programa de educación permanente, conducido por los Especialistas en Salud Familiar Comunitaria Intercultural distribuidos en un centenar de municipios a lo largo de todo el país, dirigido a 3.600 personas,

de las cuales un 60% corresponde a trabajadores del primer nivel de atención en salud y el otro 40% se distribuye equitativamente entre personal de salud de otros niveles de atención o gestión, organizaciones sociales, autoridades gubernamentales y servidores públicos de otros sectores.

Modelo de gestión y administración del personal en salud

El campo de la gestión y administración de recursos humanos en salud, se ha visto afectado por la ausencia de una Carrera Sanitaria, una política salarial del sector, y mecanismos para la distribución adecuada y equitativa de los recursos humanos de Salud.

Es así que se da una gran concentración de médicos y enfermeras en las ciudades capitales, dejando desprotegidos a sectores geográficos alejados, que cuentan con puestos de salud mal equipados y atendidos solo por auxiliares de enfermería. Por otra parte, la asignación de lugares, puestos y cargos estuvo librada a una lógica clientelar y patrimonialista, por lo que todavía se encuentra a un personal con perfiles, destrezas y habilidades no adecuadas a las funciones que desempeñan.

Regulación de la formación y de las profesiones

Los mecanismos institucionales de coordinación entre las instituciones formadoras y el sistema de salud están dados por la articulación entre las direcciones, unidades y programas del ministerio, que coordinan con los responsables departamentales, y los Comités Nacional y Regionales de Integración Docente Asistencial e Investigación.

A pesar de la existencia de estas estructuras, el Ministerio de Salud, como parte de la recuperación de su capacidad rectora, ha identificado la necesidad de realizar una evaluación de la situación y distribución de los recursos humanos en salud, para proyectar a mediano y largo plazo la formación de profesionales, técnicos y especialistas acorde con los perfiles epidemiológicos de cada territorio.

Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud

Coherencia entre políticas y acción sobre los determinantes sociales de la salud

Para observar el estado de algunos determinantes sociales de la salud, tomaremos como ejemplo la tasa de mortalidad infantil en los diferentes departamentos del país y su relación con la incidencia de la pobreza absoluta, con la disponibilidad de agua segura y con la tasa de analfabetismo en mujeres mayores de 15 años, conforme se puede observar en la Tabla 12.

Para el año 2001, la tasa de mortalidad infantil en Bolivia fue de 66 por mil nacidos vivos. Los departamentos con las tasas de mortalidad infantil más altas fueron Potosí (99 por mil nacidos vivos), Oruro (82 por mil nacidos vivos), Cocha-

bamba (72 por mil nacidos vivos) y Chuquisaca (71 por mil nacidos vivos). En estos departamentos se encuentran, en términos generales, las tasas más altas de algunos de los determinantes: incidencia de la pobreza, inaccesibilidad a servicios básicos y analfabetismo femenino en mayores de 15 años.

Tabla 12 – Tasa de mortalidad infantil y relación con indicadores de determinantes de salud, por departamentos, Bolivia, 2001

Departamento	Incidencia de pobreza absoluta (%)	Porcentaje de población sin acceso a agua segura	Tasa de analfabetismo en mujeres > 15 años (%)	Tasa de mortalidad infantil*
Potosí	66,7	56,0	40,0	99
Oruro	46,3	42,5	17,3	82
Cochabamba	39,0	46,1	21,2	72
Chuquisaca	61,5	46,1	34,8	71
La Paz	42,4	34,5	17,6	64
Pando	34,7	61,4	13,8	63
Beni	41,0	64,9	11,7	60
Santa Cruz	25,1	22,3	10,3	54
Tarija	32,8	24,5	20,1	53
Bolivia	40,4	37,7	19,4	66

Fuente: Bolivia. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. INE. Informe Progreso de los Objetivos de Desarrollo del milenio. *Muertes por mil nacidos vivos.

En los departamentos de Santa Cruz y Tarija se registraron las tasas más bajas de mortalidad infantil en el país: Santa Cruz (54 por mil nacidos vivos) y Tarija (53 por mil nacidos vivos). Coincidentemente estos son los departamentos de mayor desarrollo económico social en el país, por lo que la incidencia de la pobreza es más baja. Al mismo tiempo, un porcentaje mayor de los hogares disponen de agua potable y la tasa de analfabetismo en estos dos departamentos es la más baja del país.

Llama la atención la relación casi directa entre la incidencia de la pobreza absoluta, la tasa de analfabetismo en mujeres mayores de 15 años y la tasa de mortalidad infantil. El departamento con mayor incidencia de pobreza absoluta es Potosí (66,7%). Coincidentemente, en este departamento se registra la mayor tasa de analfabetismo femenino del país (40,0%) y la mayor tasa de mortalidad infantil (99 por mil nacidos vivos). El departamento de Chuquisaca, que registra una incidencia de la pobreza de 61,5%, registra una tasa de analfabetismo de 34,8% y una tasa de mortalidad infantil de 71 por mil nacidos vivos.

En el departamento de Chuquisaca, los municipios de Incahuasi, Tarvita, Tarabuco, Poroma y Presto registran tasas de mortalidad infantil por encima de 100 por mil nacidos vivos. En estos municipios, coincidentemente, la situación de los determinantes sociales, especialmente en cuanto a incidencia de la pobreza y tasa de analfabetismo femenino, es de lo más preocupante.

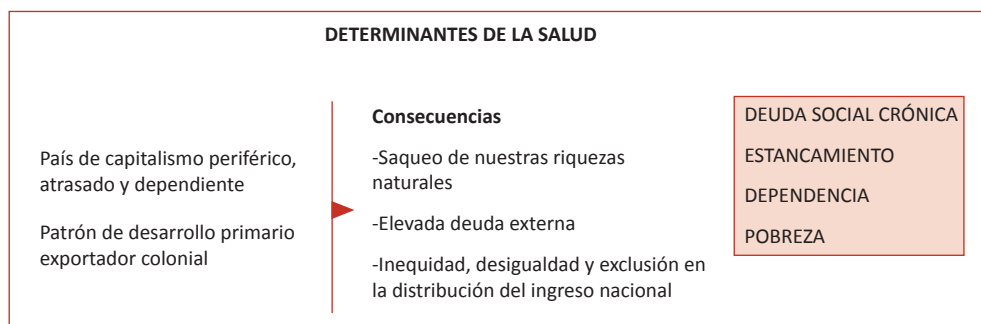
En el departamento de Potosí, muchos municipios registran tasas de mortalidad infantil por encima de 100 por mil nacidos vivos: Atocha (103 por mil nacidos vivos), Aranpampa (103 por mil nacidos vivos), Ravelo (107), Tacobamba (114) Ocurí (115), Puna (116), Tinquipaya (116), Toro Toro (119), Acasio (122), Chayanta (123), Pocoata (123), Colquechaca (129), San Pedro de Buena Vista (131) y Caripuyo, municipio que registra la más alta mortalidad infantil del país (170 por mil nacidos vivos). En todos estos municipios, excepto Atocha, la incidencia de la extrema pobreza afecta a más del 90% de la población y más del 50% de la población femenina mayor de 15 años está en condición de analfabetismo. De la misma manera, en estos municipios se observan importantes carencias en el acceso a agua por cañería.

En el departamento de Tarija, los municipios con las tasas más baja de mortalidad infantil son: Yacuiba (52 por mil nacidos vivos), Villa Montes (52 por mil nacidos vivos) y Tarija (38 por mil nacidos vivos). Estos mismos municipios registran, asimismo, las tasas más bajas de analfabetismo femenino y la incidencia más baja de la pobreza absoluta en el departamento.

La mortalidad infantil en todo el departamento de Santa Cruz es de 54 por mil nacidos vivos. Las tasas más bajas de mortalidad infantil en el departamento de Santa Cruz se registran en los municipios de Roboré (47 por mil nacidos vivos), Boyuibe (47 por mil nacidos vivos), Montero (45 por mil nacidos vivos), Camiri (45 por mil nacidos vivos), Puerto Quijarro (44 por mil nacidos vivos, Santa Cruz (43 por mil nacidos vivos), Portachuelo (41 por mil nacidos vivos). En los municipios de Santa Cruz (ciudad) y Puerto Quijarro, la tasa de analfabetismo en mujeres mayores de 15 años afecta solamente al 5,8%. La pobreza absoluta en el municipio de Santa Cruz afecta al 9,3% de su población: este es el municipio con más baja incidencia de la pobreza absoluta en todo el país.

La realidad sociosanitaria boliviana, tradicionalmente basada en una concepción biologicista, mercantilista, individualista y excluyente, exige ser cambiada por decisión soberana del pueblo, expresada en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

Figura 9 – Determinantes de la salud: causas y consecuencias



Como se ha explicado anteriormente, desde el Ministerio de Salud se construye participativamente como respuesta a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) el nuevo modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), que plantea un cambio paradigmático en la atención y la gestión de la salud, orientada a la acción sobre sus determinantes sociales institucionalizando la participación y el control social, con una perspectiva intercultural y descolonizadora.

Además, se desarrolla una propuesta de transformación del Ministerio de Salud y Deportes, creándose por primera vez un Viceministerio para la Medicina Tradicional y otro para la Promoción de la Salud y la SAFCI e impulsándose la formación masiva de profesionales y la educación permanente de todos los actores involucrados en el quehacer en salud.

Una serie de programas se implementan desde el Ministerio de Salud y Deportes para incidir sobre los problemas prioritarios de salud a nivel municipal y local, todos ellos enfocados en la acción intersectorial sobre los DSS. Un ejemplo de éstos es el programa Desnutrición Cero, donde todos los sectores del país participan en la lucha contra la desnutrición actuando sobre sus determinantes. Para este programa se creó una Comisión Nacional dirigida por el propio presidente Evo Morales, lo cual da cuenta de la voluntad política del gobierno.

Estrategias de coordinación intersectorial

Una de las estrategias en la implementación de la SAFCI, es la conjunción de esfuerzos, recursos y capacidades para llegar a un mismo objetivo, entre los distintos sectores de la sociedad, la población organizada, el equipo de salud, en complementariedad y reciprocidad con los médicos de las naciones y pueblos indígena originario campesinos, las instituciones públicas, privadas y organizaciones sociales. Todos deben tener un sur que seguir, un objetivo a cumplir, basados en compromisos asumidos debiendo refrendarse en convenios interinstitucionales.

Dentro del componente de gestión de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural se da un proceso participativo comunitario intersectorial, que se desarrolla de manera cíclica y continua en forma de espiral, junto a las comunidades urbanas y rurales (ayllus, marcas, tentas, capitanías, jathas, Organizaciones Territoriales de Base, Juntas Vecinales y otros) y sus representantes legítimos, de manera corresponsable con el Sector de la Salud y con los demás sectores en cuanto a la gestión, con participación municipal, del territorio autónomo indígena originario campesino, regional y departamental.

La gestión del bien comunitario ha sido desarrollada sobre la base de ciertos principios, que sustentan la construcción de los procesos del bien común a través de los adecuados equilibrios, la complementariedad y las prácticas de reciprocidad. En este sentido, las Comunidades han desarrollado y aún practican formas propias

de planificación y control social, a las cuales tanto el Sector de la Salud como los demás sectores deben amoldarse.

Es importante comprender que cada actividad social (el trabajo productivo, la educación, la salud, etc.) contribuye a la conformación social de la comunidad, pero no ninguna de las actividades por separado es el fin mismo de la vida cotidiana. Todas suman, pero la finalidad misma es la VIDA, el vivir bien, el ser humano en su entorno.

INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA LA SALUD

La industria farmacéutica cuenta con 22 laboratorios nacionales que producen el 45% de los medicamentos esenciales y genéricos.

Actualmente, la Universidad Siglo XX tiene proyectado establecer una fábrica de medicamentos huérfanos y esenciales como prioridad nacional. Por su parte, la Universidad Mayor de San Andrés cuenta con el Instituto de Investigaciones Bioquímicas Farmacéuticas, que promueve la producción de medicamentos en base a la investigación de plantas tradicionales y produce en la actualidad jarabe de evanta. Por otro lado, en el municipio Caripuyo se ha establecido una industria local como apoyo a la estrategia de desnutrición cero.

El acuerdo de la Organización Mundial del Comercio sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual (ADPIC) rige el tema para todos los países miembros de la organización. A su vez, se cuenta con la decisión 486 de la Comunidad Andina como marco legal de propiedad intelectual.

Los acuerdos de la Comunidad Andina permiten realizar gestiones para abaratar costos al estado, como la compra conjunta de medicamentos de alto costo que actualmente se está realizando.

Asimismo, los **acuerdos** permiten aplicar flexibilidades establecidas en los ADPIC, tales como importaciones paralelas, licencias obligatorias, etc. A través de la Alianza Bolivariana para las Américas (ALBA), actualmente se están realizando actividades conjuntas con los países miembros. Un ejemplo de este tipo de actividades es la creación del centro ALBAMED, que permitirá abastecer medicamentos esenciales y facilitar la disponibilidad.

Los **tratados** pueden tener impacto negativo en el precio de los medicamentos elevando su costo y disminuyendo la disponibilidad de medicamentos genéricos y tecnologías. También influyen en la producción nacional, ya que el tratado siempre está dirigido a favorecer al país que tiene un índice de crecimiento de fabricación mayor.

El marco normativo que permite superar las barreras de acceso está constituido por la Política Nacional de Medicamentos; Ley del Medicamento 1737; Decreto Supremo Reglamentario 2523; Decreto 26873 del Sistema Nacional Único de Suministro.

Si bien no existe una política de precios, Bolivia, en el marco de la buena gobernanza en medicamentos, está implementando el observatorio de precios de medicamentos que involucra precios de licitaciones, precios de medicamentos importados y nacionales, precios internacionales y precio referencial.

Se cuenta con un manual para efectuar licencias obligatorias, cuya resolución ministerial está en proceso de aprobación.

La política nacional de medicamentos (Ley del Medicamento 1737 Decreto Supremo 26873) permite garantizar el acceso de medicamentos. Sin embargo, no se cuenta con una política específica de medicamentos de alto costo.

La industria farmacéutica boliviana obtuvo su mayor desarrollo a partir del Decreto Supremo Nro. 14346 del 14 de febrero de 1977, a través del cual se permite a laboratorios internacionales elaborar medicamentos en laboratorios nacionales, bajo licencia concedida por laboratorios de origen, como Bayer, Merck, etc. El número de plantas industriales farmacéuticas asciende a 22 y las plantas disponen de la tecnología necesaria para realizar las diferentes etapas del proceso de producción, desde el desarrollo galénico hasta el empaque, embalaje, cuarentena y almacenamiento, con los correspondientes controles de calidad. En lo que respecta a medicamentos, las empresas INTI y BAGO cuentan con la certificación de Buenas Prácticas de Manufactura. En lo referente a vacunas, el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud tiene la capacidad de producir la vacuna antirrábica para humanos y suero antiofídico polivalente.

Es importante señalar que en Bolivia, los laboratorios industriales farmacéuticos, a fin de diversificar sus actividades, son también importadores de medicamentos terminados de diferentes laboratorios, en su mayoría de capitales nacionales, instalados en la región de Suramérica. Desde el punto de vista estructural, de instalación y equipos, la industria está suficientemente equipada para encarar una expansión sin necesidad de aumentar su capacidad. Como otros tipos de laboratorios, incluyendo empresas transnacionales, la importación de medicamentos esenciales favorece todo lo referente a la reducción de costos y la disponibilidad de los medicamentos para la población.

Bolivia cuenta con el Decreto Supremo 0181 “SABS” Decreto Supremo 26873 que permite realizar licitaciones nacionales e internacionales para adquirir medicamentos esenciales al precio evaluado más bajo. También participa en la adquisición de medicamentos para los programas a través del fondo estratégico.

Las nuevas tecnologías en salud son decididas en base a la Ley del Medicamento 1737 Decreto Supremo 25235 que permite realizar la regulación de medicamentos, insumos y dispositivos médicos.

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD

Políticas nacionales de investigación en salud

Existen políticas y programas de investigación en salud que se desarrollan en áreas como nutrición, Chagas y malaria. Estos programas están implementando políticas sociales y programas de investigación en poblaciones vulnerables para el manejo integral y oportuno de estos problemas, como en el caso de Chagas congénito y el diagnóstico rápido de la malaria, promoviendo el desarrollo humano a través de capacitación en técnicas mecánicas, como las pruebas rápidas que utilizan los colaboradores voluntarios del oriente boliviano, que no cuentan con un alto nivel de instrucción. En el país existe una norma sobre investigación y los requisitos para la elaboración de los protocolos de investigación.

La formulan los programas de acuerdo al Plan de Desarrollo Sectorial y enmarcado en el Plan de Desarrollo Nacional. La implementación está a cargo de los Programas, a través de los Servicios Departamentales de Salud y organizaciones no gubernamentales elegidas como subreceptores por financiadores externos.

Los proyectos deben ser evaluados por la Comisión Nacional de Bioética y la Comisión Nacional de Bioética e Investigación.

El financiamiento es externo y del Tesoro General de la Nación, ya que el ámbito de trabajo y ejecución es amplio y requiere de apoyo económico para llevar adelante las actividades que precise determinado programa de manera que se pueda controlar y o eliminar los cuadros clínicos y las consecuencias en la salud de la población. Los proyectos de investigación del propio país son muy escasos, se reducen a los actores locales y municipales de orden no gubernamental, en el caso de ONG, y gubernamental, en el caso de universidades o cooperaciones educativas de la iglesia a poblaciones vulnerables.

Bases para la creación del Sistema Plurinacional de Investigación en Salud

Aceptando como una verdad incontrovertible “que la política sanitaria, la salud pública y la prestación de servicios deben basarse en pruebas fiables, procedentes de investigaciones de alta calidad” (Declaración de México sobre las Investigaciones Sanitarias, 2004), y que desestimar los datos que aportan es “nocivo para los individuos y las poblaciones”, Bolivia se alinea a los postulados de la Declaración de México sobre las Investigaciones Sanitarias que, con carácter de importancia prioritaria para la región, fue emitida en la Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud, llevada a cabo en México, D.F. del 16 al 20 de noviembre de 2004. Los argumentos que sustentan dicha declaración justifican además la solicitud de intervención de los gobiernos para que se comprometan financiamientos para las investigaciones necesarias en salud, se establezca una política nacional de investigación sanitaria en

cada país y se promuevan actividades encaminadas al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas nacionales de investigación sanitaria. Esto se complementa, halla coherencia y refuerza plenamente en la Declaratoria de México, con la Resolución de la 58 Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizada en 2005, llamando a los Estados Miembros, al Director General de la OMS y a la comunidad científica internacional a establecer o reforzar los mecanismos para la transferencia del conocimiento en apoyo de los sistema de salud pública y las políticas basadas en evidencias.

Por otra parte, el artículo 103 de la nueva Constitución Política del Estado es altamente favorable cuando señala textualmente: “El Estado garantizará el desarrollo de la ciencia y la investigación científica, técnica y tecnológica en beneficio del interés general”, destinando los recursos necesarios y creando el Sistema Estatal de Ciencia y Tecnología, del cual el Sistema Plurinacional de Investigación en Salud (SIPLIS) sería uno de los principales componentes. Por tanto, se hace necesaria la elaboración de la norma para su organización y funcionamiento, concibiéndolo como el conjunto de instituciones estatales, científicas, académicas, asistenciales y sociales de Bolivia que, siendo públicas, privadas o de la seguridad social generan y aplican conocimiento e información y desarrollan procesos de investigación para el mejoramiento de la salud y el bienestar humanos.

En el marco de la Constitución Política del Estado, el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Sectorial de Desarrollo del Ministerio de Salud y Deportes, en los últimos años se han realizado esfuerzos por implementar una instancia de investigación en salud, fortaleciendo esta área a partir de la experiencia previa del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación.

Para dicho fin el Ministerio de Salud y Deportes, como autoridad y vértice estratégico, determinó conformar el SIPLIS para que articule, coordine, gestione, administre, regule y promueva la investigación, con la participación directa de organizaciones estatales, académicas, sociales, asistenciales e instituciones de investigación en el campo de la salud, el saneamiento y sus determinantes, dando el paso inicial con la elaboración de un documento borrador sobre su normativa, en la cual se plasma los principales objetivos y líneas de acción futuras.

En procura de lograr un trabajo que permita relaciones efectivas de coordinación, integración, complementación y cooperación mutua, los órganos de conducción del SIPLIS, con una Secretaría Ejecutiva permanente a cargo del Ministerio de Salud y Deportes, promoverían que las instituciones que lo integran se encuentren organizadas en redes correspondientes en los niveles nacional, departamental – urbano, departamental – rural y local, con un registro codificado que permita su fácil identificación geográfica y territorial, así como sus posibles ámbitos de acción y cobertura.

Las finalidades esenciales del Sistema Plurinacional de Investigación en Salud (SIPLIS) serían:

- Promover una cultura de investigación en salud, desarrollando acciones de educación, difusión de la información, generación de incentivos, consultoría u otras que considere pertinentes.
- Articular y coordinar iniciativas y acciones interinstitucionales para la investigación, rescate y validación de los conocimientos propios de las diversas formas de medicina tradicional que se practican en el país.
- Acoger los acuerdos internacionales existentes en el área de investigación e integrar los esfuerzos del país a las redes externas.
- Proteger y defender el patrimonio biológico, ecológico, geográfico, antropológico, social, histórico, cultural y médico científico del país de perjuicios que, incidiendo sobre los intereses de la salud, el saneamiento y el bienestar humano, puedan darse o se den por obtención de muestras biológicas, información u obtención de patentes no autorizadas por el SIPLIS, salvo aquellos casos que previamente hubiesen sido conocidos y divulgados en la literatura internacional.

En cuanto a los proyectos de investigación propiamente dichos, el SIPLIS cumpliría todo el proceso de convocatoria, selección, asignación de recursos y fomento, además de establecer regulaciones para su publicación, difusión y registro en un Centro Nacional de Información y Documentación de Investigación en Salud. Además, y con el fin de transparentar los procesos de investigación, este centro emitiría un boletín semestral (virtual y físico) para dar a conocer, de primera fuente, el diseño básico de los proyectos que hubiesen sido aprobados, los responsables para su ejecución, las instituciones participantes, las fuentes de financiamiento y sus montos, las etapas y lugares para su cumplimiento, su duración, el cronograma, el grupo o población objetivo y la instancia responsable de su seguimiento y control. Con estos alcances, el boletín sería la memoria misma del sistema, porque también divulgaría los resultados de las investigaciones una vez concluida y autorizada su publicación, pudiendo editarse un número especial del boletín si la importancia de alguno de los trabajos lo ameritara.

COOPERACIÓN EN SALUD

Necesidades de apoyo técnico

La debilidad identificada se evidencia durante las epidemias, donde cada Servicio Departamental de Salud pretende intervenir a veces de manera desordenada y sin cumplir la norma, pues la coordinación central y departamental es inconsistente. Por eso, el apoyo técnico debe ser no solo específico en el tema sino también en materia de coordinación y fortalecimiento institucional.

Posibilidades y experticias potenciales de oferta

El Estado Plurinacional de Bolivia y, sobre todo, sus pueblos originarios, tienen un caudal de sabiduría que se expresa en el paradigma del Vivir Bien y que es el mayor legado que podemos compartir en un mundo amenazado por las ansias de acumulación y consumo del modelo capitalista. Bolivia propone un modelo de desarrollo diferente, una forma distinta de entender el progreso, en el cual el centro no es el hombre que compite y acapara “cosas” depredando el planeta, sino la vida en todas sus dimensiones, en el que se respeta la naturaleza y se guarda el equilibrio con el universo, donde todo alcanza para todos.

Entre las lecciones más importantes que hoy se recogen en Bolivia, desde el punto de vista estratégico, para la construcción de un sistema de salud diferente, pueden resaltarse tres: 1) las derivadas de la implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural en los niveles locales, en especial con relación al trabajo comunitario, el rescate de la medicina tradicional y el abordaje intercultural de la salud; 2) la experiencia de un nuevo tipo de educación permanente y popular en salud; y 3) los logros producto de la amplia participación de la sociedad en la construcción de las políticas, en su desarrollo y control.

En cuanto al apoyo técnico, Bolivia tiene experiencia en el manejo de medicamentos anti maláricos y en la capacitación de los rociadores y/o fumigadores, en el caso del programa malaria dengue.

Cuadro 5 – Sistema de Salud en Bolivia: síntesis – marco constitucional, estructura y prioridades de la política actual

País BOLIVIA	Marco constitucional y legal de la salud	Estructura del sistema de salud	Funciones del Ministerio de Salud y Deportes	Prioridades de la política actual
<p>Estado Plurinacional de Bolivia</p> <p>Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario</p> <p>Población: 10.031.000 habitantes.</p> <p>Bolivia está dividida en 9 departamentos, 112 provincias, 337 municipios y más de una docena de territorios indígenas originario campesinos.</p> <p>Hay Autonomías Departamentales, Autonomías Indígenas Originario Campesinas, Autonomías Municipales, Autonomías Regionales.</p>	<p>Salud en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia 2009</p> <p>Art. 18: Todas las personas tienen derecho a la salud. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.</p> <p>El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.</p> <p>Art. 35: El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígenas originario campesinos.</p> <p>Art. 36: El Estado garantizará el acceso al Seguro Universal de Salud. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.</p> <p>La Ley Marco de Autonomías y Descentralización de 2010, Artículo 81, define que el nivel central del Estado tiene entre sus competencias: “Ejercer la rectoría del</p>	<p>Cuatro esferas de gobierno en salud:</p> <p>1) Esfera nacional: Ministerio de Salud y Deportes como ente rector. 2) Esfera departamental: Los Servicios Departamentales de Salud, operativizan las normas nacionales, responden a las necesidades locales de las regiones y son responsables de la administración de los recursos humanos. 3) Esfera municipal: los gobiernos municipales son los encargados de la administración de los establecimientos de salud a través de los Directorios Locales de Salud (DILLOS). Las Coordinaciones de Red están subordinadas a los SEDES. 4) Esfera indígena: función participativa y de decisión respecto a los integrantes de su nación indígena originaria de manera que la atención sea diferenciada, intercultural e integral.</p> <p>Estructura del Sistema Salud:</p> <p>El subsector público se establece para brindar servicios de salud a las personas que no están afiliadas al seguro social obligatorio.</p> <p>El subsector de la seguridad social atiende a los trabajadores asalariados, organizados. Está conformado por 9 entes gestores (Cajas de Salud) y seguros delegados. Es fiscalizado por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES).</p>	<p>Ministerio de Salud y Deportes (MSD), creado en 1938 con atribuciones de formulación de normas, de regulación y conducción de políticas y estrategias nacionales.</p> <p>Al nivel central del Estado compete:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, de acuerdo a la concepción del vivir bien y el modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género. -Elaborar la normativa de la política de salud familiar comunitaria intercultural y salud sexual en sus componentes de atención y gestión participativa con control social en salud. -Elaborar la legislación para la organización de las redes de servicios, el sistema nacional de medicamentos y suministros y el desarrollo de recursos humanos que requiere el Sistema Único de Salud. -Promover y apoyar la implementación de las instancias de gestión participativa y control social. -Definir y coordinar la implementación de una política nacional de gestión y capacitación de los recursos humanos y coordinar con las instituciones de educación superior la formación de los recursos humanos de pre y postgrado, en el marco de la política sanitaria familiar comunitaria intercultural. 	<p>El objetivo del Plan Nacional de Salud es eliminar la exclusión social en salud, a través de la implementación del Sistema Único Comunitario Intercultural de Salud, que asume el principio de la participación social en la toma de decisiones en todos sus niveles de gestión y atención de la salud de bolivianos/as como un <i>Derecho Fundamental que el Estado garantiza</i>.</p> <p>La política actual plantea un modelo sanitario con dos componentes fundamentales: Atención en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFICI) y Gestión Compartida de la Salud. La Salud Familiar Comunitaria Intercultural constituye el eje central del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Incorpora nuevo paradigma en la atención de la salud, centrada en la familia y en la comunidad, con enfoque integral e intercultural de promoción, prevención, tanto en los servicios como en la comunidad.</p>

Cuadro 5 – Sistema de Salud en Bolivia: síntesis – marco constitucional, estructura y prioridades de la política actual (cont.)

País BOLIVIA	Marco constitucional y legal de la salud	Estructura del sistema de salud	Funciones del Ministerio de Salud y Deportes	Prioridades de la política actual
	<p>Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a la concepción del vivir bien y el modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género.</p> <p>Principios y valores</p> <p>La nueva Constitución Política del Estado define como valores supremos: “la dignidad humana, la justicia, la igualdad, la libertad y el pluralismo político”. Los principios ético-morales de la sociedad plural son: “ama qhilla, ama llulla, ama suwa (no seas flojo, no seas mentiroso ni seas ladrón), suma qamaña (vivir bien), ñandereko (vida armoniosa), teko kavi (vida buena), ivi marae’ (tierra sin mal) y qhapaj ñan (camino o vida noble)”</p>	<p>El Subsector privado corresponde a las Compañías de Seguro, las Compañías de Medicina Prepagada y las Organizaciones No Gubernamentales.</p> <p>El Subsector de Medicina Tradicional está bajo la responsabilidad del Vice-ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, que tiene como objetivo facilitar el acceso a una atención de salud equitativa a través de una red de establecimientos básicos de salud con adecuación y enfoque intercultural, dentro del derecho fundamental a una vida digna. Atiende aproximadamente al 10% de la población, especialmente rural.</p>	<p>Garantizar la recuperación de la medicina tradicional en el marco del Sistema Único de Salud y establecer la norma sobre la propiedad y los derechos intelectuales colectivos de los pueblos indígenas originarios campesinos, sobre prácticas, conocimientos y productos de la medicina tradicional; entre otros</p> <p>Vigilancia epidemiológica</p> <p>El Sistema de Vigilancia y Respuesta en Epidemiología del MSD, se estructura en la Unidad de Epidemiología a través de los 15 Programas Nacionales y el Centro Nacional de Enlace con las funciones de detección, notificación, verificación, evaluación de riesgo y respuesta</p> <p>Vigilancia sanitaria</p> <p>La Unidad de Medicamentos y Tecnología en Salud regula el mercado farmacéutico desde la importación de materia prima hasta el producto terminado. La Comisión Farmacológica Nacional tiene la función de realizar la evaluación de moléculas nuevas para su posterior introducción al mercado farmacéutico.</p>	<p>El Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia la Salud Universal” define tres ejes estratégicos que orientarán el accionar del Sector Salud:</p> <p>Acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario intercultural</p> <p>Promoción de la salud en el marco de la SAFCI</p> <p>Soberanía y Rectoría en el marco del Sistema Único SAFCI</p>



Cuadro 6 – Sistema de Salud en Bolivia: síntesis – protección social, financiamiento, investigación e innovación en salud

Protección social en salud	Financiamiento: Fuentes y composición gasto en salud	Investigación e innovación en salud
<p>Están en funcionamiento seguros públicos y programas de protección social, entre ellos:</p> <p>El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), para menores de cinco años de edad y madres.</p> <p>El Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), para mayores de sesenta años</p> <p>El Programa Nacional del Bono Juana Azurduy, para reducir los índices de mortalidad materno-infantil.</p> <p>El Programa Multisectorial Desnutrición Cero, para erradicar la desnutrición crónica y aguda en menores de cinco años, con énfasis en los menores de dos años de edad.</p> <p>La población de 0 a 4 años está 100% protegida: 78% por el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y 22% por la Seguridad Social.</p> <p>La población mayor de 60 años está 100% protegida: el 74% por la Seguridad Social y el 26% por el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM).</p> <p>Sin embargo, solamente 28% de la población de 5 a 59 años está protegida, cubierta por la Seguridad Social, lo que significa que 72% en estas edades no están cubiertos.</p> <p>Los seguros públicos o sociales cubren 42,5% de la población total. La cobertura de los seguros públicos, SUMI y SSPAM, alcanza 11,9% de la población total y la previsión social (diversas cajas de salud de contribución obligatoria para trabajadores formales) cubre 30,6% de la población, con una brecha de cobertura de 57,5% de la población boliviana.</p>	<p>Gastos en salud 2008: subsector público 42%, subsector Seguridad Social 28%, subsector privado 30%.</p> <p>Los gastos totales en salud como proporción del PIB en 2008 fueron de 4,62%, correspondiendo 1,79% al gasto público en salud, 1,31% al gasto de las Seguridad Social con salud y 1,52% al gasto privado en salud.</p> <p>La población no beneficiaria de los seguros SUMI y SSPAM, realiza pagos por atenciones médicas en los establecimientos de públicos de salud. Hay pagos en efectivo y primas en SUMI y SSPAM</p>	<p>Está en proceso de implementación el Sistema Plurinacional de Investigación en Salud (SIPUS) que tiene como objetivos promover y difundir la investigación en el sector salud, para el desarrollo e implementación de las políticas públicas del Estado Plurinacional de Bolivia, en el afán de contribuir a mejorar la calidad de vida de las bolivianas y los bolivianos para alcanzar el “VIVIR BIEN”, en marcado en la Salud Familiar Comunitaria Intercultural</p>

REFERENCIAS

- Colque Mollo R. Perfil del Sistema de Salud. Bolivia, 2007. Informe final de consultoría. La Paz, Bolivia: 2007.
- Ministerio de Salud y Deportes, INASES. Inventario de equipamiento y recursos humanos. La Paz, Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2006.
- Ministerio de Salud y Deportes. Diagnóstico Rápido para la Reestructuración de las Redes de Salud. La Paz, Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2010.
- Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. INE. Informe Progreso de los Objetivos de Desarrollo del milenio. La Paz, Bolivia: Instituto Nacional de Estadística; 2001.

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- ADPIC – Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (TRIPS – *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*)
- ALBA – Alianza Bolivariana para las Américas
- APS – Atención Primaria de la Salud
- CNE – Centro Nacional de Enlace
- DILOS – Directorio Local de Salud
- DSS – Determinantes Sociales de la Salud
- HPIC – *Highly Indebted Poor Countries*
- INASES – Instituto Nacional de Seguros de Salud
- INSO – Instituto Nacional de Salud Ocupacional
- MSD – Ministerio de Salud y Deportes
- OMS – Organización Mundial de la Salud
- OPS – Organización Panamericana de la Salud
- PND – Plan Nacional de Desarrollo
- PSD – Plan Sectorial de Desarrollo
- RSI – Reglamento Sanitario Internacional
- SAFCI – Salud Familiar Comunitaria Intercultural
- SEDES – Servicio Departamental de Salud
- SIPLIS – Sistema Plurinacional de Investigación en Salud
- SNIS – Servicio Nacional de Información en Salud
- SSPAM – Seguro de Salud para el Adulto Mayor
- SUMI – Seguro Universal Materno Infantil
- SUS – Sistema Único de Salud

The background of the slide features a photograph of a person from behind, wearing a blue t-shirt and a white safety vest, walking away towards a landscape. Overlaid on the left side of the image is a semi-transparent map of South America. The map is divided into horizontal bands of color: dark blue at the top, light blue, green, yellow, and red at the bottom. A vertical green line runs down the left side of the map. The title text is positioned over the yellow and red bands of the map.

Sistema de Salud en Brasil



IV. Sistema de Salud en Brasil

La Constitución Federal actual, promulgada en 1988, define Brasil como una República Federativa Presidencialista. La Federación Brasileña está formada por el Gobierno Federal, cuya sede se encuentra en el Distrito Federal (Brasília), por 26 estados y 5.564 municipios.

La República Federativa de Brasil, está delimitada al este por el océano Atlántico, con un litoral de 7.491 km, y posee frontera con todos los países de Suramérica, excepto Ecuador y Chile. Limita al norte con Venezuela, Guyana, Suriname y con el departamento ultramarino francés de la Guyana Francesa; al noroeste con Colombia; al oeste con Bolivia y Perú; al sudoeste con Argentina y Paraguay y al sur con Uruguay. Por su extensión geográfica, ocupa 47% del territorio de Suramérica y su población equivale a cerca de 50% de la población de Suramérica, con 191 millones de habitantes en 2010. Es el único país de habla portuguesa en las Américas y es una nación multicultural y étnicamente diversificada, resultado de la fuerte inmigración proveniente de muchos países.

La Carta Constitucional Federal de 1988, conocida como Constitución Ciudadana, consagró inéditos derechos individuales y colectivos entre los cuales se destaca el derecho universal a la salud y el deber del Estado de asegurarlo, mediante la creación del Sistema Único de Salud (SUS). El SUS unificó los servicios de salud públicos de la seguridad social y de las tres esferas de gobierno, con libre acceso de toda población.

En la actualidad, la protección social en salud en Brasil es universal y gratuita en el acto de la utilización, garantizada por el SUS en sus servicios propios o servicios privados contratados. Los avances logrados por el SUS son innegables y repercutieron de forma significativa sobre los niveles de salud de la población y en la gestión del sistema. La expansión de la atención básica, la eliminación y

el control de enfermedades de gran impacto sobre la salud de la población y la reducción de la mortalidad infantil son ejemplos que demuestran las conquistas obtenidas. Todavía existen enormes desafíos que requieren medidas estructurantes capaces de asegurar la continuidad de las conquistas y permitir enfrentar desafíos urgentes, como el envejecimiento de la población y las causas externas de morbilidad y mortalidad, como los accidentes (sobre todo de tránsito) y la violencia interpersonal.

El SUS dispone de un amplio conjunto de unidades y equipamiento de salud mediante los cuales se presta un conjunto diversificado de servicios y acciones. Sin embargo, continúan existiendo desigualdades en el acceso, como resultado, entre otros factores, de la concentración de servicios en determinadas regiones, así como también de la carencia de servicios en muchos municipios. El reordenamiento y la implantación de acciones y servicios de salud de acuerdo con las necesidades regionales constituyen asuntos prioritarios.

El Plan Nacional de Salud 2012-2015, presentado al Consejo Nacional de Salud, define entre sus prioridades la organización de redes de atención que articulen servicios de atención básica y especializada, para garantizar el acceso de la población a servicios de calidad, con equidad y de forma oportuna para atender las necesidades de la salud. La implementación de las redes tiene por objetivo alcanzar la integralidad de la atención y la calificación de las prácticas y la gestión del cuidado, de modo tal que se asegure la capacidad de resolución de los servicios prestados. El acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de salud será ordenado por la atención primaria. La organización de las redes tendrá en cuenta las necesidades y diversidades regionales para asegurar el acceso con equidad, tal como lo define el Decreto Presidencial n° 7508, del 28 de junio de 2011, que dispone sobre la organización del Sistema Único de Salud (SUS), el planeamiento de la salud, la asistencia a la salud y la articulación intergubernamental y federativa.

DERECHOS SOCIALES Y SALUD

Marco constitucional y legal

El marco legal del Sistema Único de Salud (SUS) es definido en la Constitución de la República Federativa de Brasil de 1988, en los artículos 196 a 200. La Constitución Federal define que

“la salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizada por medio de políticas sociales y económicas que tengan como objetivo la reducción del riesgo de enfermedades y de otros daños y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.” (Constitución Federal de Brasil, art. 196).

La Constitución Ciudadana de 1988 define competencias y atribuciones gubernamentales y establece como directrices del SUS: **la descentralización** del sistema con dirección única en cada esfera de gobierno, federal, estatal y municipal; **la integralidad** (el derecho universal a la atención integral, preventiva y curativa en todos los niveles de complejidad del sistema); y **la participación de la comunidad** por medio de consejos municipales, estatales y federal de salud.

Principios y valores

Después de la promulgación de la Constitución Federal, dos leyes de alcance nacional, la Ley 8.080/1990 y la Ley 8.142/1990, también llamadas Leyes Orgánicas de la Salud, reglamentaron la organización del SUS en las tres esferas de gestión (federal, estados y municipios).

Las leyes 8.080/1990 y 8.142/1990 definen que concierne al poder público disponer sobre la reglamentación, inspección y control de las acciones y servicios de salud, identificados como de relevancia pública y que su ejecución es responsabilidad de las esferas federadas Unión, estados y municipios, dentro del ámbito del Sistema Único de Salud.

La Ley 8080/90, en su artículo 2º, define: “*La salud es un derecho fundamental del ser humano y el Estado debe suministrar las condiciones indispensables para su pleno ejercicio.*”

En ese sentido, es un deber del Gobierno garantizar la salud a partir de la formulación y ejecución de políticas económicas y sociales, con el fin de reducir los riesgos de enfermedades y de otros daños, así como también establecer las condiciones que garanticen el acceso universal e igualitario a las acciones y a los servicios para su promoción, protección y recuperación.

Participación social

La Ley 8.142/1990 define que las instancias de participación social son los consejos y las conferencias de salud, organizados en las tres esferas de gobierno, a saber:

Conferencias de Salud: se realizan cada cuatro años y cuentan con la representación de los distintos segmentos sociales. Tienen como objetivo evaluar la situación de salud y proponer las directrices para la formulación de la política de salud en los niveles municipal, estatal y nacional.

Consejos de Salud: poseen carácter permanente y deliberativo. Son órganos colegiados compuestos por representantes del Gobierno, prestadores de servicios, profesionales de la salud y usuarios. Actúan en la formulación de estrategias y en el control de la ejecución de la política de salud en la esfera correspondiente, incluso en los aspectos económicos y financieros del sistema. Hoy, en todos los 26 estados funcionan consejos de salud y en las más de 5.500 municipalidades están instalados consejos municipales de salud.

Se destaca que la representación de los usuarios en los Consejos de Salud y en las Conferencias de Salud es paritaria con relación al conjunto de los demás segmentos. De acuerdo al principio de la paridad, los miembros de los consejos de salud se distribuyen de la siguiente forma: a) 50% son representantes de entidades de usuarios; b₁) 25% son representantes de entidades de los trabajadores de salud; b₂) 25% de representación del Gobierno y de proveedores de servicios privados concertados con el SUS.

Además de los espacios de participación garantizados en toda la estructura del SUS, la Política Nacional de *Ouvidoria* en Salud (*Ombudsman* / Oficina de Atención al Usuario) del SUS ocupa un lugar de importancia. Esa política busca integrar y estimular las prácticas que amplíen el acceso de los usuarios al proceso de evaluación de las acciones y servicios públicos de salud. Las Oficinas de Atención al Usuario del SUS (*Ouvidorias*), son canales democráticos de comunicación de los usuarios y de la comunidad para apoyar la política de salud del país, fortaleciendo el control social. Los ciudadanos se manifiestan con sus reclamaciones, denuncias, sugerencias, elogios y también solicitando informaciones.

En ese proceso, las Oficinas de Atención al Usuario del SUS tienen un rol de mediación y de búsqueda de equilibrio entre los involucrados (ciudadanos, órganos y servicios del SUS). Deben también elevar, dirigir u orientar la demanda y dar respuestas al usuario, con el objetivo de propiciar una resolución adecuada de los problemas presentados, de acuerdo con los principios y directrices del SUS. En tal sentido, “[...] son herramientas estratégicas de promoción de la ciudadanía en la Salud y de producción de informaciones que ayudan en la toma de decisión” (MS/SGEP. Participasus - 2009).

Otros medios de escuchar las demandas de la población son los Consejos Gestores de Unidades Locales de Salud y el *Disque Saúde* (136), un número de teléfono gratuito nacional, que está a disposición para que toda la población pueda obtener la información sobre salud que necesita, hacer reclamaciones, denuncias y sugerencias.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Modelo político y administrativo del país

Brasil es un país federativo constituido por tres niveles de gobierno: la Federación, los estados y los municipios. Cada nivel es autónomo, aunque interdependiente, y es gobernado por representantes elegidos por medio del voto directo.

El Sistema Único de Salud (SUS), como resultado del proceso social de democratización de Brasil, es instituido por la Constitución Federal de 1988. Fue consagrado como una política de Estado que viabiliza el derecho universal y gratuito a la salud a todos los ciudadanos y demás residentes en el país.

Ese proceso de la reforma sanitaria brasileña fue impulsado por el movimiento sanitario durante los años 1970 y 80. Se trató de un proyecto político cultural que nació de la lucha de la sociedad civil y de los movimientos sociales por la democratización política del país y por el acceso a servicios de salud y otros derechos sociales.

El SUS es reglamentado por la Ley 8080, de 1990, que lo define como *“El conjunto de acciones y servicios de salud, prestado por órganos e instituciones públicas federales, estatales y municipales, de la administración directa e indirecta y de las fundaciones que el poder público mantiene.”*

Se reconoce la determinación social de los procesos salud enfermedad:

“La salud tiene una serie de factores determinantes y condicionantes, entre otros, alimentos, saneamiento, medio ambiente, trabajo, ingresos, educación, transporte, ocio y acceso a bienes y servicios sociales, los niveles de salud de la población expresan la organización social y económica del país” (Ley 8080, art. 2 párrafo 3).

En ese conjunto, quedan incluidas las actividades dirigidas a la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de forma individual o colectiva; los servicios prestados en los distintos niveles del sistema, incluido el apoyo diagnóstico y terapéutico; las acciones individuales y colectivas de diferentes grados de complejidad, incluidas las vigilancias epidemiológica, sanitaria, ambiental y de la salud del trabajador; y las acciones de desarrollo científico y tecnológico.

El SUS está orientado por el siguiente conjunto de principios y directrices:

- **Universalidad** de acceso a los servicios de salud en todos los niveles de asistencia: todos tienen el mismo derecho a recibir las acciones y los servicios que necesitan.
- **Integralidad** de la asistencia, comprendida dentro de la Ley 8080 como un conjunto articulado y continuo de las acciones y de los servicios preventivos y curativos, individuales y colectivos, exigidos para cada caso en todos los niveles de complejidad del sistema.
- **Equidad** de las políticas de atención a la salud para el enfrentamiento de las desigualdades e inequidades sociales (considerar lo desigual de forma desigual).
- **Descentralización** político-administrativa, con una gestión unificada en cada esfera de gobierno, enfatizando la descentralización de los servicios para los municipios y la regionalización y jerarquización de las redes de servicios de salud en los niveles de complejidad creciente.
- **Participación** de la comunidad de forma efectiva por medio de los Consejos de Salud y de las Conferencias de Salud, que representan un diálogo permanente entre los gestores, los profesionales de la salud y la población.

Componentes del sistema de salud

La dirección del SUS es única y se ejerce, en el contexto de la Federación, por el Ministerio de Salud (MS) y en los ámbitos de los estados, del Distrito Federal y de los municipios, por medio de las respectivas Secretarías de Salud.

El desglose de las competencias de cada nivel de gestión está en la Ley Orgánica de la Salud. La estructura institucional y de decisión del SUS se puede ver en la Figura 1, que muestra las diferentes instancias de negociación y decisión que ocurren siempre de forma compartida.

Figura 1 - Estructura institucional y de decisión del Sistema Único de Salud, Brasil



Fuente: SAS/MS, 2002

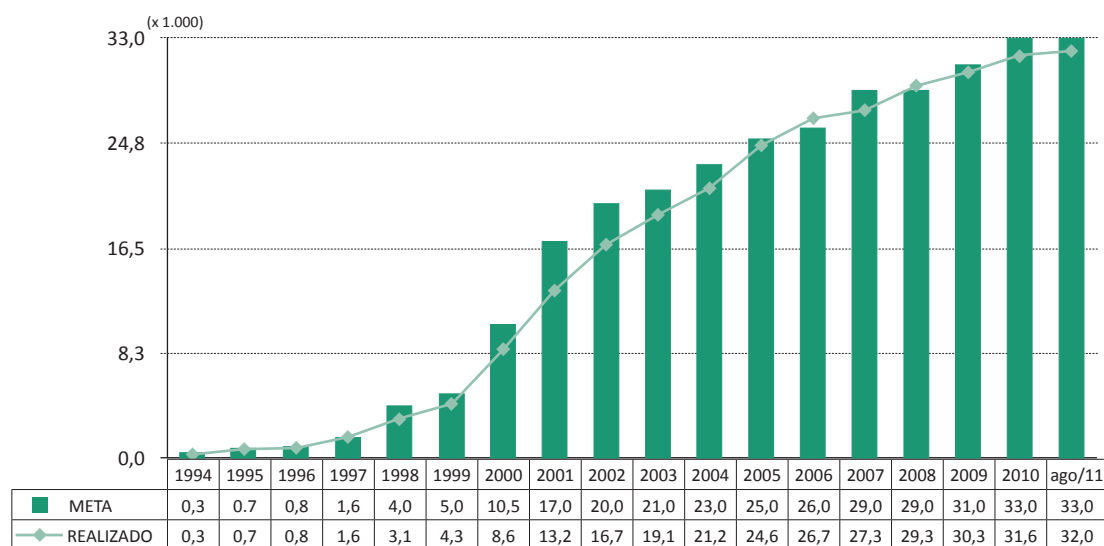
Con el avance de la descentralización de las acciones y de los servicios de salud, en los años 1990, los municipios asumieron una mayor responsabilidad y autonomía en la gestión, aumentando su capacidad de respuesta a los problemas de salud de la población a su cargo. La municipalización de los servicios de salud trajo el concepto de territorio y la necesidad de delimitación de las bases territoriales de extensión poblacional, buscando implantar nuevas prácticas en salud capaces de responder a las necesidades y a los problemas de salud de la población en una determinada área. Se hizo necesario, entonces, la organización de las redes de servicios de salud de forma jerarquizada (niveles de atención) y regionalizada.

Modelo de atención

En el inicio de la década de 1990 se implantó el Programa de Salud de la Familia, con una amplia difusión a lo largo de los años, y que extendió la cobertura y el acceso a los servicios de salud en el país. En 1998, el Ministerio de la Salud (MS) asume la atención básica como primer nivel de atención y se considera la salud de la familia como una estrategia para reorganizar el sistema de atención a la salud y como un referente para el cuidado con la salud de la población. La atención pasó a ser organizada con el fin de responder a una población que habita en un determinado

territorio, con necesidades específicas, definidas en función de las características sociales, sanitarias y epidemiológicas, y con énfasis en las acciones de prevención y promoción desarrolladas por los equipos multiprofesionales. Los datos de mayo de 2011 arrojan 32.029 equipos de salud de la familia implantados, 246.976 agentes comunitarios de salud y 1.429 Núcleos de Apoyo a la Familia distribuidos por todo el territorio nacional (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Equipos de salud familiar implantados, Brasil, 1994-2011



Fuente: MS/SAS/DAB. 2011 disponible en: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#mapas>

La atención básica posee como principales atributos: i) ser el servicio de primer contacto –el punto donde se inicia la atención; ii) la longitudinalidad –la responsabilidad por el paciente a lo largo de la vida con continuidad del cuidado; iii) la integralidad –las acciones de promoción y prevención sumadas a la garantía de acceso a todos los servicios necesarios; iv) la coordinación del cuidado; v) la orientación para la comunidad –debe tener el conocimiento de los problemas y de las necesidades de salud de la población adscrita; vi) la participación de la comunidad en las decisiones sobre su salud; y vii) el centro en la familia –debe conocer a sus miembros y sus problemas de salud.

La Estrategia Salud de la Familia significó también la ampliación de la atención en salud bucal, con la implantación de 20.763 equipos de salud bucal en el país hasta mayo de 2011, y del abordaje del sufrimiento mental, buscando, en conjunto con la población y con otras instituciones, un trabajo intersectorial y los caminos para intervenir sobre los determinantes de salud locales.

Los equipos de salud de la familia deben realizar un trabajo intersectorial para promover la salud. La intersectorialidad busca superar la fragmentación de las

políticas públicas y promueve la interacción entre los diferentes sectores en la planificación, ejecución, monitoreo y en la evaluación de las complejas intervenciones.

Hubo una gran inversión en el apoyo a la formación y a la calificación de los trabajadores, con el estímulo al conocimiento y a la práctica generalista. Se busca la articulación horizontal de la atención básica a la salud, con profesionales expertos de las clínicas básicas, de la salud bucal, la salud mental, prácticas integracionistas y rehabilitación, entre otros.

Prestación de servicios

Considerando la atención básica como un eje de estructuración y de organización de las redes de salud, la integralidad es un principio a conquistar. Bajo esa perspectiva, se han venido discutiendo y construyendo las redes de atención a la salud (RAS), reglamentadas por una Resolución Ministerial publicada por el MS en diciembre de 2010. La Resolución Ministerial establece directrices para la *“estructuración de la red de atención a la salud en el SUS, buscando superar la fragmentación de la atención y la gestión en las Regiones de Salud, y perfeccionar así el funcionamiento político institucional del SUS.”* El instrumento normativo define que:

“la organización de las RAS, teniendo a la atención primaria de la salud como la coordinadora del cuidado y estructuradora de la red, se presenta como un mecanismo de superación de la fragmentación sistémica; son más eficaces, tanto en términos de organización interna (distribución de recursos, coordinación clínica, etc.), como en su capacidad de hacerle frente a los actuales retos del escenario socioeconómico, demográfico, epidemiológico y sanitario.”

La atención primaria, denominada en Brasil atención básica, prestada en unidades básicas, centros de salud y unidades de salud de la familia, es una responsabilidad de los municipios, que deben organizarse regionalmente con apoyo de los estados para garantizar el acceso a los servicios secundarios y terciarios.

La adecuada atención a las urgencias y emergencias continúa siendo un gran reto para el SUS y es un importante punto en la agenda para los gestores en las tres esferas del Gobierno. En setiembre de 2003, el MS instituyó la Política Nacional de Atención a las Urgencias (PNAU), para garantizar la universalidad, la equidad y la integralidad en la atención a las urgencias; consolidar las directrices de regionalización en la atención a las urgencias; fomentar, coordinar y ejecutar proyectos estratégicos de atención colectiva en situaciones de emergencia y de calamidad pública; integrar el complejo regulador del SUS y cualificar la asistencia. En 2003, el MS instituyó el componente prehospitario móvil de la Política Nacional de Atención de Urgencias por medio de la implantación de los Servicios de Atención Móvil de Urgencia (SAMU 192) en municipios y territorios de todo el país. En julio de 2011, la Resolución Ministerial GM/MS n° 1600 revisó la Política Nacional de

Atención a las Urgencias en el sentido de ajustarla al concepto de redes de atención, añadiendo a su composición nuevos componentes, como la atención domiciliaria y el Contingente Nacional de Salud, que actuará siempre que el país se enfrente a desastres y situaciones de emergencia que pongan en riesgo la salud de la población.

Brasil ha venido avanzando en la mejoría de la atención en las urgencias, ampliando y cualificando la atención básica, buscando revertir la situación de los portadores de enfermedades crónicas que, en muchas ocasiones, tienen en los servicios de urgencia, la única oportunidad de lograr un contacto con el sistema de salud; ampliando la implantación de las Unidades de Atención Inmediata (UPA, por su sigla en portugués); implementado el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU 192); implantando la recepción con clasificación de riesgo en las puertas de entrada de los servicios de urgencias, principalmente hospitales y UPA; e implantando centrales de regulación regionales. También se ha avanzado en la discusión e implantación de las redes regionales de emergencia, buscando la correcta derivación del paciente hacia el punto de atención que posibilite una asistencia más eficaz y en el menor tiempo posible, a fin de reducir el sufrimiento y la morbilidad que provienen de las situaciones de urgencia.

En la atención especializada, se busca invertir la lógica dominante, que es de poca responsabilidad con relación al proceso salud-enfermedad, y el frágil vínculo existente con el paciente. Se intenta reforzar la vinculación del paciente con la atención básica y la atención especializada, como parte de un sistema de cuidados integrales. Esa lógica se da de acuerdo con algunos recortes espaciales que representan, generalmente, un conjunto de municipios, con una jerarquía establecida, y de acuerdo con la capacidad de ofrecer determinadas acciones y servicios de mayor complejidad. Se intenta garantizar que todos los usuarios puedan tener acceso a los procedimientos necesarios en el municipio de residencia o por medio de derivación a servicios referentes intermunicipales, o incluso interestatales, debidamente concertados entre los municipios y con la participación de los gobiernos de los estados.

La regionalización busca conformar

“redes articuladas y cooperativas de atención, que se refieren a territorios delimitados y a poblaciones definidas, dotadas de mecanismos de comunicación y de flujos que garanticen el acceso de los usuarios a las acciones y a los servicios de niveles de complejidad necesarios, optimizando los recursos disponibles” (MS, 2002 – NOAS).

En la estrategia de la regionalización, las Secretarías de Estado de Salud promueven una planificación integrada con las Secretarías Municipales de Salud, elaborando el Plan Director de Regionalización.

Sin embargo, los modelos de regionalización pueden ser muy distintos entre los diferentes estados. En 2006, el Pacto por la Salud, una norma federal, amplió la visión de la regionalización proponiendo la *“conformación de sistemas regionales que*

se encarguen de la organización de la salud integral en los diversos componentes". Ese Pacto instituyó los Colegiados de Gestión Regional (CGR), con la participación de todos los municipios de la región y representación del Gobierno del estado. Son espacios permanentes de pacto, de cogestión y de decisión, con definición de prioridades y soluciones para la organización de la red regional de servicios de atención a la salud.

La función gestora y reguladora de las Secretarías de Estado de Salud y de las Secretarías Municipales de Salud de la red, a través del control de la oferta de los servicios propios y contratados y de los flujos de atención a los usuarios, debe asegurar el acceso a las mejores alternativas terapéuticas de forma jerarquizada, a tono con la necesidad de cada individuo. La ampliación de la capacidad de regulación de los municipios posibilita el aumento de la oferta de las consultas, reduciendo el tiempo de espera del paciente.

En Brasil, la red hospitalaria está clasificada según diferentes parámetros con clasificaciones no mutuamente excluyentes, como se describe a continuación:

- El papel ocupado en la red de servicios: hospital local, hospital de referencia regional, estatal o nacional.
- El perfil asistencial: hospital general, especializado, universitario, de enseñanza e investigación.
- El porte del establecimiento, que tiene como parámetro el número de camas: pequeño (hasta 50 camas), medio (51 a 150 camas) y de gran porte (por encima de 150 camas).

Esa red hospitalaria atiende a pacientes del SUS, a los beneficiarios de planes privados de salud y a los pacientes particulares con pago directo.

En el país, la atención hospitalaria continúa ocupando un importante papel en la prestación de los cuidados de la salud porque incorpora y concentra tecnologías más especializadas, con importante participación en los gastos en salud. Por otra parte, la incorporación de algunas nuevas tecnologías ha demostrado ofrecer una excelente relación costo-beneficio y ha permitido la reducción del tiempo de ingreso relacionado con determinados procedimientos. Otras innovaciones son la implantación de nuevas formas de prestación de cuidado, como el hospital de día, y la realización de procedimientos quirúrgicos en el ámbito ambulatorial, cuando antes su realización era exclusivamente hospitalaria.

Una importante encuesta sobre Asistencia Médica Sanitaria (AMS) del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE) demostró la existencia de un total de 432 mil camas en Brasil en 2009, lo que corresponde a una relación de camas por mil habitante de 2,7, distribuidas en la red hospitalaria privada con ánimo de lucro, privada sin ánimo de lucro (filantrópicos) y pública. La mayor parte de las camas es privada (65%) y contratada por el SUS. El número de camas en el sector público ha venido mostrando una tendencia creciente al aumento (alcanzó 153

mil en 2009), con una reducción en el sector privado (279 mil camas en 2009). Sin embargo, hay déficit de camas en algunas regiones del país, como en el norte, con 1,85 camas por mil habitantes en 2005. El segmento hospitalario privado es el que concentra el mayor número de hospitales y es donde ocurre el mayor número de ingresos del SUS.

El SUS presta servicios desde la atención básica, con agentes comunitarios de salud y médicos generalistas, hasta atención de alta complejidad y alto costo en todo el territorio nacional. Todavía subsisten desigualdades regionales en la oferta y prestación. El Cuadro 1 presenta el volumen de prestaciones al año ofertada por el SUS en el país.

Cuadro 1 – Producción anual de servicios de salud del SUS, Brasil, 2010

Acciones
3,4 mil millones de procedimientos ambulatorios
472,5 millones de consultas médicas
130 millones brasileños inmunizados
20 millones de visitas prenatales
11,3 millones de admisiones hospitalarias
10,5 millones de procedimientos para el cáncer (quimioterapia y radioterapia)
2 millones de partos/ nacimientos
500 mil hospitalizaciones por urología
282 mil cirugías cardíacas
98 mil cirugías oncológicas
21 mil trasplantes
Exámenes diagnósticos
425 millones de exámenes ambulatorios
55 millones de radiografías
13,2 millones de ultrasonidos
6 millones de pruebas HIV realizadas
1,8 millones de tomografías computarizadas
49 millones de pruebas Papanicolau
Tratamientos
19,6 millones de unidades de medicamentos para la osteoporosis
3,7 millones de diabéticos en tratamiento
6 millones de tratamientos contra el tabaco
210 mil pacientes con SIDA en tratamiento continuo
70 mil pacientes renales crónicos en tratamiento (hemodiálisis)

Fuente: Ministerio de la Salud, Brasil, 2011

La regulación, evaluación y el control de los servicios prestados son realizados por los tres niveles de gestión (federal, estados y municipios). En el 2006

fue publicada la Política Nacional de Regulación en Salud, con el objetivo de garantizar que las normas se concretasen en servicios y en acciones de calidad, con buen impacto en la salud de la población. La regulación se hace también por medio de las Agencias reguladoras vinculadas al Ministerio de Salud: la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa) y la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS).

Buscando el perfeccionamiento de los instrumentos y de las prácticas para la coordinación del sistema, han sido consagrados contratos de gestión entre gestores y hospitales. En el ámbito federal, (lo que involucra especialmente a los hospitales universitarios de enseñanza, pero que también se extiende a los proveedores filantrópicos), existen normas específicas para el contrato de gestión. En ese caso, el contrato es un dispositivo de seguimiento y evaluación del desempeño del establecimiento contratado que permite la calificación y el perfeccionamiento de las relaciones y de los servicios prestados. En la actualidad, se busca una mayor integración de los hospitales con la red de atención para mejorar la calidad y el acceso, la continuidad del cuidado y la vinculación de la gestante para la realización del prenatal, el parto y el posparto, entre otros.

Evaluación del desempeño del sistema de salud y de la calidad de los servicios

Pese a todos los avances conquistados en estos 21 años de formulación y ejecución de las políticas públicas del SUS, todavía continúan existiendo dificultades para su implementación, así como también en el campo de la estructura y de la organización del sistema. Entre esas dificultades, es posible mencionar:

- Financiación insuficiente.
- Heterogeneidad de la capacidad gestora entre estados y municipios.
- Insuficiencia de oferta de acciones, principalmente de media y alta complejidad.
- Regulación de los servicios incipiente en algunas localidades.
- Problemas en el ámbito de la calidad de las acciones y de los servicios ofrecidos.
- Dificultades en la contratación y en la fijación de profesionales en regiones alejadas, donde el acceso es más remoto, principalmente médicos, conllevando a una distribución desigual y no equitativa de recursos y del propio acceso.
- Falta de articulación entre las necesidades de formación profesional para la salud y los órganos formadores.
- Incipiente integración de la red de atención a la salud en muchas regiones.
- Déficit de camas disponibles, especialmente en clínica médica y cuidados intensivos, lo que aumenta el tiempo de espera de los pacientes en las puertas de entrada de los servicios de urgencias.

- Insuficiencia de acciones de promoción y prevención de daños que impacten en las enfermedades cardiovasculares, los accidentes y la violencia y reduzcan la necesidad de atención a las urgencias.

UNIVERSALIDAD, INTEGRALIDAD Y EQUIDAD

Modelo para la cobertura poblacional: sistema público universal

A partir de la Constitución Federal de 1988, la salud pasa a ser un derecho de todos y un deber del Gobierno, que adopta un modelo público de cobertura universal y que constituye un Sistema Único de Salud. Cuando la disponibilidad de servicios propios del Gobierno es insuficiente para garantizar la cobertura a la población de una determinada área, el Sistema Único de Salud (SUS) puede recurrir a los servicios ofrecidos por la iniciativa privada. En esos casos, y a partir de las directrices establecidas para el SUS, se dará preferencia a las entidades filantrópicas y a las entidades sin fines de lucro.

La Seguridad Social en Brasil, como la define la Constitución Federal de 1988, comprende un conjunto abarcador e integrado de acciones y servicios de iniciativa de los poderes públicos y de la sociedad, destinados a asegurar los derechos relativos a la salud, a la Previsión Social y a la asistencia social. En ese sentido, la salud se sustenta en un sistema público universal, dentro del contexto de la Seguridad Social.

Las estrategias adoptadas para la universalidad del sistema de salud son la descentralización y la regionalización.

Por **descentralización** se entiende la transferencia de responsabilidades y el compartir la gestión y la ejecución de las acciones y de los servicios de salud entre las esferas federativas.

Por **regionalización** se entiende la interacción entre las unidades y los servicios de salud que constituyen redes y espacios regionales de planificación y de cogestión.

La planificación es un instrumento importante para alcanzar la universalidad. La planificación debe ser ascendente, partiendo del nivel local, municipal hasta el federal, con consulta a los órganos deliberativos, compatibilizando las necesidades de la política de salud con la disponibilidad de los recursos en planes de salud de los municipios, de los estados, del Distrito Federal y la Federación.

Bajo la perspectiva de reforzar ese ideario constitucional, el Decreto 7.508/2011, que reglamenta la Ley 8080/1990, perfecciona la identificación de las necesidades en la salud y la optimización de los servicios y de las acciones en la salud con el fin de garantizar la integralidad de la asistencia a los usuarios.

En el sistema brasileño, por su carácter universal, no existen poblaciones y grupos excluidos, si se considera que la Constitución Federal de 1988 garantiza el acceso a toda la población. Sin embargo, como se indicó anteriormente, subsisten barreras para el acceso a la cobertura integral, a todos los servicios necesarios, e

incluso teniendo el SUS cobertura universal, permanecen brechas y algunas poblaciones enfrentan más dificultades en el acceso en tiempo adecuado y oportuno a los servicios disponibles, especialmente en la región norte del país, sin que eso represente una exclusión del sistema.

Cobertura de los servicios: integral

La cobertura es integral, destacando uno de los principios fundamentales del SUS: el de la integralidad. Ese principio garantiza al usuario del sistema una atención que abarca las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con la garantía del acceso a todos los niveles de complejidad del SUS, desde la atención primaria hasta la cuaternaria. La integralidad presupone también una atención holística, con abordaje biopsicosocial y que la atención responda a las necesidades de salud del individuo, de la familia y de la comunidad, y que no se restringe a enfermedades específicas o a acciones fragmentadas.

Brechas entre cobertura poblacional y cobertura de servicios

Entre las principales barreras para el acceso universal se pueden mencionar: los problemas en la gestión del trabajo, con insuficiencia de profesionales en zonas desfavorecidas y alejadas; las dificultades en la fijación de los profesionales; pocas plazas para determinadas especialidades en la formación; grandes vacíos asistenciales regionales y fragilidades en la integración de las redes asistenciales; barreras geográficas; servicios estructurados por oferta y no por la necesidad poblacional, entre otros.

A pesar de que la población cubierta tenga acceso a todos los servicios, todavía subsisten dificultades para la garantía del acceso oportuno a la atención integral, principalmente a la atención especializada. El acceso a la atención básica es más fácil que el acceso a las especialidades de media y alta complejidad.

Además, la reducida capacidad de articulación de la salud con otras políticas públicas y las disparidades regionales que generan desigualdades, son barreras para la atención integral.

Los vacíos y desigualdades en la cobertura de la población se identifican desde una perspectiva de resolución permanente. Las prioridades del actual gobierno son la mejoría del acceso y de la calidad de la atención.

Brechas de equidad

Algunos grupos poblacionales específicos tienen más dificultades para acceder a los servicios de salud. Entre estos se destacan: los sin techo, los drogodependientes, las poblaciones ribereñas en la región amazónica, los campesinos y los pueblos de la floresta, los indígenas, LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero), las poblaciones de las zonas agrestes del nordeste y los presidiarios, entre otros.

Los cambios en el perfil de mortalidad y morbilidad de la población brasileña están relacionados con las transiciones demográficas, epidemiológicas y nutricionales. Se produjeron avances en todos los grupos poblacionales, pero todavía subsisten desigualdades sociales y regionales.

La expectativa de vida aumentó en las últimas décadas, alcanzando el umbral de los 73,2 años en 2009. Sin embargo, persisten desigualdades regionales. El nordeste es la región con menor expectativa de vida. En media, un nordestino vive 4,9 años menos que un residente de la región Sur y 4,3 años menos que un residente en el sudeste.

En las últimas décadas, la tasa de fecundidad disminuyó drásticamente, llegando en el 2009 a 1,9 hijos por mujer, un valor por debajo de la reposición poblacional.

Las enfermedades del aparato circulatorio son la principal causa de muerte, seguidas del cáncer y las de causas externas, sobre todo homicidios y accidentes de tránsito. Las enfermedades crónicas no transmisibles son las que más contribuyen con la carga de enfermedad. Se estima que entre un 40% a un 50% de los brasileños con más de 40 años son hipertensos y que 6 millones son diabéticos, lo que representa un enorme reto para un sistema de salud aún organizado, predominantemente, para ofrecer sus cuidados a las enfermedades agudas.

La mortalidad infantil ha venido cayendo de manera notable en el país y la mortalidad materna ha permanecido estable en niveles elevados en los últimos años. La tasa de mortalidad infantil, entre 1990 y 2008, disminuyó 58,8% (de 47,1 óbitos para 19,4 por mil nacidos vivos). Esa caída se observa en todas las regiones de Brasil, pero se destaca la reducción en el Nordeste (63,3%) y el Sudeste (56,4%). No obstante, estas tasas continúan siendo elevadas, especialmente en el Norte (21,6 óbitos/1.000) y el Nordeste (27,8) (MS/SE, 2011).

Aunque las enfermedades infecciosas se han reducido ostensiblemente, permanecen enfermedades de importancia epidemiológica que afectan a poblaciones vulnerables y que exigen mayores esfuerzos para su control.

Los casos de niños con desnutrición aguda y crónica han disminuido drásticamente en todo el país. Actualmente, los problemas más importantes son el sobrepeso y la obesidad, que afectan especialmente a los niños y adolescentes en función del cambio de un estilo de vida más sedentario y de la alimentación inadecuada.

En síntesis, las características de la situación de salud y sus brechas de equidad son:

- La mortalidad por enfermedades infecciosas se ha reducido drásticamente en las últimas décadas. Actualmente, la mayor causa de mortalidad en la población son las enfermedades crónicas no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, neoplasias, enfermedades respiratorias, diabetes, entre otras).
- El riesgo de morir antes del primer año de vida se redujo significativamente, pero sin embargo, ese riesgo es más expresivo en la región nordeste, llegando a ser el doble que en la región sur. La mortalidad infantil en el sur es de 12,7 por mil nacidos vivos y en el nordeste es de 27,8 (datos de 2008).

- Los decesos por violencia y por accidentes de tránsito se concentran en los hombres adultos jóvenes. Los hombres corren diez veces más riesgo de morir por homicidio que las mujeres. Los decesos por accidente de moto aumentaron de forma alarmante y la mortalidad por esa causa aumentó aproximadamente 8 veces en los últimos 10 años.
- La situación de desnutrición de los niños brasileños ha mejorado ostensiblemente. Sin embargo, se empieza a observar un aumento en el sobrepeso y en la obesidad de los niños, adolescentes y adultos.

Desde hace varios años, una extensa variedad de informaciones relacionadas con la morbilidad y la mortalidad de la población se divulgan mediante publicaciones, como el libro “*Saúde Brasil*” y el sitio web del Ministerio de Salud (www.saude.gov.br). El libro “*Saúde Brasil*” es una importante fuente de divulgación de los análisis de la situación de la salud del país y muestra el perfil de la morbilidad y mortalidad de la población, así como también las características de los nacimientos. Presenta también acciones desarrolladas en el país que impactaron en la mejoría de la salud de la población. También indica qué grupos son más vulnerables a desarrollar una determinada enfermedad más grave. Las informaciones, que están a disposición en Internet, se agrupan en indicadores demográficos, socioeconómicos, mortalidad, morbilidad, factores de riesgo y protección de la salud, de recursos humanos, físicos y financieros e indicadores de cobertura de salud de la población.

Toda esa amplia divulgación de la información tiene como meta principal generar mayores y más desarrolladas evidencias para la propuesta de mejores políticas públicas de salud en todo el país y la reducción de las brechas de equidad.

La atención a la salud e inclusión social de las personas con discapacidad

En los últimos años, Brasil ha desarrollado políticas específicas para la atención a la salud e inclusión social de las personas con discapacidad. Está en vigor la Política Nacional de Salud de la Persona con Discapacidad, que pretende encargarse de las especificidades de ese grupo, vinculada a las estrategias de inclusión social y comunitaria. Con relación a otras políticas sociales ejecutadas en Brasil, se destacan los incentivos gubernamentales para la contratación e inserción de personas con discapacidad en el mercado de trabajo, la disponibilidad de plazas específicas en los concursos públicos y los beneficios en el ámbito de la asistencia social, entre otros.

Evaluación de la equidad y del acceso de los servicios de salud

El Ministerio de Salud está desarrollando un sistema de evaluación del Sistema Único de Salud, para apreciar su desempeño en cuanto al cumplimiento de sus principios y directrices, así como también apoyar la equidad, priorizando el apoyo y las inversiones en el SUS para los estados y municipalidades que presen-

ten bajos niveles socioeconómicos, alto riesgo de enfermedad, peores perfiles de morbilidad y deficiencias en su estructura, sin excluir el apoyo a aquellos que presenten un bajo desempeño debido a deficiencias en los procesos y resultados. En esa evaluación, se consideran los factores determinantes de la salud, las condiciones de salud de la población, la estructura del sistema de salud y el desempeño del sistema de salud.

FINANCIAMIENTO EN SALUD

Fuentes de financiamiento

El sistema público de salud, el SUS, en Brasil está financiado en el nivel federal por recursos provenientes del presupuesto de la llamada “Seguridad Social” que involucra Previsión, Salud y Asistencia Social, y por recursos de los estados y municipios. Los recursos de la “Seguridad Social” provienen del cobro de los aportes o contribuciones sociales, tales como la Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social (Cofins) (35%), la Contribución sobre el Lucro Neto de las Empresas (CSLL) (35%) y fuentes fiscales (20%), como el impuesto sobre la renta. Estos recursos financian la salud desde la esfera federal y, como consecuencia de la descentralización del sistema, son en su mayor parte transferidos a los estados y municipios y complementan los recursos directamente recaudados por estos para la financiación de la parte del sistema de salud bajo sus respectivas competencias.

Así, el SUS se financia por las tres esferas de gobierno (Federación, estados y municipios). El Gobierno Federal, de acuerdo con los valores referentes al año 2008, responde por un 44,8% de los gastos en acciones y servicios de salud. La participación de los estados y municipios corresponde, respectivamente, a un 25,6% y a un 29,6% del gasto público total en salud.

La financiación pública en salud en Brasil en 2008 correspondió al 3,67% del PIB, con las siguientes participaciones: Gobierno Federal (1,67%), estados (0,93%) y municipios (1,07).

Gastos en salud

La salud en Brasil está refrendada, normativamente, por un extenso soporte legal que abarca la Carta Magna de 1988, la Enmienda Constitucional 29, la Ley 8.142, de 1990, y la Ley 8.080, de 1990. Ese es el conjunto de normas que forman la piedra angular que define varios aspectos conceptuales y operacionales del Sistema Único de Salud en Brasil. Sin embargo, fue la Enmienda Constitucional 29 (EC 29), aprobada en 2000 y reglamentada en 2011, la que definió las reglas de coparticipación de cada esfera gubernamental en la financiación de la salud.

La EC 29 definió que las entidades federadas deben destinar a la salud una cuota de la recaudación de sus impuestos. Los estados deben destinar a la salud, por lo menos, un 12% de los impuestos propios recaudados y los municipios un 15%. En lo que se refiere al Gobierno Federal, la EC 29 definió que deberá destinar a la salud el monto aplicado el año anterior, corregido por la variación nominal del producto bruto interno.

Teniendo en cuenta los valores referentes al año 2008, el gasto público total en la financiación de la salud en Brasil llegó al umbral de los R\$ 108.864.708 mil millones. De ese total, los estados y municipios aportaron con un gasto de R\$ 27.926.885 mil millones y R\$ 32.267.633 mil millones, respectivamente.

Las cuentas-satélite de la salud de Brasil para el período de 2005 a 2007 revelan que, en 2007, el sector privado participó con un 57,4% de los gastos totales en la salud, mientras que la administración pública participó con un 41,6%.

No hay copago en el Sistema Único de Salud. La única modalidad de copago vigente en Brasil es el Programa Farmacia Popular, que vende medicinas más baratas en asociación con farmacias privadas.

A pesar de que el sistema público de salud en Brasil es universal, existe una oferta de seguros privados de salud, que responde por aproximadamente un 25% de la población brasileña. Los asegurados privados tienen doble cobertura en atención a salud individual: el SUS y los planes privados de salud.

Para diversos tipos de servicios de salud y acciones de salud colectiva, todavía la cobertura es solamente por el SUS, como por ejemplo, la Vigilancia Sanitaria y la Epidemiológica, los trasplantes de órganos, el tratamiento del SIDA, entre otros.

Existen varias propuestas en estudio para incrementar el volumen de recursos públicos destinados a la financiación de la salud. Entre estas se destacan las siguientes: institución de una Contribución Social para la Salud y aumento de los impuestos de sectores con un impacto mayor en la salud, como por ejemplo de bebidas alcohólicas, cigarrillos y alimentos considerados no sanos.

El Ministerio de Salud distribuye los recursos a los estados y municipios por medio de transferencias regulares y automáticas, remuneración por servicios producidos, convenios, contratos de traspaso e instrumentos similares.

La forma principal para las transferencias de recursos entre las entidades de la federación es la modalidad fondo a fondo. La transferencia fondo a fondo se caracteriza por la remesa de los recursos directamente del Fondo Nacional de Salud a los Fondos Estatales y Municipales de Salud, observando las condiciones de gestión, la calificación y la certificación ante los programas e incentivos del Ministerio de Salud y los respectivos límites financieros.

Para la financiación de la atención primaria de la salud, prevalece el criterio poblacional per cápita de transferencia de recursos financieros y para la media y alta complejidad, el criterio de producción de servicios.

En lo referente a la atención de media y alta complejidad se paga por la producción de los servicios. La producción se registra en dos sistemas de información: a) Sistema de Informaciones Hospitalarias (SIH) y b) Sistema de Informaciones Ambulatoriales (SIA), contemplando acciones de asistencia de media y alta complejidad, donde también se respetan los límites y techos financieros de los respectivos estados y municipios. El pago se hace mediante la presentación de la factura calculada con base en la Tabla de Procedimientos, Medicamentos, Órtesis, Prótesis y Materiales Especiales.

El pago de la red hospitalaria vinculada al SUS se hace por medio de la Autorización para el Ingreso Hospitalario, que informa los procedimientos realizados durante el ingreso. Es un sistema de pago prospectivo con base en grupos diagnósticos relacionados (DRG).

MACROGESTIÓN

Rectoría

El Ministerio de Salud de Brasil es el órgano del Poder Ejecutivo Federal que se responsabiliza por la formulación de los planes y políticas públicas dirigidos a la promoción, prevención y asistencia a la salud de los brasileños. Su función es poner a disposición de los ciudadanos las condiciones para la protección y la recuperación de la salud de la población, reduciendo las enfermedades, controlando las endémicas y parasitarias, y mejorando la vigilancia en la salud para ofrecer, así, más calidad de vida al brasileño.

La misión del Ministerio de Salud es:

“Promover la salud de la población mediante la integración y la construcción de asociaciones con las entidades federales, las unidades de la Federación (estados), los municipios, la iniciativa privada y la sociedad, contribuyendo así para mejorar la calidad de vida y el ejercicio de la ciudadanía”.

Formulación de políticas y planes

El Plan Nacional de Salud es un instrumento de planificación que, a partir del análisis situacional, presenta las intenciones y los resultados a ser alcanzados en un período de cuatro años, expresando los objetivos, directrices y metas a tono con las políticas nacionales definidas para grupos y poblaciones específicas. El Ministerio de Salud ha establecido un conjunto de políticas de salud pública que pretenden intervenir en los problemas de salud, entre las cuales se encuentran: Política Nacional de Humanización; de Atención a la Diabetes; de Atención Integral a la Salud de la Mujer y del Niño; de Salud de los Ancianos; del Joven y el Adolescente; de Educación Permanente en Salud; de Atención Básica; de Promoción a la Salud;

de Control del Cáncer de Cuello de Útero y Mama; de Control del Dengue y de Inmunización, entre otras.

El Plan Nacional de Salud define metas específicas para cada directriz de la salud. El Plan será operado por intermedio de las Programaciones Anuales de Salud, que van a establecer el conjunto de acciones necesarias para alcanzar los objetivos y las metas aquí definidos, de acuerdo con las directrices preconizadas.

El proceso de formulación participativo y ascendente del Plan de Salud, además de ser un requisito legal, es uno de los mecanismos más importantes para garantizar el principio de la unicidad del SUS y de la participación social. Partiendo de esa base, participan la sociedad civil, por medio de las Conferencias y Consejos de Salud, y los gestores de salud municipales, estatales y federales.

La planificación de la oferta de servicios de salud se rige por un conjunto de normas que compone el sistema de planificación del SUS (*Planeja-SUS*) y que está regulado por las Resoluciones Ministeriales GM 2751/2009, 3085/2006 y 3332/2006.

El proceso de Programación Pactada e Integrada de atención a la salud (PPI) está reglamentado por la Resolución Ministerial GM 1.097/2006. Es un proceso en el ámbito del SUS donde, a tono con la planificación de la salud, se definen y se cuantifican las acciones para la población residente en cada territorio, así como también se efectúan los pactos intergestores municipales y estatales para la garantía de acceso de la población a los servicios de salud.

Con la reglamentación de la Ley 8080/90, por medio del Decreto Presidencial 7.508/11, se prevé la creación y la puesta en marcha de un instrumento de apoyo a la planificación denominado Mapa de la Salud, que identificará las necesidades de salud y orientará la planificación integrada de las entidades federativas, contribuyendo con el establecimiento de las metas de salud.

Atribuciones de las esferas gubernamentales y coordinación interinstitucional

Los tres niveles de gobierno –el federal, los estados y los municipios– poseen autonomía política, administrativa y financiera con competencias constitucionales e infraconstitucionales muy bien definidas.

La conducción del SUS es única en cada esfera de gobierno. El Gobierno Federal, los estados, el Distrito Federal y los municipios tienen atribuciones comunes en el ámbito del SUS en sus esferas de gobierno, definidas en la Ley 8080/90, que se enumeran a continuación:

- definición de las instancias y mecanismos de control, evaluación e inspección de las acciones y de los servicios de salud;
- administración de los recursos presupuestarios y financieros destinados a la salud cada año;

- seguimiento, evaluación y divulgación del nivel de salud de la población y de las condiciones ambientales;
- organización y coordinación del sistema de información en salud;
- elaboración de normas técnicas y establecimiento de estándares de calidad y parámetros de costos que caracterizan la asistencia a la salud;
- elaboración de normas técnicas y establecimiento de estándares de calidad para la promoción de la salud del trabajador;
- participación en la formulación de la política y en la ejecución de las acciones de saneamiento básico y colaboración en la protección y recuperación del medio ambiente;
- elaboración y actualización periódica del plan de salud;
- participación en la formulación y en la ejecución de la política de formación y desarrollo de recursos humanos para la salud;
- elaboración de la propuesta presupuestaria del Sistema Único de Salud (SUS), de acuerdo con el plan de salud;
- elaboración de normas para regular las actividades de servicios privados de salud, teniendo en cuenta su importancia pública;
- realización de operaciones externas de naturaleza financiera de interés de la salud, autorizadas por el Senado Federal;
- para la atención de las necesidades colectivas, urgentes y transitorias, que provienen de situaciones de peligro inminente, de calamidad pública o de brotes epidémicos, la autoridad competente de la esfera administrativa correspondiente podrá solicitar bienes o servicios, tanto de personas físicas como jurídicas, a los cuales les será asegurada una justa indemnización;
- implementar el Sistema Nacional de Sangre, Componentes y Derivados;
- proponer la celebración de convenios, acuerdos y protocolos internacionales relativos a la salud, al saneamiento y el medio ambiente;
- elaborar normas técnico-científicas de promoción, protección y recuperación de la salud;
- promover la articulación junto a los órganos de inspección del ejercicio profesional y otras entidades representativas de la sociedad civil, para la definición y el control de los estándares éticos para la investigación, acciones y servicios de salud;
- promover la articulación de la política y de los planes de salud;
- realizar investigaciones y estudios en el área de salud;
- definir las instancias y los mecanismos de control e inspección que son inherentes al poder de la política sanitaria;
- fomentar, coordinar y ejecutar programas y proyectos estratégicos y de atención de emergencias.

Además de las competencias comunes, compete a la Dirección Nacional del Sistema Único de Salud (SUS), realizar las siguientes funciones:

- formular, evaluar y apoyar las políticas de alimentación y nutrición;
- participar en la formulación y en la implementación de las políticas: de control de las agresiones al medio ambiente, de saneamiento básico y relativas a las condiciones y a los ambientes de trabajo;
- definir y coordinar los sistemas: de redes integradas de asistencia de alta complejidad, de red de laboratorios de salud pública de Vigilancia Epidemiológica y de Vigilancia Sanitaria
- participar en la definición de las normas y mecanismos de control, junto con los órganos afines, sobre los agravamientos causados al medio ambiente o que puedan provenir de ellos y que repercutan en la salud humana;
- participar en la definición de las normas, criterios y estándares para el control de las condiciones y de los ambientes de trabajo y coordinar la política de salud del trabajador;
- coordinar y participar en la ejecución de las acciones de Vigilancia Epidemiológica;
- establecer normas y ejecutar la Vigilancia Sanitaria de los puertos, aeropuertos y fronteras, con la posible participación en su ejecución, de los estados, el Distrito Federal y los municipios;
- establecer criterios, parámetros y métodos para el control de la calidad sanitaria de productos, sustancias y servicios de consumo y uso humano;
- promover la articulación junto a los órganos educativos y de inspección del ejercicio profesional, así como también con entidades representativas de formación de recursos humanos en el área de salud;
- formular, evaluar, elaborar normas y participar en la ejecución de la política nacional y de la producción de insumos y equipos para la salud, en sintonía con los demás órganos de gobierno;
- identificar los servicios estatales y municipales de referencia nacional para el establecimiento de estándares técnicos de asistencia a la salud;
- controlar e inspeccionar los procedimientos, productos y las sustancias de interés para la salud;
- prestar cooperación técnica y financiera a los estados, al Distrito Federal y a los municipios, para el perfeccionamiento de su actuación institucional;
- elaborar normas para regular las relaciones entre el Sistema Único de Salud (SUS) y los servicios privados contratados de asistencia a la salud;
- promover la descentralización, para las Unidades Federadas y para los municipios, de los servicios y acciones de salud, respectivamente, de actuación estatal y municipal;

- establecer normas y coordinar nacionalmente el Sistema Nacional de Sangre, Componentes y Derivados;
- acompañar, controlar y evaluar las acciones y los servicios de salud, respetando las instancias estatales y municipales;
- elaborar la planificación estratégica nacional en el ámbito del SUS, en la cooperación técnica con los estados, municipios y con el Distrito Federal;
- establecer el Sistema Nacional de Auditoría y coordinar la evaluación técnica y financiera del SUS, en todo el territorio nacional, dentro de un conjunto de cooperación técnica con los estados, municipios y con el Distrito Federal.

A las direcciones estatales del SUS, las Secretarías Estatales de Salud (SES), corresponden las siguientes funciones:

- promover la descentralización para los municipios, de los servicios y de las acciones de salud;
- acompañar, controlar y evaluar las redes jerarquizadas del Sistema Único de Salud (SUS);
- prestar apoyo técnico y financiero a los municipios y ejecutar continuamente acciones y servicios de salud;
- coordinar y, en carácter complementario, ejecutar las acciones y los servicios: de vigilancia epidemiológica, de vigilancia sanitaria, de alimentación y nutrición y de salud del trabajador;
- participar, junto con los órganos afines, del control de los agravamientos del medio ambiente que repercutan en la salud del ser humano;
- participar en la formulación de la política y en la ejecución de acciones de saneamiento básico;
- participar en las acciones de control y evaluación de las condiciones y de los ambientes de trabajo;
- en carácter complementario, formular, ejecutar, acompañar y evaluar la política de insumos y equipos para la salud;
- identificar los establecimientos hospitalarios de referencia y administrar los sistemas públicos de alta complejidad de referencia para el estado y las regiones;
- coordinar la red estatal de laboratorios de salud pública y los hemocentros, y administrar sus unidades;
- establecer normas, en carácter complementario, para el control y la evaluación de las acciones y de los servicios de salud;
- formular normas, establecer estándares, en carácter complementario, de los procedimientos de control de calidad para productos y sustancias de consumo humano;

- colaborar con el Gobierno Federal en la ejecución de la vigilancia sanitaria de los puertos, aeropuertos y fronteras;
- acompañar, evaluar y divulgar, los indicadores de morbilidad y mortalidad en el ámbito de la federación.

Son de responsabilidad de la dirección municipal del SUS, Secretarías Municipales de Salud (SMS), las siguientes funciones:

- planificar, organizar, controlar y evaluar las acciones y los servicios de salud, administrando y ejecutando los servicios públicos de salud;
- participar en la planificación, programación y organización de la red regionalizada y jerarquizada del Sistema Único de Salud (SUS), en conjunto con su dirección estatal;
- participar en la ejecución, el control y la evaluación de las acciones referentes a las condiciones y a los ambientes de trabajo;
- ejecutar servicios: de vigilancia epidemiológica; de vigilancia Sanitaria; de alimentación y nutrición; de saneamiento básico; y de salud del trabajador;
- ejecutar, dentro del contexto municipal, la política de insumos y equipos para la salud;
- colaborar con la inspección de las agresiones hechas al medio ambiente, que repercutan en la salud del ser humano, y actuar en conjunto con los órganos municipales, estatales y federales competentes para controlarlas;
- formar consorcios administrativos intermunicipales;
- administrar laboratorios públicos de salud y hemocentros;
- colaborar con el Gobierno Federal y con los estados, en la ejecución de la vigilancia sanitaria de los puertos, aeropuertos y fronteras;
- observado lo acordado en el artículo 26 de esta ley, celebrar contratos y convenios con entidades prestadoras de servicios privados de salud, como también controlar y evaluar su ejecución;
- controlar e inspeccionar los procedimientos de los servicios privados de salud;
- establecer normas que complementen las acciones y los servicios públicos de salud en su área de actuación.

Son de responsabilidad del Distrito Federal las funciones que les están reservadas a los estados y a los municipios.

El Ministerio de Salud tiene un importante papel en la coordinación federativa de la política de salud con los retos de articular los agentes sectoriales y de lidiar con la heterogeneidad del país.

Entre las funciones de coordinación, es importante destacar la promoción de la descentralización y el apoyo a los estados y municipios; la articulación y la divi-

sión de las atribuciones entre las esferas de gobierno, además de la inducción y la normalización de las políticas.

En el campo de la coordinación intergubernamental, se instituyen instancias de negociación y pacto de consensos entre los gestores del SUS para la definición de las reglas de la gestión compartida del sistema. Según el Decreto Presidencial 7.508/2011, esas instancias son las siguientes: Comisión Intergestores Tripartita (CIT), en el ámbito del Gobierno Federal; Comisión Intergestores Bipartita (CIB), en el ámbito del estado, y Comisión Intergestores Regional (CIR), en el ámbito regional al interior de los estados. Esas comisiones tienen la función de establecer pactos para la formulación de políticas de salud y para la organización de las redes de servicios para la atención a la salud.

En el ámbito nacional, los representantes de los estados en la CIT, son seleccionados entre los secretarios de estado de cada región del país (un representante por región), indicados por el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (Conass). Los representantes municipales son indicados por el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (Conasems), siguiendo también el criterio de un representante por región.

Para la coordinación intergubernamental en el contexto estatal, los representantes de los estados en la CIB son indicados por el gestor estatal, y los representantes de los municipios son indicados por el Consejo de Secretarios Municipales de Salud de cada estado.

En el ámbito regional, las Comisiones Intergestores Regionales (CIR) deben estar compuestas por todos los secretarios municipales de salud de los municipios que integran la región de salud y por representantes designados por el gestor estatal.

Son competencias exclusivas de la CIT, definidas en el Decreto 7.508/2011, establecer pactos para: la composición del Rol Nacional de Acciones y Servicios de Salud ; la definición de criterios para la planificación integrada de las acciones y servicios de salud de las Regiones de Salud, en función de compartir la gestión; las directrices nacionales de la financiación y operacionalización de las Regiones de Salud, situadas en las fronteras con otros países, respetando siempre las normas que rigen las relaciones internacionales.

Es responsabilidad de la Comisión Intergestores Bipartita (CIB):

- elaborar propuestas y establecer pactos estratégicos para implantar y operar el SUS en el estado;
- definir instrumentos, parámetros, mecanismos de implantación, reglamentación, acompañamiento y evaluación del SUS en el estado;
- establecer pactos y criterios para la distribución y el uso de los recursos financieros del SUS en el estado;

- definir su organización y la forma de funcionamiento para desempeñar su rol asumido en el Pacto de Gestión;
- definir los flujos y la metodología de trabajo para la ejecución de las actividades relacionadas con la descentralización del proceso administrativo, y analizar las demandas de participación de los municipios en el Pacto por la Salud.

Son atribuciones de la CIR:

- instituir un proceso dinámico de planificación regional;
- actualizar y hacer el monitoreo de las programaciones establecidas en los pactos e integradas;
- articular las acciones de vigilancia en salud;
- articular los diversos niveles de atención;
- estructurar el proceso de regulación asistencial, definiendo los flujos y los protocolos de atención a la salud;
- priorizar las líneas de inversión;
- estimular las estrategias de cualificación del control y participación social;
- apoyar el proceso de planificación local;
- constituir un proceso dinámico de evaluación y monitoreo regional.

La Comisión Intergestores Tripartita (CIT) se reúne mensualmente. La Comisión Intergestores Bipartita de cada estado define la frecuencia de sus reuniones, siendo habitual la frecuencia mensual. Las Comisiones Intergestores Regionales deben organizar una agenda regular y que sea frecuente, articulada con reuniones de la agenda de la CIB.

Modelos de gestión de servicios y redes

El Pacto por la Salud, por medio del Término de Compromiso de Gestión, explicita las responsabilidades y las atribuciones inherentes a cada esfera de gobierno, con la finalidad de perfeccionar y consolidar el Sistema Único de Salud.

El Decreto 7.508/2011, por medio del Contrato Organizativo de Acción Pública (COAP), define las responsabilidades individuales y solidarias de los entes federativos con relación a: las acciones y a los servicios de salud, los indicadores y las metas de salud, los criterios de evaluación de desempeño, los recursos financieros que serán puestos a disposición, la forma de control e inspección de su ejecución, y demás elementos necesarios para la implementación integrada de las acciones y de los servicios de salud.

El Término de Compromiso de Gestión y el Contrato Organizativo de Acción Pública prevén que los compromisos asumidos sean monitoreados por medio de la elaboración de Informes Anuales de Gestión, que son instrumentos que presentan

los resultados alcanzados con la ejecución de las programaciones anuales de salud, la conquista de las metas y el cumplimiento de las responsabilidades sanitarias.

El Decreto 7.508/2011 establece la organización y la asistencia a la salud en el ámbito regional por medio de la construcción de una red de atención a la salud. Esta red se configura en un conjunto de acciones y servicios integrados en niveles de complejidad crecientes, para garantizar la integralidad de la asistencia a la salud.

El Decreto busca el cambio de paradigma en la organización del sistema público de salud, partiendo de un modelo asistencial basado en el hospital, fragmentado y dirigido a las condiciones agudas de salud, hacia un modelo coordinado por la Atención Primaria de la Salud, organizado en redes y centrado en las condiciones agudas y crónicas que el ciudadano enfrenta.

El cambio de paradigma presupone también el fortalecimiento de la gestión participativa y del control social, la ampliación y el perfeccionamiento de la gobernanza y la gestión con foco en los resultados. Además, se hace necesaria la incorporación de la práctica del monitoreo y la evaluación de las metas establecidas, con el fin de perfeccionar las políticas públicas en salud.

Regulación de los servicios y de los seguros privados

Los seguros y planes privados de salud en Brasil se rigen por la Agencia Nacional de Salud Suplementar (ANS), autarquía vinculada al Ministerio de Salud. La regulación de los planes privados supone un conjunto de medidas y de acciones del Gobierno que involucra la creación de normas, el control y la inspección de segmentos de mercado explorados por empresas, para asegurar el interés público.

VIGILANCIA EN SALUD

La Ley N° 8.080, del 19 de setiembre de 1990, *“tiene como propósito disponer sobre las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y el funcionamiento de los servicios correspondientes”*.

Esta ley regula, en todo el territorio nacional, las acciones y los servicios de salud ejecutados aislada o conjuntamente, en carácter permanente o eventual, por personas físicas o jurídicas, de derecho público o privado. Define que el conjunto de las acciones y de los servicios de salud prestados por órganos e instituciones públicas federales, estatales y municipales de la administración directa e indirecta, y de las fundaciones mantenidas por el Poder Público, constituye el Sistema Único de Salud (SUS).

Los campos de actuación del SUS abarcan también la vigilancia epidemiológica, la salud del trabajador y las acciones de vigilancia sanitaria, donde se pretende eliminar los riesgos a la salud e intervenir en los problemas sanitarios y controlar

bienes de consumo y de la prestación de servicios que, directa o indirectamente, se relacionen con la salud.

El Ministerio de Salud por medio de la Secretaría de Vigilancia de la Salud, creada en 2003, es responsable por coordinar los sistemas de Vigilancia Epidemiológica, de Vigilancia Sanitaria y Vigilancia Ambiental.

La gestión del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud es compartida entre las esferas de gobierno con distintas atribuciones y competencias por esfera de poder. La ejecución de las acciones específicas en cada campo de la vigilancia se distribuye entre las tres esferas de gobierno.

Vigilancia epidemiológica

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica está constituido por el conjunto de acciones que posibilitan el conocimiento, la detección y la prevención de cambios en los factores determinantes y condicionantes de la salud individual y colectiva con la finalidad de recomendar y adoptar medidas de prevención y control de enfermedades y daños a la salud.

Desde la estructuración del SUS, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica tuvo una importante reorganización operacional para adaptarse al proceso de descentralización. En 1999 se instituyeron transferencias financieras federales para los estados y municipios, de fondo a fondo, para la ejecución de acciones de vigilancia y control de enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas no transmisibles y sus principales factores de riesgo.

La gestión del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS) en Brasil se reparte entre las esferas de gobierno con distintas atribuciones y competencias por esfera de poder.

Al **Gobierno Federal**, por medio de la Secretaría de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud, le compete la coordinación nacional de las acciones de Vigilancia en Salud y tiene como atribuciones:

- Apoyo a los estados, al Distrito Federal y a los municipios en el fortalecimiento de la gestión y ejecución de las acciones de vigilancia en salud;
- Definición de criterios de transferencia de recursos a los estados y municipios;
- Normalización técnica;
- Coordinación de las acciones de respuesta ante las emergencias de salud pública de importancia nacional e internacional, así como ante la cooperación con las otras esferas del gobierno, cuando así se indique;
- Comunicación de emergencias de salud pública de importancia internacional a la Organización Mundial de la Salud;
- Apoyo a los niveles de gestión del SUS en la investigación epidemiológica de casos notificados, epidemias y óbitos, conforme a las normas establecidas por el Gobierno Federal;

- Coordinación, monitoreo y evaluación de la estrategia nacional de vigilancia centinela en el ámbito hospitalario, en colaboración con los estados y municipios;
- Apoyo a los estados y al Distrito Federal en la vigilancia epidemiológica y monitoreo de la violencia doméstica, sexual y otras violencias;
- Cooperación técnica en la ejecución de las acciones de vigilancia en salud coordinadas y realizadas por los Estados y el Distrito Federal;
- Coordinación de los sistemas de información de interés de la vigilancia en salud;
- Proposición de políticas, normas y acciones de educación, comunicación y movilización social referentes a la vigilancia en salud;
- Participación o ejecución de educación permanente en vigilancia en salud;
- Promoción e implementación del desarrollo de estudios, investigaciones y transferencia de tecnologías;
- Promoción de la cooperación y del intercambio técnico/científico en el ámbito nacional e internacional, en el área de vigilancia en salud;
- Gestión de insumos estratégicos de interés de la vigilancia en salud; Coordinación de la Red Nacional de Atención Integral a la Salud del Trabajador (RENAST);
- Implementación, coordinación y apoyo a la estructuración de la Red Nacional de Alerta y Respuesta a las Emergencias en Salud Pública a través del Centro de Información Estratégica de Vigilancia en Salud (CIEVS);
- Coordinación SISLAB en los aspectos relativos a las redes de vigilancia en salud;
- Coordinación del Programa Nacional de Inmunizaciones y de los otros programas especiales de vigilancia y control de enfermedades;
- Cooperación técnica en la implementación y desarrollo de Núcleos de Prevención de Violencias y Promoción de la Salud y de la Vigilancia de Violencias y Accidentes en Servicios Centinela

Las **Secretarías de Estado de Salud (SES)** deben coordinar las acciones de vigilancia en salud, con énfasis en aquellas que exigen simultaneidad regional, del estado y municipal. Además, les compete:

- Apoyo a los municipios en el fortalecimiento de la gestión de la vigilancia en salud;
- Ejecución de las acciones de vigilancia en salud de forma complementaria a la actuación de los municipios;
- Participación en la financiación de las acciones de vigilancia en salud;
- Participación en el proceso de planificación de las acciones de vigilancia en salud;
- Normalización técnica complementaria a la disciplina nacional;
- Coordinación de las acciones de respuesta a las emergencias de salud pública de importancia en los Estados, así como de la cooperación con los municipios en situaciones que sean necesarias;

- Comunicación de emergencias de salud pública de importancia nacional al Ministerio de Salud;
- Declaración de enfermedades obligatorias, epidemias y agravamientos inusitados, conforme a la disciplina federal y de los estados;
- Apoyo a los municipios en la investigación epidemiológica de casos notificados, epidemias y óbitos;
- Coordinación, monitoreo y evaluación de la estrategia de vigilancia en salud centinela en el ámbito hospitalario, en colaboración con los municipios;
- Apoyo a los municipios en la vigilancia epidemiológica y monitoreo de la violencia doméstica, sexual y otras violencias;
- Cooperación técnica en la ejecución de las acciones de vigilancia en salud realizadas por los municipios;
- Coordinación de los sistemas de información de interés de la vigilancia en salud;
- Promoción de la cooperación y del intercambio científico-técnico con organismos gubernamentales y no gubernamentales;
- Provisión y gestión de insumos estratégicos en los estados;
- Coordinación de la RENAST y de los Centros de Referencia en Salud del Trabajador (CEREST);
- Implementación, coordinación y estructuración del CIEVS en el estado;
- Coordinación, seguimiento y evaluación de la red de cada estado de laboratorios públicos y privados que realizan análisis de intereses en salud pública;
- Vinculación a los laboratorios nacionales de referencia para la realización de exámenes especiales;
- Coordinación del programa del estado de inmunizaciones y de los componentes del estado en los programas especiales de vigilancia y control de enfermedades;
- Colaboración con el Gobierno Federal en la ejecución de la vigilancia sanitaria y epidemiológica en puertos, aeropuertos y fronteras.

Las **Secretarías Municipales de Salud (SMS)** tienen como atribución la ejecución, coordinación, planificación y programación de las acciones de vigilancia en salud en sus territorios. Además deben:

- Participar en la financiación de las acciones de vigilancia en salud;
- Participar en el proceso de planificación en salud del municipio con el propósito de integrar las vigilancias a la atención en salud, en especial a la atención primaria de la salud en el municipio;
- Participar en la elaboración y desarrollo del Plan Director de Regionalización;
- Monitorear y evaluar las acciones de vigilancia en salud;

- Realizar la normalización técnica complementaria en el ámbito nacional y en cada estado;
- Coordinar las acciones de respuesta a las emergencias de salud pública de importancia municipal;
- Notificar las enfermedades de declaración obligatoria, epidemias y agravamientos inusitados y otras emergencias de salud pública, conforme a la normalización federal, del estado y municipal;
- Efectuar la investigación epidemiológica de casos notificados, epidemias y óbitos, conforme a las normas establecidas por el Gobierno Federal, los estados y municipios;
- Buscar activamente casos de enfermedades y agravamientos de declaración obligatoria en su territorio;
- Buscar activamente Óbitos y Nacidos Vivos en su territorio;
- Coordinar, monitorear y evaluar la estrategia de vigilancia en salud centinela en el ámbito hospitalario, en su ámbito de gestión;
- Vigilancia epidemiológica y monitoreo de la violencia doméstica, sexual y otras violencias;
- Coordinar, en el ámbito municipal, de los sistemas de información de interés de la vigilancia en salud;
- Proponer políticas, normas y acciones de educación, comunicación y movilización social referentes a la vigilancia en salud;
- Promover y ejecutar la educación permanente en vigilancia en salud;
- Realizar la gestión municipal de insumos de interés de la vigilancia en salud;
- Proveer insumos estratégicos específicos;
- Coordinar la RENAST en el ámbito municipal;
- Coordinar y estructurar el componente municipal de la Red CIEVS, cuando sea necesario;
- Coordinar, realizar el seguimiento y evaluación de la red municipal de laboratorios públicos y privados que realizan análisis esenciales a las acciones de vigilancia en salud;
- Recolectar, almacenar y transportar adecuadamente las muestras de laboratorio hacia los laboratorios de referencia de los estados;
- Coordinar y ejecutar las acciones de vacunación integrantes del Programa Nacional de Inmunizaciones.

Vigilancia sanitaria

La vigilancia sanitaria está prevista en varias instancias legales brasileñas, comenzando por el artículo 200 de la Constitución Federal, que determina la ejecución de acciones de vigilancia sanitaria por el Sistema Único de Salud, así como también en la Ley Orgánica de la Salud, Ley N° 8.080/1990.

Su contenido legal está organizado en leyes, decretos y resoluciones ministeriales, entre los cuales pueden mencionarse:

- Decreto-Ley 986/1969: instituye normas básicas sobre alimentos;
- Ley 5.991/1973, reglamentada por el Decreto 74.170/1974: establece decretos sobre el control sanitario del comercio de fármacos, medicamentos, insumos farmacéuticos y correlacionados;
- Ley 6.360/1976, reglamentada por el Decreto 79.094/1977: dispone sobre la Vigilancia Sanitaria a que están supeditados los medicamentos, los fármacos, los insumos farmacéuticos, cosméticos, productos de higiene limpieza y otros;
- Ley 6.437/1977: configura las infracciones cometidas a la Legislación Sanitaria federal y establece las respectivas sanciones;
- Ley 9.782/1999: define el sistema nacional de vigilancia sanitaria y crea la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa).

En Brasil, la vigilancia sanitaria está organizada como un subsistema del SUS, denominado Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS), que es el responsable por la ejecución de un conjunto de acciones destinadas a eliminar, disminuir o prevenir los riesgos a la salud y de intervenir en los problemas sanitarios provenientes del medio ambiente, de la producción, circulación de bienes y de la prestación de servicios de interés de la salud. Esas acciones se ejecutan a través de instituciones de la administración pública directa e indirecta del Gobierno Federal, de los estados, del Distrito Federal (DF) y de los municipios que ejercen actividades de regulación, normatización, control e inspección en el área de la vigilancia sanitaria. La coordinación del SNVS concierne a la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa).

La Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria fue creada por la Ley 9.782/1999 y, conforme a la legislación, le compete:

- establecer normas, controlar e inspeccionar productos, sustancias y servicios de interés para la salud;
- ejercer la vigilancia sanitaria de puertos, aeropuertos y fronteras;
- mantener el sistema de informaciones de vigilancia sanitaria, en cooperación con los estados, el DF y los municipios;
- acompañar y coordinar las acciones estatales, distritales y municipales de vigilancia sanitaria;
- prestar cooperación técnica y financiera a los estados, al DF y a los municipios;
- actuar en circunstancias especiales en que exista riesgo para la salud.

Otra problemática importante se refiere a la comunicación de riesgos posterior a la comercialización y al uso de productos bajo vigilancia sanitaria (Vigilancia de productos postcomercializados y postuso - Vigipós). La Anvisa genera informaciones

que permiten retroalimentar los sistemas de control y orientar a los ciudadanos y a los profesionales de salud para la prevención de riesgos. De esa manera, la VIGIPÓS es capaz de detectar rápidamente problemas relacionados con los productos y otras tecnologías en uso, tomando las medidas pertinentes para interrumpir o reducir esos riesgos.

Una iniciativa creada con el objetivo de ampliar las fuentes de notificación de casos de sospecha de eventos adversos y de reclamos técnicos de medicamentos es el Programa Farmacias Notificantes, fruto de una asociación entre Anvisa, las vigilancias sanitarias estatales y municipales y los Consejos Regionales de Farmacia.

Además, Anvisa dispone de un sistema informatizado en la plataforma Web, denominado Sistema Nacional de Notificación en Vigilancia Sanitaria (Notivisa) (<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/apresenta.htm>), para la vigilancia de eventos adversos y para reclamos técnicos de productos que están bajo vigilancia sanitaria, con vistas a la notificación, al monitoreo y al análisis e investigación de esos eventos.

Las informaciones referentes a la VIGIPÓS son publicadas en la página Web de Anvisa como alertas, boletines, notas técnicas, informes y cartas a los profesionales de la salud. En algunos casos, la divulgación ocurre también por medio del Diario Oficial del Gobierno Federal (DOU), como por ejemplo, acciones relacionadas con la prohibición cautelar, la suspensión de comercio/uso/importación/exportación, incautación y recogida de productos.

Con relación a la comunicación de riesgos sanitarios bajo el punto de vista de la prevención y la promoción, vale resaltar las acciones de Anvisa referentes a la seguridad del paciente en los establecimientos de asistencia a la salud brasileños, a tono con la política de seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Una de las acciones se dirige a la promoción del proceso de higienización de las manos (HM) en que, junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Anvisa ha venido desarrollando iniciativas, como la puesta en marcha de diversos instrumentos educativos para su aplicación en los hospitales, como por ejemplo afiches, manuales, guías y material en video. Más de 100 mil guías sobre HM ya se han puesto en circulación en los servicios de salud brasileños.

Además, se aplicó una estrategia multimodal de la OMS para la mejoría de la higienización de las manos (HM) en cinco hospitales ubicados de diferentes regiones del país. Los resultados indicaron que en todos los hospitales de la Red Centinela en los cuales la estrategia se aplicó hubo un aumento en la adhesión de los profesionales de la salud a las prácticas de HM. También se destaca la propuesta de autoevaluación sobre HM, presentada por la Anvisa a los servicios de salud, en mayo de 2011, y que contó con la participación de aproximadamente 700 hospitales hasta el día 28 de junio de 2011. La Resolución RDC 42/10, que establece reglas

sobre la obligatoriedad de disponer del alcohol antiséptico para el lavado de las manos por parte de los servicios de salud, fue recientemente incorporada en las discusiones del Subgrupo de Trabajo N° 11 “Salud” (SGT-11) del Mercado Común del Sur (Mercosur), que puso en una consulta pública el texto de la legislación brasileña para todos los Estados miembro.

Otras acciones de Anvisa para mejorar la calidad de los servicios van de la mano con la iniciativa “Cirugías Seguras Salvan Vidas”, lanzada por la OMS con el fin de desarrollar directrices para hacer que los procedimientos quirúrgicos sean más seguros, iniciada en Brasil en mayo de 2010, por la Secretaría de Atención a la Salud (SAS) del Ministerio de Salud. Varias herramientas de la OMS sobre Cirugía Segura fueron adaptadas a la realidad brasileña por la Anvisa y traducidas al portugués, como afiches, guías de implantación y manuales sobre el tema. Todos los materiales producidos están disponibles en el Portal de la Anvisa (www.anvisa.gov.br), en Servicios de Salud. Actualmente, la preparación brasileña para la Cirugía Segura está dirigida a la implantación de los criterios diagnósticos de infección del sitio quirúrgico, por el alcance de la medida en la identificación y en el monitoreo de las infecciones, que abarcan también la resistencia microbiana.

Para enfrentar los problemas de resistencia microbiana a antibióticos, la Anvisa está actuando en diversos frentes, incluyendo acciones específicas ante los profesionales de salud, los servicios de salud y la red de laboratorios. Los informes con los resultados del perfil de sensibilidad están disponibles en el portal de Anvisa desde 2007. La consolidación de la Red de Monitoreo de la Resistencia Microbiana, de la Red Nacional de Investigación de Brotes y de los Eventos Adversos en los Servicios de Salud son estrategias fundamentales en la perspectiva de prevención y control de la diseminación de brotes, en especial, los causados por agentes multirresistentes.

Finalmente, es bueno remarcar que, en la actual etapa de implantación del Subsistema de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia a la Salud, los 1.144 hospitales con diez o más camas de unidad de cuidados intensivos (UCI), fueron considerados prioritarios por Anvisa. Entre los hospitales prioritarios, fueron registradas más de 1.000 Comisiones de Control de Infección Hospitalaria, que responden por 24.000 camas de UCI adulta, pediátrica y neonatal.

Como parte integrante del SUS, la vigilancia sanitaria está organizada en forma de un sistema, con acciones ejecutadas por las tres esferas de gobierno. En situaciones de emergencia, la Agencia, así como también el servicio estatal de Vigilancia Sanitaria, podrá asesorar o complementar las acciones municipales.

Las actividades de vigilancia epidemiológica y de control de vectores relativas a puertos, aeropuertos y fronteras, son ejecutadas por Anvisa, bajo la orientación técnica y normativa del Ministerio de Salud.

Existen algunos canales específicos para la comunicación rápida de emergencias entre las instituciones que componen el SNVS, a saber:

- **Proyecto Redes de Comunicación de Alimentos**, que aborda dos temáticas: por una parte, el apareamiento de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), reacciones adversas, agravamientos, eventos y emergencias de salud pública asociados con el consumo de alimentos, que son tratados por la Red de Comunicación de Vigilancia Sanitaria en Investigación de Brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (RCVIBA); y, por otra parte, los productos alimenticios y los posibles riesgos asociados con ellos, incluyendo las alertas internacionales y los rechazos por parte de los países extranjeros, siendo estos manejados por la Red de Alerta y Comunicación de Riesgos de Alimentos (REALI). Forman parte de la RCVIBA profesionales de las 27 vigilancias sanitarias de los estados, que actúan en investigaciones de brotes de ETA; profesionales de los 27 Laboratorios Centrales de Salud Pública de los estados; representantes de Anvisa; del Ministerio de Salud y de la OPS. Forman parte de la REALI los coordinadores de vigilancia sanitaria de los estados y sus suplentes; representantes de otros órganos que actúan en el control sanitario de alimentos, como el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento; y representantes de los sectores de Anvisa que poseen una interfaz con las acciones de promoción en la inocuidad de los alimentos;

- **Red de Hospitales Centinela**: Es la primera estrategia adoptada por la Anvisa para obtener información sobre el desempeño y la seguridad de productos para la salud, al tiempo en que fomenta el uso racional de medicamentos y tecnologías en la salud en ese universo de servicios. La red actualmente está compuesta por 104 hospitales centinelas y 81 colaboradores, que tienen un importante papel en la asistencia, investigación, enseñanza y formación de los profesionales de la salud, y que están entrenados para la notificación de eventos adversos y reclamaciones técnicas relacionados con los productos para la salud, estando capacitados para administrar tecnologías y controlar los riesgos en la salud.

Además de los canales de comunicación anteriormente presentados, existe el Núcleo de Asesoría en Asuntos Internacionales, que es la unidad responsable de coordinar y asesorar la actuación internacional de la Anvisa.

En lo que se refiere a la publicidad en salud, queda claro que la definición y la construcción de políticas públicas de salud son atribuciones específicas del Ministerio de Salud. Ellas guían las acciones de los demás órganos e instituciones públicas, tales como la Anvisa y los asociados en la construcción de la salud pública.

Varias son las políticas vigentes en las que Anvisa se basa para construir e implementar sus actividades de inspección, monitoreo, educación e información, vinculadas a la propaganda de productos supeditados a la vigilancia sanitaria, principalmente los medicamentos y los alimentos.

La reglamentación de la propaganda está entre las estrategias para alcanzar el uso racional de los medicamentos y, conforme a la Política Nacional de Medicamentos, *“deberá encuadrarse en todos los preceptos legales vigentes, en las directrices éticas provenientes del Consejo Nacional de Salud, así como también en los estándares éticos aceptados internacionalmente.”*

Los reglamentos de la Anvisa sobre la propaganda de medicamentos (RDC 96/2008), así como también sobre la propaganda de alimentos (RDC 24/2010), se rigen por las disposiciones estratégicas de la política nacional.

Además de eso, y con base en las informaciones obtenidas en las actividades de inspección de propaganda, se establecieron diversas acciones para la promoción de la educación e información en salud, secundando los Proyectos *Educanvisa* y *Monitora*, desarrollados en asociación con escuelas públicas de nivel básico y medio, con universidades y con los profesionales de vigilancia sanitaria.

El Sistema de Vigilancia Sanitaria y la acción de Anvisa articulan diversas políticas entre las cuales es posible destacar: la Política Nacional de Medicamentos, la Política Nacional de Alimentación y Nutrición, la Política Nacional de Promoción de la Salud, la Guía Alimentaria de la Población Brasileña y la Política Nacional de Asistencia Farmacéutica, presentadas a continuación.

Política Nacional de Medicamentos (Resolución Ministerial Nº 3.916, del 30 de octubre de 1998)

Aprobada por la Comisión Intergestores y por el Consejo Nacional de Salud, la Política Nacional de Medicamentos pretende *“garantizar la seguridad necesaria, la eficacia y la calidad de esos productos, la promoción del uso racional y el acceso de la población a aquellos productos considerados esenciales”*.

Política Nacional de Alimentación y Nutrición (Resolución Ministerial Nº 710, del 10 de junio de 1999)

Tiene como propósito, garantizar la calidad de los alimentos disponibles para el consumo en el país, la promoción de las prácticas alimenticias sanas, y la prevención y el control de los disturbios nutricionales, como también el estímulo a las acciones intersectoriales que propicien el acceso universal a los alimentos.

Cada nuevo gobierno acoge la política y las directrices se mantienen debidamente actualizadas. Actualmente, la preocupación mayor está dirigida específicamente a las causas del aumento de la obesidad y sus morbilidades. Se definen diversas estrategias para el seguimiento y la reglamentación de la industrialización, comercialización y de la propaganda de alimentos, principalmente aquellos procesados para el uso infantil.

También se estimulan estrategias para la promoción de una vida sana, ya sea por medio de prácticas de publicidad o de acciones de educación e información.

Política Nacional de Promoción de la Salud (Resolución Ministerial N° 687 del 30/03/2006)

Uno de los principales objetivos de la Política Nacional de Promoción de la Salud es enfatizar el cambio de comportamiento de la población brasileña en la toma de conciencia de una responsabilidad individual por la práctica de hábitos de una vida saludable, lo que incluye la alimentación sana y la práctica de actividades físicas, entre otros aspectos.

Para que eso ocurra, la Política de Promoción instauro expresamente la necesidad de una articulación y una movilización intersectorial para la proposición y la elaboración de medidas de reglamentación, con el fin de promover la alimentación sana y reducir el riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles, con un énfasis especial en la reglamentación de la propaganda y publicidad de los alimentos.

Guía Alimentaria de la Población Brasileña (MS, 2006)

La Guía Alimentaria de la Población Brasileña contiene las primeras directrices alimentarias oficiales para nuestra población. Las orientaciones de la guía están dirigidas a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, tales como diabetes e hipertensión, y componen, con seguridad, la lista de acciones para la prevención de la obesidad, que, por sí misma, aumenta el riesgo de esas y de otras enfermedades graves. Por otro lado, la publicación aborda problemáticas relacionadas con las deficiencias nutricionales y con las enfermedades infecciosas, prioridades de la salud pública en Brasil.

En esta publicación se presentan orientaciones para la familia, los profesionales de salud y los gestores. Se recalca la importancia de que el consumidor tenga acceso a la información para fortalecer su capacidad de decisión y de elección alimentaria. Remarca también que *“el fortalecimiento de esa capacidad de decidir por el alimento más adecuado, que se contrapone a las informaciones publicitarias y de marketing, es un reto que hay que conquistar, preservando nuestro derecho como consumidores”*.

Política Nacional de Asistencia Farmacéutica (Resolución Ministerial N° 338 del 06/05/2004)

Consiste en un conjunto de acciones dirigidas a la promoción, protección y recuperación de la salud, tanto individual como colectiva, siendo el medicamento el insumo esencial, y con el objetivo de facilitar el acceso y el uso racional.

El uso racional de los medicamentos es uno de los ejes estratégicos de esa política pública y el control de la propaganda, junto con la promoción de acciones de educación e información, son algunas de las actividades necesarias para alcanzarlo.

Las comunicaciones de desvío de la calidad de medicamentos se hacen en asociación con el área de inspección de productos y los comunicados al público

deben realizarse de acuerdo con las orientaciones de la Anvisa, a continuación del análisis de la documentación técnica pertinente.

Con relación a la publicidad, es importante remarcar que la legislación vigente determina que las infracciones relativas a las propagandas sean consideradas graves o gravísimas en razón del potencial de multiplicación de información engañosa o falsa. Por eso, las acciones de inspección se realizan integralmente, poniendo a disposición las informaciones acerca de esas actividades siempre que sea necesario o que sea solicitado. Las publicaciones de suspensión de las propagandas irregulares se actualizan semanalmente en el Portal de Anvisa.

Regulación de la incorporación de nuevas tecnologías

Anvisa ejerce también un papel relevante en la incorporación de nuevas tecnologías, en la medida en que analiza la eficacia, la seguridad y la calidad de los productos innovadores en el momento de su registro. También actúa en la ampliación del uso de medicamentos ya registrados, así como también en la inclusión de una nueva indicación terapéutica.

En lo concerniente a la adquisición de productos estratégicos, pueden citarse dos acciones de Anvisa que contribuyen para el acceso a productos por parte de la población brasileña: I) evaluación de las solicitudes de importación en carácter excepcional de medicamentos sin registro en Brasil, para suplir las necesidades específicas, en los casos en los cuales no hay un sustituto terapéutico disponible en el mercado nacional (Resoluciones RDC 81/2008 y RDC 28/2008); II) prioridad del análisis de peticiones de registro de productos considerados estratégicos para el suministro de los programas del Ministerio de Salud (Resolución RDC 28/2007).

Para la incorporación de tecnologías en el ámbito del SUS, se constituyó la Comisión para la Incorporación de Tecnologías del Ministerio de Salud (CITEC) compuesta por representantes de las Secretarías del Ministerio de Salud, de Anvisa y de la Agencia Nacional de Salud Suplementar. La CITEC actúa en el sentido de racionalizar y modernizar el flujo de incorporación de nuevas tecnologías en el SUS y en la salud complementaria. Con la creación de la CITEC, se definieron los mecanismos de actuación, los criterios necesarios para la presentación de las solicitudes de incorporación y los flujos de análisis.

El análisis para la incorporación de tecnologías considera, además de los criterios de eficacia y seguridad (evaluados en el registro por Anvisa), las necesidades de salud del país; la relevancia y el impacto de la incorporación de la tecnología para el SUS; el grado de desarrollo y la estructura de los servicios de salud locales; los costos asociados a la nueva tecnología; la existencia de evidencias científicas de eficacia, exactitud, efectividad, seguridad; y también la existencia de estudios de evaluación económica de la tecnología propuesta, en comparación con las tecnologías ya incorporadas.

Otra iniciativa fue la creación del Boletín Brasileño de Evaluación de Tecnologías en Salud, que organiza y difunde informaciones sobre tecnologías en salud, y ayuda en la toma de decisiones de los agentes involucrados en la atención a la salud en Brasil. A finales del 2009, también se lanzó el Boletín Salud y Economía, creado para captar informaciones actualizadas que constan en la literatura médica, de forma resumida y de fácil comprensión, y suministrar el análisis comparativo de la eficacia, seguridad y de los costos entre las opciones terapéuticas disponibles. Esos boletines pueden ser encontrados en la página Web de Anvisa (www.anvisa.gov.br).

La acción de Anvisa, por medio del Núcleo de Asesoría Económica en Regulación, se llevó a cabo en diversos frentes. En resumen, y como ejemplo de actuación de la Anvisa en el mercado de medicamentos, se puede mencionar: 1) análisis de información económica exigida para el registro de medicamentos; 2) análisis de precios de medicamentos nuevos con base en los conceptos de la Evaluación de Tecnologías en Salud y en la farmacoeconomía; 3) construcción de una base de datos con cerca de 20 mil presentaciones de medicamentos, posibilitando el monitoreo, análisis y el diagnóstico del mercado farmacéutico brasileño y 4) desarrollo de una política de reajuste anual de precios de medicamentos.

Además, Anvisa ha adoptado medidas con el objetivo de disminuir la asimetría de informaciones referentes a productos para la salud. En octubre de 2006, se editó la RDC N° 185, que establece el envío de un Informe Económico al momento del registro (o la revalidación) de algunos grupos de productos para la salud. Recientemente se publicó en la página Web de Anvisa un instrumento que permite la investigación de precios de algunos productos para la salud, con información de diferentes fuentes, tales como empresas registradas, cumpliendo con la RDC 185/2006; revistas especializadas en salud y bases de datos internacionales. El principal objetivo de la divulgación de esos precios es ayudar a los gestores públicos y privados durante los procesos de adquisición.

También vale la pena destacar la implementación del Coeficiente de Adecuación de Precios, por la Resolución CMED N° 4/2006, que establece la aplicación de un descuento mínimo obligatorio en el precio de fábrica de los medicamentos adquiridos por entidades de la administración pública. La implementación de este Coeficiente de Adecuación de Precios no solo contribuyó con la reducción de los gastos públicos en la compra de medicamentos del componente especializado y de los medicamentos adquiridos en razón de una acción judicial, sino también con la racionalización del proceso de adquisición, en la medida en que se establece un baremo de precios a partir del cual se inicia la negociación.

Conforme a lo mencionado anteriormente, la Ley N° 9.782, de 26/01/99, que definió el Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria y creó la Anvisa, estipuló también que quedan sujetos al régimen de vigilancia sanitaria, las instalaciones físicas, los equipos, las tecnologías, los ambientes, los procedimientos involucrados en todas las

fases de los procesos de producción de bienes y productos supeditados al control y a la inspección sanitaria, incluyendo la destinación de los respectivos residuos. Así, como todos los laboratorios que participan en esa producción están en alguna fase de los procesos productivos, ellos también se encuentran bajo vigilancia sanitaria. Entre ellos, ocupan un lugar significativo los laboratorios analíticos responsables del control de la calidad de la producción y los que realizan los análisis previos y de control en la atención a los requisitos reglamentarios de Anvisa.

Laboratorios Centrales de Salud Pública

Anvisa coordina las acciones de vigilancia sanitaria desarrolladas por los laboratorios que analizan productos de interés sanitario, con el fin de garantizar resultados confiables para la población. En su campo de actuación están los laboratorios analíticos que pertenecen a la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública de la Vigilancia Sanitaria y que está compuesta por los Laboratorios Centrales de Salud Pública (LACEN), por el Instituto Nacional de Control de Calidad en Salud (INCQS) y afines y la Red Brasileña de Laboratorios Analíticos en Salud (REBLAS), que a su vez está compuesta por los laboratorios regulados.

En la actuación premercado, la REBLAS está integrada por laboratorios públicos o privados que respetan los principios fundamentales de gestión de la calidad y las buenas prácticas de laboratorio. La Anvisa habilita a esos laboratorios tomando como base la acreditación o el reconocimiento de las buenas prácticas de laboratorio mediante los ensayos del Instituto Nacional de Metrología y el licenciamiento por el órgano de vigilancia sanitaria.

En Brasil, entre los controles premercado, se destacan: la inspección en la fábrica, con el objetivo de verificar si la empresa reúne las condiciones para la puesta en marcha de la actividad de fabricación; y la exigencia de registro del producto. Esta última comprende la documentación y descripción del producto, su finalidad de uso y las características que serán presentadas en la comercialización e, incluso, las orientaciones para su uso y etiquetado, conforme a su naturaleza y a las normas pertinentes.

Posteriormente, una vez en el mercado, los análisis de control fiscal deben ser realizados por el INCQS, los Laboratorios Oficiales y los LACEN. La Resolución Ministerial N° 2.031, del 23 de setiembre de 2004, instauró el Sistema Nacional de Laboratorios de Salud Pública (SISLAB) para llevar a cabo con mayor eficiencia las acciones de vigilancia en salud. El sistema se compone de cuatro redes, entre ellas, la Red Nacional de Laboratorios de Vigilancia Sanitaria, que está estructurada en redes específicas por productos, servicios y programas, con sus respectivas subredes. La Red Nacional de Laboratorios de Vigilancia Sanitaria está comandada por la Anvisa y realiza los análisis (previos, de control, fiscal, de monitoreo e investigación), en los productos y servicios relacionados con la salud, como alimentos, medicamentos, cosméticos, curativos, inmunobiológicos, hemoderivados, toxicología humana,

contaminantes biológicos y no biológicos, materiales y equipos de uso para la salud, entre otros, incluso en la vigilancia de los puertos, aeropuertos y fronteras.

Con relación al registro de medicamentos, pueden ser citados los Laboratorios que realizan estudios de equivalencia farmacéutica y bioequivalencia. Ellos son auditados e inspeccionados por Anvisa, y prestan servicio a las empresas farmacéuticas que pretenden registrar medicamentos genéricos y similares.

Con referencia a los dispositivos médicos entendidos como todos los equipos, aparatos, materiales y kits de diagnóstico de uso *in vitro* y utilizados como soporte para pacientes en ambientes hospitalarios, servicios de salud o bajo cuidados médicos en ambientes domiciliarios, está en fase de implementación un proceso de monitoreo de la calidad y conformidad de productos disponibles en el mercado, con la creación de una red de laboratorios especializados.

Vigilancia en puertos, aeropuertos, fronteras y recintos aduaneros

En lo que se refiere a la vigilancia en puertos, aeropuertos, fronteras y recintos aduaneros, ocurre en todas las unidades federativas del país por medio de 27 unidades en los puertos, aeropuertos y fronteras y 86 puestos de vigilancia sanitaria, con una planta de 1.104 servidores federales.

Anvisa coordina la ejecución de las medidas y formalidades relativas a la inspección y autorización de la importación y exportación de productos que están supeditados al régimen de vigilancia sanitaria.

El procedimiento para la importación de productos supeditados a la vigilancia sanitaria se describe en la Resolución RDC N° 81/2008. El requisito fundamental para la importación de productos supeditados a la vigilancia sanitaria es su regularización ante la Anvisa, que consiste en un registro, notificación, autorización de modelo, exención de registro, o cualquier otra forma de control reglamentada por esa Agencia.

Para que se dé la actuación fiscal de esa Agencia, es necesario que la Nomenclatura Común del Mercosur esté sujeta a la aprobación de la Anvisa.

La vigilancia sanitaria en los puntos de entrada, está estructurada con recursos humanos entrenados para la inspección de medios de transportes y capacitados para la prevención, detección, análisis, comunicación y respuesta a las emergencias de la salud pública.

Para la implantación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), se evaluaron 30 puntos de entrada al país (16 aeropuertos y 14 puertos) y, como resultado, se obtuvo la elaboración del plan de acción para cada punto evaluado.

En este momento el proceso se encuentra en la fase de implementación de los planes de acción, con la promoción de diversas acciones, tales como: sensibilización de los agentes involucrados por medio de la creación del Comité de Implementación del RSI en los puntos de entrada; preparación de protocolos de referencia para orientar a los agentes involucrados en cuanto a la elaboración de programas y

documentos; y elaboración de convenios con la universidad para la aplicación de cursos temáticos.

La Anvisa, como entidad responsable de la implementación del Anexo 1B, seleccionó 30 puntos de entrada para proceder a la evaluación de las capacidades básicas, conforme al instrumento acordado en el Mercosur. Tomando como base el resultado de esa evaluación, procedió a la elaboración de planes de acción para los puntos de entrada seleccionados con el fin de establecer la formulación de las estrategias específicas y fortalecer las capacidades de prevención, detección, análisis, comunicación y respuesta a las emergencias de salud pública que puedan ocurrir en Brasil.

FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

Brechas entre las necesidades del sistema y la oferta de personal

Actualmente, en Brasil, la cantidad y la calidad de los profesionales de la salud (nivel superior y medio) existentes no responden a las necesidades del Sistema Único de Salud.

En medicina, hay insuficiencia de profesionales en las grandes áreas clínicas, como clínica general, pediatría, ginecología, obstetricia, psiquiatría y medicina de familia y comunidad. Las regiones Norte, Nordeste, Centro-Oeste, los suburbios de los grandes centros urbanos, espacios con vacíos demográficos y regiones de fronteras son las que enfrentan mayores dificultades para la fijación de los profesionales. Esas regiones presentan también la ausencia de otros profesionales de la salud, como enfermeros y odontólogos. Se está elaborando una investigación para estimar la necesidad de profesionales de salud a corto y medio plazo (2020/2030), con el objetivo de apoyar cursos y/o la ampliación de plazas de ingreso al pregrado y a la especialización, con énfasis en la residencia médica y multiprofesional.

Cambios en las estrategias de formación y educación permanente

Además de las iniciativas en marcha para suplir las necesidades del SUS, desde el inicio de los años 1990 en Brasil se intenta ejecutar cambios en la formación de los profesionales de la salud. Pero solamente a partir de la última década el proceso se intensificó de forma más expresiva, principalmente a partir de 2003, con la creación de una secretaría específica responsable por la gestión y formación de recursos humanos en el Ministerio de Salud, la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud.

Algunos factores contribuyeron para generar cambios en la formación de los profesionales de la salud:

- La promulgación de la actual Constitución Federal (1988), que creó el Sistema Único de Salud y estableció que SUS tiene, entre otras atribuciones, la de ordenar la formación de los recursos humanos en Salud.

- El proceso de construcción y expansión del SUS creó un nuevo mercado de trabajo en el área pública, generando la necesidad de cambios en la formación que fueron impulsados por el MS.
- El Ministerio de Educación también buscó esa adecuación en la formación y, después de un amplio proceso de discusión que involucró a profesores, profesionales, y expertos en el área de la educación, se editaron las Directrices Curriculares Nacionales (2001 y 2002), que establecieron un perfil del profesional de salud y las directrices para la organización de los currículos y para establecer una articulación con los servicios públicos de salud.
- Perfeccionamiento de los procesos de autorización, reconocimiento y evaluación de los cursos superiores de la salud teniendo en cuenta las nuevas directrices curriculares.

Además de esas acciones, se crearon también en el Ministerio de Educación instancias que tratan de la formación de profesionales de la salud (Comisión de Residencia Médica, Residencia Multiprofesional), e instancias que tratan de la reglamentación de los hospitales universitarios de enseñanza, que cuentan con la representación del Ministerio de Salud.

En 2007, se creó la Comisión Interministerial de la Gestión de la Educación en la Salud para apoyar la ordenación de la formación de recursos humanos en salud y con el rol de establecer las directrices y criterios para la regulación de cursos superiores en salud y la oferta de formación en áreas prioritarias, según las necesidades regionales del SUS.

La Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud (SGTES) es la responsable del desarrollo de programas y acciones que tienen el fin de generar los cambios y las adecuaciones necesarias en la formación de los profesionales de nivel superior, que es de responsabilidad del Ministerio de Educación. En el nivel medio, la SGTES es la responsable de las escuelas técnicas del SUS y también de la formación de técnicos (enfermería, hemoterapia, radiología, citología) y de la formación técnica posterior (especialización de técnicos).

La **Política Nacional de Educación Permanente en Salud**, coordinada por la SGTES, define qué acciones educativas se deben planificar, elaborar, articular y ejecutar a tono con las necesidades de los servicios de salud definidas local y regionalmente.

Para eso, existen espacios de articulación regional (Comisiones de Integración enseñanza/servicio que trabajan en conjunto con los Colegiados de Gestión Regional) y la ejecución se hace prioritariamente mediante instituciones públicas (estatales y federales), Escuelas Técnicas del SUS y Escuelas de Salud Pública.

Una importante y exitosa experiencia de educación permanente en el SUS es la **Universidad Abierta del SUS (Unasus)**. Unasus es un sistema educativo para la salud que se fundamenta en una red de colaboración de instituciones educativas y

de salud, destinada a atender las necesidades de formación y educación permanente de los trabajadores del SUS, por medio de la educación a distancia. Su coordinación incluye: Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, representantes de los secretarios estatales y municipales de salud, la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), universidades, la OPS y la OMS (<http://www.unasus.gov.br/>).

Otro programa de destaque es el **Programa de Estructuración y Calificación de la Gestión del Trabajo y de la Educación en el SUS**, que realiza la calificación, especialización, la maestría profesional y los cursos de actualización de profesionales para las áreas de gestión del trabajo y de la educación de los estados y municipios.

Gestión del trabajo en el SUS

Con el SUS, la gestión de la fuerza de trabajo fue gradualmente asumida por los estados, en determinadas áreas (servicios de salud con mayor complejidad y de extensión regional), y por los municipios. Con la política de descentralización del SUS las contrataciones de profesionales por la esfera municipal aumentaron de 306.505, en 1992, a 1.203.085, en 2009 (AMS/ IBGE/2009), tornando necesaria la existencia de gestores del trabajo en los niveles municipal y estatal.

En el proceso de implementación del SUS se configuraron diversas formas de contratación para los trabajadores de salud en el país, ya sea como servidor público en el régimen jurídico único, empleado público, con intermediación por Organización Social, cooperativas, ONG, que resultan en diferentes formas de remuneración, rangos salariales, jornadas de trabajo y derechos laborales, e impacta, también, en la ubicación de profesionales de salud en determinadas regiones del país.

En 2003 se instaló la **Mesa Nacional de Negociación Permanente** (foro paritario entre gestores y trabajadores), que acordó siete protocolos con directrices generales nacionales sobre las relaciones de trabajo en el SUS. Uno de los protocolos de especial destaque es el que establece las directrices generales para la elaboración de planes de carrera, cargos y salarios para la carrera multiprofesional y para la política para reducir la precariedad del trabajo en la salud; importantes retos para la mayoría de los municipios de Brasil.

Reglamentación y conducción del proceso de formación profesional en salud

El Ministerio de Educación (MEC) es responsable por la autorización, reconocimiento y renovación de los cursos superiores federales y privados. Los cursos superiores públicos estatales están bajo el control de los consejos de educación de los estados. Para los cursos de salud (medicina, psicología y odontología), ese proceso cuenta con la participación del Consejo Nacional de Salud, que es una instancia participativa de decisión del Ministerio de Salud.

Existen Directrices Curriculares Nacionales (editadas en 2001) para todos los cursos superiores de la salud. Esas directrices son la piedra angular para la autorización, el reconocimiento y la renovación de los cursos. Las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) de 14 cursos de pregrado en salud indican la necesidad de que los cursos incorporen en sus proyectos pedagógicos la estructura teórica del SUS, valorando, también los postulados éticos, la ciudadanía, la epidemiología y el proceso salud/enfermedad/cuidado, en el sentido de garantizar una formación contemporánea consonante con los referentes nacionales e internacionales de calidad. Establecen también la necesidad de la formación en salud pública y la incluye en los respectivos currículos.

Además, las DCN innovan al estimular la inserción rápida y progresiva de los estudiantes en el SUS, lo que les garantizará el conocimiento y el compromiso con la realidad de la salud de su país y de su región.

Para implementar la reglamentación, se creó en el 2004 la Cámara de Regulación del Trabajo en la Salud, que es un foro de diálogo entre el Ministerio de Salud y los Consejos Profesionales, para incentivar el debate sobre propuestas de reglamentación de profesiones de salud y su articulación con el Congreso Nacional.

Pero todavía subsiste un desfase entre las reales necesidades del SUS y la creación de nuevas profesiones y definición de criterios para el ejercicio profesional, debido a intereses corporativos y de mercado.

La participación del sector privado en la formación de profesionales para la salud es de aproximadamente un 70% de las plazas en los cursos de pregrado del área de la salud.

Para la educación profesional (técnico), desde el 2009 se viene desarrollando un Programa de Formación de Profesionales de Nivel Medio para la Salud, bajo la coordinación de la SGTES/MS, que atiende las áreas estratégicas prioritarias: vigilancia en salud, radiología, citopatología, hemoterapia, enfermería, salud bucal, prótesis dental, y mantenimiento de equipos.

En el nivel del postgrado *lato sensu* (especialización, residencia médica y residencia multiprofesional), existen acciones y programas de la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en la Salud/Ministerio de Salud, que intentan estimular y ampliar la formación en salud Colectiva en asociación con instituciones de enseñanza superior (Departamentos de Salud Pública, Salud Colectiva). En el postgrado *stricto sensu*, existen otras acciones que también cuentan con recursos del MS, como las Maestrías Profesionales en Salud Pública.

Migración de la fuerza de trabajo

En Brasil los problemas son de migración interna de la fuerza de trabajo en salud. A pesar de todos los esfuerzos que el Ministerio de Salud y de Educación han hecho, existe una considerable falta de profesionales en algunas regiones del

país y, al mismo tiempo, una gran tendencia a que los profesionales se vinculen con los servicios de salud de grandes centros urbanos, incluso cuando la formación haya tenido lugar en ciudades más pequeñas o en regiones con menor presencia de profesionales.

ACCIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Desde los comienzos de la década de 2000, Brasil ha desarrollado programas de distribución de renta y, de esa forma, se ha destacado en la ejecución de políticas sociales con el objetivo de disminuir las desigualdades existentes en el país y lograr la inclusión social de poblaciones históricamente excluidas.

En Brasil, la principal acción para enfrentar los determinantes sociales de la salud es el programa *Bolsa Familia*. Este programa del Gobierno Federal es un programa de transferencia directa de renta que beneficia a las familias que están en situación de pobreza y de extrema pobreza.

Su objetivo es asegurar el derecho que todo ser humano tiene a una alimentación adecuada, generando seguridad alimentaria y nutricional, así como también facilitando la conquista de la ciudadanía por parte de la población más vulnerable al hambre (*Fome Zero* o Hambre Cero).

Las familias beneficiadas deben asumir y cumplir compromisos para continuar recibiendo la ayuda asistencial (condicionalidades). **En el área de salud**, asumen el compromiso de actualización de la tarjeta de vacunación y del seguimiento del crecimiento y desarrollo de los niños menores de 7 años. Las mujeres entre los 14 y los 44 años deben hacer un seguimiento y, si están embarazadas o están en período de lactancia, deben realizar el prenatal y el seguimiento de su salud y la de su bebé. **En el área de educación**, todos los niños y adolescentes entre 6 y 15 años deben estar debidamente matriculados y con una frecuencia escolar mensual mínima de un 85%. Los estudiantes entre los 16 y los 17 años deben tener una frecuencia mínima de un 75%. **En el área de asistencia social**, los niños y los adolescentes que tengan hasta 15 años y que estén en riesgo o que hayan sido retirados del trabajo infantil, deben participar en los Servicios de Convivencia y Fortalecimiento de Vínculo y obtener una frecuencia mínima de un 85%.

Estrategias de coordinación intersectorial

Para enfrentar la complejidad de las cuestiones vinculadas a los determinantes sociales de la salud, el Gobierno Federal trabaja coordinadamente con los ministerios y esferas federadas desde 2003 para incorporar los diversos sectores en la ejecución de programas destinados a la población más vulnerable. En 2007 se creó en la Secretaría de Relaciones Institucionales de la Presidencia de la República el **Comité de Articulación Federativa**. Se trata de un mecanismo de coordinación

intergubernamental y una instancia de diálogo entre el Gobierno Federal y los municipios brasileños. Tiene por finalidad promover la articulación en la formulación de estrategias e implementación de acciones coordinadas y cooperativas entre las esferas federal y municipal de gobierno, para dar respaldo a las demandas de la sociedad y perfeccionar las relaciones federativas.

Alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Las metas nacionales proyectadas en los planes plurianuales (PPA) pueden ser consideradas iniciativas del gobierno brasileño para enfrentar los determinantes sociales de la salud.

Algunas de las metas nacionales incluidas en el último PPA poseen una sólida articulación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM):

Erradicar la pobreza extrema y el hambre. Una de las directrices del Gobierno, se refiere a la erradicación de la pobreza absoluta y a la reducción de las desigualdades. Se destacan en esa área los Programas: *Fome zero* (Hambre cero) y *Bolsa família* (Beca familia).

Alcanzar la universalidad de la enseñanza básica. De la misma forma que la salud, la educación también es un derecho de todos y un deber del Estado y de la familia. Se constituye como una importante premisa constitucional, que orienta la ejecución de diferentes políticas y programas nacionales.

Promover la igualdad de géneros y la autonomía de las mujeres. El país ha venido desarrollando políticas y acciones de promoción de la igualdad de géneros, entre las que se pueden mencionar las coordinadas por la Secretaría de Políticas para las Mujeres, en articulación con otros órganos de gobierno. Otra iniciativa que merece destacarse es la *Ley Maria da Penha*, que se ha convertido en un importante instrumento de protección para las mujeres en Brasil, una vez que cohibe y previene la violencia doméstica y familiar contra la mujer.

Reducir la mortalidad infantil. Se trata de un compromiso estratégico de gobierno que articula diferentes sectores gubernamentales y sociales. En el ámbito de la **salud** se destacan las siguientes iniciativas: ***Rede Cegonha*** (Red Cigüeña) –que consiste en una red de cuidados con el objetivo de garantizar a la mujer el derecho a la planificación reproductiva, la atención humanizada al embarazo, al parto y al posparto, así como también garantizar al niño su derecho a nacer en un ambiente seguro y a tener un crecimiento y un desarrollo sanos. También son significativas las siguientes acciones y políticas: Políticas de Salud del Niño y el Amamantamiento Materno; Pacto de Reducción de la Mortalidad Infantil en el Nordeste y en la Amazonía Legal; Acciones de Movilización del Pacto por la Reducción de la Mortalidad Infantil en el Nordeste y en la Amazonía Legal; Libro de Salud del Niño: Pasaporte de la Ciudadanía; Acciones de Vigilancia de la Mortalidad Infantil y Estrategia de Brasileños y Brasileñas Sanos.

Mejorar la salud materna. Destacamos además de la Red Cigüeña, la Política de Atención Integral de la Salud de la Mujer, el Pacto Nacional por la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal, la Política Nacional de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, la Política de Atención Obstétrica, Acciones de Vigilancia del Deceso Materno, las Directrices Nacionales para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes.

Combatir el VIH/Sida, la malaria y otras enfermedades. Una iniciativa que merece destacarse es la existencia de programas nacionales para enfrentar esas graves enfermedades, lo que fortalece una respuesta nacional articulada. Son ellos: Programa Nacional DST, Sida y Hepatitis Virales, Programa Nacional de Control de la Malaria, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y Programa Nacional de Control de la Hanseniasis

Garantizar la sostenibilidad ambiental y establecer una asociación mundial para el desarrollo. Con el fin de fortalecer las iniciativas nacionales para alcanzar ese objetivo, cobran importancia la Cooperación Internacional en Salud, los Acuerdos Bilaterales en vigor en el país, los Proyectos de Cooperación Técnica Sur-Sur en Salud y el Sistema Único de Salud (SUS).

INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA LA SALUD

El Ministerio de Salud de Brasil, formula e implementa políticas públicas dirigidas a los insumos estratégicos, a las investigaciones y a la innovación en la salud por medio de la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS). La creación de esta Secretaría refleja, institucionalmente, la necesidad de aliar la innovación con la ampliación del acceso de la población al sistema de salud.

La actuación de la SCTIE/MS presupone cuatro campos temáticos: investigación y desarrollo, producción e innovación, asistencia farmacéutica y regulación. Estos campos integran las acciones de los tres departamentos de la SCTIE: el Departamento de Ciencia y Tecnología; el Departamento del Complejo Industrial e Innovación en Salud (DECIIS) y el Departamento de Asistencia Farmacéutica (DAF).

Esos campos temáticos buscan el acercamiento entre las necesidades de la salud de la población y la capacidad productiva nacional.

Existen, por lo menos, tres áreas en que el Ministerio de Salud actúa para hacer que la capacidad productiva esté a tono con las necesidades de salud de la población: la Ley 12.349/10; la Lista de Productos Estratégicos (Resolución Ministerial MS 1.284/10) y las Asociaciones para el Desarrollo Productivo.

En el 2010 fue promulgada la Ley 12.349, que abre nuevas posibilidades al desarrollo del Complejo Industrial de la Salud en el país. Las innovaciones que la Ley trajo dentro del marco reglamentario permiten que las compras públicas puedan influir de manera más directa en el desarrollo industrial y de innovación en la salud

del país. A partir de la promulgación de esa ley, el Gobierno puede dar preferencia en las compras públicas a los productos y servicios nacionales, lo que es una interesante herramienta para impulsar la producción nacional de medicamentos y de equipos.

Además, el Ministerio de Salud publica una **Lista de Productos Estratégicos** para el Sistema Único de Salud (SUS), a través de la Resolución Ministerial 1.284/2010. Esa lista define cuáles son los productos que deben ser objeto de políticas públicas para el incremento de la producción en el país, de la innovación, de la transferencia de tecnología y de los mecanismos de regulación. En ese sentido, el Ministerio de Salud, intenta suplir las reales necesidades del sistema de salud, al tiempo en que suministra incentivos a los productores públicos y privados, para que puedan innovar, producir conocimiento y suministrar localmente los insumos que la población necesita.

Estrategias para el acceso a las vacunas, medicamentos esenciales y de costo elevado

En lo referente a las políticas nacionales para la superación de las barreras en el acceso a los medicamentos e insumos estratégicos, hay que destacar que la demanda de medicamentos está en aumento y que las tendencias indican un continuo crecimiento de esa demanda. Por lo tanto, el Gobierno debe poner a disposición esos insumos para garantizar que los ciudadanos tengan sus derechos asegurados. Para eso, la SCTIE fomenta el parque industrial incentivando a la producción de los principios activos y de medicamentos en el país, invirtiendo en centros de investigación y desarrollo e importando los medicamentos que todavía no se producen en el país. Es importante mencionar dos políticas públicas en el contexto del complejo industrial de la salud: la consolidación de la Cámara de Regulación del Mercado de Medicamentos y la preocupación por la balanza comercial, específicamente por el creciente peso de las importaciones.

En lo que se refiere a las políticas específicas para la regulación de los precios, hubo necesidad de una regulación económica del sector farmacéutico por medio de la creación de la Cámara de Regulación del Mercado de Medicamentos. Se trata de superar las barreras de acceso por medio de una política que regula los precios. Las especificidades presentadas por ese mercado, destacando los “fallos de mercado”, sobre todo las barreras impuestas a la entrada de nuevos competidores, la inelasticidad de la demanda al aumento de los precios y la fuerte asimetría de las informaciones, hace necesario adoptar ese nuevo mecanismo. El aumento continuo de los precios por parte de los productores generaba una reducción del acceso de la población a los medicamentos esenciales.

En ese sentido, y para intentar sanear esas irregularidades, se han creado algunas medidas de reglamentación. Esas medidas pasaron a formar parte de la Ley N° 10.742, de octubre de 2003, que instituyó la Cámara de Regulación del

Mercado de Medicamentos (CMED), estableciendo el régimen de regulación actual para el sector farmacéutico y la regla para el reajuste de los precios de los medicamentos. La CMED tiene como objetivo, la adopción, la implementación y la coordinación de las actividades relativas a la regulación económica del mercado de medicamentos, dirigidas a promover la asistencia farmacéutica a la población por medio de mecanismos que estimulen la oferta de medicamentos y la competitividad del sector.

El cálculo del precio inicial de los medicamentos se hace con base en la comparación con los precios internacionales o con base en el costo del tratamiento. La Cámara de Regulación del Mercado de Medicamentos monitorea los precios de los medicamentos que están en el mercado todos los días y, en el caso de que se detecten indicios de alguna irregularidad, se harán demandas administrativas contra las empresas para que justifiquen eventuales reajustes de precios no autorizados por la Cámara, o que no respeten las reglas previstas para el funcionamiento de esa sistemática de regulación instituida por el Gobierno Federal.

Las compras públicas deben respetar un techo de precios. La mayoría de los medicamentos tienen como límite el ‘precio de fábrica’, que es el mayor precio que puede ser practicado por la industria y también por los mayoristas. En el caso de los productos excepcionales, de costo elevado, o de cualquier medicamento adquirido en razón de una decisión judicial, fue establecido como límite el Precio Máximo de Venta al Gobierno (PMVG). El PMVG, obtenido por la aplicación del Coeficiente de Adecuación de Precios sobre el precio de fábrica, es el límite de precio permitido para la venta de esos medicamentos a entidades de la Administración Pública Federal, Estatal y Municipal. Cualquier adquisición realizada por entidades públicas que no cumpla esos límites se configura como una infracción y estará supeditada a las penalidades legalmente previstas.

Toda comercialización de medicamentos tiene, necesariamente, que ser evaluada por la Cámara de Regulación del Mercado de Medicamentos. Esa exigencia se aplica a todo el sector farmacéutico, pero excluye los productos fitoterápicos y algunos otros que están exentos de regulación, conforme a la deliberación del Comité Técnico Ejecutivo de la CMED. Entre los criterios para la definición de precios, se creó el Coeficiente de Adecuación de Precios (CAP), que es un descuento mínimo obligatorio, actualmente definido en un 24,38%, y que incide sobre el precio de fábrica de algunos medicamentos excepcionales o de costo elevado, en las compras realizadas por las entidades públicas. El CAP también se aplica a las compras públicas de cualquier medicamento adquirido por motivo de una decisión judicial.

Capacidades productivas nacionales estatales y privadas

El fortalecimiento del complejo industrial de la salud, con vistas a ampliar la capacidad productiva nacional y a facilitar la universalización del acceso a la po-

blación, cuenta también con las iniciativas de las Asociaciones para el Desarrollo Productivo. Se trata de asociaciones público-privadas realizadas entre los laboratorios públicos y los productores privados de fármacos y medicamentos. Las asociaciones deben buscar el fortalecimiento de los laboratorios públicos y permitir la ampliación de su papel de regulación de mercado. Además, deben estimular la producción local de productos de costo elevado o de gran impacto sanitario y social. De esa forma, se busca fomentar la capacidad productiva de la industria farmacéutica y de la industria química nacional.

Sin embargo, el estímulo a la producción regional debe respetar los acuerdos internacionales suscritos por Brasil, garantizándole una mayor seguridad y protegiendo la salud de la población.

El país busca fortalecer los foros multilaterales de la salud, en especial el régimen de Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC). Brasil es firmante del Acuerdo ADPIC y, por lo tanto, tiene enraizado sus principios generales en la legislación nacional, así como también las flexibilidades del acuerdo para fines de protección de la salud pública, como el licenciamiento compulsivo de patentes (regulado en los artículos 68 a 74 de la Ley de Propiedad Industrial).

En el ámbito de la propiedad intelectual, sin embargo, Brasil posee una disciplina interna para la aplicación del licenciamiento compulsivo de patentes. Un ejemplo concreto de aplicación de esta disciplina fue el licenciamiento compulsivo de las patentes del antirretroviral Efavirenz efectuado en 2007.

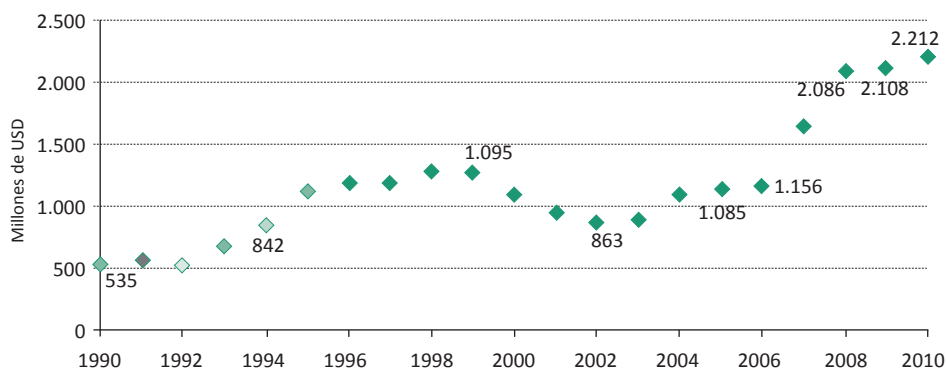
La dependencia externa y la balanza comercial

El creciente peso que las importaciones de medicamentos en la balanza comercial brasileña es una preocupación para el Ministerio de Salud. Si, por una parte, la importación viabiliza el acceso a las tecnologías que no están disponibles en el país, por otra parte, evidencia la dependencia tecnológica y la vulnerabilidad a la cual el sistema está sometido en lo que se refiere a la suficiencia y a la continuidad en la prestación de ese servicio. Además, y tratándose de insumos de alto valor añadido, la importación en el campo de la salud trae aparejado un gran impacto en la balanza comercial del país.

En el caso del Programa Nacional de Inmunización, por ejemplo, en que se debe ofrecer productos que acompañen lo más reciente en el mercado internacional y que sean seguros y eficaces, existe la constante necesidad de incorporar nuevas vacunas, como ha sido el caso, en el 2010, de las vacunas pneumocócica, meningocócica y de la vacuna para enfrentar la pandemia del virus de la gripe A (H1N1), lo que provocó un aumento acentuado en las importaciones en Brasil. Es bueno remarcar que el propio proceso de transferencia de tecnología a los laboratorios públicos, que ocurre por medio de las Asociaciones para el Desa-

rollo Productivo, depende de una etapa de importaciones inicial de las vacunas ya terminadas, lo que afecta la balanza comercial y, por tanto, impacta también en las importaciones. En el caso de los hemoderivados, existe una dependencia completa de las importaciones para atender las compras del SUS destinadas al tratamiento de los portadores de coagulopatías, que alcanzaron casi 200 millones de dólares en el 2010.

Gráfico 2 – Volumen de importación de fármacos y adyuvantes, Brasil, 1990-2010



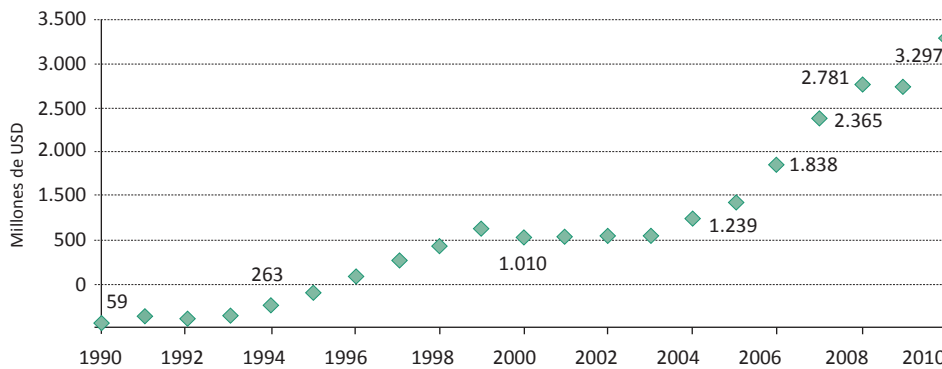
Fuente: Consolidación SCTIE, con base en los datos de la ABIQUIF.

El Gráfico 2 muestra que las importaciones de fármacos, de USD 535 millones en 1990 pasaron a USD 1,1 mil millones en el 2000, y se duplicaron en el 2010, con US\$ 2,2 mil millones. Esto representa una tasa promedio de crecimiento de un 7,3% al año en la última década.

Las importaciones de medicamentos presentadas en el Gráfico 3 pasaron de US\$ 59 millones a USD 1,0 mil millones en el período de 1990 y 2000, alcanzando la expresiva cifra de USD 3,3 mil millones en el 2010. La evolución de las exportaciones de medicamentos en términos de valor absoluto pasó de USD 16 millones para USD 152 millones en el 2000, llegando casi al umbral de los USD mil millones en el 2010, valor bastante significativo y que ya corresponde a un tercio del total importado de los medicamentos.

Las importaciones de medicamentos secundaron la misma tendencia en aumento observada con relación a los fármacos, con una tasa de crecimiento promedio de un 12,6% al año entre los años 2000 y 2010. El déficit del complejo farmacéutico alcanzó el umbral de los USD 6,4 mil millones, representado por importaciones de USD 8,3 mil millones y por exportaciones de casi USD 1,9 mil millones.

Gráfico 3 – Volumen de importación de medicamentos, Brasil, 1990-2010



Fuente: SCTIE, con datos de la Secretaría de Comercio Exterior (SECEX), del Ministerio del Desarrollo, Industria y Comercio Exterior (MDIC).

Evaluación, incorporación y uso racional de nuevas tecnologías

El tema de la incorporación de tecnologías en el Sistema Único de Salud (SUS) ha sido relevante para el Ministerio de Salud, que cuenta con una estructura específica, la Comisión de Incorporación de Tecnologías (CITEC), antes mencionada, cuyo objetivo es racionalizar y modernizar el flujo de incorporación de nuevas tecnologías, incluso en la salud suplementar. Su actuación se reestructuró por medio de la Resolución Ministerial GM/MS 3.223, del 28 de diciembre de 2006, con la creación de mecanismos de actuación, criterios para la presentación de solicitudes de incorporación y flujos de análisis. Entre otras atribuciones, es responsabilidad de la CITEC analizar las nuevas tecnologías y las tecnologías implementadas, así como también la revisión y los cambios de los protocolos a tono con las necesidades sociales de la salud. Las deliberaciones de la CITEC se toman teniendo en cuenta la relevancia y el impacto de la incorporación de la tecnología en el SUS, así como también en la existencia de evidencias científicas de eficacia, exactitud, efectividad, seguridad y de estudios de evaluación económica de la tecnología propuesta, en comparación con las demás incorporadas anteriormente.

Uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC)

En lo que se refiere al uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en salud, Brasil posee un programa específico para el tema: el **Programa Nacional de Telesalud**. Su objetivo es cualificar a los equipos de salud por medio de la utilización de tecnologías de la información y la comunicación capaces de promover la teleeducación/teleasistencia, mejorando la resolución en la atención básica del Sistema Único de Salud (SUS).

Los objetivos específicos del Programa Nacional de Telesalud son: la formación de una red de colaboración (Red Telesalud) y de cualificación de los equipos de salud de la familia (ESF) en el uso de las tecnologías de Telesalud; Teleeducación

Interactiva en ambientes educativos integrados a la UNA-SUS; Biblioteca Virtual para la Atención Primaria a la Salud; desarrollar y poner a disposición objetos de aprendizaje y unidades de conocimiento; Teleconsultoría/ Segunda Opinión Formativa.

Política para la garantía universal de los medicamentos de uso ambulatorial

Además de las políticas del Ministerio de Salud, se trabaja con los otros gestores del Sistema Único de Salud (SUS) en una política propia para la garantía universal de los medicamentos de uso ambulatorial. El Departamento de Asistencia Farmacéutica e Insumos Estratégicos realiza la gestión nacional en coordinación con los estados y los municipios. Así, y de acuerdo con la Resolución Ministerial 204/2077, el bloque de financiación de la asistencia farmacéutica se divide en tres componentes con características particulares para cada uno, a saber:

Componente básico de la asistencia: Pone a disposición los medicamentos esenciales para el tratamiento ambulatorial de las enfermedades prevalentes de la población brasileña, tales como hipertensión, diabetes, enfermedades mentales, etc. El conjunto de medicamentos está definido en la Rename (Relación Nacional de Medicamentos Esenciales), revisada y publicada cada dos años. La financiación se realiza de forma tripartita, o sea, los estados, los municipios y el Gobierno Federal establecen el porcentaje de financiación. Así, el MS transfiere directamente de fondo a fondo (del fondo nacional a los municipios o estados) R\$ 5,10/habitante/año para que los municipios adquieran los medicamentos definidos por los gestores locales a partir de la Rename. Además, el MS adquiere contraceptivos e insulina, enviándolos a los municipios y a los estados.

Componente estratégico de la asistencia: Este componente pretende garantizar el tratamiento de las principales enfermedades de perfil endémico, cuyo control y tratamiento tenga un protocolo y unas normas establecidas por el Ministerio de Salud. Generalmente son enfermedades de notificación obligatoria. En ese componente, la SCTIE/MS adquiere los medicamentos, por ejemplo, para el tratamiento del SIDA y enfermedades endémicas específicas como la malaria, la enfermedad de Chagas etc., y apoya a los programas asistenciales específicos. El Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de adquirir y distribuir los medicamentos a los estados, que se responsabilizan por la asistencia a los pacientes.

Componente especializado de la asistencia: Hasta el final de 2009, era llamado componente excepcional o de costo elevado. Como esa nomenclatura no se adecuaba, se cambió por la de Componente especializado de la asistencia. Ese componente pretende poner a disposición el tratamiento medicamentoso a nivel ambulatorial para el tratamiento de los casos graves crónicos no infecciosos y que, generalmente, exigen medicamentos más complejos y más caros, principalmente, en casos de res-

cate de pacientes crónicos y que ya habían usado abordajes terapéuticos iniciales, en la atención básica. Para todos los medicamentos enumerados en la Resolución Ministerial específica, existen protocolos clínicos y directrices terapéuticas definidos publicados por el Ministerio de Salud, que deben ser observados al momento de la prescripción médica.

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD

Entre las acciones de la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS) está el fomento a la investigación y el desarrollo, que es esencial para estimular y fortalecer la integración de la política de producción e innovación en salud, de acuerdo con las necesidades del Sistema Único de Salud (SUS). En ese sentido, a lo largo del tiempo se crearon importantes instrumentos para apoyar y guiar las acciones de ciencia, tecnología e innovación en salud en pro del fortalecimiento de instituciones de investigación, de la formación y del incremento de la calificación de recursos humanos y de la promoción de la autonomía productiva de insumos tecnológicos estratégicos para el sistema de salud del país.

Durante la II Conferencia Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud, realizada en el año 2004, se aprobaron la Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud y la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud. Ambas surgieron de un proceso democrático de discusión en el que participaron las áreas internas del Ministerio de Salud, representantes del control social, la comunidad científica, el Consejo Nacional y los Consejos Estatales de Salud, las autarquías y las fundaciones, entre otros agentes relevantes.

La Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud (PNCTIS) es parte de la Política Nacional de Salud y su principal función es contribuir para el desarrollo científico y tecnológico nacional. La PNCTIS no se restringe a las acciones del ámbito de las políticas de salud, sino que actúa también como un componente importante de las políticas de desarrollo productivo del país, destacando aspectos relativos a la innovación y sus interfaces con el conocimiento científico, la producción industrial y el mercado. Entre las estrategias de la PNCTIS están:

- La sustentación y el fortalecimiento del esfuerzo nacional en ciencia, tecnología e innovación en Salud
- La creación del Sistema Nacional de Innovación en Salud
- La construcción de la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud
- La superación de las desigualdades regionales
- El perfeccionamiento de la capacidad de reglamentación del Estado
- La difusión de los avances científicos y tecnológicos
- La formación y la capacitación de los recursos humanos

Entre las varias funciones de la Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud (PNCTIS), resaltamos la construcción de la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud (ANPPS), que fue elaborada respetando las necesidades nacionales y regionales de salud, conformando un importante instrumento de inducción para la producción de conocimientos e insumos estratégicos necesarios para el perfeccionamiento del SUS. Los temas de investigación que conforman la ANPPS comprenden tópicos específicos organizados en 24 subagendas que abarcan diversas áreas del conocimiento.

En el período entre 2009 y 2010, la ANPPS fue revisada mediante la creación de un comité consultivo que contó con la participación de las áreas internas del MS, con expertos y representantes del Consejo Nacional de Secretarios de Salud, del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud, de la Comisión de Ciencia y Tecnología del Consejo Nacional de Salud y de la Asociación Brasileña de Postgrado en Salud Colectiva.

La ANPPS propicia la identificación de los principales retos que serán enfrentados por el sistema de salud brasileño y constituye un instrumento relevante para la formulación de convocatorias por parte de las agencias de fomento e instituciones de salud. Sin embargo, con una lista de 833 líneas de investigación, no indica las prioridades.

En ese contexto, el Ministerio de Salud inició un proceso amplio de debate interno para la identificación de los principales problemas de salud, las brechas en el conocimiento científico y tecnológico que son relevantes para la construcción de soluciones para esos problemas y, finalmente, la definición de líneas prioritarias de investigación para componer un nuevo documento: la Agenda de Prioridades de Investigación del Ministerio de Salud (APP-MS). Participaron en ese proceso, coordinado por la SCTIE a través del DECIT, todas las Secretarías del MS, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa), y la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS), constituyendo una iniciativa inédita de construir una agenda propia de prioridades de investigación. La Agenda de Prioridades de Investigación del Ministerio de Salud (APP-MS) pretende guiar la producción de conocimiento científico para la solución de los principales problemas del SUS.

La APP-MS fue estrenada en agosto de 2011 y guiará la formulación de las convocatorias del Programa de Investigación para el SUS (PPSUS), otra relevante acción del Ministerio de Salud, bajo la coordinación de la SCTIE a través del DECIT. Cuenta con socios en el ámbito federal (Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico - CNPq) y en la esfera estatal (Fundaciones de Amparo a la Investigación y las Secretarías Estatales de Salud y de Ciencia y Tecnología). El CNPq es el responsable de la administración del Programa. Las Fundaciones Estatales de Amparo a la Investigación actúan como cofinanciadoras y como

agentes ejecutores en los estados y, en conjunto con las Secretarías Estatales de Salud, participan en todas las etapas del PPSUS, desde la definición de líneas prioritarias de investigación hasta la evaluación de los proyectos. Esa modalidad de fomento de investigación descentralizada, presente en 25 estados, tiene como principal objetivo, la reducción de las desigualdades regionales en la producción del conocimiento científico.

La APP-MS y el PPSUS, son instrumentos de gran importancia para el desarrollo científico y tecnológico del país. La sistematización y la divulgación de los resultados de las investigaciones fomentadas facilitan un importante diagnóstico de los principales problemas de salud que deben ser enfrentados, además de suministrar los insumos esenciales para la formulación, al unísono con las necesidades nacionales y las demandas regionales del país, de políticas y de programas de salud.

El fomento de la investigación y del desarrollo tecnológico también posibilita la prospección de innovaciones generadas en el país que apunten a una integración con las necesidades de la salud, con la cualificación del acceso y la reducción de los costos y de la vulnerabilidad del SUS frente a las presiones del mercado internacional. Una buena parte de las innovaciones, se inicia con las actividades de investigación y desarrollo (generación de nuevos conocimientos). Cuando se transforman en innovaciones exitosas, asociadas a los objetivos, estrategias y prioridades de la política de salud, pueden traer beneficios directos a la población mediante la incorporación de tecnologías en la prestación de servicios en el sistema de salud.

FRAGILIDADES Y FORTALEZAS DEL SISTEMA DE SALUD

En esta sección se sintetizan las principales fortalezas y fragilidades del sistema de salud de Brasil, siguiendo cada tema de la descripción analítica del sistema de salud brasileño efectuada, para orientar estrategias de intercambio y cooperación entre nuestros países.

Las dificultades del SUS se asemejan a las de otros países de la región que buscan nuevas soluciones y tienen experiencias exitosas para intercambiar. Asimismo, aspiramos a compartir nuestras fortalezas para contribuir con el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud en Suramérica y con la garantía del derecho a la salud de nuestros pueblos.

Cuadro 2 – Fortalezas y fragilidades del sistema de salud en Brasil

1. Derechos Sociales y Salud
<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leyes orgánicas que regulan el sistema de salud en toda la federación. • Derecho universal a la salud en la Constitución Federal de 1988. • Ejecución descentralizada de las acciones y servicios de salud. • Participación social instituida en la Ley, con un sistema de consejos y conferencias de salud. • Política Nacional de Atención al Usuario (Ouvitoria) en Salud. <p>Fragilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extensión territorial. • Asimetrías entre las unidades de la Federación. • Ejecución de las acciones y servicios de salud descentralizada.
2. Estructura y Organización del Sistema de Salud
<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema Único de Salud público, universal y gratuito. • Red de atención privada de carácter suplementar. • Servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, individual o colectivos, en los distintos niveles del sistema. • Principios y directrices reconocidos por Ley: Universalidad del acceso, Integralidad de la asistencia, Equidad, Descentralización político-administrativa con una gestión unificada en cada esfera del gobierno, regionalización y jerarquización de las redes de servicios en niveles de complejidad, participación social. • La dirección del SUS es única y se ejerce en el ámbito de la Federación, por el Ministerio de Salud (MS); en el ámbito de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, por las respectivas Secretarías de Salud. • Atención básica como primer nivel y eje de estructuración de la atención a la salud. • Concepción de la red de atención a la salud como parte de un sistema de cuidados integrales. • Política Nacional de Regulación en Salud. • Agencias reguladoras vinculadas al MS – Anvisa (Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria) y la ANS (Agencia Nacional de Salud Suplementar). <p>Fragilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema público con prestadores públicos y privados. • Fragmentación de los cuidados en salud. • La descentralización de los servicios requiere reconocer territorios y a organizar redes de servicios de salud de forma jerárquica y regional. • Necesidad de fortalecer la acción intersectorial y garantizar la integralidad en la atención a la salud. • Atención a los portadores de enfermedades crónicas inadecuada (en servicios de urgencia y emergencia). • Atención especializada con poco vínculo con la atención básica y con el paciente. • Necesidad de reforzar el vínculo del paciente con la atención básica. • Insuficiente capacidad de gestión y regulación por parte de los municipios de la oferta de servicios propios y contratados y de los flujos de atención a los usuarios, local y regionalmente (los flujos están bien organizados solamente en parte de las localidades). • Déficit de camas y una elevada participación del sector privado en los ingresos hospitalarios. • El déficit de camas, especialmente en la clínica médica y en la UCI, aumenta el tiempo de permanencia de los pacientes en las puertas de entrada de los servicios de urgencia. • Heterogeneidad de las capacidades gestoras de Estados y de Municipios. • Insuficiencia de las acciones de media y alta complejidad. • Problemas de calidad de las acciones y de los servicios ofrecidos.
3. Universalidad, Integralidad y Equidad
<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reemplazo del modelo de seguro social de salud por un sistema de prestación de servicios público universal, integral y gratuito, sin necesidades de aporte previo o directo. • Política Nacional de Salud de la Persona con Discapacidad, además de los derechos sociales específicos garantizados por ley a ese segmento de la población.

Cuadro 2 – Fortalezas y fragilidades del sistema de salud en Brasil (cont.)

3. Universalidad, Integralidad y Equidad
<p>Fragilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos grupos poblacionales tienen más dificultad para acceder a los servicios de salud. • Permanecen dificultades de financiación, gestión del trabajo, falta de profesionales, dificultades de ubicación de profesionales, pocas plazas para especialidades básicas, especificidades regionales, grandes vacíos asistenciales y fragilidades en la integración de las redes asistenciales, barreras geográficas, servicios estructurados por oferta y no por necesidad de la población, entre otros. • Iniquidades regionales y una reducida capacidad de articulación de la salud con otras políticas públicas.
4. Modelo de Financiación
<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financiación pública con la participación de las tres esferas del gobierno (Federación, Estados y Municipios), definida constitucionalmente. • Transferencia automática de recursos a los fondos de salud, teniendo en cuenta las condiciones de gestión, la cualificación y la certificación de los programas e incentivos del Ministerio de Salud y los respectivos niveles financieros. • En la atención ambulatorial y primaria de la salud, la remuneración se basa en criterios poblacionales. Las unidades de salud son financiadas por un valor global. • Sistemas de información de producción de servicios implementados: a) Sistema de Informaciones Hospitalarias y b) Sistema de Informaciones Ambulatoriales, contemplando acciones de Asistencia de Media y Alta Complejidad. <p>Fragilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financiación pública insuficiente. • Elevados niveles de gastos privados en salud (57,4%). • Un 25% de la población brasileña paga planes de salud privados, a pesar de tener derecho a la atención gratuita del SUS. • Elevada participación de gastos privados en el total de gastos en salud.
5. Macrogestión
<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de planificación de políticas para la salud (Plan Nacional de Salud). • Articulación y coordinación entre las esferas de la Federación. <p>Fragilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de metas y resultados de las responsabilidades compartidas y de la gestión de resultados.
6. Vigilancia a la Salud
<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • La vigilancia sanitaria está organizada como un subsistema del SUS, denominado Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS). • El SNVS está coordinado por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, que posee competencia para establecer normas, controlar e inspeccionar productos, sustancias y servicios de interés para la salud, además de inspeccionar sanitariamente los Puertos, Aeropuertos y las Fronteras. • Sistema Nacional de Notificación en Vigilancia Sanitaria, que atiende el sistema nacional de vigilancia de eventos adversos y reclamaciones técnicas de productos bajo vigilancia sanitaria, con el fin de notificar, monitorear, analizar e investigar esos eventos. • Política de seguridad del paciente en instituciones hospitalarias, con un Subsistema de Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia a la Salud. • Red de Hospitales Centinela para obtener información sobre el desempeño y seguridad de productos para la salud y fomentar el uso racional de los medicamentos y de las tecnologías en la salud. • Red de Comunicación de Vigilancia Sanitaria en Investigación de Brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos, concentrándose en el surgimiento de enfermedades transmitidas por alimentos (DTA), reacciones adversas, agravamientos, eventos y emergencias de salud pública asociados al consumo de alimentos.

Cuadro 2 – Fortalezas y fragilidades del sistema de salud en Brasil (cont.)

6. Vigilancia a la Salud**Fortalezas**

- Red de Alerta y Comunicación de Riesgos de Alimentos, que se concentra en los productos alimenticios y en los posibles riesgos asociados a ellos, incluyendo aquí, las alertas internacionales y los rechazos por parte de países extranjeros.
- Reglamentos sobre la propaganda de medicamentos (RDC 96/2008) y de alimentos (RDC 24/2010).
- Creación de la Comisión para la Incorporación de Tecnologías del Ministerio de Salud (CITEC).
- Divulgación del Boletín Brasileño de Evaluación de las Tecnologías en Salud (BRATS), que organiza y difunde informaciones sobre tecnologías en salud; y del Boletín Salud y Economía, que ofrece ayuda para la toma de decisiones sobre los gastos en la salud (<http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/bhS>)
- Implementación del Coeficiente de Adecuación de Precio, por la Resolución CMED N° 4/2006, que establece la aplicación de un descuento mínimo obligatorio al precio de fábrica de medicamentos adquiridos por entidades de la administración pública.
- Controles premercado: inspección en la unidad de fabricación y la exigencia de registro del producto.
- Controles postmercado: análisis del control fiscal, estudios de equivalencia farmacéutica y bioequivalencia.
- Inspección y autorización de la importación y exportación de productos que están sujetos al régimen de vigilancia sanitaria en puertos, aeropuertos, fronteras y aduanas.
- Vigilancia sanitaria en los puntos de entrada al país, realizada por profesionales capacitados para la prevención, detección, análisis, comunicación y respuesta a las emergencias de la salud pública.

Fragilidades

- Gran extensión de las fronteras nacionales.
- Elevado uso de medicamentos por parte de la población.
- Toma de decisión para incorporación de tecnologías en salud necesita ser perfeccionada.

7. Fuerza de Trabajo en Salud**Fortalezas**

- Existencia de una Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en la Salud en el Ministerio de Salud.
- Existencia de Directrices Curriculares Nacionales de las profesiones en salud que incluyen reglas sobre la articulación con los servicios de salud del SUS para la formación.
- Existencia de una Comisión Interministerial de la Gestión de la Educación en la Salud de carácter consultivo sobre la formación, oferta de plazas y reglamentación de instituciones de enseñanza superior.
- Existencia de una red de escuelas técnicas del SUS, de la Universidad Abierta del SUS (enseñanza a distancia), del Programa de Estructuración y Cualificación de la Gestión del Trabajo y de la Educación en el SUS, del Programa de Formación de Profesionales de Nivel Medio para la Salud.
- Existencia de una Política Nacional de Educación Permanente en Salud.
- Existencia de la Cámara de Reglamentación del Trabajo en Salud que es un foro de diálogo entre el Ministerio de Salud y los Consejos Profesionales.

Fragilidades

- Insuficiencia de profesionales de salud, cuantitativa y cualitativamente, con distribución regional desigual.
- Dificultad para la ubicación de los profesionales de la salud en el interior.
- Dificultades en la contratación y en la ubicación de los profesionales en las regiones de acceso más difícil, principalmente médicos, conllevando a una distribución desigual y no equitativa de recursos y acceso.
- Desarticulación entre las necesidades de formación profesional para la salud y los órganos formadores.
- Formación de profesionales de salud inadecuada para la actuación en la atención primaria
- Diferentes formas de remuneración, rangos salariales, jornadas de trabajo y garantía de derechos laborales, impactando en la distribución de los profesionales de la salud.
- Falta de sintonía entre las reales necesidades del SUS y la creación de nuevas profesiones, y la definición de criterios para el ejercicio profesional, debido a intereses corporativos y de mercado.

Cuadro 2 – Fortalezas y fragilidades del sistema de salud en Brasil (cont.)

8. Acción sobre los Determinantes Sociales**Fortalezas**

- Transferencia de ingreso por medio del Programa *Bolsa Família* (Beca familia), con condicionalidades en las áreas de salud, educación y asistencia social, destinados a las familias en situación de pobreza.
- Programa *Fome Zero* (Hambre Cero), que promueve la seguridad alimentaria y nutricional buscando la inclusión social y la conquista de la ciudadanía de la población más vulnerable al hambre.
- Programa Universidad para Todos con la finalidad de conceder becas de estudio de nivel superior a estudiantes de bajos recursos.
- Existencia de una Secretaría de Políticas para las Mujeres vinculada a la Presidencia de la República.
- Existencia de varias iniciativas centradas en alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Fragilidades

- Existencia de familias vulnerables, en situación de pobreza y de pobreza extrema.
- Desigualdad de oportunidades con sesgos relativos al sexo y a la clase social.
- Insuficiencia de iniciativas intersectoriales

9. Insumos Estratégicos para la Salud**Fortalezas**

- Existencia de una Secretaría de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos en el Ministerio de Salud, que se concentra en la investigación y en el desarrollo, en la producción y en la innovación, y en la asistencia farmacéutica y la reglamentación.
- Preferencia por las compras públicas de productos y servicios nacionales definida por ley (Ley 12.349/2010).
- Lista de Productos Estratégicos (Resolución Ministerial del MS 1.284/10), que define los productos que deben ser el objetivo central de las políticas públicas, buscando el incremento de la producción nacional, de la innovación, de la transferencia de tecnología y de los mecanismos de regulación.
- Asociaciones para el Desarrollo Productivo: asociación entre los laboratorios públicos y privados de fármacos y medicamentos para fortalecer los laboratorios públicos y su rol de regulación del mercado e incentivar la producción nacional de productos de alto costo o de gran impacto sanitario y social, y fomentar la capacidad productiva de la industria farmaquímica nacional con transferencia de tecnología.
- Brasil es firmante del Acuerdo ADPIC.
- Brasil posee una norma para el licenciamiento compulsivo de patentes.
- Existencia de la Cámara de Regulación del Mercado de Medicamentos, Ley Nº 10.742/2003, para la regulación de precios.
- Programa Nacional de Telesalud: promoción de la tele-educación/tele-asistencia).
- Política de financiación de la asistencia farmacéutica en tres componentes.

Fragilidades

- Vulnerabilidad nacional a las presiones del mercado internacional debido a la dependencia tecnológica de fármacos y de medicamentos producidos en el exterior, con un gran impacto en la balanza comercial.
- Costo de la garantía universal del acceso a los medicamentos.
- Demanda de medicamentos en aumento.
- Reducida incorporación al SUS de innovaciones asociadas a los objetivos, estrategias y prioridades de la política de salud.

10. Investigación e Innovación en Salud**Fortalezas**

- Existencia de la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos, en el Ministerio de Salud, que fomenta la investigación y el desarrollo para el SUS, la cualificación de recursos humanos y la promoción de la autonomía productiva de insumos tecnológicos estratégicos para el sistema de salud del país.
- Existencia de una Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud, parte integrante de la Política Nacional de Salud, y de una Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud.

Fragilidades

- Las investigaciones no están suficientemente dirigidas hacia la resolución de los problemas prioritarios y a las necesidades del SUS.
- Desigualdad regional en el fomento y en la producción del conocimiento científico.
- Insuficiente sistematización y divulgación de los resultados de las investigaciones.

Cuadro 3 – Sistema de Salud en Brasil: marco constitucional, estructura y prioridades de la política actual

País	Marco constitucional y legal de la salud	Estructura del sistema de salud	Funciones del Ministerio de Salud	Prioridades de la política actual
Brasil				
República Federativa del Brasil	En la Constitución de la República Federativa de Brasil de 1988, los artículos 196 a 200 definen el derecho a la salud y el deber del Estado de garantizarlo.	El Sistema Único de Salud, sector público , es de acceso universal, con tres niveles de gestión: la Unión, con el Ministerio de Salud y Consejo Nacional de Salud, los 26 Estados y los 5.564 Municipios, con sus correspondientes Secretarías de Salud y Consejos de Salud. La conducción es única en cada esfera gubernamental. La concertación entre los entes federados ocurre en la Comisión Intergestores Tripartita a nivel nacional y en Comisiones Intergestoras Bipartitas en los Estados. La atención básica es responsabilidad de los municipios que deben organizarse regionalmente, con apoyo de los estados, para garantizar el acceso a los servicios secundarios y terciarios. El SUS contrata servicios privados especializados y hospitalarios (65% de las camas del país son privadas).	Ministerio de Salud (MS) creado en 1953 El Ministerio de Salud de Brasil es el órgano del Poder Ejecutivo Federal responsable por la formulación de los planes y políticas públicas dirigidas a la promoción, prevención y asistencia de la salud de los brasileños. El MS tiene un importante papel en la coordinación federativa de la política de salud en el país y del sistema descentralizado y en el enfrentamiento de las desigualdades regionales. El MS tiene como atribución definir y coordinar los sistemas: de redes integradas de asistencia de alta complejidad; de red de laboratorios de salud pública; de Vigilancia Epidemiológica; y de Vigilancia Sanitaria, entre otros. No tiene funciones de prestación directa de servicios que están a cargos de Estados y Municipios, pero presta algunos servicios de alta complejidad.	La prioridad del gobierno actual es la mejora del acceso y la calidad de los servicios del SUS, con importantes esfuerzos de evaluación de la atención básica que consideren la perspectiva de los usuarios. Se están organizando redes asistenciales regionales ordenadas por la atención primaria con la creación de Comisiones Gestoras Regionales, agregando diversos municipios con apoyo del Estado. Para la organización de las redes, hay cuatro prioridades: Red de Urgencias y Emergencias, Red de atención psicosocial, Red Cegonha (Cigüeña), para atención prenatal y parto, y Red de atención al cáncer de útero y de mama.
Constitución Nacional Vigente: 1988	Artículo 196: “La salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizada por medio de políticas sociales y económicas que tengan por objetivo la reducción del riesgo de enfermedades y de otros daños y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.” (Constitución Federal Brasil Art 196).	El sector privado está constituido por operadoras de planes y seguros privados de salud prepagos con cobertura de 25% de la población y por prestadores privados a los que se accede mediante pagos directos de bolsillo.	El MS tiene como atribución definir y coordinar los sistemas: de redes integradas de asistencia de alta complejidad; de red de laboratorios de salud pública; de Vigilancia Epidemiológica; y de Vigilancia Sanitaria, entre otros. No tiene funciones de prestación directa de servicios que están a cargos de Estados y Municipios, pero presta algunos servicios de alta complejidad.	El Decreto Presidencial 7.508/2011, firmado por la presidenta Dilma Rousseff, establece la organización de la asistencia a la salud por medio de la construcción de redes de atención a la salud regionales, configuradas en un conjunto de servicios integrados en niveles de complejidad creciente, para garantizar la integralidad de la atención. El Decreto busca el cambio de paradigma en la organización del sistema público la salud, partiendo de un modelo asistencial basado en el hospital, fragmentado y dirigido a las condiciones agudas de salud, para un modelo coordinado por la Atención Primaria en Salud, organizado en redes, que responda equilibradamente a las condiciones agudas y crónicas que el ciudadano enfrenta
Población: 190.732.694 habitantes (2010)				
Territorio dividido en 26 Estados + DF y 5.564 municipios	“La salud es un derecho fundamental del ser humano, debiendo el Estado suministrar las condiciones indispensables para su pleno ejercicio.” (Ley 8080/90 art. 2º). El SUS tiene como directrices el derecho universal a la atención integral, preventiva y curativa en todos los niveles de complejidad del sistema, la descentralización y la participación social. Los servicios públicos de salud son gratuitos – no hay copagos			

Cuadro 4 – Sistema de Salud en Brasil: síntesis – protección social, financiamiento, investigación e innovación en salud

Protección social en salud	Financiamiento: fuentes y composición gasto en salud	Investigación e innovación en salud
<p>El Sistema Único de Salud (SUS) tiene cobertura universal con atención integral (de la atención básica hasta la alta complejidad, como trasplantes de órganos). Con la Constitución Ciudadana de 1988, que define la salud como derecho universal y deber del Estado, fueron unificadas las instituciones de salud del Seguro Social y del Ministerio de Salud.</p> <p>Además del acceso al SUS, 25% de la población tiene doble cobertura —compran planos/seguros privados de salud individuales o colectivos (en parte con premios pagados por empleadores).</p>	<p>Los gastos totales en salud como proporción del PIB en 2008 fueron de 8,4%.</p> <p>Gastos totales en la salud: 57,4% gastos privados y 41,6% públicos (2007).</p> <p>La financiación pública en salud es 3,67% del PIB, con la siguiente participación: Gobierno Federal (1,67%), Estados (0,93%) y Municipios (1,07).</p> <p>El SUS se financia por las tres esferas de gobierno: la Unión cubre 44,8% de los gastos con acciones y servicios de salud, los Estados 25,6% y los Municipios 29,6% (2008).</p> <p>Las fuentes de financiación federales son contribuciones sociales, tales como la Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social (Cofins) (35%), la Contribución sobre el Lucro Neto de las empresas (CSLL) (35%) y fuentes fiscales (20%).</p> <p>Gratuidad en los servicios públicos.</p>	<p>La Secretaría de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos (SCTIE) del Ministerio de Salud fomenta la investigación y el desarrollo tecnológico para el SUS; la cualificación de recursos humanos y la promoción de la autonomía productiva de insumos tecnológicos estratégicos para el sistema de salud.</p> <p>Existe una Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud y una Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud.</p> <p>PPSUS – iniciativa de fomento a la investigación en salud en los estados en sociedad entre el Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CNPq) y las Fundaciones de Amparo a la Investigación Estatales.</p>

REFERENCIAS

- MS/SGEP – Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Brasília – DF: MS/SGEP; 2009.
- Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. Portaria MS/GM n.º 373, del 27 de febrero de 2002. Brasília: MS; 2002.
- MS/SE – Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Plano Nacional de Saúde 2012-2015. Brasília: MS/SE; 2011.

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- ADPIC – Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
- ANPPS – Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud
- ANS – Agencia Nacional de Salud Suplementar
- Anvisa – Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria
- CAP – Coeficiente de Adecuación de Precios
- CEREST – Centro de Referencia en Salud del Trabajador
- CIB – Comisión Intergestores Bipartita
- CIEVS – Centro de Información Estratégica de Vigilancia en Salud
- CIR – Comisión Intergestores Regional
- CIT – Comisión Intergestores Tripartita
- CITEC – Comisión para la Incorporación de Tecnologías
- CMED – Cámara de Regulación del Mercado de Medicamentos
- CNPq – Consejo Nacional de Desarrollo Tecnológico
- Cofins – Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social
- Conasems – Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud
- Conass – Consejo Nacional de Secretarios de Salud
- CSLL – Contribución Sobre el Lucro Neto de las Empresas
- DAF – Departamento de Asistencia Farmacéutica
- DCN – Directrices Curriculares Nacionales
- DRG – Diagnosis Related Group (Grupos diagnósticos relacionados)
- DECIIS – Departamento del Complejo Industrial e Innovación en Salud
- DF – Distrito Federal
- DOU – Diario Oficial de la Unión
- EC – Enmienda constitucional
- ETA – Enfermedades Transmitidas por Alimentos
- HM – Higienización de las manos
- INCQS – Instituto Nacional de Control de Calidad en Salud
- LACEN – Laboratorios Centrales de Salud Pública
- MEC – Ministerio de Educación y Cultura

Mercosur – Mercado Común del Sur

MS – Ministerio de Salud

Notivisa – Notificación en Vigilancia Sanitaria

OMS – Organización Mundial de la Salud

ONG – Organización no Gubernamental

OPS – Organización Panamericana de la Salud

PMVG – Precio Máximo de Venta al Gobierno

PNAU – Política Nacional de Atención a las Urgencias

PNCTIS – Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud

PPI – Programación Pactada e Integrada de Atención a la Salud

PPSUS – Programa de Investigación para el SUS

RAS – Redes de Atención a la Salud

RCVIBA – Red de Comunicación de Vigilancia Sanitaria en Investigación de Brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos

REALI – Red de Alerta y Comunicación de Riesgos de Alimentos

REBLAS – Red Brasileña de Laboratorios Analíticos en Salud

RENAST – Red Nacional de Alerta y Respuesta a las Emergencias en Salud Pública

RSI – Reglamento Sanitario Internacional

SAMU – Servicios de Atención Móvil de Urgencia

SAS – Secretaría de Atención a la Salud

SCTIE – Secretaría de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos

SES – Secretaría Estatal de Salud

SGT – Subgrupo de Trabajo

SIA – Sistema de Informaciones Ambulatoriales

SIH – Sistema de Informaciones Hospitalarias

SISLAB – Sistema Nacional de Laboratorios de Salud Pública

SMS – Secretaría Municipal de Salud

SNVS – Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria

SUS – Sistema Único de Salud

TIC – Tecnologías de la información y comunicación

UCI – Unidad de Cuidados Intensivos

Unasus – Universidad Abierta del SUS

UPA – Unidad de Pronto Atención

VIFIPOS – Vigilancia de Productos Postuso y Postcomercialización

The background of the image is a photograph of a woman with dark hair, wearing a white t-shirt, holding a newborn baby wrapped in a white cloth. The image is overlaid with a grid of horizontal and vertical bands in various shades of blue, green, and yellow. The text "Sistema de Salud en Chile" is written in white, bold, sans-serif font, positioned in the lower-left quadrant of the image, partially overlapping the red and orange bands of the grid.

Sistema de Salud en Chile



V. Sistema de Salud en Chile

Sin duda, resulta un desafío resumir las características, procesos y lógica detrás del sistema de salud de un país. Los sistemas de salud deben estar en constante proceso de movimiento y reforma para responder a los cambios epidemiológicos y demográficos presentes en el país, a los avances tecnológicos, a los recursos disponibles y a las expectativas y requerimientos de su población usuaria. Chile no está exento de este proceso continuo de mejoría y evolución y cuenta con una larga historia de actividades e iniciativas relacionadas con la salud.

Son muchos los hitos que han marcado el sector. El desarrollo formal del sistema de salud comenzó en el siglo XVI con la instalación de diversos hospitales y servicios locales, basados mayoritariamente en la beneficencia. En el año 1886 se promulgó el Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia, que facilitó el ordenamiento de dichas organizaciones. En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció también el Seguro Obrero Obligatorio, instalándose fuertemente el sentido de la responsabilidad pública por la sanidad y la prevención. Durante el año 1938 se promulgó la Ley de Medicina Preventiva que determinaba

“Que todas las instituciones de previsión existentes, dependientes del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, debían establecer servicios de medicina preventiva para la vigilancia del estado de salud de sus imponentes, con el objeto de prevenir el desarrollo de enfermedades, principalmente tuberculosis, lúes y enfermedades cardíacas”.

Dicha ley, pionera en su género a nivel internacional, beneficiaba a los obreros y empleados del país. El Servicio Médico Nacional de Empleados fue creado en el año 1942, autorizando de esta manera a los empleados a organizar su propio servicio médico para ejecutar acciones preventivas. En el año 1952 nació el Servicio Nacional de Salud (SNS), que agrupa a diversos organismos públicos, abarcando de forma importante la cobertura asistencial del país. El SNS protagoniza una fuerte expansión durante los años 60 y 70, manteniendo un enfoque predominantemente

centralizado en su gestión. Durante el régimen militar se realizaron diversos cambios importantes dentro del sistema:

- Constitución de un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) con servicios de salud y algunas instituciones autónomas a partir de la reorganización de un SNS centralizado
- Municipalización de la Atención Primaria
- Creación del Fondo Nacional de Salud (Fonasa, agencia central integrante del SNSS, para la recolección y distribución de recursos financieros (cotizaciones y aporte fiscal)
- Creación de empresas privadas para administrar las contribuciones (cotizaciones) a la seguridad social
 - Asociación de Fondos Previsionales
 - Institutos de Salud Previsional (Isapre)

La Ley 18.933, promulgada en el año 1990, crea la Superintendencia de Isapres y a través de ella se modifica la legislación de dichas instituciones.

Las modificaciones más recientes al sistema de salud chileno comienzan en el año 2002 al enviarse al Congreso Nacional los cinco proyectos de ley que, en su conjunto, conforman la Reforma de Salud. Como resultado, en el año 2005 entra en vigencia la nueva Ley de Autoridad Sanitaria y la Ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), pilares fundamentales del nuevo sistema de salud chileno. La Ley N°19.937 de Autoridad Sanitaria se instala con la finalidad de establecer distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana, bajo el principio de la separación de funciones entre rectoría, aseguramiento (agregación de riesgos y compra) y prestación de servicios. La ley 19966, conocida como Ley AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas), establece un plan de salud de carácter obligatorio para las instituciones prestadoras de salud, sean estas indistintamente del sector privado o público. Otorga también garantías explícitas con respecto al acceso, a la oportunidad y calidad de la atención y a la protección financiera de la población. Asimismo, considera cobertura con financiamiento público para los afiliados de Fonasa calificados como indigentes o pertenecientes al tramo con el menor nivel de ingresos.

Después de este breve recorrido histórico por algunos hechos importantes dentro del desarrollo del sistema de salud chileno, pasaremos a abordar los diversos ejes planteados en la guía facilitada para el Taller Isags.

DERECHOS SOCIALES Y SALUD

La Constitución Política de la República de Chile, en su artículo 19, párrafo 9, establece el derecho a la protección de la salud.

“9°. El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación

del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”

A través de sus libros, el Decreto con Fuerza de Ley No. 1 del año 2005 define y rige sobre los organismos públicos de salud, el sistema privado de salud administrado por las instituciones de salud previsional, regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.

Por su parte, el Código Sanitario, Decreto 725, rige todas las cuestiones relacionadas con el formato, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República.

Participación social

La Participación Social es un tema creciente en las políticas de nuestro país y la salud no es ajena a esta tendencia. Una muestra es la reciente aprobación de la Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana que establece una “institucionalidad para la participación ciudadana en la gestión pública”, a la cual todos los órganos del Estado se deben sumar. A través de esta iniciativa, el Gobierno abre espacio a la participación ciudadana responsable y concibe a las personas como sujetos con capacidades, derechos y deberes.

A nivel macro, nivel que engloba el ámbito de la planificación, las políticas, las estrategias y los marcos regulatorios, encontramos todas las políticas públicas de salud que tienen su base o son resultado de la Agenda de Modernización del Estado destinada a lograr mayor transparencia en la gestión de la administración pública. A través de la transparencia se busca una gestión pública abierta a la ciudadanía (control social), con mayor democratización del proceso de toma de decisiones sobre asuntos públicos y, en definitiva, promover todas las medidas y políticas institucionales que apuntan a la construcción de ciudadanía en salud en el marco de la corresponsabilidad y el ejercicio de derechos.

En la salud pública, esto se expresa en los siguientes marcos legales y políticos:

- Ley de Autoridad Sanitaria 19.937, que entró en vigencia el año 2004 y establece que todas las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (Seremis) deben contar con mecanismos para la participación de la ciudadanía en el quehacer de la salud pública.
- El marco legal de salud define también estructuras como las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) en todas
- Las Seremis de Salud.

- El Ministerio de Salud, como todos los órganos del Estado, debe responder a los requerimientos de la Ley de Probidad y Transparencia en la Administración Pública (20.285) y de la Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana, promulgada recientemente, que obliga a desarrollar mecanismos de participación ciudadana para la gestión de las políticas públicas.

A nivel meso, considerada una dimensión integradora, existen mecanismos alojados en las Seremis.

Estos son:

- Consejos Asesores de la Seremis de Salud o también Consejos de la Sociedad Civil. Estos existen desde el año 2005 en el marco de la Ley de Autoridad Sanitaria, citada anteriormente, y en la actualidad son mencionados en la Ley de Participación como uno de los mecanismos mínimos que deben funcionar en todos los órganos del Estado, es decir, en salud pública estamos adelantados a ese requerimiento.

- Las Cuentas Públicas Participativas, es un requerimiento de la Ley de Participación y el sector salud debe implementar este mecanismo. De igual modo, se deben realizar Consultas Ciudadanas e instalar los mecanismos para la entrega de información relevante que establece la Ley.

El nivel micro de participación social se refiere a la relación con los ciudadanos propiamente dicha. Corresponde a los actores ciudadanos relevantes de niveles regionales y comunales y también a expresiones asociativas sin fines de lucro que intermedian entre la ciudadanía y el estado. Algunos ejemplos que existen en Chile son las juntas de vecinos, las uniones comunales, así como también la participación de diversas ONG, grupos de interés/lobby y sectores académicos.

Con respecto a los instrumentos de escucha ciudadana, existe la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS), que es el departamento que permite abrir un espacio de participación eficiente entre los ciudadanos y el Ministerio de Salud. Cuenta con una oficina central en Santiago y también a nivel regional. A través de este organismo se acogen las solicitudes ciudadanas y se vinculan estas demandas con las reparticiones de salud pública, dando respuesta a sus inquietudes. La misión de la OIRS es ser un espacio de atención en el cual las personas accedan e interactúen con la administración, que garantice su derecho a informarse, sugerir y reclamar, para contribuir a la conformación de un gobierno moderno y al servicio permanente de las personas. Para ello, se debe entregar una atención oportuna, de calidad y sin discriminación.

Las funciones de las OIRS son:

- Informar al usuario acerca del servicio en el que se encuentra, respecto de sus funciones, su organización, etc. Igualmente lo hará con respecto a los plazos, documentos y formalidades requeridos para acceder en forma expedita y oportuna a las

diversas prestaciones. También se asiste al usuario cuando encuentra dificultades en la tramitación de su solicitud.

- Recibir y estudiar las sugerencias que los usuarios presenten para mejorar el funcionamiento de ese servicio o repartición.
- Recibir los reclamos que se presenten con relación al servicio al cual pertenece la oficina o respecto de alguno de sus funcionarios, que expresen cualquier tipo de irregularidad que afecte los intereses del usuario.
- Realizar encuestas y mediciones sobre el nivel de satisfacción de los usuarios, tanto de la calidad de la atención recibida, como de sus expectativas.
- Establecer coordinación con dispositivos de información y comunicación pertenecientes al propio organismo y también de aquellas reparticiones con las que exista relación temática o del destinatario.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El Ministerio de Salud fue creado en virtud del Decreto con Fuerza de Ley N°25, de 1959, con la responsabilidad de realizar actividades de programación, control y coordinación en materia de salubridad pública. Sin embargo, desde mucho tiempo atrás, una serie de instituciones tuvieron entre sus tareas la de velar por la salud de los chilenos.

Los orígenes habría que buscarlos en 1552, cuando por orden del Rey Carlos V de España se funda el Hospital San Juan de Dios, primer establecimiento de salud del país. Durante la época colonial existía alta prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas, entre ellas viruela, tifus exantemático, sarampión, afecciones entéricas, tuberculosis, enfermedades venéreas y, en algunas zonas del país, peste bubónica, malaria y fiebre amarilla. El nivel socioeconómico, las condiciones ambientales, la ruralidad y la falta de acceso a los escasos establecimientos asistenciales condicionaban la situación descrita.

Desde comienzos del siglo XIX se crearon diferentes instituciones cuyo objetivo era estructurar el sector salud en Chile, entre las que destacaron la Junta de Vacunas (1808) y la Junta Directiva de Hospitales (1832). Hacia 1850 existía en Chile un movimiento ya organizado formado por las Sociedades de Socorros Mutuos, entidades que conformaban sistemas solidarios de ahorro privado destinados a otorgar, principalmente, prestaciones de salud y previsión a sus afiliados.

Por su parte, el Estado comenzó a incorporar el cumplimiento de tareas de higiene pública dentro de las funciones encomendadas a diversos ministerios. Es así como, en 1887, cuando existían siete ministerios, lo relacionado a la beneficencia pública y a los cementerios fue encomendado al Ministerio del Interior. Esta cartera creó, en 1907, una sección de administración sanitaria que tendría a su cargo todo lo vinculado a la higiene y beneficencia pública.

En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, que se haría cargo de las tareas de higiene pública. En el marco de la reestructuración de ministerios realizada en 1927, se determinó la creación mediante decreto de la cartera de Bienestar Social, cuyas funciones serían el servicio de higiene pública y asistencia y previsión social; la alta inspección del trabajo y de la vivienda; la inspección de las cajas de previsión y la fiscalización de las leyes sociales.

Por decreto ley, en 1932 se le cambió el nombre a esta secretaría de Estado y pasó a llamarse Ministerio de Salubridad Pública. En 1953, la entidad nuevamente cambió de nombre, para proceder a llamarse Ministerio de Salud Pública y Previsión Social. Sin embargo, seis años más tarde la secretaría de Estado se dividió, creándose el Ministerio de Salud Pública (Decreto con Fuerza de Ley N°25) y, como organismo independiente, el Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

A fines de 1973 el gobierno militar consideró que el Ministerio de Salud estaba dotado de escaso poder de decisión, de una estructura inadecuada y no contaba con recursos humanos capacitados, situaciones que le impedían cumplir con el rol que le asignaban las políticas de salud. Por este motivo se inició la reorganización de esta secretaría de Estado, adecuando su funcionamiento a los objetivos fijados por el gobierno militar, lo que se concretó con la publicación del Decreto Ley N°913, del 28 de febrero de 1975, y al que se sumó una serie de reglamentos internos.

Esta norma legal permitió iniciar una etapa de transición durante la cual se profundizó el estudio de las bases orgánicas para constituir el Sistema Nacional de Servicios de Salud, lo que condujo a la revisión y modificación de las disposiciones legales que regían el funcionamiento del ministerio y de las instituciones de salud que se relacionaban con el Ejecutivo por su intermedio. Esto llevó a que se dictara el Decreto Ley 2.763, del 3 de agosto de 1979, que reestructura al Ministerio de Salud, crea el Sistema Nacional de Salud y establece los organismos dependientes -Instituto de Salud Pública, Fonasa y Central de Abastecimiento-, a lo que posteriormente se agregaron nuevos reglamentos.

Luego del retorno de la democracia, en 1990, se realizó un intenso programa de reconstrucción de la infraestructura del sistema público de salud y comenzaron a cerrarse las brechas en recursos físicos y humanos que existían.

Si bien en la época de la creación del Servicio Nacional de Salud los principales problemas de salud de la población eran la mortalidad infantil, la muerte de la madre al momento del parto y las enfermedades infecciosas, a principios del siglo XXI las situaciones de mayor peso como causa de muerte y pérdida de calidad de vida son las enfermedades crónicas, degenerativas y de salud mental, existiendo un remanente de enfermedades infecciosas. Lo anterior, junto al cambio en las expectativas de vida de la población y al desarrollo propio de un país, impulsó al Estado chileno a realizar una profunda reforma del sector de la salud.

Este cambio reformuló los conceptos de autoridad sanitaria, de sistemas de fiscalización, de los sistemas de interrelación entre las redes hospitalarias públicas y privadas y las combinaciones entre los distintos niveles de complejidad de atención, entre otros.

La reforma se enmarcó en el esfuerzo de alcanzar los objetivos fijados para la década 2000-2010, cuya orientación es mejorar los logros sanitarios previamente alcanzados, enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad, corregir las inequidades y proveer servicios acordes con las expectativas de la población.

A grandes rasgos vemos que, hoy en día, el sistema de salud chileno es mixto y basado en el aseguramiento, existiendo una combinación público/privada tanto en el financiamiento como en la provisión.

El subsistema privado está compuesto por las Instituciones de Salud Previsional (Isapre), que son empresas privadas de aseguramiento y prestación de servicios de salud, clínicas y centros médicos privados de provisión de servicios de salud y laboratorios y farmacias.

En relación a las Fuerzas Armadas y de Orden¹, cada rama posee una red de prestadores de diversa complejidad con regulación desde el Ministerio de Defensa. Entre estos se encuentra la Dirección de Sanidad de la Armada, la División de Sanidad de la Fuerza Aérea, el Comando de Salud del Ejército, la Caja de Previsión de la Defensa Nacional y la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile. Estas gestionan y administran una red de prestadores propios y en convenio que brindan cobertura nacional a sus beneficiarios, integrando la medicina curativa y preventiva. Además, a partir del año 1996, la ley 19.465 del Ministerio de Defensa establece el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas, que contempla un Fondo de Medicina Curativa y Preventiva para atender las necesidades de salud del personal de las FF.AA. y sus cargas².

La salud laboral es gestionada en un régimen separado, regido por la ley N° 16.744 del Ministerio del Trabajo, que establece un seguro obligatorio contra accidentes del trabajo y un mecanismo de financiamiento sobre la base de cotizaciones obligatorias a cargo de los empleadores, cuya recaudación puede ser efectuada por las Mutuales de Seguridad³ o por el Instituto de Normalización Previsional (INP)⁴ y los Servicios del Sistema Nacional de Salud. Por tanto, para efectos de salud laboral, el INP y los Servicios de Salud operan como administradores públicos del seguro y las Mutuales constituyen el componente privado de su administración. Este régimen cubre a todos los trabajadores del país. Aquellos trabajadores cuyos empleadores están afiliados al INP pueden acceder a la atención de salud en los Servicios de Salud y en centros privados en convenio con el INP. Por su parte, los trabajadores cuyos empleadores están afiliados a las Mutuales acceden a la atención en sus propios centros médicos, sin perjuicio de que puedan atenderse en los Servicios de Salud.

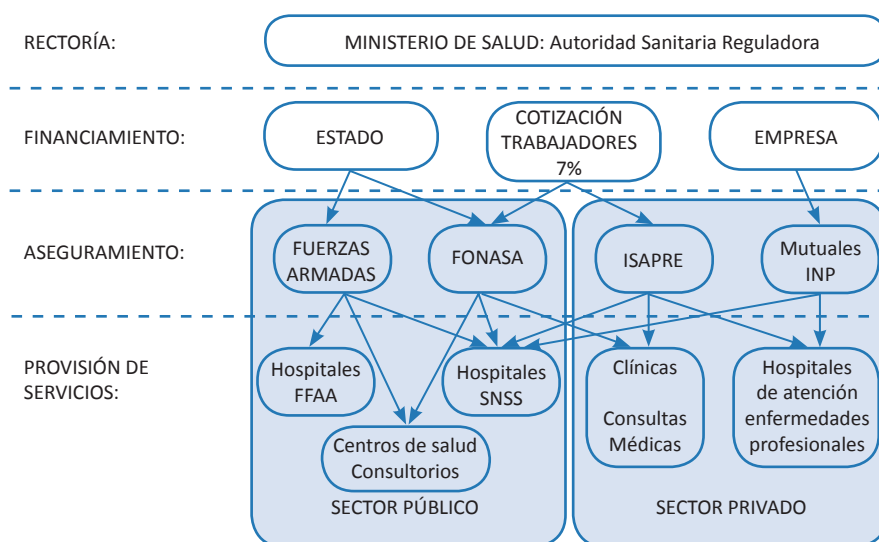
De esta manera, el aseguramiento y la provisión de prestaciones de origen laboral también presenta una combinación público - privada.

El subsistema público se denomina Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y está integrado por el Ministerio de Salud (Minsal) y sus organismos dependientes, que son:

- 29 Servicios de Salud, que brindan prestaciones de salud a través de una red asistencial a lo largo del país.
- El Instituto de Salud Pública, que es el Laboratorio Nacional y de Referencia, a cargo de la normalización y control de calidad de los laboratorios y de los medicamentos.
- La Central de Abastecimiento, que gestiona la provisión de medicamentos y demás insumos de uso médico al subsistema público y a establecimientos privados en convenio.
- El Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que ejerce las funciones de asegurador público y además contribuye a administrar el financiamiento de las acciones de salud pública.
- La Superintendencia de Salud, a cargo de la regulación de las aseguradoras privadas (Isapre) y del seguro público (Fonasa) y de la fiscalización de los prestadores de salud (OPS, 2002).

El esquema en la Figura 1 identifica la relación de los diversos componentes del sistema de salud y permite una mejor comprensión de su estructura.

Figura 1 - Componentes del sistema de salud chileno



Fuente: Documento "Análisis de la estructura del Sistema de Salud chileno y las funciones del Sistema de Salud", Fonasa.

Funciones y objetivos del Ministerio de Salud

Al Ministerio de Salud le corresponde formular, fijar y fiscalizar las políticas de salud. En consecuencia tendrá, entre otras, las siguientes funciones y objetivos:

- Ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:
 - La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.
 - La definición de objetivos sanitarios nacionales.
 - La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
 - La coordinación y cooperación internacional en salud.
 - La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relacionadas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.
- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.
- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.
- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.
- Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia.
- Formular el presupuesto sectorial.
- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.
- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector de la salud o Plan Nacional de Salud, formado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.
- Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.
- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.
- Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.
- Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar.
- Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud.

- Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.
- Implementar, conforme a la ley, sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originados en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes.
- Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.

Subsecretaría de Salud Pública

La misión de la Subsecretaría de Salud Pública es asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud ejerciendo las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen, para contribuir a la calidad de los bienes públicos y acceso a políticas sanitario-ambientales de manera participativa, que permitan el mejoramiento sostenido de la salud de la población, especialmente de los sectores más vulnerables, con el fin de avanzar en el cumplimiento de los objetivos sanitarios definidos por la institución. Sus objetivos estratégicos son:

- Desarrollar políticas públicas que fomenten estilos y hábitos de vida saludables a través del fortalecimiento de los programas de prevención y promoción a nivel nacional y regional, para fomentar en la población competencias de autocuidado y protección de estilos de vida y entornos saludables, y mejorar la capacidad de detección temprana de enfermedades que puedan ocasionar discapacidades.
- Proteger a la salud de las personas frente a riesgos sanitarios a través del diagnóstico y mapeo de riesgos, el fortalecimiento de la capacidad nacional y local de emergencia, fiscalización efectiva y eficiente y definición de planes de acción, tomando medidas adecuadas en los casos ya identificados para prevenir y mitigar los efectos en la salud de las personas y estar preparados para enfrentar situaciones de emergencias y catástrofes.
- Fortalecer las actuales Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez a través de mejoras en su gestión y la penalización efectiva del mal uso de las licencias médicas, para hacerlas más eficientes y mejorar el acceso oportuno y adecuado a este derecho.
- Optimizar el funcionamiento de la Subsecretaría de Salud Pública y las Secretarías Regionales Ministeriales a través del diseño e implementación de modelos de gestión modernos y basados en evidencia, generación de sistemas de información confiables y efectivos y el desarrollo y estandarización de las capacidades y procesos críticos, para orientar el desarrollo de políticas ministeriales y decisiones de gestión, y agregar valor a los usuarios y usuarias finales, maximizando el impacto y la eficacia de los procesos.

- Optimizar la implementación del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) a través de la definición de garantías, elaboración técnica de guías clínicas, protocolos y canastas de prestaciones asociadas al GES, para lograr acciones efectivas de prevención del daño en salud y favorecer el ejercicio de los derechos y garantías estipulados en el AUGE.
- Fortalecer las políticas de salud pública orientadas a la reducción de inequidades de los grupos en situación de riesgo, mediante la efectiva ejecución de acciones y programas focalizados, para mejorar la calidad de vida de adultos mayores, mujeres, y niños en situación de riesgo.

Subsecretaría de Redes Asistenciales

Su misión es la de regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción de los usuarios. Sus objetivos estratégicos son:

- Mejorar el modelo de gestión en red en los servicios de salud, con énfasis en la estandarización del proceso de diseño y rediseño de redes a través de herramientas normativas para las redes de alta complejidad, garantías explícitas en salud y régimen general de garantías, con el fin de aumentar la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud.
- Mejorar las condiciones que permitan el funcionamiento del sistema de garantías explícitas en salud en la red del Servicio Público, mediante la gestión de las brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida por la demanda de prestaciones derivada de problemas de salud garantizados.
- Posicionar a la Atención Primaria de Salud como estrategia del sistema público, mediante el refuerzo de su capacidad de resolución y de la integralidad de la atención en base al modelo con enfoque de salud familiar y comunitaria, para dar una respuesta más efectiva a la población bajo control y contribuir a la eficiencia en el funcionamiento de los diferentes niveles de complejidad de la red asistencial en salud y mejorar la calidad de vida de la población.
- Mejorar la disponibilidad, distribución y competencias del personal sanitario en toda la red asistencial en los diferentes niveles de complejidad mediante el fortalecimiento de la formación de médicos especialistas y el incremento de cargos asistenciales en los establecimientos, que permitan avanzar en la calidad y equidad del acceso a la salud de la población.
- Mejorar la gestión y el uso de los recursos públicos asignados a las instituciones del Sistema Nacional de Servicios de Salud a través del fortalecimiento de uso de sistemas de gestión de costos y control de producción, con el fin de tender a la sostenibilidad financiera del sistema.
- Potenciar la gestión intersectorial e interinstitucional para acelerar la gestión derivada de las políticas ministeriales en los ámbitos de reposición de activos, renovación tecnológica, sistemas de información, expansión y reconversión de la

infraestructura, tanto de la red asistencial como de la Autoridad Sanitaria, focalizada en la recuperación de la infraestructura clínica deteriorada. El objetivo de esta acción es generar las condiciones que permitan recuperar el nivel de funcionamiento de la red asistencial mediante la búsqueda de acuerdos que resguarden plazos oportunos para tramitación de decretos y la toma de razón.

- Reforzar la red de urgencia a través de la inversión en traslado prehospitalario y el aumento de la dotación de equipos clínicos de priorización de urgencia y atención médica directa, para mejorar la oportunidad de atención de los pacientes.

Secretarías Regionales Ministeriales de Salud

De acuerdo a las disposiciones establecidas en la ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (Seremi) tienen una serie de funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud. Ellas son:

- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad. Asimismo, adecuar los planes y programas a la realidad de la respectiva región, dentro del marco fijado para ello por las autoridades nacionales.
- Ejecutar las acciones que correspondan para la protección de la salud de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de los elementos básicos del ambiente que inciden en ella, velando por el debido cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario y de los reglamentos, resoluciones e instrucciones sobre la materia. Para ello se encontrará dotado de todas las facultades y atribuciones que el Código Sanitario y demás normas legales y reglamentarias sanitario-ambientales le confieren, de conformidad con lo previsto en el Artículo 14C.
- Adoptar las medidas sanitarias que correspondan según su competencia, otorgar autorizaciones sanitarias y elaborar informes en materias sanitarias. Las normas, estándares e instrumentos utilizados en la labor de fiscalización serán homogéneos para los establecimientos públicos y privados.
- Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la red asistencial de cada servicio de salud y, en su caso, ejecutarlas directamente o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan. En el ejercicio de estas funciones, coordinará aquellas acciones de promoción y prevención cuya ejecución recaiga en los servicios de salud.
- Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.
- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos. Los procedimientos a que se refiere este numeral deberán ser concordados con los mencionados organismos, conforme lo determine el reglamento.

- Cumplir las acciones de fiscalización y acreditación que señalen la ley y los reglamentos y aquellas que le sean encomendadas por otros organismos públicos del sector salud mediante convenio.
- Evaluar el nivel de cumplimiento de las metas fijadas a las entidades administradoras de salud municipal y sus establecimientos, conforme a lo dispuesto en el artículo 4° de la Ley N° 19.813.
- Organizar bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.

Servicios de Salud

De acuerdo a las disposiciones establecidas en la Ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria y en el Reglamento de los Servicios de Salud (decreto 140 de 2004), éstos tienen las siguientes funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud:

A los Servicios de Salud les corresponderá la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, así como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

En lo que se refiere a su funcionamiento, se someterán a la supervigilancia del Ministerio de Salud y deberán cumplir con las políticas, normas, planes y programas que este apruebe.

Los Servicios son organismos estatales funcionalmente descentralizados y están dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines. Sus sedes y territorios serán establecidos por decreto supremo del Ministerio de Salud, por orden del Presidente.

Los Servicios son los continuadores legales del ex Servicio Nacional de Salud y del ex Servicio Médico Nacional de Empleados, dentro de sus respectivos territorios, y tienen los mismos derechos y obligaciones que correspondían a esas instituciones para los efectos de cumplir las funciones que les competen.

La red asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La red asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios y con otras instituciones públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

La red de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en

un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que solo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

En aquellas regiones que tengan más de un Servicio, existirá un Consejo de Coordinación de Redes Regionales integrado por los Directores de los respectivos Servicios, que será presidido directamente por el Subsecretario de Redes Asistenciales o por quien éste designe. Su funcionamiento se regirá por las normas e instrucciones que éste imparta al respecto. Su función será diseñar, proponer y evaluar mecanismos de coordinación e integración técnica y administrativa de la red asistencial regional en lo referente al desarrollo de los diferentes niveles de complejidad de los establecimientos integrantes de la red, así como de los sistemas de comunicación, referencia, derivación y contraderivación de pacientes y las demás materias que sean necesarias para la adecuada atención de la población y el mejor uso de los recursos.

Instituto de Salud Pública

El Instituto de Salud Pública de Chile realiza labores en diversas áreas de la salud, como evaluación de calidad de laboratorios, vigilancia de enfermedades, control y fiscalización de medicamentos, cosméticos y dispositivos de uso médico, salud ambiental, salud ocupacional, producción y control de calidad de vacunas, entre otros.

Fondo Nacional de Salud

El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en Fonasa, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte directo.

Central de Abastecimiento

La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud tiene por objetivo abastecer de fármacos e insumos clínicos a los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, a los establecimientos municipales de salud y a otros adscritos al sector público, como los hospitales de las fuerzas armadas o universidades.

Superintendencia de Salud

La Superintendencia de Salud es la sucesora legal de la Superintendencia de Isapres e inició sus actividades el 1° de enero del año 2005. Es un organismo que tiene como funciones principales supervigilar y controlar a las Isapres y el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley, además de fiscalizar a todos los prestadores de salud públicos y privados, respecto de su acreditación y certificación.

UNIVERSALIDAD, INTEGRALIDAD Y EQUIDAD

Tal como se menciona en la sección 2, el sistema de salud de Chile es un sistema mixto, existiendo subsistemas privados y públicos tanto para el aseguramiento como para la provisión de servicios. Según datos de 2010 de Fonasa, aproximadamente el 74% de la población se encuentra afiliada al subsistema público, mientras que el 17% pertenece a Isapres. Un 2% pertenece al sistema de salud de las Fuerzas Armadas y un 7% de la población se considera como “independiente”, pues no se encuentra adscrita a ningún sistema de salud. Se profundizará más en este tema en la sección 4, de Financiamiento.

Las Garantías Explícitas en Salud, aseguradas a través de la última Reforma de Salud, constituyen un canasto de crecimiento progresivo. Actualmente incluye 69 patologías, que son de carácter obligatorio tanto para Fonasa como para las Isapres. A través de estas Garantías Explícitas, los ciudadanos ven asegurados el acceso, oportunidad y calidad de las prestaciones asociadas a estas 69 patologías, así como la protección financiera correspondiente.

Con respecto a las brechas existentes con respecto a acceso y cobertura, podemos ver que los adolescentes son uno de los grupos etarios con mayores dificultades de acceso a los servicios de salud. A pesar de la existencia de espacios amigables en 54 centros de salud del país, aún falta implementar respuestas integrales e integradas del sector de la salud hacia los adolescentes. En estos momentos se encuentra en elaboración un Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes y un Plan de Acción Estratégico para la implantación de este programa, dentro del marco del Plan Nacional de Salud. Para ello, se está actualizando el estado de situación epidemiológica de los adolescentes implementando un sistema de registro confiable de la información, capacitando a los profesionales de la atención primaria de la salud en el modelo de salud integral con enfoque de calidad, y consensuando con expertos y sociedad civil las líneas estratégicas del plan. Junto a lo anterior, existe el consenso de que para mejorar el acceso de los adolescentes a la atención de la salud hay que ofrecerles servicios y espacios diferenciados, con horarios diferentes, personal capacitado y con una canasta de prestaciones acorde con sus problemas prioritarios de salud.

La última Encuesta Nacional de Salud ha identificado que las brechas más significativas con relación al estado de salud de la población son el sedentarismo (88%), el sobrepeso (64%) y los hábitos de vida poco saludables (consumo de alcohol: 74,5%, consumo de tabaco: 40,6%, consumo excesivo de sal: 95,7%).

Con respecto a las brechas de equidad que existen, podemos comentar que las más relevantes son:

- En el año 2009, sólo el 16,6% de las mujeres entre 45 y 64 años estaba bajo control de climaterio debido al déficit de oferta en el nivel primario de atención. Para

superar esta brecha, a través del Programa Mejoramiento de la Gestión (PMG) Equidad de Género se propuso formar una Comisión Nacional de Salud de la Mujer, con énfasis en la etapa postreproductiva, que ayudase a actualizar la Guía de Climaterio y a capacitar al personal de la atención primaria de la salud.

- En el 2009, el total de muertes de hombres por distintas causas, entre 20 y 44 años, fue más del doble de las muertes de mujeres. La diferencia se mantiene a lo largo del ciclo vital. A propósito de esta brecha, a través del PMG Equidad de Género se planteó hacer un levantamiento epidemiológico que permita entregar evidencia frente a la hipótesis de que la mayor morbilidad/mortalidad de los hombres se debe, entre otros factores, a la falta de oferta especializada del sector de la salud.
- En Chile, aunque los estudios son escasos, existiría un porcentaje oculto de víctimas de abuso sexual no denunciado. Esta realidad obliga al sistema de salud a adoptar una actitud proactiva para detectar y abordar su pesquisa. En conjunto con Unicef, se publicará en el 2011 una guía para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual.
- Según estudios, las temporeras y temporeros son los trabajadores más vulnerables del sistema. De ellos, más del 50% son mujeres y cerca del 70% trabaja sin contrato. En trece de las quince regiones del país se están llevando adelante planes de acción para informar a trabajadores/as vulnerables sobre sus deberes y derechos, y sobre cómo mejor cuidar su salud.
- Solo el 23,4% de las embarazadas es acompañada por su pareja a los controles médicos. Y solo en el 10,7% de los controles de salud de los niños menores de seis años participa el padre. Esta brecha es abordada a través del sistema de protección social Chile Crece Contigo, que realizará junto con el intersector un estudio para evaluar la magnitud del problema y proponer un sistema de trabajo que permita involucrar más a los hombres en el cuidado de la salud de sus hijos.

FINANCIAMIENTO EN SALUD

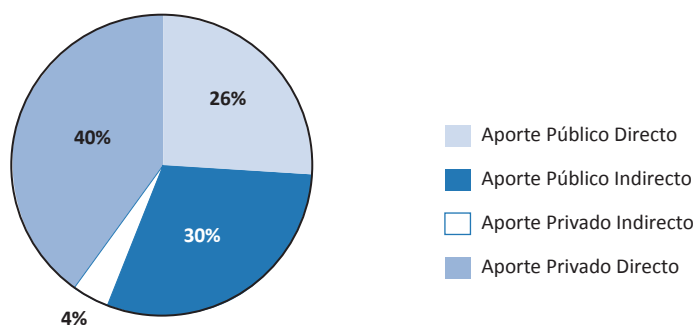
El financiamiento del sistema de salud chileno comprende una combinación entre aportes públicos y privados que se asignan y transfieren entre las distintas entidades de aseguramiento y de provisión de servicios.

El aporte público en salud proviene del presupuesto general del Estado, que se genera a partir de la recaudación de impuestos generales y específicos de las personas. Este se compone del aporte público o fiscal directo –que corresponde al aporte municipal y a las asignaciones presupuestarias desde el Gobierno Central hacia el Ministerio de Salud y hacia el Ministerio de Defensa para el financiamiento de las instituciones de salud de las Fuerzas Armadas (FF.AA.) y de Orden– y el aporte público indirecto –que corresponde a las cotizaciones obligatorias que efectúan los trabajadores y las empresas a partir de sus ingresos imponible y de las transferencias de otros Ministerios hacia el Minsal.

Por su parte, el aporte privado también se compone de aportes directos e indirectos, correspondiendo los primeros a los gastos de bolsillo de las personas y los segundos a las cotizaciones adicionales que pueden aportar voluntariamente los afiliados a Isapre para mejorar la cobertura de su plan de salud y el pago de las primas de seguros privados de salud. Los gastos de bolsillo corresponden a los copagos por atenciones médicas, los copagos en medicamentos y el pago por atenciones médicas particulares. El Gráfico 1 presenta la composición del financiamiento del sistema de salud al año 2006, del que se aprecia que el aporte público total correspondió al 56% del financiamiento total y el aporte privado directo alcanzó un 40%.

Además, es posible observar que si bien las cotizaciones obligatorias de seguridad social se consideran como aporte público indirecto, estas corresponden a un desembolso mensual que cada cotizante realiza para financiar su sistema previsional de salud, descontándolo de sus ingresos brutos. Por ello es que, independientemente de las definiciones establecidas sobre aporte público y privado, se puede decir que el financiamiento de la salud en Chile se basa en aportes de los individuos que alcanzan el 74% del financiamiento total, mientras que el aporte del Fisco, bordea solamente el 26%.

Gráfico 1 - Composición del financiamiento del Sistema de Salud, Chile, 2006

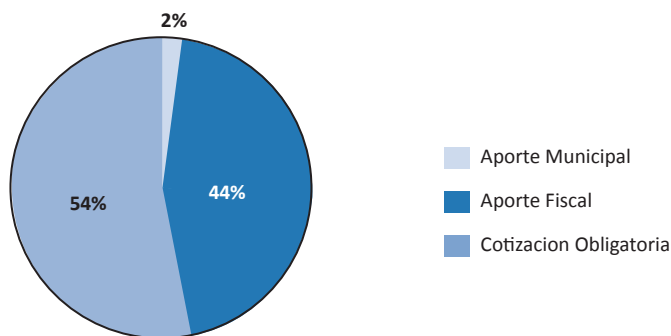


Fuente: Fonasa 2007

En montos, lo anterior corresponde a un financiamiento total de la salud que superó los 5,6 billones de pesos corrientes al año 2007 (10,7 mil millones de dólares), lo que en términos del Producto Interno Bruto del país para ese año significó un 6,56%⁵.

Al desglosar el aporte público total, tal como ilustra el Gráfico 2, es posible apreciar que la principal fuente proviene de las cotizaciones obligatorias de seguridad social, representando un 54% del aporte público total.

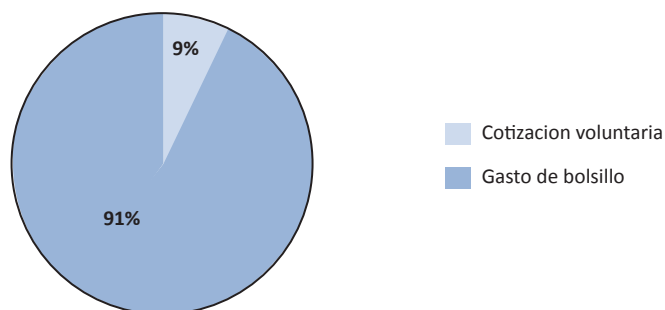
Gráfico 2 – Composición del financiamiento público total en salud, Chile, 2006



Fuente: Fonasa, 2007.

Respecto al financiamiento privado, el Gráfico 3 muestra que los gastos de bolsillo representan el 91% del aporte privado total, que se componen de copagos por atenciones médicas, gasto en medicamentos y pago particular de atenciones médicas.

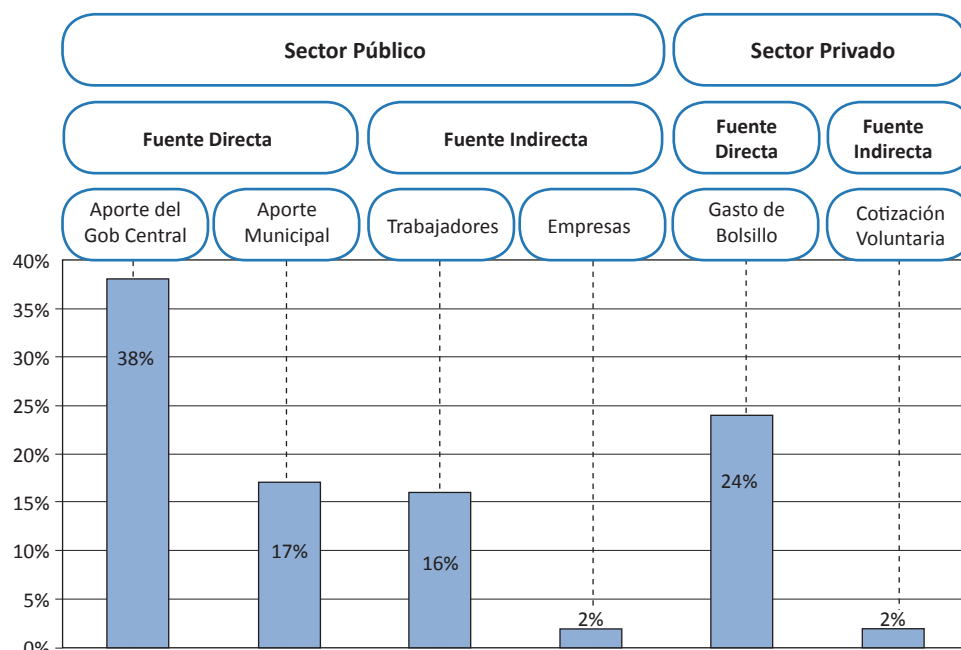
Gráfico 3 – Composición del financiamiento privado total en salud, Chile, 2006



Fuente: Fonasa, 2007

De acuerdo a lo anterior, la Figura 2 presenta la composición de los aportes del sector público y privado y la contribución que implica cada fuente sobre el financiamiento total en salud.

Figura 2 – Financiamiento del Sistema de Salud, Chile, 2007



Fuente: Fonasa, 2007.

Gasto en Salud

El gasto público en salud

El financiamiento global de la salud es gastado por diversos entes ejecutores y a través de varios mecanismos, principalmente en sus componentes de gasto público y gasto privado. El gasto público en salud se considera inserto en el llamado gasto social, efectuado por el gobierno de los fondos fiscales asignados en el presupuesto nacional a los llamados sectores sociales: educación, salud, vivienda, bienestar social, seguridad social y desarrollo regional.

- El gasto público es realizado por el sector público y puede descomponerse como sigue:
- El gasto fiscal, del Gobierno Central, financiado con fondos del presupuesto nacional, asignados al Sector de la Salud, cuyo ejecutor es el Ministerio de Salud.
- El gasto que realizan otros sectores e instituciones del Estado (como los Ministerios de Educación, Interior, Defensa), de fondos fiscales, para gasto específico de acciones de salud.
- El gasto en actividades de salud ejecutado por las municipalidades, de fondos provenientes de sus ingresos tributarios y de otras fuentes propias.
- El gasto realizado por las instituciones públicas, de fondos provenientes del aporte privado y que por ley deben ser administrados por el sector público:

- los aportes previsionales recaudados por Fonasa;
- el pago directo de servicios otorgados por las unidades de atención del sector público;
- las donaciones y otros

El gasto privado en salud

El gasto privado está constituido por los siguientes componentes:

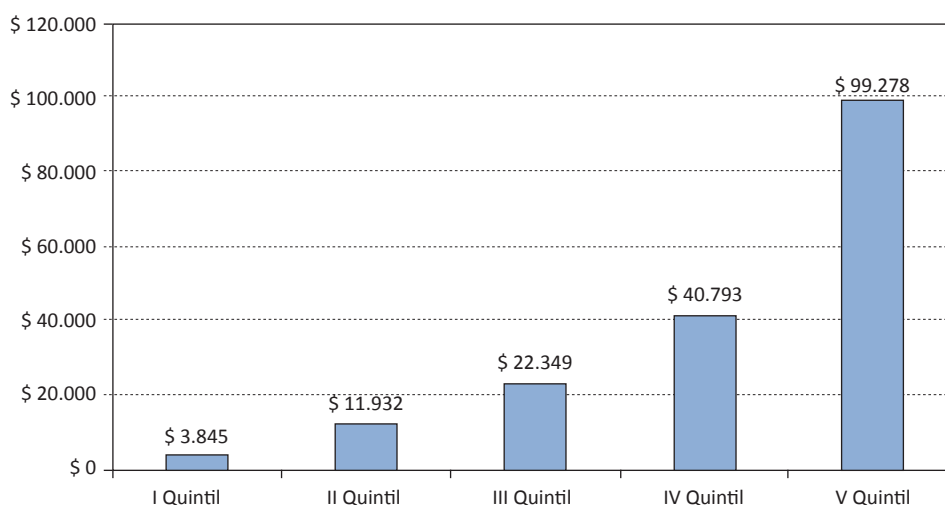
- Gastos realizados por las Isapre de fondos aportados por las personas, directamente o a través de las empresas.
- Gasto realizados por instituciones no gubernamentales sin fines de lucro, de fondos provenientes de donaciones, colectas públicas y otros medios.
- El gasto personal privado puede tomar las modalidades siguientes:
 - El gasto directo (sin aporte previsional) por servicios asistenciales.
 - El gasto de las personas cubiertas por algún sistema previsional, por pago de préstamos concedidos y como copago o pago del costo “deducible”, efectuado mediante la compra de bonos, que está destinado a cubrir la diferencia entre el costo del servicio recibido y el arancel fijado por el plan al que ellas están afiliadas (Fonasa o Isapre).
 - El gasto efectuado por las personas para la adquisición de bienes, entre los cuales se destacan los medicamentos.

Tal como se señaló anteriormente, los usuarios deben desembolsar gastos directos de su bolsillo para financiar los copagos (participación de los usuarios) de las atenciones médicas asociadas a los planes de salud de las Isapre y de Fonasa, los pagos de atenciones particulares y los gastos en medicamentos.

Los resultados de la Encuesta Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud del año 2006 informan sobre el gasto de bolsillo promedio anual de cada hogar. El Gráfico 4 presenta los montos del gasto de bolsillo (las cifras consideran los reembolsos).

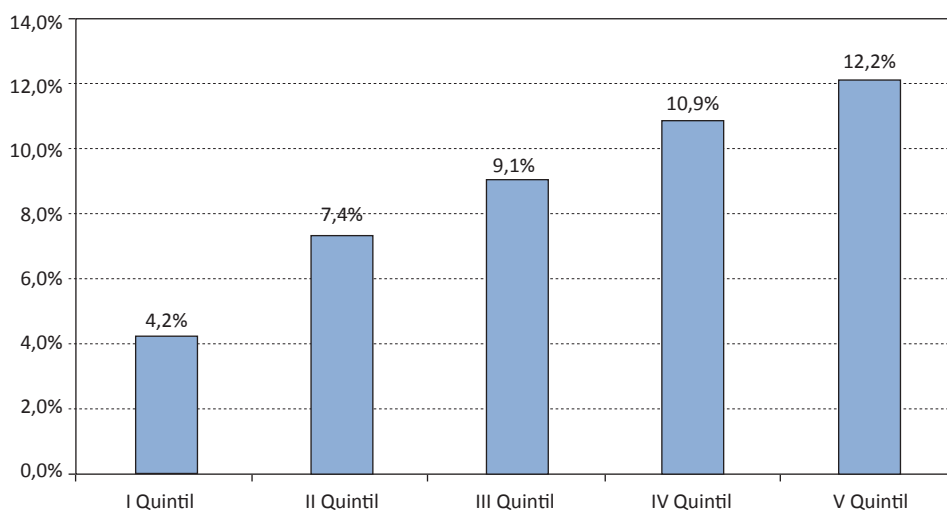
En el Gráfico 4 se observa que el gasto de bolsillo promedio es creciente en función del ingreso, lo que implica que el gasto directo de los hogares depende de su capacidad de pago. Un resultado similar se obtiene al analizar la participación del gasto de bolsillo sobre el gasto total de los hogares por quintiles de ingreso, como muestra el Gráfico 5.

Gráfico 4 – Gastos de bolsillo en salud por hogar, Chile, 2006



Fuente: Encuesta Nacional de Satisfacción y Gasto. MINSAL, 2006.

Gráfico 5 – Participación del gasto de bolsillo sobre el gasto total de los hogares, Chile, 2006



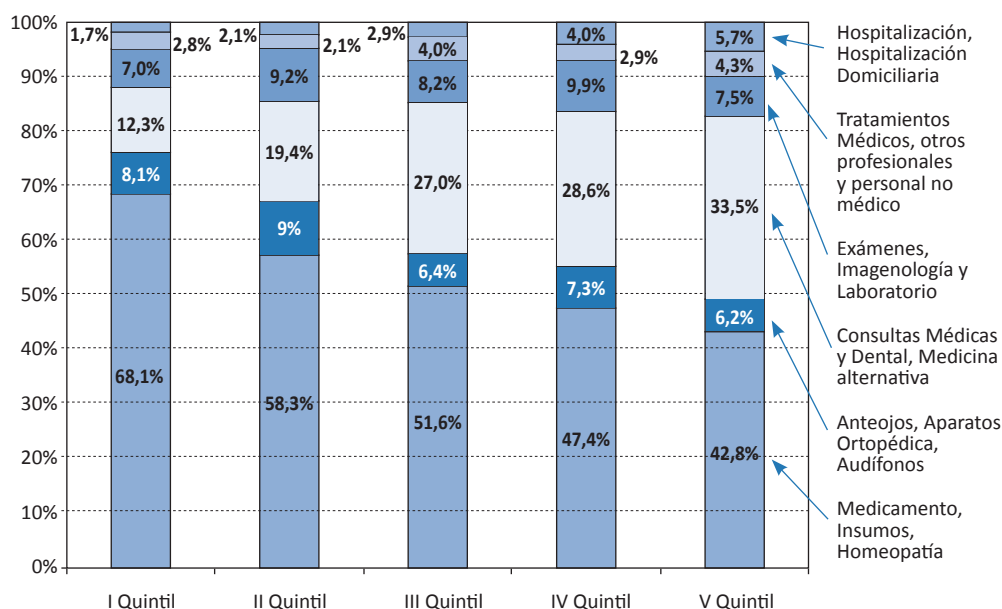
Las cifras consideran los reembolsos.

Fuente: Encuesta Nacional de Satisfacción y Gasto. MINSAL, 2006.

Sin embargo, al analizar la composición del gasto de bolsillo en salud por quintil se revela una regresividad del gasto en medicamentos, en el que el quintil más pobre de ingresos destina una mayor proporción de recursos a la compra de medicamentos que el quintil más rico.

Así, el primer quintil destina un 68% de su gasto en salud a medicamentos y el quintil V destina el 43% (Gráfico 6). Esto puede explicarse por una escasa cobertura previsional en medicamentos en los hogares de menores recursos.

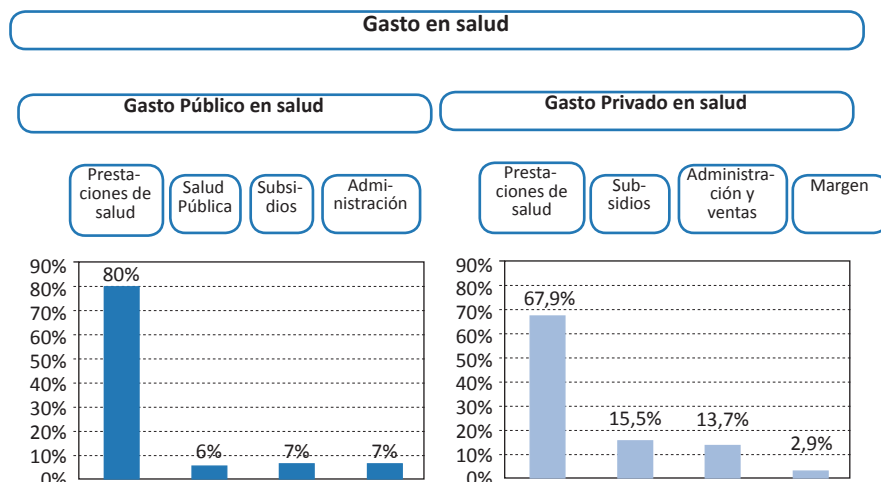
Gráfico 6 - Composición del gasto de bolsillo en salud por quintil, Chile, 2006



Fuente: Encuesta Nacional de Satisfacción y Gasto. Minsal, 2006

Finalmente, si se desea apreciar una desagregación del gasto a modo general, el Gráfico 7 muestra las participaciones de cada componente: prestaciones en salud, salud pública, subsidios y administración.

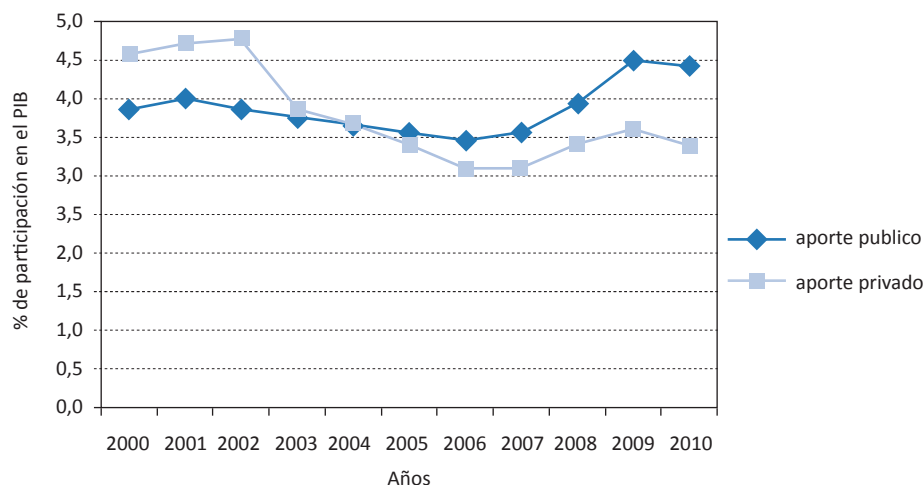
Gráfico 7 - Composición del gasto en salud, Chile



Gasto en salud con relación al PIB

Entre los años 2000 y 2002 el mayor porcentaje con relación al PIB lo obtuvo el gasto privado, con MM\$1.849.187 en el 2000, MM\$2.043.631 en el 2001, y MM\$2.007.272 en el 2002, siendo el 2004 el punto de equilibrio entre ambos sectores. Desde el 2009 el gasto público muestra la mayor participación en relación al PIB, con un gasto de MM\$4.087.049 en el 2009 y de MM\$4.554.093 para el 2010.

Gráfico 8 – Participación del gasto público y privado en salud en el PIB, Chile, 2000-2010



Fuente: Fonasa, 2011

Criterios de asignación y modelos de pago

La transferencia de recursos que hace Fonasa se divide en 4 principales grupos de asignación:

Per cápita en APS

Para su cálculo se toma como base la población potencialmente usuaria y un vector de atenciones que se programa entregar (plan de salud implícito) que, debidamente valorado, permite generar un eficaz método de financiamiento para la atención primaria que tiene como base de funcionamiento la atención a una población a cargo.

Pago asociado a diagnóstico

Es un mecanismo de retribución financiera que liga el pago a un resultado médico concreto, el diagnóstico de egreso del paciente.

Implica pagar por un diagnóstico resuelto un valor predeterminado, basado en un conjunto estandarizado de prestaciones (canasta) que permiten la resolución de la patología, considerando la evolución y tratamiento de la morbilidad de un paciente promedio. El PAD tiene un valor único y no tiene derecho a recargo horario ni será afectado por el grupo de inscripción del prestador. Es una cuenta conocida,

se paga la actividad en base a resultados, que en este caso son patologías resueltas. Este sistema de pago promueve la contención de costos, ya que las ganancias atribuibles a la contención de costos son de entera disponibilidad del proveedor. Se incentiva la eficiencia técnica en la atención del paciente, ya que el pago se asocia a la resolución de la patología.

Pago por prestaciones valoradas

Son las prestaciones realizadas por el Hospital, que fueron costeadas por Fonasa y que deben ser programadas y monitoreadas en su cumplimiento mensualmente para que sean pagadas como producción del Hospital. Para ello, se utiliza una prestación trazadora de pago que debe ser ingresada al Sistema de Información para la Gestión de las Garantías Explícitas de Salud para cobro por parte del Hospital.

El modelo de implementación usado por el Pago por Prestaciones Valoradas es el siguiente: primero se determinan las prestaciones en base a las prioridades sanitarias definidas por el Minsal, luego se calculan los precios según estudios de costos y mercado. Eso define la cantidad de prestaciones, de acuerdo al marco presupuestario, con un cuerpo de prestadores “acreditados”.

Se establecen los Convenios por Componente de Programa, lo que incluye el número de prestaciones, el costo total, el flujo de transferencias y además los indicadores de gestión, las evaluaciones trimestrales, las reasignaciones, la liquidación final 100%, el control financiero, de afiliación, y de garantías.

Pago por prestación institucional

Actualmente no está asociado a una actividad. Sólo existe su registro en el Resumen Estadístico Mensual. Este programa considera el presupuesto histórico, el pago de leyes y bonos.

Estos programas son manejados desde el Minsal, quien instruye a Fonasa las transferencias.

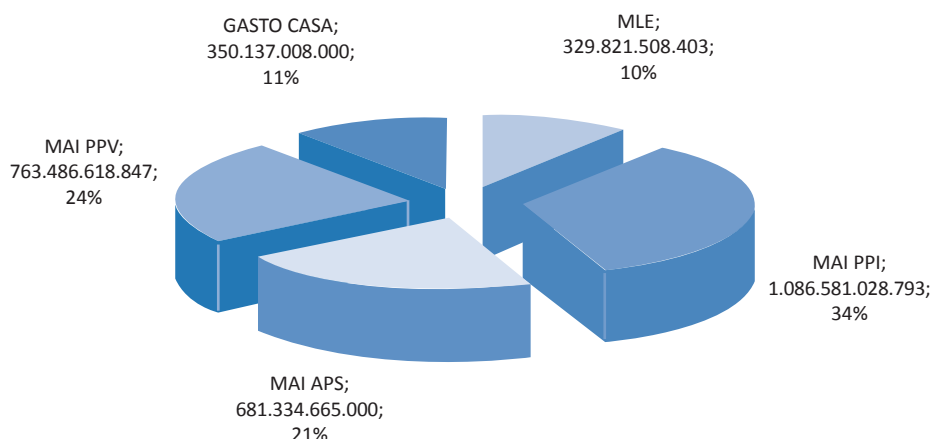
En transición a Grupos Relacionados a Diagnósticos

Los Grupos Relacionados a Diagnóstico (GRD) constituyen un sistema de clasificación de pacientes basado en el consumo de recursos que se requieren para su atención y en las características clínicas que se presentan. Esta clasificación permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (es decir, su casuística), con el costo que representa su asistencia. Los GRD se asocian a un número, que representa grupos mutuamente excluyentes y homogéneos, tanto clínica como financieramente. Para su construcción se suele utilizar algún tipo de software que permita transformar en códigos la información sobre el paciente.

El sector salud, Fonasa Minsal, tiene presupuestado disminuir gradualmente el pago por prestación institucional y transformar el pago por prestaciones valoradas (PPV) en Grupos Relacionados a Diagnósticos (GRD).

Para el 2011 está proyectada una simulación tendiente a transformar el PPV en GRD, para luego en el 2012 lograr implementar un piloto basado en GRD en algunos Servicios de Salud. Para el 2013 se pretende ampliar a todo el territorio nacional el pago basado en GRD. El Gráfico 9 muestra la participación de estas modalidades de asignación en el total del gasto en salud de Fonasa.

Gráfico 9 – Participaciones de las modalidades de gasto/asignación en el total del gasto Fonasa, Chile



MACROGESTIÓN

El Ministerio de Salud de Chile tiene como misión buscar contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas de salud, centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover su participación en el ejercicio de sus derechos y sus deberes.

El Decreto con Fuerza de Ley N°. 1 del año 2005 le asigna al Ministerio “[...] fijar las políticas, dictar las normas, aprobar los planes y programas generales y evaluar las acciones que deben ejecutar dichos organismos y demás integrantes del Sistema.”

El proceso de reforma sectorial que partió a comienzos de la década pasada tuvo entre sus primeras tareas la definición de los objetivos sanitarios del país. De tal forma se buscaba generar las bases sobre las cuales producir las transformaciones de salud necesarias para elevar el nivel de bienestar de la población y hacer frente a sus necesidades actuales. El proceso de desarrollo de los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010 culminó en la definición de cuatro grandes objetivos:

1. Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
2. Enfrentar los desafíos del envejecimiento y los cambios de la sociedad.
3. Disminuir las inequidades en salud; y
4. Proveer servicios acordes a las expectativas legítimas de la población.

Los Objetivos Sanitarios para la década 2000–2010 han sido la carta de navegación del sector en los últimos años. En el marco de la Reforma de la Salud, el disponer de una definición de Objetivos Sanitarios “claros, medibles y practicables” constituyó un componente esencial para la reorientación de las políticas públicas en salud en Chile y, hasta ahora, son considerados una herramienta de gestión y la referencia fundamental al momento de establecer intervenciones y acciones prioritarias para el sistema de salud.

Diez años después, y a la luz de los resultados obtenidos en la evaluación de final de período de los Objetivos Sanitarios 2000-2010, se hace necesario no solo repensar los próximos Objetivos Sanitarios, sino también plantear cómo fortalecer la planificación para la consecución efectiva de estos. Solo de esta manera se podrá dar cumplimiento al mandato que hiciera el presidente Sr. Sebastián Piñera, el 21 de Mayo de 2011: focalizar los esfuerzos en “*la prevención de enfermedades y el fomento a los hábitos de vida más sanos*” y en “*garantizar a todos los chilenos una atención digna, oportuna y de calidad*” y mejorar “*significativamente la gestión y eficiencia (de los hospitales y APS)*”.⁶

El Plan Nacional de Salud 2011-2020 (PNS) incorpora toda la experiencia y aprendizaje generado a través de los procesos de implementación, desarrollo y evaluación de los Objetivos Sanitarios 2000-2010, mejorando de tal forma su metodología de creación, gestión y evaluación. El PNS mantiene como referente los cuatro grandes Objetivos Sanitarios de la década anterior y concentra su quehacer en nueve áreas temáticas:

1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles.
2. Prevenir y reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales y violencia y traumatismos.
3. Promover la salud y el desarrollo y prevenir o reducir factores de riesgo.
4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas claves de la vida, embarazo, parto, periodo neonatal, infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable. Salud de los trabajadores.
5. Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques a nivel socioeconómico, sensibles a las cuestiones de género, etnia y basados en los derechos humanos.

6. Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud. Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de la vida, y el apoyo de la salud pública y el desarrollo sustentable.
7. Mejorar la institucionalidad de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, el financiamiento, la dotación de personal, la información, la infraestructura y gestión.
8. Promover la calidad y justicia en la atención de salud.
9. Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico.

VIGILANCIA EN SALUD

A consecuencia del proceso de negociación y aprobación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) el año 2005, el Ministerio de Salud de Chile inició la preparación de un proyecto de implementación, que contemplaba la realización de estudios para identificar y orientar los ajustes institucionales necesarios, así como fortalecer las capacidades nacionales en los aspectos requeridos por la nueva reglamentación. Con estos objetivos, durante el año 2005 se preparó un proyecto de expansión presupuestaria que consideraba el refuerzo gradual de la capacidad institucional. El Ministerio de Hacienda aprobó el proyecto y a partir del año 2006 se establece una línea presupuestaria destinada al RSI dentro de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, que se mantiene hasta hoy. El año 2006 se inició el proceso de elaboración de los instrumentos de evaluación de capacidades básicas para vigilancia y respuesta en algunas regiones y para puertos y aeropuertos, que culminó en 2008. Para ello, se utilizó el instrumento diseñado, discutido, ajustado y consensuado con los Estados Partes y Asociados de Mercosur. Después del cierre del proceso de evaluación, en su fase de terreno, durante el año 2009 y 2010 se comenzaron a elaborar los Planes de Acción para suplir las brechas identificadas en las Regiones que realizaron el diagnóstico. Desde el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, de manera continua se han desarrollado actividades tendientes a reforzar las capacidades instaladas y durante el segundo semestre del año 2011 se espera que las 6 Regiones que aún no tienen un diagnóstico de capacidades básicas puedan realizarlo. Una vez terminado el diagnóstico de brechas existentes, se procederá a la construcción del Plan Nacional.

Chile cuenta, desde hace más de una década, con un modelo de vigilancia epidemiológica que se ha fortalecido a partir de la entrada en vigencia del RSI 2005. Como medida estratégica, para mejorar el sistema de alerta y respuesta, se

creó en el año 2008 un Centro Nacional de Enlace y 15 Centros Regionales de Enlace (2 de ellos se crearon el año 2009), como instancias de coordinación de la alerta y respuesta.

Para incrementar la vigilancia en puntos de entrada internacionales, entre los años 2008 y 2009, se crearon 6 Oficinas Sanitarias de Frontera y se reforzaron los equipos de Acción Sanitaria en las regiones, a fin de mejorar la vigilancia epidemiológica en los puertos.

Las Oficinas Sanitarias de Frontera, están ubicadas en pasos fronterizos terrestres priorizados (5) y en el Aeropuerto Internacional de Santiago (1). Entre todos los pasos terrestres que existen en el país, se eligieron 5 que cumplían los criterios de selección. Las Oficinas Sanitarias de Frontera por propósito fortalecer el sistema de vigilancia en cada región, apoyando la pesquisa oportuna de riesgos epidemiológicos para la salud pública.

La red de diagnóstico de laboratorio para la vigilancia en salud consta de 20 laboratorios denominados Laboratorios de Salud Pública que dependen de la Secretaría Regional Ministerial correspondiente, entidades dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública. Dichos laboratorios están ubicados en 15 regiones, existiendo además 4 laboratorios satélites en las regiones X y XII.

Los laboratorios contribuyen a salvaguardar la salud de la población al realizar análisis que permiten dar soporte a las políticas y programas de salud pública, entregar información fundamental para la investigación, definir el origen de una epidemia, identificar brotes, controlar alimentos y aguas y monitorear riesgos ambientales, entre otras funciones. Los laboratorios participan en procesos relacionados con la vigilancia epidemiológica y deben estar integrados en una red a nivel nacional para desarrollar sus actividades de manera armonizada.

Sus funciones esenciales son:

- identificar los riesgos inherentes al medio ambiente.
- prevención , control y vigilancia de enfermedades
- asegurar la calidad de los alimentos.
- responder en forma oportuna en situaciones de desastres y emergencia

Con respecto a la vigilancia de factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles, en 1999 se creó la Unidad de Estudios y Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles dentro del Departamento de Epidemiología de la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud. Dicha Unidad ha implementado el desarrollo de encuestas poblacionales que incluyen la vigilancia de los factores de riesgo mencionados. Así, se han realizado a la fecha dos Encuestas Nacionales de Calidad de Vida (2000 y 2006) basadas en el autorreporte y dos Encuestas Nacionales de Salud (ENS 2003 y 2009) que incluyeron mediciones biofisiológicas y exámenes

de laboratorio. A esto se suman las encuestas realizadas en el marco de la vigilancia sugerida por OPS/OMS (Encuesta Mundial de Salud Escolar 2004-2005; Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes 2000, 2004 y 2008; Encuesta Mundial de Tabaquismo en Estudiantes de Profesiones de la Salud 2008). Paralelamente, hace poco se publicaron los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo Alimentario, coordinada en conjunto con el Departamento de Nutrición de la División de Políticas Públicas Saludables.

FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

En relación a los aspectos cuantitativos de nuestra fuerza de trabajo en salud, existe consenso sobre la presencia de brechas y mala distribución del personal de salud. Esto se hizo más evidente en el caso del sector público, a la luz de la implementación del Régimen de Garantías Explícitas de Salud. Sin embargo, solo existen estudios sobre estimaciones de brechas para médicos y médicos especialistas.

Con respecto a las demás profesiones, análisis globales señalan que si bien Chile, con una tasa de 31 profesionales nucleares por cada 10.000 habitantes (Tabla 1), está por sobre la meta propuesta por la OPS, que plantea la necesidad de contar con 25 profesionales nucleares de la salud por cada 10.000 habitantes (médicos, enfermeros de nivel profesional y matronas), el sector público aún está por debajo de la proporción sugerida, alcanzándose en 2011 una tasa de 22,3 profesionales por cada 10.000 beneficiarios Fonasa.

Tabla 1 – Tasa nacional de profesionales nucleares de salud, Chile, 2011

Profesión	N° de profesionales	Tasa por 10.000 Habitantes
Médicos Cirujanos	26.821	15,8
Enfermeras	15.347	9,1
Enfermeras Matronas	2.899	1,7
Matronas	7.344	4,3
Total	52.411	31,0

Fuente: N° de profesionales obtenidos del Registro Público de Prestadores Individuales de Salud – Superintendencia de Salud. Datos de disponibilidad a junio de 2011 – población INE 2009 – Estimación 2009: 16.928.873.

La adopción del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario ha generado la necesidad de fortalecer las competencias profesionales para su implementación. Si bien las universidades han incorporado elementos de salud pública y salud familiar en los currículos de formación, la práctica clínica sigue estando centrada, preferentemente, en el modelo biomédico y las residencias siguen realizándose en los hospitales de alta complejidad, por sobre los Centro de Salud Familiar.

Con relación a la formación en medicina familiar, si bien el Ministerio ofrece anualmente becas en esta especialidad, el interés por seguir estudios en esta área es bajo, a diferencia de otras especialidades de perfil hospitalario/quirúrgico. En 2010 se ofrecieron 36 cupos de medicina familiar y fueron utilizados 14 (39%). En 2011 se ofrecieron 42 cupos y se utilizaron 23 (56%).

Lo descrito requiere un fuerte impulso y revalorización de la atención primaria como un espacio atractivo para el desempeño y desarrollo laboral.

Sin perjuicio de lo anterior, un cambio importante es la expansión de la matrícula registrada en las carreras profesionales y técnicas de la salud durante los últimos años. Actualmente, en el país están en formación más de 150.000 personas en diferentes niveles y carreras de la salud (Tabla 2). Cabe señalar como un dato de contexto que el total de funcionarios del SNSS, incluyendo la APS municipalizada, alcanza aproximadamente 120.000 personas.

Tabla 2 – Profesionales de salud en formación, Chile, 2010

Carreras	Nº de carreras	Matrícula Total
Médicos	28	11.981
Enfermeros	115	30.586
Obstetricia (Matrona)	18	649
Odontólogos	30	11.241
Fonoaudiólogos	48	7.747
Kinesiólogos	96	22.689
Nutricionistas	66	10.220
Tecnólogos Médicos	30	6.827
Químicos Farmacéuticos	10	4.203
Técnicos de Enfermería	272	41.154
Técnicos de Odontología	67	5.876
Total	780	153.173

Existen instancias de articulación nacional y local entre las instituciones formadoras y nuestra autoridad sanitaria. A escala nacional, existe la Comisión Nacional Docente Asistencial, cuya función es “Coordinar las actividades que se realicen para el desarrollo de los programas docente asistenciales en salud. Su ámbito de acción abarcará las instituciones dependientes o que se relacionen con el Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Salud y las Universidades Chilenas” (Decreto Supremo Nº 908 de 1992 – Reglamento de la Comisión Nacional Docente Asistencial). En esta instancia participan, además de las universidades, representantes del Colegio Médico y de la Asociación de Estudiantes de Medicina de Chile. A nivel regional existen las Comisiones Regionales Docente Asistenciales, integradas por el Secretario Regional Ministerial

de Salud (Autoridad Sanitaria Regional), las instituciones formadoras existentes en cada región y representantes locales del Colegio Médico de Chile.

Sin perjuicio de la existencia formal de esta instancia, su funcionamiento es irregular y sin un impacto claro sobre la determinación de la matrícula y perfiles de egreso de los futuros médicos. No existen instancias similares en el caso de las demás carreras de la salud. Adicionalmente a lo anterior, el Departamento de Formación del Ministerio de Salud, mantiene una instancia de coordinación integrada por universidades y gestores de la red asistencial, denominada Directorio de Formación, donde se tratan, especialmente, las políticas e iniciativas referidas a los programas de formación de médicos especialistas.

El Ministerio de Salud en sí no tiene instancias de formación para trabajadores del sector de la salud. La formación del personal de salud está radicada totalmente en el sector formador. Dicho sector se vincula fuertemente con el área pública por el uso de los establecimientos hospitalarios para la realización de la formación práctica. Este vínculo está regulado por una norma de carácter general que establece criterios para la asignación de los hospitales como Campos de Formación Profesional y Técnica (CFPT). La necesidad de regular la relación docente asistencial se origina justamente por la expansión de los proyectos educacionales y la competencia de las instituciones formadoras por acceder a los CFPT.

En Chile se ha buscado la educación permanente como una propuesta educativa de desarrollo de los individuos, los equipos y la red asistencial del Sector Público de Salud. A través de ella se pretende generar un espacio de participación donde los equipos vinculados a la cadena de atención, ya sean interestamentales (integrados por los estamentos presentes en los servicios, unidades y secciones) o multidisciplinarios (integrados por distintos enfoques y aproximaciones a la realidad), reflexionen acerca de sus prácticas y procesos de trabajo. Una vez capacitados, estos equipos son capaces de problematizar su realidad y proponer distintas alternativas de solución que permitan resolver los problemas detectados, contribuyendo así a elevar la calidad de la atención, la satisfacción de los usuarios y el trato.

Las experiencias, prácticas y conocimientos que se han desarrollado en los Servicios de Salud con la aplicación de esta estrategia han permitido destacar los procesos de trabajo de atención al usuario, la importancia estratégica del compartir prácticas en el propio equipo de salud y el uso de metodologías sencillas y de alto impacto de problematización, evaluación y capitalización.

Con respecto a herramientas innovadoras de capacitación, el Ministerio de Salud ha implementado un sistema de aprendizaje a distancia de carácter nacional, que despliega acciones de capacitación en forma gratuita para sus 120.000 funcionarios distribuidos en su red secundaria y primaria. Durante el 2010 participaron 9.888 estudiantes. Para el año 2011, la matrícula se incrementó a 13.000 estudiantes y se realizó una inversión de USD1.465.000.

Actualmente se cuenta con más de 50 acciones de capacitación a distancia (*e-learning*, *b-learning* y acciones presenciales) en temas de interés directivo, ejecutivo, clínico asistencial y de desarrollo personal y laboral de los funcionarios de salud. La red de gestión de este programa consta de 29 coordinadores, uno en cada Servicio de Salud, 600 tutores técnicos y sociales (funcionarios de la red asistencial), el apoyo de equipos técnicos ministeriales y de expertos privados que aportan orientaciones estratégicas, tácticas y operativas, así como contenidos, que luego se preparan de forma didáctica y son ofrecidos por un conjunto de organizaciones externas de *e-learning*.

La formación en salud está sujeta a las regulaciones generales que rigen la educación superior en Chile. La Constitución Política consagra el derecho a la libertad de enseñanza y el Estado tiene un rol subsidiario en este ámbito. El Ministerio de Salud no tiene atribuciones en el ámbito de la regulación de la formación. Esta facultad radica en el Ministerio de Educación.

El rol del Estado es reconocer oficialmente las instituciones de educación superior, que sólo pueden crearse por ley. La regulación existente considera que los nuevos proyectos educativos deben someterse a un proceso de licenciamiento que comprende la aprobación del proyecto institucional y permite evaluar el avance y concreción del proyecto educativo de la nueva entidad. A este proceso deben someterse todas las instituciones de educación superior nuevas y comprende un período inicial de seis años. Al finalizar este plazo, el Consejo de Educación Superior puede certificar la autonomía de la institución, si es que su desarrollo ha sido satisfactorio acorde a los criterios de evaluación definidos y al proyecto institucional aprobado, o bien puede prorrogar su verificación.

Por autonomía se entiende el derecho de cada establecimiento de educación superior a regirse por sí mismo, de conformidad con lo establecido en sus estatutos en todo lo concerniente al cumplimiento de sus finalidades y comprende la autonomía académica, económica y administrativa. La autonomía académica incluye la potestad de las entidades de educación superior para decidir por sí mismas la forma como se cumplen sus funciones de docencia, investigación y extensión y la fijación de sus planes y programas de estudio.

De lo señalado anteriormente se desprende que no existe la posibilidad de definir los límites de matrícula por carrera o las mallas curriculares de las instituciones de educación superior autónomas, sin perjuicio de que la existencia de irregularidades en estos ámbitos puedan ser denunciadas ante la División de Educación Superior del Ministerio de Educación y a través de acciones judiciales. El proceso de licenciamiento permite evaluar el avance y concreción del proyecto educativo de la nueva entidad a través de variables significativas de su desarrollo, tales como docentes, didácticas, técnico-pedagógicas, programas de estudios, espacios físicos e infraestructura, así como los recursos económicos y financieros necesarios para otorgar los grados académicos y los títulos de que se trate. Considera ciclos de evaluación

anual, incluyendo también evaluaciones parciales de las variables más significativas de cada proyecto institucional, esto es, infraestructura, equipamiento, recursos económicos y financieros, recursos para la docencia (bibliotecas, laboratorios, talleres y equipos computacionales), cuerpo académico, estudiantes, servicios y, en el caso de las universidades, investigación y extensión. Respecto de estas instituciones, existe la posibilidad de reducir el número de matrículas, producto de incumplimientos reiterados en el proceso de licenciamiento, de conformidad al artículo 99 DFL 2/2009 del Ministerio de Educación. Los contenidos no son definidos de manera totalmente autónoma por las instituciones en proceso, ya que son revisados durante el proceso de licenciamiento y pueden ser objeto de modificaciones.

Existen marcos referenciales para la formación de trabajadores en salud en el contexto del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación, (Ley 20.129); sin embargo, excepto para las carreras de medicina y las pedagogías, adscribirse al sistema de acreditación es voluntario. Dentro de los criterios de acreditación se establecen, entre otras variables, estándares mínimos referidos al perfil expresados como un conjunto de competencias y habilidades a las que debe conducir todo programa de formación, sin perjuicio de la diversidad de objetivos que pueda definir cada carrera.

La definición de los perfiles de egreso es realizada por un Comité Técnico por carrera, integrado por representantes de las universidades, prestadores de salud y, en el caso de algunas carreras, por el Ministerio de Salud.

Los estándares de acreditación específicos incluyen:

- Integridad Institucional
- Estructura y organización administrativa
- Perfil profesional y estructura curricular
- Recursos humanos
- Efectividad del proceso enseñanza/aprendizaje
- Resultados del proceso formativo
- Infraestructura, apoyo técnico y recursos para enseñanza
- Vinculación con el medio
- Servicios de Bienestar para los estudiantes

La formación de los técnicos de la salud es impartida por instituciones de formación (Institutos Profesionales y Centros de Formación Técnica), quienes definen en forma autónoma sus estrategias de enseñanza/aprendizaje.

La formación en salud pública está en manos de las universidades, las que imparten programas en esta área en forma de especialidad médica y odontológica o, alternativamente, con los grados de magister y doctorado al que pueden acceder las personas que acrediten un título profesional o el grado académico de licenciado.

El sector privado tiene alta participación en la formación de profesionales y técnicos de la salud. Cerca de un 70% del total de la matrícula corresponde a instituciones privadas.

Con respecto a la gestión de la fuerza de trabajo, el Ministerio de Salud define las políticas aplicables fundamentalmente al sector público de salud, las que se aplican de forma descentralizada a nivel de los Servicios de Salud y de la Atención Primaria Municipal.

Existen tres grandes cuerpos normativos que regulan la relación con el personal de salud: el Estatuto Administrativo, en el caso del personal no médico con desempeño en los Servicios de Salud; la Ley Médica, para los profesionales médicos, odontólogos, químicos farmacéuticos y bioquímicos, también con desempeño en los Servicios de Salud y el Estatuto de Atención Primaria, que regula la relación con el personal de salud dependiente de los Municipios (administración local).

Las modalidades de contratación son básicamente las siguientes:

- Personal de planta con contrato de plazo indefinido, con alta estabilidad.
- Personal con contratos anuales que, en su mayoría, presentan alta estabilidad.
- Contratos a honorarios a suma alzada, para el cumplimiento de funciones específicas y transitorias.
- Compras de servicios individuales y sociedades profesionales para absorber situaciones de lista espera o potenciales incumplimientos de plazos en la atención de salud.

La mayor parte del personal se encuentra contratado en los dos primeros esquemas, lo que les da derecho a adscribirse al sistema de protección social y seguros de salud.

Las remuneraciones consideran componentes fijos (escala única de sueldos) y variables asociados a conceptos tales como: estímulo por logros de metas sanitarias, condiciones y lugares de trabajo, jornadas prioritarias, competencias profesionales, responsabilidad por cargos directivos, experiencia calificada, desempeño difícil, mérito entre otros, los que se expresan de manera diferente dependiendo si corresponden a Atención Primaria o a Servicios de Salud y del marco laboral específico de que se trate (Ley 19.664, 15.076 o 18.834). Estos esquemas no han sido evaluados sistemáticamente en términos de su efectividad, sin embargo, existe la percepción que no han sido lo suficientemente efectivos para cerrar brechas en los casos de escasez de personal más crítico.

Nuestro país tiene una larga tradición respecto de la existencia de marcos laborales que regulen el vínculo entre el Estado y sus funcionarios, dando lugar a un plan de carrera sanitaria. Desde el inicio de la década de los sesenta, inspirados en la experiencia francesa, se aprobó el Estatuto Administrativo, que es el marco en que se inscriben todas las regulaciones referidas a este tema.

Por otra parte, existen regulaciones particulares, las que pretenden recoger las características especiales de cada sector, siempre en el marco de los principios de general aplicación, que abarcan todo el ciclo de vida laboral de los trabajadores.

Un primer aspecto que es necesario precisar es que, en el caso chileno, la carrera funcionaria afecta al personal de planta, cuyos contratos son de carácter indefinido. En el caso de los Servicios de Salud, cerca de un 52% del personal tiene esta condición. Los restantes son funcionarios con contratos anuales prorrogables y no se les aplica las normas relativas a la promoción y estabilidad en el empleo.

En el caso de APS, la situación es diferente, dado que si bien existe el concepto de contrato indefinido, que en este caso equivale a más de un 56% de la dotación, el personal contratado a plazo fijo goza de las mismas condiciones de carrera, excepto lo concerniente a la estabilidad en el cargo.

Los ejes más representativos de la carrera son:

- El ingreso por concurso público, que debe cumplir con condiciones de transparencia e igualdad de oportunidades.
- La capacitación entendida como un derecho vinculado con el desarrollo no solo de las personas, sino también de las propias instituciones.
- La promoción por concurso en base a variables como el desempeño, las competencias y la trayectoria.
- La existencia de procesos de evaluación del desempeño.
- Un régimen especial para los directivos de mayor jerarquía, quienes están adscritos a un sistema de alta dirección que se abordará más adelante en detalle.

Si bien se cuenta con estos marcos laborales, se requiere hacer una profunda revisión y adecuación a la necesidad de fortalecer la estrategia de atención primaria como eje ordenador de un sistema integrado de salud, asociando el avance en la carrera a conceptos como la integración efectiva de equipos multidisciplinarios de salud, competencias por sobre requisitos educacionales y antigüedad, capacidad de liderazgo y uso de tecnologías de la información, entre otros aspectos.

El ejercicio de las profesiones médicas y afines está regulado por el Código Sanitario (D.F.L. N° 725/67 y sus modificaciones), en el que se establece que “*sólo podrán desempeñar actividades propias de la medicina, odontología, química y farmacia u otras relacionadas con la conservación y restablecimiento de la salud quienes poseen el título respectivo otorgado por la Universidad de Chile u otra Universidad reconocida por el Estado y estén habilitados legalmente para el ejercicio de sus profesiones*”. Asimismo, podrán ejercer profesiones auxiliares de las referidas en el inciso anterior quienes cuenten con autorización de la Autoridad Sanitaria. Adicionalmente, el mismo cuerpo legal establece algunas atribuciones privativas para ciertas profesionales y técnicos de salud, tales como cirujano-dentistas, laboratoristas dentales, químico-farmacéuticos y farmacéuticos, entre otros. Otro instrumento normativo que apunta a este mismo

propósito es el Examen Único Nacional de Conocimientos de la Medicina, aprobado a través del Decreto Supremo del Ministerio de Salud N° 8, de fecha 10 de febrero de 2009. Su objetivo es cautelar que el perfil de egreso de los médicos sea el adecuado para el cumplimiento de los objetivos sanitarios del país. La aprobación de dicho examen es requisito para la contratación de profesionales médicos en el sector público de salud, para optar por formación con financiamiento estatal y para la inscripción como prestador en libre elección en Fonasa.

Chile está catalogado como un país receptor de migración. De acuerdo con cifras disponibles sobre extranjeros trabajando en el sistema público de salud, se sabe que en Atención Primaria los médicos extranjeros constituyen más de un 35% del total de médicos contratados. En el resto de la red, la presencia de médicos extranjeros es menos relevante en términos proporcionales, alcanzando más o menos a un 5% del total de médicos que trabajan en los Servicios de Salud.

En relación con el personal de enfermería, los extranjeros trabajando en Chile no superan las 170 personas, las que se concentran, al contrario de los médicos, más en los Servicios de Salud que en APS.

El Ministerio de Salud no dispone de información sobre médicos chilenos que han emigrado a otros países, sin embargo, se estima que esta cifra es marginal.

ACCIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

De acuerdo a la OMS, el objetivo de reducir las inequidades en salud al interior de los países y entre ellos hace necesario poner la mirada en factores que, más allá de ser las causas directas de las enfermedades, apuntan más bien a las razones o hallazgos que producen o provocan estas causas. Estos hallazgos, conocidos como *determinantes sociales*, se asocian a condiciones económicas, laborales, educacionales y culturales, entre otras, que predisponen a que ciertas poblaciones se encuentren en una situación de mayor vulnerabilidad respecto a otras en lo que se refiere a su situación de salud, estando de esa forma más proclives a contraer enfermedades. Los determinantes sociales se caracterizan por estar estrechamente interconectados y requieren, por tanto, acciones conjuntas en el ámbito de la política social para poder abordarlos y hacerles frente a nivel país.

El Gobierno de Chile ha desarrollado en los últimos años una serie de programas y estrategias que dan cuenta de esta mirada conjunta y multisectorial en lo que se refiere a determinantes sociales, reflejando con ello la necesidad de coordinar acciones integradas entre los distintos Ministerios Sociales con el objetivo de reducir las vulnerabilidades en la población chilena. El ejemplo más claro a este respecto lo constituye el desarrollo de la Red Integral de Protección Social: PROTEGE, que comprende la acción conjunta del Ministerio de Salud (Minsal), Ministerio de Educación (Mineduc), el Ministerio del Trabajo, el Ministerio de la Vivienda y

el Ministerio de Planificación y Servicio Nacional de la Mujer (Sernam). La red se cimienta sobre un conjunto de nueve estrategias que cubren las principales necesidades de la población a lo largo del ciclo vital.

Muchas de estas estrategias apuntan directamente a reducir las brechas en los determinantes sociales en salud. Cabe señalar que la instalación de la red se ha basado en un enfoque de derechos garantizados y exigibles por toda la ciudadanía, estando muchos de estos derechos normatizados a través de leyes y decretos de estado, estableciéndose además las formas de exigibilidad que posee la población y los eventuales cursos de acción en el caso de no cumplimiento de alguna de estas garantías. A continuación se entrega un breve resumen de estos componentes.

Sistema de Protección Integral a la Infancia: Chile Crece Contigo

Chile Crece Contigo tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor. Su propósito es atender las necesidades y apoyar el desarrollo en cada etapa de la primera infancia (desde la gestación hasta los 4 años), promoviendo las condiciones básicas necesarias considerando que el desarrollo infantil es multidimensional y, por tanto, simultáneamente influyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales del niño/a y su entorno. La institucionalización del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo está establecida en la Ley 20.379, de 2009. Entre las acciones y servicios ofrecidos por Chile Crece Contigo se encuentran los siguientes: Programa Educativo Masivo para todos los niños y niñas de Chile; Programa de Desarrollo Biopsicosocial para todos los niños y niñas beneficiario(a)s del Sistema Público de Salud (lo que incluye estrategias de fortalecimiento del cuidado prenatal, talleres de cuidados postparto, entrega de implementos básicos de cuidado infantil, seguimiento al desarrollo integral de los niños a través de los controles periódicos en salud, plan de intervención personalizado en función de déficits detectados, entre muchas otras acciones; prestaciones garantizadas de acuerdo a características particulares de niños y niñas en condiciones de vulnerabilidad (que incorpora dotación de salas cunas, jardines infantiles gratuitos y acceso ayudas técnicas para aquellos niños que lo requieran) y prestaciones de acceso preferente para todas las familias de los niños y niñas más vulnerables del país (lo que abarca la entrega de subsidio familiar, nivelación de estudios, mejoramiento de las viviendas y asistencia judicial, entre otras medidas).

Becas de educación escolar y superior

El Programa Becas de Educación del Gobierno de Chile es una amplia variedad de beneficios que busca dar facilidades, tanto a escolares como a alumnos de enseñanza superior, para que continúen con éxito sus estudios. Estas becas y créditos

no sólo financian parcial o totalmente los estudios de enseñanza, básica, media, técnica superior y universitaria de los niños, niñas y jóvenes del país de acuerdo a su situación socioeconómica, sino que además entregan otros beneficios a los estudiantes, como útiles escolares en las escuelas o beneficios de alimentación para la educación superior.

Subsidio al empleo joven

Este subsidio, que corresponde a un porcentaje sobre las rentas o remuneración imponible de jóvenes entre 18 y 25 años, es un doble beneficio entregado, por una parte, a todos aquellos jóvenes en condiciones de vulnerabilidad que se encuentran trabajando y tengan al día sus cotizaciones de pensión y salud y, por otra parte, a sus empleadores. Este subsidio busca incentivar el empleo y la contratación de jóvenes que pertenecen a las familias más vulnerables de Chile, mejorando sus sueldos y fomentando a la vez el hecho de que estos se encuentren cubiertos por la seguridad en salud y el sistema de previsión de ahorro para la vejez.

Régimen de Garantías Explícitas en Salud: AUGE-GES

El Régimen de Garantías Explícitas en Salud, conocido como AUGE o GES, es un conjunto de beneficios en salud garantizado por Ley, que no discrimina y se implementa con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población ante un episodio de enfermedad, con independencia de si el afectado es cotizante o carga en el sistema público o privado o si no es cotizante y se beneficia del aporte estatal. El sistema consiste básicamente en la explicitación de un conjunto de garantías para el ejercicio del derecho a la atención en salud ante una serie de diagnósticos o patologías predeterminadas, elegidas en función de su impacto en la salud y en el presupuesto familiar de la población nacional.

El 1 de julio del 2005 entró en vigencia la Ley AUGE, que entrega a todos los chilenos y chilenas el acceso a una atención de salud de mayor calidad, más eficiente y oportuna, a través de las siguientes garantías:

- Garantía de acceso, conforme a la cual todos los individuos deberán recibir atención y ser parte de una red de salud en su lugar de residencia.
- Garantía de oportunidad, según la cual habrá un límite máximo de tiempo preestablecido para asegurar tanto la primera atención de las personas, como la atención postdiagnóstico.
- Garantía de calidad, según la cual las prestaciones seguirán patrones de exigencia técnica preestablecidos y contruados a partir de pruebas de evidencia médica.
- Garantía de cobertura financiera, en virtud de la cual el pago de las prestaciones no será un obstáculo para recibir los servicios asociados a GES.

Al año 2011, las patologías cubiertas por el régimen son 69 y el Fondo Nacional de Salud, (Fonasa) y las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) deben asegu-

rar el cumplimiento de todas estas garantías. En caso de no cumplimiento, la ley establece los canales y cursos de reclamación ante la Superintendencia de Salud y otras instancias.

Subsidios a la vivienda

Los subsidios a la vivienda son una ayuda del Estado a las familias que no tienen los medios para costear por sí solas su vivienda. Estos subsidios no solo están orientados a atender las necesidades de las familias más vulnerables del país sino que también existen beneficios para los ciudadanos de estratos socioeconómicos medios, diferenciados de acuerdo al valor de la vivienda que deseen adquirir. Asimismo, existen subsidios para viviendas nuevas y usadas, de interés en la recuperación de barrios o interés patrimonial y de mejoramiento de la vivienda, en caso de que esta se encuentre en condiciones materiales o sanitarias deficientes.

Chile Solidario

El Sistema Chile Solidario está focalizado sobre las familias en extrema pobreza y busca mejorar las condiciones y oportunidades de las personas que viven en esa situación apoyándolas a obtener sus capacidades para poder resolver de manera efectiva y relacionarse en su entorno familiar, comunitario e institucional. Este sistema tiene tres dimensiones relevantes: apoyo y acompañamiento psicosocial a las familias, establecimiento de un sistema de subsidios garantizados (Bonos de Protección y de Egreso Chile Solidario y Subsidios a la Cédula de Identidad, Agua Potable y Alcantarillado) y acceso preferente a programas de protección y promoción social, lo que implica la posibilidad de acceder a una red de servicios públicos con una mayor prioridad. Los programas vinculantes de este sistema son: Programa de Habitabilidad, Programa de Producción familiar para el Autoconsumo, Programa Puente (de apoyo psicosocial a las familias), Programa Vínculos (de apoyo psicosocial focalizado en adultos mayores), Programa Calles (para personas en situación de calle) y Programa Caminos (de apoyo psicosocial a la familia con un integrante privado de libertad).

Seguro de desempleo

El seguro de desempleo, que funciona en el marco de la Ley n°20.328, de 2009, es un instrumento destinado a proteger a los trabajadores de Chile durante sus períodos de desempleo y se financia de forma compartida entre el Estado, el empleador y el trabajador. Son beneficiarios de este subsidio todos los trabajadores y trabajadoras dependientes mayores de 18 años que trabajan en Chile acogidos al Código del Trabajo. El seguro de cesantía no sólo tiene beneficios en dinero, sino también en salud, apoyo a la reinserción laboral y becas de capacitación. A este respecto, las estrategias vinculantes al seguro de desempleo son: intermediación/reinserción

laboral a través de Bolsa Nacional de Empleo, acceso a capacitación laboral, acceso al fondo de cesantía solidario para trabajadores de menores salarios, mantención del subsidio de asignación familiar durante el período de cobertura del seguro de desempleo y acceso a beneficios de salud a través de Fonasa durante dicho período.

Pensión Básica Solidaria

La Pensión Básica Solidaria (PBS) y el Aporte Previsional Solidario son considerados ejes de la Red PROTEGE y consisten en un aporte en dinero entregado mensualmente por el Estado de Chile a todas las personas mayores de 65 años o inválidas que no cuenten con pensión o fuente de ingresos (en el caso de la PBS) o que cuenten con una pensión insuficiente (en el caso del Aporte Previsional Solidario). Este derecho cubre actualmente (2001) al 60% de la población más vulnerable del país desde el año 2008 y su exigibilidad se encuentra garantizada por la Ley 20.255 de la Reforma Previsional.

Bono por hijo nacido vivo o adoptado

El Bono por hijo nacido vivo o adoptado es un aporte en la cuenta de ahorro previsional que el Estado de Chile entrega a las mujeres por cada hijo nacido vivo o adoptado con el propósito de mejorar la pensión futura de estas. Esta bonificación no discrimina por condición laboral, social, ni económica de la mujer y acumula rentabilidad hasta que esta cumple 65 años, momento en el cual es depositado en su cuenta de ahorro previsional. El derecho al bono por hijo se encuentra garantizado a través de la Ley 20.255 de la reforma previsional desde el año 2009.

El desarrollo de una red de protección social como eje de la política social del Gobierno de Chile ha significado un gran aprendizaje, tanto en el ámbito de su diseño y construcción como en lo que se refiere a sus mecanismos de ejecución y coordinación.

En primer lugar, desde una perspectiva estratégica, la red de protección social se sustenta en dos pilares fundamentales: la coordinación entre los sectores tradicionales de la política social (educación, salud, trabajo, vivienda) y la acción integrada de todos estos sectores puesta al servicio de las necesidades diferenciadas de las personas, de acuerdo al ciclo de vida y otras características comunes a ciertos grupos de población. Esto se refleja en la conjunción de estrategias multipropósito dirigidas a la infancia, adolescencia, adultez, adultez mayor, grupos étnicos, personas en situación de calle, personas con discapacidades, etc. Dicho enfoque ha hecho patente la necesidad de generar instancias efectivas de coordinación, tanto en la etapa de elaboración de los programas como en su ejecución propiamente dicha, lo que ha requerido grandes esfuerzos por parte de todos los sectores de la política social. Un claro ejemplo de ello es el Sistema de Protección Integral a la Infancia: Chile Crece Contigo, estrategia que en su organización y

coordinación participa el Ministerio de Planificación, el Ministerio de Salud, la Junta Nacional de Jardines Infantiles (Junji) y el Servicio Nacional de Menores (Sename), entre otros, y en su ejecución directa intervienen organismos estatales como los Consultorios de Atención Primaria, los Municipios, las salas cuna y jardines infantiles de Junji, etc.

Otro aspecto crítico en la etapa de elaboración de los programas es el diseño de mecanismos de generación de la información útil para su posterior seguimiento y monitoreo. Estos mecanismos deben elaborarse idealmente de forma paralela al diseño de los programas, dejando establecido qué tipo de datos será relevante recoger, de qué forma se llevará a cabo el levantamiento de estos datos y con qué periodicidad. Ello facilitará la puesta en marcha del programa, su control por parte de los planificadores a nivel central y la posibilidad de evaluarlo constantemente con el fin de detectar nichos de rezago, sus fortalezas, debilidades y la necesidad de realizar eventuales reformulaciones o ampliaciones.

En cuanto a la coordinación efectiva entre los organismos públicos a cargo de las estrategias y programas que componen la Red de Protección Social, uno de los aspectos críticos que se ha podido detectar es la importancia de contar con un claro establecimiento de las atribuciones y competencias de cada organismo público ligado al funcionamiento y/o ejecución de un programa. Efectivamente, el hecho de que existan muchas entidades a cargo de una misma estrategia puede generar vacíos en la responsabilidad asociada a ciertas etapas en la cadena productiva del programa, o bien conflictos en otras etapas cuya responsabilidad se entienda compartida y existan discrepancias respecto a determinadas decisiones.

Finalmente, un aspecto de enorme relevancia en lo que se refiere a coordinación, tiene que ver con la creación de mecanismos explícitos de traspaso de información desde un organismo público que presta servicios a un determinado programa a otro. Desde el momento en que existen productos conjuntos entre distintos organismos del Estado o que los productos de un organismo son los insumos a utilizar por otro organismo en la cadena de producción de la estrategia o programa, se hace necesario establecer también de forma anticipada cuales serán los mecanismos a través de los cuales se compartirá, consolidará y agregará esta información.

En relación al alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el seguimiento y monitoreo de estos objetivos han hecho necesaria la instalación de la Red de Gobierno Metas del Milenio, la cuál es coordinada por el Ministerio de Planificación y compuesta por los siguientes organismos miembros: Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Ministerio de Obras Públicas, Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Servicio Nacional de la Mujer, Comisión Nacional del Medioambiente, Ministerio de Vivienda y Urbanismo, la Superintendencia de Servicios Sanitarios, el Instituto Nacional de Estadísticas, la Agencia de Cooperación Internacional, la Subsecretaría de Desarrollo Regional y la Corporación Nacional

Forestal. El trabajo conjunto de los integrantes de la Red de Gobierno Metas Milenio ha hecho posible la elaboración de los informes de avance en las metas (que hasta la fecha son 3) y la detección de las áreas de rezago respecto a ellos, de forma tal que los organismos involucrados puedan tomar conocimiento de estas áreas y adoptar las medidas adecuadas para revertir esa situación.

En relación al grado de cumplimiento de los ODM, el tercer informe de avance, elaborado durante 2010, muestra que se ha logrado alcanzar a la fecha alrededor de un tercio de los compromisos establecidos para el año 2015. Entre los indicadores mínimos suscritos el año 2000, los principales avances entre 2006 y 2009 estuvieron dados en el incremento en la relación entre la tasa de alfabetización de mujeres y hombres, así como en el alza en la proporción de mujeres en la categoría asalariadas en el sector no agrícola. Paralelamente, durante este período se incrementó sustantivamente el uso de teléfonos móviles y de usuarios de internet. Entre los indicadores adicionales, se observó también una tendencia positiva en aquellos relacionados con la cobertura de la educación básica y media, así como con los relacionados a promover la igualdad entre géneros y autonomía de la mujer. En cuanto a los indicadores de salud, las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, por diabetes y por cáncer cérvico-uterino se han reducido. No obstante, la tasa de obesidad en menores de seis años se ha incrementado, así como también lo ha hecho la tasa de niños nacidos de madres menores de 19 años.

Dentro de los principales desafíos pendientes se encuentran el de derrotar la pobreza extrema -dimensión en la cual se observa un retroceso entre el 2006 y el 2009-, concretar la creación de más y mejores empleos, mejorar la calidad de la educación, eliminar las barreras de entrada a la mujer en el mercado laboral, mantener la evolución positiva de los indicadores de salud y mejorar las condiciones medioambientales y de biodiversidad del país, entre otros. Al mismo tiempo, la persistente desigualdad en la distribución de ingreso es un desafío de primer orden.

INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA LA SALUD

Acceso a medicamentos esenciales

Desde el año 1968 ha existido en Chile el Formulario Nacional de Medicamentos. El Formulario se ha convertido en una herramienta que asegura la disponibilidad de medicamentos esenciales y priorizados en toda la atención pública de salud, con base en el seguro público de salud (Fonasa).

Chile cuenta con una gran capacidad para producir medicamentos, principalmente de tipo genérico, sin protección de patentes. Sin embargo, hay que hacer notar que todas la materias primas (principios activos y excipientes) son importados. Incipientemente, varios laboratorios y empresas están desarrollando nuevos medicamentos.

Con relación a las vacunas, en Chile existe una pequeña capacidad para fabricar algunos tipos de vacunas y también se está trabajando para desarrollar nuevas vacunas en el país. Hasta el momento, sin embargo, por temas de costos, habitualmente se utilizan vacunas importadas.

Con respecto a la existencia de políticas nacionales para superar barreras de acceso a los medicamentos, existe la Política Nacional de Medicamentos (2004) que aborda los siguientes temas:

- Acceso y disponibilidad de medicamentos
- Calidad de medicamentos
- Uso racional de medicamentos
- Nuevo rol de la farmacia y los medicamentos
- Investigación científica de medicamentos

Dentro del corto plazo está contemplada la presentación de una nueva política nacional de medicamentos, acorde a las necesidades del país planteadas en el Plan Nacional de Salud y con un fuerte componente de fiscalización y seguimiento de las actividades, metas e indicadores planteados por la nueva política.

Las políticas de insumos de salud se ajustan a los compromisos sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), tanto en lo que se refiere a las obligaciones, como a las flexibilidades que contempla. En materia de insumos sanitarios, los acuerdos firmados por nuestro país obligan a respetar los derechos de propiedad intelectual, en lo que respecta a patentes y protección de la información no divulgada. Esta protección confiere monopolio legal sobre la comercialización de algunos productos, así como la imposibilidad de registrar medicamentos similares usando la información de los registrados como nuevos (en algunos casos calificados por la ley) cuando ésta tiene carácter de no divulgada.

Telesalud

La actual estrategia para el uso de TIC en el sector público de salud está basada en los siguientes ejes estratégicos:

- Alineamiento con los objetivos estratégicos de las instituciones que conforman el sector público de salud: Ministerio de Salud, Fonasa, Superintendencia de Salud, Cenabast y el Instituto de Salud Pública.
- Visión sectorial para el desarrollo de la tecnología, lo cual incorpora iniciativas sectoriales sobre la base de una visión común.
- El uso de tecnologías se basa en integración de las TIC y el apoyo a las prioridades de la institución, con foco en el desarrollo de repositorios de información que permitan contar con información segura e integrada para una adecuada gestión del sector.

Con el uso de nuevas tecnologías se han desarrollado soluciones que permiten mejorar la calidad de las interacciones de las personas con el sistema de salud. Algunos ejemplos son: la telemedicina, que permite acrecentar la atención y capacidad de resolución en zonas lejanas; sistemas hospitalarios, que permiten mejorar los tiempos de atención y la gestión de los recursos sanitarios (agendas, derivaciones, hospitalización) a partir de la atención primaria y secundaria; y la mayor integración a la red sanitaria lograda por la atención primaria a través de sistemas de información integrados y redes digitales que permiten acrecentar el seguimiento de los pacientes y el acceso a información.

Actualmente existe una red digital implementada que permite el acceso a Telosalud y hay un conjunto de iniciativas en operación, así como también proyectos para el año 2011 en este ámbito (imagenología digital, tele-dermatología y tele-electrocardiograma). Dicha red digital conecta al 100% de los establecimientos de atención terciaria, (aproximadamente 200 hospitales) y al 100% de la atención primaria (aproximadamente 600 consultorios municipales). Los establecimientos que no están conectados a la red digital de salud son las postas rurales, que suman un total de poco más de 1000 establecimientos.

Evaluación de tecnologías sanitarias

El concepto de tecnología sanitaria engloba a “*los medicamentos, aparatos, procedimientos médicos y quirúrgicos usados en atención médica, así como los sistemas organizativos con los que esta atención sanitaria se presta*”. La Evaluación de Tecnologías Sanitarias es una forma de investigación que examina las consecuencias técnicas, sociales, económicas, éticas y legales derivadas del uso de la tecnología, así como también las de corto y largo plazo, tanto directas como indirectas, además de los efectos deseados y no deseados.

En la evaluación de tecnologías sanitarias, los siguientes conceptos son esenciales:

Eficacia: Mide los beneficios obtenidos por una población cuando se aplica una tecnología médica concreta en condiciones ideales. Es experimental y sus resultados son universales siempre y cuando las condiciones dadas no varíen.

Efectividad: Mide los beneficios obtenidos por una población cuando la tecnología se aplica en condiciones reales.

Eficiencia: Se define como la relación entre los beneficios que se obtienen al aplicar una tecnología y los costos que se han empleado para obtenerlos

Seguridad: Hace referencia a aquellos efectos indeseados, sean del tipo que sean, asociados a la tecnología evaluada.

Un catalizador importante que ha tensionado la incorporación de la evaluación de tecnologías sanitaria (ETS) ha sido el antes mencionado AUGÉ. Los problemas

de salud incluidos en el AUGE tienen garantizado por ley el acceso al sistema de salud, especificando a través de las guías de práctica clínica elaboradas utilizando metodologías de ETS, los medios y tiempos de atención mediante los cuales se debe brindar asistencia.

Si bien el Ministerio de Salud cuenta con la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, inserta dentro del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, no existe aún una organización ETS independiente. Dentro de los principales desafíos que quedan en esta materia están:

- Falta de mecanismos explícitos y de aplicación de ETS para la toma de decisiones sobre nuevas tecnologías sanitarias
- Falta de una institucionalización clara de la ETS
- Poca participación y falta de mecanismos formales para definir el rol de otros actores (pacientes, profesionales, industria) en el proceso de toma de decisión sobre asignación de recursos

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD

El Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (Fonis) tiene como misión financiar proyectos que generen nuevo conocimiento para contribuir a mejorar la toma de decisiones en salud, abarcando desde el diseño de políticas sanitarias hasta el nivel de decisiones clínicas. De esta manera, el Fonis busca generar y potenciar el conocimiento científico y tecnológico a través de la apertura de un concurso público que convoque a instituciones públicas y privadas de diversas disciplinas cuyo interés común sea mejorar la salud de la población chilena.

La Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica y el Ministerio de Salud establecieron desde el 2001 una línea de trabajo conjunta para buscar una mejor vinculación entre la investigación y las necesidades del país. Estas necesidades fueron sintetizadas por el Ministerio de Salud inicialmente a través de los Objetivos Sanitarios 2000-2010 y, ahora, a través del Plan Nacional de Salud 2011-2020.

Se plantea la necesidad de mejorar los logros sanitarios alcanzados a la fecha, enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento, de los cambios de la sociedad y los estilos de vida, disminuir las brechas de desigualdad existentes y prestar servicios acordes a las expectativas de la población.

Cuadro 1 – Sistema de Salud en Chile: síntesis – marco constitucional, estructura y prioridades de la política actual

País CHILE	Marco constitucional y legal de la salud	Estructura del sistema de salud	Funciones del Ministerio de Salud	Prioridades de la política actual
<p>Estado Unitario, administración funcional y territorialmente desconcentrada</p> <p>Población: 17.135.000 habitantes</p> <p>Territorio dividido en 15 Regiones, 54 Provincias, 345 municipalidades y 346 comunas</p>	<p>Constitución Nacional Vigente: 1980</p> <p>Artículo 19 § 9: “El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”</p>	<p>Sistema de Salud: mixto, basado en el aseguramiento, existiendo una combinación público/privada, tanto en el financiamiento como en la provisión</p> <p>Subsistema público: se denomina Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y está integrado por el Ministerio de Salud (Minsal) y sus organismos dependientes (29 servicios de salud; Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (Cenabast), el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) el asegurador público, y la Superintendencia de Salud que regula las aseguradoras privadas (Isapre) y el seguro público (Fonasa).</p> <p>Subsistema privado: Compuesto por las Instituciones de Salud Previsional (Isapre), que son las aseguradoras privadas, clínicas y centros médicos privados de provisión de servicios de salud y laboratorios y farmacias</p> <p>Las Fuerzas Armadas y de Orden poseen, cada rama, una red de prestadores de diversa complejidad con regulación desde el Ministerio de Defensa</p> <p>La Salud Laboral es gestionada por un régimen separado regido por el Ministerio de Trabajo con base en cotizaciones obligatorias efectuadas por Mutuales Instituto de Normalización Previsional.</p>	<p>Ministerio de Salud (Minsal): creado en 1959; Antecedentes: 1932 Ministerio de Salubridad Pública; 1924 Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social.</p> <p>El Minsal es la Autoridad Sanitaria con función de rectoría, le corresponde formular, fijar y fiscalizar las políticas de salud.</p> <p>Rectoría: formulación, control y evaluación de políticas, planes y programas; definición de objetivos sanitarios; coordinación sectorial e intersectorial; coordinación y cooperación internacional en salud; formular el presupuesto sectorial; formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), entre otros.</p> <p>La Vigilancia en salud pública es realizada por el Minsal</p> <p>En 1999 se creó la Unidad de Estudios y Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles encargada de realizar las Encuestas de Calidad de Vida (2000 y 2006) basadas en el auto-reportaje y dos Encuestas Nacionales de Salud (ENS 2003 y 2009) que incluyeron mediciones biofisiológicas y exámenes de laboratorio</p> <p>Vigilancia sanitaria</p> <p>La red de diagnóstico de laboratorio para la vigilancia en salud consta de 20 laboratorios de salud pública que dependen de la Secretaría Regional Ministerial correspondiente; están ubicados en 15 regiones. Los laboratorios contribuyen a salvaguardar la salud de la población al realizar análisis que permiten dar soporte a las políticas y programas de salud pública, entregar información fundamental para la investigación, definir el origen de una epidemia, identificar brotes, controlar alimentos y aguas y monitorear riesgos ambientales entre otras funciones. Sus funciones esenciales son: identificar riesgos inherentes al medioambiente; prevención, control y vigilancia de enfermedades; asegurar la calidad de los alimentos y responder en forma oportuna en situaciones de desastres y emergencia</p>	<p>El proceso de reforma sectorial de la década del 2000 se abocó a la definición de objetivos sanitarios para el país. 4 grandes objetivos fueron identificados para la década 2000-2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mejorar los logros sanitarios alcanzados Enfrentar los desafíos del envejecimiento y los cambios de la sociedad Disminuir las inequidades en salud Proveer servicios acordes a las expectativas legítimas de la población <p>El Plan Nacional de Salud 2011-2020 mantiene los cuatro grandes objetivos sanitarios y concentra su quehacer en nueve áreas temáticas: enfermedades transmisibles; crónicas no-transmisibles, trastornos mentales y violencia y; traumatismos; reducción factores de riesgo; reducción de la morbilidad y mortalidad; abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques a nivel socio-económico, sensibles a las cuestiones de género, etnia y basados en los derechos humanos; promover un entorno más saludable; fortalecimiento de la gobernanza, el financiamiento, la dotación de personal, la información, la infraestructura y gestión; promover la calidad y la justicia en la atención a la salud y reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico.</p>

Cuadro 2 – Sistema de Salud en Chile: síntesis – protección social, financiamiento, investigación e innovación en salud

Protección social en salud	Financiamiento: fuentes y composición gasto en salud	Investigación e innovación en salud
<p>74% de la población está afiliada al subsistema público (Fonasa), 17% pertenece a las Isapres</p> <p>2% pertenece al sistema de salud de las FFAA</p> <p>7% de la población se consideran “independientes” pues no están adscritos a ningún sistema de salud.</p> <p>En 2005 entró en vigencia la ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE o GES) que establece un plan de salud de carácter obligatorio para las instituciones prestadoras de salud, indistintamente del sector público o privado. Otorga garantías explícitas respecto al acceso, oportunidad y calidad de la atención y a la protección financiera de la población a 69 patologías. En caso de no cumplimiento por Fonasa o Isapres, la ley establece los canales y cursos de reclamación ante la Superintendencia de Salud y otras instancias.</p>	<p>En términos del Producto Interno Bruto del país (PIB) el gasto total en salud significó para el año 2007, el 6,56%</p> <p>El aporte público total correspondió al 56% del financiamiento total y el aporte privado alcanzó un 44% (2006)</p> <p>Fuentes públicas: i) aporte público o <i>fiscal directo</i> (26%) a partir de la recaudación de impuestos generales (aportes municipal y del Gobierno Central) ii) <i>aporte público indirecto</i> (30%) – cotizaciones obligatorias que efectúan los trabajadores y las empresas (2006)</p> <p>Fuentes privadas: i) aportes directos (40%) – gastos de bolsillo de las personas con copagos de las atenciones médicas asociadas a los planes de salud de las Isapres y de Fonasa, gastos en medicamentos y pagos de atenciones particulares y ii) aportes indirectos (4%) – cotizaciones adicionales voluntarias de los afiliados a Isapres para mejorar la cobertura de su plan de salud y pago de las primas de seguros privados de salud.</p> <p>Hay copagos en atenciones médicas de Isapres y de Fonasa.</p>	<p>El Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud tiene como misión financiar proyectos que generen conocimiento para contribuir a mejorar la toma de decisiones en salud.</p> <p>La Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica y el Minsal establecieron desde el 2001 una línea de trabajo conjunta para buscar una mejor vinculación entre la investigación y las necesidades de salud del país.</p>

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ADPIC	– Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados al Comercio
APS	– Atención Primaria de la Salud
AUGE	– Acceso Universal con Garantías Explícitas
Cenabast	– Central de Abastecimiento
CPFT	– Campos de Formación Profesional y Técnica
ENS	– Encuesta Nacional de Salud
ETS	– Evaluación de Tecnologías Sanitarias
FF. AA.	– Fuerzas Armadas
Fonasa	– Fondo Nacional de Salud
Fonis	– Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud
GES	– Garantías Explícitas en Salud
GRD	– Grupos Relacionados a Diagnósticos
INP	– Instituto de Normalización Previsional
Isags	– Instituto Suramericano de Gobierno en Salud
Isapre	– Instituto de Salud Previsional
Junji	– Junta Nacional de Jardines Infantiles
Mercosur	– Mercado Común del Sur
Minsal	– Ministerio de Salud
ODM	– Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIRS	– Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias
OMS	– Organización Mundial de la Salud
ONG	– Organización No Gubernamental
OPS	– Organización Panamericana de la Salud
PAD	– Pago Asociado a Diagnóstico
PBS	– Pensión Básica Solidaria
PIB	– Producto Interno Bruto
PMG	– Programa de Mejoramiento de la Gestión
PNS	– Plan Nacional de Salud
PPV	– Pago por Prestaciones Valoradas
RSI	– Reglamento Sanitario Internacional
Sename	– Servicio Nacional de Menores
Sernam	– Servicio Nacional de la Salud
SNS	– Servicio Nacional de Salud
SNSS	– Sistema Nacional de Servicios de Salud
TIC	– Tecnologías de la Información y la Comunicación

Notas

- 1 Fuerza Aérea, Armada Naval y el Ejército respecto de las Fuerzas Armadas, y Carabineros, Gendarmería e Investigaciones, respecto de las Fuerzas de Orden.
- 2 Existen menores grados de información sobre el sistema de salud de las FF.AA. que respecto de los subsistemas de salud común y laboral, tanto público como privado.
- 3 Las Mutuales son entidades privadas sin fines de lucro que datan de 1958.
- 4 A partir de la Ley de Reforma Previsional, promulgada en marzo del 2008, el INP separa sus funciones y se crean dos nuevas instituciones: el Instituto de Previsión Social, que se encargará de administrar las pensiones de sus beneficiarios y el Instituto de Seguridad Laboral, que continuará las labores de administración del seguro de accidentes laborales.
- 5 Los montos están expresados en millones (MM\$) de pesos chilenos corrientes (CLP) al 2007 y en millones de dólares americanos (USD), a una Tasa de cambio USD 1 = CLP 522, Dólar promedio observado anual, 2007. Fuente: Banco Central de Chile.
- 6 Presentación sobre Plan Nacional de Salud 2011-2020 para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios



Sistema de Salud en Colombia



VI. Sistema de Salud en Colombia

Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general. Cuenta con centralización política, en donde el poder público se encuentra separado en tres ramas, legislativa, ejecutiva y judicial, y diversos órganos de control.

Colombia está compuesta por 32 departamentos, un Distrito Capital (Bogotá) y cuatro distritos especiales. Los departamentos están conformados por municipios que actualmente suman 1102, incluidos los distritos. Estos gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, dentro de su territorio, en los términos de la Constitución Política (CP) y de la Ley.

DERECHOS SOCIALES Y SALUD

Marco constitucional y legal

La Constitución Política (CP) de 1991 define a Colombia como un Estado Social de Derecho, lo que implica garantizar los derechos sociales, tanto de índole individual como de orden colectivo, mediante su reconocimiento en la legislación y políticas activas de protección social (Pardo, et al., 2008). En concordancia, la Constitución establece en el Título II, de los Derechos Garantías y Deberes, en su Capítulo 2, de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales, artículos 48 y 49, los derechos a la seguridad social y a la atención en salud, como servicios públicos. El artículo 48 define la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio y como un derecho irrenunciable de los habitantes, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que estable-

zca la Ley. También señala la participación de los particulares para la ampliación progresiva de la seguridad social y la exclusividad y sostenibilidad de los recursos destinados a su financiamiento. Por su parte, el artículo 49 establece, entre otras, la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado, destacando que los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. Asimismo, garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, señalando que éstas tienen el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. Adicionalmente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que la salud es un derecho que tiene el carácter de fundamental, de manera autónoma y por la conexidad con otros derechos que tienen dicho rango fundamental, como la vida, la dignidad humana y la integridad, entre otros. Estas definiciones, tienen gran relevancia respecto a la aplicación de instrumentos de garantía de estos derechos y su impacto financiero en el sistema, como se presentará más adelante.

Desarrollo legislativo

En atención a lo dispuesto por la CP, se expidió en 1993 la Ley 100 por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y que desarrolla sus fundamentos, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación. Posteriormente, surgen las siguientes leyes que modifican o complementan las condiciones del sistema. La Ley 715, de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias, y otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. La Ley 1122, de 2007, cuyo objeto es realizar ajustes al SGSSS, teniendo como prioridad el mejoramiento en las condiciones de salud de la población. Define el aseguramiento y las condiciones de prestación del Sistema. Además, hace reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Por último, la Ley 1438, de 2011, que tiene como objeto el fortalecimiento del SGSSS a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud, permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Complementaria a la dinámica de sector salud, aunque previa a la CP, se encuentra la Ley 9, de 1979, por medio de la cual se adoptan medidas sanitarias, en lo relacionado con el medio ambiente, el suministro de agua, salud ocupacional, saneamiento de edificios, drogas, cosméticos y similares, vigilancia y control epidemiológico, desastres y defunciones, traslado de cadáveres, inhumación y exhumación, traslado y control de especímenes, artículos de uso doméstico y la vigilancia y control de los anteriores aspectos.

Sistema General de Seguridad Social en Salud – Principios y valores

De acuerdo con el marco legislativo vigente, el SGSSS tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a los servicios a toda la población en todos los niveles de atención. Tiene por orientación:

“[...] generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros[...]” (art. 2, Ley 1438 de 2011)

Este objetivo y orientación se enmarcan en los siguientes principios del sistema, establecidos en el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011, que modificó los señalados en el 153 de la Ley 100:

- **Universalidad.** El SGSSS cubre a todos los residentes en el país, por toda la vida.
- **Solidaridad.** Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en salud, entre las personas.
- **Igualdad.** El acceso a la Seguridad Social en salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano.
- **Obligatoriedad.** La afiliación al SGSSS es obligatoria para todos los residentes en Colombia.
- **Prevalencia de derechos.** Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad, cuidar, proteger y asistir a las mujeres embarazadas y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios se corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta Ley, dentro del Plan de Beneficios.
- **Enfoque diferencial.** El Principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia,

condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el SGSSS ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

- **Equidad.** El SGSSS debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestadores individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.
- **Calidad.** Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna y humanizada.
- **Eficiencia.** Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.
- **Participación social.** Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.
- **Progresividad.** Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.
- **Libre elección.** El SGSSS asegurará a los usuarios libertad en la elección entre las Entidades Promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento.
- **Sostenibilidad.** Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del SGSSS deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal y no podrá afectar su flujo de recursos.
- **Transparencia.** Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del SGSSS y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.
- **Descentralización administrativa.** En la organización del SGSSS, la gestión será descentralizada y de ella formarán parte las direcciones territoriales de salud.
- **Complementariedad y concurrencia.** Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del SGSSS.
- **Corresponsabilidad.** Toda persona debe propender por su autocuidado, el de su familia y su comunidad, por un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del SGSSS y por cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.
- **Irrenunciabilidad.** El derecho a la seguridad social en salud es irrenunciable.
- **Intersectorialidad.** Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

- **Prevención.** Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.
- **Continuidad.** Toda persona que habiendo ingresado al SGSSS tiene vocación de permanencia no debe, en principio, ser separado del Sistema cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad.

Cabe destacar, que los principios del SGSSS son la base para su diseño y desarrollo institucional. Un ejemplo de estos son la universalidad, para la cual se adoptaron los tres regímenes de afiliación –contributivo, subsidiado y especiales. La solidaridad se materializa en los esquemas de financiamiento a través de la compensación y subsidios cruzados intra y entre regímenes de aseguramiento. El principio de eficiencia, a través de la competencia basada en calidad en empresas promotoras de salud (EPS) e instituciones prestadoras de servicios (IPS).

Intervención del Estado

Asimismo, el marco legislativo define la intervención del Estado principalmente como rector y regulador del sistema, tal como lo señala el artículo 154 de la Ley 100 de 1993.

Participación social

Los antecedentes de Colombia en la participación social se remontan a 1957, con la conformación de las juntas de acción comunales. En el sector salud inician en 1978 con la Declaración de Alma Ata, sobre atención primaria de la salud y la vinculación de la comunidad en los procesos. Posteriormente, acorde con los principios de descentralización, se expidió el Decreto 1216 de 1989 que crea los Comités de Participación Comunitaria en Salud (Copacos). Por su parte, la Ley 10 de 1990 amplía la esfera de la participación y brinda a la comunidad la oportunidad de participar en las juntas directivas de las organizaciones de salud y, con el decreto 1416 de 1990, se incorpora en la conformación de los Copacos al jefe de la Dirección de salud departamental y municipal.

A partir de la Constitución Política de 1991 se inició un proceso de promoción de la participación social en el sistema de salud, como un elemento esencial para su buen funcionamiento.

Sobre esta conceptualización, se entiende que la participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria, y para éstas se han dispuesto los siguientes mecanismos:

- La participación ciudadana es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.
- La participación comunitaria es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias de participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

La descentralización administrativa en Colombia

La descentralización implica que el gobierno central transfiere el poder político los recursos, la toma de decisiones y la administración a organismos tales como agencias locales, unidades subordinadas de gobierno, corporaciones públicas semiautónomas, el gobierno local u organizaciones comunitarias. En el caso colombiano, desde 1974 se dieron intentos descentralizadores, pero sólo a fines de los 80 se logró dar inicio al proceso, en especial de algunos sectores sociales como la educación, servicios públicos y salud, con el objeto de mejorar su eficiencia y efectividad, así como la calidad y la cobertura en la provisión de servicios. En consecuencia, se requiere que los niveles subnacionales fortalezcan su desarrollo institucional y los mecanismos de participación comunitaria.

La descentralización territorial en el sector salud se consolida con la Ley 60 de 1993, ampliando las competencias y recursos de los municipios. La Ley 100 de 1993, que crea el Sistema General de Seguridad Social, modifica algunas de las funciones de los territorios y mantiene el espíritu de la descentralización, refiriéndolo como un fundamento del servicio público (art. 153, numeral 6). A su vez, la Ley 715 de 2001 especifica el marco de inversión de los entes territoriales y enfatiza sobre sus competencias y funciones. No obstante, se debe destacar que la descentralización territorial para departamentos, distritos y municipios en el sector salud opera de manera diferenciada según el ámbito de sus competencias y funciones. Estas últimas, según lo señalado en los artículos 43, 44 y 45 de la Ley 715 de 2001, son: De dirección del sector de prestación de servicios de salud, de salud pública y del aseguramiento de la población al SGSSS. En el caso de la función de salud pública, no se exige certificación dado que existen competencias diferenciadas según categoría municipal, como se explica más adelante en este documento. Por último, en la función de aseguramiento, los distritos y municipios se consideran todos certificados.

Organización del sistema de salud

El sistema de salud colombiano corresponde a un sistema organizado como un servicio público, donde la garantía del acceso a los servicios y protección financiera de la población se da a través del aseguramiento social.

La arquitectura del sistema de salud colombiano propende por una alta especialización de las funciones de sus diferentes actores, participación público-privada en el aseguramiento y en la prestación de servicios y mercado regulado, a fin de lograr mayores niveles de eficiencia y calidad en su gestión.

Visto desde la teoría de sistemas de salud, el colombiano responde en gran medida al modelo de pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1997), en el que se desarrollan cinco funciones claramente identificables, que vistas desde el marco legislativo actual son:

1. **Modulación.** Esta función incorpora la rectoría, dirección, inspección vigilancia, y control del sistema. La rectoría del sistema, es decir, la dirección, orientación y conducción del Sector Salud está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), tal como lo señala el art. 4 de la Ley 1438 de 2011.

Contribuyen en la dirección del sistema -en el marco de la descentralización de servicios y territorial, bajos los lineamientos que dicta el MSPS las siguientes organizaciones: a) la Comisión de Regulación en Salud (CRES), en lo relacionado con planes de beneficio y valores de prima; y b) las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales de salud. Les corresponde a los departamentos, distritos y municipios, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el SGSSS en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia.

2. **Financiamiento.** El modelo de financiamiento del SGSSS colombiano ha sido reconocido por la OMS como uno de los más solidarios del mundo (OMS, 2000). El sistema moviliza recursos desde fuentes primarias (hogares y empresas), a través de cotizaciones, y desde fuentes secundarias (recursos de la Nación), hasta el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), donde se mancomuna y se aplica un conjunto de normas de compensación y distribución que permite el financiamiento del aseguramiento, de las acciones preventivas de salud pública y catástrofes.

Acciones como las de salud pública se financian con recursos de la Nación y territoriales con destinación específica.

3. **Salud Pública.** Comprende las acciones que se dirigen a la salud colectiva, intervención de determinantes de la salud y el saneamiento ambiental, etc. Con la implementación de la Ley 1438 de 2011 y la adopción de la estrategia de atención primaria de la salud, este componente rebasa el ámbito de las acciones que caen dentro del sector salud, para incluir también la interacción con todos los demás sectores que tienen una influencia en la salud de las poblaciones. No obstante, continúan siendo responsables por el desarrollo de este componente el MSPS, las direcciones territoriales departamentales, distritales y municipales de salud.
4. **Aseguramiento.** Se orienta principalmente a la salud individual y se entiende como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado

ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario. Se debe destacar que el aseguramiento en el SGSSS incorpora un Plan Obligatorio de Servicios: un conjunto de garantías explícitas para la población; y que para su acceso y la garantía de su prestación se reconoce por cada afiliado a cada entidad promotora de salud (EPS)¹ un valor per cápita, que se denomina Unidad de Pago por Capitación. Las EPS son las entidades responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento para los regímenes contributivo y subsidiado, así como también las de afiliación y la recaudación de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía

5. **Prestación de servicios de salud.** La prestación o provisión de servicios de salud a la población colombiana se realiza a través de los diferentes tipos de prestadores de servicios de salud, instituciones de naturaleza pública o privada que prestan servicios de carácter ambulatorio y hospitalario, y profesionales independientes, entre otros. Los prestadores de servicios de salud operan en un escenario de mercado regulado, cumpliendo las normas de habilitación establecidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y ofertan sus servicios a cualquiera de los pagadores del Sistema². El Cuadro 1 presenta de manera sintética las funciones en que participan los diferentes actores del sistema.

Cuadro 1 – Funciones y actores del sistema de salud colombiano

Actor	Función	Descripción
Ministerio de Salud y Protección Social	Modulación	Rectoría y dirección del sistema.
Comisión de Regulación en Salud (CRES)	Modulación	Dirección del sistema en lo relacionado con planes de beneficio y valores de primas. Organismo técnico de regulación del sistema general de seguridad social en salud. Reemplazó al Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la Ley 1122 de 2007. Dentro de las funciones asignadas se encuentran, entre otras, definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada régimen.
Superintendencia de Salud	Modulación	Inspección vigilancia y control
Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)	Financiamiento	Mancomunación, compensación y distribución de recursos. Tiene por objeto garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas en esta Ley. Se maneja por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública de que trata el artículo 150 de la Constitución Política.

Cuadro 1 – Funciones y actores del sistema de salud colombiano (cont.)

Actor	Función	Descripción
Entidades territoriales departamentales, distritales y municipales	Modulación	Dirección del sector en el ámbito de su territorio Inspección vigilancia y control Proceso de verificación y habilitación de las condiciones de calidad de los prestadores que operan en el territorio (solo departamentos y distritos)
	Salud Pública	Acciones orientadas a la promoción y cuidado de la salud colectiva, así como a las de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana presentes en el ambiente. Los departamentos, deberán adicionalmente coordinar los planes municipales de salud.
	Aseguramiento	Comprende lo relacionado con la administración del régimen subsidiado y la promoción del régimen contributivo.
	Prestación	Organización de la atención de la población pobre no asegurada y a los servicios no cubiertos por el plan de beneficios del régimen subsidiado, a través de contratos con prestadores públicos o privados Conformación de las redes de prestación de servicios
Empresas Promotoras de Salud – (EPS)	Aseguramiento de la población	Aseguramiento para los regímenes contributivo y subsidiado, también afiliación y el registro de los afiliados y el recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía
Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)	Prestación de servicios	Provisión de servicios de salud a la población en el marco de las acciones colectivas contratadas por las entidades territoriales en el desarrollo de las funciones de salud pública y prestación de los servicios incluidos en los planes de beneficios contratados por las EPS. Así como la provisión de servicios comprada por particulares.

Componentes del sistema de salud

Salud pública/colectiva

La arquitectura y modelo de desarrollo de la salud pública en Colombia ha tenido variaciones y desarrollos importantes en los últimos años impulsados desde el marco legislativo.

La descentralización en salud (Ley 10 de 1990) sitúa a las entidades subnacionales de salud como actores críticos en el planeamiento y desarrollo de las acciones requeridas para su territorio. Tres años después, la Ley 100, atendiendo a la política mundial de atención primaria de la salud, incorpora el Plan de Atención Básica (PAB³), en donde reúne un conjunto acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad.

En este escenario surge la Ley 715 de 2001, generando un nuevo marco de interacción y articulación de la Nación y las entidades subnacionales bajo el concepto de competencias y funciones diferenciadas. Así, el art. 46 establece que:

“La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la

ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción.”

En este marco, la Ley define las competencias de la Nación y de las entidades territoriales en el sector salud y en lo referente a la función de salud pública específica en los artículos 43, 44 y 45, que pueden verse de forma comparativa en el Cuadro 2.

Cuadro 2 – Funciones de salud pública de las entidades territoriales en Colombia

Departamentos*	Municipios
<p>43.3.1. Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación.</p> <p>43.3.2. Garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación.</p> <p>43.3.3. Establecer la situación de salud en el departamento y propender por su mejoramiento.</p> <p>43.3.4. Formular y ejecutar el Plan de Atención Básica departamental.</p> <p>43.3.5. Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción.</p> <p>43.3.6. Dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.</p> <p>43.3.7. Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos y el Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas.</p> <p>43.3.8. Ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales, en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías 4ª, 5ª y 6ª de su jurisdicción.</p> <p>43.3.9. Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Empresas Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que forman parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas.</p>	<p>44.3.1. Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar el Plan de Atención Básica municipal.</p> <p>44.3.2. Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial.</p> <p>44.3.3.1. Vigilar y controlar en su jurisdicción, la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los de materia prima para consumo animal que representen riesgo para la salud humana.</p> <p>44.3.3.2. Vigilar las condiciones ambientales que afectan la salud y el bienestar de la población generadas por ruido, tenencia de animales domésticos, basuras y olores, entre otros.</p> <p>44.3.3. Además de las funciones antes señaladas, los distritos y municipios de categoría especial, 1º, 2º y 3º, deberán ejercer las siguientes competencias de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana presentes en el ambiente, en coordinación con las autoridades ambientales.</p> <p>44.3.3.3. Vigilar en su jurisdicción la calidad del agua para consumo humano; la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos; manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excrementos, residuos líquidos y aguas servidas; así como la calidad del aire. Para tal efecto, coordinará con las autoridades competentes las acciones de control que correspondan.</p> <p>44.3.4. Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.</p> <p>44.3.5. Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población, tales como establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, residencias de ancianos, puertos, aeropuertos y terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, salas de espectáculos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto público y plantas de sacrificio de animales, entre otros.</p> <p>44.3.6. Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9ª de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan.</p>

*Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación

Posteriormente, la Ley 1.122 de 2007 redefine la salud pública de la siguiente forma e introduce el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) que sustituye al PAB:

“Artículo 32. La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.”

El PNSP fue expedido por el Ministerio de la Protección Social (Decreto 3039 de 2007) para el cuatrienio 2007-2010. En el Plan se encuentran incorporados las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores. También, define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

El PNSP tiene los siguientes propósitos: 1) mejorar el estado de salud de la población 2) evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad; 3) enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica; y 4) disminuir las inequidades en salud de la población.

Establece los siguientes cinco lineamientos de política para el país: 1) promoción de la salud y la calidad de vida; 2) prevención de los riesgos; 3) recuperación y superación de los daños en la salud; 4) vigilancia en salud y gestión del conocimiento (Vigilancias en salud pública; en salud en el entorno laboral; y sanitaria); y 5) gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del PNSP

Fija diez prioridades de salud para el país, que son de estricto cumplimiento en la Nación, en los planes de salud territoriales y en los planes operativos de las EPS, en coherencia con los perfiles de salud territorial: 1) la salud infantil; 2) la salud sexual y reproductiva; 3) la salud oral; 4) la salud mental y las lesiones violentas evitables; 5) las enfermedades transmisibles y las zoonosis; 6) las enfermedades crónicas no transmisibles; 7) la nutrición; 8) la seguridad sanitaria y del ambiente; 9) la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral; y 10) la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

A partir del PNSP, que incorpora metas nacionales con respecto a una línea base, las entidades territoriales y demás entidades señaladas deben formular planes territoriales de intervención, de acuerdo a las políticas, prioridades y estrategias

señaladas, que deben incluir un diagnóstico situacional. Los municipios de categorías especial, 1, 2 y 3 están obligados a adelantarlos por sí mismos, teniendo en consideración las líneas de política y prioridades del plan nacional de salud. Los demás, (categorías 4, 5 y 6) deben realizarlos con el apoyo y la orientación de la dirección departamental correspondiente.

La implementación del PNSP ha sido un factor importante para mejorar las relaciones de coordinación intersectorial establecidas para lograr las metas territoriales. También, gracias al PNSP se identificaron por regiones las principales fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades, así como las estrategias desarrolladas por cada departamento en el cumplimiento de las metas establecidas en el plan territorial de salud. Con la expedición de la Ley 1438 de 2011, el PNSP se transforma en decenal, manteniendo la posibilidad de ser ajustado por el MSPS de acuerdo con las prioridades en salud, según un análisis de los eventos de interés en salud pública que se presenten⁴. Para su seguimiento, incorpora una Comisión Intersectorial de Salud Pública que se reunirá cada seis meses para hacer seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud. A nivel territorial, esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, con la participación de las instituciones y organizadores comprometidos con los determinantes en salud.

Promoción y prevención

La promoción de la salud se entiende como un proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre ella, mediante la intervención en los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. Esto se desarrolla fundamentalmente a través de los siguientes campos: formulación de políticas públicas, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud. Por sus características, la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida y la movilización social.

Si bien en el SGSSS las acciones de promoción y prevención no tienen una organización programática, desde el orden nacional se orientan las acciones que, en cumplimiento de lo establecido en el PNSP, se desarrollan en diversas áreas⁵ y prevén varias acciones⁶. Con la promulgación de la Ley 1438 de 2011 se da al gobierno nacional la competencia de determinar la prioridad en el uso de los recursos de promoción y prevención que para este fin administren las entidades territoriales y las EPS, de acuerdo con los resultados obtenidos en los indicadores de seguimiento sobre resultados e impacto en la salud pública, de las actividades de promoción de salud y prevención de la enfermedad que para tal fin defina el MSPS con las Entidades Territoriales de Salud⁷.

Atención individual – Sistema General de Seguridad Social en Salud

La atención individual en Colombia se presta principalmente a través del aseguramiento en salud, el cual se encuentra compuesto por tres regímenes⁸ que responden a las siguientes características y arquitectura:

1. **Régimen contributivo**, orientado a trabajadores y sus familias o población con capacidad de pago. Financiado con base en contribuciones de las empresas y los trabajadores. Las cotizaciones se encuentran ligadas a la nómina o valor de los ingresos para el caso de los trabajadores independiente.
2. **Régimen subsidiado**, orientado a dar cobertura a la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago. Financiado por una contribución cruzada desde los trabajadores del sector formal de la economía y aportes del gobierno nacional y territorial a través de impuestos. Los recursos son encausados mediante subsidios a la demanda. La selección de los beneficiarios se realiza a través de un proceso de focalización que hace uso de la encuesta denominada Sistema de Identificación de Beneficiarios y los listados censales para identificar poblaciones especiales, tales como indígenas y desplazados, entre otros.
3. **Regímenes especiales**, que incluyen a los sistemas de salud independientes de las fuerzas militares, los empleados del magisterio, la Empresa Colombiana de Petróleos y otras organizaciones con autonomía para establecer sus coberturas y estructuras de servicios⁹.

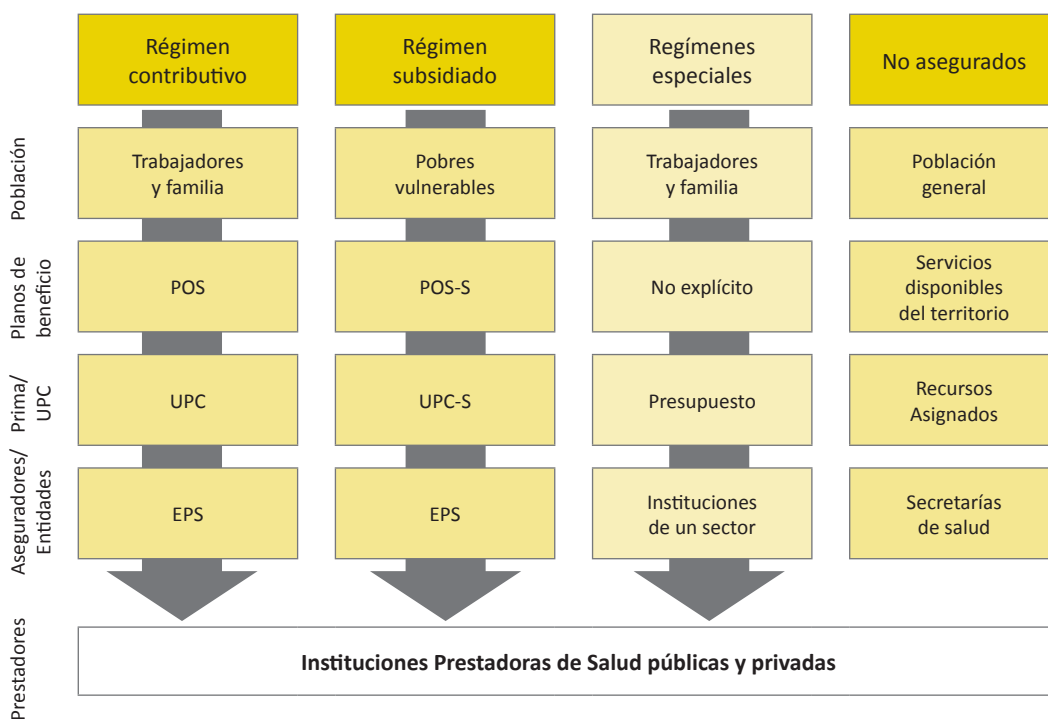
Como se observa en la Figura 1, cinco elementos esenciales definen el modelo de aseguramiento del país en cada uno de los regímenes de afiliación:

1. **Población**. Cada régimen cuenta con un grupo población específico, los cuales pueden movilizarse entre regímenes de acuerdo las variaciones inter-temporales que sufra la población.

Por otro lado, las EPS no pueden, en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados, ni pueden negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen, siempre y cuando garantice el pago de la cotización o del subsidio correspondiente¹⁰. No obstante, para el régimen contributivo (Art. 209 de la Ley 100 de 1993) el no pago de la cotización en el sistema contributivo producirá la suspensión de la afiliación y el derecho a la atención del plan de salud obligatorio. Por el período de la suspensión, no se podrán generar deudas ni intereses de ninguna clase.

2. **Plan de beneficios**¹¹. El régimen de beneficios para el régimen contributivo y subsidiado se estructura en un Plan de Beneficios Obligatorio de Salud (POS) para cada uno, los cuales son regulados por el Estado a través de la Comisión de la Regulación en Salud.

Figura 1– Arquitectura de los regímenes del sistema de seguridad social en salud en Colombia



El plan tiene una cobertura familiar; son beneficiarios del sistema el (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que formen parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquéllos que tengan menos de 25 años (sean estudiantes con dedicación exclusiva) y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste. El desarrollo jurisprudencial de la Corte Constitucional (Sentencia C-811 de 2007) aclaró que el régimen de protección se aplica también a las parejas del mismo sexo.

El plan del régimen contributivo se planteó como un plan integral de las familias para la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. Por su parte, el plan del régimen subsidiado se diseñó como un plan concentrado en el segmento de atención básica y en el de alta complejidad. No obstante, se debe resaltar que los dos planes tienden a la equiparación, lo que ha sido programado como meta del gobierno para el corto plazo, como se explica más

adelante. Otras características relevantes en la garantía de la prestación y cobertura del plan de beneficios son:

Preexistencias y periodos de carencia. Para la prestación del Plan, las empresas promotoras de salud no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados¹².

Incapacidades y licencias de maternidad. Para el régimen contributivo, se reconocen incapacidades generadas en enfermedad general, financiadas con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias. Asimismo, el régimen contributivo reconoce y paga a cada una de las EPS la licencia por maternidad, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. El cumplimiento de esta obligación es financiado por el fondo de solidaridad, de su subcuenta de compensación, como una transferencia diferente a las unidades de pago por capitación (UPC).

Reaseguros. Dado que el modelo no contempla deducibles o valores máximo de tope a cubrir, la Ley 1122 de 2007 (Art. 19) señala que para la atención de enfermedades de alto costo las empresas promotoras de salud contratarán el reaseguro o responderán, directa o colectivamente, por dicho riesgo.

3. **Prima.** Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el POS, para cada afiliado, se reconoce a cada EPS un valor per cápita, que se denomina Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Para el año 2012, la UPC tuvo un valor promedio de USD 266 para el régimen contributivo¹³ y de USD 159 para el subsidiado¹⁴. Estos valores promedio cuentan con mecanismos de ajustes de riesgo, que se aplican a cada EPS de acuerdo con el régimen y las características de su pool. Actualmente, el sistema cuenta con tres mecanismos de ajuste, de los cuales todos son aplicados al régimen contributivo y tan sólo dos, los de carácter geográfico, al régimen subsidiado: 1) Composición etaria; 2) Geográfico – zonas especiales; y 3) Geográfico – capitales y suburbios.

4. **Aseguradoras.** Las EPS son entidades públicas o privadas, con o sin ánimo de lucro, y deberán cumplir con los requisitos fijados por la SNS para operar y permanecer en el sistema.

Para el año 2010, el SGSSS contaba con 67 entidades, de las cuales 24 operaban el régimen contributivo y 49 el régimen subsidiado; de éstas 6 participan en los dos regímenes¹⁵. En el régimen contributivo el pool promedio es de 751 mil afiliados, pero el rango se mueve entre 11 mil y 3,6 millones afiliados. Por su parte, en el régimen subsidiado el pool promedio es de 450 mil afiliados y el rango va de 2,8 millones a 7 mil afiliados.

Tabla 1 – Tipología de EPS y participación en el mercado, Colombia, 2010

Tipo de entidad	Contributivo		Subsidiado		Total		% Total	
	EPS	Total afiliados	EPS	Total afiliados	EPS	Total afiliados	% EPS	% afiliados
Adaptadas	2	64.848	0	0	2	64.848	2,99%	0,16%
Mixta	1	2.240.953	0	0	1	2.240.953	1,49%	5,65%
Públicas	0	0	4	3.437.057	4	3.437.057	5,97%	8,67%
Privadas	21	15.737.575	45	18.169.445	60	33.907.020	89,55%	85,52%
Total	24	18.043.376	49	21.606.502	67	39.649.878	100,00%	100,00%

Fuente: Informe al Congreso 2010 - 2011. Adaptado por el autor

De acuerdo con la naturaleza de las entidades, se identifica que tanto el régimen contributivo como subsidiado se encuentran principalmente operados por EPS privadas y tienen la mayor participación de mercado (véase la Tabla 1). No obstante, la mayor participación de mercado de estas EPS se concentra en entidades sin ánimo de lucro, 62% en el régimen contributivo y 72% en el subsidiado. Siendo Cajas de Compensación Familiar (CCF), Empresas Solidarias de Salud (ESS), Empresas Promotoras de Salud Indígenas y Cooperativas (véase la Tabla 2).

Tabla 2 – Tipología de EPS privadas sin ánimo de lucro por tipo de régimen, Colombia, 2010-2011

Tipo de entidad	Contributivo		Subsidiado		Total		% Total	
	EPS	Afiliados	EPS	Afiliados	EPS	Afiliados	EPS	Afiliados
Cooperativas	2	6.447.219	0	0	2	6.447.219	4,4%	28,0%
CCF	5	3.349.316	23	3.954.327	28	7.303.643	62,2%	31,8%
ESS	0	0	9	8.116.795	9	8.116.795	20,0%	35,3%
EPS indígenas	0	0	6	1.128.155	6	1.128.155	13,3%	4,9%
Total	7	9.796.535	38	13.199.277	45	22.995.812	100,0%	100,0%

Fuente: Informe al Congreso 2010-2011. Adaptado por el autor.

Complementarias al POS, se encuentran la atención de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional¹⁶ y la de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito¹⁷.

Respecto a la segunda, el artículo 167 de la Ley 100 define que en los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía pagará directamente a la institución que haya prestado el

servicio a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

5. **Prestadores.** Las EPS, para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, prestan directamente o contratan los servicios de salud con instituciones prestadoras y/o profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las EPS pueden adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de instituciones prestadoras de salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida.

Como se observa en la Figura 1, los proveedores de servicios no son exclusivos de un régimen de afiliación, esto a pesar de la obligatoriedad del régimen subsidiado de contratar un 40% de red prestadora con hospitales públicos.

Atención individual – aseguramiento privado

En el mercado, la población colombiana puede acceder a planes voluntarios de salud y pólizas de salud. Los primeros, creados con el SGSSS (art. 169 de la Ley 100) y modificados por el art. 37 de la Ley 1438 que los define como:

“Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización. La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tales Planes podrán ser:

169.1 Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.

169.2 Planes de Medicina Prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.

169.3 Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.

169.4 Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud”.

La aprobación de los Planes Voluntarios de Salud y de las tarifas, en relación con las EPS y las entidades de medicina prepagada, están a cargo de la SNS. Estos pueden cubrir total o parcialmente una o varias de las prestaciones derivadas de los riesgos de salud. La Ley 1438, de 2011, en su artículo 41 introduce medidas de protección al usuario en los siguientes aspectos:

[...] no podrán incluir como preexistencias [...] enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial. [...] no podrán dar por terminado los contratos ni revocarlos a menos que medie incumplimiento en las obligaciones de la otra parte.

Modelo de atención

Modelo de atención es el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud, e incluye las funciones asistenciales y logísticas,

Más del 90% de la población se encuentra afiliada a algún régimen de aseguramiento. El diseño de los modelos de atención y conformación de redes de servicio recae principalmente en las EPS, las cuales se encuentran sujetas a los estándares de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, la reglamentación sobre las relaciones entre EPS-IPS, las características de su población afiliada y la oferta de servicios del mercado en el que opera.

La reglamentación establece como obligación de las EPS la definición de un modelo de atención que garantice la prestación de los servicios incluidos en los planes obligatorios de salud del régimen en el que opere. Dichos planes necesariamente deben contar con dos elementos: 1) garantizar que el acceso inicial o puerta de entrada a la prestación de los servicios sea a través de medicina general o pediatría, según sea el caso, con excepción de los casos de urgencias; y 2) realizar acciones de demanda inducida entendidas como la organización, incentivo y orientación a la población para que demande servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control, con el propósito de asegurar el mejor estado de salud de las personas.

El marco legislativo establece los siguientes lineamientos básicos para la conformación de modelos de atención y redes de prestación de servicios, a partir de los cuales se gesta el marco reglamentario de la operación de las EPS:

Libertad de elección. Desde el SGSSS, la libertad de elección entre las EPS y las instituciones prestadoras de servicios de salud por parte de los usuarios se consideró como un fundamento (Ley 100, art. 153 numeral 4) del sistema. El Ministerio de la Protección Social definirá los mecanismos para que las EPS (Ley 122, art. 25, literal d) garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes.

Garantía en la atención de los servicios de salud. Las EPS deben establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las IPS (Ley 100, art. 178, numeral 6).

Asimismo, se considera como campo de acción de las EPS (Ley 100, art. 179) la garantía de la atención, incluso a través de la prestación directa, la adopción de

mecanismos de contratación como medio de racionalizar la demanda y la presencia de una oferta variada en la red prestadora. Posteriormente, se especifica la garantía de la integralidad y continuidad en la Prestación de los Servicios y la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios. Es también obligación de las EPS la conformación de su red prestadora para garantizar los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando sea más favorable recibirlos en otro municipio (art. 16 de la Ley 1122). Con la expedición de la Ley 1438, de 2007, y la introducción de la estrategia de atención primaria de la salud (APS) se inicia un proceso de ajuste en los modelos de atención que deberán centrarse en la intervención de factores de riesgo.

Redes y criterios para su conformación

El SGSSS cuenta con un conjunto de estándares exigibles a las EPS del régimen contributivo y subsidiado para que estas puedan operar.

Dentro de los aspectos evaluados se encuentran: 1) capacidad instalada de acuerdo a la población a afiliar y presupuestos de utilización de servicios estimados para dicha población; 2) servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando sea más favorable recibirlos en otro municipio; 3) disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, incluyendo red de transporte y comunicaciones, para desarrollar la referencia y contrarreferencia de pacientes; 4) están prohibidos los mecanismos que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios (art. 53, Ley 1438 de 2011); 5) que los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional (Ley 100, art. 178, numeral 3); 6) las EPS no podrán contratar con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud, pero podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el POS (Ley 1122, art. 15).

Dichos aspectos se validan a partir de la verificación de un conjunto de estándares y requisitos que, en el caso de las EPS del régimen contributivo, son: 1) Relación de la red prestadora de servicios de salud, indicando los servicios de salud que serán contratados; 2) La red de prestación de servicios de salud debe cumplir con los requisitos legales definidos en la norma y en las que la modifiquen en los siguientes aspectos: a. habilitación de los servicios de salud que se vayan a contratar con las instituciones ante la Dirección Territorial de Salud correspondiente y definir los mecanismos que serán implementados para dicha verificación; b. las condiciones de atención de los afiliados, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como los programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención; c. mecanismo de coordinación de la atención en salud de la población

afectada por emergencias o desastres en su área de influencia; d. garantía por las IPS del acceso a la atención en salud de sus afiliados, sobre el tiempo mínimo de la consulta médica general – veinte minutos (art. 97, de la Resolución No. 5261 de 1994). Además, la atención en salud no puede ser condicionada al pago de los servicios. 3) La entidad debe presentar los siguientes soportes de organización y coordinación de la red: a. modelo de atención; b. mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios; c. indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el SOGC; d. diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia (Modificación Circular Externa No. 049 de 2008)

Para el régimen subsidiado (art. del Decreto 1020, de 2007), la organización de la red prestadora deberá contar, como mínimo, con los siguientes aspectos: 1) Caracterización sociodemográfica y epidemiológica de la población afiliada, con el cálculo de la demanda potencial de servicios del plan de beneficios de los afiliados por municipio; 2) El modelo de prestación de servicios definido por la EPS, que incluya los elementos establecidos en el sistema único de habilitación de dichas entidades; 3) Los servicios habilitados por parte de las Empresas Sociales del Estado y de otras IPS en el área de residencia de los afiliados; 4) El cálculo de la relación entre la oferta de prestadores con la demanda potencial de servicios; 5) Sin perjuicio de lo establecido en el sistema único de habilitación de EPS-S definido en la normatividad correspondiente, los estándares de calidad y de acceso que concertará con los prestadores, debe incluir: a) los procesos de atención en salud; b) las metas de cobertura de servicios y oportunidad en la atención; c) los procedimientos de verificación de derechos, autorización de servicios, formas y canales de comunicación con la entidad para trámites administrativos y para el contacto en caso de atención urgente o programada; 6) El sistema de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para la operación de la red; 7) La identificación de los mecanismos de pago en la contratación de prestación de servicios que promuevan el equilibrio contractual, incentiven la calidad y acceso a la prestación de servicios y la racionalidad en el uso de los recursos.

Adicionalmente, las EPS del régimen subsidiado deben tener contratado obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con los hospitales públicos (60%) siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutoria. Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas (Ley 1122 de 2007, art. 16).

En cualquiera de los casos, las EPS se encuentran obligadas a reportar ante la SNS información correspondiente a la red de IPS con la cual garantizan la prestación del POS en régimen correspondiente. Se destaca entre la información un seguimiento a los contratos vigentes suscritos con las IPS.

Este escenario se ve afectado con la expedición de la Ley 1438, de 2011, que introduce las Redes Integradas de Servicios de Salud, que surgen en el marco de la adopción de estrategia de APS y el avance significativo en la meta de cobertura universal, lo que exige una reorientación a la conformación y funcionamiento de las redes de servicio, a fin de lograr mayor eficiencia y mejores resultados de salud.

Se espera de las redes integradas de servicios de salud (art. 61):

- a. Las redes de atención que se organicen dispensarán con la suficiencia técnica, administrativa y financiera requerida, los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación que demande el cumplimiento eficaz de los planes de beneficios;
- b. Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar, y ofrecer los servicios a sus afiliados de manera integral, continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad, a través de las redes.

En la actualidad, el país se encuentra en proceso de reglamentación e implementación de los criterios de conformación y articulación de las redes mencionadas.

Gestión territorial

Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales desarrollan dentro de sus competencias la compra de servicios de salud para la población pobre no asegurada, los servicios no cubiertos por el plan de beneficios del régimen subsidiado y las prestaciones asociadas a las acciones de salud pública de su plan local de salud. De allí que estas desarrollen acciones de conformación y coordinación de las redes de servicios de su territorio, las cuales se encuentran principalmente compuestas por hospitales públicos (art. 54 de la Ley 715 de 2001).

Estas redes operan de forma similar a las de las EPS, pero con mayores restricciones. Normalmente se circunscriben a la división político-administrativa del departamento y en los casos donde se requiere complementariedad por parte de IPS privadas, estas solicitan autorización al MSPS. En los casos de los servicios no cubiertos por el Plan de Beneficios Obligatorio del Subsidiado, existen dificultades importantes en la articulación del servicio (Garavito y Soto; Acuerdo 415 de 2009), por lo que desde que se expidió la Resolución 5334 de 2008, que adopta los mecanismos para agilizar los trámites requeridos para la atención en salud de los eventos no incluidos.

No obstante, en el escenario de cobertura universal e igualación de planes de beneficio, estas funciones se ven paulatinamente reducidas, dando mayor relevancia a las funciones que desarrollan las entidades territoriales departamentales en la coordinación de redes especiales y sus nuevas competencias en cuanto a la habilitación de redes y su articulación. Se debe destacar la participación de estas entidades en las redes de servicios especiales, cumpliendo un papel importante en las acciones de fortalecimiento institucional para la respuesta territorial ante situaciones de emergencias y desastres y acciones de fortalecimiento de la red de urgencias.

Corresponde a las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud regular los servicios de urgencia de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia (Resolución 1220 de 2010), estableciendo las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE)¹⁸.

Dentro de las funciones y obligaciones de los CRUE se destacan:

a) Contribuir con el SGSSS en la atención adecuada y oportuna de los pacientes; b) Deben procurar dar una respuesta eficiente y coordinada con las entidades parte del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres, incluidos los organismos de socorro; c) Informar, orientar y asesorar a los integrantes del SGSSS y a la comunidad en general, sobre la regulación de las urgencias y sobre la prevención, preparación y atención de las emergencias y los desastres; d) Propender por el uso ordenado y racional de los servicios de urgencias de su jurisdicción; e) Articularse para contribuir de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada en las solicitudes de atención de urgencias, emergencias o desastres de la población, en las regiones en donde se encuentre funcionando el Número Único de Seguridad y Emergencias; f) Apoyar la operación de los procesos de referencia y contrarreferencia a cargo de la DTS correspondiente y el de otras entidades responsables del pago de servicios del área de influencia del CRUE cuando se hayan suscrito para el efecto los respectivos contratos; g) Coordinar la operación con los procesos de referencia y contrarreferencia en el área de influencia del CRUE; h) Apoyar el sistema de vigilancia epidemiológica; i) Recibir y organizar la información que se presente en la zona de influencia del CRUE y realizar las acciones de respuesta; j) Mantener un registro diario de los casos reportados y atendidos por el CRUE; k) Elaborar y enviar los reportes que solicite el Ministerio de la Protección Social a través de su Centro Nacional de Comunicaciones, relacionados con la atención de urgencias, emergencias y desastres en su jurisdicción; l) Organizar y coordinar la Red de Comunicaciones en Salud en el territorio de su influencia; m) Coordinar con los CRUE de otros departamentos, distritos o municipios, las acciones de preparación y respuesta; n) Garantizar la articulación y coordinación con los servicios de atención prehospitalaria en los sitios en que preste este tipo de servicios; o) Brindar información y asesoría a la red de prestadores de servicios de salud sobre emergencias toxicológicas, disponibilidad de antidotos y bancos de sangre; p) Apoyar la gestión de la Dirección Territorial de Salud en programas como red de trasplantes, atención de pacientes electivos, información de personas desaparecidas, misión médica, etc.; q) Coordinar la disposición de los recursos de los centros de reserva del sector salud; r) Mantener coordinación permanente con los Comités Locales y Regionales de Desastres; s) Activar los planes de emergencia o contingencia del sector y difundir declaraciones de alerta hospitalaria; t) Recibir la información y definir

el prestador a donde deben remitirse los pacientes, en los casos de atención inicial de urgencias y autorización adicional que impliquen la remisión a otro prestador y no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago, el prestador de servicios de salud.

Niveles de atención y papel de la atención primaria en salud

El sistema propende por que el acceso inicial a los servicios de salud se dé a través de los niveles básicos de atención y garantiza la atención de urgencias en todo momento. Además, se busca en el proceso de referencia y contrarreferencia, donde la puerta de entrada es la medicina general o la odontología general, exceptuando urgencias y donde el manejo de los casos se dé en el nivel o servicio que lo pueda manejar o resolver de manera más eficiente.

Se entiende que la atención primaria en salud (APS) estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. Para su implementación se tendrán en cuenta diferentes elementos, entre los que se encuentra el fortalecimiento de la baja complejidad, a fin de mejorar su resolutivez (Ley 1438, art. 13, numeral 13.9 y art. 14).

Prestación de servicios

En el SGSSS, todos los hospitales, clínicas, profesionales independientes, grupos de práctica profesional y demás IPS, sin importar su naturaleza jurídica (públicos, privados y mixtos) para poder operar en el país deben cumplir con los estándares de habilitación establecidos por el MSPS. También se espera que las instituciones prestadoras de servicios de salud operen bajo principios de eficiencia, calidad y competencia (Ley 100, art. 185).

Hospitales públicos – Empresas Sociales del Estado

En el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social y de la descentralización del Estado, los hospitales públicos, que eran entidades de carácter territorial (departamental y municipal), fueron transformados en Empresas Sociales del Estado (ESE)¹⁹. El régimen jurídico al que se encuentran sometidas las ESE busca posibilitar su participación en el mercado y mantener su relevancia institucional y social.

De acuerdo con lo señalado Decreto 1876, de 1994, los objetivos de las ESE son: 1) Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas; 2) Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social pueda ofrecer; 3) Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social; 4) Ofrecer a las EPS y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado; 5) Satisfacer los requerimientos del

entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento; 6) Garantizar los mecanismos de la participación ciudadana y comunitaria.

Otra característica diferenciadora de las ESE es la composición de su Junta Directiva (Decreto 1876, de 1994) para los hospitales de segundo y tercer nivel. En el caso de las entidades de primer nivel (Ley 1438, art. 70), una tercera parte de sus miembros serán representantes del sector político administrativo, otra tercera parte representará al sector científico de la salud y la tercera parte restante será designada por la comunidad. La selección de los Gerentes de ESE se desarrolla bajo los requisitos y procedimientos establecidos en el Decreto 800 de 2007 y el 2993 de 2011, los cuales buscan garantizar su idoneidad y competitividad.

Capacidad instalada

A noviembre de 2011, en el país se encuentran habilitados 45.868 prestadores de servicios de salud (1.180 públicos, 9.835 privados y 27.865 profesionales independientes), que prestan servicios a través de 48.150 sedes.

Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud corresponden a 11% del total de instituciones prestadoras habilitadas y a 29% de las sedes de prestación de servicios de IPS. Entre las 1.180 instituciones públicas se encuentran las 1.080 instituciones de carácter territorial o nacional, las demás corresponden a instituciones públicas pertenecientes a otras instancias (fuerzas militares o de otras EPS naturaleza privada, etc.).

Actualmente, existen 66 mil camas habilitadas (44% son camas ubicadas en hospitales públicos) y la oferta de camas especializadas de alta complejidad es provista especialmente por la oferta privada.

Al revisar la infraestructura de quirófanos, salas de partos y servicios de urgencias, se encuentra claras diferencias en la distribución de estas instalaciones según la naturaleza jurídica de las instituciones: cerca de 70% de las salas de partos y servicios de urgencias están ubicados en instituciones públicas²⁰ y 86% de las salas de parto habilitadas en municipios que no son capitales de departamento están ubicadas en IPS públicas. Más de 75% de los quirófanos habilitados se encuentran en instituciones prestadoras privadas o mixtas, lo cual podría estar asociado a que 68% están ubicados en municipios capitales y solo 32% en municipios no capitales, donde las condiciones del mercado no generan incentivos para operar quirófanos en IPS privadas.

Cabe destacar que en el período de 2002 a 2010, se destaca el crecimiento de la capacidad instalada en los hospitales de primer nivel en camas de observación, consultorios médicos y unidades de odontología, con reducción en este tipo de instituciones de los quirófanos, los cuales se incrementaron en los hospitales de segundo y tercer nivel, con adecuación de la capacidad instalada al portafolio de servicios definido por las entidades territoriales.

La tendencia de la oferta pública se orienta a concentrarse en los servicios de urgencias y ambulatorios, tales como consulta externa y salud oral. Hay decrecimiento en la participación en los servicios hospitalarios y es limitada en servicios de baja complejidad, como lo evidencia el decrecimiento del número de mesas de parto. Sin embargo, se debe destacar que la producción hospitalaria muestra importantes crecimientos y mayores niveles de eficiencia, que pueden estar asociados al incremento en la cobertura del sistema general de seguridad social y a las acciones de fortalecimiento institucional. Con excepción de los partos, en todos los servicios se ha presentado un crecimiento de producción de los hospitales públicos.

La ocupación de las camas hospitalarias en las instituciones públicas muestra una tendencia positiva, con una mayor ocupación en el primer nivel, que pasó de 33,6 a 40,6, y en segundo nivel, que pasó de 68,3 a 79,5.

Evaluación del desempeño del sistema de salud y de la calidad de los servicios

El sistema de salud colombiano cuenta con un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS). El SOGCS cuenta con cuatro componentes con las siguientes características:

Sistema único de habilitación (Decreto 1011/06 Art. 6). El conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, que busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y es de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB²¹. Para el caso de los prestadores, está regulado por la Resolución 1043/06 mediante la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. La habilitación ha tenido un gran despliegue en su implementación, lo cual se ha traducido en la mejora de las condiciones de seguridad en la prestación de los servicios en el país (Ministerio de Protección Social, 2011).

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. El mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Sistema único de acreditación. El conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. Actualmente, se cuenta con 24 instituciones prestadoras de servicios de salud

acreditadas y al menos otras 30 IPS se encuentran en proceso activo de preparación para la acreditación (<http://www.acreditacionensalud.org.co/>) (Decreto 1011/06)²².

Sistema de información para la calidad. Reglamentado por la Resolución 1446/06, que define un conjunto de indicadores de monitoria del sistema aplicables a las instituciones prestadoras de servicios de salud y a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado. Los indicadores evalúan los siguientes dominios: a) accesibilidad/ oportunidad; b) calidad técnica; c) gerencia del riesgo y d) satisfacción/lealtad. Complementario al artículo 2 de la Ley 1122/09 y al artículo 26 de la Ley 1176/07, la Ley 1438/11 establece un conjunto de medidas cuyo propósito principal es implementar un modelo basado en resultados a partir del cual se propende porque todos los actores, sus procesos y servicios estén orientados al logro de los objetivos del sistema.

UNIVERSALIDAD, INTEGRALIDAD Y EQUIDAD

La población proyectada de Colombia por el Departamento Nacional de Estadística para el año 2011 era de 46.044.601 personas, con una tasa de fecundidad de 2,4 y una esperanza de vida al nacer de 74 años.

La distribución poblacional por sexo es de 49,4% de hombres y 50,6% de mujeres, es decir, 22.731.299 y 23.313.302, respectivamente. La población 0 a 14 años representa el 28,5% de la población colombiana, con cerca de 13 millones de personas. El grupo de 15 a 49 años constituyen el 52% del total poblacional, con más de 24 millones de personas. Así, cerca del 20% de la población tiene 50 y más años, es decir, alrededor de 8 millones de personas.

El territorio continental es de 1.141.748 kilómetros cuadrados, lo que daría una densidad poblacional del 39 personas por kilómetro cuadrado, no obstante, es un país de población eminentemente urbana, con una tasa de urbanización de 75%.

Colombia cuenta con un PIB per cápita de US\$ 3.236,50 (Banco Mundial, 2010 dólares a precios constantes de 2000), una tasa de crecimiento del PIB de 5,9% (Banco de la República, 2011), su tasa de desempleo es de 11,4% y la inflación de 3,7%. Estos resultados y las tendencias de los últimos años muestran un repunte económico; no obstante, el índice de Gini es de 0,56, lo que muestra una alta concentración de la riqueza. De acuerdo con los estudios adelantados por el Departamento Nacional de Planeación en Colombia para el año 2011, el 40,2% de la población vivía por debajo de línea de pobreza y el 14,4% por debajo de la línea de indigencia.

Cobertura poblacional

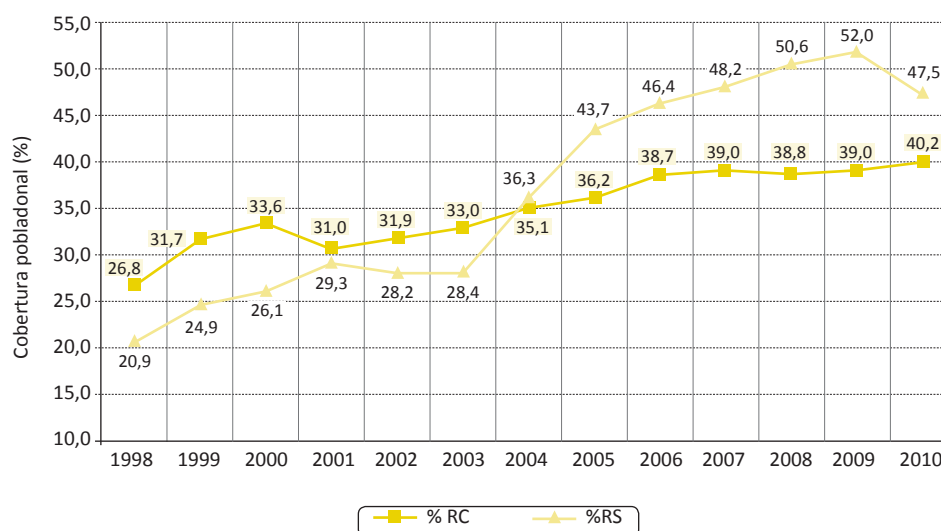
De acuerdo con un estudio sectorial de salud (Yepes, 1990), la cobertura del sistema de salud para 1989 llegaba al 15,7% de la población colombiana. Por ley,

el sistema solamente cubría al trabajador afiliado, con cobertura temporal para su cónyuge durante el periodo de embarazo y hasta el primer año de edad del recién nacido. Desde el punto de vista de las garantías y el acceso efectivo, el sistema era altamente inequitativo.

La implementación del Sistema General Social en Salud tenía como uno de sus objetivos lograr la universalidad en la cobertura población y de beneficios. En cuanto al primer objetivo, logró en 2009 una cobertura de aseguramiento superior al 90% de la población. Con relación al segundo, la equiparación de beneficios y el acceso igualitario a los servicios vienen siendo abordados mediante una política intencionada y progresiva de igualación de los planes de beneficios. Hasta el momento, se han igualado los beneficios para todos los grupos etarios, con excepción de la población de 18 a 45 años y de 45 a 59 años.

La cobertura universal del aseguramiento fue uno de los principales objetivos de la pasada política de desarrollo social, por lo que se evidencia un crecimiento acelerado a partir del año 2004 (véase el Gráfico 1). Nótese, que el mayor crecimiento de cobertura es por cuenta del régimen subsidiado, lo que se explica por las condiciones socioeconómicas del país.

Gráfico 1 - Cobertura poblacional del régimen subsidiado y contributivo, Colombia, 1998-2010



Fuente: Estadísticas del Fosyga y de la Dirección de Gestión a la Demanda del Ministerio de la Protección Social.

Para el año 2011, la cobertura poblacional alcanzó como mínimo el 95%, es decir, más de 44 millones de personas se encuentran afiliadas a algún régimen de aseguramiento. El régimen subsidiado de salud cuenta con más del 50% de la población afiliada, superando en más de 7 puntos al régimen contributivo para los dos años.

De los 18 millones de afiliados al régimen contributivo del año 2010, el 46,9% corresponde a cotizantes del sistema, el 53% a beneficiarios y el 0,2 a afiliados adicionales. La densidad familiar del régimen contributivo es de 2,13.

El régimen contributivo tiene sus mayores coberturas en los departamentos y distritos de más alto nivel económico, principalmente urbanos y en general con mayor dotación de infraestructura.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud de 2007, la mayor tasa de discapacidad de población entre 18 y 69 años se encuentra en el régimen subsidiado, con el 10,5%, fenómeno asociado a los criterios de priorización de la población beneficiaria y a la mayor vulnerabilidad social que presenta esta población.

Cobertura seguros privados

Se estima que para el año 2007 más de un millón de personas se encontraban afiliadas a algún plan voluntario de salud. Su crecimiento es constante y ligeramente superior al poblacional.

Cobertura de servicios

La estructura del POS fue diseñada bajo el principio de integralidad. Sin embargo, se han presentado condiciones de obsolescencia en sus contenidos, los cuales no han sido actualizados al mismo ritmo de los cambios en la tecnología médica. Por esta razón se han generado las llamadas “zonas grises”, en las cuales el asegurador ha limitado su responsabilidad, quedando de todas maneras a cargo del Estado la cobertura de las reclamaciones, a través del derecho de tutela o amparo. En el 2012 se hizo un esfuerzo por parte de la Comisión de la Regulación en Salud para actualizar los beneficios.

Brechas entre cobertura poblacional y cobertura de servicios

El proceso de igualación de los Planes Obligatorios de Salud se inició en 2009 con la población menor de 18 años. Le siguió el grupo de los habitantes de Barranquilla y Cartagena, como poblaciones piloto, y el tercer grupo fueron los adultos mayores de 60 años, quienes representan el 17% de la población. Esto ha permitido llegar a una cobertura del 52% de la población con un plan de beneficios unificado.

La fracción restante, la población entre 18 y 35 años, y más adelante entre 35 y 60 años, se incluirá de manera progresiva cerrando el proceso en el 2014 de acuerdo con la senda prevista por el gobierno nacional.

En el caso de los servicios preventivos, como es la vacunación, los resultados alcanzados en los dos últimos años superan el 80%. Sin embargo, se detecta un descenso en las coberturas administrativas del año 2011, lo que puede estar relacionado con los cambios de administración pública, por lo que se requiere de un esfuerzo adicional que involucre el compromiso político de entidades territoriales y aseguradoras con la vacunación.

El Gobierno se ha propuesto como meta principal en vacunación que el 95% de los niños y niñas del país cuenten con esquemas completos de vacunación. Para alcanzar esta meta, el país avanza en el desarrollo de un nuevo sistema de información, que permitirá contar con información individualizada de los niños y niñas vacunadas y obtener entre otros, el porcentaje de niños y niñas con esquemas completos de vacunación. Actualmente, se realiza una prueba piloto de este sistema en once departamentos y distritos de Colombia.

Adicionalmente, se resalta el proceso de vacunación contra el sarampión y la rubéola de todos los niños y niñas de 1 a 8 años, llevada a cabo en el año 2010, y a través del cual se logró vacunar a 6.406.221 de niños y niñas, alcanzando una cobertura administrativa de 93,5%.

Todas las acciones en materia de vacunación son coordinadas con las Entidades Promotoras de Salud, el Instituto Nacional de Salud, los departamentos y distritos, quienes vienen recibiendo acompañamiento y asistencia técnica permanente por parte del Ministerio y el Instituto Nacional de Salud.

Dentro de los principales logros alcanzados por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en materia de control de enfermedades, podemos mencionar:

- Poliomielitis salvaje: erradicada en Colombia. Último caso registrado en 1991.
- Rubéola: en proceso de eliminación. Último caso confirmado en 2009.
- Rubéola congénita: en proceso de eliminación. Desde 2006 no se reportan casos
- Tétanos neonatal: Se ha mantenido la incidencia global de TN por debajo de 0,01 casos por 1.000 nacidos vivos durante los últimos 4 años.
- Haemophilus influenza b: Se ha logrado una importante disminución de la morbi- mortalidad infantil por neumonía y meningitis causada por esa bacteria.
- Fiebre amarilla: meta de control. En 2009 se reportaron 4 casos de fiebre amarilla.
- Además, se lograron las siguientes inclusiones:
- **Neumococo:** desde el año 2007, el Ministerio de la Protección Social inició la vacunación contra el neumococo para los niños con patologías de riesgo. Para el año 2011 se logró la universalización completa de esta vacuna.
- **Vacunación contra la influenza estacional.** Se hizo universal para el país en el 2007 con la inclusión de esta vacuna en el PAI.

- Actualmente, se estudia la factibilidad de incluir la vacuna contra la hepatitis A en el esquema nacional de inmunizaciones, la cual permitirá reducir entre 76,5% y 91,6% las muertes asociadas a esta enfermedad.

Equidad y acceso a la atención a la salud

Para 1993, la cobertura en salud tan solo llegaba a un 24% de la población y era inequitativa. Mientras el 20% más rico de la población tenía una cobertura del 47%, el 20% más pobre de la población tenía una cobertura del 4,3%.

La inequidad también se reflejaba en el acceso y el gasto en el que debían incurrir las familias para utilizar los servicios de salud. En 1992, el 33,2% de la población más pobre no recibió atención médica cuando se sintió enferma y lo solicitó, comparado con un 7,3% de la población con mayores ingresos.

Para ese mismo año, los gastos en consultas, medicamentos y laboratorios de los hogares más pobres representaban el 28,2% de su ingreso total en el año, mientras que para los de mayores ingresos representaba solo el 6,5%. Los gastos en hospitalización representaban 64% para los más pobres y 17% para los más ricos.

Los esfuerzos realizados en los últimos años lograron que el país diera un avance al pasar del 24% de cobertura en 1993 a una cobertura muy cercana a la universalización. El aumento en la cobertura solucionó la enorme desigualdad inicial, no sólo entre niveles de ingreso sino también entre zonas geográficas. La afiliación en salud en el 20% más pobre de la población pasó de 4,3% en 1993 a 87,9% en 2010 y la afiliación en las zonas rurales pasó de 6,6% en 1993 a 88,5% en 2010 (ECV, cálculos MSPS).

La cobertura del aseguramiento tiene como uno de sus efectos la protección financiera de la población. Esto significa que los hogares ante un problema de salud cada vez gastan menos para hacer uso de los servicios de salud. En Colombia, el gasto de bolsillo pasó de representar el 49% del gasto total en salud, en 1993, a tan solo un 7,7%, en 2010. Esta información es consistente con los resultados (Equilac II) y destaca una relevante reducción observada en el gasto de bolsillo entre los años 2003 y 2008, tanto por servicios ambulatorios, como por servicios hospitalarios, coincidente con el periodo de expansión del régimen subsidiado. El acceso y la calidad de los servicios y la equidad en los beneficios también son elementos que deben tenerse en cuenta en la evaluación del SGSSS. Con respecto al acceso, la no atención en caso de enfermedad pasó de ser un 19,2%, en 1993, a 1,8%, en 2010. En la población más pobre la caída fue de 33,2% a 1,3% en el mismo periodo. Entrando a algunos servicios específicos, se observa por ejemplo que la consulta por prevención creció en total un 83% entre 1997 y 2010 y este crecimiento se explica especialmente por el incremento de 109% en el quintil más pobre de la población.

También hay un mayor uso de los servicios relacionados con salud reproductiva, aspecto muy importante en la disminución de los riesgos asociados al embarazo, el

parto y la vida de los niños. El porcentaje de mujeres con un número de controles adecuado (al menos cuatro) pasó de 70%, en 1990, a 90%, en 2010. Esta proporción pasó de 41,5% a 86,2% para la población más pobre en el mismo período. El mayor acceso a controles prenatales adecuados ha sido claramente progresivo.

El acceso a la atención médica en el parto también ha aumentado de manera considerable: 30% a nivel nacional y 116% entre las mujeres de los segmentos más pobres entre 1993 y 2010 (ENDS, cálculos MSPS). La atención del parto en instituciones de salud (parto institucional) alcanzó el 98,4% en 2009.

Lograr avances sostenibles en la calidad de la atención es uno de los retos más importantes de los sistemas de salud en el mundo, y el colombiano no es la excepción. Los días de espera para una consulta general pasaron de 6,4, en promedio, en 2003 a 3,8, en 2010, y deben pasar a 3 días gracias a la Ley Antitrámites del año 2012. La proporción de quejas sobre el número de afiliados bajó de 1,2%, en 2009, a 0,84%, en 2011, y sobre el número de personas atendidas fue de 2,49% en 2010 (Superintendencia Nacional de Salud, cálculos MSPS).

Además de los avances en cobertura, protección financiera, acceso y beneficios, el SGSSS debe evaluarse principalmente por los resultados de salud en la población. Al respecto, se observa que los colombianos han mejorado su percepción del estado de su salud. La proporción de la población más pobre (quintil 1 de ingreso) que percibe el estado de salud como buena o muy buena era el 58,6% en 1997 y en 2010 esta proporción alcanzó el 74,7% (ECV, cálculos MSPS).

La percepción subjetiva se confirma con una serie de indicadores objetivos del estado de salud de los colombianos que muestran avances. La mortalidad materna (defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos) pasó de 104,94 en el año 2000 a 72,9 en 2009. La tasa de mortalidad infantil en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos pasó de 45,1 en 1990 a 20,6 defunciones en 2009. Entre 1998 y 2010 hubo un descenso de 51% en la tasa de muertes por IRA en los niños menores de 5 años y la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica pasó de 33,7% a 6,7% en el mismo periodo. La mortalidad por tuberculosis pasó de 3,4, en 1998, a 2,2, en 2010, lo que significa un descenso del 55% (ENDS y DANE, cálculos MSPS). En 2011 se redujeron los casos de dengue en un 81% y los casos de mortalidad por malaria en 48% (MSPS). La información presentada indica importantes avances en las diferentes dimensiones del SGSSS, sin embargo, todavía existen importantes espacios de mejora en los que el MSPS y las distintas entidades del sector están diseñando o implementando políticas y estrategias que tienen como único objetivo que los colombianos cuenten con un sistema de salud de mejor calidad, que atienda sus necesidades de manera oportuna, que sea más accesible y sostenible y reduzca las brechas de equidad en salud, que se encuentran principalmente en las zonas de alta ruralidad donde aún subsisten problemas de acceso a agua potable y servicios públicos, aspectos culturales y étnicos que limitan la aceptación de estrategias de

promoción y prevención en salud, así como carencias institucionales del Estado y de la conformación de una respuesta técnica de parte del sistema en la afectación de los determinantes sociales de la salud.

El análisis del estudio Equilac II sobre los resultados del sistema entre los años 2003 y 2008, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, evidenció una clara diferenciación de la población de acuerdo con el régimen y bajas coberturas en los servicios de naturaleza preventiva, con altas coberturas de los servicios de tipo curativo tanto ambulatorio como hospitalario.

El estudio identificó una tasa anual de hospitalización de 8%. La percepción de calidad menos que buena, sobre los servicios recibidos de salud fue negativa en un 24% y fue de un 17% para servicios hospitalarios (2008). Se identificó un promedio de 3 días de espera para la población para la consulta ambulatoria odontológica y una creciente brecha en los días de espera para consulta especializada.

El mismo estudio aplicó un índice de inequidad horizontal, a través de curvas de concentración. Se ha reducido positivamente la brecha de equidad, en servicios hospitalarios y ambulatorios entre los años 2003 y 2008, con estancamiento del acceso a servicios especializados, una de las principales limitaciones del plan de beneficios del régimen subsidiado.

Estos resultados indican que hay una brecha de inequidad muy pequeña menor al 6% que afecta a la población más pobre y que dicha brecha ha tendido a disminuir positivamente, en especial en los servicios hospitalarios, donde la brecha de inequidad se acerca a cero. El acceso a medicamentos, medido como suministro total o parcial de medicamentos, ha crecido de manera muy relevante durante los pasados 10 años, pasando de 54% en 2003 a 76% en 2008. La brecha de equidad, medida en cambio en el índice de concentración del acceso a medicamentos, pasó de 0,03 a 0,01, indicando una alta progresividad en este renglón hacia su eliminación.

Sin embargo, en los servicios ambulatorios de consulta preventiva y odontológica existen altas brechas de equidad que afectan a la población de menores recursos, especialmente aquellos pertenecientes a los quintiles más pobres de la población.

El sistema colombiano, debido al crecimiento de su estrategia curativa y a la limitada capacidad resolutoria en los primeros niveles de atención, muestra una situación de alta demanda en los servicios en hospitalarios de alta complejidad, con tasas de ocupación por encima del nivel técnico, especialmente en los servicios de alto costo. Esto genera una situación de posible riesgo para el mantenimiento de las condiciones de equidad logradas a través de la reforma. Estas situaciones pudieron haber derivado de condiciones de abuso moral sobre los planes de beneficios y excesos de demanda que pueden generar estrategias de racionamiento de servicios en el corto plazo por parte de los aseguradores y prestadores. Ya se observa una ampliación en los tiempos de la oportunidad en consulta de medicina especializada y algunos

procedimientos hospitalarios y esta situación se integra con el limitado crecimiento concurrente del talento humano (véase el Capítulo 7 de este documento).

El sistema colombiano tiende a proteger a los grupos poblacionales de niños, infantes, recién nacidos y a la población femenina en edad reproductiva. No existe evidencia cuantitativa suficiente. Sin embargo, existe evidencia de un nivel de desprotección con la población adulta mayor (Trujillo y otros, 2010). El país ha planteado una formulación de una política de envejecimiento. Sin embargo, desde el sistema de protección social se han tenido limitaciones para su implementación. En particular para integrar las condiciones de bienestar y de calidad de vida con las condiciones objetivas de enfermedades crónicas que afectan esta población e implementar estrategias de protección específica. En relación con la población discapacitada, el país ha formulado diferentes políticas a través del tiempo. Sin embargo, aún queda un camino por recorrer, en especial en la formulación de estrategias intersectoriales. Se desarrolló un sistema de registro sobre población discapacitada, el cual no ha sido suficientemente analizado y evaluado con el fin de integrar estrategias de protección y de apoyo a dicha población.

FINANCIAMIENTO EN SALUD

El gasto total en salud en Colombia para el año 2010 ascendió a 42 billones de pesos, es decir, alrededor de 7% del PIB nacional. Siendo el régimen contributivo el que ocupa el 32% de los recursos totales, seguido de los recursos destinados a oferta con el 22%, es decir, lo destinado a la atención de la población pobre no asegurada, salud pública, promoción y prevención y financiamiento de hospitales, como se observa en la Tabla 3.

Tabla 3 – Destino de los recursos de salud, Colombia, 2010

Destino	2007	2008	2009	2010
Régimen contributivo	30,1%	31,9%	31,6%	31,6%
Régimen subsidiado	15,2%	17,1%	16,5%	14,6%
Regímenes especiales	5,9%	6,3%	6,7%	6,3%
Oferta	20,5%	17,2%	19,3%	22,1%
Gasto “privado”	24,7%	24,1%	21,5%	19,7%
Otros*	3,6%	3,4%	4,3%	5,7%

Fuente: Steiner 2011. Fedesarrollo. Reflexiones sobre la dinámica del gasto en salud. Cálculos con datos del DNP, Ministerio de Hacienda, Superintendencia Financiera, ECOPETROL, Sanidad Militar, FOMAG, Banco de la República y UNISALUD. * Gastos en personal del Ministerio de Protección Social, gastos de funcionamiento de las entidades adscritas: ETESA, Invima, CRES, Supersalud, algunos hospitales a cargo de la Nación

El Sistema General de Seguridad Social en Salud moviliza recursos desde fuentes primarias (hogares y empresas) a través de cotizaciones y de fuentes secundarias

(recursos de la Nación, departamentales, distritales y municipales y otros) que luego transforma para el financiamiento del régimen contributivo, subsidiado, riesgos profesionales y demás, como se describe a seguir.

Régimen contributivo: El flujo de recursos del régimen contributivo parte del proceso del recaudo de las cotizaciones o contribuciones mediante los procedimientos dispuestos por la reglamentación vigente. Una vez realizadas, se procede a desarrollar el proceso de compensación interno, que es el procedimiento mediante el cual se descuenta de las cotizaciones o aportes recaudados los recursos que el sistema reconoce a la Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar, para garantizar la prestación de los servicios de salud a sus afiliados y demás beneficiarios del sistema.

Régimen subsidiado: Para el caso de régimen subsidiado, la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado se financia con los recursos presentados en el Cuadro 3.

Cuadro 3 – Fuentes de recursos del régimen subsidiado, Colombia

De las entidades territoriales	<ul style="list-style-type: none"> • Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud • Rentas cedidas • Regalías. Los recursos de regalías serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley • Esfuerzo propio. Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se girarán directamente a la cuenta de la entidad territorial en el fondo de financiamiento del régimen subsidiado y se contabilizarán como esfuerzo propio territorial serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.
Del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos provenientes de la subcuenta de solidaridad.
Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos definidos por recaudo de IVA definidos en la Ley 1393 de 2010. • Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el Régimen subsidiado. • Recursos de la contribución parafiscal de las Cajas de Compensación Familiar.

Es necesario que todas las fuentes de financiamiento del régimen subsidiado se consoliden en las cuentas maestras de las entidades territoriales distritales y municipales para el reconocimiento de la UPC. Esto introduce un cambio sustancial a partir del cual el Ministerio de la Protección Social girará directamente, a nombre de las Entidades Territoriales, la Unidad de Pago por Capitación a las Entidades Promotoras de Salud, o podrá hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de Salud con fundamento en el instrumento jurídico definido por el Gobierno Nacional.

En todo caso, el Ministerio de la Protección Social podrá realizar el giro directo con base en la información disponible, sin perjuicio de la responsabilidad de las entidades territoriales en el cumplimiento de sus competencias legales. Dicho proceso se adelanta de manera gradual con adaptación total en el año 2012.

Salud Pública

Las acciones de salud pública, promoción y prevención en el marco de la estrategia de APS se financiarán con:

- Los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones.
- Los recursos de la subcuenta de promoción y prevención del Fosyga (Fondo de Solidaridad y Garantía).
- Los recursos de promoción y prevención que destine del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), que se articularán a la estrategia de APS.
- Recursos del Presupuesto General de la Nación para salud pública.
- Los recursos que del cuarto (1/4) de punto de las contribuciones parafiscales de las Cajas de Compensación Familiar se destinen a atender acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de APS. Cuando estos recursos sean utilizados para estos fines, un monto equivalente de los recursos del presente numeral se destinará al régimen subsidiado.
- Otros recursos que destinen las entidades territoriales.

Cabe destacar, que aunque la asignación y ejecución de los recursos de la Unidad de Pago por capitación destinados a promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las Entidades Promotoras de Salud y los que destinen y administren las Aseguradoras de Riesgos Profesionales para la promoción y prevención, que se articularán a la estrategia de APS no se encuentra a cargo de las Entidades Territoriales de Salud Departamentales, Distritales o municipales estos se consideran como de salud pública.

Fuentes de financiamiento

A continuación se presentan las fuentes de financiamiento de los diferentes programas sociales del SGSSS.

El Sistema General de Participaciones

Constituido por los recursos que la Nación el Sistema General de Participaciones (SGP) transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales. El SGP se distribuirá así: 58,5% para el sector educación; **24,5% para sector salud**; 5,4% para el sector agua potable y saneamiento básico; 11,6% para propósito general. La destinación de los recursos del SGP para salud está definida de la siguiente forma:

- Financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva, hasta lograr y sostener la cobertura total.
- Prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- Acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país por el Ministerio de Salud.

De acuerdo con lo señalado en la Ley 1438, la participación de estos componentes se realiza de la siguiente forma: se destinarán al régimen subsidiado partiendo como mínimo del sesenta y cinco por ciento (65%) de acuerdo con el plan de transformación concertado entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales hasta llegar al ochenta por ciento (80%) a más tardar en el año 2015.

En todo caso, el 10% del Sistema General de Participaciones para Salud se destinará a financiar las acciones en salud pública. El porcentaje restante se destinará a financiar prioritariamente la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eficiencia y/o subsidios a la demanda, de acuerdo con los planes financieros y de transformación de recursos que presenten las entidades territoriales, los cuales deberán ser avalados de manera conjunta por los Ministerios de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público.

Fondo de Solidaridad y Garantía

Tiene por objeto garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del SGSSS, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas por la Ley. Opera como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se maneja por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de la Contratación de la Administración.

El Fondo tiene las siguientes subcuentas independientes: a) De compensación interna del régimen contributivo; b) De solidaridad del régimen de subsidios en salud; c) De promoción de la salud; d) Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

La financiación de la Subcuenta de Compensación

Los recursos de la subcuenta de compensación corresponden a las cotizaciones, descontados los recursos que financian las otras subcuentas.

La cotización al régimen contributivo de Salud es del 12,5% del ingreso o salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleador será del 8,5% y a cargo del empleado del 4%. Sin embargo, se presenta excepciones como la de los pensionados, cuya cotización mensual es del 12% del ingreso de la respectiva mesada pensional. Asimismo, en el caso de las Madres

Comunitarias cotizarán mensualmente como aporte al SGSSS un valor equivalente al cuatro por ciento (4%) de la suma que reciben por concepto de bonificación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Hasta 1,5 puntos de la cotización de los afiliados al régimen contributivo y 1,5 de la cotización de los regímenes especiales y de excepción son trasladados a la subcuenta de Solidaridad del Fosyga para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado

La financiación de la Subcuenta de Solidaridad

Para cofinanciar con los entes territoriales los subsidios a los usuarios afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) cuenta con los siguientes recursos:

- Uno 1,5 puntos de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta 1,5 puntos de la cotización de los afiliados al régimen contributivo.
- El monto de las Cajas de Compensación Familiar.
- Recursos del Presupuesto General de la Nación que a partir del monto asignado para el año 2010, que se requieran de manera progresiva para la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, una vez aplicadas las demás fuentes que financian el régimen subsidiado.
- Las cotizaciones que realizarán los patronos al Fondo de Solidaridad cuando el trabajador no quiera retirarse del régimen subsidiado, en los términos de la presente ley.
- Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones.

Financiación de la Subcuenta de Promoción de la Salud.

Financia actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad. El MSPS definirá el porcentaje del total de los recaudos por cotización que se destinará a este fin, el cual no podrá ser superior a un punto de la cotización del régimen contributivo. Estos recursos serán complementarios de las apropiaciones que haga el Ministerio de Salud para tal efecto.

Estos recursos se podrán destinar al pago de las actividades que realicen las Entidades Promotoras de Salud y que el Ministerio de la Protección Social considere son las que mayor impacto tienen en la prevención de enfermedades.

Históricamente, del 12,5% recaudado de cotizaciones, esta subcuenta apropia el 0,4% del IBC que se asignan a las actividades de promoción y prevención individuales adelantadas por la EPS y a las campañas de promoción y prevención de orden central y nacional.

Financiación de la Subcuenta de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito

Los recursos de esta cuenta se destinan, principalmente, al pago de indemnizaciones a que haya lugar, cuando se originen en accidentes de tránsito que involucren vehículos no identificados o no asegurados. El pago de los excedentes que resulten de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito. El pago de los gastos que demande la atención integral de las víctimas de eventos catastróficos y terroristas, así como el pago de los servicios de rehabilitación y suministro de prótesis, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social.

La subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito contará con los siguientes recursos: a) Los recursos del Fonsat; b) Una contribución equivalente al 50 % del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidente de tránsito, que se cobrará en adición a ella; c) Cuando se extinga el Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia de la República, los aportes presupuestales de este Fondo para las víctimas del terrorismo se trasladarán al Fondo de Solidaridad y Garantía.

Aportes de la Nación

Se compone de recursos asignados en el presupuesto de la Nación para el desarrollo de proyectos o funciones específicas de salud, dentro de las cuales se encuentran gastos para investigación del Instituto Nacional de Salud, proyectos de salud pública o promoción y prevención en salud, entre otros. No se consideran los aportes realizados al Fosyga a ninguna de sus cuentas por ser estas de destinación específica.

Regalías

Las regalías son una contraprestación económica de propiedad del Estado generada por la explotación de los recursos naturales no renovables. Las entidades territoriales tienen un derecho de participación sobre los recursos de regalías y compensaciones.

Las regalías se dividen en directas e indirectas. Las primeras, benefician directamente a las entidades territoriales en donde se adelantan explotaciones de recursos naturales no renovables, a los municipios con puertos marítimos y fluviales por donde se transportan dichos recursos y a los municipios del área de influencia de esos puertos. Las segundas, son recursos no asignados directamente a entidades territoriales que ingresan al Fondo Nacional de Regalías (FNR). A los recursos FNR pueden acceder todas las entidades territoriales presentando proyectos de promoción de minería, preservación del medio ambiente y proyectos regionales de inversión definidos como prioritarios en los planes de desarrollo.

Rentas cedidas

Son aquellas rentas que han sido cedidas por la Nación a las Entidades Territoriales con destinación específica para el sector salud. Están constituidas por: los Juegos de Suerte y Azar y el IVA cedido, generado por la venta de cervezas, licores, vinos, aperitivos y similares. Las entidades territoriales pueden hacer uso de estos recursos hasta un 25% para gasto de funcionamiento y no menos de un 20% para el financiamiento del régimen subsidiado.

Otros recursos de sector salud

- **Planes Adicionales de Salud:** Son financiados voluntariamente por los usuarios que deben complementar en el POS con prestaciones suntuarias o de mayor tecnología. Son los planes de medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de hospitalización y cirugía, provistos por empresas registradas para ese propósito.
- **Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito:** Cubre eventos originados en accidentes de tránsito hasta un monto determinado y en forma complementaria al POS. Provistos por compañías de seguros autorizadas hasta un monto definido, después del cual son financiados por la subcuenta específica de atención de Eventos Catastróficos y Accidentes de tránsito (ECAT) del Fosyga.
- **Cobertura de riesgos profesionales:** Cubre todo evento o enfermedad de origen ocupacional sin los límites del POS. Son garantizados por las Administradoras de Riesgos Profesionales y los aportes del empleador.
- **Atención de eventos catastróficos:** Cubre eventos definidos como catastróficos (inundaciones, terremotos, etc.) con recursos específicos para tal fin y en forma complementaria al POS. Son financiados por el Fosyga mediante la subcuenta ECAT.

Gasto en salud

De acuerdo con las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, el gasto total en salud en Colombia representó el 6,4% del PIB para el año 2009, siendo uno de los sectores de mayor relevancia en la economía del país. Esto a pesar del descenso en la participación del gasto entre el año 2000 y el 2007, fenómeno que se explica por el crecimiento en el PIB del país, no por un descenso en el gasto en salud.

Tabla 4 – Gasto en salud en Colombia, años 2000 y 2007

Gasto	2000	2007
Gasto total en salud como % del PIB	6,8	6,1
Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	80,9	84,2
Gasto privado en salud como % del gasto total en salud	19,1	15,8
Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud	60,2	70,1
Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud	59,0	48,7

Tomado de (Organización Mundial de la Salud, 2010) y adaptado por el autor. *Banco Mundial, 2009.

La composición del gasto muestra una participación mayoritariamente pública, con porcentajes superiores al 80%. Dicha participación creció en 4 puntos entre los años 2000 y 2007, lo que se explica por el importante crecimiento de la seguridad social, la cual pasó de 60,2% a 70,1% como porcentaje del gasto del gobierno general en salud para esos años, respectivamente.

Este fenómeno se explica principalmente por la extensión del aseguramiento como el mecanismo para garantizar el acceso a los servicios en la población colombiana, lo que se ve reflejado en una intensiva política pública orientada al logro de la cobertura universal, que permitió pasar de un 60% de población asegurada en el año 2000 al 89,36% para el 2007, es decir, de 25 millones de personas a cerca de 39 millones.

El crecimiento en el gasto público se ve reflejado en un descenso de la misma magnitud en el gasto privado, que pasó del 19,1% al 15,8% para los años 2000 y 2007, respectivamente. Este último es el 48,7% del gasto directo de los hogares, que a su vez representa el 8,1% del gasto total (Organización Mundial de la Salud, 2010). Cabe destacar que previo a la introducción del SGSSS el gasto de bolsillo de la población para el año 1993 alcanzaba el 43% del gasto total en salud.

Comparativamente, el comportamiento del gasto en salud de Colombia es más cercano al europeo que al de la región de América o incluso a países como Chile o México (véase la Tabla 5). Como se observa, la participación el gasto en salud en Colombia en el PIB es similar a la de países como Chile con el 6,2% e intermedia a la alcanzada por México con el 5,9% y Brasil con el 8,4%. No así en el caso de la composición del gasto, donde la participación privada es al menos tres veces menor que la de la región y el gasto directo de los hogares uno de los más bajos.

Tabla 5 – Gasto en salud, países seleccionados, 2007

País/ Conti- nente	Gasto total en salud como % del PIB	Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total en salud	Gasto privado en salud como % del gasto total en salud	Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud	Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud	Gasto directo de los hogares como % del gasto total en salud	Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio promedio (USD)
Colombia	6,1	84,2	15,8	70,1	48,7	7,9	284
Chile	6,2	58,7	41,3	17,0	53,2	22,0	615
México	5,9	45,4	54,6	58,9	93,1	50,8	564
Brasil	8,4	41,6	58,4	0,0	58,8	34,3	606
Europa	8,8	76,0	24,0	49,5	66,5	16,0	2.035

Fuente: Tomado de Organización Mundial de la Salud 2010 y adaptado por el autor.

El gasto per cápita en dólares en Colombia es el más bajo de todo el conjunto seleccionado de comparación. Esta medida sí bien permite establecer el valor global de mercado, no corrige las diferencias de precios internos de los servicios de salud en cada país, ni la cobertura de servicios suministrada en el aseguramiento.

Participación de los usuarios (copagos y cuotas moderadoras)

En el SGSSS los afiliados y beneficiarios están sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplican con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplican también para complementar la financiación del plan obligatorio de salud.

En ningún caso los pagos moderadores pueden convertirse en barreras de acceso para los más pobres, por lo que para evitar la generación de restricciones al acceso a la población más pobre, tales pagos para los diferentes servicios son definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica, según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto de la Comisión Reguladora de Salud. Asimismo, se encuentran excluidos de las cuotas moderadoras y los pagos compartidos para el nivel I del SISBEN del régimen subsidiado.

Se debe resaltar que los copagos deben ser aplicados a todos los servicios cubiertos por el POS, con excepción de:

- Servicios de promoción y prevención
- Programas de control de atención materno-infantil
- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles
- A enfermedades catastróficas o de alto costo
- La atención de urgencias

La atención con cualquier servicio, actividad, procedimiento e intervención incluida en el POS-S será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos para las siguientes poblaciones:

- Niños durante el primer año de vida
- Población con clasificación UNO mediante encuesta SISBEN (cualquier edad)
- Poblaciones especiales que se identifiquen mediante instrumentos diferentes al SISBEN, tales como listados censales u otros, siempre y cuando presenten condiciones de pobreza similares a las del nivel UNO del SISBEN: población infantil abandonada mayor de un año, población indigente, población en condiciones de desplazamiento forzado, población indígena, población desmovilizada, personas de la tercera edad en protección de ancianatos en instituciones de asistencia social, población rural migratoria, población ROM.

- El núcleo familiar de la población desmovilizada una vez identificado mediante la encuesta SISBEN, no será sujeto del cobro de copagos siempre y cuando se clasifique en el nivel UNO del SISBEN.

La atención será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos para cualquier población de cualquier edad y condición socioeconómica, en los siguientes servicios:

- Control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones
- Servicios de promoción y prevención
- Programas de control en atención materno-infantil
- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles
- Enfermedades catastróficas o de alto costo
- La atención de urgencias
- La consulta médica, odontológica y consulta por otras disciplinas no médicas, exámenes de laboratorio, imagenología, despacho de medicamentos cubiertos en el POSS y consulta de urgencia.
- Prescripciones regulares dentro de un programa especial de atención integral de patologías

Criterios de asignación y modelos de pago

Siendo las EPS las principales encargadas de la conformación de las redes prestadoras de servicios de salud para la provisión del Plan Obligatorio de Salud a su población afiliada, recae sobre estas el diseño e implementación de los modelos de contratación y pago a las instituciones prestadoras de salud. No obstante, estas se encuentran limitadas por los desarrollos reglamentarios que modulan las relaciones entre EPS e IPS, la estructura de mercado y los instrumentos de formación de precios del sector.

Los mayores esfuerzos reglamentarios se han concentrado en las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a fin de facilitar y normalizar las condiciones estas relaciones dando mayor celeridad al flujo de recursos.

Los mecanismos de contratación o compra de servicios entre EPS y proveedores de servicios de uso más extendidos en el país son:

Capitación o valor fijo por usuario contratado. Este mecanismo se encuentra asociado principalmente a servicios de baja complejidad y alta frecuencia.

Por evento. Se define como un mecanismo por el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un periodo determinado y vinculado a un evento en salud. Este mecanismo se utiliza de manera extensiva en los niveles intermedios y de alta complejidad.

Conjuntos integrales de atención o paquetes. En este mecanismo se integra un conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos. En los últimos años este mecanismo, se extendió a patologías o condiciones clínicas altamente estandarizables, como son los tratamientos ambulatorios de VIH SIDA, enfermedad renal crónica, implantación de prótesis de caderas, entre otros.

Es claro que en el país existe la necesidad de incorporar mecanismos de contratación que permitan lograr relaciones y transacciones entre EPS e IPS con menores costos de transacción, información para la gestión del riesgo y reducción de conflictos. Ante la carencia de elementos objetivos para la formación de precios, fue necesario adoptar los sistemas de tarifas del Instituto de Seguros Sociales y del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), como referencia para la negociación de precios.

Esto planteó un problema inicial de discriminación entre la canasta de servicios definida en el Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el SGSSS, constitutiva del POS, y el sistema de los procedimientos tarifarios del Instituto de Servicios Sociales y el SOAT, situación que no se ha solucionado hasta el momento. El esquema de transacción por procedimientos dejó de lado la opción de conformación de precios a partir de unidades más integrales, como los diagnósticos. Esta decisión ha incrementado de manera decisiva los costos de transacción de los contratos a través de sistemas de información, de control y de auditoría.

La actualización tarifaria puede no ser considerada en algunos casos como un componente importante en el proceso de contratación, lo que se sustenta en la limitada actualización de procedimientos y tarifas que ha existido en los dos sistemas tarifarios a lo largo del tiempo, más allá de los ajustes por inflación.

Contingencias del SSGS – recobros por eventos no POS

En los últimos años, el sistema ha tenido que soportar el fenómeno, y su crudecimiento, del reconocimiento por parte del Estado de las prestaciones que se encuentran por fuera del Plan Obligatorio de Salud (POS), sin mecanismos para compensar el efecto financiero de dichas obligaciones. Esto constituye un riesgo a la sostenibilidad económica del sistema y una importante fuente de inequidad.

En la actualidad, el pago de los eventos no POS se reconoce contra los recursos del sistema en forma de recobros, con cargo a la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), en el caso del régimen contributivo, y con cargo a las autoridades departamentales, distritales y municipios certificados en salud, en el caso del régimen subsidiado.

El crecimiento del monto destinado al pago de eventos no POS ha tenido una dinámica difícilmente sostenible en el mediano plazo: entre 2007 y 2008 los pagos en el régimen contributivo crecieron un 84%; entre 2008 y 2009 aumentaron un

78,4% y entre 2009 y 2010 se incrementaron un 65,2%, alcanzando para 2010 un total proyectado de 2,3 billones de pesos. Cabe señalar que ningún esquema de financiamiento soporta el crecimiento de estas obligaciones, que para el periodo 2002–2010 aumentó en una tasa anual promedio cercana al 80%.

Frente a esta situación, es importante indagar sobre las causas del crecimiento sostenido de las obligaciones por concepto de los eventos no POS. Cabe señalar que según estudios del perfil epidemiológico y de carga de la enfermedad, no ha habido cambios trascendentales en el perfil epidemiológico del país durante el periodo 2006-2010, ni se ha presentado una pandemia de proporciones similares a la evolución de estos procedimientos. La principal causa se encuentra, entonces, en los incentivos de los distintos agentes que se ven comprometidos en el manejo de los planes de beneficios.

En particular, el crecimiento de la cobertura del sistema y el retraso en la actualización de los planes de beneficios motivaron que para los numerosos eventos no comprendidos en el POS vigente se les recomendara a los pacientes hacer uso de recursos constitucionales de amparo, que en el caso colombiano se denominan Acciones de Tutela. De igual modo, la sentencia T- 760 de la Corte Constitucional ordena que se amplíe la competencia de los Comités Técnicos Científicos para que puedan autorizar servicios médicos diferentes a medicamentos.

El crecimiento de los eventos no POS y la equidad del sistema de salud

El crecimiento de los recobros por eventos no POS tiene también efectos negativos en materia de equidad y solidaridad, trasgrediendo principios fundamentales del sistema. Para el año 2009, cerca de 533.430 personas solicitaron recobros al Fosyga por un total de 1,8 billones de pesos, para un valor promedio por persona cercano a 3,4 millones de pesos, 7 veces superior a la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo y 13 veces superior al valor de la UPC en el régimen subsidiado.

Es de destacar que los recursos destinados a atenciones no POS, en su mayoría, fueron utilizados en la población de mayor nivel de ingreso (afiliados al régimen contributivo), que cuentan con el conocimiento y la asesoría jurídica para aprovechar los mecanismos administrativos y judiciales de recobro de los eventos no POS, sin responder a criterios técnicos frente a las necesidades de salud de la totalidad de la población o a la identificación de aquellos servicios que generan mayores beneficios para la sociedad en general.

En la práctica, los recursos destinados al pago de prestaciones no POS retrasaron la posibilidad de garantizar la cobertura universal, afectando el acceso de la población más vulnerable a los beneficios del sistema.

Si se analizan los medicamentos más recobrados por concepto de eventos no POS, se encuentra que durante 2010 se cancelaron más de 50.000 mil millones de pesos por concepto de fórmulas nutricionales y de hormonas de crecimiento,

suma por medio de la cual se podrían haber financiado 192 mil cupos nuevos en el régimen subsidiado²⁴.

La inequidad se produce también frente a las destinaciones de otros sectores. El monto total de los recobros en el año 2010, cercano a 2,3 billones de pesos, es el doble de los recursos destinados por el Presupuesto General de la Nación para agua potable y saneamiento básico, más que los recursos de la rama judicial y superior al total del presupuesto de la Nación para la preservación del medio ambiente²⁵. Los recursos de recobros, que cubren a 533.430 personas, permitirían atender a 5,6 millones de niños a través de más de 12 programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y podrían financiar 8,8 millones de cupos nuevos en el régimen subsidiado²⁶.

Ante esta situación, el MSPS ha establecido un conjunto de medidas que buscan dar una solución estructural y sostenible a esta problemática, entre las que se incluyen el control de los valores máximo de pago de recobros, un mecanismo diferente para el ingreso de nuevas tecnología de salud al país, actualización del plan de beneficios, ajustes en la arquitectura del financiamiento, incorporación de nuevos recursos, impulso a la generación de guías de práctica clínica, declaración y seguimiento de conflictos de interés por parte del personal médico, entre otras.

MACROGESTIÓN

Rectoría

La rectoría del sistema de salud se encuentra a cargo del Ministerio de Salud Pública y Protección Social, es decir, su dirección, orientación y conducción. Los objetivos de este Ministerio son formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, y participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales, lo cual se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo. El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá, orientará, coordinará y evaluará el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, en cuanto a su competencia. Además, formulará, establecerá y definirá los lineamientos relacionados con los sistemas de información de la Protección Social.

Según se trate el aspecto de reglamentación y de acuerdo con el ámbito de las competencias y funciones señaladas por la Ley, el MSPS desarrolla de manera coordinada con otras instancias del estamento ejecutivo el proceso reglamentario.

Formulación de políticas y planes

El MSPS en el marco de sus competencias ha generado las siguientes políticas “explícitas” nacionales de salud para el sector.

Cuadro 4 – Políticas explícitas del sector salud, Colombia, 2003-2007

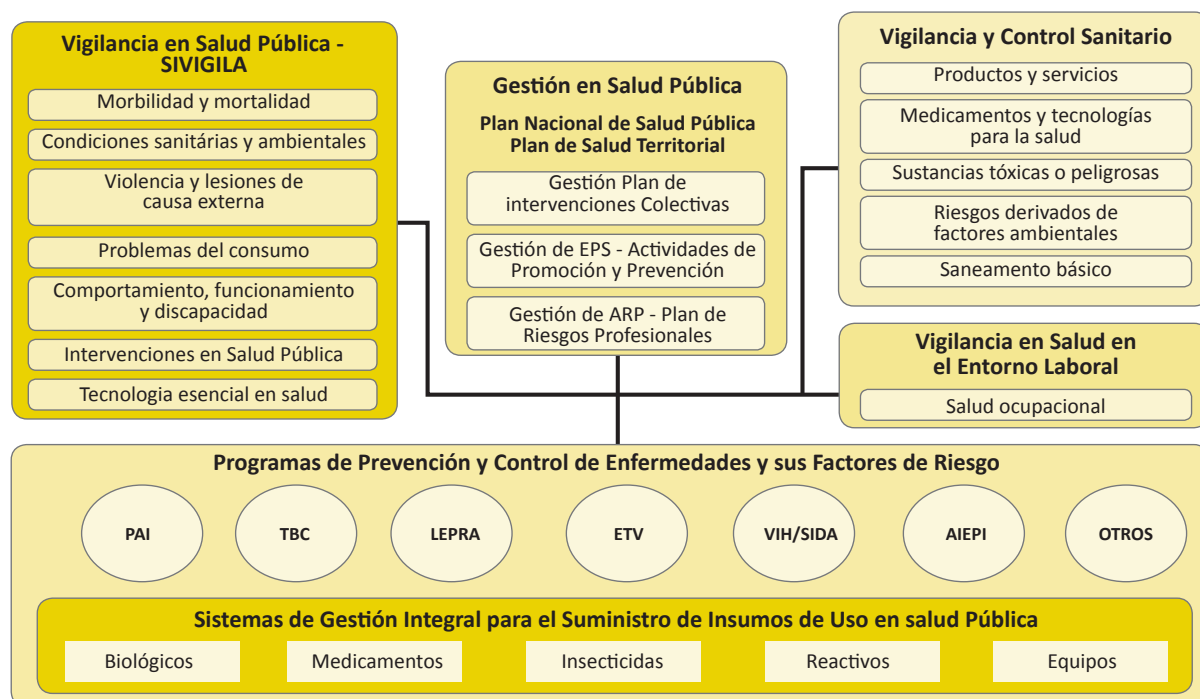
Política	Año	Descripción
Decreto 3907 Plan Nacional de Salud Pública	2007	<p>Establece los siguientes cinco lineamientos de política para el país:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la salud y la calidad de vida. • Prevención de los riesgos • Recuperación y superación de los daños en la salud • Vigilancia en salud y gestión del conocimiento: <ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia en salud pública - Vigilancia en salud en el entorno laboral - Vigilancia sanitaria • Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública
Política Nacional de Envejecimiento y Vejez	2007	<p>Dirigida a toda la población residente en Colombia y, en especial, a los mayores de 60 años. Con énfasis en aquellos en condiciones de vulnerabilidad social, económica y de género. Tiene presente el lineamiento por ciclo de vida. Es una política pública, de Estado, concertada, que articula a todos los estamentos del gobierno y la sociedad civil en un propósito común: visibilizar e intervenir la situación del envejecimiento y la vejez en el periodo 2007-2019. Tiene por objetivos generales: Dirigir de manera activa, a nivel intersectorial y territorial, las condiciones de desarrollo social, económico y cultural de los individuos, la familia y la sociedad, como medio para propiciar que los ancianos de hoy y del futuro alcancen una vejez digna, saludable e integrada, dentro del marco de la promoción, prevención y restitución de los derechos humanos.</p> <p>Crear condiciones para el envejecimiento de la población, entendido como el derecho de toda la población a una vida digna, larga y saludable, reconociendo la trascendencia de la corresponsabilidad individual, familiar y social en este proceso.</p>
Política Nacional de Sangre	2007	<p>La Política Nacional de Sangre define las estrategias, líneas de acción, proyectos y metas que deben responder a los problemas de accesibilidad, equidad, seguridad y solidaridad, con base en el diagnóstico que al respecto han elaborado el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.</p>
Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional – Conpes 113.	2007	<p>El Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes) aprobó el 31 de marzo de 2008, la Política Nacional De Seguridad Alimentaria Y Nutricional, mediante Conpes Social 113.</p> <p>La Política está dirigida a toda la población colombiana y requiere la realización de acciones que permitan contribuir a la disminución de las desigualdades sociales y económicas asociadas a la inseguridad alimentaria y nutricional en los grupos de población en condiciones de vulnerabilidad.</p>
Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud	2005	<p>Tiene como propósito garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los colombianos.</p>
Política Nacional Farmacéutica	2003	<p>La Política apunta a resolver dificultades en el uso adecuado de los medicamentos como eje fundamental, incluido el desarrollo de los servicios farmacéuticos como la estrategia de mejoramiento continuo del espacio en el que más frecuentemente se utilizan, así como a corregir defectos del sistema de vigilancia y control de la calidad y a reducir inequidades en el acceso.</p>
Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	2003	<p>Mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas.</p>

En los casos donde la política requiere la concertación intersectorial y/o afecta el desarrollo económico y social del país, la política se expresa a través de un documento Conpes. Para lograrlo, coordina y orienta a los organismos encargados de la dirección económica y social en el Gobierno, a través del estudio y aprobación de documentos sobre el desarrollo de políticas generales que son presentados en sesión.

VIGILANCIA EN SALUD

En Colombia la vigilancia en salud pública se considera una función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud individual y colectiva, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública. Se encuentra conformada por un sistema que incorpora los componentes que se muestran en la Figura 2.

Figura 2 – Vigilancia en Salud Pública, Colombia



Vigilancia general

Reglamento sanitario internacional

Colombia viene impulsando diferentes iniciativas para lograr la implementación del Reglamento Sanitario Internacional 2005, las cuales pueden clasificarse en los siguientes cinco ejes temáticos.

Diagnóstico de capacidades básicas

En el periodo 2009-2011, el Ministerio de la Protección Social, en convenio con la Universidad Nacional de Colombia, desarrolló el macroproyecto para el “Diagnostico de capacidades del sistema de vigilancia y respuesta en salud pública e inspección, vigilancia y control para la seguridad sanitaria” con el propósito evaluar los sistemas nacionales de vigilancia y respuesta. Esta evaluación fue concebida para los tres niveles: nacional, subnacional y local, cuya implementación causó retraso en los plazos establecidos.

Los principales problemas identificados en el diagnóstico de capacidades básicas fueron: 1) Desarrollo incipiente de la integración intersectorial; 2) Desarticulación en los componentes de vigilancia, respuesta e inspección, vigilancia y control sanitario (IVC); 3) Insuficiente capital humano; 4) Deficiencia en el capital físico para la realización de actividades de seguridad sanitaria; 5) Desarrollo del capital tecnológico no acorde con las actividades y requerimientos de la seguridad sanitaria.

A partir de esas problemáticas, las recomendaciones de fortalecimiento son: 1) Intensificar los esfuerzos para institucionalizar los procedimientos para ejercer la función de vigilancia sanitaria para la detección, notificación y respuesta a eventos de salud pública de importancia nacional e internacional; 2) Elaborar protocolos de los principales procedimientos requeridos para el funcionamiento de la vigilancia y respuesta en concordancia con los de IVC; 3) Adoptar una política de talento humano que oriente las prioridades de esa formación y establezca mecanismos para lograr la estabilidad suficiente para llevar a cabo los procesos propios de la vigilancia y respuesta e IVC; 4) Fortalecer y recuperar los laboratorios de salud pública con el fin de responder a las necesidades y requerimientos que demanda las actividades de vigilancia en salud pública y sanitaria; 5) Avanzar en la definición de los estándares para el intercambio de información de interés en salud pública con los actores de los sectores involucrados y, por tanto, la capacitación del recurso humano que adelantará esta labor.

Fortalecimiento institucional

Considerando la necesidad de fortalecer la capacitación, se ha trabajado en la formación de inspectores sanitarios, técnicos y profesionales de la salud pública, integrando el componente de puntos de entrada (1A y 1B del RSI).

Con respecto a la “Capacidad básica necesaria para las tareas de vigilancia y respuesta” y la “Capacidad básica necesaria en los aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres designados”, se emitieron lineamientos a través de varios instrumentos normativos y directrices, para definir asuntos estructurales para la aplicación del RSI. Se definieron 12 puertos marítimos autorizados para expedir los certificados sanitarios reconocidos internacionalmente; se establecieron las directrices para la implementación de todos los anexos del Reglamento Sanitario Internacional (RSI); y se han dispuesto instrumentos administrativos para facilitar la disposición de recursos para el fortalecimiento institucional y el desarrollo de proyectos para apoyar la aplicación del RSI. Se destacan cinco espacios de integración de los sectores competentes para articular los componentes específicos relacionados con la prevención y el control de los riesgos según el RSI: Comisión de Vigilancia en Salud Pública, Antipandemia, de la Red de Laboratorios y el Comité de Sanidad Portuaria, liderados por la Dirección de Epidemiología y Demografía y el Consejo Nacional de Control de Zoonosis por la Dirección de Promoción y Prevención.

Asimismo, el MSPS realizó la transferencia de recursos de inversión por valor de cuatro mil millones de pesos distribuidos en 77 municipios fronterizos, con el fin de mejorar las capacidades para la vigilancia y respuesta.

La aplicación específica de los recursos corresponde a: a) Equipo básico territorial de salud pública, control sanitario y aplicación del RSI; b) Infraestructura física para las acciones de seguridad sanitaria e IV; c) Infraestructura de comunicaciones para las acciones de seguridad sanitaria e IVC; d) Insumos para toma y transporte de muestras y equipos de protección personal.

Se ha hecho una revisión de las leyes, decretos, resoluciones y otros instrumentos legales que conforman el marco legislativo en el cual se establecen las responsabilidades de organismos e instituciones. Se encuentran en proceso de actualización, modificación o reglamentación alrededor de 20 normas para contribuir a la definición de los roles de cada parte y de los sectores involucrados, acorde a las disposiciones del RSI 2005.

Cooperación internacional y fronteriza

Colombia ha elaborado cuatro propuestas de Cooperación Técnica con Panamá, Ecuador, Perú y Brasil a través de las cuales se busca movilizar recursos para fortalecer la implementación del RSI en las correspondientes áreas fronterizas. Además, se han desarrollado encuentros binacionales con Ecuador con el fin de elaborar los acuerdos marco y específico para la implementación del paso fronterizo de San Miguel como centro de control integrado, en respuesta al mandato presidencial de ambos países para consolidar el Centro Binacional de Atención en Frontera (CEBAF) antes del 31 de marzo de 2012 y replicarlo en el paso de frontera de Rumichaca.

Las entidades binacionales partícipes y sus homólogos determinaron incluir como marco de actuación en los CEBAF las disposiciones relativas a los controles sanitarios relacionados con la salud humana y el control sanitario en los respectivos países, las disposiciones contenidas en los Anexos 1 y 2 del RSI-2005.

Acompañamiento y asesoría técnica en sanidad portuaria

Los Comités de Sanidad Portuaria realizan la articulación con las autoridades competentes de los otros sectores involucrados en la implementación del RSI en puntos de entrada. Además, se realizó el curso virtual de formación sobre la “Aplicación del marco técnico y normativo Nacional e Internacional en Puntos de Entrada” dirigido a profesionales y técnicos que realizan acciones de Vigilancia y Control Sanitario y Vigilancia en Salud Pública en puntos de entrada marítimos y aéreos.

Se llevó a cabo también la capacitación en inspección, vigilancia y control (IVC) en Sanidad Portuaria y en la expedición de los certificados de sanidad a bordo. Además, se realizaron talleres regionales con la participación de las autoridades sanitarias de las regiones convocadas y las autoridades locales de otros sectores para la socialización de información relacionada con temas de inspección, vigilancia y control en áreas portuarias y revisión de propuestas normativas para su ajuste.

Fortalecimiento del Centro Nacional de Enlace (CNE) y de la red de comunicaciones

Entre los aspectos organizativos definidos por el RSI en el 2007, se puso en operación el Centro Nacional de Enlace²⁷ (CNE) para establecer una relación oficial y permanente con la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la notificación de eventos de potencial importancia internacional.

También se incorporó en la página del sitio Web del entonces Ministerio de Protección Social, hoy MSPS, un enlace (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/CNE-CentroNacionaldeEnlace.aspx>) con la información relacionada. En el 2011 se emitieron las Circulares 031 y 057 que reglamentaron el procedimiento de disponibilidad de los funcionarios para la vigilancia en salud pública y la distribución de las herramientas de comunicaciones a los puntos focales de las entidades territoriales, con el fin de garantizar la comunicación y operación articulada de la Red Nacional de Vigilancia en Salud Pública con el CNE.

Red de diagnóstico laboratorial para la vigilancia en salud

La Red Nacional de Laboratorios (RNL) actúa en el marco del sistema de vigilancia de salud pública. Está organizada como un sistema técnico gerencial cuyo objeto es la integración funcional de laboratorios nacionales de referencia, laboratorios de salud pública, laboratorios clínicos, otros laboratorios y servicios de toma de muestras y microscopía, para la realización de exámenes en apoyo a la vigilancia de eventos de interés en salud pública y para la vigilancia y control sanitario.

De acuerdo con lo señalado en el Decreto 2323/06, son líneas estratégicas de la RNL: 1) Vigilancia en salud pública: acciones para apoyar la vigilancia en salud pública y la vigilancia y control sanitario; 2) Gestión de la calidad: acciones para el mejoramiento progresivo en el cumplimiento de los estándares óptimos de calidad; 3) Prestación de servicios: acciones para el mejoramiento de la capacidad de oferta de servicios desde los laboratorios públicos y privados en los diferentes niveles territoriales; 4) Investigación: acciones para apoyar la investigación desde el laboratorio y contribuir con el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología en el desarrollo de investigaciones en el área de la salud.

Son integrantes de la Red Nacional de Laboratorios: a) El Instituto Nacional de Salud (INS); b) El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima); c) Los laboratorios de Salud Pública Departamentales y del Distrito Capital de Bogotá; 4) Los laboratorios clínicos, de citohistopatología, de bromatología, de medicina reproductiva, bancos de sangre y componentes anatómicos y otros laboratorios que realicen análisis de interés para la vigilancia en salud pública y para la vigilancia y control sanitario.

El INS y el Invima son laboratorios de referencia del nivel nacional y los laboratorios de salud pública departamentales lo son en sus respectivas jurisdicciones. Existen treinta y tres laboratorios departamentales (treinta y dos departamentales y uno distrital).

La Comisión Nacional Intersectorial²⁸ brinda apoyo y orientación superior a la Red Nacional de Laboratorios a través de recomendaciones, entre otras, de reglamentación y normas técnicas bajo un enfoque de intersectorial.

Vigilancia epidemiológica

En Colombia, la vigilancia epidemiológica forma parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila)²⁹(Decreto 3518/06) para la provisión, en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública, tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

Son responsables por el Sivigila el Ministerio de la Protección Social, el INS y el Invima, las Direcciones subnacionales de Salud, las entidades administradoras de planes de beneficios de salud³⁰, las Unidades Notificadoras y las Unidades Primarias Generadoras de Datos³¹.

El proceso adelantado por el Sivigila es el siguiente: sobre un conjunto básico de información de los eventos de interés nacional en salud pública, capturados por las Unidades Primarias Generadora de Datos, se activa un proceso de notificación³² y pro-

cesamiento de la información, sobre el cual se desarrolla un análisis e interpretación, se disparan acciones o intervenciones, algunas inmediatas y otras para la construcción de conocimiento aplicable al sistema. Los eventos vigilados se sustentan en modelos y protocolos de vigilancia e incluyen un proceso de estandarización (Figura 3).

Figura 3 – Actores institucionales de vigilancia y control sanitario en Colombia



Vigilancia sanitaria

La vigilancia sanitaria en Colombia se desarrolla en el marco de los compromisos internacionales adoptados y en lo dispuesto en la Constitución Política en lo referente a derechos colectivos y del medio ambiente.

Dentro de los compromisos internacionales se encuentran: 1) Reglamento sanitario internacional (OMS, 2005) 2) Acuerdo de medidas sanitarias y fitosanitarias (OMC, 1994); 3) Convenio internacional para prevenir la contaminación por los buques (MARPOL 73/78).

La Constitución Política establece los derechos colectivos y de medio ambiente (Capítulo III. Artículos 78 al 82), entre los que se destacan los siguientes aspectos: 1) Hace exigible el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización y la responsabilidad de productores y comercializadores frente a la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios; 2) Fija el derecho a gozar de un ambiente sano y establece como responsabilidad del Estado prevenir y controlar los factores de deterioro ambiental, imponer las sanciones legales y exigir la reparación de los daños causados.

Sobre el marco constitucional se desarrolla el marco legislativo sobre los diferentes aspectos que involucran la vigilancia sanitaria³³. En desarrollo de este marco

legislativo, el gobierno nacional expidió un conjunto de normas que constituyen el marco reglamentario.

Este marco legislativo y reglamentario se implementa a través de la articulación de los siguientes actores institucionales (Figura 3)³⁴.

Vigilancia sanitaria, ingreso y permanencia en el mercado de productos

El sistema de vigilancia sanitaria cuenta con un régimen de registros y licencias control de calidad y vigilancia sanitaria de los medicamentos, cosméticos, preparaciones farmacéuticas a base de recursos naturales, productos de aseo, higiene y limpieza y otros productos de uso doméstico en lo referente a la producción, procesamiento, envase, expendio, importación, exportación y comercialización. La reglamentación sobre este aspecto es extensa, pero parte con el Decreto 677/95.

Los principales instrumentos utilizados son: 1) Licencia sanitaria de funcionamiento: los establecimientos fabricantes de los productos de interés deberán tener licencia de funcionamiento sanitario expedida por el Invima o la autoridad que este haya delegado; 2) Registro sanitario: el documento público expedido por el Invima o la autoridad delegada que faculta a una persona natural o jurídica para producir, comercializar, importar, exportar, envasar, procesar y/o expender los medicamentos cosméticos, preparaciones farmacéuticas a base de recursos naturales, productos de aseo, higiene y limpieza y otros productos de uso doméstico.

Es importante aclarar que en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva, el responsable directo es el Invima. Estas acciones se realizan especialmente por lo contemplado en las Leyes 9/79, 100/93 y 1122/07 y sus decretos reglamentarios, siguiendo los estándares definidos en materia sanitaria. Por su parte, el ICA diseña y ejecuta estrategias para, prevenir, controlar y reducir riesgos sanitarios, biológicos y químicos para las especies animales y vegetales, que puedan afectar la producción agropecuaria, forestal, pesquera y acuícola de Colombia.

Regulación de la publicidad en salud

Desde el Invima, en articulación con las demás entidades competentes, se ha expedido un marco reglamentario sobre publicidad y material informativo (Cuadro 5).

Cuadro 5 – Regulación de la publicidad en Colombia

Línea	Reglamentación específica
Alimentos	Decreto 1397 de 1992. “Por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones.” Resolución 1893 de 2001: “Por la cual se establece el régimen sanitario para la utilización de incentivos en contacto con el alimento en los productos alimenticios”.
Bebidas alcohólicas	Ley 30 de 1.986. “Por el cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones.” Ley 124 de 1.994. “Por medio de la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones.” Decreto 3192 de 1.983. “Por el cual se reglamenta parcialmente el Título v de la Ley 9 de 1.979, en lo referente a fábricas de alcohol y bebidas alcohólicas, elaboración, hidratación, envase, distribución, exportación, importación y venta de estos productos y se establecen mecanismos de control en el territorio nacional”
Cosméticos	Decreto 219 de 1998. “Por el cual se reglamenta parcialmente los regímenes sanitarios de control de calidad, de vigilancia de los productos cosméticos, y se dictan otras disposiciones”. Decisión 516 de la Comunidad Andina de Naciones, de 2002. Armonización de legislaciones en materia de productos cosméticos.
Dispositivos médicos	Decreto 4725 de 2005. “Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano”. Decreto 1030 de 2007. “Por el cual se expide el Reglamento Técnico sobre los requisitos que deben cumplir los dispositivos médicos sobre medida para la salud visual y ocular, los establecimientos en los que se elaboren y comercialicen dichos insumos y se dictan otras disposiciones”.
Medicamentos	Decreto 677 de 1995. Por el cual se reglamenta parcialmente el régimen de registros y la publicidad de medicamentos bajo fórmula médica. Decreto 2200 de 2005. Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. Resolución 4320 de 2004. Por la cual se reglamenta la publicidad de los medicamentos y productos fitoterapéuticos de venta sin prescripción médica.
Fitoterapéuticos	Decreto 677 de 1995. Por el cual se reglamenta parcialmente el régimen de registros y la publicidad de medicamentos bajo fórmula médica. Decreto 2266 de 2004. Por el cual se reglamentan los regímenes de registros sanitarios y publicidad de los productos fitoterapéuticos. Resolución 4320 de 2004. Por la cual se reglamenta la publicidad de los medicamentos y productos fitoterapéuticos de venta sin prescripción médica.
Suplementos dietarios	Decreto 272 de 2009: Por el cual se modifica el párrafo del artículo 24 del Decreto 3249 de 2006, modificado por el artículo 6 del Decreto 3863 de 2008. Decreto 3249 de 2006: “Por el cual se reglamenta la fabricación, comercialización, envase, rotulado o etiquetado, régimen de registro sanitario, de control de calidad, de vigilancia sanitaria y control sanitario de los suplementos dietarios, se dictan otras disposiciones y se deroga el Decreto 3636 de 2005”.

Puntos de entrada internacional

En los puntos de entrada internacional (pasos de fronteras, puertos y aeropuertos) se realiza vigilancia de dos tipos: 1) Vigilancia sanitaria (Ley 9/79; Decreto 1601/84), dentro de la cual, se realizan acciones transversales de inspección, vigilancia y control, a mercancías y medios de transporte; y 2) Vigilancia en salud pública (Ley 9/79; Decreto 1601/84; Decreto 3518/06), que incluye acciones de seguimiento de tripulaciones y viajeros.

Vigilancia ambiental

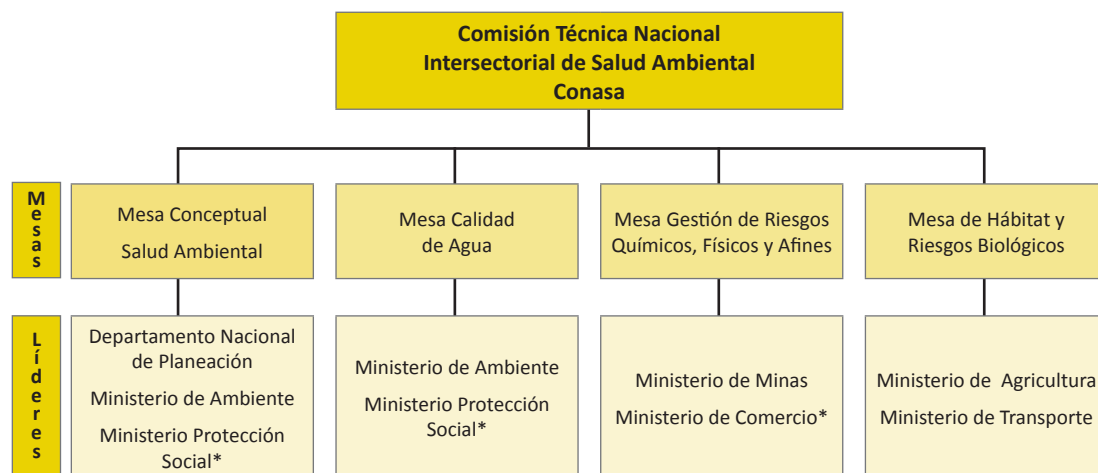
El proceso de vigilancia ambiental en salud en el país se desarrolla desde la vigilancia en salud pública a través del Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública (Sivigila) y desde la vigilancia ambiental en lo relativo a la inspección, vigilancia y control en establecimientos de interés sanitario (Ley 09/79).

La Dirección de Promoción y Prevención, desde la Subdirección de Salud Ambiental del MSPS, se encarga del desarrollo de las siguientes líneas: 1) hábitat saludable, 2) calidad del agua, aire y saneamiento básico, 3) seguridad química. A su vez, estas líneas centran su atención en los siguientes factores de riesgo: a) físicos y de saneamiento básico que afecten la salud; b) transmitidos por vectores y zoonosis que afecten la salud; c) de consumo de agua que afecten la salud; d) provenientes de sustancias químicas, radiactivas, potencialmente tóxicas o peligrosas de uso o consumo, que afecten la salud.

Con la expedición del Conpes 3550/08, se fijan los lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental, con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad del agua y seguridad química. Asimismo, en atención a los lineamientos formulados por este se crea la Comisión Técnica Nacional Intersectorial de Salud Ambiental (Conasa) (Decreto 2972 de 2010), que tiene por objeto coordinar y orientar el diseño, la formulación, el seguimiento y la verificación de la implementación de la Política Integral de Salud Ambiental.

Dentro de sus funciones, la Conasa formula el plan de trabajo detallado para el desarrollo de los objetivos planteados en el plan de acción del documento Conpes 3550/08. Además, realiza recomendaciones que permitan la articulación, armonización e integralidad de las normas sectoriales del sector salud en el contexto ambiental y las propias del sector ambiente, en el marco de la Constitución Política y los principios y disposiciones de la ley 99/93 o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Figura 4 – Estructura de la Comisión Técnica Nacional Intersectorial de Salud Ambiental (Conasa)



Sistema para mitigar el riesgo de desastres naturales

Mediante la Ley 46/88 se crea el Sistema Nación de Prevención y Atención de Desastres, fijando los lineamientos para la gestión y la organización a nivel interinstitucional. Mediante el Decreto 93/98 se adopta el Plan Nacional para la Prevención y Atención de Desastres y mediante el Documento Conpes 3146/01 se crea la estrategia para consolidar la ejecución del Plan³⁵. Se determinó como estrategia el manejo de la gestión del riesgo como componente importante de los Planes de Ordenamiento Territorial y los Planes de Desarrollo Sectorial, configurados como instrumentos de planificación y a su vez herramientas para la toma de decisiones sobre el futuro económico y social de los municipios, los departamentos y la Nación.

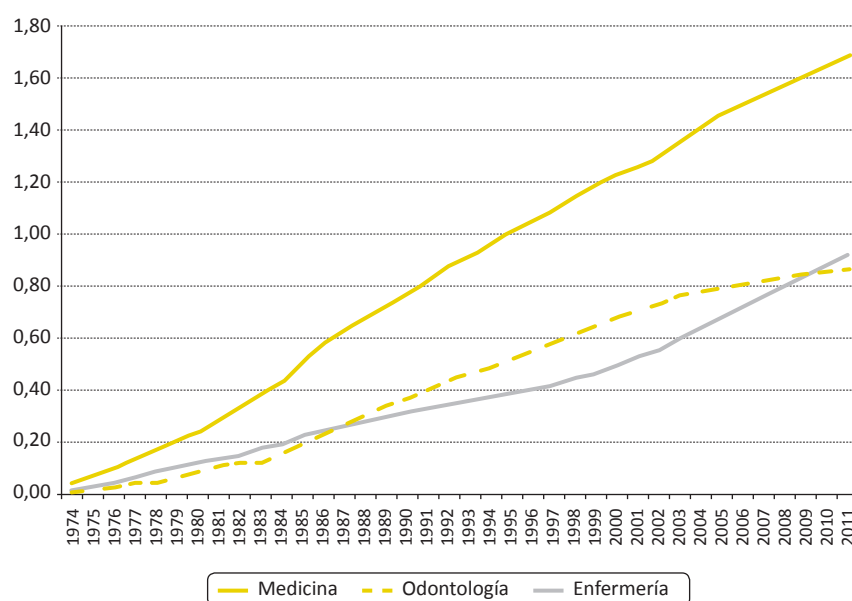
FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

La fuerza de trabajo del sector salud colombiano está conformada por más de 300.000 trabajadores, de cuyo total cerca del 40% corresponde a auxiliares de salud, principalmente en el perfil ocupacional de auxiliares de enfermería.

De acuerdo con proyecciones a partir del análisis de los recursos humanos en el país, para 2011 deberían estar laborando en Colombia 77.500 médicos, 42.300 enfermeras, 39.800 odontólogos, 40.000 terapeutas, 21.000 bacteriólogos, 6.800 nutricionistas, 4.300 químicos farmacéuticos y 4.000 optómetras, para una fuerza de trabajo compuesta por 235.000 profesionales. El Gráfico 2 muestra la progresión de la relación de números de profesionales por mil habitantes entre 1974 y 2010. Hay tendencia creciente en la razón de médicos por habitante, alcanzando en 2011, 1,7 médicos y 0,9 enfermeras por mil habitantes, lo cual de forma agregada representa

un índice de 2,6 entre enfermeras y médicos por mil habitantes. Este indicador se sitúa ligeramente encima del estándar para América Latina propuesto por la OPS, de 2,5. Es relevante la reducción en la tasa de crecimiento de la relación de odontólogos por mil habitantes, lo que se viene evidenciando a partir de 2003. Uno de los retos es incrementar la disponibilidad de promotores de salud, como requisito para hacer viable la estrategia de atención primaria.

Gráfico 2 – Contingente y proyección de profesionales en disciplinas seleccionadas por 1.000 habitantes, Colombia, 1974-2010



Fuente: Ruiz F, Matallana MA, Amaya JL (2008)

Brecha entre necesidades del sistema y oferta de personal

Para el año 2011 el contingente de personal de salud se estima en 422.601 de los cuales 186.744, el 44,2%, corresponde a la categoría de técnicos y auxiliares y 235.857 profesionales, 51,22 por cada 10.000 habitantes. Para el año 2011, la densidad de recursos humanos en salud (médicos más enfermeras) es de 26,02 por cada 10.000 habitantes y la razón de enfermeras por médico es de 0,55.

Desde el punto de vista político-administrativo, Colombia cuenta con una gran heterogeneidad territorial en las características, tamaños y desarrollo territorial. El 35,81% de la población se encuentra concentrada en nueve ciudades (el 0,8% de los municipios) de más de 500.000 habitantes, mientras que el 15,39% de la población se encuentra ubicada en municipios con menos de 20.000 habitantes (67,47% de los municipios).

Solamente se dispone de información sobre distribución geográfica con corte en el año 2000. Dicha información indica que existe una gran concentración de

médicos generales en los municipios de más de 500 mil habitantes: para el año 2000 era 23 veces mayor que en los de menos de 20.000 habitantes. El estudio de Oferta y Demanda de los Recursos Humanos en Salud de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia del 2000 estableció que los profesionales tienden a instalarse en los grandes centros urbanos y las ciudades donde se formaron.

Tabla 6 – Estimación del contingente de personal de salud, Colombia, 2011

Profesión	Nº	Nº prof. / 10 mil habitantes
Medicina	77.473	16,83
Enfermería	42.295	9,19
Odontología	39.738	8,63
Nutrición y dietética	6.771	1,47
Terapias	39.980	8,68
Bacteriología y laboratorio clínico	21.122	4,59
Optometría	4.091	0,89
Química farmacéutica	4.387	0,95
Total	235.857	51,22

Fuente: Recursos Humanos de la Salud en Colombia, Balance Competencias y Prospectiva, CENDEX, 2008

Por otra parte, se debe destacar que la progresión acelerada del país hacia la universalización ha generado una presión sobre la demanda en el mercado laboral. Esto es patente en los recursos humanos de pregrado en medicina, enfermería y en especialidades médicas. Otras profesiones, tales como los terapeutas y los odontólogos, han tenido una relativa menor demanda y existen incluso indicios de un cierto nivel de desempleo para estas profesiones.

Evidencia que compara la demanda de servicios con la oferta de recursos humanos muestra que podría existir un déficit en la mayor parte de las disciplinas, con especial énfasis en las áreas de medicina, enfermería y no superávit en las áreas de odontología y terapias. Para poder hacer este análisis se evaluaron diferentes escenarios de crecimiento de cobertura de aseguramiento, proyectados hacia el año 2011. El país alcanzó la universalización de una manera más acelerada que estas previsiones y la cobertura de aseguramiento entre el año 2000 y 2010 creció cerca de 35%, lo cual ha implicado una mayor demanda sobre los servicios de salud.

El modelo de servicios del sistema está orientado hacia la hospitalización, con énfasis en el tratamiento especializado y con algunas limitaciones en la capacidad resolutoria en el primero y segundo nivel de atención. Esta situación podría tener origen en el esquema regulatorio adoptado, cuyo sistema de gestión de calidad habilita a los hospitales y los servicios de salud imponiendo requisitos estrictos de disponibilidad de recursos humanos especializados como condición crítica para ofrecer la atención en especialidades. Como consecuencia, la oferta hospitalaria no está estructurada por especialidades troncales sino por servicios organizados

alrededor de segundas y terceras especialidades, lo que se evidencia en el modelo de habilitación de servicios.

Distribución geográfica

No existe evidencia cuantitativa sólida sobre la distribución geográfica de los recursos humanos. Sin embargo, existe evidencia cualitativa a través de directores de hospitales y servicios de salud sobre un escenario de carencia de recursos humanos especializados y de enfermería en la mayor parte de los ámbitos resolutivos del nivel intermedio de complejidad y alta complejidad, con especial énfasis en las ciudades de tipo intermedio (100.000 a 1.000.000 de habitantes). Estas ciudades comprenden más de más de 40 ámbitos urbanos, que cuentan con hospitales de mediana y alta complejidad.

La situación regional en la distribución de los recursos humanos puede tener un nivel de solución en el largo plazo, en la medida que ha venido creciendo la oferta regional de facultades de medicina, lo cual tiende ampliar la base de la oferta laboral.

Se estima que para el país existe un déficit relevante en las especialidades que exige una acción ya sea por la vía de la oferta, a través del incremento en la capacidad del país para producir especialistas, o por la demanda, en la medida que se lleve una racionalización de la demanda de servicios con mayor resolutiveidad por parte de médicos entrenados como médicos generales, familiares. La Ley Anti-trámites recién formulada impone una presión mayor sobre aseguradores y servicios de salud para atender estrictos tiempos en la oportunidad de atención en los servicios de salud. Esta situación requiere un esfuerzo del sistema de salud y el sistema educativo, con el fin de mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud.

Estrategias de innovación en la formación y educación permanente

El país ha avanzado en la implementación de una política integral para mejorar la calidad de la formación a través de mecanismos de autoevaluación y regulación. La acreditación de alta calidad de las instituciones y programas y el registro calificado de programas son los dos mecanismos de mayor importancia y fueron implantados al principio de la década.

La Ley 30/92 permitió la desregulación del sistema de educación superior, dando libertad a las universidades para ampliar su oferta educativa. Esta política obedeció a una línea intencionada de política educativa de incrementar el acceso a la educación superior en las diferentes profesiones a lo largo del país. Esta política ha estado ligada a la estrategia de aumento de la clase media dentro de la estrategia integral de lucha contra la pobreza. Como resultado, se generó un crecimiento muy importante de nuevas instituciones educativas, programas y número de cupos para educación superior, y una expansión de la oferta a nivel regional.

Sin embargo, para fines de los años 90 existían serios cuestionamiento acerca de la calidad de la formación obtenida por parte de los nuevos egresados. Estudios realizados en el año 2003 evidenciaban preocupaciones sobre la calidad de los recursos humanos, en especial sobre los graduados en nuevas instituciones y programas.

Esto condujo a la implantación de dos mecanismos para el mejoramiento de la calidad:

1. Un mecanismo de requisitos básicos a través del registro calificado, en el cual los programas son evaluados por pares, a través de una comisión reguladora, la Comisión Nacional para el Aseguramiento de la Calidad para la Educación Superior.
2. Un mecanismo voluntario para la acreditación de alta calidad a través del Consejo Nacional de Acreditación, que provee acreditación tanto para programas como para instituciones.

Estos dos mecanismos han tenido impacto relevante sobre las condiciones de la formación, obligando a las instituciones educativas a hacer mayores inversiones en términos de infraestructura, docencia y, en general, el país ha mejorado en la certificación y cualificación de la disponibilidad de profesores mejor entrenados con maestrías, doctorados y especialidades médicas acreditadas. Sin embargo, existen todavía limitaciones en la calidad de la educación, que es necesario abordar para reducir la brecha entre las instituciones educativas de muy alta calidad y aquellas de calidad mediana. Según el Consejo Nacional de Acreditación, el número de programas de salud acreditados, si bien ha aumentado, no supera el 40% del total de los programas.

Un aspecto importante en la educación en salud es la calidad del entrenamiento de pregrado y postgrado en ámbitos clínicos de práctica. La regulación del mercado educativo condujo a una evolución del crecimiento de la oferta privada concomitante con el crecimiento en la oferta privada de instituciones prestadoras de servicios de salud, lo cual ha implicado un cambio desde el modelo anterior, en el cual la mayor parte de la educación en salud se apoyaba en instituciones públicas que prestaban su servicio de manera gratuita, a un modelo de formación donde instituciones educativas privadas hacen contratos para la docencia-servicio con instituciones hospitalarias también de naturaleza privada.

Otro aspecto interesante de innovación en el sistema colombiano proviene del crecimiento del Sistema de Ciencia y Tecnología a través de COLCIENCIAS, lo cual ha permitido la ampliación de la base del número de investigadores y grupos de investigación en el sector salud (véase la sección 10 de este documento), a través de incentivos para la generación de grupos que puedan ser sujetos de financiación. Esta política se integra en la evaluación de los programas con las exigencias de disponibilidad de docentes de investigadores y grupos de investigación adecuados para el proceso formativo.

Finalmente, de manera concertada con las facultades del área de la salud y asociaciones de profesionales, se está avanzando en la definición de las competencias de los profesionales de la salud en Colombia.

Modelos de gestión y administración de personal en salud

Modalidad de contratación y pago

Cabe recordar que el SGSSS en Colombia es de carácter público, con la participación del sector privado, y no existe carrera sanitaria. Los procesos de gestión del trabajo varían sustancialmente entre las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas y privadas. El talento humano en salud vinculado a las IPS u hospitales públicos tiene la connotación de servidor público y/o trabajadores oficiales. A algunos de ellos les son aplicables las normas propias de la carrera administrativa, mientras que las IPS privados se rigen por el Código Sustantivo del Trabajo, vinculado al personal mediante contrato de trabajo por periodo indefinido, término fijo o temporal.

Asimismo, parte del sistema de formación de talento humano en salud es vinculado a las IPS de forma indirecta mediante modalidades de contratación propias de la flexibilización laboral, especialmente servicios personales indirectos, prestación de servicios o a través de cooperativas de trabajo asociado, organizaciones sindicales y sociedades por acciones simplificadas. En ningún caso estos contratos generan relación laboral ni prestaciones sociales y se celebrarán por el término estrictamente indispensable.

Las estimaciones reflejan que el 31,8% de los trabajadores de la salud se encuentran vinculados mediante contrato de trabajo formal, el 66% por modalidades de contratación propias de la flexibilización laboral, especialmente por prestación de servicios o a través de cooperativas de trabajo asociado, mientras que el 3% ejerce su profesión de manera independiente.

De acuerdo con un análisis recientemente realizado por la Universidad de Harvard y el Banco Mundial (Bossert, Bonilla, Ruiz, 2012), las condiciones del modelo de gestión y administración de personal de salud en el sistema colombiano es uno de sus aspectos más críticos. El problema regulatorio subyace en las implicaciones de la descentralización y autonomía que se posibilitó en los mercados de servicios de salud y la configuración de tipo empresarial sobre las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que impulsó la Ley 100/93, tanto para hospitales privados, como para hospitales públicos, a través de la configuración de Empresas Sociales del Estado que se definió para las IPS públicas. El mecanismo de contratación dominante en el sistema colombiano para los servicios de mediana y alta complejidad para la fuerza de trabajo es la de contratación por prestación de servicios (contratos no laborales), acoplada a la estrategia de externalización de la selección y vinculación

a través de cooperativas o empresas agrupadoras de recursos humanos. Se buscó reducir las plantas de personal y las obligaciones financieras de largo plazo que implicaban para los hospitales públicos y privados la carga de prestaciones asociadas a incentivos y bonificaciones. El sistema, durante los años 2002 a 2008, llevó a cabo un saneamiento de los hospitales públicos de mediana y alta complejidad, lo cual implicó la restructuración de su planta de personal con la liquidación prestacional de trabajadores y su recontratación externalizada, que se realizó en su mayor parte a través de mecanismos de cooperativas.

De acuerdo con el estudio mencionado, este tipo de contratación genera algunos problemas en particular, derivados de la débil vinculación de los recursos humanos a la institución hospitalaria y la implantación de un modelo produccionista con implicaciones prospectivas sobre la calidad de los servicios. Esta situación tiende a cambiar nuevamente, a través de la orientación de nuevas políticas, hacia la contratación de planta de los recursos humanos y la generación de estabilidad laboral.

Otro aspecto relevante proviene del sistema de pago imperante en el modelo colombiano, el pago por evento, que se ha impuesto en el sistema hospitalario. Este sistema alinea los incentivos del hospital hacia la facturación con los incentivos de los médicos contratados a destajo para incrementar sus ingresos a través de la inducción de la demanda. Este problema complejo afecta al sistema colombiano en su estructura financiera. La solución provendrá de la implantación de diferentes mecanismos de pago que desarticulen los incentivos acoplados hacia la inducción de la demanda. Sin embargo, las experiencias en el país de pagos de grupos relacionados y pagos por desempeño son limitados, aun cuando existen experiencias interesantes que podrían posibilitar aplicaciones extensivas a nivel nacional.

Regulación de la formación y de las profesiones

Como se especificó anteriormente, el país ha implantado un modelo estricto de regulación sobre la formación y la docencia. La Ley 116/07 buscó implantar los mecanismos de certificación y de recertificación, delegando estas funciones públicas en los Colegios Profesionales. La recertificación fue declarada inexecutable por parte de la Corte Constitucional y en la actualidad las profesiones están sujetas a la autorregulación de sus propios profesionales; donde cabe destacar que las sociedades científicas juegan un papel principalmente gremial e incipiente en los procesos de recertificación profesional.

De las especialidades médicas, solamente se encuentra regulado el ejercicio de la anestesiología y la radiología, mediante leyes específicas. Las demás están sujetas a los desarrollos futuros que se realicen.

La principal fuente de regulación de la práctica médica proviene, por lo tanto, del Sistema de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud, el cual a través

del mecanismo obligatorio de habilitación de servicios a todas las IPS requiere disponer de los recursos humanos idóneos, de acuerdo a estándares determinados para cada tipo de servicio ofertado. Esto incluye la oferta de servicios de consulta individual por parte de los profesionales, hasta hospitales de alta complejidad con alta tecnología que deben convalidar sus servicios de salud. Existe también el mecanismo de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud, que es voluntario.

Migración de la fuerza de trabajo

Dado que existen limitaciones en la oferta de cupos para especialidades médicas, una proporción de la fuerza de trabajo en especialidades es entrenada fuera del país, lo que se infiere a partir de la base de datos de convalidaciones del Ministerio de Educación Nacional. Las restricciones en el acceso a la oferta de educación especializada afecta en especial a los egresados de las universidades regionales. Aun cuando no existen datos consistentes, se estima que al país ingresan más de 1.000 nuevos profesionales y especialistas al año formados fuera del país (Base de datos de convalidaciones del Ministerio de Educación Nacional). Los principales países formadores son: Estados Unidos, Brasil, México y Argentina.

En relación con la migración de la fuerza laboral, durante la última década han aparecido incentivos importantes hacia la emigración de especialistas clínicos y enfermeras hacia países europeos y otros países del continente, tales como Chile y México. Los incentivos para dicha emigración son principalmente económicos. No hay disponible una estimación del número de profesionales que migran a nivel internacional. También es relevante el flujo de entrada de profesionales, principalmente provenientes de Cuba y Venezuela (Base de datos de convalidaciones del Ministerio de Educación Nacional). Los procesos de convalidación de títulos para extranjeros son iguales que los exigidos a los nacionales e incluyen un proceso rápido de evaluación por pares sobre las condiciones de los programas cursados. A pesar de que se ha previsto la ejecución de convenios entre países para la homologación de títulos, esto aún se encuentra en proceso de implementación.

Formación en el trabajo y educación continua

Dada la estructura privada del sistema de prestación, la mayor parte del entrenamiento y reentrenamiento en el trabajo depende de las estrategias de promoción y cualificación de los recursos humanos de cada prestador de salud. Las universidades públicas y privadas tienen una oferta disponible de educación y entrenamiento en el trabajo, a través de programas y cursos certificables de educación continua. Una parte relevante de esta formación y, en especial, la asistencia a eventos científicos (congresos), es patrocinada por la industria farmacéutica.

El MSPS en la actualidad no desarrolla programas de educación permanente para los recursos humanos en el sistema de prestación.

Existen experiencias exitosas e innovadoras en el país en temas como la generación de centros de excelencia, en áreas como: trauma, trasplantes, tratamiento de enfermedades huérfanas y la atención integral de pacientes crónicos, que han sido procesos abordados por algunas instituciones públicas y privadas. Dichas experiencias incluyen el desarrollo de procesos asistenciales con docencia, investigación y constituyen una potencialidad para la innovación de los servicios de salud.

ACCIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Durante la última década se observa un mejoramiento de los indicadores de salud de la población (aumento de la esperanza de vida, modificaciones en el crecimiento y conformación de la población, cambios en los estilos de vida y reducción de la fecundidad, entre otros). No obstante, no todas las regiones y grupos tienen las mismas condiciones de salud y existen notorias diferencias relacionadas con la edad, el género, las condiciones biológicas, socioculturales, los comportamientos y estilos de vida de la población.

El aumento de la cobertura ha contribuido a cerrar la brecha de acceso a los servicios de salud entre ricos y pobres, hecho que se ha traducido en mejoras tanto en variables objetivas como subjetivas de la salud. La literatura especializada ha encontrado pruebas de que los afiliados al régimen subsidiado hacen un mayor uso de los servicios del sistema (Trujillo, Portillo y Vernon, 2005), que la afiliación aumenta el número de consultas preventivas y disminuye el número de hospitalizaciones (Gaviria, Medina y Mejía, 2006), que la afiliación al régimen subsidiado ha conducido a un aumento del peso al nacer, en especial en los hogares más pobres (Gaviria y Palau, 2006), que la afiliación ha tenido efectos positivos en algunas variables antropométricas, como el peso para la talla, la talla para la edad y el peso al nacer, y que ha disminuido la fecundidad de las madres en los hogares más pobres (Tellez, 2007).

Estudios recientes demuestran otros efectos positivos: la probabilidad de realizar consultas ambulatorias es 40% mayor en los afiliados al régimen subsidiado, comparada con los no asegurados; la probabilidad de llevar un niño con diarrea o una infección respiratoria aguda a una institución de salud es 17% y 23% mayor, respectivamente, en los afiliados; las mujeres aseguradas tienen una probabilidad aproximadamente 7% mayor que las mujeres no aseguradas de atención de parto por un médico o profesional entrenado o de parto institucional; la probabilidad de experimentar barreras de acceso al requerir servicios de salud es 50% menor en los afiliados al régimen subsidiado, comparada con los no asegurados. Diversos autores también consideran que las ganancias del aseguramiento son más marcadas en el

área rural y los quintiles más pobres, lo cual sugiere un impacto positivo en la equidad (Giedion, Escobar, Acosta, Castaño, Pinto y Gómez. En Glassman et al, 2009).

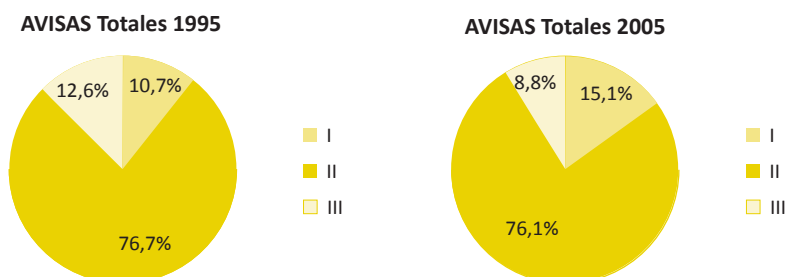
No obstante estos avances, se mantienen agudas diferencias entre regiones. Por ejemplo, mientras en Quindío o Caldas el 87% de las madres acude a más de cuatro controles prenatales, en Vaupés sólo lo hacen el 24,4% de las madres, existiendo por tanto una brecha de 66 puntos porcentuales entre estos departamentos. Además, diversos indicadores de salud pública no han cumplido con las metas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo para el año 2010 (Departamento Nacional de Planeación, Plan Nacional de Desarrollo 2006-2001 “Estado Comunitario: Desarrollo para Todos”, 2007). Por ejemplo, la meta en materia de reducción de la mortalidad materna era alcanzar la cifra de 63 muertes por cada mil madres y se llegó a una cifra actual del 75,6, de acuerdo con el Ministerio de Protección Social.

Situación de salud y determinantes sociales

La situación de salud del país está caracterizada por un estado transicional que presenta una transición demográfica con crecimiento de la población mayor y una transición epidemiológica con retención de condiciones perinatales e infecciosas con evidente crecimiento de la mortalidad y discapacidad debido a enfermedad crónica.

Los resultados del estudio de carga de enfermedad muestran la coexistencia de condiciones de los tres grupos de enfermedades (perinatales e infecciosas, crónicas, lesiones y accidentes) entre las 20 primeras contribuyentes a la carga de enfermedad. Es relevante destacar que en la estimación del indicador de esperanza de vida saludable se encuentra que para una esperanza de vida de 73,3 años en 2005 para la población colombiana, la esperanza de vida con discapacidad era de 18,0 años. La expectativa de vida con discapacidad es casi el triple de la calculada para países desarrollados.

Grafico 3 – Participación de los grupos de enfermedad en la carga total, Colombia, 1995 y 2005



Fuente: Peñaloza, 2011. Avisas: Años de vida saludables

La carga de enfermedad muestra una evidente progresión donde las condiciones del grupo II: Crónicas, mantienen la mayor parte de la carga, mientras que el grupo I:

Perinatales e infecciosas, gana participación sobre el grupo II: Lesiones y accidentes. La razón de este efecto parece ser consecuencia de la reducción marcada que se ha presentado en el país en la mortalidad debido a homicidios en el periodo analizado.

Tabla 7 – Progresión de la carga de enfermedad, Colombia, 1995-2005

Indicador	1995	2005	Variación
AVISA totales por 1.000 personas	288,8	279,6	-3,2%
AVD por 1.000 personas	179,3	207,3	15,6%
APMP por 1.000 personas	109,5	72,2	-34,1%
Esperanza de vida total al nacer (años)	67,7	73,3	5,6

Fuente: Peñaloza, 2011. AVD: Años de vida con discapacidad. APMP: Años de vida perdidos por muerte prematura.

Se evidencia una ganancia en la esperanza de vida al nacer y una reducción de la carga global de enfermedad por 1.000 habitantes. Sin embargo, es relevante la inversión en su composición. La carga por discapacidad aumenta mientras la carga por mortalidad muestra una reducción importante. Esto sugiere el impacto que para el sistema de salud tienen las condiciones crónicas derivada de una población que envejece y ya cuenta con una elevada carga de discapacidad. Los servicios de salud deberán enfrentar una elevada demanda de servicios curativos y las estrategias de intervención en prevención secundaria sobre la población enferma deben estar entre las prioridades del sistema.

Tabla 8 – Comparación de indicadores sobre estado de salud, La Guajira y Colombia, 2009

Indicador	Guajira	Nacional
Tasa de mortalidad por 1.000 niños menores de 5 años	26,77	16,63
Tasa de mortalidad por EDA por 100.000 menores de 5 años	25,10	7,34
Desnutrición crónica o baja talla para la edad en niños menores de 5 años	27,90	2,70
Desnutrición aguda o bajo peso para la estatura en niños menores de 5 años	1,80	0,90
Desnutrición global o bajo peso para la edad	11,10	3,40
Sobrepeso o alto peso para la talla en menores de 5 años	2,30	4,80
Mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	220,46	72,88
Mujeres de edad fértil con delgadez o desnutrición	8,50	4,80
Ausencia de atención prenatal (%)	11,50	3,00

Fuente: DANE, ENDS 2010.

La acción sobre los determinantes sociales debe ser una prioridad del sistema, así como la intervención intersectorial. Esto es evidente en las regiones de menores condiciones de desarrollo social y económico. La tabla muestra una comparación de un grupo seleccionado de indicadores en un departamento de menor desarrollo con los indicadores nacionales. Las brechas en los determinantes sociales más relevantes

se encuentran en las zonas de alta ruralidad, donde aún subsisten problemas de acceso a agua potable y servicios públicos, aspectos culturales y étnicos que limitan la aceptación de estrategias de promoción y prevención en salud, así como carencias institucionales del Estado y de la conformación de una respuesta técnica de parte del sistema en la acción sobre los factores de riesgo de la población.

Coherencia entre políticas y acción sobre los determinantes sociales de la salud

Las políticas intersectoriales formuladas a la fecha se orientan a tener armonía con las políticas del sector salud, tal es el caso de la política de seguridad alimentaria y nutricional, que pretende abordar problemas estructurales relacionados con la disponibilidad de alimentos, el acceso físico y económico a los alimentos, el consumo de alimentos, el aprovechamiento o utilización biológica y la calidad e inocuidad (Conpes 113).

Para lo anterior, define entre sus objetivos articular los diferentes programas, proyectos y acciones inter e intrasectoriales, en el marco del Sistema de Protección Social y de la promoción social, para lograr un mayor impacto de la política en la población, en especial sobre la más vulnerable y en mayor riesgo.

Además, define las siguientes estrategias: desarrollo institucional; planes territoriales de seguridad alimentaria y nutricional; focalización; alianzas estratégicas; participación comunitaria y ciudadana; información, educación y comunicación; seguimiento y evaluación.

Estrategias de coordinación intersectorial

El MSPS fue diseñado como una institución estratégica para integrar los problemas de salud con las diferentes intervenciones que mejoren el bienestar de las personas. Esta visión definió la problemática de salud, en el contexto amplio de la protección social, donde la acción intersectorial sobre grupos poblacionales puede tener efectos sinérgicos. El desarrollo de la política de protección social se posibilita a partir de los postulados de la Constitución de 1991 y su impulso al Estado Social de Derecho.

Los principales arreglos institucionales para coordinar las políticas sociales, económicas y de salud se originan en la integración entre trabajo, salud y bienestar a partir de la acción centrada en el Ministerio de Salud y Protección Social. Con la definición del MSPS se mantiene el desarrollo específico sobre la protección social, a través de diferentes mecanismos institucionales de coordinación.

El ámbito de coordinación intergubernamental para las políticas sociales es el Consejo de Política Económica y Social, en el cual se analizan los diferentes problemas sociales, sus interrelaciones y se definen las políticas, así como prioridades y responsabilidades operativas y desde el cual se han formulado las políticas intersectoriales enunciadas anteriormente.-

De igual forma, el Gobierno Nacional en el marco de lo establecido en el artículo 45 de la Ley 489/98 ha creado comisiones intersectoriales para la coordinación y orientación superior de la ejecución de ciertas funciones y servicios públicos.

Posteriormente, se estableció que para el desarrollo del Plan Decenal de Salud, en el marco de la estrategia de atención primaria, concurrirán todas las instancias que forman parte del Sistema de Protección Social y otros actores, quienes ejecutarán tareas para la intervención sobre los determinantes de la salud, en forma coordinada, bajo las directrices, criterios y mecanismos del Consejo Nacional de Política Social (Conpes) y del Ministerio de Salud y Protección Social. Para el efecto de coordinación se estableció la creación de una Comisión Intersectorial de Salud Pública que se reunirá cada seis meses para hacer seguimiento de las acciones para el manejo de los determinantes de la salud, la cual informará al Conpes.

Alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

El Estado Colombiano adoptó mediante el documento Conpes Social 91 del 14 de marzo de 2005 *“Las metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - 2015”*, presentando para cada uno de los objetivos, las metas particulares que el país espera alcanzar en el año 2015, así como las estrategias necesarias para implementar y fortalecer su consecución. Estas metas se establecieron tomando como línea de base el año 1990 (conforme a lo planteado en la Declaración del Milenio) para la mayor parte de los indicadores o el año para el cual se contara con información disponible que reflejara de mejor manera la situación de base de cada uno de los objetivos.

A menos de 5 años de que se cumpla el plazo establecido para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, hay avances que vale la pena destacar. Colombia ha logrado anticipadamente cumplir las metas de cobertura, de vacunación de triple viral y las relacionadas con la atención institucional del parto (Conpes, 2011). Se cuenta con un importante grado de avance (porcentaje de logro de la meta prevista) en el cumplimiento de otros indicadores, como: el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales (73,3%), la prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años (86,7%), la reducción de los casos de mortalidad por malaria (90,16%) y el de cobertura en saneamiento básico rural (85,57%), cobertura de terapia antirretroviral (72,76%), que permitirán alcanzar la meta establecida en el 2015. Sin embargo, el grado de cumplimiento en el avance de indicadores como, mortalidad materna (44,36%), adolescentes que han sido madres o están en embarazo (0%), mortalidad de cáncer de cuello uterino (56,52%), entre otros, probablemente no alcancen la meta prevista, pero imponen un reto al país para realizar más esfuerzos para dicho propósito. A pesar de los avances significativos en casi todos los indicadores, aún quedan grandes retos de política hacia el 2015 ya que existen importantes brechas regionales. Para su reducción, es fundamental articular acciones intersectoriales

que den respuesta integral a problemas estructurales como los relacionados con la nutrición y la inseguridad alimentaria o el embarazo adolescente.

Cuadro 6 – Situación de los ODM en Colombia, 2010

Meta nacional	Indicador	Línea base Año	Situación actual Año	Meta 2014	Meta 2015
ODM 1. Acceso a una alimentación adecuada y suficiente.	Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición global (peso para la edad).	8,6%	3,40%	2,6%	2,6%
		1990 ⁽¹⁾	2010 ⁽¹⁾		
	Porcentaje de niños menores de 5 años que presentan retraso en talla o desnutrición crónica	26%	13,2%	8%	8%
		1990 ⁽¹⁾	2010 ⁽¹⁾		
	Porcentaje de las personas que están por debajo del consumo de energía alimentaria mínima	17%	13%	7,88%	7,50%
		1990 ⁽²⁾	2004-2006 ⁽²⁾		
ODM 4. Reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil y en la niñez.	Tasa ajustada de mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos)	7,68%	9,08%	< 10%	< 10%
		1998	2009		
	Tasa ajustada de mortalidad en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos)	51,46	24,29	19,61	18,98
		1990 ⁽⁴⁾	2009 ⁽⁴⁾		
	Cobertura de vacunación con DPT en menores de 1 año	36,67	20,1	17,15	16,68
		1990 ⁽⁴⁾	2009 ⁽⁴⁾		
	Cobertura de vacunación con triple viral en menores de 1 año ¹	87%	84,6%	95%	95%
		1990 ⁽⁵⁾	2011 ⁽⁵⁾		
ODM 5. Reducir a la mitad la tasa de mortalidad materna.	Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	82%	87,6%	95%	95%
		1990 ⁽⁵⁾	2011 ⁽⁵⁾		
	Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales	100	72,8	48,8	45
		1998 ⁽³⁾	2009 ⁽³⁾		
	Porcentaje de atención institucional del parto	66%	83,8%	89%	90%
		1990 ⁽⁶⁾	2009 ⁽³⁾		
ODM 5. Aumentar la promoción de la salud sexual y reproductiva.	Porcentaje de atención institucional del parto por personal calificado.	76,3%	98,4%	94,25%	95%
		1990 ⁽⁶⁾	2009 ⁽³⁾		
	Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción entre la población adolescente (15 a 19 años) sexualmente activa	80,6%	98,4%	95%	95%
		1990 ⁽³⁾	2009 ⁽³⁾		
	Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa	38,3%	63,10%	63,66%	65%
		1995 ⁽⁶⁾	2010 ⁽⁶⁾		
	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están en embarazo	59,0%	73,3%	74%	75%
		1995 ⁽⁶⁾	2010 ⁽⁶⁾		
	Tasa ajustada por edad de mortalidad asociada a cáncer de cuello uterino por 100.000 mujeres	12,8%	19,5%	<15%	<15%
		1990 ⁽⁶⁾	2010 ⁽⁶⁾		
		11,4	8,6	7,08	6,8
		1998 ⁽⁷⁾	2008 ⁽⁷⁾		

Cuadro 6 – Situación de los ODM en Colombia, 2010 (cont.)

Meta nacional	Indicador	Línea base Año	Situación actual Año	Meta 2014	Meta 2015
ODM 6. Mantener por debajo de los límites definidos internacionalmente la prevalencia concentrada de VIH/SIDA.	Prevalencia de VIH en población de 15 a 49 años de edad	0,70%	0,52%	<1%	< 1%
		2004 ⁽⁸⁾	2011 ⁽⁸⁾		
	Tasa de mortalidad asociada a VIH/SIDA	Línea de base por determinar en el periodo 2005-2010	5,21		N.D.
			2009 ⁽³⁾		
	Porcentaje transmisión materno-infantil del VIH	5,80%	5,8%	< o = a 2%	< o = a 2%
		2008 ⁽⁹⁾	2008 ⁽⁹⁾		
ODM 6 Aumentar en 50% la cobertura de terapia antirretroviral.	Cobertura de terapia antirretroviral	52,30%	73,5%	88,5	92%
		2003 ⁽⁹⁾	2010 ⁽⁹⁾		
ODM 6. Reducir los casos de malaria y dengue.	Mortalidad por malaria	227 casos	28 casos	46 casos	34 casos
		1998 ⁽³⁾	2008 ⁽³⁾		
	Mortalidad por dengue	234 casos	92 Casos	57 casos	46 casos
		1998 ⁽⁴⁾	2009 ⁽⁴⁾		
	Letalidad por dengue	4,64	1,29	<2%	<2%
		1998 ⁽¹⁰⁾	2009 ⁽¹⁰⁾		

Fuentes: (1) Instituto Colombiano de Bienestar familiar- ICBF. Se toma como referencia para el cálculo de la línea de base año 1990 el informe de la OMS - Malnutrition in Infants and Young Children in Latin America and the Caribbean: Achieving the Millennium Development Goals. Los avances, a partir de las bases de datos de la ENDS 1990, 1995, 2000, 2005 – Encuesta nacional de Situación Nutricional (ENSIN: 2005-2010). (2) Organización de las Naciones unidas para la agricultura y la alimentación (FAO). FAOESTAT. (3) DANE, Estadísticas Vitales (sin ajuste). (4). DANE – Estadísticas Vitales ajustadas con conciliación censal hasta el año 2005, años 2006 a 2008. (5) Ministerio de Salud y Protección Social-Programa Ampliado de Inmunizaciones. (6) PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). Encuesta quinquenal. Seguimiento con Estadísticas Vitales (7) Cálculos Instituto Nacional de Cancerología, a partir de las Estadísticas Vitales del DANE. (8) Ministerio de Salud y Protección Social-Informe UNGASS-VIH. (9) Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio Nacional de Gestión en VIH. (10) Ministerio de Salud y Protección Social y DANE.

Las principales iniciativas nacionales para el logro de los objetivos del milenio están relacionadas, en el sector salud, con la descentralización municipal y con la fijación de metas de cobertura a nivel departamental y municipal. Existe una tendencia positiva hacia el logro de la meta en mayoría de los objetivos del milenio. Sin embargo, persisten algunas limitaciones en el logro de metas de mortalidad materna y mortalidad infantil en algunos territorios del país. La brecha es mayor en departamentos de menor nivel de desarrollo social e institucional frente a los departamentos más desarrollados del país. Esto requiere una acción focalizada y direccionada a mejorar la institucionalidad y la calidad de los servicios, así como la cobertura de los servicios de atención primaria.

INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA LA SALUD

Políticas específicas para patentes y regulación de precios de medicamentos

Regulación de patentes

La normativa colombiana referente a patentes de medicamentos corresponde a la decisión de la Comunidad Andina 344 de 1993 y 486 de 2000, donde se establece el régimen común de propiedad industrial. Los países miembros se comprometen a otorgar patentes en todos los campos de tecnología, siempre que sea nueva, tenga nivel inventivo y sea susceptible de aplicación industrial. El titular no podrá ejercer derecho sobre sus patentes cuando se trate de la importación del producto patentado que hubiera sido puesto en comercio en un país externo con el consentimiento del titular o de algún licenciatario autorizado por el titular de la patente (Decisión 486).³⁷

Por otro lado, Colombia cuenta un régimen de protección de datos de prueba (Decreto 2085/02) que crea un sistema de protección de la información necesaria para el registro sanitario de medicamentos, diferente del sistema de patentes, y que funciona de manera independiente en el objeto de protección y en el tiempo. La protección de datos de prueba se otorga teniendo en cuenta tres elementos: 1) nueva entidad química, 2) información no divulgada y 3) esfuerzo considerable. Este Decreto define la nueva entidad química como principio activo que no haya sido incluido en las normas farmacológicas de Colombia y se blindará contra novedades en sustancias químicas usadas como medicamentos. Igualmente, en el artículo segundo, preserva la protección para la información suministrada por el productor frente a una sustancia aprobada como nueva entidad química. Esta protección se dará por tres años, a partir de la aprobación de la comercialización desde el año 2002, cuatro años a partir del año 2003 y cinco años para las sustancias presentadas a partir del año 2004.

Los efectos del régimen de patentes para medicamentos en Colombia no son claros. Diversos estudios realizados en Colombia muestran evidencias contradictorias sobre el efecto esperado de las patentes en el mercado colombiano de medicamentos.

Formación y regulación de precios de medicamentos

Con la aprobación de la Ley 100/93 se implanta un modelo mixto, donde la política regulatoria en materia de precios es función de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, acoplada con el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo en la función de seguimiento y control del precio de los medicamentos, en tanto que el MSPS mantiene el rol de establecer programas de información sobre precios y calidades de medicamentos de venta en el país (art. 245, Ley 100/93).

El mercado de medicamentos en el país tiene dos canales principales: el de tipo sistémico-institucional y el comercial, que tienen diferentes condiciones e implicaciones, dadas las diferencias en los mecanismos de adquisición y compra de los medicamentos.

Asimismo, están los medicamentos genéricos en cuya formación la interacción de mercado tiene un nivel de competencia muy alto, donde la acción del regulador puede ser intrascendente o inconveniente. Existen otros segmentos de medicamentos de alto costo, donde los aspectos dominantes en la formación del precio no están relacionados con las características de la transacción, sino en una forma mucho más directa a las características de los derechos de los proveedores de medicamentos, apoyados en las patentes y en otros mecanismos que inciden de manera determinante en la formación del precio. Por lo tanto, en el caso de enfermedades de alto costo, es relevante el régimen de patente, dada la existencia de patentes soportadas a partir de los acuerdos ADPIC y también la dinámica prevista para la introducción al mercado de nuevos medicamentos.

Colombia opera para un régimen de control de precios, definidos por la Ley 81/88 en su artículo 60, como: 1) **Régimen de control directo**, bajo el cual el precio de venta se fija directamente desde el regulador; 2) **Régimen de libertad regulada**, en el cual el regulador fija criterios y metodologías; 3) **Régimen de libertad vigilada**, cuando los productores y distribuidores determinan los precios y solamente están obligados a informar variaciones de precio de acuerdo con una metodología para la provisión de información definida por el regulador.

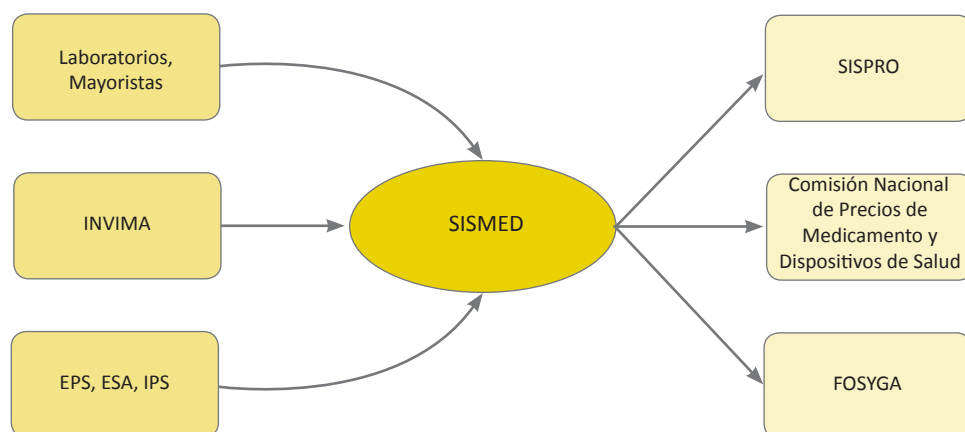
Los criterios para que un medicamento se encuentre o no dentro de un régimen específico fueron definidos en la Circular 04/06³⁸, de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos.

Todos los medicamentos que se comercializan en el territorio nacional están el régimen de libertad vigilada, con excepción de aquellos que ingresen en el régimen libertad regulada o al régimen de control directo. Para que un medicamento entre en régimen de libertad regulada, deberá cumplir con las siguientes condiciones: que para la venta requieran fórmula facultativa y cualquiera de las siguientes condiciones: 1) que sea considerado de interés para la salud pública; 2) que se encuentre una clasificación terapéutica relevante cuyo índice de contratación sea superior a 0,45; 3) que al momento del ingreso al mercado carezca de sustitutos (Artículo 13, Circular 04 de 2006 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos). Para que un medicamento cuya venta se autorizada por el Invima bajo fórmula facultativa se encuentre en régimen de control directo, se requiere que, habiendo ingresado al régimen de libertad vigilada, su precio unitario reportado se encuentre por encima del precio de referencia.

A lo anterior, se debe destacar que en la actualidad ningún medicamento se encuentra en régimen de control directo. Además, forma parte de la regulación de precios el Sistema de Información de Precios de Medicamentos, que tiene por

objeto proveer la información necesaria para la regulación del mercado de medicamentos en el país. El reporte de información es de carácter obligatorio y el reporte de precios debe presentarse utilizando el código único nacional de medicamentos.

Figura 5 - Modelo funcional SISMED, Colombia



Estrategias para el acceso a vacunas, medicamentos esenciales y de alto costo

Dentro de la estructura del SGSS, el país adoptó, a fin de lograr coberturas útiles de vacunación, garantizar la disponibilidad de biológicos e insumos para la vacunación y favorecer la eliminación de barreras de acceso, para lo cual ha asegurado la apropiación oportuna de recursos en el Presupuesto General de la Nación (PGN), los cuales se ejecutan mediante compras centralizadas. Todos los insumos y biológicos del PAI se adquieren a través del fondo rotatorio de la OPS. Adicionalmente, durante el 2011 se inició la migración del reporte de cantidad de dosis aplicadas de vacunas hacia reporte de niños con esquemas de vacunación completos para la edad, lo cual se está expandiendo con más fuerza durante el 2012.

En el caso de los servicios contemplados en POS, el país adoptó el modelo de aseguramiento como el mecanismo de garantía de acceso a estos servicios. También, se realizan esfuerzos técnicos la optimización de los procesos de compra y abastecimiento, en el caso de los medicamentos, que permita al sistema lograr compras más eficientes a un menor precio, esto en virtud de que la compra esta descentralizada en cada EPS e IPS del sistema.

Quizá la mayor problemática se presenta en los medicamentos y dispositivos no cubiertos por el POS, lo que generó el fenómeno de recobros, como se indicó en la sección sobre financiamiento. Al respecto, el Gobierno Nacional adelantó un esfuerzo importante de actualización del POS. Además, fue necesario implementar medidas adicionales, algunas de las cuales se señalan a continuación, y otras que apuntan directamente a la afectación de los mercados, dentro de las que

se encuentran: 1) el establecimiento de requisitos y procedimientos para autorizar importaciones paralelas de medicamentos y dispositivos médicos; 2) el establecimiento de valores máximos de los medicamentos recobrados al Sistema General de Seguridad Social.

Capacidades productivas nacionales y balanza comercial

De acuerdo con el reporte de “*Determinantes del futuro de la industria farmacéutica en Colombia*”, presentado por la Cámara de la Industria Farmacéutica de la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia para el 2012, la industria farmacéutica del país en 2009 tuvo una producción bruta de más de 3 billones de pesos. Ocupa cerca de 24 mil personas, con un total de 205 establecimientos, y su participación en los activos de la industria manufacturera total es del 1,97% para el mismo año.

La tasa de apertura de la industria, es decir, el porcentaje de la producción nacional que se destina a la exportación ha oscilado los últimos 10 años entre el 16 y el 22%. Con respecto a la tasa de penetración de las importaciones, es decir, el porcentaje de la producción abastecido por importaciones, oscila para el mismo periodo entre el 26% y el 44%.

En valores (millones de pesos libre a bordo), lo que se importa para el 2011 es tres veces lo que se exporta. Los países que reciben las exportaciones colombianas son: Ecuador, Venezuela, Perú, Panamá, México, Chile, Indonesia, Guatemala, Estados Unidos, Brasil y otros. Por otra parte, recibimos importaciones de: Estados Unidos, Alemania, Suiza, China, Francia, Italia, México, Brasil, India, Argentina, Irlanda, Bélgica y otros.

Otro aspecto relevante es la preferencia del mercado por los medicamentos de marca, respecto de los genéricos, esto a pesar que la norma exige que la fórmula facultativa se exprese en términos genéricos.

Es importante señalar que la producción nacional de la industria farmacéutica en Colombia es casi de exclusividad del mercado privado. Salvo en la producción de suero antiofídico polivalente, inmunoglobulinas purificadas de origen equino, efectivas contra el envenenamiento causado por mordeduras de serpientes venenosas, cuya producción es pública y la realiza el Instituto Nacional de Salud.

De igual modo, algunas materias primas y medicamentos de control y monopolio del Estado son producidas directamente por o por encargo del Fondo Nacional de Estupefacientes³⁹, que entre sus funciones: 1) ejercer un control estricto sobre la importación de medicamentos, materias primas, precursores y reactivos de control especial; 2) fiscalizar la transformación de materias primas de control especial para la elaboración de medicamentos; 3) contratar la fabricación de medicamentos de control especial y aquellos que el Gobierno determine; 4) llevar estadísticas sobre importación, producción, distribución y consumo de medicamentos, materias primas, precursores y reactivos de control a nivel nacional; 5) controlar la distribución,

venta y consumo de medicamentos de control especial; 6) apoyar programas contra la farmacodependencia adoptados por el Gobierno Nacional, en coordinación con la Dirección General de Salud Pública; 7) las demás que le sean asignadas o delegadas de acuerdo con la ley.

Evaluación, incorporación y uso racional de nuevas tecnologías

Diferentes diagnósticos sobre los factores explicativos al fenómeno de los recortes de los servicios no incluidos en el POS develan la necesidad de contar con un nuevo marco legislativo que introduzca instituciones e instrumentos que favorezcan el ingreso de tecnologías adecuadas para las necesidades del país, con mayores niveles de eficiencia. Así la Ley 1438/11, artículo 92, autoriza al MSPS a crear un Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, cuyos objetivos son: 93.1 Evaluar las tecnologías en materia de salud, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad, utilidad e impacto económico; 93.2 Consultar las evaluaciones de tecnologías con Centros de Evaluación acreditados para la evaluación de tecnologías médicas nacionales e internacionales; 93.3 Articular la evaluación de los medios técnicos y de procedimientos para la promoción y atención en salud en sus fases de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y su impacto en la reducción de la morbilidad y mortalidad del país, así como el impacto potencial por la adopción de nuevas tecnologías; 93.4 Diseñar estándares, protocolos y guías de atención en salud, basados en evidencia científica, que sirvan de referente para la prestación de los servicios de salud; 93.5 Difundir las metodologías empleadas y la información producida; 93.6 Los demás que sean necesarios para el desarrollo de su objeto.

Como mecanismo complementario a la promoción del uso racional y adecuado de las nuevas tecnologías se fomenta el uso de protocolos de atención y guías de atención clínica, las cuales, a través de un convenio entre MSPS, COLCIENCIAS y su Programa Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación en Salud se encuentra en un proceso de construcción de más de 20 guías de práctica clínica para el país.

Uso de tecnologías de la información y la comunicación en la gestión del sistema y en la atención a la salud (Telesalud)

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) incursionaron en el sector salud bajo el concepto inicial de telemedicina, referida a la prestación de servicios de salud a distancia. Sin embargo, en la actualidad se utiliza el término telesalud e incluso el de e-salud, conceptos más amplios, en la medida que esta última utiliza las TIC para la gestión de la información y el conocimiento, la administración, el aseguramiento y la vigilancia de la prestación de servicios y el mejoramiento del estado de salud de una comunidad asegurando su acceso y calidad.

Las tecnologías de la información y la comunicación son consideradas como una excelente herramienta para mejorar el acceso y la oportunidad a los servicios

de salud de la población, en especial la que vive en lugares marginales y apartados, donde la presencia de profesionales y especialistas de las áreas de la salud es muy limitada o nula. De otra parte, permiten mejorar la calidad de la atención, disminuir los costos de la atención en salud y mejorar la eficiencia de la red.

En Colombia se han logrado avances importantes en materia de prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina, cuyos orígenes se dieron por iniciativa del sector privado. Posteriormente, el sector público incorporó esta modalidad en la prestación de sus propios servicios. Existe una amplia normativa que regula la prestación de los servicios de salud bajo esta modalidad, entre estas, leyes que le dan fuerza y permiten incorporar las TIC en el Sistema de Protección Social, en especial en el sector salud. Entre ellas, se destacan: la Ley 1122/07, la Ley 1151/07, el Acuerdo 357/07 del CNSS, la Resolución 1043/06, la Resolución 1448/06, la Resolución 3763/07, la Ley 1341/09, el Documento Conpes 3670/10, el Plan Nacional de TICS, la Ley 1419/10, la Ley 1438/11, la Ley 1450/11 y el Acuerdo 029/11.

Un logro importante para el país fue la promulgación, en 2010, de la Ley 1419 por medio de la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la telesalud en Colombia. Esta ley designa como órgano asesor del MSPS un Comité Asesor de la Telesalud integrado por: los Ministerios de Salud y Protección Social, Comunicaciones, Educación Nacional, Hacienda y Crédito Público, de Vivienda, Desarrollo Territorial y Medio Ambiente e invitados permanentes (asociaciones científicas, universidades y centros de investigación). Además, dispone:

- La generación un mapa de conectividad, acorde con las prioridades en salud, educación, alfabetismo digital, penetración de las TIC, agendas de desarrollo regionales e intereses, teniendo en cuenta las características de las poblaciones, explorando y valorando otros tipos de conectividad que se diseñen para la implantación y desarrollo de la telesalud.
- Asignación de recursos al financiamiento de las inversiones requeridas en conectividad para desarrollar la telesalud en las instituciones públicas de salud en Colombia, de acuerdo con las recomendaciones del Comité Asesor de la Telesalud.
- Que los aseguradores y prestadores de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, independientemente de los planes de beneficios, ofrezcan dentro de sus portafolios de servicios o capacidad de oferta a sus usuarios, la telemedicina como una modalidad de servicio, adecuada, efectiva y racional facilitando el libre acceso y elección de parte del usuario, lo cual contribuirá con su desarrollo y sostenibilidad.
- La gestión del conocimiento de la telesalud en la formación del talento humano en salud.

El país también cuenta con una política de telesalud que tiene como propósito mejorar las condiciones de salud y está dirigida a toda la población colombiana, en especial la que vive en lugares remotos, apartados y aislados de la geografía colom-

biana y de las instituciones de salud de mediana y alta complejidad. Hace énfasis en las personas en condiciones de vulnerabilidad social y económica y busca promover el desarrollo y utilización de las TIC en las entidades del sector salud, con el fin de mejorar la calidad de la atención, la capacitación de los recursos humanos y la gestión institucional. En este contexto, se formuló un plan para el período 2010-2014 que, de acuerdo a los avances de las TIC en el sector, se denomina “Plan País en Telesalud”, que en la actualidad se encuentra en revisión.

El plan mencionado considera cuatro componentes: telemedicina, tele-educación, epidemiología y gestión y administración. Define siete ejes de desarrollo del plan: infraestructura; servicios; plan país en telesalud; historia clínica electrónica y gestión de la información; exportación de servicios de salud –turismo de salud; gestión del conocimiento – e-learning; investigación, desarrollo e innovación.

El plan tiene por objetivos: 1) Mejorar el acceso a los servicios de salud con oportunidad y calidad; 2) Mejorar capacidad de resolución de las instituciones de salud, en especial las más alejadas; 3) Realizar capacitación de los recursos humanos mediante e-learning; 4) Mejorar la infraestructura tecnológica y promover la adopción de estándares internacionales; 5) Promover la adopción de estándares en interoperabilidad de sistemas de información en salud; 6) Contribuir al mejoramiento de la gestión institucional; 7) Diseñar e implementar el Sistema de Información Unificado centrado en el paciente; 8) Mejorar el acceso de la población a contenidos de interés en temas de salud; 9) Mejorar y fortalecer la coordinación intra e intersectorial; 10) Impulsar y fortalecer la exportación de servicios de salud –Turismo en Salud; 11) Impulsar el desarrollo de la investigación sobre e-salud en el país; y 12) Desarrollar esquemas de monitoreo, seguimiento y evaluación sobre el cumplimiento del plan.

Se debe resaltar que este plan se da en el marco del Plan TIC del Gobierno Nacional, lo que favorece la alianza de instituciones públicas y privadas que permitan llegar con un mejor servicio a las regiones de difícil acceso. Trabajan en el proyecto los Ministerios de Salud y Protección Social y Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, el Centro de Investigación en Telecomunicaciones, el Centro de Telemedicina de la Universidad Nacional de Colombia, el Centro de Excelencia ETI-ARTICA, la Universidad Santiago de Cali, la Fundación Cardiovascular, el Grupo SALUDCOOP, ITMS Telemedicina de Colombia y las Secretarías de Salud de las regiones, entre otras instituciones privadas y públicas.

En este contexto, el Gobierno Nacional ha realizado grandes esfuerzos para que las instituciones públicas del país puedan tener conectividad, a través del programa Compartel, del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. Al finalizar el año 2009, 838 instituciones de salud pública fueron conectadas a Internet. Con el Proyecto Nacional de Fibra Óptica del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, durante el 2012 se proyecta conectar

789 prestadores de servicios de salud públicos. Por otra parte, en el marco del Plan Nacional de TIC, el Ministerio de Salud y Protección Social logró que entre 2009 y 2011 141 IPS públicas contaran con el personal capacitado y los equipos necesarios para la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina, 13 de las cuales ofrecen la modalidad de Tele Cuidado Intermedio. Entre los años 2007 y 2009, bajo la coordinación del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y el Ministerio de la Protección Social, hoy de Salud y Protección Social, se realizaron varios eventos relacionados con telemedicina y telesalud. En 2009 se desarrollaron dos eventos, el primero en el mes de junio, denominado “Hacia un Plan País en TELESALUD”, en que se dieron a conocer experiencias nacionales en la utilización de las TIC, relacionadas con la formación de recursos humanos y la investigación, con la prestación de servicios de salud y con avances de la industria de las TIC. En agosto del mismo año se realizó el evento “Aplicaciones de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en el sector salud – Experiencias Internacionales”, en el cual se presentaron experiencias de varios países en la prestación de servicios, manejo e implementación de la historia clínica electrónica y exportación de servicios de salud, entre otras.

De la misma forma, no puede desconocerse el importante papel que tiene la telefonía móvil y el acceso móvil a Internet en materia de salud, lo que ha permitido romper las barreras de acceso a los servicios, no sólo de atención sino de capacitación, asesoría y gestión institucional, entre otros aspectos. Actualmente, varios de los hospitales que cuentan con el servicio de telemedicina realizan sus interconsultas a través de dispositivos de Internet móvil celular como una solución en conectividad efectiva y eficiente.

A continuación se mencionan algunas de las instituciones donde se realizaron las experiencias nacionales más relevantes en materia de telesalud: Centro de Telemedicina de la Universidad Nacional de Colombia; Centro de Telesalud de la Universidad de Caldas; Universidad del Cauca; Proyecto de Telemedicina en el Meta; Saludcoop; Fundación EHAS; Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá; Fundación Cardiovascular de Colombia; CINTEL; RENATA y ARTICA.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con CAPRECOM, ha venido desarrollando una estrategia de fortalecimiento institucional en el marco de la Red Nacional de Urgencias, mediante la cual se desarrolló el proyecto de telemedicina en instituciones de salud públicas de 20 departamentos en los municipios más apartados del país, donde la población tiene grandes dificultades de acceso a los servicios de salud. Hasta el momento se prestan servicios bajo las modalidades de Tele Básica y Tele Cuidado Intermedio, además de los procesos de capacitación y educación continua a los profesionales de salud, para lo cual se utilizan las TIC.

En el marco de este programa, en 2008 se realizaron 7.531 consultas médicas a través de servicios de telemedicina a colombianos en zonas apartadas de departamen-

tos como Guajira, el sur de Bolívar, Chocó, Vichada, Vaupés, Guaviare, Guainía, Caquetá, Putumayo y Amazonas y se prestó atención de medicina especializada a 806 pacientes que permanecieron conectados a través de la modalidad de Tele Cuidado Intermedio.

En el 2009, se realizaron 1.140 consultas médicas especializadas, 2.250 consultas en Telemedicina Básica y 501 pacientes a través de la unidad de Tele Cuidado, y se realizaron 5.404 ayudas diagnósticas en conjunto con la Fundación Cardiovascular y el Centro de Telemedicina de la Universidad Nacional.

Como resultado del proyecto, hoy en día es posible atender desde Bogotá, Bucaramanga y Manizales a un paciente con complicaciones cardíacas que reside en Quibdó o en La Macarena en el Meta.

En el aspecto de la gestión del conocimiento (e-learning), se resaltan los siguientes logros 1) Programa piloto de actualización médica con cursos virtuales en los departamentos de Nariño, Cauca, Córdoba, Boyacá y Meta, con el aval científico de la Academia Nacional de Medicina, que además son gratuitos. En ellos participaron 981 profesionales con profundización en el manejo de: diabetes, hipertensión, cefalea; 2) Apoyo Colciencias para consolidar programas de capacitación virtual (Convenio Academia Nacional de Medicina - 300 millones de pesos); 3) Cursos virtuales para capacitación al personal de salud que trabaja en las IPS objeto del proyecto.

De acuerdo con la consulta realizada al Registro Especial de Prestadores, al 29 de febrero de 2012 aparecen habilitados 1.923 servicios bajo la modalidad de telemedicina en 452 prestadores de salud, ubicados en los 32 departamentos. En la actualidad, la Dirección de Prestación de Servicios realiza el seguimiento de la prestación de dichos servicios.

Asimismo, Colombia, a través de la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, gestiona recursos provenientes de las agencias internacionales de cooperación con el fin de apoyar el desarrollo económico y social del país, mediante la transferencia de tecnología, conocimientos, habilidades o experiencias por parte de países u organizaciones multilaterales.

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD

Políticas nacionales de investigación en salud

El país cuenta con una política nacional de investigación y desarrollo tecnológico: el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. En este sistema se integran todas las políticas, estrategias, programas y mecanismos para la gestión de la investigación, la financiación y el desarrollo, su divulgación por parte de organizaciones públicas y privadas, así como la vinculación de los diferentes sectores de la economía. Mediante una ley de 2009, el Instituto Colombiano para el

Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología “Francisco José de Caldas” (Colciencias), se transformó en un departamento administrativo con funciones de rectoría sobre el sector y con la capacidad de implementar la política del Estado en ciencia, tecnología e innovación.

La salud se integra al sistema a través de los planes nacionales de ciencia y tecnología. En la conformación de plan se establecen todos los lineamientos y prioridades para la investigación, desarrollo tecnológico e innovación y la educación de investigadores en un contexto estratégico de mediano plazo, con programaciones que abarcan horizontes de planeación de 4 a 6 años.

Instituto Nacional de Salud

Es un establecimiento público nacional de referencia científico-técnica, que contribuye a proteger y mejorar las condiciones de salud de las personas, mediante la prestación de servicios y producción de bienes en pro de la salud pública, en el marco del SGSSS y del sistema de ciencia y tecnología.

Relación con centros y redes de investigación en salud

La política de “Apoyo al fortalecimiento y consolidación de los grupos y centros de investigación del país” se establece a partir de 1991. Para implementarla, el Departamento de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias) construye un modelo conceptual de manera conjunta con la comunidad científica y académica, el cual está en permanente análisis, evaluación y ajuste.

En el marco de esta política se define el grupo de investigación como el núcleo o unidad básica del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación para la generación de conocimiento a partir de la investigación. También se identifica y se reconoce la dinámica de los grupos, se establecen estrategias para promover el fortalecimiento y la consolidación, así como la creación de nuevos grupos.

Hoy, Colombia cuenta con una base de datos completa sobre producción científica y académica en la que se identifican los actores que intervienen en los procesos de investigación y generación de nuevo conocimiento, denominada Plataforma ScienTI – Colombia. Esta plataforma permite registrar en línea, a partir de sistemas de acumulación y procesamiento de información, las actividades de la comunidad científica y tecnológica nacional, lo que contribuye con la definición de políticas, estrategias y mecanismos que apoyan la consolidación de capacidades científicas en el país.

ScienTI cuenta con aplicativos para registrar la información a nivel individual (CvLAC), de grupo (GrupLAC) y de institución (InstituLAC), los cuales permiten disponer de una base de datos con información en tiempo real provista directamente por los investigadores. En 2010, los grupos de investigación eran 4.705, de los cuales 4.072 estaban clasificados.

Brechas entre las investigaciones y las necesidades del sistema

El objetivo que se planteó el gobierno nacional para el plan de desarrollo de ciencia y tecnología es que la inversión de actividades de ciencia y tecnología alcance el 1% del producto interno bruto, frente al 0,5% que es la inversión actual. Para eso se creó el Sistema Nacional de Regalías, con una destinación del 10% de esos recursos en la financiación de proyectos regionales de ciencia, tecnología e innovación en convenios con el gobierno nacional y las entidades territoriales, lo cual puede representar recursos por 9 millones a partir del año 2012.

COOPERACIÓN EN SALUD

De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para todos”, el fortalecimiento y diversificación de la cooperación internacional través de: (i) asistencia oficial al desarrollo, (ii) cooperación técnica, (iii) alianzas público-privadas, (iv) cooperación descentralizada y (v) cooperación financiera forman parte de la política internacional colombiana que busca potenciar el posicionamiento y la inserción internacional del país.

En este marco, desde la Agencia Presidencial de Cooperación Internacional, en coordinación con el MSPS, se formuló la Estrategia de cooperación internacional de Colombia 2010 – 2014, en la cual se consignan los siguientes objetivos y lineamientos en materia de potencialidades de oferta y requerimientos de cooperación para el sector salud.

Áreas de oferta de cooperación internacional

En el área de promoción y protección social, la estrategia de Colombia busca apoyar la formulación de políticas públicas y la implementación de estrategias encaminadas a promover el desarrollo social de los países de la Cuenca del Caribe, Mesoamérica, Latinoamérica, Asia y África, así como el bienestar y la igualdad de oportunidades de sus poblaciones, transfiriendo conocimiento y compartiendo las experiencias del país en materia de promoción y protección social.

Además, reconociendo que en los últimos años Colombia ha alcanzado importantes capacidades nacionales en atención a la población en situación de pobreza extrema y vulnerabilidad, así como en seguridad social integral, enfrentando los retos de la universalización y la implantación de mecanismos con integración público-privada, se ofrece cooperación en respuesta a las dificultades en el acceso y prestación de servicios de salud de forma universal, así como en la cobertura y eficacia de los programas de promoción y prevención en salud.

Áreas de demanda de cooperación internacional

Aunque en los últimos años Colombia ha logrado avances importantes en materia de bienestar social, aún enfrenta grandes retos para que el total de la población goce de un nivel adecuado de calidad de vida. Se evidencian fuertes brechas regionales, de género, desigualdades de ingreso y altos índices de pobreza, que hacen que ciertos grupos de la población sean vulnerables a situaciones de riesgo social y económico.

En este sentido, y de manera complementaria a los esfuerzos nacionales, se propone a la cooperación internacional contribuir financiera y técnicamente al sector de la salud en la disminución de las desigualdades e inequidades en el acceso a los servicios y en las respuestas requeridas por las transiciones demográficas que están ocurriendo en el país.

En este orden de ideas, se propone a la cooperación internacional apoyar los esfuerzos del gobierno nacional mediante cooperación técnica y financiera, que contribuya a impulsar y a fortalecer el proceso de reforma del sector, con la finalidad de avanzar de manera efectiva hacia la garantía del derecho a la salud para todos los colombianos.

Esta reforma contempla cuatro ejes prioritarios, a saber: garantizar la inclusión de la salud como un eje transversal en todas las políticas sectoriales; mejorar la calidad de los servicios de salud; garantizar la transparencia y el manejo eficiente de los recursos del sector y brindar una atención integral a la primera infancia, como un componente estratégico que apunta a lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo.

Cuadro 7 – Sistema de Salud en Colombia: marco constitucional, estructura y prioridades de la política actual

País COLOMBIA	Marco constitucional y legal de la salud	Estructura del sistema de salud	Funciones del Ministerio de Salud y Protección Social	Prioridades de la política actual
Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada	Constitución Nacional vigente: 1991 El Artículo 48 define la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio y como un derecho irrenunciable de los habitantes, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Artículo 49: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. Asimismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.”	Sistema de Salud: El sistema de salud colombiano corresponde a un sistema organizado como servicio público, donde la garantía del acceso a los servicios y la protección financiera de la población se da a través del aseguramiento social. La arquitectura del sistema parte del criterio de separación de funciones: modulación, financiamiento, salud pública, aseguramiento y prestación de servicios; y de sus diferentes actores, participación público-privada en el aseguramiento y en la prestación de servicios y mercado regulado a fin de lograr mayores niveles de eficiencia y calidad en su gestión. Visto desde la teoría de sistema de salud, el colombiano responde en gran medida al modelo de pluralismo estructurado.	El Ministerio de Salud y Protección Social es el órgano modulador del sistema, con funciones de rectoría, dirección, inspección vigilancia y control. La rectoría se asume como dirección, orientación y conducción del sector salud. Acciones como las de salud pública, intervención sobre determinantes de la salud y saneamiento ambiental se realizan bajo la rectoría del Ministerio y se comparten con los niveles departamentales. El aseguramiento se orienta principalmente a la salud individual y se entiende como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario. La prestación de servicios de salud se realiza a través de diferentes tipos de prestadores: instituciones públicas o privadas que prestan servicios de carácter ambulatorio y hospitalario, en un escenario de mercado regulado.	El Plan Nacional de Salud tiene los siguientes propósitos: Mejorar el estado de salud de la población 2) Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad; Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica; y Disminuir las inequidades en salud de la población. Establece cinco lineamientos de política para el país: Promoción de la salud y la calidad de vida; Prevención de los riesgos; Recuperación y superación de los daños a la salud; Vigilancia en salud y gestión del conocimiento; Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.
Constitución Nacional Vigente: 1991 Población: 46.044.601 (2011) Territorio compuesto por 32 departamentos, un Distrito Capital (Bogotá) y cuatro distritos especiales. Los departamentos están conformados por 1.102 municipios.				Fija diez prioridades de salud: Salud infantil; Salud sexual y reproductiva; Salud oral; Salud mental y lesiones violentas evitables; Enfermedades transmisibles y zoonosis; Enfermedades crónicas no transmisibles; Nutrición; Seguridad sanitaria y del ambiente; Seguridad en el trabajo y enfermedades de origen laboral; y Gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Cuadro 8 – Sistema de Salud en Colombia: protección social y financiamiento

Protección social en salud	Financiamiento: fuentes y composición del gasto en salud	Investigación e innovación en salud
<p>Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en 2011: 96% de la población total.</p> <p>Régimen contributivo: cubre el 42,6%, orientado a trabajadores del sector formal y sus familias o población con capacidad de pago. Financiado con base en contribuciones de las empresas y los trabajadores.</p> <p>Régimen subsidiado: cubre el 48,4%, orientado a dar cobertura a la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago.</p> <p>Régmenes especiales: cubren el 4,8%, incluyen sistemas de salud independientes de las fuerzas militares, los empleados del magisterio, la Empresa Colombiana de Petróleos, etc.</p> <p>Desde 2007 – Subsidios parciales con extensión de cobertura de aseguramiento con financiamiento federal. El Plan Obligatorio de Salud (POS) del régimen subsidiado corresponde al 60% del POS del régimen contributivo.</p> <p>Para el año 2012, la unidad de pago por capitación (UPC) tuvo un valor promedio de USD 266 para el régimen contributivo y de USD 159 para el subsidiado.</p>	<p>Financiamiento: El modelo de financiamiento moviliza recursos desde fuentes primarias (hogares y empresas), a través de cotizaciones, y desde fuentes secundarias (recursos de la Nación), hasta el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), donde se mancomunan y se aplica un conjunto de normas de compensación y distribución que permiten el financiamiento del aseguramiento, de las acciones preventivas de salud pública y catástrofes.</p> <p>El gasto total en salud está entre 7% (2010) y 6,4% del PIB (2009).</p> <p>El gasto público corresponde a 84% del gasto total en salud y el gasto privado a 16% del gasto total en salud (2009).</p> <p>Fuentes: régimen contributivo – cotizaciones de empleadores (8,5%) y empleados (4%) sobre el salario mensual, pensionados cotizan con 12% del ingreso; régimen subsidiado – recursos fiscales nacionales transferidos a departamentos y municipalidades, recursos propios de las esferas subnacionales y 1,5 puntos de la cotización de los afiliados al régimen contributivo que son trasladados a la subcuenta de Solidaridad del Fosyga para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.</p>	<p>Colombia cuenta con una política nacional de investigación y desarrollo tecnológico: el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SNTI).</p> <p>En este sistema se integran todas las políticas, estrategias, programas y mecanismos para la gestión de la investigación, financiación y desarrollo, su divulgación por parte de organizaciones públicas y privadas, así como la vinculación de los diferentes sectores de la economía.</p> <p>La salud se integra al sistema a través de los planes nacionales de ciencia y tecnología. En la conformación de plan se establecen todos los lineamientos y prioridades para la investigación, desarrollo tecnológico e innovación y la educación de investigadores en un contexto estratégico de mediano plazo, con programaciones que abarcan horizontes de planeación de 4 a 6 años.</p> <p>El Instituto Nacional de Salud es un establecimiento público nacional de referencia científico-técnica, que contribuye a proteger y mejorar las condiciones de salud de las personas mediante la prestación de servicios y producción de bienes en pro de la salud pública, en el marco del SGSSS y del sistema de ciencia y tecnología.</p>

REFERENCIAS

- Consejo Nacional de política Económica y Social –Conpes. Documento Conpes 140. Bogotá: marzo de 2011
- Gaviria, A y Palau M. d. Nutrición y salud infantil en Colombia: determinantes y alternativas de política. Coyuntura Económica, Vol. XXXVI (2); 2011.
- Gaviria A, Medina, C y Mejía C. Evaluating the impact of health care reform in Colombia: from theory to practice. Documentos CEDE. Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes-CEDE; 2006.
- Giedion U, Escobar ML, Acosta OL, Castaño RA, Pinto DM, Gómez F. Ten Years of Health System Reform: Health Care Financing Lessons for Colombia. En: Glassman et al. (Eds), From Few to Many. Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2009.
- Londoño JL, Frenk J. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del Economista Jefe. Documento de Trabajo 353. Washington: BID; 1997.
- Peñaloza RE. La carga de enfermedad en Colombia. Foro sobre Sistema de Salud, Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 2011.
- Ruiz F Matallana MA, Amaya JL y otros. Recursos Humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. Bogotá: Minsalud, Javegraf; 2008.
- Téllez M. F. El Régimen Subsidiado en Salud: ¿Ha tenido un impacto sobre la pobreza?. Bogotá: Tesis de Grado - Universidad de los Andes; 2007
- Trujillo J., Portillo E. y Vernon J. The impact of subsidized health insurance for the poor: evaluating the Colombian experience using propensity score matching. International Journal of Health Care Finance and Economics. 2005.
- Yepes F. La Salud en Colombia. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación; 1990.

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- APS – Atención primaria de la salud
- AVISA – Años de vida saludable
- CEBAF – Centro Binacional de Atención en Frontera
- CNE – Centro Nacional de Enlace
- Conasa – Comisión Técnica Nacional Intersectorial de Salud Ambiental
- Conpes – Consejo Nacional de Política Económica y Social
- Copacos – Comités de Participación Comunitaria en Salud
- CP – Constitución Política
- CRES – Comisión de Regulación en Salud
- CRUE – Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres
- DANE – Departamento Administrativo Nacional de Estadística
- EAPB – Entidades administradoras de planes de beneficios
- ECAT – Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito

ECV – Encuesta de Calidad de Vida
 ENDS – Encuesta Nacional de Demografía y Salud
 EPS – Empresa promotora de salud
 ESE – Empresas Sociales del Estado
 FNR – Fondo Nacional de Regalías
 Fonsat – Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
 Fosyga – Fondo de Solidaridad y Garantía
 INS – Instituto Nacional de Salud
 Invima – Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
 IPS – Instituciones prestadoras de servicios de salud
 IVC – Inspección, vigilancia y control sanitario
 MARPOL – *Marine Pollution* (Contaminación del mar)
 MSPS – Ministerio de Salud y Protección Social
 OMS – Organización Mundial de la Salud
 PAB – Plan de Atención Básica
 PNSP – Plan Nacional de Salud Pública
 POS – Plan de Beneficios Obligatorios de Salud
 RSI – Reglamento Sanitario Internacional
 SGP – Sistema General de Participaciones
 SGSSS – Sistema General de Seguridad Social en Salud
 SISBEN – Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales
 Savigila – Sistema de Vigilancia en Salud Pública
 SOAT – Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
 SOGS – Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud
 TIC – Tecnologías de la información y la comunicación
 UPC – Unidades de pago por capitación

Notas

- 1 Las EPS, son las entidades responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento para los regímenes contributivo y subsidiado. Así como también, las de afiliación y el recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.
- 2 Esto, a pesar de que existe una orientación a que las IPS públicas presten sus servicios especialmente al régimen subsidiado y las acciones de salud pública.
- 3 El PAB se realizaba en toda la población de manera gratuita y no era sujeto a ningún tipo de afiliación en salud.
- 4 Asimismo, este nuevo Plan de Salud Pública, deberá incorporar la estrategia de APS y mantener el proceso de participación social y coordinación intersectorial.
- 5 Enfermedades transmisibles, enfermedades transmitidas por vectores, Salud Mental, Estilos de vida saludables, Salud Sexual y Reproductiva.
- 6 Dentro de las acciones previstas se encuentran: vacunación según el esquema único nacional del Plan Ampliado de Inmunizaciones, control del crecimiento y desarrollo en niños y niñas menores de 10 años, fluorización, aplicación de sellantes y detartraje en población de 5 a 14

- años, planificación familiar, control prenatal, parto limpio y seguro, citología cérvico-uterina en mujeres de 25 a 65 años y examen físico de mama en mujeres mayores de 35 años.
- 7 Asimismo, esa Ley (Art. 11) prevé que la contratación de las acciones colectivas de salud pública de su competencia por parte de los departamentos y municipios deberá realizarse con las redes conformadas en el espacio poblacional determinado por el municipio, con base en la reglamentación establecida por el MSPS, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de APS.
 - 8 Cabe destacar que la población pobre que no se encuentra asegurada en algunos de estos regímenes y que requiere prestaciones de servicios de salud, puede acceder a estos y es financiada con recursos de las entidades territoriales de salud departamentales, distritales o municipales, según corresponda la complejidad del servicio y la certificación municipal.
 - 9 Los regímenes especiales arreglan sus beneficios de manera autónoma y, en general, tienen diversidad en su estructura, que va desde regímenes con muy amplia cobertura, como el provisto por la empresa Colombiana de Petróleos, hasta regímenes con coberturas similares al contributivo, tal como el caso del régimen especial para maestros de escuela primaria.
 - 10 Salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario, de acuerdo con la reglamentación que para tal efecto ha expedido el Gobierno Nacional.
 - 11 El proceso de actualización del plan de beneficios (Art.25, Ley 1438 de 2011) deberá realizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y la carga de la enfermedad de la población, la disponibilidad de recursos y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios.
 - 12 Para el régimen Contributivo, la prestación de algunos servicios de alto costo tiene un periodo de carencia de 26 semanas de afiliación. Sin embargo, el Artículo 14 literal h) de la Ley 1122, posibilita que a los afiliados se les contabilice el tiempo de afiliación en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de los periodos de carencia.
 - 13 Acuerdo 030 de la CRES. UPC Promedio \$547,639
 - 14 Acuerdo 030 de la CRES. UPC Promedio \$352,339
 - 15 EPS que operan en el régimen contributivo y subsidiado en el 2010: 1) Solsalud E.P.S. S.A, 2) Cafesalud E.P.S. S.A. 3) Saludvida S.A. E.P.S 4) Humana Vivir S.A. E.P.S. 5) Salud Total S.A. E.P.S. 6) EPS Programa Comfenalco Antioquia
 - 16 La prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo es organizada por la entidad promotora de salud. Estos servicios se financian con cargo a la cotización del régimen de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, que se define en el libro tercero de la ley (art. 208, Ley 100).
 - 17 En esos casos, los afiliados al SGSSS tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía pagará directamente a la institución que haya prestado el servicio a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
 - 18 El CRUE es una unidad de carácter operativo no asistencial, responsable de coordinar y regular en el territorio de su jurisdicción, el acceso a los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre.
 - 19 Constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico específico (Ley 100, Art. 194).

- 20 Lo que podría asociarse a que estas entidades están ubicadas en todos los municipios del país, muchos de los cuales no ofrecen las condiciones de mercado que incentiven la creación de prestadores privados
- 21 EAPB: entiéndase como empresas administradoras de planes de beneficio, incluye EPS, empresas de medicina prepaga y adoptada para regímenes especiales.
- 22 Con el fin de incentivar la acreditación de los prestadores públicos de servicios de salud, desde el año 2007, se inició el “Proyecto de Preparación de IPS para la Acreditación y la Adopción del Componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad” mediante el cual se ha venido realizando acompañamiento a IPS Públicas y Direcciones Territoriales de Salud, a través de un esquema operativo que potencia los objetivos y fortalece el logro de una mejor apropiación del conocimiento entre quienes lo enseñan, lo implementan y lo aplican.
- 23
- 24 Fuente: Base de Datos Recobros Administrada por Consorcio Fiduciario FYDUFosyga y Ministerio de Protección Social
- 25 Fuente: Leyes de Presupuesto. Contranal-Informes Financieros. DNP-Bases DIFP. Cálculos DNP-DEE
- 26 Fuente: Base de Datos Recobros Administrada por Consorcio Fiduciario FYDUFosyga y Ministerio de Protección Social
- 27 El CNE dispone de modernas herramientas de comunicaciones y ha establecido procedimientos rutinarios de comunicación y operación articulada 24 horas al día, 7 días por semana con la Red Nacional de Vigilancia en Salud Pública.
- 28 La comisión se encuentra conformada por: Ministro de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y de Medicamentos, el Instituto Colombiano Agropecuario, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, o su delegado, el Instituto Colombiano de Geología y Minería, la Superintendencia de Industria y Comercio, laboratorios de salud pública departamentales y del distrito capital y Facultades de Ciencias de la Salud.
- 29 Así, el Sivigila se entiende como el conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos (financieros y técnicos) y talento humano, organizados para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud para la orientación de la acción.
- 30 Esta categoría incluye: empresas promotoras de salud del régimen contributivo, empresas promotoras de salud del régimen subsidiado, entidades adaptadas al sistema, entidades de medicina prepagada y empresas de servicio de ambulancia prepagado; regímenes de excepción y especiales, incluye empresas promotoras de salud, planes voluntarios, transformadas.
- 31 Es la entidad pública o privada que capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila
- 32 Cabe destacar que existen dos grupos en la periodicidad, dependientes de los eventos a vigilar: El primero, las de notificación inmediata, que requieren mecanismos de control rápidos, habitualmente frente a casos sospechosos o probables. El segundo, las de notificación periódica, desde la UPGD al servicio de salud municipal de manera semanal y desde allí al departamento y a la Nación (Instituto Nacional de Salud 2006).
- 33 Ley 9/79: Aunque previa a la constitución de 1991, en esta se dictan medidas sanitarias, título V Alimentos y título XI Vigilancia y Control. Ley 715/01: Por la cual se dictan

normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Título III Sector Salud. Ley 1122/07: Por el cual se hacen algunas modificaciones en el sistema nacional de seguridad social y se establecen otras disposiciones. Ley 01/91: Por la cual se expide el Estatuto de Puertos Marítimos y se dictan otras disposiciones. Ley 191/95: Por medio de la cual se dictan disposiciones sobre Zonas de Frontera. Ley 1004/05: Por medio de la cual se dictan disposiciones sobre Zonas de Frontera. Ley 4000/04: Por el cual se dictan disposiciones sobre la expedición de visas, control de extranjeros y se dictan otras disposiciones en materia de migración.

- 34 El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos es la agencia gubernamental encargada de la ejecución de las políticas en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva, tal como lo dispuso la Ley 100 en su artículo 245.
- 35 Un conjunto de acciones prioritarias para mejorar el desarrollo del Plan con respecto a elementos tales como el conocimiento, la incorporación del tema en la planificación, el fortalecimiento institucional del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres y el mejoramiento de los programas de educación y divulgación, entre otros.
- 36 Con corte a Noviembre de 2011, la cobertura de vacunación con triple viral fue de 81,3%
- 37 Se debe destacar, que decisión está a su vez sujeta a lo convenido en los ADPIC, lo que permite una cadena integrada entre los acuerdos de la OMC y los de la CAN (que corresponde al régimen local colombiano), bajo la cual las condiciones establecidas en los ADPIC no son contravenidas por las condiciones de patente en Colombia. Lo mismo ocurre con sus extensiones para el licenciamiento obligatorio y otras de acuerdo con lo descrito en la parte inicial de este documento.
- 38 Modificada por la circular 02/11, la cual entrara en vigencia en agosto de 2012 y actualmente en discusión.
- 39 El Fondo Nacional de Estupefacientes, de que trata la Ley 36 de 1939 y el Decreto-ley 257 de 1969, funcionará como una Unidad Administrativa Especial, dependiente de la Dirección General de Salud Pública, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 67 de la Ley 489 de 1998.



Sistema de Salud en Ecuador



VII. Sistema de Salud en Ecuador

La evolución política de Ecuador en los últimos años se ha caracterizado por mayores inversiones en el sector social, sustentadas en el concepto del Buen Vivir, que se constituye en el horizonte fundamental de la acción del Estado plasmado en la nueva Constitución de 2008 y en el Plan Nacional 2009-2013. La política social se enmarca en la recuperación del rol del Estado, la solidaridad, la universalidad y la gratuidad en la provisión de servicios clave que se consideran como bienes públicos y no como mercancías, asegurando derechos para la construcción efectiva de la ciudadanía (educación, salud, protección y seguridad social) y garantizando el acceso y la promoción de espacios sostenibles del buen vivir (vivienda, agua y saneamiento, entornos sanos y seguros).

En esta línea, se ha establecido en la Carta Magna el marco jurídico legal para el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se incluye la salud.

DERECHOS SOCIALES Y SALUD

Marco constitucional y legal

Existen dos leyes fundamentales vigentes en materia de salud que anteceden a la Constitución de 2008: la Ley Orgánica de Salud (2006) y la ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002). La primera se refiere a las acciones en salud, el control sanitario y temas similares y la segunda regula la organización e institucionalidad administrativa, así como el funcionamiento del Sistema de Salud. Fundamentalmente, esta última se basa en un esquema ya superado que necesita ser reformado. De manera general, esta legislación secundaria vigente en salud se caracteriza por cuatro defectos fundamentales que tienen que ver con su dispersión, con más de 40 leyes; repetición de normas que aparecen en más de un cuerpo normativo, con potenciales contradicciones; así como algunas leyes que, aunque formalmente vigentes, ya están en desuso o se refieren a una materia regulada por otra ley.

Constitución de la República del Ecuador de 2008

El texto constitucional especifica el rol y las responsabilidades del Estado en materia de salud y caracteriza a los servicios públicos de salud destacando la universalidad y la gratuidad. Si bien no se enuncia como un derecho, el acceso universal y gratuito a la salud es una consecuencia del mandato constitucional según el cual:

“[...] los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento medicamentos y rehabilitación necesarios”. (Art. 362). [...] el Estado será responsable [...] Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura. (art. 363)

“El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, [...] El seguro universal obligatorio se extenderá a toda la población urbana y rural, con independencia de su situación laboral [...]” (art. 369). (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

El derecho a la salud comprende: acceso universal y gratuito a los servicios públicos estatales de salud, disponibilidad de medicamentos de calidad seguros y eficaces, atención prioritaria para personas que lo requieran como resultado de su condición de salud, derecho a tomar decisiones libres informadas voluntarias y responsables, derecho a guardar reserva sobre datos referentes a la salud, recibir atención de emergencia en cualquier centro de salud público o privado y la no discriminación por motivo de salud. Los derechos relacionados con la salud son de directa aplicación y exigibles, es decir que se puede recurrir a los órganos jurisdiccionales para demandar su cumplimiento (Art. 11:3). Se concreta de manera específica en el caso de determinados grupos y personas bajo el principio general de atención prioritaria y especializada (Art. 35).

Enmarcándose en el régimen del Buen Vivir, los artículos a partir del N°. 358, correspondientes a salud, señalan las características del Sistema Nacional de Salud, su finalidad, principios, conformación y objetivos; precisando que garantizará atención integral con base en la atención primaria y funcionará bajo los principios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social: universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación y los específicos de bioética, con enfoque de género y generacional. El Sistema Nacional de Salud contará con la red pública y complementaria, garantizando también las prácticas ancestrales y alternativas bajo la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional.

Responsabilidades

La rectoría del Sistema Nacional de Salud está a cargo de la Autoridad Sanitaria Nacional a quien corresponde formular la Política Nacional de Salud, normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el fun-

cionamiento de las entidades del sector. Constituyen responsabilidades del Estado (i) la universalización de la atención, mejorando calidad y ampliando cobertura; (ii) fortalecer los servicios estatales; (iii) garantizar las prácticas ancestrales; (iv) brindar cuidados especiales a los grupos de atención prioritarios; (v) asegurar acciones y servicios de salud sexual y reproductiva y garantizar salud integral de las mujeres, en particular durante embarazo, parto y postparto; (vi) garantizar la disponibilidad de medicamentos de calidad, seguros y eficaces y (vi) promover el desarrollo integral del personal de salud.

Participación social

Antes de la vigencia de la actual Constitución, las siguientes leyes daban sustento legal a la participación social en salud: Ley de Derechos y Amparo del Paciente (1995), Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (reforma 1998), Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002), Ley Orgánica de Salud (2006).

En la nueva Constitución de la República del Ecuador (2008) la participación social es un derecho (Art. 95) y encuentra un gran sustento legal de manera transversal en diferentes secciones y artículos. Entre sus mandatos, determina la construcción del V Poder del Estado: la función de transparencia y control (art. 204), cuya finalidad es la promoción y el impulso del control de las entidades y organismos del sector público (y otros del sector privado, pero de interés público), así como la protección del ejercicio y cumplimiento de los derechos, la prevención y el combate a la corrupción. Esta función es responsabilidad del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social, con claros deberes y atribuciones (art. 208) en cuanto a veeduría ciudadana, promoción de la rendición de cuentas por parte de las instituciones públicas y otros asuntos de participación y control social; la Defensoría del Pueblo; la Contraloría General del Estado y las superintendencias.

En 2010 se aprobó la Ley Orgánica de Participación Ciudadana que constituye el instrumento jurídico más explícito respecto de la participación social. El Consejo de Participación Ciudadana y Control Social (CPCCS) cuenta con una ley orgánica que apoya su funcionamiento y establece al menos cuatro atribuciones y a la vez responsabilidades en cuanto a la participación ciudadana: promover esa participación; incentivar iniciativas participativas a través de apoyo financiero, jurídico y técnico; delimitar atribuciones del CPCCS en cuanto a control social y promover y especificar el alcance de los procesos de rendición de cuentas.

Modelo político administrativo del país

El Ecuador es un Estado constitucional unitario, intercultural y plurinacional organizado en forma de república y que se gobierna de manera descentralizada.

Actualmente, existen tres niveles de gobiernos autónomos descentralizados: los gobiernos parroquiales rurales, los gobiernos municipales y los gobiernos provinciales. El nuevo marco constitucional introduce el nivel de los gobiernos regionales que

se deberán constituir en un plazo máximo de 8 años, bajo condiciones predefinidas en base a dos o más provincias con continuidad territorial, superficie regional mayor a veinte mil kilómetros cuadrados y un número de habitantes en conjunto superior al cinco por ciento de la población.

Se crean también los distritos metropolitanos autónomos como regímenes especiales cuyos gobiernos autónomos ejercen competencias del nivel cantonal, a las cuales se suman todas las competencias que sean aplicables de los gobiernos provinciales y regionales.

Distribución de competencias en salud

En virtud de lo que define la Constitución de la República, las competencias en salud se asignan a los distintos niveles de gobierno como se describe en el Cuadro 1.

Cuadro 1 – Competencias en salud de los niveles de gobierno, Ecuador

Nivel de Gobierno	Competencia
Nivel Central	Definición de políticas
Gobiernos Municipales	Planificación, construcción y mantenimiento de infraestructura física y equipamiento de salud
Distritos Metropolitanos Autónomos	Planificación, construcción y mantenimiento de infraestructura física y equipamiento de salud

Los gobiernos municipales y los distritos metropolitanos autónomos también pueden prestar directamente servicios de salud, como competencia concurrente (Art. 260) con el nivel central.

Reforma democrática del Estado y estructura territorial desconcentrada

Con la finalidad de cumplir con los desafíos que demanda la nueva Carta Magna, se están consolidando nuevas formas de gestión estatal a través de la implementación de un nuevo modelo basado en procesos sistemáticos de descentralización y desconcentración, lo que genera coherencia funcional en la administración de los servicios públicos con base, entre otras características, en una diferenciación especializada de funciones con claros mecanismos de articulación y coordinación.

El Ministerio de Salud Pública se encuentra dentro de la denominada tipología 2 –alta desconcentración, baja descentralización–, que se caracteriza por un alto nivel de desconcentración, articulando los procesos, productos y servicios con una descentralización de baja incidencia.

La particularidad en sus facultades radica en que la rectoría, planificación, regulación y control se ejercen desde el nivel central; la planificación regional, coordinación y gestión desde el nivel intermedio o regional y una fuerte coordinación y gestión desde el nivel local. También se caracteriza por permitir la prestación de servicios públicos desde el nivel local a través de distritos administrativos, que son entidades territoriales comunes para los Ministerios de Salud, Educación, Inclusión

Económica y Social y Trabajo, que comparten la misma tipología, lo que facilita la prestación de servicios intersectoriales.

En la Figura 1 se muestra la diferenciación entre la estructura territorial política administrativa del país, aquella de los gobiernos autónomos y la estructura territorial generada por el funcionamiento eficiente de la función ejecutiva nacional en los niveles territoriales desconcentrados que contempla zonas y distritos.

Figura 1 – Estructura territorial del sistema de salud, Ecuador



Desde 2007, se registra un avance en la descentralización del poder político; además, se han asignado mayores competencias, recursos y capacidad de decisión a las instancias estatales descentralizadas autónomas. Los cambios previstos han creado condiciones favorables para la participación social en la gestión pública y han redefinido los roles de las instituciones estatales a nivel nacional, regional, provincial y municipal. Recientemente, se ha definido y validado la propuesta de mapeo de los distritos administrativos del país desde los cuales se efectivizará la prestación de servicios públicos desde el nivel local, con modificaciones al régimen actual de las direcciones provinciales.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El Sistema de Salud del Ecuador es un sistema mixto, compuesto por los sectores público y privado. El sector público comprende el Ministerio de la Salud Pública (MSP) con sus entidades prestadoras y los actores del Sistema Nacional de Seguridad Social orientado al sector formal del mercado de trabajo, integrado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que incluye el Seguro Social Campesino; el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, dependiente del Ministerio de Defensa Nacional y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, dependiente del Ministerio del Interior.

Desde 2009, se cuenta con el Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT), que garantiza la universalidad de la cobertura y se hace res-

ponsable de las indemnizaciones y amparo a las víctimas de accidentes de tránsito. El FONSAT consta de un Directorio conformado por delegados de los ministerios de Transporte y Obras Públicas, Salud Pública, Interior y de la Unidad Técnica de Seguros de la Presidencia de la República.

Con frecuencia, el Ministerio de Salud Pública opera como reasegurador implícito para aquellos asegurados que no pueden seguir financiando sus atenciones de salud en los otros subsistemas. Otros actores ministeriales públicos son considerados también como parte del sistema, tales como el Ministerio de Educación, Inclusión Económica y Social y el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, pues participan en el campo de la salud, como se aclarará a lo largo del documento.

El **sector privado** de salud está integrado tanto por entidades con fines de lucro (empresas de medicina prepa, proveedores de seguros privados, consultorios, dispensarios, clínicas, hospitales), como por organizaciones sin fines de lucro, tales como ONG, organizaciones de la sociedad civil o asociaciones sociales.

Las entidades privadas, debidamente certificadas por parte de las entidades del seguro social, intervienen también como prestadores de servicios para los afiliados del Sistema de Seguridad Social bajo la modalidad de contratos de prestación de servicios. Tanto las empresas privadas aseguradoras, como las de medicina prepa, son supervisadas por la Superintendencia de Compañías.

Las entidades sin fines de lucro que participan como actores importantes del Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano y que cuentan con infraestructura propia son: la Junta de Beneficencia de Guayaquil, que atiende a personas de medianos y escasos recursos; la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil; la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, que presta servicios especializados de diagnóstico y tratamiento de cáncer en las principales ciudades del país, y la Cruz Roja Ecuatoriana. Estas entidades actúan en calidad de proveedores de servicios para el sector público.

La Junta de Beneficencia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer son reguladas y mantienen contratos de prestación de servicios con el Ministerio de Salud Pública.

La instancia máxima de coordinación, concertación sectorial, articulación interinstitucional e intersectorial en salud es el Consejo Nacional de Salud (Conasa), que se constituye en una persona jurídica de derecho público con autonomía administrativa y financiera.

Roles

El Ministerio de la Salud Pública (MSP) es la Autoridad Sanitaria Nacional con capacidad de dictar normas y ejercer rectoría y control sobre el sistema. Sin embargo, es necesario que el MSP se fortalezca como ente rector del sector en la conducción, normalización, coordinación, regulación y control de las actividades de salud.

El MSP también es el principal prestador de servicios en el país, tanto para servicios de salud colectiva como individual. Adscrito al Ministerio se encuentra el Instituto Nacional de Higiene, con responsabilidades en laboratorios de referencia, control y vigilancia sanitaria.

En la nueva estructura del MSP que se implementará próximamente, este instituto complementará sus actividades con actuación en el área de la investigación en salud, transformándose así en el Instituto Nacional de Salud Pública e Investigación. Asimismo, se creará la Agencia de Control de los Establecimientos de Salud, para fortalecer el ejercicio del rol rector del MSP.

Tanto en el Sistema de Seguridad Social como en el Sistema Nacional de Salud se contemplan las prestaciones de servicios de salud, así como la universalización de la atención, lo que puede generar confusiones. Sin embargo, el Sistema de Seguridad Social no tiene como objetivo la prestación de servicios de salud sino, únicamente, la de brindar un seguro que permita a sus afiliados acceder a estos servicios cuando lo requieran. Los servicios de salud, por su lado, son parte del Sistema Nacional de Salud.

Podría decirse que es en ésta área de definición y regulación del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud donde se encuentra el mayor desfase, tanto con las nuevas realidades del funcionamiento actual, como con el nuevo marco constitucional, por lo que se requiere de manera urgente reformar la legislación secundaria del Sistema Nacional de Salud a fin de establecer, mediante expedición de un nuevo código de salud, normas actualizadas y plantear nuevas propuestas de organización.

Componentes del sistema de salud

La salud pública / colectiva

La salud pública es una responsabilidad intersectorial del Estado. La responsabilidad del MSP como Autoridad Sanitaria Nacional es la de velar para que se incorpore la salud como elemento transversal del buen vivir e incidir ampliamente en las políticas, estrategias y metas de los otros sectores de la acción gubernamental y del Estado.

Se considera que los servicios de salud pública corresponden al conjunto de intervenciones, actividades y procedimientos de tipo promocional, preventivo y de vigilancia realizados por el Estado en beneficio de todos los ciudadanos. Estos servicios están enfocados para actuar sobre todos los tipos de determinantes de la salud (sociales, económicos, medio ambientales, demográficos, etc.), así como sobre factores de riesgo que condicionan el estado de salud de la población.

La promoción de la salud

En el marco preconstitucional, y ahora aún más, se contaba con un marco jurídico adecuado para el posicionamiento de la promoción de la salud. En la actualidad, el MSP, conjuntamente con la Comisión Nacional de Promoción de la Salud del

Conasa lidera la promoción de la salud y a lo largo de los años se han establecido políticas de promoción de la salud, lineamientos para planes intersectoriales, así como guías operativas para el impulso de la promoción de la salud a nivel de las unidades operativas del MSP.

La acción intersectorial se ha desarrollado en los campos de la contaminación ambiental, el desarrollo de un entorno saludable, en el ámbito de la nutrición y alimentación, la violencia familiar y la lucha antitabáquica. Se han desarrollado intervenciones a nivel central, pero sobre todo a nivel de los gobiernos autónomos, con el resultado que muchos municipios han incluido la promoción de la salud en sus planes de desarrollo.

Se pueden destacar las experiencias exitosas de los programas de escuelas saludables, escuelas promotoras de salud, municipios saludables, espacios saludables, eco clubs, programa de brigadistas para la salud ambiental. Sin embargo a pesar de los esfuerzos realizados, la falta de continuidad, así como la débil rectoría ha impedido la consolidación y sistematización de avances significativos en el ámbito de la promoción de la salud.

La prevención de enfermedades

En el ámbito de prevención, especialmente en lo relacionado con las enfermedades transmisibles en el país, el MSP está llevando adelante una serie de programas de salud pública denominados “programas verticales”, que incluyen acciones de prevención (y curación) en materia de tuberculosis, HIV - SIDA y el programa Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria para enfermedades transmisibles por vectores, cuyos logros se detallan a continuación.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ecuador (PAI), es uno de los programas más exitosos de América Latina y ha recibido varios reconocimientos de la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales. El PAI mantiene al país desde hace 20 años sin poliomielitis, 14 años sin sarampión, 10 años sin fiebre amarilla, 6 años sin rubeola y ha eliminado el tétanos neonatal como problema de salud pública, entre otros logros importantes; a pesar de los rebrotes de estas enfermedades en varios países del mundo.

En general, las **coberturas de vacunación** se mantienen en niveles óptimos de más del 95%, y en muchos casos sobre el 100% (2010), para evitar la transmisión de enfermedades. La **malaria** en el Ecuador ha tenido un franco descenso, mucho más pronunciado en los años 2010 y los primeros meses del 2011. La **oncocercosis**, enfermedad que causaba graves daños en la población del norte de Esmeraldas, incluyendo muchos casos de ceguera, hoy se encuentra en etapa de precertificación de su eliminación y se aspira a que para el año 2013 se certifique definitivamente la eliminación. El Ministerio de Salud Pública actualmente garantiza el tratamiento al 100% de los pacientes diagnosticados y registrados de SIDA.

En el ámbito de la nutrición, Ecuador, al igual que la mayoría de los países, presenta simultáneamente dificultades de déficit nutricional y de exceso y desbalance.

Estos problemas se resumen en tres categorías: a) el retardo en talla en los menores de cinco años, que se inicia en el período fetal y continúa hasta los dos años; b) las deficiencias específicas de micronutrientes, representadas por la falta de hierro en los menores de cinco años y en las mujeres embarazadas y c) el sobrepeso y la obesidad.

El MSP elaboró una propuesta de intervención integral, la Estrategia de Desnutrición Cero, cuya implementación comenzó en marzo de 2011 y que contempla dos grandes objetivos: i) disminuir la desnutrición de los menores de cinco años y eliminar la desnutrición de los niños que nacen hasta el año de edad; ii) desarrollar destrezas y capacidades del personal técnico del MSP para mejorar la calidad de atención, incrementar las coberturas para asegurar por lo menos cinco controles a las embarazadas, seis controles a los niños en su primer año de vida y la atención institucional al parto.

La vigilancia

La Subsecretaría de Vigilancia de la Salud Pública del MSP tiene por misión analizar, vigilar y velar por la situación de salud pública de la población mediante el diseño de políticas, regulaciones, planes y proyectos en los ámbitos de vigilancia epidemiológica, vigilancia y control sanitario y por estrategias de salud colectiva.

La mencionada Subsecretaría está compuesta por: (i) la Dirección de Vigilancia Epidemiológica, cuyo rol es determinar, predecir y proyectar el comportamiento de las enfermedades y su relación con los factores de riesgo generando información oportuna y de calidad para determinar estrategias de control y sustentar las decisiones estratégicas del sector y (ii) la Dirección de Control Sanitario, responsable de vigilar y controlar la calidad, la seguridad, la eficacia y la inocuidad de los productos de consumo humano y terapéuticos, así como las condiciones higiénicas sanitarias de otros procesos o establecimientos en el ámbito de su competencia. El nuevo modelo de atención del MSP incorporará experiencias innovadoras y eficaces, como la epidemiología comunitaria.

Caracterización de la oferta de servicios

El MSP maneja en este momento el mayor número de establecimientos de salud públicos en el primer nivel, 1.674 unidades, lo que representa el 54%; le sigue el Instituto Ecuatoriano del Seguro Social (IESS) / Seguro Social Campesino (SSC), que tiene alrededor del 30% de unidades de primer nivel (MSP, 2010) (Tabla 1).

El MSP también tiene la mayor cantidad de unidades de nivel II y III del país; por lo tanto, tiene una mayor participación porcentual de los servicios de salud en el país. El sector privado está integrado por entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y las empresas de medicina prepaga) y organizaciones privadas sin fines de lucro, como ONG, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, etc., que representan el 15% de los establecimientos del país (MSP, 2010).

Tabla 1 – Oferta de establecimientos de salud por tipo de prestador, Ecuador, 2010

Instituciones	Total Ambulatorio y Hospitalario	Total hospital	Hospitales generales	Hospitales cantonales	Hospitales especializados			Clínicas particulares	Centros de Salud	Subcentros de salud	Puestos de salud	Dispensarios médicos	Otros	Total Ambulatorios
					Agudos	Crónicos								
Ministerio de Salud	1.799	125	79	28	9	9			138	1.260	261	13	2	1.674
Ministerio de Gobierno y Policía	36	2		2	0	0						34		34
Ministerio de Defensa Nacional	68	11		11	0	0			2			55		57
Ministerio de Educación	101	0										101		101
Otros Ministerios	30	0										25	5	30
IESS	71	19	5	11	3	0			9	2		41		52
Anexos al Seguro Social	268	0										268		268
Seguro Social Campesino	582	0										582		582
Otros Públicos	20	0										15	5	20
Consejos Provinciales	6	0										6		6
Municipios	77	10		10	0	0			8			59		67
Universidades y Politécnicas	18	0							1			16	1	18
Junta de Beneficencia de Guayaquil	6	5		2	2	1						1		1
Cruz Roja Ecuatoriana	3	0											3	3
Sociedad de Lucha contra el Cáncer	13	8				8			1			4		5
Fisco Misionales	4	4	3	1	0	0								
Privados sin Fines de Lucro	221	39	3	9	3	1		23	4			131	47	182
Privados con Fines de Lucro	524	506		10	36	2		458				17	1	18
	3.847	729	90	84	53	21		481	163	1.262	261	1.368	64	3.118

Fuente: MCDS 2010. Número de establecimientos de salud

El sector público concentra el mayor número de instituciones en el sector ambulatorio y es responsable por 53% de las consultas brindadas (INEC, 2007) (Tabla 2).

Tabla 2 – Número y porcentaje de consultas externas brindadas por tipo de establecimiento, Ecuador, 2007

Consultas por Institución	Total	Porcentaje de consultas brindadas	Porcentaje de establecimientos de consulta externa
MSP	10.801.637	52,84	54,00
MG y Policía	251.344	1,23	1,10
MIDENA	616.368	3,02	1,80
MEC	306.620	1,50	3,20
Otros Ministerios	28.893	0,14	1,00
IESS	3.500.000	17,12	1,70
Anexos IESS	29.596	0,14	8,60
SSC	599.420	2,93	18,70
Otros Públicos	100.184	0,49	0,60
Cprov.	15.468	0,08	0,20
Municipios	1.052.772	5,15	2,10
Universidades	84.062	0,41	0,60
JBG	582.803	2,85	0,03
Cruz Roja	16.708	0,08	0,10
SOLCA	455.137	2,23	0,16
Fisco Misionales	28.914	0,14	0,00
PSFL	890.584	4,36	5,84
PCFL	1.081.432	5,29	0,58
Total	20.441.942	100,00	100,00

Fuente: Encuesta de Recursos y Actividades en Salud - INEC, 2007

Elaboración: MCDS-SIISE

El número de establecimientos con capacidad hospitalaria se concentra en el sector privado (69% + 5%) (Tabla 3), sin embargo el mayor número de egresos se concentra en el MSP, con 44%, más el IESS, con 9,10%, y la Junta de Beneficencia de Guayaquil, con 9,7%. Este último caso es paradigmático puesto que cuenta con 5 hospitales (INEC, 2007).

Se destaca el crecimiento importantísimo del sector privado con fines de lucro que alcanzó el 27,03% de los egresos nacionales en 2008, además se resalta fácilmente las actividades hospitalarias como un nicho del sector privado.

Tabla 3 – Instituciones prestadoras de servicios de salud, nivel nacional, Ecuador, 2011

Instituciones prestadoras de servicios de Salud	Total	Total hospitales	Porcentaje
Ministerio de Salud	1.799	125	17,0
Ministerio de Gobierno y Policía	36	2	0,3
Ministerio de Defensa Nacional	68	11	2,0
Ministerio de Educación	101	0	
Otros Ministerios	30	0	
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	71	19	3,0
Anexos al Seguro Social	268	0	
Seguro Social Campesino	582	0	
Otros Públicos	20	0	
Consejos Provinciales	6	0	
Municipios	77	10	1,0
Universidades y Politécnicas	18	0	
Junta de Beneficiencia de Guayaquil	6	5	
Cruz Roja Ecuatoriana	3	0	
Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA)	13	8	1,0
Fisco Misionales	4	4	1,0
Privados sin fines de lucro	221	39	5,0
Privados con fines de lucro	524	506	69,0
Total	3.847	729	100,0

Fuente: MCDS 2011 Sistema de Salud para el Ecuador

Por parte del MSP, el incremento del número de establecimientos de salud es relevante en los últimos años. La tasa de crecimiento ha revertido la tendencia registrada durante los últimos 15 años, lo que evidenciaba una retirada del Estado en ámbito de salud. Solo durante el año 2010 se crearon 132 unidades de salud, 497 se remodelaron, 362 unidades disponen de monitoreo y realizan visitas promocionales de salud, 13 hospitales fueron ampliados, remodelados y equipados (MCDS, 2011).

Tabla 4 – Inversión en infraestructura del MSP, Ecuador, 2010

Tipo	Número
Unidades nuevas	132
Unidades remodeladas	497
Unidades en proceso de remodelación	88
Unidades de 1 ^{er} Nivel en 188 parroquias prioritarias con monitoreo y promoción	362
Hospitales ampliados, equipados áreas; emergencia, centro quirúrgico, esterilización, cuidados intensivos y neonatología	13
Construcción y equipamiento de área de cirugía cardiorácica	1

Fuente: Dirección de Gestión de los Servicios de Salud del MSP 2011

Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural

Tras la adopción de la política de gratuidad, en el año 2007 se crea la Subsecretaría de Extensión y Protección Social en Salud y el Programa de Aseguramiento Universal de Salud se transforma en el **Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS)**.

El modelo propuesto por el MSP busca consolidar la atención primaria de la salud como estrategia que prioriza la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud; priorización desde un enfoque de evitabilidad y la participación organizada de los sujetos sociales en la construcción de una sociedad saludable. Esto se complementa con la respuesta emergente curativa asistencial, históricamente hegemónica, que por sí sola no ha cambiado el perfil de salud-enfermedad de la sociedad ecuatoriana, modificando el enfoque y la práctica de atención hacia una visión más integral, de excelencia y de profundo respeto a las personas.

En este marco se contrataron 4.582 profesionales que integrarían los Equipos Básicos de Salud (EBAS), instrumento estratégico del modelo. Con ello se incrementó la oferta de servicios y la cobertura de la red del Ministerio de Salud Pública.

El propósito del Modelo de Atención Integral de Salud se formula de la siguiente manera:

“Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, transforme el paradigma de la atención curativa, hacia una visión integral e integradora centrada en el cuidado de la salud individual, familiar, comunitaria y del entorno, orientada a la garantía de los derechos en salud y al cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir.”

Objetivos del MAIS

- Contribuir a la resolución de los problemas de salud prevalentes y evitables partiendo de su identificación, localización territorial y la implementación de respuestas integrales e integradas, enfatizando en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud e incorporando los enfoques intercultural, generacional y de género.
- Ampliar el acceso a servicios integrales de salud implementando estrategias orientadas a superar las barreras geográficas, económicas, culturales, articulando y fortaleciendo la Red Pública Integral de Salud y las microrredes territoriales, incorporando los avances científicos y tecnológicos que contribuyan a una atención oportuna, de excelencia, efectiva y respetuosa de los derechos ciudadanos.
- Fortalecer la capacidad resolutoria de los servicios de primero y segundo nivel e implementar estrategias para que el primer nivel de atención se constituya en la

puerta de entrada obligatoria a la red de servicios, garantizando la continuidad en las prestaciones.

- Crear colectivos con alto grado de formación sanitaria y compromiso social, tanto a nivel del personal de salud como a nivel comunitario.
- Implementar mecanismos institucionales que favorezcan la plena participación individual y colectiva de la comunidad en la planificación e intervenciones para el cuidado y recuperación de la salud, así como para la veeduría y el control social.
- Mejorar la articulación entre la prestación y la gestión en los servicios de salud y su financiamiento.
- Implementar estrategias para garantizar la seguridad y calidad de los servicios y procesos de evaluación por resultados.
- Fortalecer la articulación intersectorial e interinstitucional para actuar sobre los determinantes de la salud y contribuir a la construcción de condiciones saludables y el buen vivir.

En resumen, se aspira a que la expresión médico-paciente se cambie por la relación equipo de salud-persona sujeto de derechos o ciudadano y a que la gestión y atención busque no solo resultados institucionales sino, fundamentalmente, resultados de impacto social, para mejorar la calidad de vida de la población.

Hasta el momento han podido observarse las siguientes limitaciones en la implementación del MAIS:

- Gran parte de los recursos humanos contratados como Equipos Básicos de Salud (EBAS) fueron reubicados para solventar las necesidades a nivel hospitalario y en funciones administrativas, el 64% (2.943) están en el primer nivel de atención y el 36% (1.639) en el segundo y tercer nivel. En este sentido, el déficit de Equipos Básicos de Atención en Salud a nivel nacional es de 1.689, de los cuales en las urbes se requieren 1.096 y a nivel rural 593 (MSP, 2011).
- Los EBAS reflejaron una distribución poco equitativa, sobre todo respecto a las parroquias de alta prioridad.
- A pesar de un incremento en las actividades de prevención y promoción, estas no han logrado constituirse en la parte fundamental del modelo, pues prevalece un enfoque curativo. Los EBAS centraron gran parte de su trabajo en el levantamiento de las fichas familiares manejadas como una encuesta de necesidades y riesgos en salud, pero esta información no ha sido procesada ni analizada de manera sistemática, por lo que no se da un adecuado seguimiento ni respuesta a las familias y personas en situación de riesgo.
- No se ha logrado estructurar las redes de salud de las unidades del MSP, así como tampoco con las otras instituciones públicas, de modo que persiste la fragmentación y la segmentación en el sector de la salud.
- El sistema de referencia-contrareferencia no funciona adecuadamente y los hospitales están saturados, entre otros aspectos por una débil capacidad resolutoria en el primero

y segundo nivel de atención, se mantiene una lógica de servicios pobres para pobres y la estrategia de Atención Primaria en Salud se limita a intervenciones locales.

- El MAIS no responde adecuadamente a los cambios y necesidades del perfil epidemiológico ni territorial.
- Si bien se duplicó el presupuesto para salud, el gasto no respondió a una planificación adecuada, pues se evidencia una ausencia de criterios técnicos para el manejo de los ámbitos más importantes, como son infraestructura, medicamentos y equipamiento, lo que ha generado ineficiencia.
- No se logró estructurar un sistema único de información, no existe un sistema de monitoreo y evaluación que permita contar con información sobre la producción, indicadores de gestión e impacto del MAIS.

Prestación de servicios

Primer nivel de atención

Es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo del paciente dentro del sistema, garantiza una referencia y contra referencia adecuada y asegura la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueve acciones de salud pública de acuerdo a la norma emitida por la Autoridad Sanitaria. Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia; además, se constituye en la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud. Dentro de este nivel se encuentran los siguientes tipos de establecimientos:

- Puesto de salud
- Consultorio general
- Centro de salud rural
- Centro de salud urbano
- Centro de salud urbano de 12 horas
- Centro de salud urbano de 24 horas

Segundo nivel de atención

Comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieren hospitalización; constituye el escalón de referencia inmediata del I nivel de atención. Se desarrollan nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como cirugía ambulatoria y hospital del día. Comprende los siguientes tipos de establecimientos:

- Consultorio de especialidades clínico quirúrgicas
- Centro de especialidades
- Centro clínico quirúrgico ambulatorio (hospital del día)
- Hospital básico
- Hospital general

Tanto las unidades de primero como de segundo nivel tienen un área geográfica delimitada y una población definida de cobertura. En todos los establecimientos de salud se aplicará la estrategia de atención primaria de salud acorde a las necesidades de la población.

Tercer nivel de atención

Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados. Los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelven los problemas de salud de alta complejidad, tienen recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realizan trasplantes, cuidados intensivos, cuentan con subespecialidades reconocidas por ley y se incluyen los siguientes:

- Centro especializado
- Hospital especializado
- Hospital de especialidades

Enfermedades catastróficas o cuarto nivel de atención

Como política de estado está la atención de las enfermedades consideradas como catastróficas, que para su tratamiento tienen financiamiento del Estado para permitir la gratuidad de su atención.

Este programa, denominado Programa de Protección Social en Salud (PPS), está manejado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social e incluye hasta el momento, sin descartar su progresividad: malformaciones congénitas del corazón, cáncer, tumores cerebrales, insuficiencia renal crónica, trasplantes de riñón, hígado, médula ósea, malformaciones vasculares, secuelas de quemaduras, prótesis externas, implantes cocleares y órtesis.

Los servicios prestados por los Programas Especiales de Protección Social en Salud (PPS) se han incrementado, generando al año 2010 un ahorro de bolsillo en la población que asciende a los USD 25 millones. Estos han cubierto sobre todo atención a problemas oculares, diabetes, implantes y cardiopatías, entre otros, según el detalle en la Tabla 5.

Tabla 5 – Atenciones por tipo de problema, Programas Especiales de Protección Social en Salud para Enfermedades Catastróficas, Ecuador, 2010

Actividades	Acumulado 2010	Ahorro total	Meta 2011
Cirugía de cataratas	15.882	\$9.529.200	5.500
Cirugía de pteritum	4.240	\$2.120.000	2.000
Tamizaje errores refractivos (escolares)	247.848	\$2.478.480	100.000
Tratamiento retinopatía diabética	1.069	\$427.600	1.000

Tabla 5 – Atenciones por tipo de problema, Programas Especiales de Protección Social en Salud para Enfermedades Catastróficas, Ecuador, 2010 (cont.)

Actividades	Acumulado 2010	Ahorro total	Meta 2011
Prótesis de cadera	670	\$3.015.000	430
Prótesis de rodilla	325	\$1.625.000	240
Implantes cocleares	118	\$2.950.000	25
Cardiopatías congénitas	404	\$2,828.000	200

Fuente: Subsecretaría de Extensión de la Protección Social - Ministerio de Salud Pública 2011

Participación del sector privado en la implementación del modelo de atención

La participación del sector privado en la implementación del modelo de atención se operativiza mediante la estructuración de la “red complementaria”: servicios que el sector público compra al sector privado para atender a la demanda que no puede ser cubierta por este sector y que funciona mediante convenios de gestión suscritos entre las instituciones de salud del sector público y del sector privado.

La Red se encuentra en la fase de estructuración, lo que implica regular los servicios que se prestan a través de la red complementaria, emitir las acreditaciones a prestadores institucionales, la normativa que permita el funcionamiento de estas entidades privadas y exigir el registro nacional, zonal y distrital de los profesionales de la salud con sus especialidades médicas y odontológicas.

Evaluación del desempeño del sistema de salud

En materia de evaluación del desempeño del sistema de salud, se contemplan las siguientes dimensiones: mejoramiento de las condiciones de salud de la población, protección financiera para evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, prestar servicios con calidad y seguridad, satisfacción de los usuarios y trabajar hacia la equidad e igualdad reduciendo brechas.

La medición del desempeño del sistema pasa por la medición de indicadores clave en términos epidemiológicos, de gasto privado o gasto de bolsillo para medir la protección financiera, así como otros indicadores trazadores para dimensionar la equidad.

Calidad y seguridad de los servicios: control de los establecimientos prestadores

Se aplica un sistema de licenciamiento complementario de las unidades prestadoras de servicios, tanto de la red pública como de la red privada, que verifica tanto la infraestructura, el equipamiento y los procesos como las calificaciones del personal médico.

En el año 2010 se licenciaron tan sólo el 10,1% de las unidades de primer nivel, el 7% de hospitales básicos y ninguno de los hospitales generales. En cuanto a licencia condicionada, el 51,9% de los centros, subcentros y puestos de salud, el

68% de los hospitales básicos y el 13,6% de los hospitales generales la tienen. El 38%, 25% y 86,4% de las unidades de primer nivel, hospitales básicos y generales, respectivamente, no tienen licencia de funcionamiento.

El Plan de Reingeniería Institucional plantea el proceso de licenciamiento agresivo de las unidades de salud, para lo cual se plantean reformas significativas en lo relativo a infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

Satisfacción de los usuarios – medición de la calidad

Se está evaluando, periódicamente, la satisfacción de los usuarios externos, lo que se utiliza como un indicador para analizar las intervenciones de los servicios sanitarios, pues proporciona información sobre la calidad percibida en la atención recibida de los servicios de salud, identificando su percepción sobre los atributos de calidad de esa atención y los factores determinantes de satisfacción o insatisfacción, para abordarlos a través de procesos de mejora continua. Se están evaluando, entre otras dimensiones, la satisfacción en cuanto a accesibilidad, el tiempo de espera, el trato, el respeto a la cultura y la efectividad de la atención.

En el Ecuador, tradicionalmente, ni el sistema público de salud ni el privado han tenido mecanismos operativos permanentes para asegurar la calidad de la atención. Una reforma clave introducida por la Ley de Maternidad Gratuita fue haberle dado un rol importante a la calidad de la atención de sus prestaciones y el haber creado los mecanismos operativos para que la calidad de la atención pueda ser efectivamente supervisada y mejorada de manera continua. Esta experiencia contempla dos aspectos fundamentales de la medición de la calidad: una medición objetiva mediante auditoria médica y la captación de datos relativos a la satisfacción de los usuarios, midiendo sus percepciones al respecto.

En este marco, la Unidad Ejecutora a nivel nacional, los Comités Locales de Gestión y los Comités de Usuarios han tenido funciones importantes para asegurar la calidad de la atención. Los Convenios de Gestión han establecido metas explícitas de calidad, que tenían que ser cumplidas por las unidades de atención. También se desarrollaron protocolos de atención y estándares de calidad para las principales prestaciones, basados en las normas técnicas del MSP.

El MSP creó un Grupo Conductor del Programa de Mejora Continua de la Calidad que, con el apoyo de la OPS/OMS, UNFPA y Family Care International, apoyó la expansión del modelo de mejora continua de la calidad a través de cuarenta y cinco hospitales y centros de salud en nueve provincias del Ecuador. En cada una de las Direcciones Provinciales de Salud, han sido capacitados funcionarios del MSP, que conducen las acciones de los equipos de mejora continua de la calidad en los hospitales y centros de salud de su provincia. Los equipos de mejora continua de la calidad están integrados por médicos, enfermeras, obstétrices y estadísticos de las unidades, quienes mensualmente monitorean y reportan indicadores de la calidad técnica y de satisfacción del usuario y ejecutan acciones de mejoramiento rápido.

UNIVERSALIDAD, INTEGRALIDAD Y EQUITAD

Cobertura

El Sistema de Salud ecuatoriano es un sistema mixto segmentado y fragmentado que todavía registra gastos privados elevados (gastos de bolsillo), lo que muestra un comportamiento regresivo, siendo mayores en la población de menores recursos.

Cada uno de los subsistemas, que no son coordinados, cuenta con población derechohabiente propia y con acceso a servicios diferenciados. De manera general, el sector público atiende a los sectores pobres y de medianos ingresos, mientras que la población de mayor ingreso se atiende en el sector privado y los más pobres no son cubiertos adecuadamente. La cobertura poblacional se duplica en múltiples circunstancias sin evitar a la vez que existan carencias, lo que no favorece el uso eficiente de los recursos, en particular los relacionados con el financiamiento y los relativos a infraestructura física y equipamiento.

Los distintos subsistemas públicos o privados manejan arreglos de financiamiento, de gestión de servicios, afiliación y provisión propios y todavía existe poca separación de funciones en las instituciones del sector.

La distribución de cobertura se visualiza claramente en el número de derechohabientes de cada subsector en la Tabla 6. En 2010, la población con cobertura específica de algún tipo de seguro salud era de 30%, con 17,6% de cobertura por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), 6,5% del Seguro Social Campesino (SSC), 1,6% del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), 1,8% del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) y 8,2% de la población cubierta por el sector privado prepago (Tabla 6).

Tabla 6 – Distribución de la cobertura en salud por subsector, Ecuador, 2005 y 2010

POBLACIÓN CUBIERTA CON SEGURO DE SALUD									
IESS		SSC		ISSFA		ISSPOL		S. privado y prepagos	
2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010
1.672.633	2.499.680	874.405	917.417	202.761	223.058	177.416	251.322	531.000	1.170.000
12,70	17,60	6,63	6,50	1,54	1,60	1,35	1,80	4,03	8,20

		Población	%
Con cobertura específica	2005	3.086.516	24,40
	2010	4.242.477	29,90
Población abierta (MSP)	2005	10.099.761	75,60
	2010	9.952.423	70,10

Fuentes MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL, INEC, MCDS, 2010

(antes de la ley de ampliación IESS, después el número de afiliados del IESS aumentó a 3.602.713)

El Ministerio de Salud Pública, que en teoría ofrece cobertura a toda la población ecuatoriana, es en realidad el principal proveedor de servicios, tanto preventivos como curativos a la población abierta (70% que no tiene derechohabencia en otros subsectores), sin excluir los frecuentes subsidios cruzados “de hecho” a los otros subsectores en caso de enfermedades costosas o en los casos en los cuales la distribución geográfica o por niveles de los aseguradores no responde de manera oportuna a la demanda de los afiliados.

En el MSP, la condición de acceso al derecho está dada por la calidad de ciudadano, aunque puede beneficiar también a extranjeros residentes y no se niega tampoco la atención a extranjeros en provincia fronterizas.

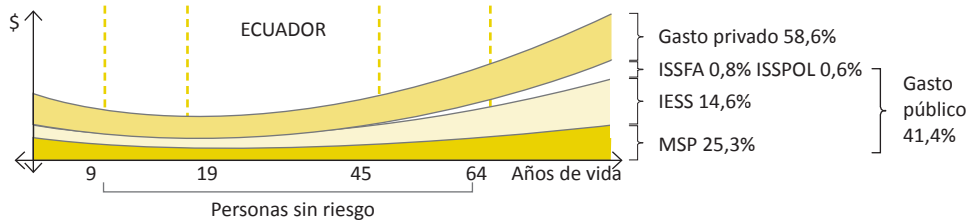
En el subsistema de seguro público, que atiende a la clase media y media alta, la condición de acceso es la afiliación, que es obligatoria para los trabajadores formales y que está condicionada a los aportes realizados mediante contribuciones, tanto del trabajador como del empleador. Los servicios prestados varían entre las distintas entidades aseguradoras públicas.

El Seguro Social Campesino afilia a los trabajadores del área rural y la cobertura que se otorga es de carácter familiar. En el caso del ISSFA e ISSPOL, el régimen de afiliación también es familiar, sin embargo, los beneficios son distintos para dependientes y se puede exigir copagos diferenciados en función de las prestaciones y del grado de dependencia con el afiliado (hijos/padres del afiliado).

Recientemente (noviembre de 2010), el IESS pasó de un sistema de afiliación personal, es decir con cobertura exclusiva del afiliado, a un sistema opcional de cobertura de los dependientes, limitado a cónyuge y menores de edad (mayor de 6 años y menores de 18 años) con contribución adicional, ampliando así su cobertura hacia casi un 28% de la población, pues se esperan para fin del año 2010 casi 4 millones de afiliados (IESS, 2010). A nivel de la repartición por ciclos de vida de los asegurados, según una encuesta reciente, en 2009 el 1% de los afiliados cumplían algunos criterios para jubilarse, el 13% eran pensionistas y, al separar la población asegurada por grupos etarios en intervalos de 5 años, empezando desde la edad de 15 años, el grupo más numeroso correspondía a los afiliados entre 25 y 29 años.

Cabe mencionar que el perfil de riesgo de los grupos de afiliados al Sistema de Seguridad Social (IESS, ISSFA, ISSPOL) es de bajo riesgo, siendo una población con empleo formal, ingresos estables y derechohabientes, en su mayoría en grupos etarios con perfil epidemiológico de menor riesgo. En el Gráfico 1 se pueden apreciar las curvas de riesgos y costos de servicios de salud por ciclo de vida, un esquema que posiciona las diferentes unidades institucionales que conforman el SNS del Ecuador en función del nivel de gastos/ingresos de su población derechohabiente y de los riesgos sanitarios que estarían cubriendo.

Gráfico 1 – Riesgos y costos de servicios de salud por ciclo de vida, Ecuador, 2009



Elaboración: MSP 2010 (datos 2009) en base a Suárez, R. (2009); Suárez, R. y Pescetto, C. (2002)

Cobertura de servicios

Se considera que la afiliación al subsistema de seguridad social del sector público ofrece la mayor cobertura en servicios de salud con asistencia médica, quirúrgica, dental y farmacéutica integral. Las prestaciones incluyen consulta externa, urgencias, medicina curativa y preventiva individual, rehabilitación, prótesis, hospitalización, atención domiciliaria, así como compensación de gastos de atención médica mediante convenios suscritos con clínicas privadas.

En el sistema del MSP, la cobertura ofrecida abarca todos los tipos de servicios y patologías. Sin embargo, existe gran variabilidad en la efectivización de este derecho. Respetando los mandatos legales, la atención es integral y es cierto que hubo mejoramientos sensibles en el acceso a métodos de diagnóstico (ejemplo aumento de 3000% para el año 2009 en relación con 2010), sin embargo, tanto para medicamentos como para insumos o dispositivos, el sistema no garantiza un abastecimiento constante, lo que obliga al paciente a gastar de su bolsillo para recibir servicios complementarios en el sector privado.

No obstante, se han desarrollado mecanismos para aumentar el acceso a servicios y más que todo a la protección financiera para ciertas condiciones, como es el caso de las enfermedades catastróficas o lo relativo a atenciones en el marco de la ley de maternidad gratuita, que gozan de un sistema de financiamiento específico.

Para las enfermedades catastróficas, la Red de Protección Social del Ministerio de Inclusión Económica y Social maneja el programa PPS que apoya financieramente a personas y hogares ecuatorianos en caso de enfermedad catastrófica, es decir, los problemas de salud que cumplen con las siguientes características:

- Que impliquen un riesgo alto para la vida de la persona
- Que sea una enfermedad crónica y, por tanto, su atención no sea de emergencia
- Que su tratamiento pueda ser programado
- Que el valor de su tratamiento mensual sea mayor a una canasta familiar vital publicada mensualmente por el Instituto Nacional de Estadística y Censos.

En el Ecuador, existen en 2011 aproximadamente 150.000 personas que padecen enfermedades consideradas como catastróficas agudas y crónicas. Los pacientes ingresan en este programa a través de los Hospitales que forman parte de Referencia de la RED-PPS.

Cobertura universal transversal otorgada por el programa de maternidad gratuita

En el caso del programa relacionado a la Ley de Maternidad Gratuita, se puede considerar que se está organizando una forma de acceso universal transversal para estos grupos etarios con garantías efectivas y exigibles de derechos

Desde 1994 de acuerdo con la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) existe el principio del derecho:

“[...] a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como el acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidos y niños-niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.” (Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, 1994).

A partir de este derecho se estableció la gratuidad obligatoria únicamente para el caso de los establecimientos dependientes del MSP, aplicada desde el año 2000.

Esta experiencia ha logrado ofrecer una cobertura universal real a los grupos de mujeres durante el embarazo, parto y postparto, así como a los niños menores de 5 años de todo el país con atenciones específicas a este ciclo de vida. La experiencia dio paso a reformas específicas en el modelo de gestión de los servicios que lograron incrementar la efectividad, cobertura, eficiencia y calidad de los servicios materno-infantiles.

Siendo, en todos casos, el derecho a la atención gratuita un derecho general para todos los ciclos de vida, este es un marco legal que se encuentra superado. Sin embargo, es válida la experiencia de la implementación de esta ley, así como los procesos organizacionales que se lograron implementar al momento de prever el diseño de nuevas normas sobre atención gratuita. Como elementos relevantes de esta experiencia se destaca lo siguiente:

- La importancia de la Ley a finales de la década del 90 fue el impulso del rol del Estado en la protección de la salud para los grupos más vulnerables, como las mujeres, niñas y niños del país.
- Su contribución también ha sido enfatizar la respuesta de los servicios de salud a las necesidades de la población desde una perspectiva de derechos a la salud y a una calidad de vida digna, disminuyendo la barrera económica para el acceso a la atención y convirtiéndose en una estrategia de ampliación de coberturas.

En la actualidad, el modelo de la LMGYAI se ha convertido en un instrumento importante para el mejoramiento de la cobertura y la calidad de los servicios, gracias a que incorpora algunos mecanismos para su aseguramiento a fin de que la eliminación de la barrera económica sea real. Entre ellos podemos mencionar la publicación de protocolos de atención, la cuantificación de costos, el reembolso por producción realizada, la metodología para el mejoramiento de la calidad de los servicios, los instrumentos de medición de la calidad y cumplimiento de metas, los convenios de gestión, la metodología para la cogestión con los municipios y la organización de los comités de usuarias para la satisfacción de la calidad de los servicios (MSP, 2001).

El programa cuenta con un nivel técnico encargado de desarrollar y proponer los mecanismos para el financiamiento, modelo de gestión, modelo de atención, servicios de salud cubiertos, rol de los gobiernos locales y rol de las organizaciones de usuarias, entre otros aspectos.

Para lograr sus propósitos, la LMGYAI introdujo algunas reformas específicas en el modelo de gestión, orientadas a incrementar la efectividad, coberturas, eficiencia y calidad de los servicios materno-infantiles y garantizar una atención integral de salud sexual y reproductiva. Entre estas reformas se incluyen:

- El aseguramiento de un financiamiento estable a un paquete básico de servicios, no sujeto a los vaivenes de la aprobación política del presupuesto del Estado.
- El pago a través de reembolso por servicios efectivamente producidos por las Unidades.
- La creación de la Unidad Ejecutora y los Comités Locales de Gestión de Salud como mecanismos para el pago de servicios, independientes de la función de prestación.
- La diversificación de los proveedores de servicios, incluyendo además del MSP a las instituciones sin fines de lucro y a los proveedores de medicina tradicional, entre ellos a las parteras.
- La integración de la gestión local de salud a los gobiernos locales municipales y las organizaciones comunitarias.
- La creación de un rol activo de veeduría y apoyo a la calidad de la atención por parte de los Comités de Usuarias.
- La inclusión del objetivo explícito y los mecanismos operativos para la Mejora Continua de la Calidad de la atención.

A nivel operativo, uno de los aspectos más importantes fue la identificación de las prestaciones que deberían ser cubiertas financieramente a través de los mecanismos de la Ley, así como el diseño de los mecanismos de reembolso por servicios efectivamente producidos por las Unidades.

Marco general de la reforma del modelo de sistema de salud del Ecuador

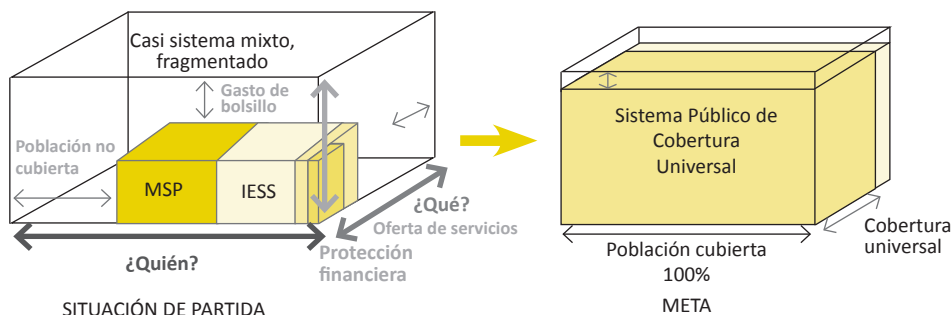
Durante varias décadas, el país se debatió entre la utopía de la eficiencia económica y el real deterioro de las condiciones sociales, económicas, políticas, de salud y calidad de vida de las/os ecuatorianas/os.

El nuevo marco legal y político del país ha logrado definitivamente romper con el antagonismo entre eficiencia económica e inversiones en el sector social, reafirmado el rol del Estado, la soberanía y autodeterminación en la formulación participativa de políticas públicas y programas incluyentes y movilizadores por la salud y la vida desde lo local, pero además garantiza de manera progresiva el acceso de toda la población a servicios de salud e infraestructura sanitaria, erradicando las inequidades, la exclusión y la discriminación. Se recupera la salud como un derecho humano que participa de la construcción del bienestar como un hecho colectivo.

Las políticas y programas implementados deben enfrentar problemas como la inequidad, desigualdad y exclusión de la salud. Para ello, el sector de la salud debe promover la universalización de la cobertura, eliminando todas las barreras de acceso.

En este sentido, esta nueva etapa de intervención en el sector de la salud contempla una profunda reforma estructural del sector, que obliga a enfrentar los problemas generados por la desarticulación y la fragmentación institucional del sistema de salud. Estas características constituyen problemas estructurales que marcan su funcionamiento, lo que ha dado lugar a duplicaciones de actividades con bajo impacto en la población, además de la falta de coordinación y desperdicio de recursos. El reto es claro: avanzar hacia la cobertura universal, como se especifica en los Art. 362 y 363 de la Carta Magna y se ilustra en el Figura 2.

Figura 2 – Diagrama: el reto de la cobertura universal en salud, Ecuador



No obstante, en el Art. 369 de la Constitución de la República, que se enmarca en el capítulo relativo a la seguridad social, se establece que: “*El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, [...] El seguro universal obligatorio se extenderá a toda la población urbana y rural, con independencia de su situación laboral [...]*”, destacando también, en el art. 367, el principio de obligatoriedad.

Se priorizan la dos vías para la universalización de la cobertura, la vía del aseguramiento universal y la vía de la provisión directa de servicios en base a la ciudadanía, lo que genera confusión y ambigüedad en cuanto a la existencia de un doble sistema de derechohabencia y de todos modos, la potencial ausencia de cobertura mutuamente exclusiva entre el MSP y las entidades aseguradoras del sector público en salud (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional).

Bajo este contexto se desarrollaron estrategias para la universalización, sintetizadas a continuación.

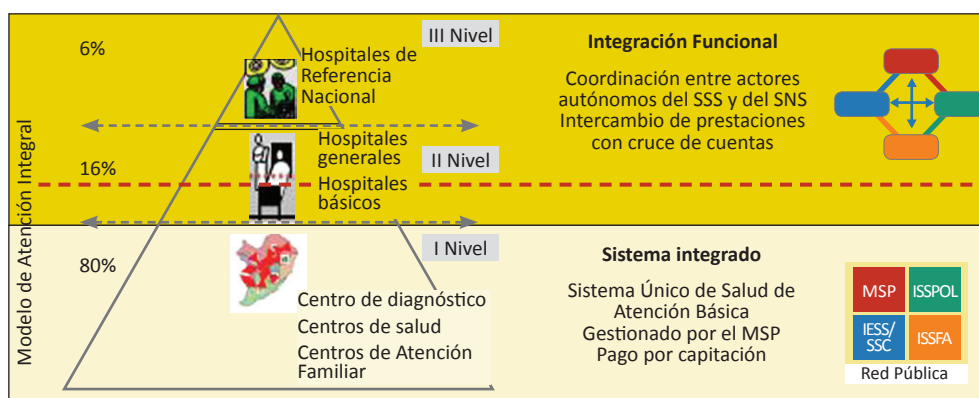
Considerando las premisas de que el sector de la salud ha mantenido una severa fragmentación, así como una limitada rectoría y centralización, situaciones que han generado deficiencias en la rectoría, la articulación funcional (de las instituciones, proveedores y prácticas de salud), la coordinación, la regulación, la aplicación de las funciones esenciales de la salud pública y la garantía de acceso equitativo a los servicios de salud, la solución necesariamente pasa por la vía de la integración del sistema.

Para que sea posible promover servicios de salud sin segmentación y atender al usuario independientemente de su sistema de derechohabencia, es necesario considerar no solo los aspectos técnicos sino también la viabilidad política de cualquier cambio. Por esta razón, en el Ecuador se está trabajando en dos modalidades complementarias para la integración del Sistema Nacional de Salud:

- (i) La red pública integrada de segundo y tercer nivel, que corresponde a una integración funcional mediante intercambio de servicios entre actores que sigue siendo autónomos.
- (ii) La propuesta de Sistema Único de Atención Básica de Salud, que corresponde a un sistema integrado para el primer nivel (hasta el nivel de los hospitales básicos en el arranque). Los arreglos de financiación contemplan un fondo Nacional de Salud para la Atención Básica.

En la primera modalidad (escogida por el segundo nivel y en adelante), el sistema funciona como un sistema único, aunque en la segunda modalidad el sistema será verdaderamente un sistema único.

Figura 3 – Visión de la integración progresiva del sistema público de salud hacia el acceso universal en Ecuador



La razón de la diferenciación se hace evidente en el contexto ecuatoriano, ya que es cierto que, considerando el marco constitucional y político del derecho garantizado a la salud, resulta más congruente orientarse hacia un Sistema Único de Prestación de Servicios en Base a Ciudadanía. Pero considerando la satisfacción de los usuarios, la fuente de recaudación de ingresos adecuadamente establecida, las modalidades administrativas y prácticas bien institucionalizadas, así como el logro social que ha constituido el IESS históricamente, la inclinación sería preferiblemente hacia un Sistema de Seguro Universal.

Además, los asegurados del sector formal podrían percibir como un retroceso el hecho de implementar un sistema único.

Como contra argumento, se puede mencionar que el costo de la universalización hacia toda la población por la vía del seguro universal es prohibitivo en el sentido que, ya por la naturaleza del sistema, involucra costos más altos y se suma a esta consideración el hecho que se requiere crear un fondo subsidiado para aquellos que no puedan contribuir, cuyo manejo administrativo no ha de ser fácil en un contexto donde el tamaño del sector formal es pequeño y se caracteriza por su inestabilidad.

La estrategia escogida de red pública integrada en el nivel hospitalario, donde el IESS cuenta con un posicionamiento fuerte tanto en términos de imagen como de cobertura, permite una situación en la que todos ganan, que facilita avanzar en la instrumentalización progresiva de la integración sin que haya conflictos sociales fuertes.

En cuanto al nivel de atención básica (primer nivel hacia los hospitales básicos en el arranque), los beneficios de un sistema único manejado por el MSP son evidentes para la implementación del modelo de atención basado en APS que contemple una reorientación hacia la construcción de la salud (y no “reparación”) con priorización de las acciones de promoción y prevención. Así, se reflejará la contribución del sector a la construcción paulatina de los territorios del Buen Vivir.

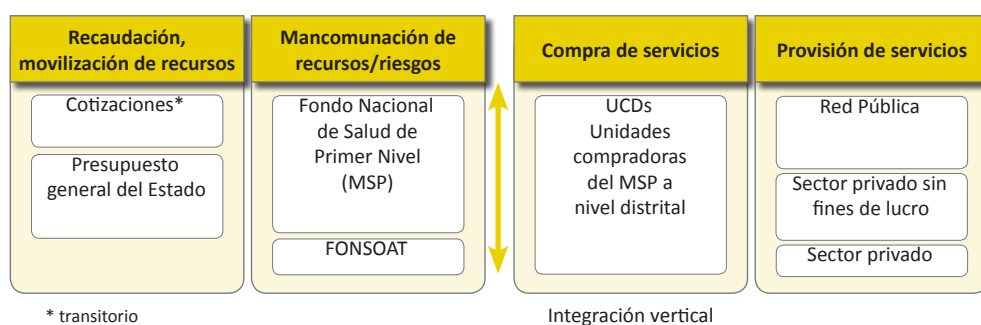
La Red Pública Integral de Salud es un mandato constitucional, según su Artículo 360:

“La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”.

La estrategia de su construcción en dos modalidades permite aprovechar los ventajas competitivas de cada subsistema (seguro: hospitales, MSP: primer nivel), proceder a cambios profundos sin que desaparezcan los “privilegios” percibidos por los asegurados y permite la generación de la imagen institucional de la “red pública integral” y un fortalecimiento institucional por fases.

A la fecha (2011), existen avances substanciales en el desarrollo de la integración funcional del segundo y tercer nivel, aunque la propuesta de sistema integrado para el primer nivel todavía se encuentra en discusión. No obstante, los instrumentos, herramientas y acciones que se desarrollan para la propuesta de la integración funcional constituyen asimismo condiciones de partida para la unificación del sistema en el primer nivel, salvo el cruce de cuentas relacionado al intercambio de servicios, porque en el caso del sistema único, la función de financiamiento quedaría integrada como se ilustra a continuación.

Figura 4 – Conceptualización del modelo de financiación desarrollado para el primer nivel



Tanto la modalidad de integración funcional como aquella del sistema único se sustentan en prerequisites que tienen que ver con dos pilares conceptuales: la convergencia y la portabilidad. El tercer eje importante de trabajo es el “Sistema de Intercambio de Servicios” entre prestadores, que facilita el flujo de recursos financieros entre instituciones, lo que permite movilizar de manera explícita los recursos financieros hacia la unidad o institución prestadora de servicios. En este ámbito, se trabajó en un Tarifario Único para la Red Pública, reglas para su aplicación y mecanismos de cruce de cuentas.

Avances en la integración funcional para la articulación y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud

La Red Pública Integral de Salud, como el eje fundamental para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, tendrá como meta cubrir la brecha de servicios, disminuir las desigualdades en el acceso, mejorar la oportunidad, calidad, y cobertura de las atenciones. Debería estar formada por territorios (distritos) con capacidad resolutive local y gestión desconcentrada, con sus necesidades económicas y organizativas definidas.

En la búsqueda de esta coordinación institucional, el Ministerio de Salud Pública, como Autoridad Sanitaria Nacional, lidera este proceso y ha formado una Comisión Técnica Nacional con representantes técnicos acreditados de los subsistemas públicos (IESS, FFAA, Policía Nacional). Esta comisión funciona de manera permanente, está presidida por el Ministro de Salud o su representante, toma decisiones y se constituye en el órgano de concertación y coordinación nacional del SNS.

Dentro de los logros alcanzados hasta el momento se puede citar lo siguiente:

- Se definió el conjunto de prestaciones de salud para la Red, de acuerdo al análisis de mayor prevalencia, incidencia, morbi-mortalidad, entre otros criterios, definidas en tres estratos: mayor, mediana y de baja prioridad. Estas prestaciones responden al 90% de la carga de enfermedad que tiene actualmente el país.
- Se validaron los protocolos terapéuticos y guías de manejo clínico en un 100% entre las instituciones de salud del sector público. Próximamente se realizará la capacitación virtual de 6.000 profesionales que prestan atención en las diferentes unidades de salud.
- Se concluyó la construcción del Tarifario Único para la negociación de la prestación de servicios de salud en el sector público y privado. Se inició el proceso de socialización con la Federación Médica, las Direcciones Provinciales de Salud, la Asociación de Clínicas Privadas del país, CORPOSOAT y la Cruz Roja.
- Se reunió la información de la cartera de servicios del sector público del primer y segundo nivel de atención.
- Se suscribió el Acuerdo Ministerial de Homologación de la Tipología de los Servicios de Salud, para lo cual se construyeron los estándares técnicos para cada nivel de atención: población a ser atendida por unidad, horarios de atención, perfiles de profesionales que debe disponer cada unidad, cartera de servicios para los tres niveles de atención.
- Se concluyó la construcción de los estándares para licenciamiento de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. Al momento, la Dirección Nacional de Servicios de Salud se encuentra elaborando la normativa técnica y demás instrumentos necesarios para automatizar este proceso.
- Se están realizando las gestiones necesarias para impulsar temas importantes como farmacovigilancia, auditoría médica, implementación de protocolos que, como parte del sistema de garantía del control de la calidad de los servicios en el

país, el MSP como Autoridad Sanitaria por primera vez genera estas capacidades y ampliará su ámbito de acción al sector público.

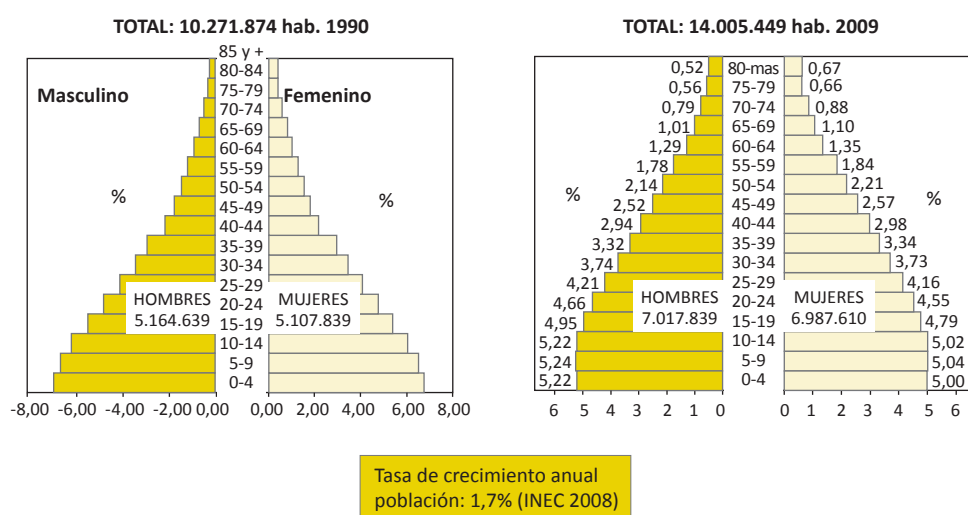
Brechas de equidad en la situación de salud

Con el afán de determinar la situación de exclusión en salud en el Ecuador, se partirá de una caracterización del estado de salud de la población, seguido de la presentación de los elementos determinantes de la exclusión, antes de desarrollar aquellos que son los más significativos en el país.

Situación de la salud

En los últimos años, el país ha experimentado cambios importantes en su perfil demográfico y epidemiológico, con una tendencia sostenida a la disminución de la tasa de fecundidad, de la mortalidad materna e infantil, la disminución de algunas enfermedades infecciosas y el incremento de la esperanza de vida. Sin embargo, persisten problemas de salud que se pueden y deben evitar. Por otro lado, los indicadores a nivel nacional no reflejan las profundas disparidades a nivel territorial y la situación de desventaja de grupos poblacionales en situación de pobreza y de los pueblos y nacionalidades indígenas y afro-ecuatoriana. Según estimaciones del INEC, la población del país era de 14 millones de habitantes en el año 2009. La tasa global de fecundidad para el año 2005 fue de 2,5 y en los últimos años ha cambiado la estructura poblacional con una disminución de la población infantil y el incremento de la población joven y adulta, lo que implica nuevos requerimientos para las políticas sociales y, de manera específica, para el sector de la salud.

Gráfico 2 – Pirámide poblacional, Ecuador, 1990 y 2009



Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2011

La tasa de mortalidad materna ha experimentado una tendencia a la disminución: en el año 2008 fue de 56,7 por 100.000 nacidos vivos. Entre las principales causas de mortalidad materna están: la hemorragia del parto, hipertensión gestacional inducida por el embarazo, eclampsia, complicaciones del embarazo, parto, postparto, anomalías de la dinámica del trabajo de parto, sepsis puerperal, embarazo ectópico y aborto no especificado. Estas causas son evitables y se relacionan, en gran medida, con la atención y acceso oportuno a los servicios de salud.

De igual manera, las tasas de mortalidad infantil y neonatal han disminuido de forma sostenida en los últimos años. La mortalidad de menores de 1 año llegó a 12,7 por 1000 nacidos vivos en el año 2010.

Las principales causas de mortalidad infantil son: los trastornos relacionados con duración corta de la gestación, bajo peso al nacer, neumonía, sepsis bacteriana del recién nacido, dificultad respiratoria, neumonía congénita, otras malformaciones congénitas del corazón, síndrome de aspiración neonatal, hipoxia intrauterina, otras malformaciones congénitas no especificadas, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. En cuanto a las principales causas de muerte neonatal están, en orden de importancia, las complicaciones relacionadas a partos prematuros, sepsis y neumonía, asfixia al nacer y tétanos neonatal.

La mortalidad general también ha disminuido. En el año 2008 llegó a 4,3 por 1000 habitantes y al analizar las principales causas de mortalidad y morbilidad se evidencia que el país está viviendo un proceso de “transición epidemiológica” en el que persisten los problemas vinculados a carencias básicas con un incremento de problemas crónico-degenerativos y violencia.

En el año 2009, las enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus y la enfermedad hipertensiva, constan entre las primeras causas de muerte, al igual que los accidentes de tránsito y los homicidios. La influenza y neumonía ocupan el quinto lugar. Las enfermedades cardio-vasculares, la insuficiencia cardíaca, la cirrosis y la neoplasia maligna de estómago están entre las diez principales causas de muerte. Entre las principales causas de egreso hospitalario están la diarrea y la gastroenteritis infecciosa, la neumonía, la colelitiasis, el aborto no especificado, la apendicitis aguda, la hernia inguinal, el falso trabajo de parto y el traumatismo intracraneal.

Los problemas nutricionales son un problema de salud pública en el país. Tanto la desnutrición como el sobrepeso, que en los últimos años está en aumento, tienen una clara relación con las condiciones de vida, el acceso a alimentos y patrones de consumo. Según la Encuesta de Condiciones de Vida, la desnutrición crónica afecta fundamentalmente a niños y niñas indígenas y a la población que habita en zonas rurales, donde hay mayores índices de pobreza.

Brechas sociales y de entorno relacionadas a la salud

La mayoría de las causas de muerte y enfermedad son evitables, sin embargo, no se ha logrado todavía avances significativos y persisten profundas brechas e inequidades en relación a los grupos poblacionales que por su condición económica, pertenencia étnica y de género están en clara desventaja y expuestos a mayores riesgos. De igual manera, determinados espacios territoriales están marginados de los beneficios del desarrollo y su población está expuesta a condiciones de deterioro, lo que se expresa en los indicadores de salud con tasas mucho más altas que la media nacional en relación a mortalidad materna e infantil, problemas nutricionales y carencias de servicios básicos como alcantarillado, agua potable, que tienen una relación directa con las condiciones de salud.

En las mujeres, entre las primeras causas de egreso hospitalario constan el aborto y problemas relacionados al embarazo, el parto y el postparto. La violencia de género e intrafamiliar es una de las expresiones más evidentes de inequidad de género. La nueva política social se orienta hacia a la reducción de brechas bajo el principio básico de equidad, con énfasis en acciones positivas en grupos de atención prioritaria (infancia, juventud, mujeres, grupos étnicos, sectores populares, entre otros) y en acciones que promuevan la equidad territorial para que se nivelen los territorios en cuanto a los indicadores de necesidades básicas insatisfechas.

En lo específico del sector salud, se recoge este enfoque y se ha desarrollado criterios de priorización de los problemas en salud y de los territorios como estrategia de intervención en el sector. En este sentido, mediante el modelo de priorización que se detalla en a seguir, se atenderá preferentemente a la población de 188 parroquias que requieren mayor cuidado de su salud por razones sociales y epidemiológicas, priorizando también las 18 enfermedades de mayor evitabilidad, con lo que se puede disminuir hasta un 25% de la mortalidad evitable en el país.

El enfoque de evitabilidad y la priorización de territorios de intervención como una herramienta hacia la equidad

El MSP de Ecuador ha desarrollado un modelo de priorización de enfermedades que se orienta a superar enfoques centrados exclusivamente en la carga global de la enfermedad hacia un enfoque de derechos y el logro de mayor eficiencia, eficacia e impacto social y económico en las intervenciones. En esta propuesta se construye un Índice Compuesto de Priorización para Problemas de Salud a partir de la combinación de criterios, como la magnitud de defunciones según causa de muerte, la mortalidad prematura (Nº. de años de vida perdidos) y el índice de evitabilidad del evento y de la consecuencia.

Se clasificó a las enfermedades en tres grupos: de alta prioridad (18), mediana prioridad (40) y baja prioridad (50) y se estima que al intervenir en las 18 enfermedades se puede evitar el 41,5% de las muertes más frecuentes que se registran en

el país. Si se añaden las 22 enfermedades de mediana prioridad, se puede evitar el 61% de las muertes.

Las 18 enfermedades de alta prioridad reflejan las características del mosaico epidemiológico del país y, de acuerdo a las características y determinantes de los problemas de salud priorizados, se pueden agrupar según el tipo de intervención que se requiere para su prevención y atención integral.

Priorización de territorios

Desde la misma perspectiva de avanzar hacia la equidad y revertir las barreras de acceso, se plantea priorizar poblaciones que habitan en territorios que históricamente han estado y están en situación de desventaja por la ausencia de inversiones para el desarrollo económico y social, por la concentración de población en situación de extrema pobreza y pueblos indígenas y afro-ecuatorianos que han estado expuestos a condiciones de exclusión y discriminación.

El logro de equidad implica garantizar la asignación de recursos suficientes para el acceso a las intervenciones esenciales de salud, superando las brechas existentes. La priorización de territorios se fundamenta en una combinación de criterios e indicadores que dan cuenta de la situación de desventaja y exposición a mayores riesgos de enfermar y morir.

Del análisis de estos indicadores se identificaron 188 parroquias en las que se debe intervenir de manera prioritaria para lograr incidir en el 42% de las muertes evitables que se presentan en el Ecuador.

Brechas en la oferta y en la prestación de servicios

La prioridad que se dio al sector de la salud se expresa en un incremento importante del presupuesto. Sin embargo, aun así, en el Ministerio de Salud Pública se presenta desabastecimiento; los servicios de salud están saturados tanto a nivel de las unidades del MSP (aumento de la demanda en el marco de la gratuidad) como aquellas del IESS, que tuvieron que enfrentar una ampliación significativa de la cobertura sin que todavía se realizaran los ajustes necesarios para la expansión de la capacidad de la oferta.

Según los datos de producción del Sistema Común de Información del MSP, la demanda de servicios institucionales del MSP se ha incrementado significativamente: las consultas médicas se incrementaron en 142%, al pasar de 14,4 millones en el año 2006 a 34,6 millones en el 2010, donde las consultas de morbilidad registran el mayor incremento. De forma similar, la atención de emergencia en las unidades del MSP se incrementó en 116%, la cirugías en 47%, los exámenes hematológicos en 106%, las radiografías en 52% y la tomografías en 1.880%. Nótese que el número de egresos hospitalarios aumentó de 384 a 503 mil en el período 2006-2010.

Este importante incremento de la demanda ocurrió al mismo tiempo que en las áreas y hospitales se efectivizaba –de forma heterogénea– el mandato constitucional de gratuidad de manera parcial y desordenada debido a que, hasta al momento, no se ha definido ni ordenado la política de instrumentación de la gratuidad. Generalmente, lo que ha pasado es que simplemente no se cobraron las tarifas en vigor o los copagos de aplicación en el escenario vigente de la autogestión, anterior al nuevo marco constitucional.

Esto lleva a que sean los mismos pacientes atendidos en las Unidades del Ministerio de Salud Pública y sus familiares los que deban adquirir lo necesario para la atención de sus enfermedades. Si se suma a estos gastos aquellos que surgen de los costos indirectos relacionados a la consulta, transporte, alimentación de los acompañantes y otros, se puede ver que el costo de la atención representa una barrera severa para la población pobre que utiliza las Unidades del Ministerio de Salud. Esta población, que subsiste con menos de un dólar por día, representa el 30% de los ecuatorianos. El resultado es que el 25% de la población no tiene acceso a servicios de salud y que, por ejemplo, el 73% de las mujeres indígenas no recibió atención profesional durante su parto.

En el caso del IESS, la cobertura ha presentado un incremento notable del 5% en el período 2005–2010, gracias a la rigurosa política de aseguramiento de los trabajadores implementada por el Ministerio de Trabajo, así como al cambio de régimen de afiliación, que pasó de ser personal a abrirse a la afiliación de los dependientes del afiliado principal (con la Reforma a la Ley de Seguridad Social de noviembre de 2010).

Sin embargo, la oferta de servicios es insuficiente, especialmente en todo el sector hospitalario, donde se observan graves problemas de congestión. Tanto es así que el sector se declaró “en emergencia nacional”. Las unidades de segundo nivel (hospitales) presentan problemas críticos, tanto en su capacidad de cobertura como de gestión.

Las barreras de acceso a nivel geográfico, cultural, social y económico aún persisten y en cuanto a la percepción de la calidad de los servicios y el trato, todavía queda mucho por hacer.

La escasez de personal incidió en una limitada capacidad resolutive y la pérdida de confianza de la población, lo que ha resultado en una lógica y una visión de mantener servicios “pobres para los pobres”, que ha sido funcional al crecimiento de los servicios privados.

Con relación a los grupos poblacionales, se identifica a la población dispersa sobre todo en la región oriental y las áreas rurales como un grupo que tiene más dificultad de acceso a los servicios. El grupo de población indígena y de escasos recursos por razones culturales sigue siendo desatendido¹, así como la población de adultos mayores, que son ignorados. Las estrategias específicas desarrolladas frente

a estos grupos poblacionales que presentan altos grados de exclusión incluyen lo siguiente:

- Se está desarrollando la Estrategia Nacional de Implementación de la Planificación Familiar y procesos de fortalecimiento del talento humano para brindar una atención de calidad a estas poblaciones.
- Desarrollo de la Guía del Parto Culturalmente Adecuado.
- Capacitación en las normas de atención del Adulto Mayor, seguimiento de la mejora de la calidad del Adulto Mayor.
- Está en proceso el desarrollo del Carnet Socio Sanitario del Adulto Mayor, el Plan Nacional Interinstitucional para personas Adultas Mayores, con envejecimiento activo.

Sabiendo que la exclusión en salud es un fenómeno multicausal, heterogéneo y geográfico y además dinámico, porque varía en el tiempo, todas las acciones que mejoren el desempeño del sistema de salud tendrán un efecto positivo sobre la reducción de las barreras en salud. Sin embargo, las siguientes estrategias fueron priorizadas en el marco de la equidad en salud:

- Fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer y segundo nivel de manera tal que se garantice que el primer nivel atención se constituya en la puerta de entrada.
- Ampliación de los horarios de atención en los servicios del primer y segundo nivel.
- Fortalecimiento del licenciamiento obligatorio de las unidades de salud como mecanismo para mejorar la calidad de los servicios.
- Acercamiento de los servicios de salud a las comunidades más alejadas y de difícil acceso, con brigadas de atención y unidades móviles.
- Fortalecimiento del modelo de salud integral, familiar, comunitaria, intercultural, con base en la atención primaria de la salud, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.
- Implementación de la red pública y complementaria de servicios de salud.
- Incorporación de personal y fortalecimiento de la capacitación a fin de promover relaciones de solidaridad con las/os usuarias/os.
- Hacer de los servicios de salud espacios amigables, solidarios y de respeto a los derechos, los principios culturales y bioéticos.
- Ejecución de programas de atención integral a las discapacidades; mejora de la oferta de servicios para atender las discapacidades en las áreas urbano-periféricas y rurales.
- Incremento, asignación oportuna y uso óptimo de los recursos económicos para la función salud.
- Incremento de personal de salud y asignación, considerando los requerimientos de salud de la población.

FINANCIAMIENTO EN SALUD

La ordenación del financiamiento sectorial forma parte del ejercicio del rol de Autoridad Sanitaria Nacional que debe garantizar a los ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago, una protección social básica en materia de salud que conduzca a la reducción de la desigualdad en el acceso a servicios necesarios, eficaces y de calidad, deber que se encuentra perfectamente alineado con los mandatos y lineamientos constitucionales.

En la mayoría de los países, recientemente se ha vuelto relevante la preocupación relacionada con modelos de financiamiento y los macro análisis pertinentes del gasto, sobre todo en el marco de la reforma de la estructura de los sistemas de salud alineada al compromiso hacia la cobertura universal. En 2005, los estados miembros del Organización Mundial de la Salud se comprometieron a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, de manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras por tener que pagar por ellos.

El modelo de financiación responde a la visión de la estructura organizacional deseada para el sistema de salud (la reforma sanitaria) y viceversa. Así, es importante recalcar que en la Constitución de 2008, a pesar de los avances significativos en temas de salud colectiva, en lo que tiene que ver con el Sistema Nacional de Salud, la norma constitucional resulta poco clara porque prevé lograr la cobertura universal en salud por dos vías en paralelo: la primera, a través de la construcción del Sistema Nacional de Salud (Art. 358, 359, 360) y la segunda, a través del Sistema de Seguridad Social (Art. 368, 369, 370).

La falta de un respaldo legal suficientemente contundente plantea un alto grado de dificultad para armonizar una propuesta común y genera fricciones innecesarias entre los actores clave que representan cada sistema: el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Este es un tema significativo, a la luz del cual se deben considerar los elementos presentados a continuación.

Visión general del sistema de financiamiento de salud

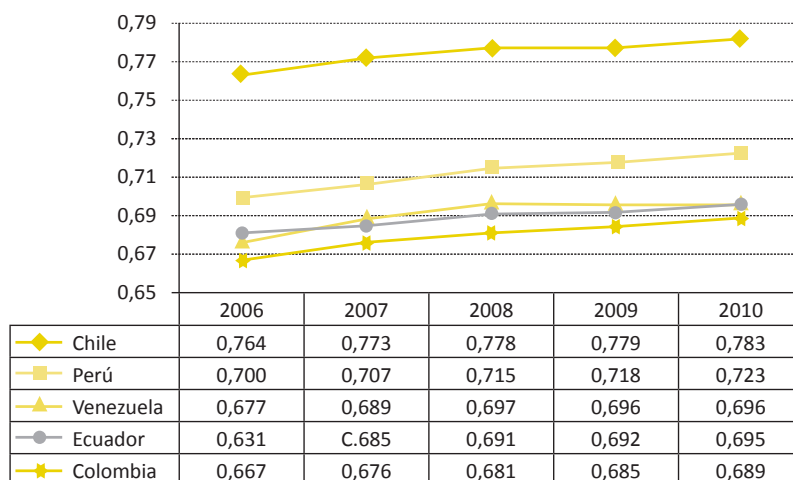
Ecuador, con 14,2 millones de habitantes y producto bruto interno per cápita de 3,7 mil dólares tiene un Índice de Desarrollo Humano de 0,695 (2010) y baja participación de la población económicamente activa en el mercado formal de trabajo, como se presenta en la Tabla 7 y Gráfico 3. Estas características económicas y poblacionales del contexto país condicionan la financiación de la salud.

Tabla 7 – Indicadores económicos y poblaciones, Ecuador, 2009

Indicador (2009)	Datos	Fuentes
PIB per cápita	3.714 USD	Banco Central
Población total	14.204.900	INEC
Población Económicamente Activa (PEA)	4.431.196 (31,6%)	INEC
Tamaño sector formal	1.817.187 (12,9%)	INEC
Tamaño sector informal	1.889.160 (13,4%)	INEC
Pob. bajo línea de pobreza	28%	INEC, SIISE, MCDS,
Pob bajo línea de indigencia	14%	INEC, SIISE, MCDS
Índice Gini	0.504	INEC

El tamaño del sector formal corresponde a un 12,9% de la población total del país y al 41% de la población económicamente activa (PEA). Para el sector informal, las proporciones son de 13,4 % en relación a la población total y 42,6% en relación a la PEA.

Gráfico 4 – Índice de Desarrollo Humano (IDH), países seleccionados, 2006-2010



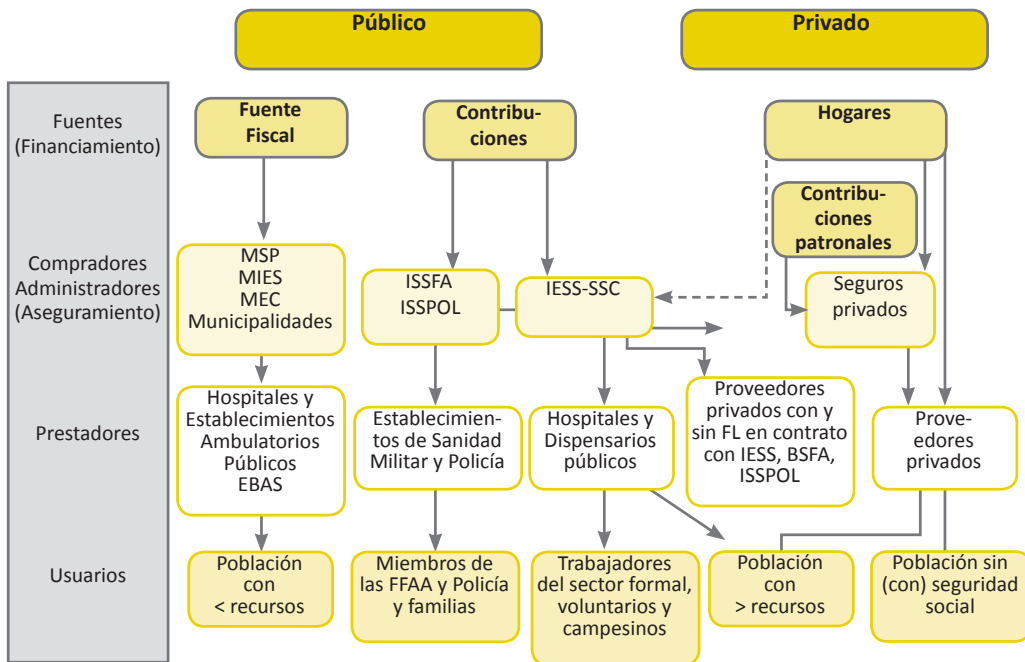
Fuente: PNUD

El sistema de financiamiento de la salud vigente en el Ecuador es un sistema mixto conformado por tres subsistemas principales:

- **Subsistema de base tributaria**, para los servicios de salud que presta el Gobierno, principalmente mediante las entidades prestadoras del Ministerio de la Salud Pública (MSP).

- **Sistema público de Seguro Social de Salud**, orientado al sector formal, sea general (IESS) o específico (ISSFA, ISSPOL, SSC) y financiado mayormente mediante contribuciones.
- **Subsistema privado**, con seguros privados y pagos de bolsillo.

Figura 4 – Modelo de financiamiento del sistema de salud de Ecuador



Fuente: MCDS, 2010: Hacia la seguridad social universal contingencia de enfermedad, maternidad

Como se puede observar, el financiamiento de las entidades públicas del gobierno (MSP; MIES, ME; gobiernos locales) proviene de fuentes fiscales, en el caso de las entidades públicas, del Sistema Nacional de Seguridad Social. La financiación se realiza a través de cotizaciones pagadas por los empleadores y trabajadores. Mientras tanto, los seguros privados y otros esquemas prepagos solo son accesibles a los estratos de altos ingresos. Los hogares de ingresos bajos también participan en el financiamiento del sector privado en salud a través de pagos directos al punto de servicios cuando sus demandas no han sido satisfechas por el sector público.

La distribución de cobertura entre estos subsistemas se presenta en la Tabla 8. Se entiende que 100% de la población es derechohabiente del MSP. Pero, aún si en teoría la cobertura del MSP se extiende a toda la población, se considera en general como específica del MSP a la población abierta, es decir aquella que no está cubierta por un seguro de salud (privado o público).

Es importante mencionar que al año 2010 apenas el 30% (28,8% asegurados en el sector público) de la población nacional estaba asegurada; no obstante, se presentó un incremento notable del 5% en el período 2005-2010, gracias a la rigurosa política de aseguramiento de los trabajadores implementada por el Ministerio de Trabajo.

En el sistema de seguros públicos, el actor más fuerte es el IESS, con una presencia del 65,7% de los derechohabientes del sistema. Y cuando esto se suma los asegurados del SSC, el porcentaje llega al 89,3% del total de asegurados. Su importancia también se refleja en el presupuesto anual para la salud, que sobrepasa el presupuesto del MSP.

Tabla 8 – Distribución de cobertura en salud entre los subsistemas, Ecuador, 2010

Subsistema	Derechohabientes
MSP	14.204.900
IESS	2.650.567
SSC	952.146
ISSFA	223.058
ISSPOL	210.531
Seguro privado	1.170.000

Fuente: MCDS

Marco constitucional del financiamiento de la salud

La Constitución de 2008 señala en su Artículo 366 que los recursos deberán “provenir de fuentes permanentes del presupuesto general del estado” y que se distribuirán según criterios demográficos y epidemiológicos (población y necesidades en salud); además, define el tipo de instituciones que pueden recibir fondos del Estado. En el Artículo 298 se realizan preasignaciones presupuestarias al sector de la salud, lo que garantizaría la disponibilidad de recursos y su estabilidad. Adicionalmente, la transitoria 22 relativa al presupuesto general del Estado especifica que el porcentaje del PIB asignado para la salud, se incrementara cada año en un porcentaje no inferior al 0,5% del PIB (lo que representaría alrededor de USD 240 millones cada año) hasta alcanzar al menos el 4% del PIB. El presupuesto para la salud otorgado al MSP fue de 669 millones de dólares en el 2006 y se incrementó a 1,2 millones de dólares en 2010 y a 1,4 millones de dólares (provisional) en 2011.

Uno de los principales ofrecimientos del Gobierno en salud fue lograr la gratuidad absoluta en los servicios de atención pública en forma progresiva.

Fuentes de financiamiento

Las fuentes de financiamiento del Sistema Nacional de Salud se identifican en el Cuadro 2.

Cuadro 2 – Fuentes de financiamiento del sistema nacional de salud, Ecuador

Sector público	Sector privado	Sector externo
<ul style="list-style-type: none"> • Impuestos generales • Impuestos específicos • Cotizaciones a los seguros sociales públicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Primas a algún tipo de seguro privado • Copago por servicios asegurados • Pago directos por servicios prestados • Pagos complementarios (medicamentos, insumos) • Primas al seguro de accidentes de tránsito 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos de cooperación

No hay copagos para los derechohabientes en el sistema público, salvo el caso de ciertas categorías de prestaciones o dependientes en los subsistemas SSFA e ISSPOL. En términos de aportes fiscales, al momento se impulsa una nueva reforma tributaria (tasas sobre alcohol, tabaco, etc.) que le permitirá al Estado recaudar más de 350 millones de dólares para, entre otros proyectos, modernizar el sector de la salud.

En el sector público los aportes son del gobierno nacional. No se registran aportes financieros a la Salud Pública desde los gobiernos subnacionales (provincias, municipios) por lo que no tienen esta competencia.

En el caso de las contingencias de enfermedad y maternidad de la seguridad social, cada instituto asegurador específico (IESS, ISSFA ISSPOL) recauda las cotizaciones y les agrupa en su “fondo” propio para que sean utilizadas para financiar las atenciones del grupo cautivo que corresponde a ese instituto. Lo mismo para los aseguradores privados y también hay un sistema en paralelo para el MSP, lo que es característico de un sistema segmentado.

Gasto en salud²

Los gastos totales de salud en Ecuador corresponden al 8,6% del PIB (2010). Los gastos públicos en salud, considerados los gastos de los seguros sociales y del MSP, corresponden a 4,5% del PIB para el año 2010, como se detalla en la Tabla 9 y Gráficos 4 y 5. Los gastos privados corresponden a 4,1% del PIB con participación de 48% de los gastos totales en salud en el país.

El Sistema Público en su conjunto alcanza para 2011 una inversión de 216 USD per cápita en salud, correspondiendo a una participación en el PIB de 5%, con elevación progresiva de los gastos del MSP y Seguros Sociales.

Tabla 9 – Presupuesto iniciales de los subsistemas públicos de salud y gasto público de salud en relación al PIB, Ecuador, 2008-2011

Año	Presupuesto inicial MSP (MILLONES USD)	Per cápita MSP	Presupuesto inicial IESS (MILLONES USD)	Per cápita IESS	Presupuesto inicial ISSFA (MILLONES USD)	Per cápita ISSFA	Presupuesto inicial ISSPOL (MILLONES USD)	Per cápita ISSPOL	Presupuesto total Sistema Público (SP)	Población en millones	Gasto Salud Per cápita SP	PIB	Total SP como % PIB
2008	879	64	469,0		28		15,0		1.392	13,81	101	54.686	2,55
2009	943	67	889,0		29		16,0		1.878	14,01	134	51.386	3,65
2010	1.244	88	1.284,5	357	40	179	37,9	180	2.606	14,05	186	56.964	4,52
2011 ¹	1.414	100	1.629,0	313	40	179	37,9	180	3.121	14,40	217	62.265	5,00

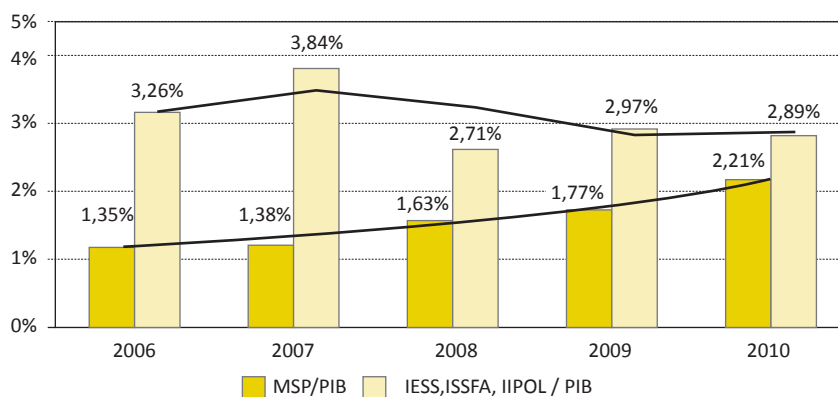
Nota 1: MSP presupuesto provisional XI/10, IESS estimado (26,8 % prom. crecimiento 2C04-2008), ISSFA & ISSPOL presupuesto 2010

Población INEC PIB BCE

Fuente: MCDS

Otro aspecto que se evidencia en la Tabla 9 es la segmentación del sistema de salud que conlleva inequidades, con enormes diferencias entre el gasto per cápita del MSP y del IESS en su respectiva población. Se nota que en 2010 el gasto per cápita del IESS llega a 357 USD, aunque para el MSP solo alcanza 88 USD (considerando como cobertura la población total: 14 millones). Si se aplica la debida corrección en función de la cobertura teórica (población abierta 9.962.423 hab.), el gasto per cápita del MSP alcanza 123,7 USD, es decir casi un tercio del gasto per cápita del IESS. Este resultado tiene que interpretarse también a la luz de los perfiles de riesgo que tienen los derechohabientes de cada sistema y que son mucho mayores para la población cautiva del MSP.

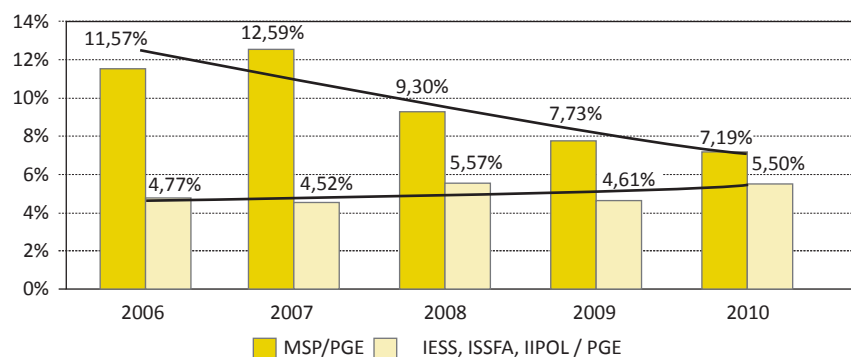
Gráfico 5 – Porcentaje de participación del gasto público en salud respecto al PIB, Ecuador, 2006-2010



El porcentaje de participación del gasto en salud respecto al presupuesto general del Estado entre 2006 y 2010 se mantuvo estable para el seguro social, con reducción

de la participación del MSP. La inversión ha sido mayor pero no se refleja su incremento regular porque se está analizando el gasto que corresponde al presupuesto devengado. Con relación a los años anteriores, el Gobierno, desde 2007 hasta la fecha, incrementó agresivamente su inversión en el ámbito de salud, a efectos de mantener la ampliación de cobertura y la meta de gratuidad.

Gráfico 6 – Porcentaje de participación del gasto en salud con respecto al presupuesto general del Estado, Ecuador, 2006-2010



Como punto adicional, se puede comentar que este análisis no da cuenta de los subsidios cruzados entre sistemas, principalmente desde el MSP hacia IESS, y que no se reflejan (por el momento) a través de flujos financieros entre instituciones. Se espera de la implementación del sistema de intercambio de prestaciones entre sectores (integración) más transparencia y que los ajustes realizados a través del cruce de cuentas entre instituciones resulten en una nivelación progresiva del gasto per cápita. A nivel de la eficiencia del gasto, este sistema también permitirá aprovechar la capacidad ociosa.

Se tiene también que evaluar como Autoridad Sanitaria Nacional, y a la luz de la importancia que se quiere dar al sector privado, la lógica de contratación de servicios complementarios a través de la red privada, que ha sido importante para el IESS y por lo cual se estima que alrededor del 8% anual del valor total que se espera facturar (alrededor de 1.000 millones de USD) ha sido destinado a pagos de privados.

Finalmente, ¿es el financiamiento en salud suficiente? Se sabe que ningún país del mundo ha conseguido un SNS de cobertura universal con un gasto público en salud menor a 7% del PIB. Las brechas actuales muestran que para alcanzar la cobertura universal gratuita total se requiere un incremento progresivo del financiamiento.

Asignación del gasto

La asignación de recursos se realiza en base a las prioridades de política de la agenda nacional. Es decir, la planificación institucional debe responder o encuadrarse dentro del Plan Nacional de Desarrollo, la agenda social y la propia agenda de salud del Ministerio.

La mayor parte del presupuesto de las provincias (hospitales y áreas) está pre-determinada por las actividades regulares. El margen que queda para la reprogramación y adaptación a las prioridades de política corresponde, apenas, al 15 a 20% del presupuesto. Esta situación mejora en el presupuesto de la Planta Central del Ministerio, que registra (concentra) el Plan Nacional de Inversión y que oscila en un 30% a 35%. Más del 85% del presupuesto regular del Ministerio de Salud se gasta en sueldos de su personal, de manera que la capacidad de las Unidades de Salud para adquirir suministros y medicinas es muy reducida. No hay asignación de recursos para los Gobiernos Autónomos Sub-nacionales.

Modelos de pago y otras propuestas innovadoras para el MSP

Partiendo de un modelo en el cual no había ninguna separación entre las funciones de compra de servicios y aquellas de prestaciones, dos iniciativas han logrado romper este esquema e ir más allá, introduciendo elementos de subsidio a la demanda y complementando las prácticas habituales de financiación de la oferta. Estas dos iniciativas son la implementación de la Ley de Maternidad Gratuita y el desarrollo del “Tarifario” en el marco de la construcción de la red pública y complementaria. Este último constituye la normativa que ampara a todas las unidades prestadoras de servicios del Sistema Nacional de Salud Red Pública Integral y Red Complementaria (entidades con y sin fines de lucro), debidamente licenciadas/calificadas para formar parte de la red de prestadores, en los diferentes niveles de atención y complejidad. Constituye un instrumento de aplicación obligatoria para efectuar las compensaciones económicas derivadas de la prestación de servicios de salud que brinden las instituciones públicas entre sí y entre estas y las privadas, con el fin de contribuir al acceso universal al sistema. El tarifario facilita el pago por prestaciones o por paquetes, como ha sido el caso en el marco de los convenios con las clínicas privadas para asegurar el acceso a cirugías para pacientes de los quintiles más pobres.

En el diseño y ejecución de la Ley de Maternidad Gratuita se incorporaron elementos novedosos sobre el modelo de financiamiento y la gestión de recursos. Por ejemplo:

- Separación entre financiadores y proveedores.
- Transferencia de recursos a los municipios donde funcionan comités de gestión.
- Creación de la Unidad Ejecutora y los Comités Locales de Gestión de Salud como mecanismos para el pago de servicios, independientes de la función de prestación de los mismos.
- Separación de las funciones de financiamiento-pago y de la prestación de servicios. Una de las consecuencias ventajosas que se espera lograr con esta reforma es la creación de una lógica y un espacio operativo de rendición de cuentas (*accountability*), en el cual unos actores (financiadores-pagadores) demanden información sobre los resultados logrados por los ejecutores, que estén obligados a rendir cuentas de producción y calidad.

- Diversificación de los proveedores de servicios, incluyendo además del MSP a las instituciones sin fines de lucro y a los proveedores de medicina tradicional, entre ellos a las parteras.

Además, tradicionalmente, los fondos del MSP solamente han financiado servicios producidos por Unidades del mismo Ministerio de Salud Pública. La LMGYAI autoriza a que sus fondos puedan reembolsar servicios producidos por otros proveedores de salud, como organizaciones no gubernamentales, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) e incluso agentes de la medicina tradicional.

Se pretende realizar un cambio hacia un manejo estratégico del modelo de financiación mediante la financiación de la oferta y, en casos específicos, de la demanda; la asignación estratégica de presupuestos y recursos (criterios: desempeño, población, evitabilidad, etc.) y la separación de las funciones de compra y provisión de servicios.

MACROGESTIÓN

Rectoría

Según la organización del Sistema Nacional de Salud actual, que se basa en la legislación secundaria vigente, le corresponde al Ministerio de Salud Pública ejercer la función de Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) y, en concordancia con los mandatos legales, el MSP ha definido su rol y visión institucional enfatizando su función de rector.

Rol: El ministerio de salud pública es la autoridad sanitaria nacional, núcleo de pensamiento estratégico del sistema nacional de salud, conductor de la red pública de servicios; que planifica, regula, genera política pública; define estándares y mecanismos de gestión articulación; con el objetivo de vigilar la salud pública y actuar a través de la provisión de servicios de promoción, prevención, curativos y de rehabilitación, así como actuar, a través del control de todos los productos y actividades que afectan a la salud, hacia mejoras del nivel de salud de la población ecuatoriana.

Visión: El Ministerio de Salud Pública ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

La Autoridad Sanitaria Nacional debe “*crear, cumplir y hacer cumplir las políticas públicas del Estado, elaboradas y ejecutadas de conformidad con la Constitución*” (art. 363). En este sentido, el MSP se sujeta al Plan Nacional de Buen Vivir, en su objetivo 3 –mejorar la calidad de vida de la población–, que tanto en la política como en los lineamientos tiene muy claramente establecidas las metas y objetivos a cumplir en

materia de salud. En este marco, la ASN define, emite y difunde políticas nacionales y planes de salud para los cuales se encargará igualmente de fomentar y controlar la aplicación.

Según el marco legal, el MSP “comparte” la función rectora con el Consejo Nacional de Salud (Conasa) y, en ciertas ocasiones, el compartir se ha transformado, de hecho, en “delegar”.

Desde el año 2002, el Conasa es una entidad con autonomía administrativa y financiera cuyo propósito es promover los consensos en las políticas públicas e impulsar los mecanismos de coordinación para la organización y desarrollo del Sistema Nacional de Salud conforme a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Su directorio está conformado por representantes de las instituciones públicas y privadas que actúan en el sector de la salud y funciona básicamente a través de comisiones de expertos institucionales (Planificación, Medicamentos, Recursos Humanos, Bioética), para generar acuerdos respecto a políticas, normas, reglamentos y otros instrumentos técnicos de aplicación.

El rol del Conasa en la promoción de la construcción colectiva de políticas y agendas de salud, así como en la conducción de los actores del SNS, ha sido muy valioso. Consecuentemente, el MSP no se ha fortalecido institucionalmente en estos aspectos y su desempeño como Autoridad Sanitaria ha sido débil.

Los mandatos constitucionales vigentes objetan la presencia de entidades de articulación sectorial adscritas a ministerios, tales como el Conasa, que tendrán que reorientar su actuación; esto permitirá el reforzamiento del rol rector del MSP.

Los aseguradores públicos que se consideran rectores en cada uno de sus subsistemas, en ciertos casos, han ejecutado actividades que competen a la función rectora, especialmente en lo relativo a la provisión de servicios, temas de medicamentos o recursos humanos, lo que contribuyó a la fragmentación del sistema.

Aunque en los aspectos de regulación en cuanto a atención, vigilancia o medicamentos, el MSP ha sido activo, existen ámbitos de regulación desatendidos, como por ejemplo los temas de regulación del sector privado. De manera general, el liderazgo de la ASN es débil en hacer cumplir las normas, aspecto en el cual se debería poner mucho más énfasis.

Soluciones estructurales para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional

La nueva estructura orgánica del Ministerio de Salud Pública propone la creación de tres entidades especializadas: la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, la Subsecretaría de Gobernanza de la Salud y la Agencia de Control para los establecimientos de Salud, adscrita al Ministerio.

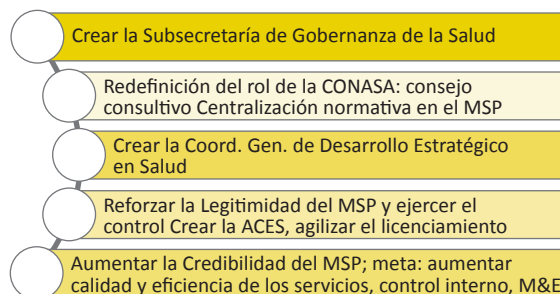
La Coordinación General del Desarrollo Estratégico en Salud plantea prioridades y directrices a partir del análisis de la situación de la salud de la población,

sus determinantes, tendencias, costos, prácticas médicas, efecto de las políticas y acciones con el afán de alcanzar un mayor impacto en la salud de la población. Constituye el soporte de la Autoridad Sanitaria para la toma informada de decisiones, el ordenamiento y diseño de la política en salud, pues constituye un espacio de reflexión, análisis, definición de la visión y las orientaciones estratégicas del sistema nacional de salud del Ecuador.

La Subsecretaría de Gobernanza de la Salud ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud (SNS) con enfoque de liderazgo mediante la promulgación y aplicación de instrumentos legales, la dirección y conducción de los actores del SNS, la negociación de acuerdos, la conciliación de intereses y la coordinación de acciones, con el fin de articular objetivos comunes y, por lo tanto, mejores resultados para el sector.

La Agencia de Control de los Establecimientos de Salud será la entidad encargada de controlar todos los establecimientos prestadores de servicio del SNS con independencia de los actores prestadores. Se procederá a controles del respeto a las normas vigentes en materia de infraestructura, equipamiento, procesos y recursos humanos, en el marco del cumplimiento a la regulación sobre el licenciamiento.

Figura 5 – Soluciones estructurales para el ejercicio del rol de Autoridad Sanitaria Nacional



Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Como ya se mencionó, se reformulará el rol del Conasa y se fortalecerá el MSP en su actuación como proveedor para poder gozar de la legitimidad suficiente a fin de controlar a los otros proveedores.

Formulación de políticas y planes

El Ecuador cuenta con una Política Nacional de Salud que fue aprobada luego de un proceso participativo de consulta nacional a los diferentes actores del Estado y la Sociedad Civil, promovida por el Ministerio de Salud Pública y el Conasa en el periodo 2002–2006.

La política, aunque poco difundida, se encuentra vigente y está organizada en tres ámbitos de acción: la construcción de ciudadanía en salud, la protección integral de salud y el desarrollo sectorial. Sus objetivos son:

- Promover la ciudadanía en salud, la garantía, el respeto, la promoción, la protección y la exigibilidad de los derechos humanos para el ejercicio de una vida digna y saludable.
- Garantizar la protección integral de la salud de la población ecuatoriana facilitando los medios para promover la salud, tanto física como mental, prevenir y enfrentar las enfermedades y sus causas, mitigando sus efectos biológicos, económicos y sociales.
- Desarrollar las capacidades del sector de la salud mediante procesos organizativos y participativos que conduzcan al establecimiento y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, el desarrollo integral del talento humano, el desarrollo científico y tecnológico y el impulso a los sistemas de información y la dotación de recursos materiales, tecnológicos y financieros.

En cuanto a otras políticas, se hace una distinción entre las políticas intersectoriales, sectoriales e institucionales, cada una con responsabilidades institucionales bien definidas. Las macropolíticas, así como las políticas intersectoriales, que involucran también otras carteras del Estado son emitidas por la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, las políticas sectoriales por la Subsecretaría de Gobernanza en Salud y la de vigilancia y, finalmente, las políticas institucionales, es decir aquellas que son de aplicación únicamente dentro de la institución, emanan de las Direcciones Nacionales responsables del tema.

Modelo de gestión

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador se encuentra en plena reingeniería. Se definió un nuevo modelo de gestión y estructura organizacional cuyos objetivos buscaban corregir las ineficiencias evidenciadas en la institución; modernizar la administración y el manejo gerencial interno para una mayor efectividad, eficacia y transparencia, fortaleciendo su capacidad para ejercer el rol de autoridad sanitaria, y llevar a cabo estrategias y programas en vista del cumplimiento de su misión, objetivos institucionales y mandatos a su cargo.

El nuevo modelo de gestión propone la desconcentración financiera, funcional y administrativa hacia las nuevas estructuras territoriales, definidas estas como zonas y distritos, lo que permitirá una separación adecuada de funciones entre el nivel central, responsable de la política institucional y del ejercicio de la facultad de rectoría, y el nivel local; una ejecución de acciones estrechamente vinculadas a las necesidades del perfil epidemiológico y sociodemográfico de los territorios; un manejo más ágil y eficiente de los recursos y una mejora en la gestión administrativa, en la productividad y en la prestación de servicios.

Se plantea la creación de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud con el objetivo de sustentar el modelo de atención primaria que tiene un enfoque hacia la promoción, prevención y reestructuración de redes. Esta Subsecretaría tiene el fin de desarrollar y dar visibilidad a acciones específicas, preferentemente inter-

sectoriales, sobre los determinantes de la salud. También se conformaron distritos comunes con los ministerios de Inclusión Económica y Social y de Educación, a fin de lograr productos “integrados”.

En los distritos, la autonomía de acción que la desconcentración funcional y financiera está facilitando permite desarrollar una organización territorial estrechamente vinculada a las condiciones locales, estructurando redes y microrredes distritales, que articulan a los actores de la red pública complementaria y los niveles de atención para garantizar la continuidad en las prestaciones. Este es el nivel más importante porque el director distrital tiene conocimiento de las necesidades específicas de salud de la población a su cargo, analiza su capacidad de oferta y diseña un plan estratégico de mediano a largo plazo, tomando como eje la estrategia de APS.

VIGILANCIA EN SALUD

Implementación del Reglamento Sanitario Internacional

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) tiene el propósito de:

“prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales”.

Durante los años 2008 y 2009, la Dirección de Control y Mejoramiento de la Salud Pública, responsable de la implementación del RSI en el Ecuador, y que forma parte del Subproceso de Epidemiología, realizó reuniones nacionales, participó en las reuniones organizadas por la OPS a nivel subregional, cuyo objetivo fue socializar y difundir aspectos del RSI 2005, revisar y actualizar las funciones de los Centros Nacionales de Enlace. Se cumplió con la evaluación de las capacidades básicas para la vigilancia y respuesta a fin de identificar las necesidades para la planificación de cómo fortalecer, desarrollar y mantener capacidades básicas. Se concluyó con la evaluación en el nivel central, en las 24 provincias, las 170 áreas del Ministerio de Salud y en 30 hospitales.

En agosto del 2008 entró en funcionamiento el Centro Nacional de Enlace, dotado de equipos informáticos fijos y portátiles, así como de un call center para información de influenza, que funciona 24 horas al día.

La red de laboratorios para la vigilancia de la Salud Pública está constituida por el Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez, establecido en la ciudad de Guayaquil. Las 21 provincias tienen un laboratorio para la vigilancia en salud que son de menor complejidad que los zonales. En casos específicos participan laboratorios externos al MSP con el objeto de mejorar el diagnóstico laboratorial. La mencionada red tiene a su vez laboratorios externos de control que son de refe-

rencia: Bogotá, Estados Unidos (*Center for Disease Control and Prevention* de Atlanta) el Instituto de Salud Pública de Chile, y Fiocruz de Brasil.

El Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria participa en y apoya investigaciones con los laboratorios entomológicos.

Vigilancia epidemiológica

Como parte del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica está el SIVE ALERTA, que permite la notificación inmediata, la investigación e intervención correspondiente (tiene un software específico como herramienta de apoyo). Está implementado en todas las unidades operativas de las 24 provincias, en las 170 Áreas de Salud y en los Hospitales Provinciales especializados, generales y básicos. Cumpliendo las disposiciones del RSI y la Ley Orgánica de Salud, se vigilan 42 patologías y 10 síndromes. En tiempos de emergencia sanitaria se incluye un call center.

El Centro Nacional de Enlace de Ecuador evalúa y notifica al Centro de Enlace de la OPS sobre eventos considerados de interés internacional.

El país no dispone de un sistema de vigilancia de los principales factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, tabaco, consumo excesivo de alcohol, sedentarismo y alimentos no saludables. El Ministerio de Salud se encuentra construyendo el sistema de vigilancia para enfermedades crónicas no transmisibles.

Vigilancia sanitaria

Una de las acciones de salud pública que debe ejecutar la Autoridad Sanitaria Nacional es la vigilancia y control sanitario de establecimientos y productos de uso y consumo humano. La Dirección de Control y Mejoramiento en Vigilancia Sanitaria, perteneciente al Ministerio de Salud Pública, realiza funciones que abarcan la regulación y normatización técnica para registro, vigilancia y control de establecimientos y productos de uso y consumo humano.

Para el control de la publicidad y promoción de los productos de uso y consumo humano sujetos a registro sanitario, el Ministerio de Salud Pública expidió reglamentos específicos para cada ámbito: alimentos, medicamentos, etc.

Los análisis de control de calidad e inocuidad con fines de registro sanitario y control posregistro se realizan en los laboratorios del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez”. Para el caso de alimentos de consumo humano, la Ley Orgánica de Salud prevé la participación de laboratorios privados acreditados por el Organismo de Acreditación Ecuatoriano.

Vigilancia ambiental en salud

Salud Ambiental tiene como función la vigilancia de los impactos ambientales en la salud de la comunidad. Sus componentes son: la vigilancia de la calidad del agua de consumo humano; el manejo adecuado de los plaguicidas; vigila las intoxi-

caciones por plaguicidas; salud y seguridad ocupacional, que incorpora al servicio de salud acciones que permiten evaluar las condiciones de trabajo, especialmente en los procesos peligrosos, accidentes laborales, promoción y prevención adecuadas. Además, realiza la vigilancia de la calidad del aire a través de la Red de Monitoreo de la Calidad de Aire de los Municipios.

Para el año 2011 se han elaborado términos de referencia a fin de desarrollar el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Ambiental en el marco del Sistema de Vigilancia de la Salud. El proyecto contará con un manual de normas para la vigilancia en salud ambiental, un sistema de información, indicadores para la vigilancia (riesgos y peligros, exposiciones y efectos en la salud), monitoreo y evaluación en los niveles de atención y un proyecto sobre el calentamiento global.

Ecuador cuenta con la Secretaría de Riesgos, que tiene una Dirección de Gestión de Riesgos en cada uno de los ministerios del sector público. Estas últimas son responsables de llevar adelante la preparación de planes de contingencia en casos de desastre. El MSP cuenta con esta Dirección que coordina con epidemiología cuando se trata de eventos de salud pública de interés nacional o internacional. La Dirección de Gestión de Riesgos ha avanzado en la organización de los Comités Operativos de Emergencia a nivel nacional, provincial y local, que garantizan la ejecución de los planes de contingencia, el acceso a información oportuna y veraz, así como la toma de decisiones sobre desastres o eventos que amenacen la salud pública.

FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

Brecha entre las necesidades del sistema y la oferta de personal

En Ecuador, de las diez primeras causas de muerte, cinco corresponden a condiciones crónicas no transmisibles, diabetes, hipertensión arterial y de riesgo cardiovascular, conexas entre sí, y relacionadas con factores de riesgo comunes, como inactividad física, alimentación poco saludable, obesidad, tabaquismo y alcoholismo. Interviniendo sobre estas causas de muerte se estaría incidiendo en un 54,8% de las muertes de las 18 causas más frecuentes y evitables y que ocasionan más de 200 mil años de vida probablemente perdidos.

Sin embargo, en la mayoría de las universidades los contenidos de sus mallas curriculares responden a un perfil epidemiológico de hace más de 10 años en el cual las enfermedades infectocontagiosas e inmunoprevenibles ocupaban los primeros lugares. La práctica es hospitalaria y eminentemente orientada al segundo y tercer nivel de atención. Los contenidos en las mallas curriculares no se articulan con las prácticas de primer nivel, en el cual se pueden resolver el 80% de las condiciones de salud. Los conocimientos impartidos en las universidades sobre los determinantes

sociales, económicos, culturales y ambientales son nulos o casi nulos; la formación es eminentemente biológica, sin reconocimiento a otras formas alternativas de medicinas.

Así, el equipo de salud no está preparado para satisfacer las necesidades individuales, familiares y colectivas en prevención primaria, secundaria y terciaria, al igual que en promoción de la salud de las enfermedades prevalentes.

El reto para enfrentar la transición y el nuevo padrón del perfil epidemiológico, con aumento de las condiciones crónicas y de violencia frente a una marcada disminución de los eventos agudos, requiere la formulación de nuevos paradigmas. El control de las condiciones crónicas y violentas se extiende más allá de las intervenciones biomédicas inmediatas, requiere una atención planificada y prolongada en el tiempo, acciones de prevención y promoción y los usuarios/as necesitan contar con conocimientos para desarrollar una cultura en salud.

Por lo expuesto, es necesario desarrollar una propuesta conjunta (Universidad - Ministerio) del profesional del área de la salud que requiere el Sistema Nacional de Salud y los nuevos retos que se plantean en los ámbitos del desarrollo humano, familiar, social y laboral, como consecuencia de las transformaciones científicas, tecnológicas, económicas, comerciales y políticas que caracterizan a la sociedad actual, en cumplimiento de la Constitución y las leyes.

El Ecuador cuenta con 75 universidades, 145 extensiones y 285 institutos. Entre las universidades, 11 tienen clasificación "A" y cumplen con los requisitos completos de acreditación y ofrecen carreras de formación de pregrado y posgrado en medicina y carreras afines a la salud. Existen también otras universidades con calificación B y C (Conea, 2011).

Las instituciones debidamente acreditadas en el Conea con clasificación A responsables de la formación de talento humano en medicina son:

- Universidad Central del Ecuador, ubicada en la ciudad de Quito;
- Universidad Particular de Loja, ubicada al sur del país;
- Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de Quito;
- Universidad San Francisco, de Quito;
- Universidad del Azuay;
- Universidad de Cuenca;
- UTA, de Ambato; y
- Universidad de Guayaquil.

Cuatro de estas universidades son públicas y las cuatro primeras forman salubristas públicos.

Cantidad y calidad de la oferta de fuerza de trabajo

La cantidad y calidad de la oferta de la fuerza de trabajo aún no es suficiente para atender las necesidades del sistema de salud en el país. Según E. Granda, existía una ruptura del contrato social, de inseguridad y conflictividad laboral en salud, de baja calidad y productividad de servicios, de precariedad del trabajo y de desocupación creciente. El gobierno actual ha dado mucho impulso a acciones para revertir estas condiciones. El número de profesionales se ha incrementado entre los años 2000 y 2009, como se puede observar en la Tabla 10. Podríamos señalar que esto está de acuerdo con el crecimiento poblacional y de universidades formadoras en el país.

Tabla 10 – Número de personal que trabaja en el sector salud, Ecuador, 2000-2009

Profesionales	Sector público		Crecimiento %	Sector privado		Crecimiento %
	2000	2009	Sector público	2000	2009	Sector privado
Médicos	9.733	15.048	55	8.602	14.223	65
Enfermeras	5.326	8.934	68	994	1.823	83
Odontólogos	1.913	3.073	61	149	290	95
Obstetrices	844	1.310	55	193	246	27
Bioquímicos-Farmacéuticos	283	415	47	204	249	22
Licenciados y/o tecnólogos	2.156	3.191	48	779	1.389	78
Auxiliares de Enfermería	10.902	12.035	10	2.327	3.416	47
Personal de Servicios	7.968	9.119	14	2.103	3.070	46

Fuente: Anuario de Recursos y Actividades de Salud-INEC, 2009.

El número de plazas de trabajo en salud es mucho mayor en el sector público que en el privado, observándose crecimiento en los dos sectores en el período.

Las tasas de profesionales de la salud por 10.000 habitantes en Ecuador en el año 2009, según el Anuario Estadístico de Recursos y Actividades de Salud, son presentadas en la Tabla 11.

Tabla 11 – Tasas de profesionales de la salud por 10.000 habitantes, Ecuador, 2009

Profesionales	Tasa por 10 mil hab.
Médicos	16,9
Odontólogos	2,4
Psicólogos	0,4
Enfermeras	7,7
Obstetrices	1,1
Auxiliares de Enfermería	11,0

Fuente: Anuario Estadístico de Recursos y Actividades de Salud

La distribución geográfica, tanto aquella que se refiere a universidades como a la concentración de profesionales de la salud, es bastante desigual entre las diversas zonas del país.

Los médicos están concentrados en los hospitales y grandes centros urbanos. El informe de consultoría realizado por el Consejo Nacional de Salud (Conasa) en el año 2008, que analiza cada uno de los tipos de recursos humanos que labora en el sector salud, indica que las clínicas y los hospitales generales agrupan los mayores porcentajes de médicos (63,0%). En cambio, los servicios de atención ambulatoria que brindan atención primaria solo tienen una cuarta parte (24,9%) del total de médicos (Conasa, 2008).

En el caso de los odontólogos, son los Subcentros de Salud, seguidos por los dispensarios médicos, los que presentan porcentajes más elevados. Las enfermeras se ubican mayoritariamente en los hospitales generales (43,4%) y en los Subcentros de Salud. Las obstetrices se encuentran principalmente en los Subcentros (39,0%) y luego en los Centros de Salud. Por su parte, el 44,2% de los tecnólogos médicos se encuentran en hospitales generales y el 20,9% en las clínicas particulares. (Conasa, 2008).

Cambios en la formación de los trabajadores de la salud

Existe un incremento marcado de instituciones universitarias que forman personal de salud, impulsado tanto por las universidades que incursionan o amplían su oferta de carreras en el ámbito de salud como, principalmente, por la creación de cursos de extensión (extensiones) que, en el caso de enfermería, constituyen un ámbito importante. Los mayores incrementos se encuentran en el sector privado, cuando se trata de universidades y sedes, y en el sector público, cuando se refiere a extensiones.

Es interesante ver como el sector privado crece, especialmente en la demanda de profesionales para atención en los servicios de salud, y comienza a ganar espacio mientras que el público se reduce. En la formación de recursos humanos, esto también comienza a evidenciarse, en particular en las carreras de medicina y odontología. Los médicos y los tecnólogos médicos son los profesionales que más tienden a ubicarse en el sector privado. El resto de los profesionales tienen esta misma tendencia pero es mucho menos visible.

La coordinación entre las instituciones formadoras y el sistema de salud en Ecuador se da a través de convenios a nivel de pregrado y postgrado, como es el caso del Convenio Marco entre el Ministerio de Salud Pública, la Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina en el Ecuador (Afeme) y la Asociación Ecuatoriana de Escuelas y Facultades de Enfermería (Asedefe), cuyo objetivo es poner a disposición los servicios de salud del sector público para la formación del talento humano en pregrado a través del internado rotativo y, en postgrado, formando profesionales especialistas y subespecialistas de acuerdo a la política de las instituciones formadoras.

El Ministerio de Salud no cuenta con instituciones propias para la formación de trabajadores del sistema de salud, pero sí facilita la red de servicios de salud de la institución para la formación de pregrado y postgrado en coordinación con las universidades del país, en cumplimiento del convenio suscrito entre el Ministerio de Salud, Afeme y Asedefe.

Actualmente, a través del Instituto de Altos Estudios Nacionales, como instancia gubernamental, se está coordinando la formación y capacitación continua del talento humano del sector público. Este Instituto ofrece maestrías, especializaciones, diplomados, cursos de capacitación y programa de becas de excelencia conforme a requerimientos institucionales.

Además, el Ministerio de Salud, a través de la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, ejerce la rectoría de la política pública en el campo de la educación superior, la ciencia, la tecnología, la innovación y los saberes ancestrales.

Modelos de gestión de la fuerza de trabajo

El nuevo modelo de gestión administrativa que se está impulsando en el país a través de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo Social incluye una alta desconcentración, con una baja descentralización, lo que significa que el tema de la fuerza laboral en salud obedecerá a la nueva estructura de zonificación y territorialización del Estado.

En el sector público, el régimen laboral en salud se aplica conforme lo establece la Ley Orgánica del Servicio Público y su Reglamento y la contratación colectiva a través del Código del Trabajo.

El Ministerio de Relaciones Laborales establece la tabla de remuneraciones del sector público, que se aplica a los profesionales y trabajadores de la salud, para su implementación presupuestaria y pago de remuneración mensual unificada por parte del Ministerio de Finanzas.

Con relación a la Carrera Sanitaria, la Ley Orgánica de Salud, Capítulo IV, de la Capacitación Sanitaria, Art. 205, establece:

“Créase la carrera sanitaria para los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, basada en el criterio de clasificación por niveles de formación y estructura ocupacional, con el propósito de establecer sus obligaciones y derechos, así como los incentivos que permitan garantizar la equidad, calidad en la atención y el servicio, la asignación adecuada y suficiente de recursos humanos en las distintas zonas del país”

La Autoridad Sanitaria Nacional promoverá y desarrollará, dentro de la Carrera Sanitaria, un Plan Nacional de Educación permanente con enfoque de género y pluricultural para mejorar la productividad, la calidad del desempeño laboral y la promoción de sus recursos humanos, como lo indica el Art. 206 de la misma ley:

“La autoridad sanitaria nacional establecerá planes de capacitación y evaluación permanente de los profesionales y recursos humanos en salud e implementará promociones e incentivos”.

En la actualidad (2011), existe un anteproyecto de la Carrera Sanitaria que se está trabajando conjuntamente con el Conasa y la OPS del Ecuador para ser remitido a la Asamblea Nacional para su aprobación, publicación en el registro oficial y aplicación. La inexistencia de una carrera sanitaria en el interior del MSP ha generado una gran problemática, pues ante la falta de procesos explícitos o reglamentos para ascensos o contrataciones de personal en todo el país, el funcionamiento de dichos procesos ha generado una percepción de injusticia e insatisfacción en parte de los funcionarios. El anteproyecto de carrera sanitaria con claridad y transparencia comunica los procedimientos para contratar personal y otorgar ascensos.

Durante los últimos 30 años, los profesionales de la salud que trabajan para el MSP han recibido las remuneraciones más bajas del sector público, trabajando el 33% de ellos bajo la modalidad de contrato. Esta realidad, sumada a una política de trabajo de medio tiempo y la vigencia del contrato colectivo para 28% del personal del MSP, ha mermado la capacidad de ampliación de la cobertura en la atención de salud y la calidad del servicio.

El MSP ha tratado de enfrentar estos problemas y ya está alcanzando algunos logros. Durante los meses de julio y septiembre de 2010 se realizó la encuesta de recursos humanos, que logró capturar cerca del 90% de la información, con lo cual pudieron establecerse salarios justos que permitan la retención del personal de salud.

En el Ecuador, un médico especialista del MSP gana 1590 USD, cerca de la mitad de la remuneración del mercado. Esta diferencia no solo provocaba la migración del personal a otros países en busca de mejores remuneraciones, pues los desincentivos eran significativos, sino que también se generaba desidia y falta de voluntad en el ejercicio de sus labores, en algunos casos.

Frente a la falta de profesionales y su alta concentración, se planteó migrar de un sistema de 4 horas diarias trabajadas hacia uno de 8 horas con incentivos salariales que, en total, equiparasen, o superasen en algunos casos, el salario de mercado, lo cual compensaría la falta de personal y ayudaría a que tuviéramos profesionales con un sueldo más competitivo o justo y en las áreas donde lo necesita la población. Por ejemplo, los especialistas que trabajan en zonas alejadas recibirán una remuneración de USD 3.250. En este momento ya se cuenta con personal de salud que ha dejado su horario de 4 horas y hoy trabaja 8 horas y se prevé un proceso progresivo.

De manera complementaria, se introdujo la flexibilidad horaria, fijando seis horas diarias que, con turnos, permitan completar las 12 horas de atención de lunes a viernes y liberar 10 horas en medicina de llamada, guardias en la noche, fin de semana, docencia e investigación, todo ello dentro de un plan estructurado donde se contabilizarán las horas trabajadas.

La institución camina hacia la eliminación de la modalidad de contrato anual renovable: hoy en día existe personal al cual se le ha renovado su contrato anualmente durante los últimos 20 años. Como política de esta administración, coordinada con el Ministerio de Relaciones Laborales, solamente se podrá enrolar hasta un 10% del personal con contrato a término, el resto tiene que estar contratado con nombramiento, lo cual genera estabilidad del personal.

Regulación de la formación y de las profesiones

Actualmente, el Ministerio de Salud, a través de la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, y el Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior son las instancias reguladoras y quienes ejercen la rectoría de la Política Pública en el campo de la educación superior, la ciencia, la tecnología, la innovación y los saberes ancestrales, amparados en la Ley Orgánica de Educación Superior y su reglamento.

En el Art. 118 de la Constitución de la República se establece que: *“los niveles de formación de la educación superior: nivel técnico, tercer y cuarto nivel, especialización, maestría y doctorado, a través de un Sistema de Educación Superior que incluye todas las instituciones formadoras en salud”*.

La participación del Ministerio de Salud Pública en la regulación de la formación del talento humano en salud es escasa o casi nula. Son las universidades y escuelas politécnicas las que forman el recurso humano para el sector de la salud, conforme a la demanda del estudiante y las carreras de salud y afines ofrecidas y no se ha definido un criterio técnico para la formación de profesionales de la salud en el país.

La participación del sector privado en la formación del talento humano se ha incrementado notablemente en la formación de profesionales de la salud mediante la creación, en los últimos años, de nuevas universidades de Ciencias de la Salud concentradas en las grandes ciudades y con extensiones universitarias que abarcan todo el territorio nacional, especialmente en enfermería y tecnología médica. Este sector está regulado por la Ley Orgánica de Educación Superior y su reglamento.

En Ecuador, los servicios de salud constituyen un sector económico intensivo en recursos humanos, por lo que la regulación de su formación, utilización y desarrollo es clave para avanzar y lograr eficiencia y calidad de la atención de salud que reciben los usuarios e impulsar el logro de los objetivos de salud.

Sin embargo, se debe reconocer que la regulación de los recursos humanos en salud es un campo muy complejo, en el que no se ha avanzado mucho. Esto se debe a que el universo analítico incluye prioritariamente al menos tres componentes sujetos de regulación: la formación de recursos humanos, el ejercicio de la práctica profesional y las relaciones laborales.

Migración de la fuerza de trabajo en salud

Uno de los mayores problemas a los que se enfrenta el sector de la salud es la fuga de cerebros, sobre todo a países como España, Italia, Chile y Argentina entre otros. Cerca del 40% de los médicos graduados en el país están en el exterior, integrados a la fuerza de trabajo de otros países. Los costos de formación de nuestros médicos son altos y terminan no siendo aprovechados en nuestro país. Al momento, la disponibilidad de especialistas y personal de apoyo, como enfermeras, es muy limitada en el país y, más aún, para el MSP, que compete con el sector privado y el mismo IESS.

El estudio “Migraciones profesionales Latinoamérica – Unión Europea: oportunidades para el desarrollo compartido”, en el 2010, estudió los casos de países andinos: Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. El capítulo Ecuador llegó a la conclusión de que el tema de la migración de los recursos humanos de salud es invisible en el país. Prueba de ello es la ausente o escasa información encontrada, con lo cual se hace imposible determinar su magnitud (OMS/OPS/CE/OSE/ EASP, 2010).

El mismo documento identificó como una de las mayores dificultades para monitorear el movimiento de estos recursos humanos la determinación de los que salen del país. No existen datos duros y confiables que identifiquen la magnitud sobre los flujos emigrantes de los recursos humanos de salud ecuatorianos y ninguna de las instancias estatales entrevistadas en el estudio hace esfuerzos para realizar un seguimiento de este hecho.

Sobre esa base, el estudio recomienda que, por ser un tema recientemente visibilizado, a pesar de que los flujos migratorios son de larga data, es necesario trabajar y mejorar los sistemas de registro e información, en especial abordar los Censos de población y vivienda como uno de los mejores instrumentos para lograr una aproximación a la magnitud y al perfil de los recursos humanos de salud involucrados en la migración profesional y mejorar el registro de colocaciones y migración del Ministerio de Relaciones Laborales, que registra los contratos en relación de dependencia o civiles que solicitan las empresas ecuatorianas o extranjeras con sede en Ecuador para contratar trabajadores extranjeros. Sugiere también que se utilice como fuente de información la Encuesta Nacional de Inmigrantes de España, que permitiría determinar el perfil de los recursos humanos de salud ecuatorianos que se encuentran trabajando en ese país.

Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud

La Constitución y el Plan Nacional de Desarrollo 2009–2013 (Plan Nacional del Buen Vivir) establecen el desafío de un modelo alternativo de desarrollo humano, lo que implica necesariamente una acción mancomunada sobre los determinantes sociales y la eliminación de las inequidades, como aspecto fundamental.

Hasta la fecha, en el Ecuador, las políticas de salud han considerado tangencial, implícita o escasamente la acción sobre determinantes sociales de la salud.

La preocupación por los determinantes sociales de la salud en el Ministerio de Salud Pública y en otras instituciones del sector recién comienza a manifestarse a raíz de la conformación de Unasur-Salud y, por lo general, ha quedado circunscrita sin que logre permear a todas dependencias del MSP. Incluso en la definición de planes y normativas, aún en aspectos tan ligados a los determinantes como la promoción de la salud, los enfoques de equidad o el control de enfermedades crónicas, es difícil incluir el enfoque de acción sobre los determinantes sociales, pues se ha enquistado en la cultura de los salubristas ecuatorianos el enfoque de “factores de riesgo” o “estilos de vida”, que reduce a cuestiones biológicas o supuestas opciones individuales la causalidad en salud.

A pesar de esta situación, en el proceso de reestructuración del Ministerio de Salud Pública y en el nuevo Estatuto Orgánico (en proceso de aprobación) se crea, dentro de la Subsecretaría de Prevención, Promoción e Igualdad, una Dirección de Promoción de la Salud con dos unidades, una de Promoción de la Salud y Acción sobre Determinantes Sociales y otra de Promoción de la Salud Ambiental y Laboral. La creación de esta Dirección, junto con la Dirección de Interculturalidad, Derechos y Participación Social, constituye una verdadera ruptura con el quehacer cotidiano del MSP y un desafío por construir.

El debate sobre los Determinantes Sociales de la Salud se ha circunscripto a círculos académicos y organizaciones de ciudadanos y profesionales, como la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, núcleo del Ecuador.

Estrategias de coordinación intersectorial

Para fortalecer la coordinación de las instituciones del Estado, el actual gobierno ha identificado los Ministerios coordinadores: de Desarrollo Social, de Política Económica, de Producción y de Seguridad. El Ministerio de Salud Pública es parte consustancial del Consejo Sectorial Social, bajo responsabilidad del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, que incluye también a los Ministerios de Educación, Inclusión Económica y Social y Relaciones Laborales, entre otros.

El Plan Nacional del Buen Vivir se ha articulado alrededor de 12 objetivos nacionales clave para los cuales se definen políticas, lineamientos y metas claras de aplicación para todos los sectores. Obliga a la coordinación intersectorial, que se plasma en agendas integradas, como la Agenda Social, con mecanismos de control como el de gobierno por resultados. Algunos ejemplos de la necesidad de trabajar intersectorialmente pueden observarse en los objetivos 2 y 3 del Plan del Buen Vivir (mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía y mejorar la calidad de vida de la población, respectivamente), que requieren de un abordaje intersectorial

y tienen que ver con determinantes sociales tales como la nutrición, la educación, la vivienda y la seguridad humana.

A nivel local, los Consejos Cantonales de Salud constituyen los espacios donde la coordinación se ha extendido hacia la intersectorialidad, con la participación del sector salud (público y privado) más los gobiernos locales, educación, áreas productivas, organizaciones ciudadanas y muchas otras organizaciones públicas y de la sociedad civil.

En algunos temas más específicos, como nutrición, lucha antitabáquica, control de enfermedades como el VIH-SIDA, control de enfermedades transmitidas por vectores, por citar algunos ejemplos, ha existido un importante trabajo intersectorial que incluye dimensiones políticas, técnicas, sociales y comunitarias, alcanzando importantes logros. En ese esfuerzo, se han institucionalizado algunos comités intersectoriales. Generalmente, en esos procesos la Autoridad Sanitaria Nacional actúa como ente coordinador.

Vale destacar la aprobación de la “Ley Orgánica de Regulación y Control del Tabaco”. Después de casi tres años de intenso trabajo intersectorial de un gran colectivo de actores nacionales y latinoamericanos, el Ecuador logró la aprobación de esta Ley el 14 de junio de 2011. Se trata de un logro histórico dado que, en 2006, la industria del tabaco interfirió en la redacción de la legislación para proteger sus intereses comerciales.

La ley se logró con un importante esfuerzo intersectorial que incluyó al MSP, la Comisión del Derecho a la Salud de la Asamblea Nacional y el Comité Interinstitucional de Lucha Antitabáquica, que aglutina más de 50 organizaciones (públicas, privadas, no gubernamentales y ciudadanas) de diversos sectores. También contó con el apoyo de organizaciones internacionales del Sistema de Naciones Unidas, gobiernos latinoamericanos hermanos y organizaciones no gubernamentales internacionales.

La principal lección aprendida es que el sector de la salud por sí solo no puede alcanzar este tipo de logros que impactan sobre los determinantes sociales de la salud, más aún cuando están de por medio poderosos intereses económicos transnacionales. Estas acciones solo son posibles con un esfuerzo intersectorial de amplia participación y consensos políticos.

INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA LA SALUD

La Constitución Política de la República, en el numeral 7 del Artículo 363, dispone:

“Garantizar la disponibilidad y el acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción

nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales”.

En cumplimiento de este mandato la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su reglamento de aplicación privilegian en las disposiciones referentes a adquisición de medicamentos en el sector público la compra a aquellos producidos a nivel nacional. Por otro lado, existen iniciativas trabajadas conjuntamente con el Ministerio Coordinador de la Producción y el Ministerio de Industrias mediante las cuales se ha logrado desarrollar un proyecto de fortalecimiento de la producción nacional para el cumplimiento de las normas de Buenas Prácticas de Manufactura, bajo el informe 32 de la Organización Mundial de la Salud que ha sido adoptado por el país.

Acuerdos ADPIC y su aplicación en las políticas de insumos de salud

Sobre la flexibilidad del acuerdo Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC, o TRIPS, por su sigla en inglés) en el Ecuador se expidió el Decreto Ejecutivo 118 en octubre de 2009, a través del cual el Presidente declaró de “interés público” el acceso a medicamentos, disponiendo, entre otros aspectos, que se concedan licencias obligatorias sobre las patentes de medicamentos necesarios para ciertos tratamientos, estableciendo así una directriz política en torno a la aplicación de las licencias obligatorias en el país, frente a lo cual se emitió, en el año 2010, la licencia obligatoria para un medicamento para el tratamiento del VIH-SIDA.

En el Ecuador, como parte de la OMC, se aplican las disposiciones del ADPIC que amparan la protección de patentes de este tipo de productos con las restricciones que la exclusividad otorga en cuanto al precio. Por otro lado, cabe señalar que el país no ha firmado hasta el momento tratados de libre comercio.

Estrategias para el acceso a vacunas, medicamentos esenciales y de alto costo

En relación con la provisión pública de medicamentos, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su reglamento establecen procesos de subasta inversa, que se han convertido en una estrategia válida para disminuir significativamente los costos, pues se basan en adjudicar al menor precio en base a una referencia.

En Ecuador, el 80% del mercado corresponde a productos terminados importados y el 20% restante corresponde a producción nacional. Sin embargo, es impor-

tante señalar que gran parte de la producción nacional se basa en la importación de materia prima e insumos.

En el año 2000, se promulgó la Ley de Producción, Importación, Comercialización y Expendio de Medicamentos Genéricos de Uso Humano, que definió políticas específicas que promueven su utilización, haciendo obligatorio, por ejemplo, la prescripción con nombre genérico. En la Constitución Política de la República promulgada en 2008, se hace más evidente el impulso a este tipo de medicamentos conforme lo establece el numeral 7 del Artículo 363.

Uno de los elementos críticos determinantes para el acceso a medicamentos es su precio. Desde hace aproximadamente 40 años, en el Ecuador existe la regulación oficial del precio de todo medicamento que se comercializa en el país. Además, los medicamentos están exentos de impuestos en casos de importación y venta al público. El mecanismo de regulación oficial determina la obligatoriedad de que todos los medicamentos cuenten con un precio oficialmente fijado. Sin embargo, el procedimiento ha sido cuestionado por la industria farmacéutica nacional con la insistencia de que se lo reforme, proceso en el cual el Ministerio de Salud Pública ha participado activamente en la defensa de los intereses de la población ya que los medicamentos constituyen un elemento esencial para el ejercicio del derecho a la salud, en cumplimiento de lo dispuesto por mandato constitucional.

Con relación a las vacunas, la Ley que garantiza el abastecimiento permanente de vacunas e insumos para el Programa Ampliado de Inmunizaciones. La Ley reformativa emitida en el Registro Oficial 511 del 7 de febrero de 2002 asegura el financiamiento total de las necesidades establecidas anualmente por el Ministerio de Salud Pública.

En los Artículos 27 (literal 2) y 28 (literal 5) del Código de la Niñez y Adolescencia se manifiesta el derecho que tienen los niños(as) y adolescentes al acceso gratuito, permanente e ininterrumpido a los servicios de salud para la prevención de enfermedades y la aplicación del esquema completo de vacunación.

El aprovisionamiento de las vacunas se realiza mediante importación a través del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud. El Laboratorio Nacional del Instituto Nacional de Higiene “Leopoldo Izquieta Pérez” produce y entrega parte de las vacunas DPT (Difteria, Tifoidea y Tétanos), DT (Difteria y Tétanos), según requerimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Políticas nacionales para garantizar el acceso a medicamentos esenciales y de alto costo

Desde hace 30 años se cuenta con un Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos que se elabora sobre la base del perfil epidemiológico del país, que es de observancia obligatoria para la provisión de medicamentos en las instituciones de

la red pública. Cabe señalar que, a partir de 2008, las políticas del actual Gobierno ampliaron la dotación de medicamentos gratuitos en las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública.

En cuanto a los medicamentos de alto costo, aunque está garantizado el derecho al acceso gratuito en la Constitución de la República, en la práctica aún persisten limitaciones. Hasta el momento, se dota permanentemente de estos medicamentos a los pacientes con hemofilia, fibrosis quística y otros contemplados en el plan de protección social del gobierno.

Otro mecanismo del proceso de adquisición de medicamentos se da en forma desconcentrada por parte de las 244 Unidades Ejecutoras (Áreas de Salud y Hospitales) de acuerdo a las necesidades locales, para lo cual el presupuesto disponible se ubica en las partidas correspondientes a medicamentos.

A partir de 2008, como parte de la política gubernamental de extensión de la protección social en salud, se amplió la cobertura de acceso gratuito a medicamentos en las Unidades de Salud, situación que incrementó la demanda de atenciones de salud, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario.

Ante el escenario descrito, y a fin de encontrar estrategias que corrijan y optimicen el sistema de gestión de suministro de medicamentos en las Unidades de Salud del MSP, se definieron líneas de trabajo y se desarrollaron acciones que se resumen a continuación.

Para contrarrestar las dificultades del proceso de adquisición de medicamentos se han realizado diversas reuniones con el Instituto Nacional de Contratación Pública en las que se ha insistido sobre la realización de la subasta inversa corporativa conforme contempla la Ley, mecanismo que pretende obtener significativos descuentos por la negociación en volumen para todas las unidades de salud de la red pública. Con esto se desarrollaría en una sola instancia todo el proceso precontractual, lo cual permitiría que se estandarice el precio de adquisición de todos los medicamentos del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, estableciéndose un catálogo electrónico a observar por todas las unidades de salud de la red pública, que contendrá el detalle del medicamento con el menor precio adjudicado. Con este propósito se han desarrollado 815 fichas técnicas de los medicamentos del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, como aporte técnico al proceso de adquisición de toda la red pública mediante subasta inversa corporativa. También se ha emitido el Certificado Sanitario de Provisión de Medicamentos a 130 empresas proveedoras (laboratorios farmacéuticos, casas de representación y distribuidoras farmacéuticas), dentro del cual se han revisado los requisitos sanitarios de los medicamentos ofertados, contando al momento con una lista de 6.435 productos, de los cuales el 25,05% corresponde a medicamentos de fabricación nacional y el 74,95% a importados.

Otra línea de trabajo es el desarrollo de protocolos de tratamiento estandarizados conforme al perfil epidemiológico local que consideren medicamentos de primera y segunda elección, que consten en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, ofreciendo seguridad y eficacia a través del cumplimiento de los niveles de prescripción, así como aspectos de fármaco-economía en relación a su uso. En la actualidad, se está desarrollando la protocolización de las principales causas de atención, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, y de enfermedades crónicas, lo cual contribuye al uso racional de medicamentos y facilita la programación de medicamentos.

Además, se ha planteado un reglamento para la gestión técnica, administrativa y financiera que recoge algunos elementos como el formato único de receta, la facturación cero o exoneración del 100% y disposiciones sobre prescripción con observancia obligatoria de los nombres genéricos, entre otros aspectos.

Como complemento de las acciones señaladas, se sustituyó el Reglamento para la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura para Laboratorios Farmacéuticos, en el cual se elevan las exigencias para la certificación. Dicho certificado condiciona el funcionamiento de los laboratorios farmacéuticos, estableciéndose un plazo de 18 meses, a partir del 10 de enero del 2011, para el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura.

Adicionalmente, como parte de la promoción del uso racional de medicamentos, se desarrolló e implementó el Reglamento para el Control de la Publicidad y Promoción de Medicamentos, que tiene como propósito reducir el uso indiscriminado de ciertos medicamentos y fomentar una cultura de uso racional en la población.

Desarrollo de un Sistema Nacional de Fármaco-vigilancia

El incremento en el acceso a los medicamentos de nuestra población es un gran logro de este Gobierno. El aumento de las adquisiciones de medicamentos por parte del sistema público frente a un proceso de subasta inversa que se basa en el precio más bajo de los medicamentos ha puesto en mayor evidencia las debilidades del Sistema de Vigilancia y Control.

Es importante resaltar que, a pesar de que se consideró hace 20 años la importancia de la fármaco-vigilancia, que forma parte de las disposiciones contempladas en el Decreto Ejecutivo 2007 (publicado en el R.O. 570 del 26 de noviembre de 1990), Ecuador es uno de los pocos países que no cuenta con un reglamento y demás herramientas en este campo. Hasta el momento, no se ha implementado el monitoreo de la seguridad y eficacia de los medicamentos que se comercializan en el país, sin tener la certeza de posibles eventos adversos que podrían ocurrir durante su utilización, tomando como base que la administración de todo medicamento conlleva el riesgo de provocar una reacción adversa, aun cuando haya sido prescrito por un profesional autorizado.

Por lo tanto, se ha visto como necesaria la implementación de un Sistema Nacional de Fármaco-vigilancia, que tiene como fin prevenir riesgos innecesarios con el uso de los medicamentos y la evaluación permanente de la seguridad del uso de los medicamentos por parte de la población. Se ha elaborado un proyecto de reglamento, que en este momento se encuentra en fase de revisión, que define las pautas para la implementación de un Sistema de Fármaco-vigilancia que tiene como fin conocer las reacciones adversas a medicamentos que ocurren en el país, vigilar los riesgos asociados con el uso de los medicamentos como errores de medicación relacionados con las prácticas profesionales, productos, procedimientos, educación del paciente y otras y las reacciones adversas a medicamentos conocidas con anterioridad o desconocidas.

Uso de las tecnologías de la información y la comunicación en la gestión del sistema y en la atención a la salud

Para mejorar la calidad de la atención a la salud, se han desarrollado estrategias para su mejor funcionamiento que, además de la evaluación, incorporación y uso racional de nuevas tecnologías, incluyen el uso de tecnologías de información y comunicación (TIC) en la gestión del sistema y en la atención a la salud (Telesalud).

La Política Nacional de Tecnología en Salud y la Política Nacional de Telemedicina / Telesalud han sido elaboradas por Proceso de Ciencia y Tecnología, se las presentó al Conasa y se espera la aprobación del Directorio.

Para la incorporación de las tecnologías de información y comunicación como apoyo para la implementación de la reforma de la salud y el proceso de modernización del sector tendientes a garantizar universalidad, integralidad y equidad, se debe formar un frente de coordinación y cooperación intersectorial que integre: i) la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (ver www.senplades.gob.ec), como ente de planificación nacional para el desarrollo del país, que orienta la inversión del Estado y promueve su democratización, coordinando acciones con las distintas instituciones del Estado para el cumplimiento de las Metas y Objetivos del Plan Nacional de Desarrollo; ii) el Ministerio de Telecomunicaciones y Sociedad de la Información (Decreto Ejecutivo nro. 8 [13-08-2009]), como el órgano rector del desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación en el Ecuador; iii) las universidades, como entes formadores de recursos humanos y iv) otros sectores (públicos y/o privados) que se constituyan en proveedores o usuarios-beneficiarios dentro del proceso de uso de tecnologías de la información y la comunicación en la gestión del sistema de salud

También es necesario incluir las unidades de salud a nivel nacional dentro del Plan Nacional de Conectividad, propuesto y ejecutado por Ministerio de Telecomunicaciones y Sociedad de la Información; la adecuación de características de

conectividad apropiadas para las aplicaciones de telemedicina y proveer al sector de la salud en todos sus niveles de la tecnología adecuada que le permita hacer uso de las TIC en la gestión de la Salud.

El Plan Nacional de Telemedicina está en proceso de implantación y se han incluido, en concordancia, los recursos asignados y dotados (MSP, 2010a). Sus fases están descritas en el Cuadro 3.

Cuadro 3 – Unidades de salud con acceso a Telesalud, Plan Nacional de Telemedicina, Ecuador

Fase 1, Proyecto Piloto (2010-2011): 3 provincias de la Amazonía 12,5% (Incluidos 5 unidades de salud rurales, 3 hospitales provinciales, hospitales de especialidad y 1 sala de comando de administración del sistema.)
Fase 2, (2011-2012): 3 provincias adicionales de la Amazonía 12,5% (Incluidos 5 unidades de salud rurales, 5 hospitales provinciales).
Fase de complementación 1 y 2 (2011-2012): inclusión de dos puntos adicionales de Nivel 1 y uno de nivel 2 en Galápagos, integración y fortalecimiento de 6 unidades de salud rurales gestionadas hasta el momento por la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL) y 2 unidades de salud gestionadas por la Universidad Tecnológica Equinoccial (UTE).
Fase 3 (2012-2014): inclusión de las 18 provincias restantes (75%), 18 hospitales provinciales y 54 unidades de nivel 1.
Fase 4: inclusión progresiva de unidades de salud hasta completar el 100% de las unidades de salud.

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD

Políticas Nacionales de Investigación en Salud

El Proceso de Ciencia y Tecnología (PCYT) del Ministerio de Salud Pública presentó al Consejo Nacional de Salud la Política Nacional de Investigación en Salud, aprobada el 23 de agosto de 2005. El MSP aprobó el reglamento para la aprobación, monitoreo y seguimiento de los Comités de Bioética (Registro Oficial 361 del 21 de marzo de 2006) y, de igual manera, para el monitoreo, seguimiento y evaluación de los proyectos de investigación en salud (Registro Oficial 292 del 11 de Marzo de 2008) que estarán bajo la responsabilidad del PCYT.

Existe un Convenio Marco de Cooperación entre la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador firmado en septiembre del 2010.

El Ministerio de Salud no dispone de programas de investigación y desarrollo. La implementación le corresponde a las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, las Universidades, industria y sectores del Estado que tienen actividades compartidas con Salud, como el Ministerio del Ambiente, de la Producción y de Agricultura, entre otros.

La Ley Orgánica de Salud (Artículos 207 y 208) determina entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública la de participar en la coordinación de la investigación y el desarrollo de la ciencia y la tecnología en salud con los organismos

competentes, así como la investigación científica y el desarrollo de la biotecnología orientada a las prioridades y necesidades nacionales.

El Plan Estratégico del Ministerio de Salud 2009-2013 menciona la importancia de la investigación en salud. Las principales áreas definidas por el Proceso de Ciencia y Tecnología del MSP son: saneamiento/contaminación ambiental; medicina preventiva/educación para la salud; violencia infantil; accidentes de tránsito; enfermedades infecciosas; enfermedades crónico-degenerativas: cardiovasculares/genéticas/cáncer; problemas de la adolescencia; enfermedades de transmisión sexual; trauma; salud sexual y reproductiva; salud pública y epidemiología; trastornos de la nutrición y enfermedades metabólicas.

El MSP preside la Comisión de Ciencia y Tecnología del Conasa, que incluye a todas las organizaciones que realizan investigación en salud en el país, y organizó el IX Foro Nacional de Investigaciones en Salud para la formación del Sistema Nacional de Investigación en Salud.

El PCYT actualmente es miembro de la RIMAIS (Red Iberoamericana de Ministerial de Aprendizaje e Investigación en Salud Pública), la Pan Amazónico (Red de Telemedicina en los países Amazónicos) y de ONU-BIOLAC (Universidad de Naciones Unidas para el desarrollo de la Biotecnología), lo que fortalece la capacidad del Ministerio en materia de investigación.

El mayor desarrollo de la investigación se encuentra en las universidades, tanto estatales como privadas, y, en menor proporción, en centros de investigación del Estado, como el Instituto Nacional Autónomo de Investigaciones Agropecuarias y ONG, entre otros.

Una de las brechas en cómo se determinan las prioridades de investigación y cómo se utilizan los fondos se da entre la agenda de investigación de las universidades e instituciones del estado y las necesidades de la comunidad y del sector empresarial local, y por otro lado entre el proveedor y el conocimiento.

La brecha del diseño y los estándares de servicio se debe a que no existe sistematización entre el desarrollo de nuevos servicios y la ausencia de estándares orientados al usuario, mientras que aquella del desempeño de servicios se crea por deficiencias en las políticas de recursos humanos.

Instituto Nacional de Salud Pública

En la nueva estructura del Ministerio de Salud Pública se crea el Instituto de Salud Pública, formado por el Instituto Nacional de Higiene “Leopoldo Izquieta Pérez” y la Dirección de Ciencia y Tecnología. Las funciones de este Instituto son la ejecución de la investigación básica y servir de laboratorio de referencia. Su objetivo es contribuir a la consecución del buen vivir a través de la planificación, gestión, coordinación, control y ejecución de investigaciones científicas en las áreas básica, clínico-quirúrgica, epidemiológica y operativa.

COOPERACIÓN EN SALUD

Necesidades de apoyo técnico

En el marco de la reestructuración orgánica y funcional del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la principal directriz es la separación de funciones en el ente rector, entre la rectoría, la planificación y la provisión de servicios de salud. En este contexto se ha detectado la necesidad de fortalecer algunos temas, entre ellos:

- Experiencia en procesos de reforma del sector de la salud
- Descentralización y desconcentración de la salud, articulación de procesos, productos y servicios
- Financiamiento en salud, aseguramiento universal, conceptualización económica de la “demanda” de servicios.
- Metodologías de manejo de cuentas nacionales en salud y coberturas
- Sistemas de control y fiscalización de los establecimientos de salud
- Desarrollo del talento humano y la carrera sanitaria
- Constitución y articulación de redes para la promoción y prestación de servicios de salud
- Costeo en la prestación de servicios de salud preventivos y de recuperación
- Sistemas integrados de información de salud
- Normativa e institucionalidad para la participación social en salud
- Diseño del Sistema Nacional de Investigaciones
- Formación de recursos humanos en metodologías de investigación científica y su validación, así como expertos en investigación basada en evidencia científica, en evaluación en tecnologías en salud y en ciencias básicas y biomédicas.
- Producción de “*policy briefs*” (documentos para la toma de decisiones)
- Formación de investigadores en enfermedades y medicamentos huérfanos.

Posibilidades y experticia potencial de oferta

A continuación detallamos la oferta de asistencia técnica que el Ecuador puede brindar a los Estados Miembros de Unasur:

- Asistencia técnica en manejo clínico epidemiológico del dengue y la malaria, en planificación de programas, vigilancia epidemiológica, participación comunitaria y coordinación interinstitucional.
- Asistencia técnica en la prevención y el control de las deficiencias producidas por yodo, en atención a la experiencia desarrollada en nuestro país, programa de control sostenido.
- Apoyo y asistencia con misiones médicas y medicamentos, en casos de emergencia.

- Modelo de experiencia de atención de salud sexual y reproductiva en adolescentes.
- Iniciativa de escuelas promotoras de salud, articulación intersectorial, capacitación a profesores, indicadores de monitoreo y evaluación.
- Contaminación ambiental por hidrocarburos y los efectos en la salud.
- Difusión de la información de salud especializada a la comunidad.
- Diseño de programas de telesalud y telemedicina para las zonas rurales.
- Diseño, implementación y evaluación de proyectos nutricionales.
- Regulación de las prácticas de medicina ancestral.
- Estrategia de interculturalidad en el modelo de gestión y atención en salud
- Estrategias de comunicación para la implementación de procesos de salud pública intercultural.
- Desarrollo de políticas, normas legales y técnicas para hospitales seguros durante eventos adversos.
- Desarrollo y fortalecimiento de conocimientos técnicos en el control de dengue y manejo clínico epidemiológico de casos de dengue hemorrágico.
- Herramientas para el manejo comunitario de enfermedades no transmisibles (Ej.: hipertensión).
- Sistema de vigilancia sobre epidemiología comunitaria (Ej.: riesgo cardiovascular).

Cuadro 4 – Sistema de Salud en Ecuador: síntesis – marco constitucional, estructura y prioridades de la política actual

País ECUADOR	Marco constitucional de la salud	Estructura del sistema de salud	Funciones del Ministerio de Salud Pública	Prioridades de la política actual
<p>Estado constitucional unitario, intercultural y plurinacional organizado en forma de República y descentralizado</p> <p>Población : 13.775.000 habitantes</p> <p>Territorio dividido en 24 provincias, cantones (municipios) y parroquias. En la nueva Constitución se introducen los gobiernos regionales que se deberán constituir en los próximos 8 años.</p>	<p>Constitución Nacional vigente: 2008</p> <p>Artículo 32: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.”</p> <p>Artículo 362: “Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios”</p> <p>Principios: equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética con enfoque de género y generacional</p> <p>2007: Adopción de la política de gratuidad en salud</p>	<p>Sistema de Salud: El Art. 358 de la Constitución Nacional, señala las características del Sistema Nacional de Salud con base en la APS.</p> <p>Sistema mixto, compuesto por el Sector Público : Ministerio Nacional de Salud; Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas; Instituto de Seguridad Social de la Policía Federal</p> <p>Sector Privado: Empresas de medicina prepaga, proveedores de seguros privados, consultorios, dispensarios, clínicas, hospitales y organizaciones sin fines de lucro, como ONG.</p> <p>Desde 2002: el Conasa (Consejo Nacional de Salud) busca promover consensos en las políticas públicas e impulsar mecanismos de coordinación para la organización y desarrollo del Sistema Nacional de Salud</p> <p>El país está dividido en 170 áreas de salud.</p>	<p>El Ministerio de Salud Pública ejerce el rol rector de autoridad sanitaria nacional y debe “crear, cumplir y hacer cumplir las políticas públicas del Estado, elaboradas y ejecutadas de conformidad con la Constitución” (Art. 363)</p> <p>El Ministerio define, emite, difunde políticas nacionales y planes de salud para los cuales se encargará de fomentar y controlar la aplicación. Comparte la función rectora con el Consejo Nacional de Salud (Conasa).</p> <p>El MSP también es el principal prestador de servicios en el país, tanto para servicios de salud colectiva como individual.</p> <p>La Subsecretaría de Vigilancia de la Salud Pública del MSP tiene por misión analizar, vigilar y velar por la situación de salud pública de la población mediante el diseño de políticas, regulaciones, planes y proyectos en los ámbitos de vigilancia epidemiológica, vigilancia y control sanitario y por estrategias de salud colectiva.</p> <p>La vigilancia epidemiológica es conducida por el SIVE (Sistema de Vigilancia Epidemiológica) existente en todas las unidades operativas provinciales, áreas de salud y hospitales. El Centro Nacional de Enlace evalúa y notifica eventos considerados de interés nacional. No existe un sistema de vigilancia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles.</p> <p>La vigilancia sanitaria es realizada por el Instituto Nacional de Higiene (INH) con funciones que abarcan la regulación y normatización técnica para registro, vigilancia y control de establecimientos y productos de uso y consumo humano.</p>	<p>Plan Nacional del Buen Vivir</p> <p>Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con enfoque familiar que implica la reorientación de los servicios la organización territorial en red y la ampliación de la oferta de la red pública, entre otros. Implementación de Equipos Básicos de Salud (EBAS).</p> <p>Política Nacional de Salud organizada en tres ámbitos de acción: construcción de ciudadanía en salud; protección integral de salud y desarrollo sectorial.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> .Promover la ciudadanía en salud, la garantía, el respeto, la promoción, la protección y la exigibilidad de los derechos humanos para el ejercicio de una vida digna y saludable. .Garantizar la protección integral de la salud de la población ecuatoriana facilitando los medios para promover la salud, tanto física como mental, prevenir y enfrentar las enfermedades y sus causas, mitigando sus efectos biológicos, económicos y sociales. .Desarrollar las capacidades del sector salud mediante procesos organizativos y participativos que conduzcan al establecimiento y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, el desarrollo integral del talento humano, el desarrollo científico y tecnológico y el impulso a los sistemas de información y la dotación de recursos materiales, tecnológicos y financieros. <p>El Sistema Único de Atención Básica de Salud corresponde a un sistema integrado para el primer nivel y son propuestas una red pública integrada de segundo y tercer nivel con integración funcional mediante intercambio de servicios entre actores que siguen siendo autónomos.</p>

Cuadro 5 – Sistema de Salud en Ecuador: síntesis – protección social, financiamiento, Investigación e innovación en salud

Protección social en salud	Financiamiento: fuentes y composición gasto en salud	Investigación e innovación en salud
<p>El Ministerio de Salud Pública en teoría ofrece cobertura a toda la población ecuatoriana. Es el principal proveedor de servicios, tanto preventivos como curativos, a la población abierta más pobre (70% que no tiene derechohabencia en otros subsectores).</p> <p>Población con cobertura de seguro de salud en 2010: 30%</p> <p>Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS): 17,6%. Es de afiliación obligatoria para los trabajadores formales, condicionada a contribuciones del trabajador y del empleador.</p> <p>Seguro Social Campesino (SSC): 6,5%. Afilia a los trabajadores del área rural con cobertura familiar</p> <p>Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA): 1,6%</p> <p>Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL): 1,8 %</p> <p>Sector privado prepago: 8,2%</p> <p>Programa de Protección Social en Salud (PPS) para enfermedades catastróficas: manejado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social garantiza gratuidad para problemas de salud seleccionados, como trasplantes y malformaciones congénitas</p> <p>Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (1994): cobertura universal real mujeres durante el embarazo, parto y postparto y a los niños menores de 5 años de todo el país con atenciones específicas a este ciclo de vida.</p>	<p>Fuentes: para el Sector Público – el financiamiento de las entidades públicas del gobierno (MSP; MIES; ME; gobiernos locales) proviene de fuentes fiscales. Para las entidades públicas del Sistema Nacional de Seguridad Social, la financiación se realiza a través de cotizaciones pagadas por los empleadores y trabajadores</p> <p>Para el Sector Privado, primas a algún tipo de seguro privado, co-pago por servicios asegurados, pago directo por servicios prestados, pagos complementarios (medicamentos insumos), primas al seguro de accidentes de tránsito.</p> <p>Composición del gasto en salud:</p> <p>El gasto total en salud es el 8,5% del PIB</p> <p>El gasto público es el 4,5% del PIB</p> <p>El gasto privado representa el 48% del gasto total en salud</p>	<p>La Política Nacional de Investigación en Salud fue aprobada en 2005 por el Consejo Nacional de Salud. La implementación de la investigación en salud corresponde a las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, las Universidades, industria y sectores del Estado que tienen actividades compartidas con Salud, como el Ministerio del Ambiente, de la Producción y de Agricultura, entre otros.</p> <p>En la nueva estructura del Ministerio de Salud Pública se crea el Instituto Nacional de Salud Pública e Investigación (INSPI), formado por el Instituto Nacional de Higiene “Leopoldo Izquieta Pérez” (INH) y la Dirección de Ciencia y Tecnología. Las funciones de este Instituto son la ejecución de la investigación básica clínico-quirúrgica, epidemiológica y operativa y servir de laboratorio de referencia.</p>

REFERENCIAS

- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) et al. Encuesta demografía y de salud materna e infantil, ENDEMAIN 2004: Informe final. Quito, Ecuador: CEPAR; 2005
- Conasa. Informe de consultoría 2008 (elaborado por Alba Jorge). Consejo Nacional de Salud. Quito, Ecuador: Conasa; 2008.
- Conea. Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior del Ecuador. Quito: Conea; 2011.
- Constitución de la República del Ecuador, Título VII, Régimen del Buen Vivir, Capítulo Primero, Sección Segunda, Salud, Art 362, 363, 369. 2008.
- IESS. Taller presidencial. Quito: julio de 2010.
- INEC. Encuesta de Recursos y Actividades en Salud. Ecuador: INEC; 2007.
- INEC. Encuesta Nacional de empleo y desempleo urbano. Ecuador: INEC; 2010.
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Codificación publicada en el suplemento del registro oficial N° 349 de 5 de septiembre del 2006. Quito: 1994
- MCDS-Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social. Sistema de Salud para el Ecuador. Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social. Ecuador: MCDS; 2011.
- MSP-Ministerio de Salud Pública. Datos Básicos 2010. Sistema Común de Información - Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ecuador: MSP; 2010.
- MSP-Ministerio de Salud Pública. 2010a. Dossier Programa Nacional de Telemedicina/Telesalud PCYT-MSP. Ecuador: PCYT-MSP; 2010.
- MSP-Ministerio de Salud Pública. Subsecretaría de Extensión de la Protección Social - Ministerio de Salud Pública. Ecuador: MSP; 2011.
- MSP-Ministerio de Salud Pública. Manual Técnico, Operativo, Administrativo y Financiero para la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Unidad Ejecutora de la LMGYAI, Ministerio de Salud del Ecuador. Ecuador, MSP; 2001.
- MSP - Ministerio de Salud del Ecuador. Instrumentos disponibles en el Manual Técnico, Operativo, Administrativo y Financiero para la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Unidad Ejecutora de la LMGYAI, Quito: Ministerio de Salud del Ecuador; 2001.
- OMS/OPS/CE/OSE/ EASP. Migraciones profesionales Latino América - Unión Europea oportunidades para el desarrollo compartido. Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Comunidad Europea (CE)/Observatorio Social del Ecuador (OSE)/Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). OMS; 2010.
- Organización Panamericana de la Salud. Análisis del sector salud, una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Edición especial n° 9. Washington, OPS; 2006.
- Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los Sistemas de Salud. Ecuador. Monitoreo y análisis los procesos de cambio y reforma octubre 2008. Washington: OPS; 2008.

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- ADPIC – Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (TRIP - *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*)
- Afeme – Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina en el Ecuador

APS – Atención Primaria de la Salud
Asedefe – Asociación Ecuatoriana de Escuelas y Facultades de Enfermería
ASN – Autoridad Sanitaria Nacional
Conasa – Consejo Nacional de Salud
Conea – Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior
CORPSOAT – Corporación de Aseguradoras del SOAT
CPCCS – Consejo de Participación Ciudadana y Control Social
DPT – Difteria, Tifoidea y Tétanos
DT – Difteria y Tétanos
EBAS – Equipos Básicos de Salud
FFAA – Fuerzas Armadas
FONSAT – Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
IDH – Índice de Desarrollo Humano
IESS – Instituto Ecuatoriano del Seguro Social
INEC – Instituto Nacional de Estadística y Censos
ISSFA – Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL – Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
LMGYAI – Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
MAIS – Modelo de Atención Integral de Salud
MSP – Ministerio de Salud Pública
OMS – Organización Mundial de la Salud
ONG – Organización no Gubernamental
OPS – Organización Panamericana de la Salud
PAI – Programa Ampliado de Inmunizaciones
PCYT – Proceso de Ciencia y Tecnología
PIB – Producto Interno Bruto
PPS – Protección Social en Salud
RSI – Reglamento Sanitario Internacional
SNS – Sistema Nacional de Salud
SSC – Seguro Social Campesino
TIC – Tecnologías de la Información y la Comunicación
Unasur – Unión de Naciones Suramericanas
UNFPA – *United Nations Fund for Population Activities*

NOTAS

- 1 Atención institucional del parto en mujeres indígenas, 30,1%, en mujeres no indígenas, 80,2 %. (CEPAR, 2005)
- 2 Cabe señalar que ha sido difícil recoger datos coherentes y definiciones compartidas entre las distintas instituciones (INEC/MCDS/ proveedores) y departamentos internos del MSP para el financiamiento con identificación de fuentes públicas y privadas. Se advierte que los datos presentados pueden tener ciertas incoherencias pues provienen de diferentes fuentes



Sistema de Salud en Guyana



VIII. Sistema de Salud en Guyana

ASPECTOS GENERALES

La atención a la salud en Guyana se proporciona, principalmente, mediante un programa de salud nacional implementado por el Gobierno, a través del Ministerio de Salud, en colaboración con los Consejos Democráticos Regionales (RDC) de las diez regiones administrativas, una Autoridad Regional de Salud de la Región seis y agencias paraestatales, como la *Georgetown Public Hospital Corporation* (GPHC) y la *Guyana Sugar Corporation* (GUYSUCO). Los servicios de salud privados suministrados por hospitales, centros de diagnóstico y tratamiento, laboratorios y farmacias contribuyen con aproximadamente el 20% del conjunto total del paquete de servicios ofrecidos a los ciudadanos y se encuentran bajo la autoridad reguladora del Ministerio de Salud.

Actualmente, el Programa Nacional de Salud está orientado por la Estrategia Nacional del Sector de Salud (NHSS), que cubre el período entre 2008 y 2012. Esta Estrategia describe los principios, metas y objetivos básicos de la autoridad de salud y establece las prioridades y metas para los servicios. La Estrategia también identifica las áreas clave de colaboración y la composición público-privada necesaria para el suministro de una gama adecuada de servicios de salud esenciales.

El Ministerio de Salud trabaja junto a las partes interesadas para asegurar que toda la población tenga acceso a servicios de salud de buena calidad, suministrados lo más cerca posible de su residencia y prestados por un conjunto diverso de proveedores de servicios cualificados, que presten cuidados de salud adecuados y culturalmente aceptables, centrados en las personas. El Ministerio de Salud continúa desarrollando su capacidad central a través de la formación del personal, el uso innovador de tecnología y mediante el apoyo a la descentralización del conocimiento, de las habilidades y de los productos críticos necesarios para lograr una mejor salud para todos.

En este momento, el Ministerio de Salud está preparando su nueva estrategia para el sector y finalizando el Plan Nacional de Salud para el período 2013-2020, que

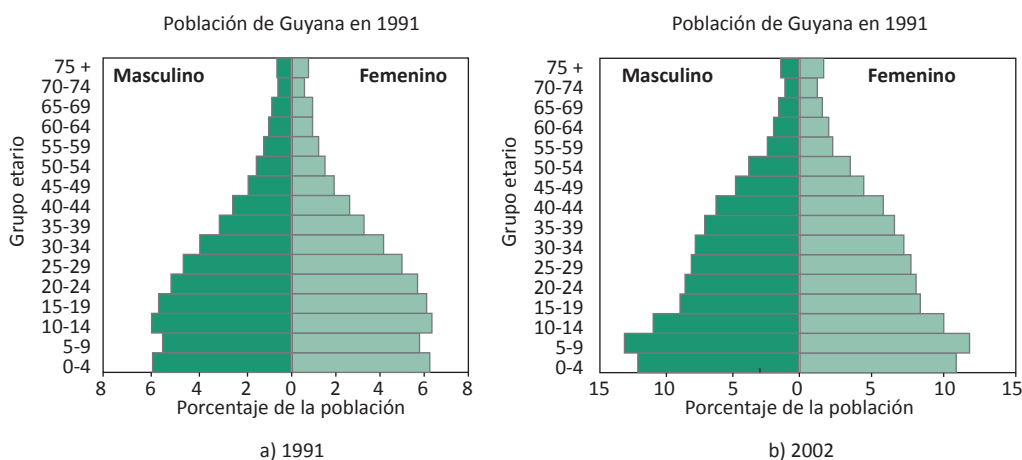
engloba los planes de combate a las enfermedades transmisibles (incluyendo VIH/SIDA, enfermedades sexualmente transmisibles, tuberculosis, malaria, enfermedades desatendidas y zoonosis, etc.); además de las enfermedades no transmisibles, tales como cardiopatías, hipertensión, diabetes y factores de riesgo relacionados; salud materno-infantil y familiar; seguridad alimentaria y nutricional; discapacidades, incluyendo discapacidades físicas, problemas de visión y audición; salud dental y mental.

Con la reciente colaboración establecida entre los vecinos continentales de Guyana y los países que componen la Comunidad del Caribe (CARICOM), el MS aspira a avanzar en la agenda de salud local e internacional para mejorar la calidad de vida de la población de Guyana y ayudar a los pueblos de Suramérica y el Caribe. Con el establecimiento de la Unión de Naciones Suramericanas, de la cual Guyana forma parte, además de la creación del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags), con sede en Brasil, Guyana se compromete a participar plenamente en todas las actividades de colaboración técnica y política y a trabajar para lograr el desarrollo sostenible y pacífico de los habitantes de la región.

Población

La población de Guyana, de acuerdo con el último censo de la población y hogares de 2002, es de 751.223 habitantes, lo cual representa un incremento de 27.550 personas (4%) con respecto al censo de 1991. La comparación de las pirámides de población de 1991 y 2002 (Gráfico 1) muestra claros cambios en la base, con un mayor incremento en el grupo etario de 5 a 9 años. También puede observarse un pequeño ensanchamiento en el ápice de la pirámide. Estos cambios indican que, a pesar de que la población de Guyana es aún relativamente joven, comienzan a observarse señales de avance del proceso de envejecimiento demográfico, lo que implica cambios para los sistemas de salud y educación, entre otros.

Gráfico 1 – Población por edad y sexo, Guyana 1991 y 2002



Fuente: Censo de la Población y el Hogar 2002.

En 2002, el grupo etario entre 0 y 4 años representaba el 8% de la población, lo que implicó un leve descenso en comparación con los datos de 1991, en los que la cifra era del 12,5%. El porcentaje de la población de menos de 15 años era del 36% y los mayores de 65 años constituían el 6% de la población. El grupo etario entre 15 y 49 años representaba el 58% de la población total. Utilizando una suposición de la variante media, la Oficina de Estadística pronosticó que la población de Guyana crecería hasta aproximadamente 785.000 en 2010 y que el grupo etario de menos de 15 años representaría aproximadamente el 27% de la población, lo que significa un declive del 9% desde 2002. De acuerdo con proyecciones de la Oficina de Estadísticas, se espera que el número de personas en los grupos etarios entre 15 y 59 años y de más de 60 crezcan a 64 y 9%, respectivamente.

Tabla 1 – Población total de Guyana, 1991-2010

Edad	1991	1996	2000	2002	2005	2010
< 15 años	250.212	236.221	267.499	271.265	245.171	210.824
15 – 59 años	425.556	473.546	432.252	433.123	466.509	501.934
60 + años	42.638	46.942	46.530	46.835	55.103	72.136
Total	718.406	756.709	746.281¹	751.223	766.783²	784.894²

¹ Valor basado en la población informada en 2002 estimada dos años hacia atrás

² Valor basado en proyecciones de población usando una suposición de la variante media

Fuentes: Censo de la Población y el Hogar de Guyana 2002, Oficina de Estadísticas, Guyana. Proyecciones de Población 2005-2025.

La mayoría de la población de Guyana vive a lo largo de una angosta franja costera (aproximadamente el 10% del área total de Guyana), que es el centro agrícola, comercial e industrial del país, con una densidad de población de más de 115 personas por kilómetro cuadrado. La densidad de población total de Guyana es baja: menos de cuatro habitantes por kilómetro cuadrado. El 28,4% de la población vive en áreas urbanas y el 71,6% habita en zonas rurales. En las Regiones costeras 2 (49.253), 3 (103.061), 4 (310.320), 5 (52.428) y 6 (123.695) se concentra el 85,1% de la población. El interior rural (Regiones 1, 7, 8 y 9) está poco poblado (9,4% de la población total) y posee una infraestructura sanitaria limitada, por lo que presenta desafíos de gran magnitud en lo que respecta al acceso a la atención médica y otros servicios esenciales.

La tasa de crecimiento regional es más alta en la Región 8 (5,2% al año), seguida por las Regiones 1 y 9, con 2,4 y 2,2%, respectivamente. Las demás regiones presentan tasas más bajas. En términos porcentuales, la población creció 3,8% entre 1991 y 2002, invirtiendo el declive de -4,7% observado entre 1980 y 1991.

Grupos étnicos y religiosos

Guyana posee una población multirracial. Los tres mayores subgrupos poblacionales son los indoguyanese o hindúes (43,5% en 2002), que se han mantenido predominantemente en áreas rurales, los afroguyanese, de ascendencia africana (30,2%), que constituyen la mayoría de la población urbana, y la población mestiza (16,7%). Los amerindios (9,2%), que viven en el interior del país, incluyen diversos grupos, como los akawaios, los arahuacos, los caribes, los macushis y los wapishanas. Otros grupos minoritarios, que incluyen los habitantes de ascendencia china, portuguesa y otros constituyen menos el 1% de la población. Existen considerables diferencias étnicas entre las Regiones 1, 8 y 9, en las que predominan los amerindios; las Regiones 2, 3, 5 y 6, que son mayoritariamente habitadas por hindúes; la Región 10, cuya población es afroguyanese, y las Regiones 4 y 7, habitadas mayoritariamente por grupos étnicos mezclados. Los tres grandes grupos religiosos son los cristianos (de diferentes denominaciones) (55,4%), los hindúes (28,4%) y los musulmanes (7,2%).

Fertilidad

La tasa bruta de natalidad ha presentado un declive gradual desde 26,5 nacimientos/1.000 habitantes, en 1989, a 23,2, en 1999, y 18,3, en 2007. La tasa de fecundidad global en 2006 era de 2,8 hijos por mujer, mostrando un declive desde 3,1, en 1990. Vale la pena resaltar que la tasa de fecundidad global de 2006 en mujeres del medio rural y del interior (3,0 y 6,0 hijos por mujer respectivamente) fueron más altas que las de zonas urbanas (2,1). Datos de la Encuesta Nacional Demográfica y Sanitaria (GDHS) de 2009 indican que la tasa bruta de natalidad es actualmente de 23 nacimientos vivos por 1000 habitantes.

Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad, que se había mantenido bastante estable entre 1992 (6,6 por 1.000 habitantes) y 1997 (7,0 por 1.000 habitantes), aumentó a 12,5 por 1.000 habitantes en 1999, antes de caer a 7,34 en 2007. La tasa de mortalidad infantil también creció desde 25,5 por 1.000 nacidos vivos, en 1997, a 37,0 por 1.000 nacidos vivos, en 2007. Las tasas de mortalidad materna han caído un poco, pero continúan siendo bastante más altas que las de otros países de la región. La tasa en 2000 fue de 133 muertes maternas por cien mil nacidos vivos y de 112 por cien mil nacidos vivos en 2007. La proporción de partos ejecutados por personal cualificado se ha mantenido estable en aproximadamente 96%. La expectativa de vida al nacer mejoró desde 64,1 años en 2002, a 66,7 años, en 2007 (63,7 para hombres y 69,3 para mujeres).

En la última década, el cambio más significativo en cuanto a la mortalidad es el que se refiere a la emergencia del VIH/SIDA, además del cáncer, entre las principales causas de muerte. En el año 2000, el VIH/SIDA era la segunda causa de

muerte, pero desde entonces se retrajo hasta llegar al quinto lugar. Después de haber ocupado el octavo lugar como causa de muerte en 2000, el cáncer pasó a ocupar el tercer lugar en 2007. Otras causas importantes de mortalidad son las enfermedades crónicas no transmisibles, con la cardiopatía isquémica manteniéndose en primer lugar. Las infecciones respiratorias agudas son las únicas enfermedades transmisibles que se sitúan entre las diez primeras causas (Cuadro 1).

Cuadro 1 – Diez primeras causas de mortalidad (proporción por 1.000 habitantes), Guyana, 2008 y 2000

Causas de muerte	Clasificación 2008	Causas de muerte	Clasificación 2000
Cardiopatía isquémica	1	Cardiopatía isquémica	1
Enfermedad cerebrovascular	2	VIH/SIDA	2
Neoplasia	3	Enfermedad cerebrovascular	3
Diabetes mellitus	4	Diabetes mellitus	4
Enfermedades relacionadas con la hipertensión	5	Otras causas externas	5
VIH/SIDA	6	Enfermedades de otras partes del sistema digestivo	6
Autolesión intencional (Suicidio)	7	Hipertensión	7
Insuficiencia cardíaca	8	Otras neoplasias	8
Infecciones respiratorias agudas	9	Infecciones respiratorias agudas	9
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	10	Autolesión intencional (Suicidio)	10

Fuente: Condiciones sanitarias en las Américas 1990; Condiciones sanitarias en las Américas 1994; La Salud en las Américas 2000; Unidad de Estadísticas, Ministerio de Salud, Guyana.

DERECHOS SOCIALES Y SALUD

Marco constitucional y legal de la salud

Según el Capítulo 1:01, artículo 24, de la Constitución de la República Cooperativa de Guyana de 1980, el acceso a la salud y la asistencia médica es un derecho fundamental de todos los guyaneses.

Artículo 24: “Todos los ciudadanos tienen derecho al acceso a la asistencia médica gratuita y a servicios sociales frente a vejez e incapacidad.”

Artículo 25: “Todos los ciudadanos tienen el deber de participar en acciones para mejorar el medio ambiente y proteger la salud de la nación”

La Ordenanza de Salud Pública data de 1934-1953 y aún está vigente. Esta Ordenanza constituyó el Comité Central de Salud y reglamentó la notificación de las enfermedades infecciosas, el bienestar materno-infantil, además de establecer disposiciones generales de salud con respecto a los alimentos y el agua, entre otros temas relacionados con la salud pública. Se han hecho grandes esfuerzos para

aprobar una nueva ley que sustituya la Ordenanza de Sanidad Pública. La Ley de Protección y Promoción de la Salud se encuentra en etapa de desarrollo en el Ministerio de Salud. Su objetivo es organizar y proporcionar programas y servicios de salud pública, prevenir la propagación de enfermedades y promover y proteger la salud de los habitantes de Guyana.

Otras leyes importantes más recientes incluyen la Ley del Ministerio de Salud de 2005 –que establece las funciones del Ministro, del Secretario Permanente y del Director Médico y define normas para subsidios y acuerdos financieros– y la Ley de las Autoridades Regionales de Salud de 2005, que establece las Regiones de Salud y las Autoridades Regionales de Salud, con sus competencias, deberes y responsabilidades.

Principios y valores

La Ley del Ministerio de Salud de 2005 establece los siguientes principios y valores:

1. El Gobierno y cada uno de los ciudadanos son responsables por la protección y la promoción de la salud del pueblo de Guyana.
2. El objetivo del sistema de salud y los servicios sociales de Guyana es contribuir con la mejora de la calidad de vida y, por lo tanto, ofrecer a los ciudadanos la oportunidad de vivir una vida productiva, libre de enfermedades y caracterizada por el bienestar físico, mental y social.
3. Las necesidades de salud y los objetivos de los programas para responder a ellas deben partir de un análisis de la población, y los recursos del cuidado de la salud deben dirigirse hacia grupos de personas con necesidades específicas para lograr así los objetivos de los programas.
4. Las prioridades nacionales deben enfatizar la promoción de la salud y los componentes de atención primaria de los programas de salud, con la simultánea atención de sus contrapartes secundaria y terciaria.
5. El Ministerio de Salud debe suministrar y supervisar, cuando sea necesario, la prestación de asistencia médica en todo el territorio nacional, además de concretar planes y políticas, supervisar la calidad y evaluar los resultados.

El Paquete de Servicios de Salud con Garantía Pública de Guyana 2008-2012 también plantea algunos de los principios a los que el Gobierno se comprometió, tales como:

- La salud es un derecho fundamental y, como tal, está garantizado por la Constitución.
- La salud es un área focal prioritaria en el programa de desarrollo.
- El pilar fundamental sobre el que se apoya el sector de la salud es el principio de equidad de la población.
- El sector de la salud debe garantizar la prestación de servicios oportuna, efectiva y eficaz.

- Los ciudadanos deben cumplir con su papel de asegurar el cuidado de su propia salud, fomentando así la responsabilidad personal.
- El sector de la salud debe ser transparente y responsable en el desarrollo e implementación de sus programas.
- Las decisiones y los servicios deben basarse en datos comprobados.

Participación social

La participación de la sociedad en los asuntos de salud en Guyana está presente en diferentes niveles gubernamentales. A nivel central (nacional) existen comisiones para asuntos especiales, tales como el VIH/SIDA y las discapacidades, que incluyen, además de representantes del gobierno, representantes de organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales, pacientes, la sociedad civil y entidades profesionales. A nivel regional existen Comités de Salud compuestos por miembros de la comunidad que discuten temas relacionados con la salud que afectan a sus regiones. Y podemos encontrar una tercera instancia de participación social en los Comités o Juntas Directivas de los Hospitales.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

La República Cooperativa de Guyana es un país en vías de desarrollo situado en la costa noroeste de Suramérica. Limita al oeste con Venezuela, al sudoeste con Brasil, al este con Surinam y al norte con el Océano Atlántico. Su territorio nacional tiene una superficie aproximada de 215.000 kilómetros cuadrados. Es el único país de lengua inglesa de Suramérica. Guyana fue una Colonia Británica que se independizó en 1966 y se convirtió en una República en 1970. Debido a sus lazos con las Indias Occidentales Británicas, su lengua y sus instituciones legales y políticas, el país está estrechamente vinculado con los estados isleños del Caribe y es un miembro fundador de la Comunidad del Caribe (CARICOM). Recientemente, los esfuerzos para participar en la Unión de las Naciones Suramericanas (Unasur) y otras agrupaciones de América Latina han dado lugar a la transformación de las relaciones bilaterales y multilaterales del país. Los principales socios comerciales continúan siendo norteamericanos y europeos, pero se han obtenido progresos significativos en la ampliación de las relaciones con los bloques de Asia Oriental y de Latinoamérica.

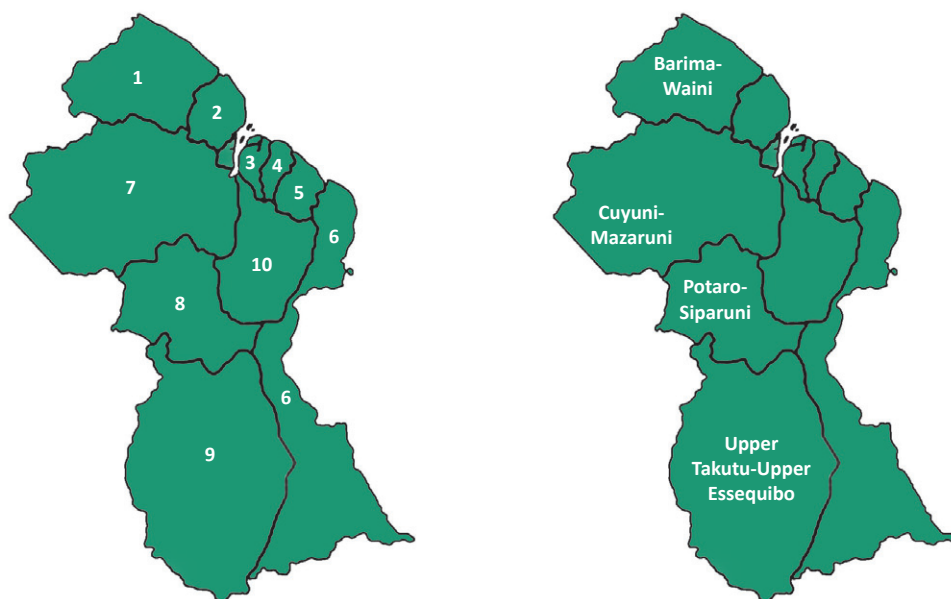
Modelo político-administrativo

Como nación democrática, Guyana elige cada cinco años a un Presidente, 65 miembros de la Asamblea Nacional y representantes de las diez regiones administrativas, como lo establece la constitución de Guyana de 1980. Las últimas elecciones generales y regionales tuvieron lugar en noviembre de 2011.

El Presidente constituye el brazo ejecutivo del Gobierno y cuenta con el apoyo de un Gabinete Nacional y de sus Ministros, que son responsables de diferentes áreas de gobernanza. La Asamblea Nacional actúa como brazo legislativo del Gobierno mientras que el Poder Judicial independiente constituye el tercer brazo del Gobierno. El sector social está compuesto por los Ministerios de Salud, Educación, Servicios Sociales y Humanos, Trabajo y Asuntos Amerindios. Otros Ministerios importantes son: Asuntos Internos, Vivienda y Aguas, Comercio, Turismo, Finanzas, Relaciones Exteriores, Agricultura, Medioambiente y Recursos Naturales, Gobierno Local, Obras y Servicios Públicos y Comunicaciones.

Guyana está dividida en diez regiones. Cada región está administrada por un Consejo Democrático Regional (RDC), dirigido por un Presidente del Consejo. Las regiones están divididas en consejos de vecinos, conocidos como Consejos Democráticos del Vecindario (NDC).

Figura 1 – Regiones de Guyana



Estructura y Organización del Sistema de Salud

El poder de la Autoridad Sanitaria Nacional de Guyana es conferido por la Ley del Ministerio de Salud de 2005 y por el nombramiento del Gabinete Nacional en el Ministerio de Salud, presidido por el Ministro de Salud. El Ministerio es administrado por un Secretario Permanente, mientras que el Director Médico es el Responsable Técnico del Ministerio. El Ministerio es responsable, en términos generales, de la salud de la población de Guyana y de todos los visitantes e invitados del Estado. Las principales funciones del Ministerio de Salud son regular el sistema de salud, supervisar las situaciones relacionadas con la salud, desarrollar estrategias,

planes y programas orientados a subsanar todos los problemas relativos a la salud y prestar servicios de salud y médicos.

Prestación de servicios

El Ministerio de Salud presta servicios directamente mediante un Paquete de Servicios de Salud con Garantía Pública, en colaboración con los diez departamentos regionales de salud de los Consejos Democráticos Regionales Subnacionales, la *Georgetown Public Hospital Corporation* y las autoridades regionales de salud.

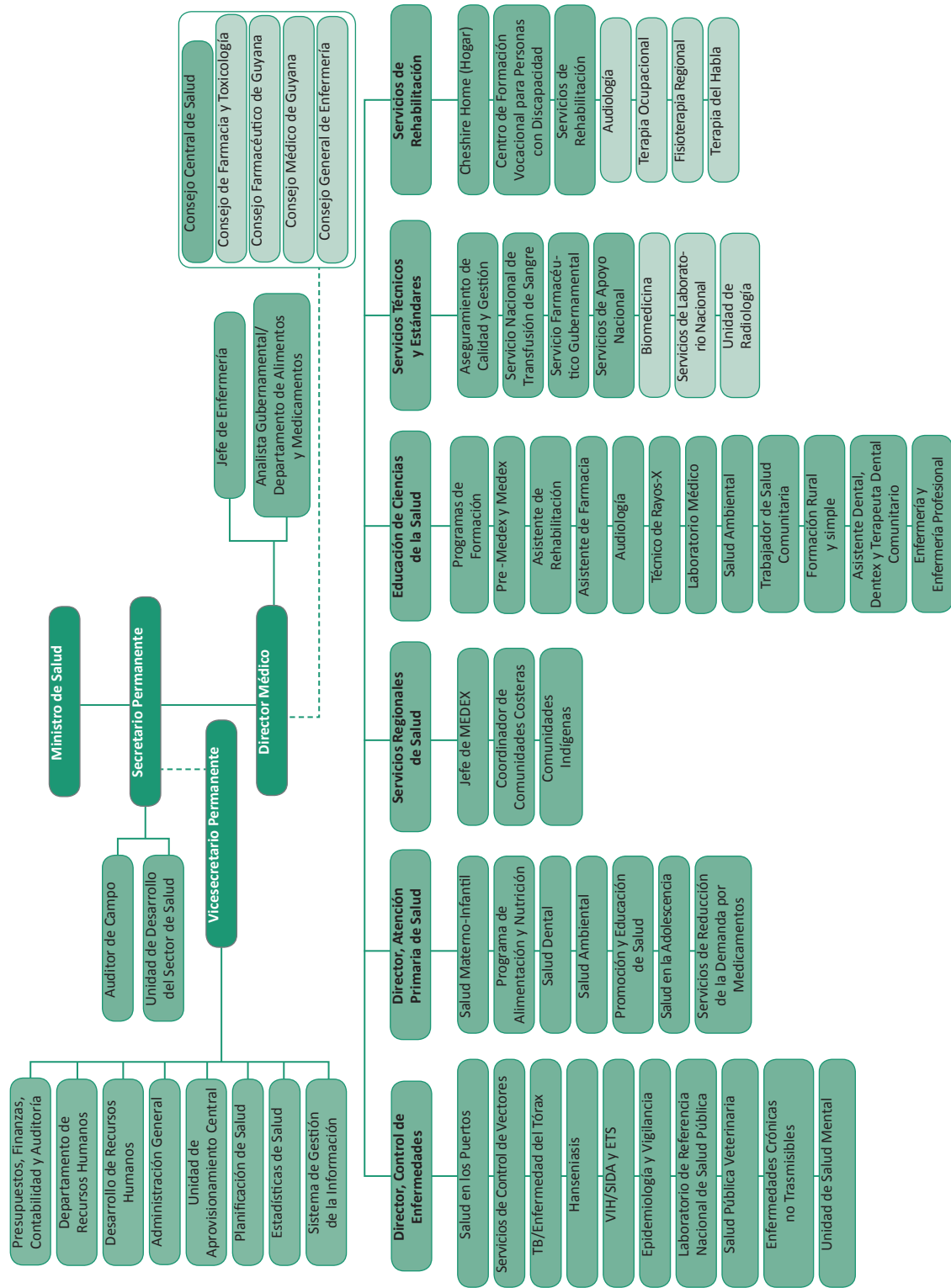
El Ministerio de Salud utilizó el siguiente criterio para la inclusión de los servicios en el Paquete:

- El potencial para reducir la carga de enfermedad (morbilidad y mortalidad) y de mejorar la salud general de la población.
- La seguridad y efectividad basadas en evidencias
- La disponibilidad de recursos para prestar estos servicios a corto y largo plazo.
- La contribución para el logro de las metas de salud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio
- La contribución para el logro de los objetivos de salud de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994
- La consecución de los objetivos establecidos por la Sesión Especial de la Asamblea de las Naciones Unidas sobre SIDA/VIH 2001
- La contribución con el Documento de Estrategia de Reducción de la Pobreza (PRSP) de Guyana
- La implementación de la Estrategia Nacional del Sector Salud

El sistema de salud de Guyana está altamente descentralizado y la responsabilidad de financiar, dirigir y proveer servicios sanitarios recae sobre el Ministerio del Gobierno Local y Desarrollo Regional, quien actúa a nivel regional a través de los Consejos Democráticos Regionales y las Autoridades de Salud Regionales. Guyana está dividida en diez regiones de salud que proporcionan atención primaria, secundaria y terciaria de la salud. Conjuntamente, estas regiones comprenden un total de 375 centros de salud (Tabla 2) distribuidos en cinco niveles asistenciales. Nivel 1: puestos de salud (214); Nivel 2: centros de salud (135); Nivel 3: hospitales de distrito (21); Nivel 4: hospitales regionales (5); y Nivel 5: hospitales nacionales (5) (Ministerio de Salud, 2008). Dentro de cada región se encuentran, por lo menos, cuatro niveles.

- **Nivel 1:** las instalaciones incluyen puestos de salud que ofrecen servicios de salud básicos primarios y preventivos. Estos se encuentran principalmente, pero no exclusivamente, en zonas del interior o en zonas fluviales remotas. En estos puestos de salud se ofrece atención básica (promoción y atención preventiva).

Figura 2 – Estructura organizativa del Ministerio de Salud de Guyana



- **Nivel 2:** las instalaciones son centros de salud cuyos servicios se restringen a la atención primaria. Los centros de salud están localizados principalmente en la costa y en comunidades más grandes en el interior.
- **Nivel 3:** las instalaciones sirven como puntos de transición hacia servicios de salud secundarios. Incluyen hospitales de distrito, que pueden ofrecer una serie de servicios especializados (por ejemplo cirugía general y obstetricia).
- **Nivel 4:** las instalaciones incluyen cinco hospitales regionales que dan acceso a un amplio conjunto de servicios hospitalarios. Los recientemente establecidos centros de diagnóstico también forman parte de este nivel.
- **Nivel 5:** las instalaciones incluyen el *Georgetown Public Hospital Corporation* (GPHC) y el Hospital Psiquiátrico Nacional (NPH), que sirven como hospitales escuela y ofrecen acceso a servicios de segundo y tercer nivel. En este nivel asistencial también se incluyen cinco hospitales privados.

Tabla 2 – Número y distribución de las instalaciones de salud públicas y privadas por Región, Guyana

Sector público/privado	Totales nacionales	Regiones costeras						Regiones del interior					
		3	4	5	6	10	Total	1	2	7	8	9	Total
Puesto de salud	214	26	11	1	4	19	51	40	21	25	15	52	153
Centro de salud	135	15	38	17	28	10	98	3	12	2	5	3	25
Hospital distrital	21	3	-	2	3	2	10	4	1	2	2	2	11
Hospital regional	5	1	1	-	1	1	4	-	1	-	-	-	1
Hospital nacional	5	-	5	-	1	-	6	-	-	-	-	-	-
Número total de camas	2.187	183	951	37	554	146	155	85	107	56	28	40	316
Total camas disponibles	1.631	183	615	37	334	146	1.315	85	107	56	28	40	316
Hospitales privados	5	-	4	-	1	-	5	-	-	-	-	-	-
Médicos privados	115	5	80	5	20	4	114	-	-	-	-	1	1

Fuente(s): Plan de Salud Nacional, 2003 – 2007; Implementando el Paquete de Servicios Sanitarios Públicos Garantizados de Guyana: Cubriendo las carencias sanitarias en Recursos Humanos, OPS. Marzo de 2010

Nota: La información no está disponible como instalaciones de tratamiento como piden las Directrices Metodológicas.

Otras formas de organización de la oferta

El sector de salud privado de Guyana proporciona algunos servicios de salud primarios a través de la medicina privada y diversos profesionales de la salud. Diversos proveedores privados prestan servicios médicos en instituciones reglamentadas mediante el pago de una tarifa por parte del cliente. El Ministerio de Salud trabaja junto a estas instituciones para ofrecer un conjunto de servicios de salud que no están disponibles en el Paquete de Servicios de Salud con Garantía Pública, tales como cirugía cardíaca, diálisis, quimioterapia para el tratamiento del cáncer, imágenes diagnósticas y trasplante de órganos. Además, el Ministerio de Salud gestiona servicios de mayor complejidad en el extranjero para pacientes que lo necesiten (por

ejemplo cirugía de retina, neurocirugía y otros), cuando estos servicios no están disponibles en los sectores público o privado en el país.

Los componentes de atención primaria de la salud de los programas son, junto con la promoción, prioridades establecidas a nivel nacional por el Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud ha establecido contratos de servicio en cada una de las diez regiones y con algunas de las instalaciones hospitalarias más importantes de Guyana. El objetivo de estos contratos de servicio es asegurar que los proveedores proporcionen servicios de salud de calidad y oportunos al público en general y a los ciudadanos de sus regiones administrativas. Para lograr ese objetivo se definieron medidas de monitoreo y evaluación de rendimiento, además de informes periódicos de desempeño y evaluación y estudios y auditorías conjuntos. Los contratos de servicio cubren las áreas de servicios hospitalarios y clínicos, salud materno-infantil, nutrición, control de enfermedades y salud pública. Se enfatiza la calidad de todos los servicios técnicos, incluyendo laboratorio, farmacia, rayos-x y otros servicios de diagnóstico para pacientes externos, ingresados, de cirugía, trauma, procedimientos de diagnóstico, parto y postparto.

UNIVERSALIDAD, INTEGRALIDAD Y EQUIDAD

Los servicios públicos de salud de Guyana se suministran a través de un sistema de derivación. Las rutas de derivación conducen desde los niveles más bajos del sistema a los más altos. Por ejemplo, el personal médico de atención primaria deriva a los pacientes a instalaciones de atención secundaria –hospitales de distrito y regionales, en caso de que sea necesario. Aunque los niveles de atención están bien definidos, en la práctica no funciona de esta forma. A menudo los pacientes se saltan las instalaciones de cuidado primario y van directamente a los hospitales regionales y el hospital de referencia nacional. Al hacerlo, parecen demostrar que están dispuestos a viajar distancias más largas que las necesarias para acceder a lo que perciben como una atención de mejor calidad. Esto introduce consideraciones tanto de eficiencia como de equidad. Desde la perspectiva de la eficiencia, las consultas médicas en los hospitales tienden a presentar una demanda excesiva, mientras las instalaciones de atención primaria en las comunidades están subutilizadas. Este fenómeno parece darse con más frecuencia en zonas urbanas más densamente pobladas, donde los costes de viaje adicionales son relativamente bajos. En la medida en que hay diferencias de calidad, la comparativa falta de opciones en las zonas más rurales plantea dudas sobre la equidad en cuanto al acceso y a la calidad de los servicios.

El sector privado se ha expandido rápidamente y las instituciones privadas proporcionan aproximadamente la mitad del total de los servicios de salud. La mayoría de estos servicios se suministran en las capitales y otros centros urbanos. Los servicios se ofrecen a través de una red de profesionales que prestan servicios

médicos generales y especializados (médicos, dentistas, farmacéuticos, oftalmólogos, etc.), además de laboratorios privados, instalaciones de estudios diagnósticos, hospitales, farmacias e instalaciones de atención médica, como hospitales privados y hogares de ancianos, laboratorios clínicos e instalaciones de pruebas diagnósticas, principalmente situados en la capital, Georgetown. No existe una relación formal entre los diferentes actores del sector privado.

Brechas en la cobertura de servicios a la población

A pesar de la avanzada red de servicios de salud existente, la dificultad de acceso a la atención médica en las zonas periféricas y menos densamente pobladas hace que el suministro equitativo de servicios de salud e infraestructura sea un desafío importante, especialmente para una gran parte de la población indígena. Las autoridades del sector de la salud están enfrentando este problema mediante la redistribución de las instalaciones para cubrir mejor las zonas más remotas. Otros importantes desafíos en lo que se refiere al acceso a los servicios de salud incluyen el transporte y el horario de funcionamiento de algunos centros de atención, además de los sistemas de comunicación (teléfono, radio, internet etc.). El problema del transporte se refiere al desafío de obtener un medio de transporte desde los hogares hasta los centros de atención primaria de la salud más cercanos. Además, el horario de funcionamiento es de 8 a 16 (más temprano en algunos laboratorios de diagnóstico), lo que puede significar un obstáculo para la población que trabaja. También existen algunas instalaciones de diagnóstico que no están disponibles para el público durante los fines de semana.

La demanda de servicios de salud depende de varios factores, particularmente de los ingresos y los niveles educativos, de las necesidades resultantes del perfil demográfico y epidemiológico y de características específicas de la oferta de atención. La mayor parte de la información disponible demuestra que la demanda por servicios tiende a crecer en relación con la renta y los niveles educativos, la proporción de la población mayor de 65 años y el exceso de oferta de servicios. Los tipos de servicios más requeridos también varían en función de los perfiles demográficos y epidemiológicos, además de las características locales y culturales.

Los principales factores que afectan la utilización de los servicios de salud son la distancia y tiempo de viaje hasta un centro de salud, la percepción de la calidad del servicio, el nivel educativo del paciente, el tipo y la gravedad de la enfermedad y los gastos de bolsillo para pagar por la atención médica. El precio del servicio desempeña un papel importante, pero no es el único determinante de la demanda de servicios de salud. Los largos tiempos de espera para atención médica y quirúrgica, además de otros servicios de salud, reflejan la alta demanda de servicios secundarios existente. Los servicios de nivel terciario también presentan una demanda elevada. El acceso a la mayoría de ellos se realiza de forma privada o en el extranjero y se

cubre mediante gasto de bolsillo o a través de seguros privados (contributivos o no contributivos) provistos por algunos empleadores.

En este momento no se conocen encuestas o estudios realizados para estimar la demanda potencial de servicios de salud. Tampoco existen estudios sobre la frecuencia de uso de la atención primaria, secundaria ni terciaria a través de programas específicos, hospitales públicos, privados sin o con ánimo de lucro.

FINANCIAMIENTO EN SALUD

Fuentes de financiamiento en salud

La mayor parte de los recursos para el financiamiento del sector salud proviene de la recolección de impuestos generales y de las contribuciones a la seguridad social. La financiación tributaria doméstica del sector salud ha crecido de forma constante como reflejo de tres factores principales: (1) un crecimiento económico sostenido, que viene mejorando la capacidad fiscal del país desde los años 1990; (2) la prioridad dada al sector salud en cuanto a presupuesto como parte de un plan para reducir los niveles de pobreza; (3) el incremento de los ingresos internos como resultado de políticas gubernamentales de reducción de la deuda negociadas entre instituciones financieras nacionales e internacionales y el gobierno de Guyana.

Por lo general, los recursos obtenidos por medio de impuestos financian la prestación de servicios de salud únicamente dentro del sector público y solo una pequeña parte del presupuesto nacional de salud se gasta en contribuciones a organizaciones locales, incluyendo organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro. La recuperación de costos a través de tarifas pagadas por el usuario genera fondos insignificantes para el sector y solo representa una pequeña parte de los fondos generales. Además, los intentos de generar ingresos a través del cobro de tarifas a los usuarios plantean situaciones bastante complicadas desde el punto de vista de la equidad.

El financiamiento a través de donaciones externas, principalmente en forma de subvenciones, representa una importante fuente de financiamiento, especialmente para la renovación de la infraestructura y el desarrollo de la capacidad institucional dentro del sector. En la actualidad, Guyana continua recibiendo cooperación técnica significativa para el sector salud proveniente de donantes externos y el gobierno depende cada vez más de mecanismos como conversión de deuda en acciones para la salud, en el marco de la iniciativa de financiamiento para el sector dirigido a los países pobres altamente endeudados (HIPC). A largo plazo, Guyana no puede contar con la continuidad de dichos programas para impulsar los ingresos del sector de salud. La Tabla 3 muestra los recursos financieros recibidos por Guyana provenientes de cooperación internacional entre 1990 y 2003.

Tabla 3 – Recursos financieros para el sector salud provenientes de cooperación internacional, Guyana, 1990-2003 (en millones de USD)

Financiación	1990	1991	1992	1995 - 1999	2002	2003
Asistencia al desarrollo oficial	106	125	95	-	64,8	86,6

Fuente(s): Informes de Desarrollo Humano 1992, 1993, 1994, 2004 y 2005.

Gasto en salud

La Tabla 4 muestra el patrón de gastos gubernamentales recurrentes para el período 1992-2006. Durante este período, el gasto público en salud como porcentaje del producto bruto interno muestra un aumento significativo. El gasto público per cápita en salud pública también creció, mientras el gasto en salud pública como porcentaje del gasto total recurrente fluctuó entre 8,57%, en 2000, 10,42%, en 2004 y 9,99% en 2006.

Tabla 4 – Gastos en salud, Guyana, 1992-2006 (en dólares de Guyana, G\$)

Indicador	1992	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Gasto Sanitario, (recurrente, \$GM)	1.581	2.214	3.550	4.150	4.392	5.017	5.269	5.548	5.935	6.400
Gasto gubernamental per cápita (G\$000)	-	-	-	5,72	6,08	7,07	8,51	8,66	9,11	11,15
Gasto recurrente como % del total del gasto gubernamental recurrente	6,5	6,3	7,6	8,57	9,31	11,18	10,28	10,42	10,37	9,99

Fuente: NHSS 2008 - 2012

Tabla 5 – Gastos de salud por fuente (millones de dólares de Guyana, \$GM, en precios actuales), Guyana, 2005-2009

Ítems de gasto	2005	2006	2007	2008 /2009 (Estimado)
Cuidados médicos primarios, Servicios hospitalarios y administración ¹ (gastos gubernamentales)	5.935 (52%)	6.400 (49%)	7.061 (40%)	7.061 (40%)
MOH (Ministerio de Salud)	1.577	1.700	1.876	1.876
RHA/RDC (Autoridad Sanitaria Regional/ Consejo Democrático Regional)	2.177	2.451	2.758	2.758
GPHC (Corporación del Hospital Público de Georgetown)	2.182	2.249	2.427	2.427
Gastos de bolsillo del paciente	1.484 (13%)	1.600 (12%)	2.189 (12%)	2.189 (12%)
Ayuda externa - Programas verticales ²	4.005 (35%)	5.097 (39%)	8.554 (48%)	8.554 (48%)
Total	11.424 (100%)	13.097 (100%)	17.803 (100%)	17.803 (100%)

¹ Total gasto anual; ² gasto recurrente y capital combinado.

Fuente: NHSS 2008 - 2010

La Tabla 5 muestra el gasto anual total estimado del sector para el período 2005-2007, con estimaciones realizadas sobre los gastos de bolsillo incurridos por los hogares y la asignación del gasto de capital a los diversos programas. Esto ilustra los fondos totales estimados del sector de la salud y pone en evidencia la cantidad de fondos externos sin precedentes movilizados durante el período del Plan Nacional de Salud (NHP) 2003-2007. Se estimó que este nivel de financiación continuaría en 2008-2009.

Se estima que entre 2007 y 2009 el gobierno asignó aproximadamente 7.061 millones de dólares de Guyana (USD 35 millones) al sector para financiar la atención primaria y los servicios hospitalarios, además de otros servicios y costos administrativos de los ministerios y las regiones. El gasto de bolsillo de los consumidores en el sector privado significó \$G2.189 (dólares de Guyana) adicionales. Guyana recibió también aproximadamente \$G8.554 en ayuda externa para el sector de la salud, aunque la mayoría para gastos de capital eventuales en lugar de gastos anuales recurrentes (para salarios, remedios, etc.) y dedicados a enfermedades específicas, principalmente el VIH/SIDA.

El modelo de financiación para las diferentes actividades también muestra que la mayoría de los desembolsos del sector salud (aproximadamente 40% en 2007-2009) están relacionados con servicios primarios de salud, servicios hospitalarios y costos administrativos de los ministerios y las regiones. Esto sugiere que la tendencia es enfocarse principalmente en la atención primaria de la salud (prevención, tratamiento y gestión de enfermedades) y, en menor medida, a los servicios secundarios y terciarios (cuidado institucionalizado).

Aunque los servicios de salud personales dispusieron de \$G7.061, se necesitan aún más recursos para prestar un servicio satisfactorio. Se estima que para proporcionar el Paquete de Servicios con Garantía Pública y para alcanzar los objetivos de la Estrategia Nacional del Sector Salud (NHSS), el presupuesto tendría que aproximarse a \$G19.968 millones (un incremento de 71%) para poder hacer frente al pago de los salarios de los trabajadores de la salud para retener a los profesionales cualificados con salarios adecuados y a la vez mejorar la eficacia del sistema. En el contexto de la competencia con otros intereses nacionales, es poco realista pensar que el gobierno vaya a asignar ese monto a la salud. Además, no se sabe durante cuánto tiempo se continuará recibiendo ayuda financiera externa. En consecuencia, la financiación del sector continúa siendo incierta y, por lo tanto, el gobierno pretende comenzar un proceso de consultoría a nivel nacional para estudiar opciones para el financiamiento de la salud en el futuro. Mientras el Ministerio de Salud está estudiando un nuevo abordaje al financiamiento de la salud que incluye el cobro de tarifas a los usuarios por ciertos servicios, cualquier plan de financiamiento futuro buscará evitar por todos los medios posibles que la población más pobre incurra en gastos y además tratará de proteger a todos de los costos catastróficos que implican las enfermedades graves.

Sector privado

El sector privado es financiado a través de una gama de recursos que incluyen pagos directos y de aseguradoras. Los servicios son suministrados por proveedores de servicios autónomos e instalaciones privadas a las que se les reembolsa según una tarifa por servicio prestado. Los gastos directos de los usuarios en el acto de la utilización constituyen la segunda mayor fuente de financiación del sector salud de Guyana. Algunos empresarios proporcionan cobertura médica a sus empleados a través del suministro directo de servicios médicos o mediante esquemas médicos no contributivos. Los grupos que no están incluidos, como los desempleados o los trabajadores del sector informal, simplemente no pueden pagar un seguro médico. Mientras los servicios de salud privados se expandieron rápidamente y son responsables por aproximadamente la mitad de todos los servicios asistenciales, los seguros individuales privados y de grupos representan una parte insignificante de los recursos de salud y seguramente continuarán siendo una fuente de financiamiento menor dada la escasez general de ingresos disponibles.

No existe información general confiable disponible sobre la distribución del gasto de salud del sector privado y además hay una importante falta de datos sistemáticos sobre los gastos de salud, especialmente del sector privado. Se realizan estudios con poca frecuencia y las fuentes secundarias de este tipo de información no son fácilmente accesibles.

Plan Nacional de Seguridad Social (NIS)

La única excepción al modelo de financiamiento y suministro públicos son los pagos realizados por el Plan Nacional de Seguridad Social (*National Insurance Scheme* - NIS), que consisten en reembolsar a los pacientes por gastos relacionados con la salud en establecimientos privados. El Plan Nacional de Seguridad Social contribuye poco al financiamiento del sector salud y, a corto plazo, el financiamiento no puede incrementarse sin poner en situación de riesgo a los fondos de pensiones.

Se cobra una contribución proporcional al salario a los empleados del sector formal para financiar el Plan Nacional de Seguridad Social (NIS). El componente de salud del paquete de beneficios del NIS es mínimo. En 2006, de la tasa de contribución de 13,0%, 2,2% se adjudicó a la rama de beneficios a corto plazo y 1,5% a la rama de beneficios industriales. La mayor parte de la tasa de contribución (9,3%) se destinó a las pensiones. Un breve análisis de los datos de ingresos y gastos de los últimos cinco años muestra que en el año 2003, la contribución total recaudada de la población empleada y autónoma ascendió a aproximadamente G\$5,7 mil millones. En 2006, esta cifra aumentó a G\$7,4 mil millones y se estima que llegará a G\$7,8 mil millones en 2007. El incremento desde 2003 a 2006 fue de aproximadamente 30% y para 2007 se calcula aproximadamente el 37%. A la

luz de estos datos, resulta bastante evidente que la tasa de crecimiento de gastos en beneficios está sobrepasando a los ingresos.

MACROGESTIÓN

Rectoría

El Ministerio de Salud lanzó en 2008 la Estrategia Nacional del Sector Salud 2008-12 (NHSS 2008-12), que es el plan director del Ministerio de Salud y forma parte del proceso continuo de Reforma del Sector Salud, que comenzó en Guyana en 1995. Entre los elementos de la reforma, es muy importante el cambio del rol del Ministerio de Salud que, de ser un implementador, pasó a ser un órgano regulador que asegura la evaluación y el monitoreo efectivos de todos los programas.

El objetivo de la Estrategia Nacional del Sector Salud 2008-12 (NHSS) es poner en práctica el plan del gobierno de ofrecer acceso equitativo y fácil a los servicios de salud. Los objetivos del NHSS incluyen la descentralización de los proveedores de servicios, la cualificación del personal del sistema de salud público, el fortalecimiento de la capacidad del gobierno de liderar y regular el sector y el fortalecimiento de los sistemas de gestión de rendimiento y financiación y de la información estratégica.

El Gobierno de Guyana continúa comprometido con la descentralización del sector salud. La responsabilidad por los servicios de salud está siendo delegada a las Autoridades de Salud Regionales y a la *Georgetown Public Hospital Corporation* (GPHC). Estas son las autoridades legales establecidas bajo la Ley de Autoridad de Salud Regional (RHA) 2005 (y la Ley Corporativa Pública, en el caso de la GPHC). Además de las Autoridades de Salud Regionales y la GPHC, los servicios también se subcontratan a proveedores privados y voluntarios. Estos operarán sujetos a un contrato con el Ministerio de Salud y dichos contrato especificará el nivel y la calidad de los servicios que deben suministrar por los fondos que reciben. Su financiamiento dependerá de una combinación de factores, como la población regional a la que prestan servicios y otros servicios que suministren a otras regiones o a nivel nacional.

Modelos de gestión de servicios y redes

Las Autoridades de Salud Regionales y la *Georgetown Public Hospital Corporation* (GPHC) instaurarán sistemas de gestión de rendimientos y desempeño cuyos objetivos de planificación generarán planes de trabajo, para los directivos y el personal, que definen los roles y responsabilidades en toda la organización y crean las bases para las metas que deben alcanzar los empleados, los incentivos por desempeño y el desarrollo personal.

Las Autoridades de Salud Regionales reclutarán a su propio personal mediante una combinación de contratación directa y transferencia desde el servicio público tradicional. Asumirán el control administrativo total sobre el personal y los recursos

con los que deben hacer frente a sus obligaciones contractuales, evitando retrasos en los servicios públicos. Tendrán a su cargo la gestión de la mejora de servicios de atención primaria regionales, los servicios hospitalarios regionales, el sistema de logística, el monitoreo clínico y diagnóstico.

El Ministerio de Salud, con toda su estructura y capacidad, pasará a asumir el rol de diseñador de políticas, regulador y gestor del desempeño del sector. Este cambio de rol viene ocurriendo desde el año 2008, pero el proceso todavía no finalizó.

VIGILANCIA EN SALUD

El Sistema Nacional de Vigilancia (NSS) se estableció en 1934, a partir de la Ordenanza de Salud Pública de la Guyana Británica, y se revisó en los años 1970 y 80 para vigilar e informar sobre nuevas amenazas, como el déficit de atención e hiperactividad y las enfermedades de transmisión sexual. También se establecieron sistemas de vigilancia paralelos para la malaria, la tuberculosis, la lepra, el VIH/SIDA, la zoonosis y el déficit de atención. En 2005 se estableció un sistema específico mixto de vigilancia sindrómica y de enfermedades y en 2006 también estaban en marcha un informe sindrómico semanal y un informe cada cuatro semanas de enfermedades transmisibles y de enfermedades crónicas no transmisibles.

Vigilancia epidemiológica

El Sistema Nacional de Vigilancia viene mejorando desde las últimas décadas con la creación de sistemas específicos y la inclusión de temas y procedimientos. El sistema de notificación de enfermedades infecciosas, el laboratorio de vigilancia y el registro de cáncer significaron importantes avances, además de la inclusión de control de puertos, la zoonosis y vigilancia de plantas (desarrollada por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Agricultura) y de la vigilancia medioambiental, como asuntos dentro del área de influencia del Sistema de Vigilancia Nacional.

Pueden observarse otros avances en el desarrollo de las bases de datos nacionales, como por ejemplo informes de vigilancia sindrómica semanales, informe de enfermedades transmisibles cada cuatro semanas, informe de enfermedades no transmisibles cada cuatro semanas; notificación de casos individuales de malaria (base de datos nacional), tuberculosis (registro nacional de tuberculosis), VIH/SIDA (base de datos nacional de seropositivos), transmisión de madre a hijo (base de datos de cuidados prenatales), lepra (registro nacional de enfermedad de hansen), leptospirosis (base de datos laboratorial), enfermedades sexualmente transmisibles (base de datos nacional de enfermedades sexualmente transmisibles) y el sistema de notificación de nacimientos y defunciones. Además, se han realizado esfuerzos significativos para estudiar la viabilidad y para desarrollar un sistema de información sanitaria de Guyana.

Además de los sistemas de recolección de información de rutina y programáticos, también se aprovechó la capacidad de investigación y relevamiento del Ministerio de Salud para varias encuestas nacionales, como la Encuesta de Salud Demográfica (2009), la Encuesta Global de Salud en las Escuelas y diversos estudios especiales, como el Estudio del Comportamiento Biológico, la Encuesta Global sobre el Tabaquismo en la Juventud, etc.

Vigilancia sanitaria

El Sistema de Vigilancia Nacional es descentralizado y sus informes internos cubren los niveles locales y regionales, además de programas verticales nacionales. Se han logrado avances en la descentralización de los sistemas de vigilancia a nivel regional y de las instalaciones. En la actualidad, algunas regiones no solo tienen la capacidad de recoger información, sino también de almacenarla en bases de datos, mejorando así la disponibilidad de datos regionales para orientar el desarrollo y la planificación.

Esto también incluye informes externos sobre eventos que generan preocupación internacional, enfermedades emergentes y reemergentes (informes a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y el Reglamento Sanitario Internacional) e informes regionales más específicos, especialmente para la Comunidad del Caribe (Caricom), pero también para países fronterizos como Brasil, Surinam y Venezuela.

El Plan de Vigilancia de 2011 estableció una serie de objetivos para el Sistema de Vigilancia Nacional. La mayoría de ellos pretende fortalecer los sistemas regionales, los protocolos y el análisis de datos, pero también buscan avanzar en otros campos de la vigilancia a través del establecimiento de una base de datos de causas externas/violencia a nivel regional.

El Departamento de Normas y Servicios Técnicos del Ministerio de Salud es responsable por el desarrollo de las normas, junto con la Oficina de Pesos y Medidas y el Consejo de Farmacia y Toxicología. Existen algunas normas para regular la calidad de los servicios de salud, pero deben someterse a una revisión completa. En la actualidad, existen directrices de tratamiento de VIH/SIDA, tuberculosis, malaria, diabetes, hipertensión y la gestión integrada de enfermedades infantiles.

El Ministerio de Salud está modernizando el marco legal para mejorar los estándares de calidad de las instituciones públicas y privadas. El licenciamiento y la acreditación continuarán siendo responsabilidad del Ministerio de Salud y se consideran herramientas importantes para el cumplimiento de estos estándares. La Ley de Licenciamiento de Instalaciones de Salud aprobada por el Parlamento estableció las normas mínimas para las instalaciones de salud (tanto públicas como privadas) en lo que se refiere a recursos humanos, físicos y tecnológicos. El licenciamiento y la certificación de los profesionales e instalaciones de salud aseguran la prestación de servicios de salud de calidad. El marco nacional de calidad para asegurar la

calidad de la atención médica es parte integral del NHSS 2008–2012 y se basa en el principio de gobernanza clínica. Todos los proveedores de salud deberán estar registrados de acuerdo con el Sistema de Acreditación de Servicios de Salud para garantizar la calidad y la estandarización de los servicios ofrecidos.

Otros desafíos del Sistema de Vigilancia Nacional en Salud de Guyana son el establecimiento de un laboratorio de salud pública, además de construir una red de laboratorios nacionales; invertir en la capacitación de los trabajadores de salud a nivel primario para que realicen actividades de vigilancia de rutina; invertir en tecnología (sistemas de información geográfica y mapeo, conexión a internet, red de comunicación, herramientas analíticas); implementación de las capacidades centrales del Reglamento Internacional de Salud (informes, investigación, verificación, solicitud de confirmación); además del fortalecimiento de áreas de vigilancia específicas, como los puertos, alimentos y bebidas, heridas y violencia y medio ambiente.

FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

Brecha entre necesidades del sistema y la oferta de personal

“Los recursos humanos constituyen un factor crítico por al menos tres motivos: primero y primordialmente porque el trabajo desarrollado en el sector es realizado por y para personas; segundo, por su alto nivel formativo y tercero, porque son responsables por más del 50% del gasto en salud y constituyen entre el 3 y el 8% de la población económicamente activa” (OPS, 2001).

Sin embargo, en muchos países el tema de los recursos humanos ha sido bastante ignorado en las reformas del sector salud.

En la actualidad, el personal del sistema de salud incluye 245 médicos, 1.444 trabajadores que prestan servicios de enfermería, 77 funcionarios de Medex, 400 trabajadores relacionados con la comunidad (incluyendo trabajadores de la salud y que desarrollan tareas relacionadas con el medio ambiente), 91 farmacéuticos y asistentes de farmacia y 34 dentistas. Estas cifras reflejan una escasez de varias categorías de personal, que reviste mayor gravedad en áreas remotas. La carencia de un sistema de remuneración adecuado para los trabajadores del sector que trabajan en zonas del interior es el principal motivo que explica la incapacidad de atraer personal a esas áreas. Las condiciones en el interior son difíciles, las infraestructuras e instalaciones educativas para las familias son inadecuadas y el costo de vida es, en términos generales, más alto que en Georgetown y otras zonas costeras.

La escasez de médicos no es esencialmente en términos numéricos. El principal problema es la mala distribución geográfica, ya que la mayoría de los médicos prefiere trabajar en la capital y sus alrededores. Según el informe anual del Ministerio de Salud de 2008, casi 70% de los médicos están en Georgetown, donde vive una

cuarta parte de la población. Sin embargo, hay una clara escasez de médicos especialistas. La escasez de enfermeros se refleja tanto en números absolutos, como en la falta de especialistas, como enfermeros anestesistas, psiquiátricos y pediátricos. La escasez en especialidades como tecnólogos médicos, farmacéuticos, fisioterapeutas y técnicos en radiología es muy crítica (OPS/OMS, 1999).

Tabla 6 – Disponibilidad de personal de salud, Guyana, 2010

Tipo de trabajador de salud		Disponibilidad de trabajadores			
Grupos generales	Subgrupos	Todas las instalaciones públicas (Niveles 1 a 4 incluyendo GPHC)	Hospitales nacionales GPHC	Hospitales privados	Trabajadores disponibles a nivel nacional
Personal médico	Médico generalista				
	Cirujano				
	Obstetra/ Ginecólogo	163 ¹	92	82	245
	Otros especialistas				
Personal de salud bucal	Dentista	30 ²	-	4	34
	Dentex	56	1	-	56
	CDT (Técnico dental certificado)	14	-	-	14
	Auxiliar/ Asistente de dentista	20	-	2	22
Medex y relacionado con la enfermería	Medex	77	-	-	77
	Enfermera/ Partera/ Enfermera de sala / Enfermera anestesista/ Visitante de salud	300	122	111	411
	Partera /Partera rural	142	38	15	157
	Asistente de enfermería	416	163	2	418
	Auxiliar de enfermería/ Asistente de pacientes	330	192	128	458
Personal farmacéutico	Farmacéutico/a	22	7	8	30
	Asistente de farmacéutico / ayudante farmacéutico	55	30	6	61
Personal de Laboratorio y Rayos X	Radiógrafo	-	-	4	4
	Multifunción Tecnólogo/ Técnico de radiología	91	25	6	97
	Tecnólogo médico	19	19	18	37
	Microscopista/ Asistente de laboratorio	70	34	6	76
Personal relacionado con la comunidad	Técnico de medio ambiente	45	-	-	45
	Consejero/ Trabajador social	44	5	3	47
	Trabajador sanitario comunitario	238	-	-	238
Paramédico y técnicos de personal	Fisioterapeuta/Asistente de rehabilitación	35	-	-	35
Personal directivo/ Personal de apoyo	Administrador /Encargado / Personal de apoyo	1.138	416	-	1.138
Otros (ej.: audiólogos, optómetras)		3	2	1	4

¹ Incluyendo un recién graduado de una escuela en el extranjero; ² Incluyendo un recién graduado de una escuela en el extranjero

Fuente: Cubriendo la escasez de recursos humanos sanitarios, marzo de 2010. OPS/OMS.

Mientras la proporción de médicos y enfermeros con respecto a la población viene presentando ciertas mejoras en los últimos años, en las regiones más remotas continúa siendo baja. La proporción de especialistas con relación a médicos generalistas en los hospitales de referencia nacional es de 2,1:1. Entre 1994 y 1999, los médicos generalistas recibieron salarios más elevados que los especialistas del sector de salud pública. Desde que el Hospital Público de Georgetown se convirtió en una corporación, parece haberse producido un retroceso en esa tendencia. Desde el año 2000, los especialistas vienen recibiendo salarios más altos que los médicos generalistas. No existe una medición periódica de la productividad del personal de salud en las principales instituciones públicas.

Tabla 7 – Recursos humanos en el sector sanitario, Guyana, 1990-2009

Tipo de recurso humano	1990 - 1994	1995 - 1999	2000 - 2004	2005 - 2009
Proporción media de médicos por 10.000 habitantes (solo del sector público)	2,6	3,3	4,2	4,3
Proporción media de enfermeros profesionales por 10.000 habitantes (solo del sector público)	5,5	10,1	11,9	11,6
Número de graduados formados en Salud Pública	...	...	...	...
Número de carreras a nivel de graduación en Salud Pública	4	10	15	15
Número de escuelas de Salud Pública	...	...	...	...
Número de universidades ofreciendo maestrías en Salud Pública	...	...	...	...

Fuentes: Ministerio de Finanzas, Discursos sobre Presupuesto 2000 – 2007; Unidad de Planificación del Ministerio de Salud

Nota: Los datos representan una media para los periodos.

Migración de la fuerza de trabajo en salud

La falta de disponibilidad de personal cualificado es una de las principales debilidades del sistema público de salud. Existe una gran dependencia de personal extranjero en ciertas especialidades. Por ejemplo, más de 90% de los médicos especialistas del sector público son extranjeros. En el sector público de salud, las tasas de vacancia de personal se ubican entre el 25 y el 50% en la mayoría de las categorías. En las zonas rurales y en algunas especialidades, como farmacia, tecnología de laboratorio, radiología y salud ambiental, las tasas de vacancia alcanzan niveles incluso más altos (OPS/OMS, 1999).

No existe una base de datos operativa en las dependencias centrales del Ministerio ni en los niveles regionales que refleje la tasa de desertión del personal de salud por motivos de emigración u otras razones. Estos datos no se compilan de forma rutinaria y, por lo tanto, no están disponibles en informes para planificación y toma de decisiones. Sin embargo, no hay duda de que el alto nivel de emigración de Guyana está impactando negativamente en la cantidad y calidad del personal

disponible en el sector salud. Los factores que contribuyen a la emigración son la falta de una remuneración atractiva y las condiciones laborales. El libre movimiento de profesionales cualificados en la Comunidad del Caribe (Caricom) podría resultar, incluso, en más emigración.

Los principales factores que contribuyen a la incapacidad del sector salud de atraer trabajadores y retenerlos en el sistema público de salud son: bajos incentivos (salarios y beneficios laborales), condiciones laborales poco atractivas, falta de sistemas de desarrollo de carrera, oportunidades limitadas de capacitación, falta general de personal docente bien formado y materiales relacionados con la enseñanza y la ausencia de un plan integral de desarrollo y gestión de recursos humanos.

Gestión de la fuerza de trabajo en salud

Como parte del sector público, el Ministerio de Salud emplea a trabajadores de la salud y profesionales del área bajo las mismas condiciones laborales que el resto de los empleados públicos. Los trabajadores de la salud del Ministerio de Salud y de los Departamentos Regionales de Salud se contratan a tiempo completo en planta permanente y reciben salarios basados en las escalas salariales generales para todos los empleados públicos. Esta escala comprende desde la categoría GS 1, para contratos por obras, hasta la categoría GS 14, para técnicos superiores, secretarios permanentes y funcionarios ejecutivos regionales.

Además, el servicio público también puede contratar trabajadores de la salud como empleados contratados con condiciones de empleo similares. Las condiciones del servicio público contemplan una semana laboral de cinco días, con ocho horas de trabajo diarias, y vacaciones de entre 21 y 42 días, incluyendo feriados y fines de semana, además de un salario mensual extra al año en concepto de bonificación por vacaciones. Algunas categorías de trabajadores tienen derecho a adicionales para viajes, vivienda, teléfono y otros servicios esenciales necesarios para ejecutar las funciones de su puesto de trabajo.

La *Georgetown Public Hospital Corporation*, la *Guyana Sugar Corporation* y las Autoridades Regionales de Salud ofrecen condiciones contractuales similares a las del servicio público, pero contemplan la retención de personal clave considerado crítico mediante la concesión de salarios y beneficios especiales.

Varios proyectos de colaboración en el área de salud financiados por socios donantes y agencias de desarrollo han establecido acuerdos contractuales diferentes a los del servicio público. Estos acuerdos permiten que trabajadores de la salud estratégicos puedan negociar sus salarios y condiciones laborales. Estos puestos los gestiona la Unidad de Desarrollo del Sector de Salud (del Ministerio de Salud) en colaboración con las unidades de ejecución del proyecto, como lo establece el socio donante.

Regulación de la formación y de las profesiones en salud

Se han implementado diversas estrategias para solventar la falta de personal de salud, como el reclutamiento de nuevos trabajadores. Mientras que esto maximiza la cobertura, también conlleva desafíos relacionados con el control de calidad. El Ministerio de Salud está trabajando en colaboración con la Universidad de Guyana para mejorar los programas de formación existentes relacionados con la medicina, la salud dental, la farmacia, la enfermería y la tecnología médica, y está ayudando a la universidad a introducir nuevos programas, incluyendo medicina de rehabilitación y optometría. El Departamento de Ciencias de la Salud del Ministerio de Salud se está integrando con la Georgetown Public Hospital Corporation (GPHC) y se han implementado programas ampliados para trabajadores de salud de la comunidad, Medex, Dentex, técnicos radiólogos y de diversas especialidades (multifuncionales, de laboratorio, quirófano y refraccionistas), además de asistentes de atención al paciente. La GPHC expandirá sus programas de posgrado para enfermeros en anestesia, salud mental y pediatría. También se incluirá un nuevo programa para capacitar a profesionales de la salud mental y técnicos de emergencias médicas para ambulancias.

Se necesita desarrollar capacidades en todos los aspectos de la gestión de recursos humanos en las Autoridades Regionales de Salud, la GPHC, los proveedores privados y en el propio Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud va a reestructurar sus recursos humanos de acuerdo con la Estrategia Nacional del Sector de Salud. El Paquete de Servicios de Salud con Garantía Pública establece requisitos mínimos de personal. Esto no podrá lograrse hasta que no se implemente el Plan de Recursos Humanos, que se utilizará para determinar las necesidades de recursos humanos del sector. Se ha establecido una Unidad de Recursos Humanos en el Ministerio de Salud para que asuma la planificación y el desarrollo del personal, además de suministrar consejos para desarrollo de políticas y toma de decisiones. La Unidad de Recursos Humanos coordinará también el desarrollo de las funciones de personal actuales, la Unidad de Capacitación y la agenda de cambio organizacional de las Autoridades Regionales de Salud, incluyendo aspectos de relaciones sectoriales críticas. El Ministerio de Salud también apoya el desarrollo de capacidades entre el personal de las Autoridades Regionales de Salud y de la GPHC y trabajará junto con el Ministerio de Educación e instituciones de formación para mejorar los programas existentes e introducir nuevos programas para aliviar la escasez de personal en áreas clínicas críticas.

La retención de personal cualificado mejorará con una remuneración lo más alta posible, bajo el régimen de empleo de las Autoridades Regionales de Salud (RHA), a cambio de una mejora de la productividad. El objetivo es igualar los salarios del sector privado, pero sin superarlos. La mayor descentralización hacia las RHA, el establecimiento de la GPHC y la disponibilidad de más recursos de financiación

externa para el VIH/SIDA introducen nuevos desafíos para el personal que trabaja sujeto a diferentes contratos, términos, condiciones laborales y estructuras jerárquicas. Una mayor autonomía para los proveedores genera la necesidad de cambios significativos en la cultura y el comportamiento en los lugares de trabajo, y estos cambios deben desarrollarse como una condición previa a la obtención de beneficios reales. No existen estrategias formales ni se han adoptado instrumentos para enfrentar formalmente temas de gestión de conflicto en el sector de salud. Sin embargo, los conflictos se resuelven a través de debates, procedimientos establecidos en el sector público y enfoques conciliadores para lograr la resolución y el consenso. La gestión participativa continúa siendo un medio para facilitar la implementación satisfactoria de actividades de programa hacia la consecución de los objetivos identificados.

ACCIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El último informe sobre los progresos de Guyana para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se publicó en 2007. Se está preparando un nuevo informe, que se publicará en 2012. A pesar de los enormes desafíos planteados por los ODM, el gobierno de Guyana continua esforzándose para alcanzarlos a través de la implementación de reformas y medidas que mantengan el marco macroeconómico de estabilidad, fortalezcan sus sistemas institucionales y regulatorios y mejoren la gobernanza. La consecución de los ODM en Guyana se apoya en su Estrategia de Reducción de la Pobreza.

El documento Estrategia de Reducción de la Pobreza de Guyana, producido en 2001, describe una estrategia integral para encaminar a Guyana hacia el logro de los ODM. El Plan Estratégico de Reducción de la Pobreza (PRSP) fue aprobado por el consejo conjunto del Fondo Monetario Internacional y la Asociación Internacional de Desarrollo. El Plan Estratégico de Reducción de la Pobreza analiza extensamente la gobernanza, las reformas regulatorias y económicas, además de las políticas y programas del sector social, incluyendo la educación, el sector de la salud, las redes de seguridad social y temas relacionados con la vivienda y el agua. Recomendamos invertir en capital humano, construir infraestructura para apoyar el crecimiento, emprender reformas institucionales, regulatorias y administrativas para apoyar el crecimiento y la reducción de la pobreza.

La implementación del Plan Estratégico de Reducción de la Pobreza (para ayudar a alcanzar los ODM) ya ha contribuido a impulsar el desarrollo de Guyana. Desde 1997 el gobierno ha incrementado paulatinamente el gasto en el sector social (desde 15,2% del PIB, en 1997, a 22% del PIB, en 2005) y ha orientado los beneficios del alivio de la deuda hacia las áreas clave de educación, salud, agua, saneamiento y vivienda. El incremento en las asignaciones facilitó la expansión de la educación

y de las instalaciones de salud, además de aumentar las cantidades de materiales educativos y medicamentos esenciales. La población de Guyana está disfrutando de un acceso a los servicios sociales visiblemente mejorado.

Sin embargo, los desafíos que Guyana enfrenta para tratar de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son significativos. A nivel macro, el crecimiento económico se estancó en los últimos cinco años. Por ser una pequeña economía en vías de desarrollo, Guyana enfrenta grandes desafíos, tanto en el contexto externo como interno. En los últimos diez años, la exportación de *commodities* fue responsable por aproximadamente el 27% del PIB de Guyana (77% de las exportaciones totales), lo que expone a la economía a las fluctuaciones de los precios de las *commodities*, además de los efectos de los complicados acuerdos preferenciales para las principales exportaciones. En 2006 se lanzó una nueva estrategia de competitividad para promover el desarrollo empresarial. Dichas iniciativas se están desarrollando dentro de ambientes de apoyo que en el informe de ODM se califican como “débiles para mejorar” y hasta “fuertes”. Los desastres naturales presentan una amenaza continua a las vidas de los ciudadanos de Guyana, como lo demostraron las inundaciones de 2005/06. El clima político y civil a menudo ha causado inestabilidad e incertidumbre, lo que desestimula las inversiones de capital. Recientes picos de criminalidad e inseguridad también han contribuido a la emigración de personas con habilidades profesionales y empresariales críticas.

La reducción de la pobreza en Guyana muestra una relación directa con el crecimiento. Las tasas de crecimiento positivo de finales de los años 90 contribuyeron a la reducción substancial de la pobreza entre 1992 y 1999. Por otro lado, las tasas de crecimiento medio del 0,2% durante el periodo comprendido entre 2000 y 2005 se correspondieron con una modesta reducción de la pobreza en dicho periodo.

El patrón de crecimiento histórico de Guyana demuestra que lograr y sostener tasas de crecimiento del 4,3% o más del PIB no será fácil y que además requerirá estrategias dirigidas y basadas en datos que enfatizen la facilitación de inversiones y la creación de empleo. Además, la naturaleza polifacética de la pobreza implica que las intervenciones de reducción de la pobreza deben abordar no solo las inversiones económicas, sino también las inversiones sociales y las destinadas a las instituciones políticas y cívicas que permitan que se escuche la voz de los pobres, ya que eso contribuye a mantener la paz y estabilidad necesarias para que todas las inversiones produzcan el máximo retorno.

Es importante destacar que las fuentes de crecimiento y generación de ingresos combinadas con una distribución equitativa de los ingresos ocuparán un rol significativo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en lo que respecta a la erradicación de la pobreza.

INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA LA SALUD

Estrategias para el acceso a vacunas medicamentos esenciales y de alto costo

En el sector público, los medicamentos e insumos médicos se compran a través de varias fuentes, incluyendo el Centro de Compras y Embalaje de Unicef (Unipac), una unidad de Unicef que suministra medicamentos e insumos médicos a los gobiernos a precios muy competitivos. La *Guyana Pharmaceutical Corporation* produce algunos medicamentos e insumos médicos para el mercado local. La Unidad de Gestión de Materiales del Ministerio de Salud regula el proceso de compra y distribución de los medicamentos esenciales para el país.

El Departamento de Análisis del Gobierno certifica los fármacos que entran en el país, tanto para uso en el sector público como en el privado, y el Ministerio de Salud utiliza el Laboratorio Regional de Pruebas del Caribe (establecido para permitir que los estados miembros de CARICOM se beneficien de costos más reducidos) para analizar los insumos que compra. Aun cuando la Política de Medicamentos Nacional no ha sido completamente implementada, Guyana posee un observatorio de medicamentos esenciales, una lista nacional de medicamentos esenciales y una política nacional de medicamentos en proceso de revisión. También están en desarrollo un formulario nacional y políticas relacionadas con el uso de medicamentos como parte del programa de reforma del sector.

La Ley de Inmunización de la Salud Pública (niños en edad escolar) de 1974 determina que todos los niños que accedan a una escuela o a una guardería infantil deben poseer un certificado de inmunización firmado por un funcionario del área de salud. El Ministerio de Salud produce nuevas normas para actualizar la cartilla de las enfermedades especificadas. La cartilla para niños en edad escolar incluye las siguientes vacunas: B.C.G (Calmette-Guérin), difteria, tos ferina (tos convulsa), poliomielitis, viruela y el tétano.

Además de las vacunas necesarias para niños en edad escolar, también se encuentran disponibles en los centros de salud para el público en general las vacunas contra el sarampión, las paperas, la rubeola, la fiebre amarilla, la gripe B, la gripe A, el rotavirus, la influenza A, el neumococo y el virus del papiloma humano.

Todos los años, Guyana participa en la Semana Especial de Vacunación de las Américas (OPS) para la inmunización y, además de mejorar la situación en lo que se refiere a la fiebre amarilla, lo cual constituye un problema significativo en esta región, el Ministerio de Salud siempre se mantiene actualizado con respecto a los eventos de salud pública a nivel global para poder incluir las vacunas necesarias en la campaña, como es el caso de la gripe A.

En lo referente a los medicamentos de alto costo, el tratamiento mediante el uso de drogas antirretrovirales en Guyana comenzó en 2002. El tratamiento es

gratuito y se administra en la Clínica Médica Genitourinaria de Georgetown (la capital), otros centros de cuidados y tratamiento e instalaciones financiadas por donantes. La opción preferida para la primera línea de tratamiento es estavudina + lamivudina + nevirapina. La Guyana Pharmaceutical Company produce medicamentos antirretrovirales localmente, pero no han sido precalificadas por la OMS. Basados en información sobre medicamentos comprados en el exterior, el costo de los medicamentos de primera línea es de USD2.095 por persona por año.

Es ampliamente conocido que el suministro y la distribución de fármacos e insumos médicos constituye un importante cuello de botella en el sistema de cuidado de salud. Existen épocas de carencia con respecto a las necesidades, la entrega no siempre es oportuna y se produce un derroche debido a la mala gestión. A través de una asociación con *Supplies Chain Management Systems* (SCMS), que es un asociado del Plan de Emergencia Presidencial para el Alivio del Sida (PEPFAR), el Ministerio de Salud ha desarrollado un nuevo sistema de gestión de almacenamiento que fortalece la red de compra y distribución, mejora el proceso de pedido de medicamentos mediante la introducción de un vale de solicitud de compra electrónico combinado (E-CRIV) en todos los niveles del sistema de suministro del sector de la salud, además de comenzar monitoreos mediante la introducción de redes de mini laboratorios. Ahora el sistema está descentralizado en las zonas de mayor prioridad (Regiones 2, 3, 4, 5, 6 y 10) y la zona central de las regiones del interior (Regiones 1, 7, 8 y 9).

El Ministerio publica una lista de medicamentos esenciales de Guyana semestralmente y en 2010 lanzó un formulario nacional para todos los medicamentos de Guyana. El Ministerio ha compilado también un listado preliminar de las materias primas nacionales necesarias para la implementación del Paquete de Servicios de Salud con Garantía Pública.

El Ministerio de Salud también está recopilando y actualizando sus protocolos de atención para promocionar la estandarización. Se espera que este proceso ayude a racionalizar la adquisición y distribución de fármacos. Para minimizar el riesgo de errores a la hora de informar a la población, la Ley de Profesionales de Farmacia de 2003 identifica a los farmacéuticos como los únicos custodios de los medicamentos, requiere que haya presente un farmacéutico en farmacias privadas, en las farmacias dentro de los hospitales públicos y en cualquier lugar donde se distribuyan fármacos.

Tabla 8 – Disponibilidad de medicamentos y % de gasto público en salud destinado a medicamentos, Guyana, 1993-2005

Indicador	* 1993 – 1994	1995 – 1999	* 2000 – 2005
Número total de productos farmacéuticos registrados	212	592	283
Porcentaje de medicamentos de marca	83,5	89,9	93,0
Porcentaje de medicamentos genéricos	16,5	10,1	7,0
Porcentaje de gasto público en salud destinado a medicamentos	...	...	2001 – 13,30%
			2002 – 22,13%
			2003 – 16,36%
			2004 – 19,04%
			2005 – 20,21%

Fuentes: Oficina del Farmacéutico Jefe, Ministerio de Salud y Unidad de Planificación.

*No existe información disponible sobre productos farmacéuticos registrados para los años 1990-1992 y 2001

La Ley de Alimentos y Medicinas de 1998 establece las normas para el mantenimiento de los fármacos, las condiciones sanitarias y las declaraciones y certificados por parte de los fabricantes en lo que respecta a fármacos importados. También determina que el Ministro puede designar un Comité de Asesoramiento de Fármacos para ayudar y aconsejar en asuntos de fármacos para proteger los intereses de la salud pública y permite que el Ministro establezca normas en lo que se refiere a los fármacos.

Dependencia externa

Además de las donaciones que recibe a través de subvenciones y acuerdos de cooperación técnica, Guyana depende en gran medida de importaciones desde el exterior para obtener insumos, material y tecnología para el sector de la salud.

Incorporación de nuevas tecnologías

En colaboración con un socio privado, el Ministerio de Salud ha logrado avances en servicios de diagnóstico por imágenes, tales como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas e imágenes en contraste para pacientes que necesiten dichos servicios. El Ministerio cubre el costo de estos servicios suministrados por el sector privado.

En 2006, el Hospital Regional Diamond East Bank, junto con los centros de diagnóstico y tratamiento Suddie, Leonora y Mahaicony entraron en operación como parte de un acuerdo firmado entre Guyana y Cuba para mejorar los servicios de atención de la salud del país. Los centros ofrecen servicios que incluyen pruebas de laboratorio, ultrasonido, endoscopia, rayos-X, electrocardiogramas, cirugía, partos y tratamientos dentales. Desde su establecimiento, han estado reduciendo la carga de trabajo del GPHC, que es el hospital principal del país. En total, han tratado a más de 555.400 personas, discriminado de la siguiente forma entre los cuatro

centros: 103.663 pacientes en el centro Diamond, 67.059 pacientes en el Centro de Diagnóstico Leonora, 63.431 pacientes en el Centro de Diagnóstico Suddie y 58.322 en el Centro de Diagnóstico Mahaicony.

Se añadieron dos nuevos centros médicos, uno oftalmológico y uno de laparoscopia, al GPHC. A través de esfuerzos de colaboración entre Guyana y la República Popular China, se ha donado a los centros equipos por un valor de más de USD 60.000 con el objetivo de mejorar y expandir los servicios ofrecidos a nivel local.

El banco de sangre recibe sangre a través de centros de recolección en todo el país. Toda la sangre es testada para detectar VIH, HTLV, HbsAg, VHC y VDRL. Se adoptó formalmente un estándar mínimo para el funcionamiento del banco de sangre.

Aunque no está listado y no ha sido discutido como componente de la reforma, se deben considerar las estrategias para abordar la infraestructura física y la capacidad tecnológica del sector de la salud. La planta física actual y la capacidad tecnológica del sector de salud están en un estado lamentable. Esto es una realidad a pesar de que se han realizado grandes inversiones financieras en la última década. Algunos de los problemas principales son la falta de recursos financieros, la escasez de personal técnico cualificado y la falta de disponibilidad de piezas y equipo para reparaciones, además de problemas de gestión.

Se necesita un enfoque diferente para el desarrollo y el mantenimiento de la infraestructura y la tecnología si se desea que la reforma del sector de salud enfrente con más eficacia el tema de la planta física y la capacidad tecnológica del sistema de salud público. Como parte de la capacidad tecnológica, se enfatizará el desarrollo de tecnología de diagnóstico. Se instaurará un sistema de laboratorio de referencia con instalaciones satélite (laboratorios) (Ramsammy, 2000). También se está estableciendo un programa de mantenimiento preventivo con la ayuda de agencias externas. Se ha implementado una política de donaciones e insumos para el Sistema Nacional de Salud.

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD

La salud es el factor humano más importante para el desarrollo sostenible y el bienestar de la población de Guyana. Tanto la estrategia de Desarrollo Nacional como el Plan Estratégico de Reducción de la Pobreza identifican a la salud como la piedra fundamental del desarrollo.

Existen varias formas de definir e interpretar los desafíos de salud específicos que deben enfrentarse y para determinar los enfoques necesarios para asegurar una salud óptima. Los medios para obtener información sobre la salud incluyen tareas de vigilancia, monitoreo, evaluación e investigación de rutina. A través de alianzas con instituciones locales y regionales, donantes y la colaboración con instituciones regionales e internacionales, se ha mejorado la vigilancia, el monitoreo y la evalua-

ción, lo cual ha permitido obtener información para orientar acerca de las acciones a adoptar para proteger, mantener y mejorar la salud en Guyana. Sin embargo, la necesidad de información estratégica no puede satisfacerse solo a través de estos enfoques, y la investigación en el área de la salud se ha convertido en una necesidad para obtener esta información.

La capacidad de Guyana de investigar ha mejorado consistentemente tras la reorganización conducida por el Ministerio de Salud y la inyección de fondos provenientes de los mecanismos de financiación para la mejora del acceso y la calidad de los servicios de salud. Trabajos preliminares con enfermedades infecciosas, salud materno-infantil, enfermedades no transmisibles y discapacidades condujeron al desarrollo de una nueva estrategia en el sector de la salud.

Políticas nacionales de investigación en salud

El Ministerio de Salud, como autoridad sanitaria nacional, está obligado a asegurar que la salud pública se proteja y se mantenga y que se proporcionen los productos y servicios necesarios para el cuidado de la salud. El Ministerio ha contado con el apoyo de diversos instrumentos legales suministrados por el Parlamento Nacional de Guyana para desempeñar sus funciones dentro de un marco legal.

Estos instrumentos permitieron que el Ministerio, a través de consultas y consenso, desarrolle las políticas, la reglamentación y las normas que gobiernan el sector de la salud. Esta premisa llevó al Ministerio a desarrollar un conjunto de políticas para el área de investigación en salud a través de la Ley del Ministerio de Salud de 2005.

El principio que rige a estas políticas está plasmado en las estrategias nacionales de salud, e incluye:

Calidad: La garantía de que utilizar los estándares más altos de investigación en el área de salud y el rigor necesario para lograr resultados, conclusiones y recomendaciones óptimos.

Equidad: La promoción del acceso igualitario de todas las partes interesadas, incluyendo aquellos que estén en situación de vulnerabilidad y los grupos de alto riesgo, a quienes los investigadores les prestarán un nivel de atención equitativo.

Centrado en las personas: La característica principal de la investigación busca la comprensión y esclarecimiento de temas que sean relevantes para la mayoría de la población de Guyana.

Rentabilidad: Las actividades de investigación harán el mejor uso posible de los escasos recursos disponibles y se tomarán decisiones inteligentes con un bajo costo y con los máximos beneficios posibles para lograr el objetivo principal.

Adicionalmente, la política será guiada por principios basados en las más altas prácticas éticas, como describen las convenciones de las metas y objetivos de la investigación médica.

Cuadro 2 – Sistema de Salud en Guyana: síntesis – marco constitucional, estructura y prioridades de la política actual

País	Marco constitucional y legal de la salud	Estructura del sistema de salud	Funciones del Ministerio de Salud	Prioridades de la política actual
<p>República Cooperativa de Guyana</p> <p>Población: 784.894 habitantes (estimación 2010)</p> <p>Territorio dividido en diez regiones. Cada región está administrada por un Consejo Democrático Regional (RDC). Las regiones están divididas en consejos de vecinos, los Consejos Democráticos del Vecindario (NDC).</p>	<p>Constitución Nacional Vigente: 1980, Constitución de la República Cooperativa de Guyana</p> <p>Artículo 24: “<i>Todos los ciudadanos tienen derecho al acceso a la asistencia médica gratuita y a servicios sociales frente a vejez e incapacidad.</i>”</p> <p>Artículo 25: “<i>Todos los ciudadanos tienen el deber de participar en acciones para mejorar el medio ambiente y proteger la salud de la Nación.</i>”</p> <p>Ley del Ministerio de Salud de 2005: establece las atribuciones del MS, las funciones del Ministro, del Secretario Permanente y del Director Médico y define normas para subsidios y acuerdos financieros.</p> <p>Ley de las Autoridades Regionales de Salud de 2005: establece las Regiones de Salud y las Autoridades Regionales de Salud, con sus competencias, deberes y responsabilidades.</p> <p>Principios y valores: salud como derecho fundamental, corresponsabilidad del gobierno y los ciudadanos, equidad, prioridad para la promoción de la salud, prestación de servicios rápidos, efectivos y eficaces y con transparencia.</p>	<p>Sistema de Salud - Sector público: la atención a salud en Guyana es proporcionada principalmente mediante un programa de salud financiado por el gobierno (Paquete de Servicios de Salud con Garantía Pública) a través del Ministerio de Salud en colaboración con los diez Consejos Democráticos Regionales (RDC), las Autoridades Regionales de Salud de cada Región y seis agencias paraestatales.</p> <p>El sistema de salud de Guyana es descentralizado y la responsabilidad de financiar, dirigir y proveer servicios sanitarios recae sobre el Ministerio del Gobierno Local y Desarrollo Regional (MOLG). El sistema está organizado en diez regiones de salud que proporcionan atención primaria, secundaria y terciaria de salud en 375 establecimientos de salud distribuidos en cinco niveles asistenciales. El sector privado proporciona, mediante pago directo, algunos servicios de atención médica primaria y otros servicios especializados. El Ministerio trabaja conjuntamente con estas instituciones para ofrecer servicios que no están disponibles en el paquete con garantía pública, tales como cirugía cardíaca, diálisis o quimioterapia.</p> <p>El sector privado se ha expandido rápidamente y las instituciones privadas proporcionan aproximadamente la mitad del total de los servicios de salud del país.</p>	<p>El Ministerio de Salud (Ministry of Health – MoH) ejerce la función de autoridad nacional y de prestador de servicios de salud.</p> <p>Debe suministrar y supervisar la prestación de asistencia médica en todo el territorio nacional, además de concretar planes y políticas, supervisar la calidad y evaluar los resultados.</p> <p>Las principales funciones del Ministerio de Salud son regular el sistema de salud, supervisar las situaciones relacionadas con la salud, desarrollar estrategias, planes y programas orientados a subsanar todos los problemas relativos a la salud y prestar servicios de atención a la salud.</p> <p>El Ministerio de Salud presta servicios directamente mediante un Paquete de Servicios de Salud con Garantía Pública, en colaboración con los diez departamentos y las autoridades regionales de salud y la <i>Georgetown Public Hospital Corporation</i>.</p> <p>Vigilancia en Salud</p> <p>El Sistema Nacional de Vigilancia (NSS) se estableció en 1934, a partir de la Ordenanza de Salud Pública de la Guyana Británica, y se revisó en los años 1970 y 80 para vigilar e informar sobre nuevas amenazas.</p> <p>El Departamento de Normas y Servicios Técnicos del Ministerio de Salud es responsable por el desarrollo de las normas, junto con la Oficina de Pesos y Medidas y el Consejo de Farmacia y Toxicología.</p> <p>El Sistema de Vigilancia Nacional es descentralizado y sus informes internos cubren los niveles locales y regionales, además de programas verticales nacionales.</p>	<p>Acceso a servicios de salud de buena calidad, suministrados lo más cerca posible de los lugares de residencia y prestados por proveedores de servicios cualificados, que provean cuidados de salud adecuados y culturalmente aceptables, centrados en las personas.</p> <p>El Ministerio de Salud continúa desarrollando su capacidad central a través de la formación del personal, el uso innovador de tecnologías y mediante el apoyo a la descentralización del conocimiento, de las habilidades y de los productos críticos necesarios para lograr una mejor salud para todos.</p> <p>El Plan Nacional de Salud para el período 2013-2020 engloba las estrategias de combate a las enfermedades transmisibles (incluyendo VIH/SIDA, enfermedades sexualmente transmisibles, tuberculosis, malaria, enfermedades desatendidas y zoonosis, etc.); además de las enfermedades no transmisibles, tales como cardiopatías, hipertensión, diabetes y factores de riesgo relacionados; salud materno-infantil y familiar; seguridad alimentaria y nutricional; discapacidades físicas, incluyendo de visión y audición; salud dental y mental.</p>

Cuadro 3 – Sistema de Salud en Guyana: síntesis – protección social, financiamiento, investigación e innovación en salud

Protección social en salud	Financiamiento: Fuentes y composición gasto en salud	Investigación e innovación en salud
<p>La atención a la salud en Guyana es principalmente proporcionada mediante un programa de salud financiado por el Gobierno, el Paquete de Servicios de Salud con Garantía Pública, a través del Ministerio de Salud, en colaboración con los Consejos Democráticos Regionales (RDC).</p> <p>El acceso a la mayoría de los servicios de nivel terciario se realiza de forma privada o en el extranjero y se cubre mediante gasto de bolsillo o a través de seguros privados provistos por algunos empleadores.</p> <p>El Plan Nacional de Seguridad Social (<i>National Insurance Scheme</i> - NIS), que provee pensiones a los trabajadores formales, reembolsa a los pacientes por gastos relacionados con la salud en establecimientos privados.</p> <p>El Plan Nacional de Seguridad Social contribuye poco al financiamiento del sector salud.</p>	<p>Gasto público en salud (2007): 5,3% del PIB, lo que correspondería a 73% de gasto público;</p> <p>Gasto privado en salud (2010): 2,0% del PIB, lo que correspondería a 27% de gasto privado (OPS, 2011)</p> <p>Fuentes: Ingresos provenientes de impuestos generales y de las contribuciones a la seguridad social constituyen la mayor parte de la financiación de salud;</p> <p>12% de los gastos en salud son gastos de bolsillo. Hay copagos en servicios públicos. La recuperación de costos a través de tarifas pagadas por el usuario genera fondos insignificantes para el sector y solo representa una pequeña parte de los fondos generales.</p> <p>El financiamiento público a través de donaciones externas, principalmente en forma de subvenciones, representa una importante fuente de financiamiento, especialmente para la renovación de la infraestructura y el desarrollo de la capacidad institucional del sector. En 2009, los recursos de donaciones externas correspondieron a 48% de los gastos en salud.</p>	<p>El Ministerio de Salud desarrolló una agenda de políticas para el área de investigación en salud a través de la Ley del Ministerio de Salud de 2005.</p> <p>El principio que rige a las políticas de investigación en salud está plasmado en las estrategias nacionales de salud e incluye: calidad, equidad, centrado en las personas, rentabilidad y ética.</p> <p>Temas prioritarios de investigación: enfermedades infecciosas, salud materno-infantil, enfermedades no transmisibles y discapacidades.</p>

REFERENCIAS

- Ministerio de Salud de Guyana. Paquete de Servicios de Salud con Garantía Pública en Guyana 2008-2012. Georgetown: Ministerio de Salud; 2008.
- Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Nacional de Salud, Guyana. Georgetown, Guyana: OPS; 2001.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización mundial de la Salud. Directrices Metodológicas para Desarrollar un Análisis del Sector en lo que se refiere a la Salud, OPS/OMS; Estrategia de Desarrollo Nacional, Gobierno de Guyana. Georgetown, Guyana: OPS/OMS; 1999.
- Ramsammy L. Reforma del Sector de la Salud en Guyana. 15 de mayo de 2000.

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- Caricom – *Caribbean Community* (Comunidad del Caribe)
- DSS – Determinantes sociales de la salud
- ECNT – Enfermedades crónicas no transmisibles
- ENSS – Estrategia Nacional del Sector Salud
- ET – Enfermedades transmisibles
- GPHC – *Georgetown Public Hospital Corporation* (Corporación del Hospital Público de Georgetown)
- Guysuco – *Guyana Sugar Corporation*
- HIPC – *Heavily Indebted Poor Countries* (Países pobres altamente endeudados)
- HSDU – *Health Sector Development Unit* (Unidad de Desarrollo del Sector Salud)
- Isags – Instituto Suramericano de Gobierno en Salud
- MGL – Ministerio de Gobierno Local
- MoH – Ministry of Health
- MS – Ministerio de Salud
- NDC – *Neighborhood Democratic Council* (Consejo Democrático del Vecindario)
- NIS – *National Insurance Scheme* (Plan Nacional de Seguridad Social)
- NPH – *National Psychiatric Hospital* (Hospital Psiquiátrico Nacional)
- NSS – *National Surveillance System* (Sistema de Vigilancia Nacional)
- ODM – Objetivos de Desarrollo del Milenio
- OPS – Organización Panamericana de la Salud
- PNS – *National Health Plan* (Plan Nacional de Salud)
- PRSP – *Poverty Reduction Strategy Paper* (Documento de Estrategia de Reducción de la Pobreza)
- RDC – *Regional Democratic Council* (Consejo Democrático Regional)
- RHA – *Regional Health Authority* (Autoridad de Salud Regional)
- RSS – Reforma del Sector de Salud

A photograph of a person wearing a blue jacket and a dark beanie, looking down. A horizontal bar with a rainbow gradient (blue, green, yellow, orange, red) is superimposed over the image. The text "Sistema de Salud en Paraguay" is written in white with a blue outline on the orange part of the bar. The background is a solid dark blue.

Sistema de Salud en Paraguay



IX. Sistema de Salud en Paraguay

La República del Paraguay se constituye en un estado social de derecho, unitario, indivisible y descentralizado. Adopta para su gobierno la democracia representativa, participativa y pluralista, fundada en el reconocimiento de la dignidad humana.

Desde el punto de vista político administrativo, el territorio de 406.752 Km² se divide en 17 departamentos y su capital es Asunción. Los departamentos, a su vez, comprenden unidades territoriales denominadas distritos. Su población total es de 6.340.639 habitantes, 34% de los cuales son menores de 15 años de edad. La esperanza vida al nacer es de 72,1 años (mujeres 74,2 y hombres 70,0). La población indígena es de 89.169 personas, 17 pueblos diferentes que pertenecen a cinco familias lingüísticas distintas. El 50% de la población es bilingüe guaraní-castellano y, de la otra mitad, el 46% habla solo guaraní y el 4% solo castellano.

Figura 1 – Mapa de los Departamentos de la República del Paraguay



Tabla 1 – Indicadores demográficos y sanitarios, Paraguay, 2008-2009

Indicadores	2008	2009	Fuente
Demográficos			
Población	6.230.143	6.340.639	DGEEC
Proporción de la población urbana	57,7	58,1	DGEEC
Proporción de población menor de 15 años de edad	34,5	34,0	DGEEC
Proporción de población de 60 años y más de edad	7,3	7,4	DGEEC
Tasa de fecundidad	3,1	3,0	DGEEC
Esperanza de vida al nacer			
• Total	71,9	72,1	DGEEC
• Hombres	69,8	70,0	DGEEC
• Mujeres	74,0	74,2	DGEEC
Tasa de alfabetización (población de 15 y más años de edad)	94,7	94,3	DGEEC
Mortalidad			
Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos			
• Estimada	31,7	31,1	DGEEC
• Registrada	16,9	15,4	SSIEV - Dirección de Bioestadística – DIGIES. MSPBS
Tasa de mortalidad de menores de 5 años			
• Registrada	20,1	18,7	SSIEV Dirección de Bioestadística – DIGIES. MSPBS
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos			
• Registrada	117,4	125,3	SSIEV Dirección de Bioestadística – DIGIES. MSPBS
Proporción anual de defunciones registradas de menores de 5 años por enfermedades infecciosas intestinales (EDA)	53,9	40,9	Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). Dirección de Bioestadística. DIGIES-MSPBS

Fuente: DGEEC, SSIEV, DIGIES, MSPBS

DERECHOS SOCIALES Y SALUD

Marco constitucional y legal – Principios y valores

La Constitución de la República del Paraguay del año 1992 contempla todo lo referente al derecho a la salud, a través de varios artículos, como el 6º, 7º, 68º, 69º y 70º, que contienen los principios y valores sobre los que se sustenta.

Así, el derecho a la salud se expresa explícitamente en la Constitución de la República del Paraguay mediante el siguiente texto:

“El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana” (art. 68º).

El otro artículo importante relacionado a los determinantes de la salud es el “*De la Calidad de Vida*”, que reconoce los factores condicionantes, como la extrema pobreza, y plantea la investigación sobre los factores de la población y sus vínculos con el desarrollo económico social, la preservación del ambiente y la calidad de vida de los habitantes (art. 6º). En esa misma línea se coloca el artículo “*Del Derecho a un Ambiente Saludable*” (art. 7º). El artículo 69º define el Sistema Nacional de Salud como ejecutor de acciones sanitarias integradas que concierten, coordinen y complementen programas y recursos del sector público y privado. Finalmente, el artículo 70º de la Carta Magna indica textualmente: “*La ley establecerá programas de bienestar social, mediante estrategias basadas en la educación sanitaria y en la participación comunitaria.*”

El Ministerio de Salud Pública fue creado en el año 1936, promulgándose la Ley Orgánica de Salud Pública el 15 de junio de 1936, a través del Decreto Ley 2001. Por medio de dicha ley, se responsabiliza al ministerio de la organización del Servicio Sanitario de la República, cuyo objetivo es el de promover la salubridad general y proveer asistencia médica a la población en todo el país.

Varias décadas después se promulga el Código Sanitario (Ley 836/80), que le confiere competencias al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para entender en materia de salud y bienestar social. Asimismo, este Ministerio es responsable de la política nacional de salud y bienestar, que debe estar acorde con los objetivos, políticas y estrategias del desarrollo económico y social del país.

La ley 1032/96 concretiza las finalidades y organización del Sistema Nacional de Salud de modo a implementar acciones de prevención, recuperación y rehabilitación de las personas enfermas, a través de la oferta de servicios de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades (art. 3º y 4º). Crea los Consejos de salud a nivel nacional, regional y local como organismos de coordinación, consenso y participación interinstitucional del sector público y privado de la salud. Al mismo tiempo, le confiere al Sistema atribuciones para erradicar, evitar o disminuir los riesgos de enfermar y de morir, mediante acciones sanitarias concertadas entre instituciones sectoriales y extra sectoriales, gubernamentales y de la sociedad civil (art. 9º).

El Código de la Niñez y Adolescencia (Ley 1680/01) expresa que:

“El niño o el adolescente tiene derecho a la atención de su salud física y mental, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de condiciones a los servicios y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud” (art. 13).

Agrega, además, que se deben respetar los usos y costumbres de niños, niñas o adolescentes pertenecientes a un grupo étnico y que la atención de urgencia a cualquier niño, niña y adolescente, no puede ser negada o eludida por razón alguna.

El marco legal e institucional vigente tiene alcance nacional, definiendo la rectoría, regulación y prestación de servicios de salud como competencias del Estado por intermedio del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Es importante destacar que el Paraguay cuenta con un marco legal relevante y favorable para garantizar el derecho a la salud de sus habitantes, delineando un concepto amplio de salud-enfermedad que reconoce condicionantes referidos a la calidad de vida y sus vínculos con el desarrollo social y económico del país.

Participación social

La participación social está contemplada a través de los Consejos de Salud, organizados en tres niveles: nacional, regional y local. Constituyen la instancia de participación y coordinación entre las autoridades sanitarias, institucionales, las organizaciones sociales y los usuarios de los servicios de salud, así como de los prestadores de servicios de salud. Las instancias previstas en los Consejos de Salud son la Mesa Directiva y los Comités Ejecutivos. Cada instancia tiene establecido por ley quien la preside. En el caso de la Mesa Directiva, la preside a nivel nacional el/la Ministro/a de Salud, a nivel regional la Secretaría de Salud de la gobernación y a nivel local la Dirección de Higiene y Salubridad de la municipalidad. Con relación a los comités ejecutivos, también está establecido que lo presidan a nivel nacional el/la Ministro/a de Salud, la Secretaría de Salud de la Gobernación, a nivel regional, y el Director del Centro de Salud, a nivel local.

Aunque en los Consejos están establecidos los mecanismos y espacios de participación, todavía es necesaria una mayor democratización. Para eso, se necesita establecer una práctica participativa desde los espacios locales más “micro”. Precisamente en esa línea se vienen promoviendo los “Aty Comunitarios” (Asambleas Comunitarias) como espacios abiertos en los territorios sociales de responsabilidad de las Unidades de Salud de la Familia y, a su vez, como estrategia fundamental de democratización de la salud e instalación de una cultura de participación protagónica, acordes con la nueva política de salud implementada desde agosto del 2008.

La red de atención se inserta en los territorios sociales donde se comparte unidad geográfica, social, económica y cultural. La participación protagónica de la ciudadanía constituye una pieza clave de la gestión social de dichos territorios, de modo a responder a sus necesidades por medio de planes estratégicos y agendas políticas, convirtiendo a la salud (sinónimo de calidad de vida) en eje articulador de los diferentes sectores sociales.

En relación con los mecanismos de escucha a la población, desde el Gabinete Social de la Presidencia de la República, a partir del 2009, se han impulsado varias Jornadas de Gobierno en las capitales departamentales con la presencia del Presidente y el equipo de Ministros/as, quienes presiden las mesas de trabajo con

la ciudadanía participante. Dichas jornadas constituyen espacios de reclamación ciudadana, así como de escucha y compromiso de las altas autoridades.

La devolución de los datos censales y la caracterización de la población realizada por los equipos de cada Unidad de Salud de la Familia se plantean como ejercicios de rendición de cuentas a la ciudadanía del territorio social asignado. Si bien es un proceso aún incipiente, su realización es muy aceptada por las comunidades. Otra experiencia favorable, en etapa inicial, es la instalación del Servicio de Atención a los Usuarios/as en las diferentes recepciones de las instituciones de salud, con el objetivo de ofrecer una atención cálida y oportuna, proveyendo información clara y pertinente a todas las personas que concurren a ellas, acorde al enfoque de derechos. Asimismo, recibe y sistematiza las quejas, reclamaciones y sugerencias de la ciudadanía, de modo a incorporarlas en planes de mejora de la atención institucional. Es responsable, además, de la realización periódica de encuestas de satisfacción de los/as usuarios/as.

En la perspectiva de conocer la percepción de los/las usuarios/as en relación con la experiencia de la atención primaria, se realizaron tres evaluaciones a las Unidades de Salud de la Familia, entre los años 2010 y 2011 (Universidad Nacional de Asunción, 2011; Ministerio de Hacienda, 2011; Decidamos, 2011). El resultado de estas evaluaciones fueron valoraciones muy favorables para variables como “gratuidad de la atención y de la provisión de medicamentos”; “trato recibido por el equipo de salud de la familia”; “indicaciones médicas y efecto del tratamiento”; “horario de atención”; “modalidades de censos, visitas domiciliarias”, etc. No obstante, la provisión regular de medicamentos, así como la infraestructura adecuada y el equipamiento suficiente, son percibidos por las personas entrevistadas como metas pendientes a alcanzar. Otros dos estudios se han enfocado en evaluar las acciones y la eficiencia de dichas unidades (Ministerio de Hacienda, 2001; 2011).

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Componentes del sistema de salud

El Sistema de Salud está integrado por los sectores público, privado y mixto. Como parte del sector público tenemos a la administración central, conformada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), las Sanidades Militar, Policial y de la Armada. Por su parte, el Instituto de Previsión Social (IPS); la Universidad Nacional de Asunción, con el Hospital de Clínicas y el Centro Materno Infantil; las Gobernaciones y Municipios; componen la administración descentralizada. El sector privado cuenta con entidades sin fines de lucro como las organizaciones no gubernamentales y las cooperativas. Las que tienen fines de lucro comprenden a la medicina prepaga y a los proveedores privados. Por último, la Cruz Roja Paraguaya es una entidad mixta sin fines de lucro, con financiamiento del ministerio y de una fundación privada. Un resumen esquemático puede observarse en el Cuadro 1.

Cuadro 1 – Sistema de Salud, Paraguay

Sistema Nacional de Salud	
Público	Privado
<i>Adim. Central</i>	<i>Sin fines de lucro</i>
Ministerio de Salud	ONG's
S. Militar	Cooperativas
S. Policial	
S. Armada	
<i>Adim. Descentralizada</i>	<i>Con fines de lucro</i>
Hospital de Clínicas-CMI	Medicina Prepagada
Instituto de Previsión Social	Proveedores privados
Gobernaciones	Otros
Municipios	Mixto
	Cruz Roja Paraguaya

Fuente: Dirección General de Planificación y Evaluación-MSPBS

Dentro del sector público, la cobertura de atención a la salud para un 95% de la población total del país está a cargo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) y del Instituto de Previsión Social, constituyéndose en las dos instituciones más importantes para la atención de la salud de la población. Ambas cuentan con establecimientos de salud de diversa complejidad, distribuidos por el territorio nacional, si bien la atención primaria solo existe en la red del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Según la Encuesta Permanente de Hogares 2010, 16,4% de la población está cubierta en salud por el IPS y 7% por algún otro tipo de seguro médico (privado, militar o laboral). Así el MSPBS estaría a cargo del 76% de la población no asegurada (DGEEC, 2010).

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social cuenta con un total de 1.028 establecimientos de salud, de los cuales 354 tienen internación. A su vez, el Instituto de Previsión Social tiene 78 establecimientos, 41 de los cuales cuentan con internación (MSPBS, 2010). Entre ambas instituciones, se logra alcanzar 6.156 camas disponibles, correspondientes a una tasa de 1 cama por cada 1.000 habitantes (Tabla 2).

En cuanto a las Sanidades Militar, Policial y de la Armada, cuentan con el Hospital Militar, el Policlínico Policial y el Consultorio Externo, todos ellos ubicados en la capital del país. Su fuente de financiamiento es fiscal y por copago de sus afiliados. La población que abarca con sus prestaciones es pequeña (1%). Las Gobernaciones poseen clínicas externas y farmacias sociales en ciudades como Encarnación, Ciudad del Este y Coronel Oviedo. En cambio, los municipios poseen una Policlínica de Especialidades en Asunción y un Hospital Municipal Pediátrico en Encarnación.

Tabla 2 – Establecimientos de salud e indicadores hospitalarios, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) y Instituto de Previsión Social (IPS) Paraguay, 2008-2009

Indicadores	2008	2009
N° de establecimientos (MSPBS + IPS)	1.046	1.106
N° de establecimientos con internación (MSPBS + IPS)	393	395
N° de establecimientos (MSPBS)	968	1028
N° de establecimientos con internación (MSPBS)	352	354
N° de establecimientos (IPS)	78	78
N° de establecimientos con internación (IPS)	41	41
N° de camas hospitalarias (MSPBS + IPS)	6.114	6.156
Razón de camas (MSPBS+ IPS) por 1.000 habitantes	1,0	1,0
N° de egresos hospitalarios por 100 habitantes/año (*)	1,88	1,96
Tiempo medio de estancia hospitalaria (en días)	3,6	3,4

Fuente: Ficha de Egreso y Censo Hospitalarios. IPS. Dirección de Bioestadística – DIGIES. MSPBS

* Sólo de instituciones dependientes del MSPBS

El sector privado con fines de lucro provee atención curativa y de rehabilitación a un 7% de la población del país, hallándose sus hospitales y sanatorios en áreas urbanas de Asunción, Central y las principales ciudades del resto del país. Por su parte, las cooperativas prestan en su mayoría servicios prepagos y cuentan con dos hospitales en el Chaco y en el departamento de San Pedro.

El Sistema de Salud en Paraguay, a pesar de contar con un marco legal interesante para concertar y coordinar los sectores público y privado, no logró escapar a la segmentación. Por eso, persiste la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión. También se verifica una situación de fragmentación, al no existir coordinación entre los servicios de salud existentes. Otro aspecto importante del sistema es que los establecimientos de salud que ofrecen atención de alta complejidad se concentran en la capital del país y el departamento Central.

Desde el punto de vista de la organización de los servicios de salud, históricamente, se implementó una estructura piramidal, de tal manera que los establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social se clasificaron en cuatro niveles de atención y siete niveles de complejidad. En la base se hallaban los puestos de salud, dispensarios y centros de salud y, ascendiendo hacia la punta de la pirámide, los hospitales de alta complejidad (MSPBS, 1998). Esta estructura no logró articularse en sus diversos niveles, teniendo entre sus problemas más relevantes la persistencia de la segmentación entre los servicios, la atención de salud fragmentada, con programas verticales y centralizados, el nivel primario a cargo de auxiliares de enfermería con escasa capacidad de respuesta y la congestión de demanda no filtrada en los hospitales.

Frente a esta situación, con el advenimiento del gobierno de coalición, desde agosto del 2008 el Sistema Nacional de Salud se encuentra inmerso en un proceso de reorientación importante, propiciado por las “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad”, asumidas y lideradas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social como propuesta para garantizar el derecho a la salud de la ciudadanía. Dichas políticas parten del derecho a la salud y la calidad de vida como derecho humano fundamental que se satisface con la universalización de los derechos humanos (sociales, económicos, políticos y culturales). Asimismo, se sustentan en los principios de universalidad, equidad, integralidad, interculturalidad y participación social. Desde esta perspectiva, existe el compromiso de facilitar el acceso universal a la atención a la salud con calidad, así como de incidir en los determinantes sociales de la salud-enfermedad, junto a otros actores y sectores del desarrollo, en la búsqueda de superar inequidades en salud y construir una calidad de vida adecuada para los y las habitantes del país.

En la actualidad, se encuentra en pleno proceso de implementación la reorientación de los servicios de salud, desde una estructura piramidal hacia un modelo en red, de tal manera que los servicios existentes del modelo anterior (puestos, dispensarios, centros de salud y hospitales), irán adaptándose, de forma paulatina y progresiva, hacia la propuesta actual de una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).

La estructura en red tiene como puerta de entrada a la Atención Primaria de Salud, a través de las Unidades de Salud de la Familia (USF). Estas Unidades son las encargadas de brindar servicios para atender y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población correspondiente al territorio social asignado (3.500 a 5.000 personas) y de garantizar la continuidad de la atención a las personas mediante la vinculación con la atención especializada (Centros Ambulatorios de Especialidades), de urgencias y hospitalaria (Hospitales Básicos, de Especialidades, etc.), según la complejidad requerida. El sistema de regulación médica, comunicación y transporte posibilita la vinculación y articulación efectiva de todas las instancias de la red.

Las diversas instancias de la Red Integrada de Servicios de Salud se componen de:

- Atención primaria de salud: Unidades de Salud de la Familia (USF)
- Atención especializada: Centros Ambulatorios de Especialidades
- Atención hospitalaria: Hospitales Básicos, Generales y Especializados
- Servicios complementarios: Asistencia Farmacéutica, Vigilancia en Salud, Rehabilitación y Apoyo Diagnóstico
- Sistema de Regulación Médica, Comunicación y Transporte

Con relación a la **organización territorial**, para las prestaciones de alta complejidad se considera una única unidad funcional que abarca todo el país. Las **regiones sanitarias**, coincidentes con la división política del país en departamentos, se constituyen en los espacios geográficos regionales de la red. En su interior comprenden

áreas sanitarias con una población entre 20 mil y 50 mil personas, correspondientes a un municipio o a un conjunto de municipios. Finalmente, dentro de las áreas sanitarias se encuentran los territorios sociales de las Unidades de Salud de la Familia.

Salud pública y atención individual

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social tiene a su cargo las acciones de promoción, prevención y vigilancia de la salud a nivel nacional, además de las de curación y rehabilitación. La Seguridad Social provee servicios de atención a la salud (curación, rehabilitación, subsidio por accidentes, maternidad, medicamentos) a la población trabajadora cotizante al seguro, así como beneficios de jubilación y pensión a una parte de los asegurados. Otras instituciones públicas, como la Universidad Nacional de Asunción, a través del Hospital de Clínicas y el Centro Materno Infantil, brindan atención curativa con alcance nacional. Por su parte, las Sanidades Policial, Militar y de la Armada ofrecen acciones de curación dirigidas a su público específico. Por último, las instituciones de salud del sector privado brindan atención curativa y de rehabilitación.

Es importante destacar que con las políticas públicas se plantea la universalización con equidad del derecho a la salud y a la calidad de vida, por medio de una estrategia promocional que permite articular acciones y esfuerzos colectivos y transectoriales para mantener y desarrollar la autonomía de las personas y colectividades a lo largo de toda su vida, movilizandorecursos para que las personas gocen de una vida plena, expresada como calidad de vida. La promoción de la salud adquiere así un concepto amplio bajo el cual se incluyen acciones educativas, preventivas, curativas y rehabilitadoras. Este contenido programático parte de las necesidades sociales expresadas como metas de indiferencia cero y se concretiza en proyectos de promoción de la equidad en calidad de vida y salud por etapas del ciclo de vida (niños y niñas; adolescentes y jóvenes; adultos y adultos mayores) y desarrollo de la autonomía en diversos ámbitos (salud sexual y reproductiva; salud bucal; salud mental; traumatismos y lesiones externas; enfermedades no transmisibles y enfermedades infecto-parasitarias). Los avances logrados en este aspecto, se refieren a la elaboración de guías y protocolos de atención integrada, por etapa del ciclo de vida, dirigida a los equipos de salud de la familia, como un primer paso hacia la integración programática de los servicios de atención.

La promoción de un entorno físico y social saludable y protector se materializa a través de las iniciativas de espacios saludables. Así, actualmente hay 309 “escuelas saludables” comprometidas en este proceso, en 16 departamentos del país. Entretanto, se inició la sensibilización con los habitantes de los departamentos de Itapúa, Central y Villa Hayes para la implementación de “municipios saludables”.

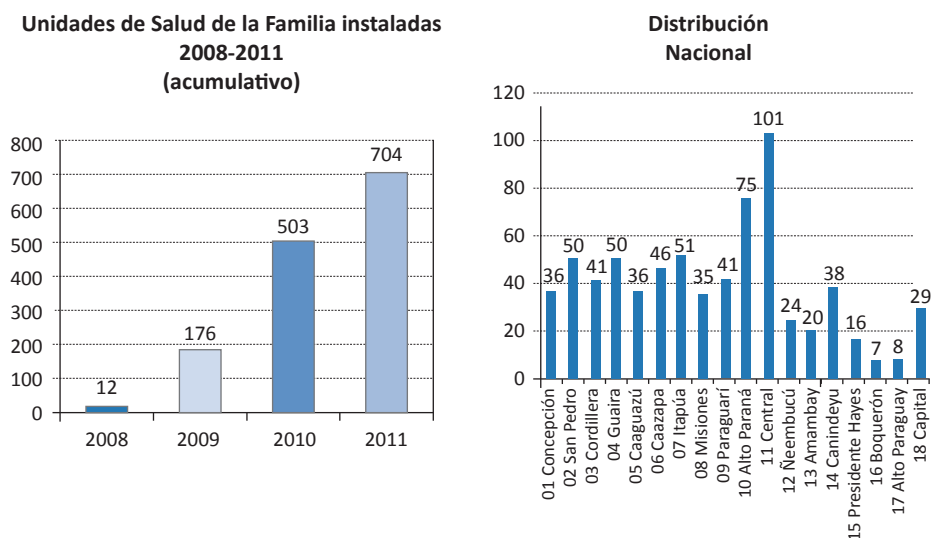
El modo de atención emergente de las políticas públicas, que considera a la salud como derecho humano, producto social y vinculado a los determinantes sociales,

implica un modo de atención orientado a responder a las necesidades sociales en calidad de vida y salud de las poblaciones y no sólo en consideración a la oferta de servicios existentes. Desde esa perspectiva, su interés es el de cubrir progresivamente las brechas de equidad de los grupos sociales existentes, adecuando y ampliando la oferta de servicios de acuerdo con las necesidades sociales. Plantea la atención familiar y comunitaria adscripta a territorios sociales, abarcando las diversas etapas del ciclo vital de las personas, la integralidad y el carácter continuo de la atención, la intersectorialidad y la participación comunitaria.

Atención primaria de la salud

Desde agosto del 2008 hasta octubre del 2011, se han instalado progresivamente 704 Unidades de Salud de la Familia (USF) en 234 distritos (comenzando por aquellos con mayores índices de pobreza del país), con una población total asignada de 2.467.500 personas. La USF ofrece servicios de atención primaria a una población, entre 3.500 a 5.000 personas, ubicadas en un territorio social bajo su responsabilidad.

Gráfico 1 – Unidades de Salud de la Familia 2008-2011 y Distribución Nacional por Distritos, Paraguay, 2011



Fuente: Dirección General de Atención Primaria de Salud-MSPBS

Estas Unidades de Salud de la Familia se constituyen en puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y forman parte de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), que plantea un cambio de paradigma en el modelo de atención, pues parte de las necesidades y problemas de salud de las personas (simples o complejos); cerca de donde ellas viven; con participación comunitaria; a lo largo de su ciclo de vida y mediante un equipo de salud compuesto por varios profesionales.

La atención primaria es, de esta forma, el eje principal que articula al Sistema Nacional de Salud, compuesto por la Red Integrada de Servicios de Salud. La atención ofrecida es de promoción de la salud, prevención de enfermedades, asistencia médica a la familia, visitas domiciliarias, etc., por medio de equipos de salud de la familia compuestos por médicos, licenciadas en enfermería, auxiliares de enfermería, odontólogos y agentes comunitarios de salud. Sin embargo, la incorporación de estos dos últimos actores aún es escasa en número debido a las limitaciones presupuestarias existentes.

La implementación de las USF ha posibilitado la inclusión de 2.423 recursos humanos en salud por medio de concursos de méritos y aptitudes, como experiencias pioneras, dentro del propio ministerio y de la administración pública en general, de transparencia y oportunidades de acceso a la función pública de los mejores profesionales, en igualdad de condiciones. Del total de profesionales, 630 son médicos, 703 licenciadas en enfermería y/u obstetricia, 686 auxiliares en enfermería, 30 odontólogos, así como 330 agentes comunitarios de salud y 44 promotores de salud indígena.

Al constituir las Unidades de Salud de la Familia (USF) una puerta de entrada importante al Sistema Nacional de Salud, contribuyen a reducir la exclusión social, aumentando la cobertura y el acceso de las personas a las redes de atención a la salud, sobretudo de aquellas pertenecientes a la población en situación de pobreza y extrema pobreza. De esta manera, se favorece el ejercicio del derecho a la salud, sobre todo para las poblaciones alejadas y con elevados niveles de pobreza.

De acuerdo a indicadores de eficiencia de las USF instaladas y que se reportan semestralmente al Ministerio de Hacienda en el marco de la implementación y seguimiento de la gestión por resultados, se atendió a un total de 657.244 personas entre enero a junio del 2011. Estas cifras equivalen a un 35% de personas atendidas del total de personas que acudieron al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asimismo, las consultas generadas en ese mismo lapso fueron 1.259.236, lo que corresponde al 32% del total de consultas realizadas por el Ministerio.

Desde la perspectiva de la evaluación de la calidad de la atención prestada, se está definiendo un sistema nacional de monitoreo y evaluación que posibilitará seguir y conocer el desempeño del sistema de salud. También se ha promovido la cultura de evaluación de las políticas públicas y programas implementados, como el caso de las USF ya referidas en apartados anteriores.

UNIVERSALIDAD, INTEGRALIDAD Y EQUITAD

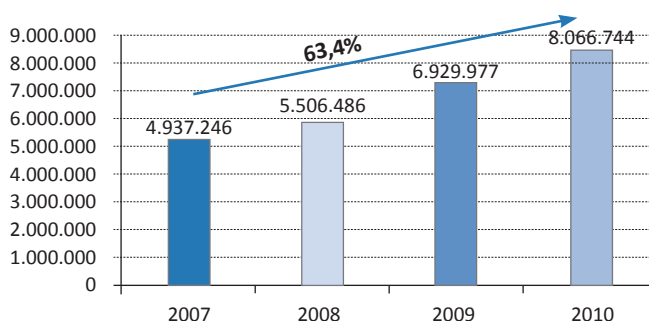
Desde fines del 2008 hasta diciembre del 2009, mediante la declaración de gratuidad, se han logrado avances hacia la universalidad de la atención en salud, extendiéndose a todas las prestaciones ofrecidas por los servicios de salud dependientes de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dicha gratuidad es entendida

como la eliminación del pago de aranceles por parte de la población para el acceso a todas las prestaciones médicas, odontológicas, medicamentos, insumos biológicos y de otro tipo y servicios de ambulancia ofrecidos en todos los hospitales, centros y puestos de salud, unidades de salud de la familia y otras dependencias de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Esta medida de política sanitaria ha tenido un impacto evidente desde dos aspectos relacionados entre sí. Por un lado, se constituyó en una acción afirmativa para posibilitar el ejercicio del derecho a la salud. Redujo significativamente el gasto de bolsillo que deben hacer las familias para la atención y recuperación de su salud, y por lo tanto, se articula con la estrategia de combate a la pobreza en el marco de la política social del gobierno (OMS, 2006). En términos monetarios, el quintil más pobre tenía un promedio de gasto de bolsillo de 115.140 guaraníes en el año 2007, cifra que descendió a 92.520 guaraníes en el 2009, una disminución del 19% (DGEEC, 2007, 2008, 2009).

Por otro lado, facilitó y amplió el acceso a los servicios de salud públicos, evidenciándose un aumento significativo de consultas médicas, odontológicas y de personas atendidas, entre otros indicadores registrados por la Dirección de Estadística en Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. El número de consultas se incrementó en un 63,4 % entre el 2007 y el 2010 (Gráfico 2), así como el número de las personas atendidas, pues de 1.924.860 se pasó a 3.034.485 personas atendidas en el mismo periodo.

Gráfico 2 – Número de consultas realizadas en servicios de salud del MSPBS 2007-2010, Paraguay

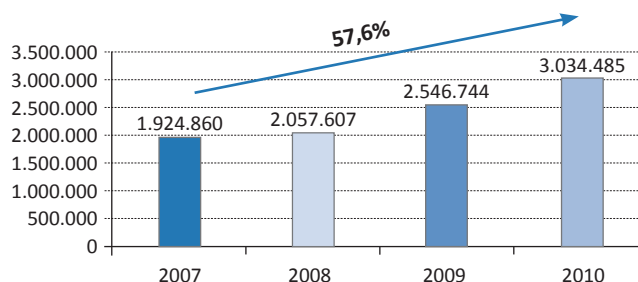


Fuente: Dirección de Estadística en Salud-MSPBS

El impacto de la implementación de la gratuidad en la salud también se evidenció en datos relevados por la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, a través de la Encuesta Permanente de Hogares. Según esta fuente, durante el año 2007 consultaron 353.005 personas enfermas del área rural; el 41% de la población correspondiente al quintil más pobre, se enfermaba y no consultaba; el 20,6% de la población más pobre señalaba que no consultaba porque las consultas

eran caras. Entre el 2009 y el 2010 los cambios fueron los siguientes: 1) 651.978 personas enfermas accedieron a la consulta médica es decir, que las consultas para la población rural se incrementaron un 84,7% en los últimos 3 años; 2) el porcentaje de personas que no consultaba pasó del 41 al 38,4%; y 3) para este periodo el costo de la consulta como un obstáculo fue señalado en el 13,9% de los casos (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Número de personas atendidas por el MSPBS entre 2007-2010



Fuente: Dirección de Estadística en Salud-MSPBS

En la misma línea de mejoras, la inversión en la atención especializada y de alta complejidad, mediante mejora de la infraestructura, incorporación de tecnología, capacitaciones e inclusión de recursos humanos calificados, sobre todo en hospitales regionales, especializados y nacionales, ha contribuido a la universalidad de la atención. Así, se fortalecieron áreas relevantes, como cardiocirugía, neurocirugía infantil, neuropsiquiatría, oncohematología, oftalmología y traumatología, entre otras.

En cuanto a los centros ambulatorios de especialidades, se han fortalecido algunos centros de salud de Asunción con especialidades sobre todo relacionadas a enfermedades crónicas, como la Clínica de Cardiología (Centro de Salud n° 10); la Clínica de Diabetes (Centro de Salud n° 9); la Clínica de Especialidades y el Centro de día para niños y niñas con trastornos del desarrollo (Centros de Salud n° 3); la Clínica de Especialidades (Centro de Salud n° 8); y la Clínica Capellanes del Chaco. A su vez, en el departamento Central se han habilitado una Clínica Ambulatoria de Especialidades en Enfermedades Crónicas (Ypané) y una Clínica de Dermatología (San Lorenzo).

Es importante destacar el aumento de disponibilidad de camas de terapia intensiva mediante la habilitación de nuevas camas en los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), así como mediante convenios firmados entre el Ministerio y otros servicios del subsector público y del sector privado.

En los servicios de salud dependientes del MSPBS, se amplió el número de 86 camas existentes en el año 2008, hasta alcanzar 237 camas disponibles, en el primer semestre de 2011. De estas, el 27% corresponde a adultos, el 30% a niños y niñas y el 43% se destinan a neonatos. Fueron ingresadas en los sectores de terapia intensiva

dependientes del MSPBS, desde el 2008 al 2010, un total de 12.900 personas. En el mismo período, 1.745 personas fueron derivadas al sector privado.

Se facilitó el acceso a los trasplantes de órganos, sobre todo renales y de córnea, mediante alianzas público-público y público-privado (Tabla 3). También merece destaque la elaboración de políticas y programas promovidos desde el Ministerio y dirigidas a grupos poblacionales excluidos y discriminados, como los pueblos originarios y las personas afectadas por problemas de salud mental.

En el caso de los pueblos originarios, se elaboró la Política Nacional de Salud Indígena, además de crearse una instancia superior responsable de impulsarla. En referencia a la salud mental, se han dado pasos significativos hacia la “desmanicomialización” con la creación de varios hogares sustitutos y centros de día para niños y niñas con trastornos del desarrollo, si bien son aún insuficientes numéricamente para la población afectada.

El acceso a la atención especializada en salud ocular se logró mediante la instalación de consultorios oftalmológicos en servicios de salud ambulatorios y hospitalarios y el equipamiento de hospitales de referencia para cirugías oftalmológicas y tratamientos con láser, entre otras medidas.

Tabla 3 – Trasplantes realizados por tipo, Paraguay, 2008-2011

Tipo de trasplantes 2008-2011	Cantidad realizada
Córnea	114
Riñón	103
Corazón	2
Hígado	1
Médula ósea	1
Total	221

Fuente: Instituto Nacional de Ablación y Trasplante-MSPBS

Con la puesta en marcha de la Política Pública para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, la implementación de la gratuidad en el servicio público para el acceso a los servicios de salud y la estrategia de Atención Primaria de Salud, la situación sanitaria ha ido cambiando significativamente y de manera progresiva al permitir el acceso a la salud de sectores de la población históricamente excluidos e invisibles, como el indígena y el campesino, geográficamente más inaccesibles.

Con estas iniciativas, se logró desmontar dos de las principales barreras de acceso a la salud: la económica y la geográfica. De esta manera, han accedido al sistema público 1.000.000 de personas más, disminuyéndose notoriamente la brecha poblacional a ser cubierta. Sin embargo, a pesar de los avances todavía subsisten sectores de la población excluidos, como indígenas y pobladores de zonas urbanas marginales.

Por otra parte, existen aspectos relacionados a la red de servicios que dificultan la atención integral y de calidad. La mayor debilidad del sistema se relaciona a la falta de infraestructura, equipamiento, recursos humanos especializados en la red hospitalaria, acceso a estudios auxiliares de diagnóstico, medicamentos y medios de transporte.

Para la población excluida, una de las principales barreras, además de la geográfica y económica, es la cultural ya que el enfoque intercultural y de derechos humanos todavía no ha sido suficientemente incorporado por los trabajadores de salud en general y, sobre todo, en la atención hospitalaria. Los enfoques de género, interculturalidad y de etapas del ciclo vital están todavía en una fase inicial de implementación, demandando aún un intenso proceso de sensibilización y formación.

No existe aún una política nacional de inclusión de las personas con capacidades diferentes, pero existen políticas e iniciativas institucionales desde la Secretaría de la Función Pública, la Dirección de Bienestar Social del MSPBS y el Ministerio de Educación y Cultura, que administra el Instituto Nacional de Protección a Personas Excepcionales, orientadas a la inclusión de las personas con capacidades especiales o a su rehabilitación. No obstante, existen escasos avances en lo relativo al acceso diferenciado a los servicios de salud con criterio de equidad social.

FINANCIAMIENTO EN SALUD

Fuentes de financiamiento

Las fuentes de financiamiento en salud provienen del tesoro a través del presupuesto de gastos de las instituciones públicas; de los hogares que aportan al seguro social y realizan pago de bolsillo a entidades del sector privado; de los empleadores de empresas privadas que cotizan al IPS y pagan primas a entidades privadas; y, finalmente, de las fuentes externas que se constituyen por intercambios financieros sectoriales de cooperación externa y donaciones realizadas por estas a través de agencias multilaterales o bilaterales y agencias de cooperación externa.

Gasto en salud

El porcentaje del gasto público en salud sobre el total nacional en salud ha experimentado un aumento desde el 2005 al 2009, con un valor promedio de 38,9%. Del mismo modo, el gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) creció progresivamente hasta alcanzar el 3,4% en 2009, frente al 2,5% del año 2005, evidenciando la prioridad fiscal del sector salud en el gasto público. En contrapartida –y tal como puede observarse en la Tabla 4– en idéntico lapso de cinco años, el gasto privado en salud como expresión del PIB, presentó una tendencia decreciente, cayendo de 4,9% a

4,0%. Tal evolución es un claro indicio de la disminución del gasto de bolsillo de las familias a partir de la declaración de gratuidad para todos los servicios del MSPBS desde el año 2009.

Tabla 4 – Indicadores económicos de salud, Paraguay, 2005-2009

Indicador	2005	2006	2007	2008	2009
Gasto público en salud/PIB (%)	2,5	2,7	2,7	3,5	3,4
Gasto privado en salud/PIB (%)	4,9	4,7	4,4	4,2	4,0
Gasto público en salud por persona (guaraníes corrientes)	192.494,9	234.309,9	272.169,0	403.950,0	444.669,9
Gasto público en salud / Gasto total nacional en salud (%)	33,5	36,3	37,9	45,5	45,9

Fuente: Departamento de Economía de la Salud-DGPE-MSPBS

La Unidad de Economía Social del Ministerio de Hacienda señala un aumento progresivo del gasto social correspondiente al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de prácticamente 128%, entre los años 2007 y 2011, tal como puede observarse en el Tabla 5.

Tabla 5 – Evolución del gasto social, Paraguay, 2011

Funciones	2007	2008	2009	2010	2011	2011/2008 %
Salud	1.039	1.044	1.615	1.847	2.377	127,6
Promoción y acción social	614	612	1.241	1.168	1.767	188,8
Seguridad social	1.268	1.375	1.481	1.520	2.318	68,6
Educación y cultura	2.426	2.866	3.280	3.560	4.615	61,1
Ciencia, tecnología y difusión	8	7	15	29	75	954,4
Relaciones laborales	6	7	6	9	18	153,5
Vivienda y servicios comunitarios	57	174	140	141	332	91,2
Total gasto social	5.639	6.187	7.788	8.275	11.502	85,9

Fuente: Unidad de Economía Social-MH

El Ministerio de Salud Pública ha mejorado significativamente la capacidad de ejecución del presupuesto asignado, de tal manera que en el año 2009 alcanzó un 85% de ejecución, superando incluso a la verificada en los años anteriores. Al final del 2010, la ejecución llegó al 92%.

A pesar de los incrementos en el gasto social en general y en salud en particular, aún se deben realizar esfuerzos importantes para el aumento progresivo de estos indicadores, acorde al compromiso de garantizar el derecho a la salud a toda la población.

MACROGESTIÓN

Rectoría, formulación de políticas y planes

La función de conducción y liderazgo nacional en cuanto a la definición y formulación de políticas, planes, programas y proyectos de salud, es ejercida por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, acorde al marco legal vigente constituido por la Constitución Nacional, la ley de creación del Ministerio de Salud Pública, el Código Sanitario y la Ley del Sistema Nacional de Salud, entre los más relevantes.

El principal marco de articulación de las Políticas Sociales del Estado es la propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020 Paraguay para Todos y Todas, por medio del Consejo de Ministros y la Unidad Técnica de Gabinete Social. Esta propuesta se constituye también en una hoja de ruta para conducir y liderar las acciones del Estado en el ámbito social y económico de manera a orientar el desarrollo social hacia las personas como sujetos de derechos.

Bajo la coordinación del Gabinete Social de la Presidencia de la República se pretende lograr la coordinación, articulación y complementariedad de las políticas sociales en general y, a nivel territorial en particular, mediante mesas de trabajo entre diversos ministerios e instituciones gubernamentales.

Regulación de servicios y seguros

La Superintendencia de Salud, instancia surgida en el seno del Consejo Nacional de Salud (Ley 1032/96) tiene establecidas sus funciones y competencias por Ley 2319/06, correspondiéndole la tarea de registrar, categorizar, acreditar y auditar a las entidades prestadoras de servicios de salud públicos, privados y mixtos, con especial atención a la medicina prepaga. Si bien cuenta con autonomía de gestión técnica, depende administrativa y financieramente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

VIGILANCIA EN SALUD

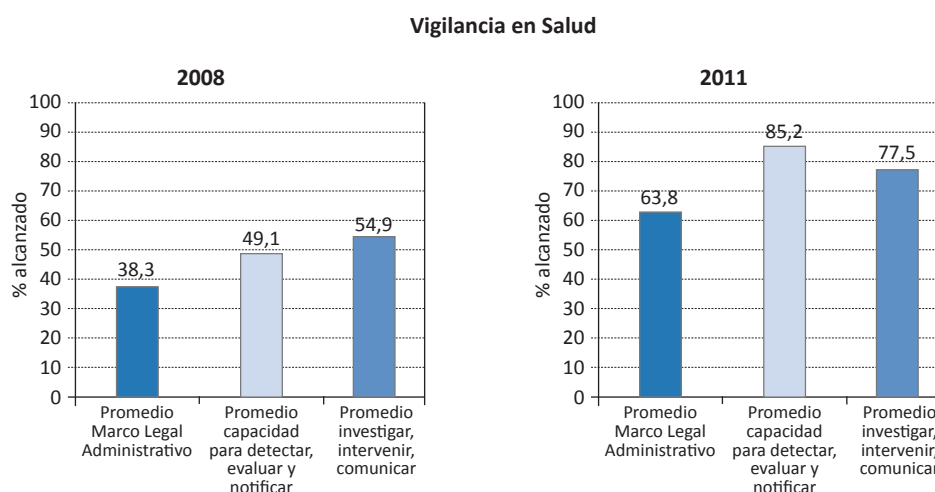
Implementación del Reglamento Sanitario Internacional-2005 (RSI)

La implementación del Reglamento Sanitario Internacional de 2005 (RSI) se inició en junio del 2007. Se realizó la evaluación de capacidades básicas en noviembre del 2008, en los niveles nacional y subnacional. En el año 2009, idéntica tarea se realizó en los puntos de entrada al país. En julio del 2011 se realizó la segunda evaluación, cuyo informe fue remitido en septiembre de 2011 en el formato establecido por la Organización Mundial de la Salud a la Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington.

Se ha desarrollado un Plan Nacional de Fortalecimiento de las Capacidades Básicas para el lapso 2008-2012, actualizado recientemente luego de una segunda evaluación. Según el siguiente gráfico, la evaluación realizada en el 2011 con

relación a la implementación de las Capacidades Básicas recomendadas por el RSI, evidencia que las acciones en el marco legal y administrativo han alcanzado un avance de 63,8%. Para la capacidad de detectar, evaluar y notificar se logró un 85,2%, y por último, alcanzó un 77,5% la capacidad para investigar, intervenir y comunicar.

Gráfico 4 – Implementación de capacidades básicas por el Reglamento Sanitario Internacional de 2005, Paraguay 2008-2011



Fuente: Dirección General de Vigilancia de la Salud-MSPBS, Plan de acción 2011-2014.

La red de diagnóstico laboratorial para la vigilancia está en proceso de desarrollo y fortalecimiento. Actualmente cuenta con nodos subnacionales estratégicos en cinco departamentos de frontera, incorpora laboratorios privados para vigilancias específicas (dengue, influenza, rotavirus), trabaja con laboratorios de referencia supranacionales de Brasil (Fiocruz, Evandro Chagas, Adolfo Lutz), Argentina (Malbrán, Pergamino) y Estados Unidos (CDC).

Vigilancia epidemiológica

En cuanto a la estructuración de la vigilancia epidemiológica, incluyendo los sistemas de alerta y respuesta, se cuenta con una red de vigilancia epidemiológica que complementa a los servicios de salud para la vigilancia de enfermedades de notificación obligatoria, vigilancias centinela, vigilancias universales y vigilancia comunitaria. Siguiendo las recomendaciones del RSI-2005, se creó un Centro Nacional de Enlace para el monitoreo de eventos de salud pública de importancia nacional e internacional que funciona en red con 18 unidades epidemiológicas regionales. Desde allí se administra el sistema de alerta y respuesta a nivel nacional, subnacional e internacional. Dicho centro es miembro de la red de Alerta y Respuesta de la OPS/OMS-IHR. Por otra parte, se encuentran en proceso de desarrollo las unidades de epidemiología distrital y las unidades de epidemiología hospitalaria.

Para la vigilancia en puntos de entrada internacional (pasos de fronteras, puertos y aeropuertos), se cuenta con un listado de puntos de entrada designados para la implementación de las capacidades básicas que exige el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (dos aeropuertos, un puerto y tres pasos fronterizos terrestres) y un plan de fortalecimiento 2011-2014.

En el contexto de la vigilancia de los principales factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, tabaco, consumo excesivo de alcohol, sedentarismo y alimentos no saludables, el país realizó en el 2011 la primera encuesta de factores de riesgo para enfermedades crónico-degenerativas incluyendo a población indígena. Se cuenta, además, con observatorios de violencia y accidentes. Forma parte de la red CARMEN/OPS.

Vigilancia Sanitaria

La Dirección de Vigilancia Sanitaria fue creada por Ley 1119/97 como organismo regulador en la fabricación, control de calidad, comercialización y uso racional de medicamentos, fitofármacos, domisanitarios y cosméticos. Desde el año 2010, también regula los productos del tabaco y los productos para la salud, con lo cual se ha expandido aún más su ámbito de regulación. Cuenta con 16 Oficinas Técnicas Regionales ubicadas en las respectivas Regiones Sanitarias.

Las políticas específicas para regulación de la publicidad en salud están contenidas en la Ley 1119/97 que establece la definición de criterios, a cargo de la máxima autoridad sanitaria, con relación a la promoción y publicidad de las especialidades farmacéuticas. Por otro lado, el soporte laboratorial para la vigilancia sanitaria se organiza a través de convenios de cooperación técnica con institutos y laboratorios tales como el Instituto Nacional de Tecnología y Normalización, el Laboratorio Pharmacontrol, el Laboratorio de Control de Calidad de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Asunción y el Centro Multidisciplinario de Investigaciones Tecnológicas.

Vigilancia ambiental en salud

Para llevar a cabo la vigilancia ambiental en salud, existe una Dirección General de Salud Ambiental que trabaja sobre todo en el control de la calidad del agua y coordina acciones con la Secretaría del Ambiente en los casos de intoxicación por agrotóxicos. También forma parte de la estrategia de gestión integrada para la prevención y control del dengue, articulando con los municipios acciones para mejorar el problema de recolección de residuos sólidos y, principalmente, neumáticos.

Con relación al sistema para mitigar el riesgo de desastres naturales, se trabaja desde el Centro Nacional de Enlace incorporando variables predictivas de clima y articulando con organismos de respuesta intra e intersectoriales.

FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

Brecha entre las necesidades del sistema y la oferta de personal

En la última revisión del cumplimiento de desafíos y metas, aún cuando haya quedado una tarea pendiente de depuración de las bases de datos, se constató que la razón de médicos/as por cada mil habitantes es de 1,3. Si se trata de enfermeros/as, la tasa es de 0,86 ‰. La razón para odontólogos/as llega a 0,73‰ y la de técnicos/as a 0,25‰ (Cuadro 2).

Cuadro 2 – Fuerza de trabajo en salud, Paraguay

Profesionales de salud	Número	Razón por mil habitantes para el país
Médicos	9.070	1,30 ‰
Enfermeras	5.640	0,86 ‰
Odontólogos	4.767	0,73 ‰
Técnicos	1.717	0,25 ‰

Fuente: Dirección General Estratégica de RRHH-MSPBS

La observación de dichas cifras constata que en cuanto a la profesión médica estamos dentro de lo recomendable y el déficit de licenciados/as en enfermería puede ser temporalmente cubierto por los técnicos en enfermería, que son formados bajo el control del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través del Instituto Nacional de Salud. Hasta la asunción de esta nueva administración, existía una distribución inadecuada de la fuerza de trabajo en salud, particularmente en cuanto a médicos/as. Se han tomado medidas que tienden a revertir dicha inequidad. No obstante, persiste una brecha en el total de médicos y en particular en algunas especialidades.

Según datos recabados por el ministerio, existe una concentración de más de 50% de los profesionales de salud en Asunción y el departamento Central, si bien con la instalación de las Unidades de Salud de la Familia en poblaciones alejadas y rurales, se ha promovido la redistribución de profesionales hacia los diversos departamentos de país. En cuanto a las especialidades, existen especialidades cuyas brechas son críticas y requieren una intervención conjunta con las universidades y los gremios para subsanar este déficit crónico. Entre ellas, podemos mencionar: anestesia (la más crítica), neurocirugía, terapia intensiva neonatal y, en menor medida, pediatría.

Cambios y estrategias de innovación en la formación y educación permanente

No se han logrado aún cambios importantes en la orientación de la formación de los trabajadores de la salud. El modelo biologicista y orientado hacia la enfermedad predomina en todas las instituciones formadoras. A través de la Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos se han establecido contactos y se han

facilitado seminarios de actualización y formación de referentes de las universidades, pero se requiere una acción de mayor impacto para lograr este cambio cultural en las universidades más antiguas, ya que las demás siguen la misma línea trazadas por ellas. No obstante, se ha incentivado la formación de postgrado por medio de residencias en medicina familiar y cursos virtuales para los médicos de las Unidades de Salud de la Familia, en el Instituto Nacional de Salud.

La Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos, creada en el 2009 por esta administración, tiene entre sus fines establecer relaciones con las instituciones formadoras y armonizar los intereses del ministerio –como institución empleadora– con las instituciones formadoras. En general, no existen programas de educación permanente de la fuerza de trabajo en salud. Existen capacitaciones aisladas, excepto en el caso de enfermería y obstetricia, que con la creación del Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia, cuenta con un programa diseñado con el apoyo de la cooperación japonesa, que ofrece una muy buena iniciativa.

Dentro de las experiencias educativas innovadoras podríamos mencionar la formación de técnicos superiores en Información en salud y en reparaciones de equipos biomédicos; la conversión de auxiliares de enfermería en técnicos superiores en enfermería; y la creación de una institución formadora de técnicos superiores en enfermería para indígenas, en el Chaco.

Modelo de gestión del personal de salud – Vínculo laboral y modalidades de contratación

La actual directiva del Ministerio viene alentando el trabajo en una sola institución como propuesta alternativa al modelo que permite que los médicos tengan contratos en varias instituciones. Esta propuesta se basa en la consolidación de dichos contratos, con una carga horaria de tiempo completo en un solo servicio, lográndose un mayor arraigo al servicio de salud, una optimización del tiempo y una mejor cobertura. Este programa está destinado a profesionales de las cuatro especialidades básicas y a anestesiólogos. Por otra parte, las Unidades de Salud de la Familia conformadas como un equipo arraigado en un territorio social y compuestas por un/a médico/a, un/a licenciado/a, un/a auxiliar de enfermería y tres agentes comunitarios de salud, tienen también una modalidad laboral de tiempo completo.

Se ha logrado la desprecarización laboral de más de 6.000 funcionarios a través de un concurso abreviado, procediendo al nombramiento de funcionarios que tenían entre 6 y 12 años de contratos renovados anualmente. En dicho nombramiento, se tuvo en cuenta la antigüedad y se evitó sistemáticamente influencias de tipo político-partidarias, aún cuando la mayor parte de los nombrados pertenecían a grupos de signo político distinto al oficialista.

Se está invirtiendo en informatizar las bases de datos de recursos humanos, actividad que permitirá una depuración del agregado de personal y un mejor control de los funcionarios, además de proporcionar información y evidencias que permitan una mejor toma de decisiones.

Las modalidades de vinculación institucional son el nombramiento por decreto, que permite una estabilidad laboral a partir de los seis meses de trabajo y es permanente. Esta modalidad incluye el aporte jubilatorio y otros beneficios, como maternidad, complemento familiar, etc. El contrato temporal es otra forma de vinculación cuya duración y renovación es anual. Incluye algunos beneficios que antes no existían, como bonificación y remuneración extraordinaria, pero no contempla la posibilidad de aportes a la jubilación ni produce antigüedad. Recientemente se introdujo la figura de pago por producto, aunque es una modalidad todavía poco utilizada.

Regulación de la formación y de las profesiones

Existe un proyecto elaborado entre el Ministerio de Salud, los gremios y la OPS/OMS, para la regulación de la formación que actualmente cuenta con aprobación de una de las comisiones de la Cámara de Diputados (Justicia y Trabajo). Se está trabajando con la Secretaría de la Función Pública en un proyecto paralelo que podría ser aprobado por decreto del Poder Ejecutivo, hasta tanto el Parlamento lo trate y apruebe.

De acuerdo a la Constitución Nacional, las universidades son autónomas y existe una discusión vigente acerca de si los Institutos superiores tienen también dicha autonomía, no consagrada explícitamente en la Carta Magna. Por Ley General de Universidades, los títulos habilitan para el ejercicio de la profesión una vez inscriptos en el Ministerio de Educación. Por otra parte, el Código Sanitario estipula que todos los títulos de profesiones de salud deben ser registrados en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Ninguna de estas instituciones tiene competencia frente al postulado constitucional de la autonomía, por lo que estamos en presencia de una pérdida legal del poder de rectoría de ambas instituciones de salud y educación, frente a la omnipotencia de la autonomía.

Existen parámetros establecidos por la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior, encargada del proceso de acreditación de las instituciones formativas. Sin embargo, dicha función se ejerce recién cuando la institución tiene egresados, lo cual implica un periodo “ventana” de 5 a 6 años, sin ningún control.

En cuanto a la regulación, la acción de Ministerio de Salud Pública es periférica y no vinculante, a través de la concienciación de las instituciones del Ministerio de Educación para que cumplan su rol rector y establezcan criterios claros de calidad. A su vez, solicita referencias a las universidades e institutos superiores que piden la utilización del ministerio como campo de prácticas, así como evaluaciones diagnósticas e implementación de las mejoras sugeridas y, finalmente,

estableciendo diálogo con las instituciones gremiales para el reconocimiento de las especialidades (convenio mediante).

Las especialidades médicas y las otras profesiones en salud son reguladas en conjunto con los gremios respectivos. En el primer caso, con el Círculo Paraguayo de Médicos, institución que agrupa a todas las sociedades gremiales.

El sector privado universitario se ha desarrollado enormemente en los últimos 10 años y, en los últimos cinco, sin control por parte de las instituciones pertinentes (Consejo de Universidades). Es así que han adquirido el privilegio de incursionar en el campo de la educación a través de una ley aprobada por el Congreso Nacional sin que los dictámenes negativos de la institución competente (Consejo de Universidades) sean considerados vinculantes. El Estado ha perdido el control sobre la creación de las universidades y no puede exigir ningún tipo de requisitos mínimos. No existe regulación.

Desde el marco legal, la principal formadora de la fuerza de trabajo en salud es el Instituto Nacional de Salud, pues fue creado por Ley de la Nación para realizar cursos de especialización y maestría en el área de salud. Sin embargo, aún debe reorientar y consolidar sus esfuerzos hacia la formación de recursos humanos acordes al marco conceptual de las políticas públicas en salud. También existen cursos en otras instituciones privadas, pero son limitados y escasos.

Estrategias para la formación del personal técnico

En cuanto a las estrategias para la formación del personal técnico, debemos señalar que dicho personal es formado por los Institutos Técnicos Superiores, que dependen del Instituto Nacional de Salud (INS) y de la Dirección de Educación Superior del Ministerio de Educación a través de un convenio. Particularmente, el INS se encarga de controlar todo el proceso de admisión, evaluación y registro de los alumnos desde su ingreso hasta el egreso respectivo. Existen 12 carreras técnicas, las cuales tienen una orientación de apoyo a la asistencia. Actualmente, el instituto ha abierto otras carreras denominadas “estratégicas” que tienen por objeto dar apoyo a las nuevas políticas de salud: registro e información en salud, mantenimiento de equipos biomédicos, conversión de auxiliares de enfermería en técnicos de enfermería. Además, se reorientó el currículo del bachillerato técnico en salud hacia las competencias de agentes comunitarios, con salida laboral dentro de las Unidades de Salud de la Familia.

ACCIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Coherencia entre políticas y acción sobre los determinantes sociales

La propuesta de “Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020 Paraguay para Todos y Todas” (Presidencia de la República, 2010), constituye el principal marco de articulación de las Políticas Sociales del Estado y una hoja de ruta para

conducir y liderar las acciones del Estado en el ámbito social y económico con miras a un desarrollo social con rostro humano. Anclado en un enfoque de derechos bajo los principios de universalidad, gobernabilidad, igualdad, diversidad, participación social, transparencia, eficiencia y eficacia, articulación, democracia y descentralización, sustentabilidad y sostenibilidad, gradualidad y progresividad, esta política se plantea trabajar cuatro ejes estratégicos: calidad de vida para todos y todas, inclusión social para la superación de la pobreza y la desigualdad, crecimiento económico sin exclusiones y fortalecimiento institucional y eficiencia en la inversión social.

Estrategias de coordinación intersectorial

Bajo la coordinación del Gabinete Social de la Presidencia de la República se pretende lograr la coordinación, articulación y complementariedad de las políticas sociales en general y a nivel territorial en particular. Las instancias de articulación de la política pública son el Consejo de Ministros y la Unidad Técnica del Gabinete Social.

Un avance importante en el proceso de implementación de esta política es la adopción de un modelo de gestión sistémica y por resultados, con un abordaje territorial y participativo que permitirá enfrentar los problemas y dar respuestas a las necesidades en el espacio de vida de la gente, reconociendo los recursos, las potencialidades y los determinantes que afectan la calidad de vida de las personas.

Esta política se encamina a la conformación de un sistema de protección social (*Sáso Pyahu*, en idioma guaraní), con un modelo de gestión en red que plantea articular la responsabilidad de los diversos actores del sector público en diálogo permanente con la sociedad civil, para dar respuestas concretas a aquellos sectores especialmente fragilizados y excluidos, producto de la inequidad social y económica (las poblaciones en extrema pobreza, indígenas, personas en situación de calle, etc.).

Este modo de gestión plantea la articulación y complementariedad de las políticas sectoriales y de las acciones en el territorio como un complejo entramado institucional y social que logre identificar cada familia o persona en estado de vulnerabilidad para promover cambios significativos en sus condiciones de vida.

Experiencias desarrolladas

El abordaje integral de los territorios y la estrategia promocional de la equidad con calidad de vida y salud, y los programas articulados por etapas del ciclo de vida, son las principales herramientas para la acción sobre los determinantes sociales en el sector de la salud, afianzados en el marco referencial de la salud como producto social y condicionado por la calidad de vida de la población. Es así que este sector, como parte integrante del Gabinete Social, alcanza los territorios sociales a través de las Unidades de Salud de la Familia, que operan en coordinación con otros

sectores del Estado y encaminan las demandas y necesidades hacia las instituciones responsables.

Existe actualmente una iniciativa favorable de revisión de la propuesta de “Política Pública para el Desarrollo Social 2010/2020 – Paraguay para Todos y Todas” entre diversos actores gubernamentales, para evaluar los avances, dificultades y desafíos, sobre todo de su estructura de gestión. Se destaca así la necesidad de fortalecer el abordaje territorial en forma coordinada y articulada entre los sectores y actores implicados. Al mismo tiempo, se plantean experiencias de articulación intersectorial en territorios sociales del área rural y de poblaciones indígenas, lideradas por el Gabinete Social desde la problemática de la reforma agraria. Es una mesa de trabajo conformada por representantes de varios ministerios, como el de agricultura, salud y educación, entre otros que, en base a lecciones aprendidas de experiencias anteriores, pretende incidir favorablemente sobre los determinantes sociales con la participación de las poblaciones respectivas. La gran mayoría de las comunidades seleccionadas cuentan con una Unidad de Salud de la Familia cercana que atiende a sus poblaciones respectivas y cuyos equipos de salud de la familia están comprometidos a participar activamente de la propuesta.

Alcance de los Objetivos del Milenio

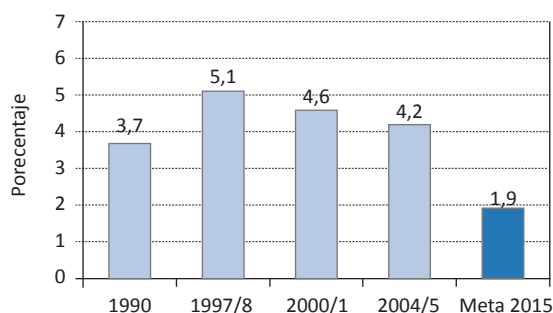
Paraguay asumió el compromiso de realizar los esfuerzos necesarios para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio (ODM) para el año 2015. Es así que el país experimentó una progresiva mejora en los principales indicadores en los últimos años y, aunque en la mayoría de los casos no alcanzará la meta propuesta, se hace perentorio mantener las metas logradas y seguir disminuyendo las estancadas o rezagadas (MSPBS, 2011).

ODM 1 – Nutrición de niños y niñas menores de 5 años y de mujeres embarazadas

El hambre se mide a través de dos indicadores, el “porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición global¹”; y el “porcentaje registrado de mujeres embarazadas desnutridas”.

La desnutrición global de menores de 5 años –como puede observarse en el Gráfico 5– muestra un incremento entre 1990 y 1998, año en que empieza a decrecer. No obstante esta tendencia decreciente en los últimos 7 años, en el 2005 el indicador se ubica todavía por arriba del registrado en 1990, observándose el pico más alto en el año 1998, con el 5,1%. Así, en 1990 la desnutrición global afectaba al 3,7% de la niñez menor a 5 años y para el 2005 al 4,2%. Considerando el área de residencia, el sector urbano registra menores tasas de desnutrición y en el periodo estudiado no hubo cambios positivos. El área rural, sin embargo, muestra un persistente incremento, pasando de 4,3% en 1995 a 5,7% en 2005.

Gráfico 5 – Evolución de la prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años, Paraguay, 1990-2004/5



Fuente: CEPEP 1990; DGEEC - EIH 1997/8; 2000/01 - EPH 2004/2005

Con respecto a las diferencias por sexo, el indicador muestra un crecimiento más rápido de la desnutrición en los varones, ya que pasó de 3,3% a 5,2%, mientras que la desnutrición en las niñas disminuyó de 4,1% a 3,1%. Si el análisis se realiza por condición de pobreza, las diferencias son muy significativas. La desnutrición global alcanzaba al 6,4% de los menores de 5 años en situación de pobreza y a 2,1% de los no pobres.

La desnutrición global en menores de 5 años cobra importancia debido a su impacto en la salud y el rendimiento educativo en el corto plazo, mientras que en el largo plazo influye en las capacidades laborales y socioafectivas. Según un estudio realizado por Cepal/PMA/Unicef, la suma de los costos directos e indirectos en salud, educación y productividad en Paraguay fue equivalente al 2% del PIB del año 2005². Los costos de intervención para erradicar la desnutrición son mucho más bajos que los costos derivados de no erradicarla.

El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) es implementado por el Ministerio de Salud Pública, desde el año 2000, de manera gradual y ampliada a todos los departamentos del país. El SISVAN incluye a menores de 5 años, embarazadas y niños/as en edad escolar y adolescentes. Sin embargo, la remisión de datos desde las regiones sanitarias es aún irregular, motivo por el cual dicho sistema requiere un sostenido fortalecimiento.

El porcentaje de mujeres embarazadas con desnutrición se incrementó de 28% a 34,5% entre los años 2000 y 2003. A partir de ese último año empezó a disminuir hasta ubicarse en 30,0%, en 2009. Cabe destacar que al inicio de la vigilancia nutricional de embarazadas (2000), los datos fueron obtenidos de siete Hospitales Regionales, seleccionados en función de sus índices de mortalidad materno-infantil. Para el año 2002 se agregaron cinco Regiones Sanitarias y en la actualidad se realiza en las 18 Regiones Sanitarias del país, aunque con un número de muestras muy variable. Los indicadores con los cuales se mide el estado nutricional son peso/talla/edad gestacional, con el patrón de Rosso y Mardones (Ministerio de Salud de Chile, 1986).

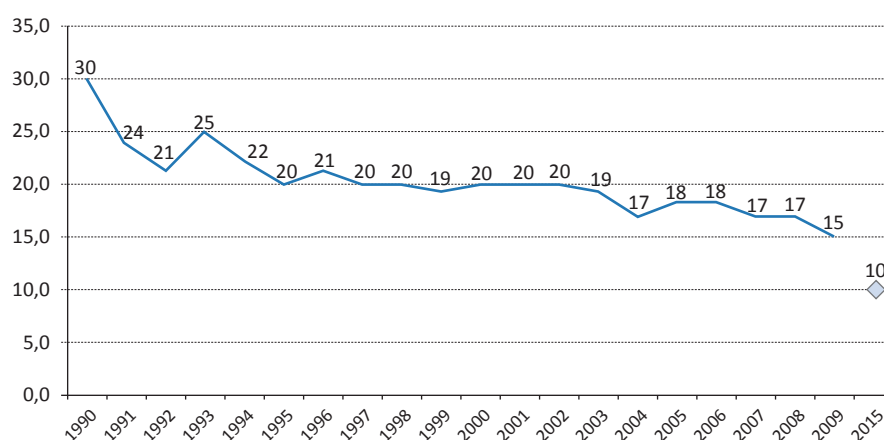
Observando el comportamiento de los indicadores relativos a la desnutrición, tanto de la niñez como de las mujeres embarazadas, puede afirmarse que el cumplimiento de las metas será difícil. Sin embargo, si se considera que a partir del año 2009 se verificó un aumento significativo de los programas de Transferencia Monetaria Condicionada que actualmente alcanzan al 50% de la población en pobreza extrema (se prevé llegar al 100% en los siguientes años), sumado a un aumento considerable de la inversión social y a un repunte económico, puede esperarse que para el año 2015 Paraguay pueda revertir significativamente los porcentajes de pobreza y desnutrición.

ODM 4 – Salud de la niñez

Es relevante destacar que las tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años se constituyen en indicadores privilegiados de las condiciones de vida de una población determinada y de la calidad de atención de los servicios de salud, al revelarse extremadamente vulnerables al deterioro de las condiciones de vida concretas de un país o región. Por esta razón, su seguimiento adquiere relevancia para medir el impacto de las acciones en la salud y en la calidad de vida.

La tasa registrada de mortalidad infantil pasó de 30 por mil nacidos vivos registrados en el año 1990, a 15 por cada mil nacidos vivos registrados en 2009 (MSPBS-SSIEV, 2009). Según datos del MSPBS, el descenso en la mortalidad infantil fue más significativo en el sector urbano (18 en 1996 a 14 en 2009 por cada mil nacidos vivos), así como entre los niños (de 24 a 16 por cada mil nacidos vivos) frente a las niñas (de 18 a 14 por cada mil nacidos vivos), en el mismo periodo. Es necesario recordar que la tasa de mortalidad infantil estimada es el doble: fue de 31 en 2009 (Tabla 1).

Gráfico 6 – Tasa de mortalidad infantil registrada, Paraguay, 1990-2009

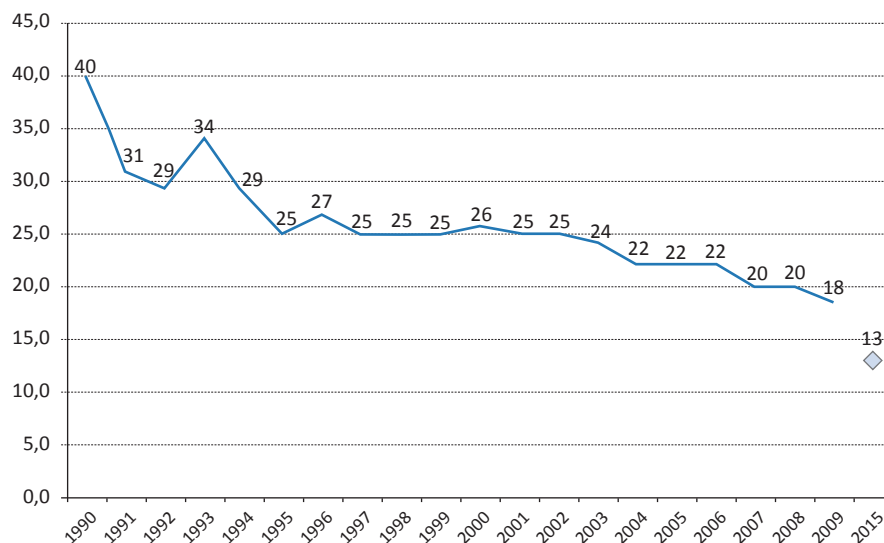


Fuente: Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). MSPBS

Si bien la tasa de mortalidad infantil también ha experimentado un descenso progresivo con el transcurso de los años, la meta prevista para el 2015 de reducirla a dos terceras partes de su valor del año 1990 no se alcanzaría debido al ritmo del descenso. Según evaluación de Unicef y Cepal realizada en el año 2007, el país está clasificado como rezagado en el cumplimiento de esta meta ya que hasta ese año no se había logrado disminuir la mortalidad infantil al 45% de su valor en el año 1990 (Cepal, Unicef, 2007).

Al analizar las causas de muerte de los niños y niñas menores de 1 año del año 2009, se constata un alto predominio de afecciones en el período neonatal, de manera que se registran lesiones debidas al parto (34%), seguidas de malformaciones congénitas (19%); infecciones del recién nacido y septicemia (10%); y por último, prematuridad (6%). Por otra parte, la diarrea es responsable del 3% de las muertes y las enfermedades nutricionales y la anemia del 2%, entre las causas más relevantes. Esto implica el desafío de lograr una mayor disponibilidad y acceso a una atención médica adecuada durante el parto y el cuidado del neonato. Al mismo tiempo, la superación de muertes por causas transmisibles implica desafíos de mayor envergadura, como el acceso a servicios educativos, de saneamiento básico, nutrición, etc., lo que equivale a mejores condiciones de vida.

Gráfico 7 – Tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años, Paraguay, 2009



Fuente: Sub Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). MSPBS

En el Gráfico 7 se observa que entre los años 1990 y 2009 (MSPBS-SSIEV, 2009), la tasa registrada de mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años descendió de 40 a 18 decesos por cada mil nacidos vivos registrados. Según datos del Subsistema de Información de Estadísticas Vitales del MSPBS, esta caída se notó

principalmente en el sector urbano, disminuyendo de 27 muertes, en 1996, a 17 por cada mil nacidos vivos registrados en 2009; y fue más acentuado en los varones en el mismo periodo: de 30 a 20 fallecimientos por cada mil nacidos vivos.

La tasa de mortalidad registrada por el MSPBS de menores de 5 años mantiene una línea de tendencia descendente, pero el ritmo de descenso no es suficiente para alcanzar la meta prevista para el 2015. A pesar de haberse logrado un aumento de la cobertura de las Estadísticas Vitales, aún persiste un subregistro importante del orden del 29% para las defunciones y 33% para los nacidos vivos en el año 2009, comprometiendo a su vez el logro de la meta en el plazo establecido.

En cuanto a la causas de muerte en este grupo etario, si bien, como ya se mencionó, aún tienen un peso importante las causas relacionadas al período neonatal, ya es posible observar un aumento de las neumonías e influenza, diarreas y causas externas (accidentes domésticos), así como las enfermedades nutricionales y anemias, configurándose un perfil de causas prevenibles o evitables.

Las acciones llevadas a cabo por la Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia para contribuir a este objetivo son las siguientes:

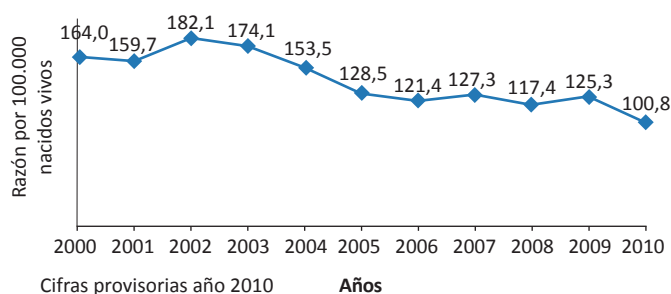
- Elaboración del Plan Nacional de Promoción en Calidad de Vida y Salud con Equidad de la niñez y adolescencia 2010-2013, actualizando la Estrategia Nacional de Salud Neonatal.
- Convenio Marco de Cooperación interinstitucional entre varios ministerios, conformación de un equipo técnico multidisciplinario intersectorial y diseño de un programa para la prevención y la atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de maltrato.
- Identificación de estrategias de alimentación y nutrición de los pueblos indígenas, además de la participación en la mesa interinstitucional coordinada por la Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia para identificar y articular otras acciones.
- Abordaje de la calidad de la atención en los servicios de salud con perspectiva de derechos humanos, género y eliminación de la violencia a través del *Proyecto "Pehendu Ore Ñe'e"* ("escuchen nuestras voces"), dirigido a profesionales directamente implicados en la atención a la salud de niños, niñas y adolescentes.
- Implementación de la estrategia de AIEPI comunitario (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) a través de las Unidades de Salud de la Familia, para el mejoramiento de la calidad de vida y la salud integral de los niños y niñas menores de 5 años.
- Cobertura inmunológica, a través del programa regular y de campañas nacionales de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Apoyo nutricional de recuperación y de prevención por medio de la distribución de leche y otros alimentos a niños y niñas menores de 5 años y a embarazadas con déficit nutricional, por parte del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición en los servicios de salud del MSPBS.

Los desafíos para la reducción de la mortalidad en la niñez se relacionan a la ampliación de la cobertura de salud en las regiones más pobres del país; el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud en la red integrada de servicios de salud y acciones de promoción de la salud para el crecimiento y desarrollo favorable de los menores de 5 años. Además, podemos mencionar el control de las enfermedades prevenibles; el mejoramiento del sistema de registro e información en salud y su actualización con datos consistentes y confiables; la definición de indicadores de salud de los niños y niñas indígenas y la elaboración de planes y programas que tomen en consideración los aspectos culturales de las comunidades indígenas; y la capacitación de los recursos humanos en salud, entre las acciones más relevantes.

ODM 5 - Salud materna

En el año 1990, la razón de mortalidad materna (RMM) en el Paraguay era de 150,1 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, mientras que en el año 2009 se registró una RMM de 125,3 por 100.000 nacidos vivos.

Gráfico 8 - Razón de mortalidad materna, Paraguay, 2000-2010



Fuente: Sub Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV)-MSPBS

A lo largo de los 20 años de reporte de este dato, se observan oscilaciones importantes marcadas por los procesos de fortalecimiento de la vigilancia de la mortalidad materna desde el año 2000 y el mejoramiento de la calidad del registro de las estadísticas vitales, a partir del año 2004.

Si bien la tendencia general es a la disminución, se siguen observando fuertes inequidades. Así, en el año 2008 la RMM total fue de 117,4, siendo la urbana de 65,5 y la rural de 179,4. Comparando entre las diferentes regiones se observa para el mismo año en la capital del país una RMM de 46,32, por debajo de la general, y en Alto Paraguay (región de difícil acceso geográfico y con elevado porcentaje de población indígena), una RMM de 606,06. Esto evidencia que el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y el tratamiento oportuno de las complicaciones en los servicios de salud son claves para la reducción de la mortalidad materna, pues esta es un reflejo de los determinantes sociales y de las respuestas adecuadas en

tiempo y calidad del sistema de salud. El aumento de la RMM en el 2009 respecto al 2008 está relacionado con el aumento de infecciones respiratorias, incluyendo los casos por influenza AH1N1.

Según la Evaluación del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2003/2008, las principales causas de mortalidad entre los años 2003 y 2006 fueron el aborto, otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio, hemorragia, toxemia y, finalmente, sepsis. Las causas que tendieron a decrecer con los años fueron la sepsis y otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio (MSPBS, 2008). En el año 2009, la primera causa fue enfermedad hipertensiva del embarazo-toxemia (19,5%), seguida de aborto (18%), hemorragias (16,4 %), sepsis (6,3%) y otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio (39,8%) (DGPS-MSPBS, 2009).

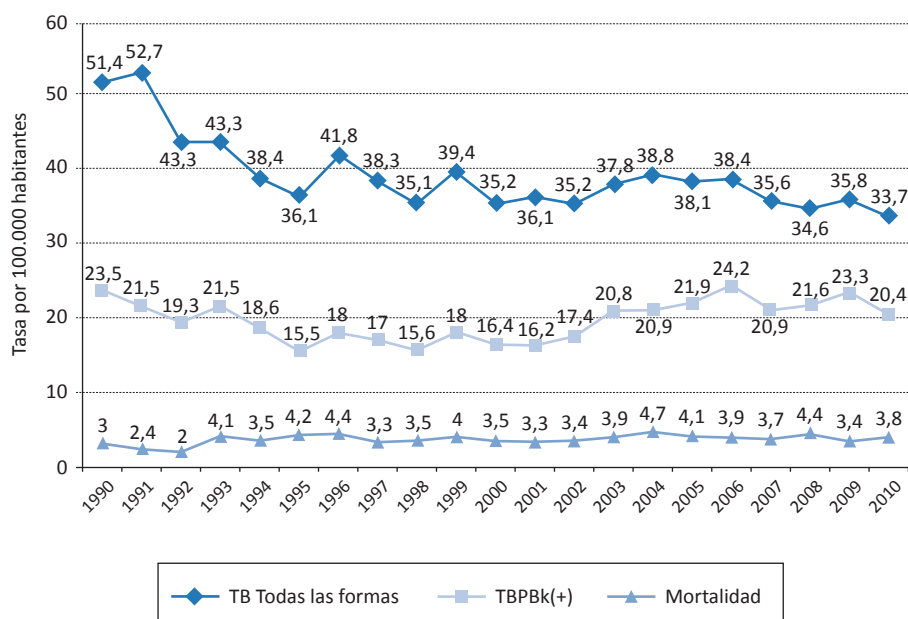
Para lograr la meta en el 2015, la reducción debería seguir hasta alcanzar una RMM registrada de 37,5 por 100.000 nacidos vivos. El progreso de la reducción actual es insuficiente para alcanzar la meta prevista, aunque el potencial de reducción del Paraguay es elevado, así como en otros países de América Latina. Por lo tanto, es posible reforzar la tendencia mediante la firme adopción de medidas como: a) mejoría de la calidad de la atención durante el prenatal, el parto y el puerperio; b) desarrollo e implementación de la Red Integrada de Servicios de Salud; c) disminución del aborto inseguro; d) reducción de la morbilidad materna severa; e) integración de los programas de salud sexual y reproductiva y VIH/Sida; f) acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva; g) mejora de los sistemas de información; h) eliminación de la sífilis congénita.

ODM 6 - Combatir el VIH SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Situación de la tuberculosis

La tuberculosis (TB) sigue constituyendo un problema grave de salud pública en nuestro país. En el 2010 se identificaron 2.172 casos nuevos de TB, de los cuales 10,3% ocurrieron en niños y niñas menores de 15 años. Podemos decir que Paraguay ya ha alcanzado la meta de disminuir significativamente la incidencia de TB en relación al año 1990. En el Gráfico 9 se observa que esta enfermedad disminuyó de 51,4/100.000, en 1990, a 33,7/100.000, en 2010. Sin embargo, no se ha logrado alcanzar la meta de disminuir al 50% la mortalidad al 2015 en relación a 1990.

Gráfico 9 – Tendencia de la incidencia y mortalidad por tuberculosis, Paraguay, 1990-2010



Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis-MSPBS

Desde el año 2004 se han incrementando los recursos financieros gubernamentales que, junto con los recursos de los proyectos financiados por el Fondo Mundial (\$4.204.914 en los últimos 5 años), han contribuido a la realización de actividades para implementar la estrategia “Alto a la Tuberculosis” y, por ende, al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015. Los recursos para la atención en TB posibilitaron:

- Incrementar el número de laboratorios de diagnóstico por baciloscopía: de 34, en el 2004, a 142, en el 2010.
- Incrementar el número de servicios implementando la Estrategia DOTS/TAES: de 98, en el 2004, a 1039, en el 2010, de los cuales 70 son USF.
- Capacitar 6.365 personal de salud del Ministerio de Salud Pública en la estrategia DOTS/TAES.
- Capacitar 11.549 promotores voluntarios en TB en las 18 regiones sanitarias.
- Informar sobre prevención y control de la TB a 159.626 miembros de la comunidad.
- Capacitar a 1.322 promotores voluntarios indígenas para el trabajo comunitario en la prevención y control de la TB, entre julio 2008 a junio 2010.
- Capacitar a 981 trabajadores de salud del Ministerio de Salud Pública en la estrategia DOTS/TAES con enfoque intercultural.
- Capacitar a 963 trabajadores de salud de la seguridad social (Instituto de Previsión Social, Sanidad Militar y Sanidad Policial) en la Estrategia Alto a la TB.
- Iniciar la implementación de la vigilancia de la coinfección TB/VIH.

- Iniciar el tratamiento de pacientes con TB-MDR (2007).
- Establecer varias Alianzas Estratégicas para la contribución al logro de las metas, como la realizada con el Hospital Menonita Km.81, la Fundación VENCER, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Itapúa, el Ministerio del Interior y el Instituto de Previsión Social (2009).
- Elaborar material de comunicación (impreso y radial) en idiomas castellano y guaraní.

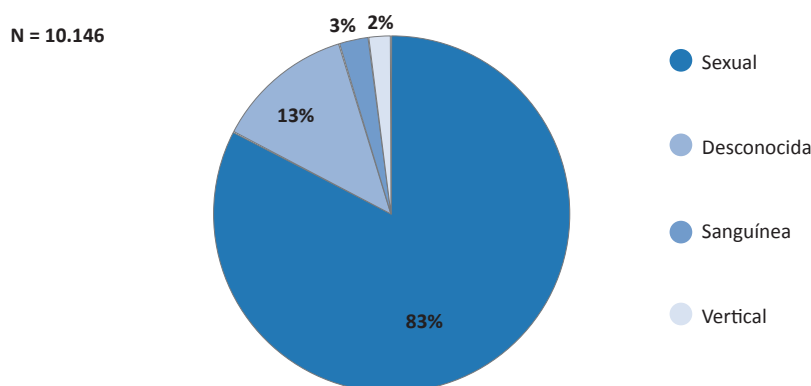
A tres años de la implementación de la estrategia “Alto a la TB” y de acciones específicas para abordar el control de la TB en Paraguay, se ha logrado contribuir a la disminución de la tasa de incidencia. Sin embargo, solo un trabajo coordinado intra e intersectorialmente contribuirá al logro de los Objetivos del Milenio para el 2015 de disminuir la tasa de prevalencia y mortalidad. El trabajo coordinado permitirá fortalecer las alianzas con otros sectores e incorporar las estrategias para la reducción de la pobreza en el país, de manera a abordar la problemática de la enfermedad desde los determinantes sociales.

Situación del VIH-Sida

Desde los inicios de la epidemia del VIH en el Paraguay hasta diciembre del 2010, a través de la vigilancia epidemiológica se han registrado 8.908 personas viviendo con VIH/SIDA. El 32,7% (2.912 casos) están notificados como SIDA, el 56,9% (5.072 casos) como personas infectadas con VIH sin condición que defina SIDA y 924 personas con estadio desconocido. Las personas fallecidas registradas suman 1.238 casos, con un recuento total de 10.146 registros.

Del total de los registros según categoría de exposición, correspondieron a transmisión sexual el 83%, el 2% a infección perinatal y el 3% refirió haber tenido transmisión por contacto con sangre y fluidos contaminados. En un 13% de los registros no se ha podido identificar la categoría de transmisión

Gráfico 10 – Categorías de transmisión del VIH/SIDA en Paraguay, 1985-2010

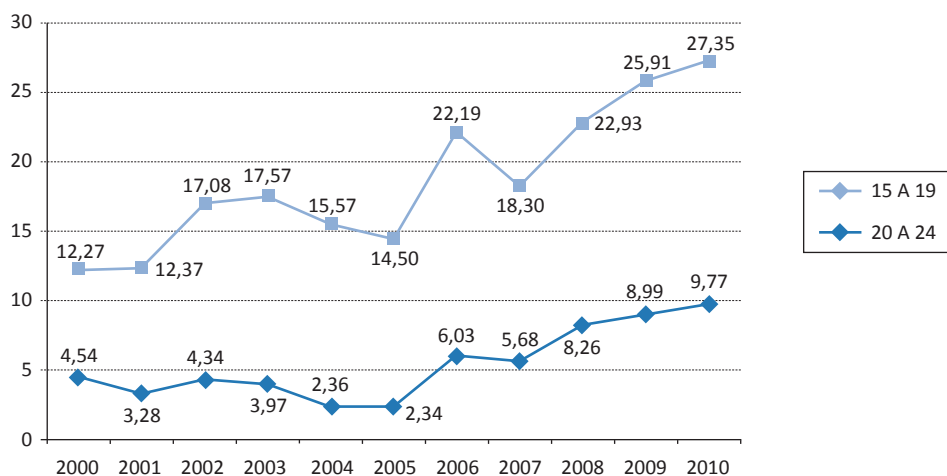


Fuente: PRONASIDA-MSPBS

Teniendo en cuenta la clasificación del tipo de epidemia propuesto por la OMS y ONUSIDA que define las características conforme a los valores de prevalencia detectados en determinadas poblaciones, según los datos disponibles hasta la fecha, el Paraguay presenta una epidemia concentrada. Las estimaciones oficiales del Paraguay, realizadas con el apoyo Grupo de Trabajo de OMS/ONUSIDA en el año 2009 para la Vigilancia Global de VIH/SIDA e ITS, arrojan una cifra de 13.000 personas con VIH/SIDA.

En cuanto a la prevalencia de VIH en embarazadas de 15 años y más, fue de 0,34% en un estudio de seroprevalencia realizado en el año 2006 (Fuente: MSPBS-PRONASIDA). Los estudios de prevalencia realizados hasta la fecha no permiten determinar la prevalencia del VIH en el grupo etario de 15-24 años.

Gráfico 11 – Incidencia reportada del VIH/SIDA en personas de 15-19 años de edad y de 20-24 años de edad, Paraguay, 2000-2010



Fuente: PRONASIDA-MSPBS

La incidencia reportada del VIH en la población de 15-19 y la de 20-24 años presenta una tendencia ascendente desde el 2000 al 2010. El incremento fue de 4,54 a 9,77 x 100.000 habitantes en el grupo de 15 a 19 años y de 12,27 a 27,35 por 100.000 habitantes en la población de 20-24 años de edad. El incremento de nuevas infecciones tiene asociados dos factores que agregan elementos adicionales a la evaluación del progreso de la meta: la mejoría del sistema de registro y notificaciones y el mayor acceso de la población a las pruebas diagnósticas para el VIH. Considerando que durante el quinquenio 2005-2010 se ha mejorado en la consistencia y robustez de los datos, podemos analizar que ha habido un incremento del 93% de las nuevas personas diagnosticadas con el VIH en el año 2010 con respecto al 2005.

La implementación del programa para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la sífilis a mujeres embarazadas, desde finales del año 2005, así

como la habilitación de Centros de Testeo Voluntario de VIH y Servicios de Atención Integral en otras regiones sanitarias del país, ha dado oportunidad de mayor acceso y realización de las pruebas de VIH y sífilis.

Según datos disponibles en el año 2005, el 18% de las personas con infección avanzada por el VIH tuvo acceso a medicamentos antirretrovirales. Este indicador tiene como denominador el número de personas viviendo con VIH/SIDA estimado que requiere medicamento antirretroviral, utilizando un punto de corte de 200 CD4/ml del SPECTRUM, programa informático epidemiológico del ONUSIDA, corregido a su última versión. En el año 2009, el 60% de las personas con infección avanzada tuvo acceso a medicamentos, lográndose un aumento del triple en relación al 2005. Sin embargo, en el año 2010, el punto de corte utilizado para estimar las necesidades de tratamiento antirretroviral en personas con infección avanzada fue de 350 CD4/ml, por lo que el valor del indicador no puede compararse con el de los años anteriores.

Situación de la malaria

En relación con la malaria, cabe señalar que desde el año 1999 el Programa Nacional de Control de la Malaria del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA), del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, ajustó su estrategia al enfoque de control integrado que incluye: riesgo entomológico (estratificación según riesgo determinado por la intensidad de la incidencia de la malaria a nivel departamental y distrital, teniendo en cuenta el índice parasitario anual IPA, identificación de medidas de control apropiadas a cada situación local); atención al enfermo (diagnóstico clínico y parasitológico precoz y preciso, tratamiento curativo oportuno y completo) y control de vectores (investigación entomológica y aplicación combinada de medidas de control), que permitió disminuir de manera importante el número de casos.

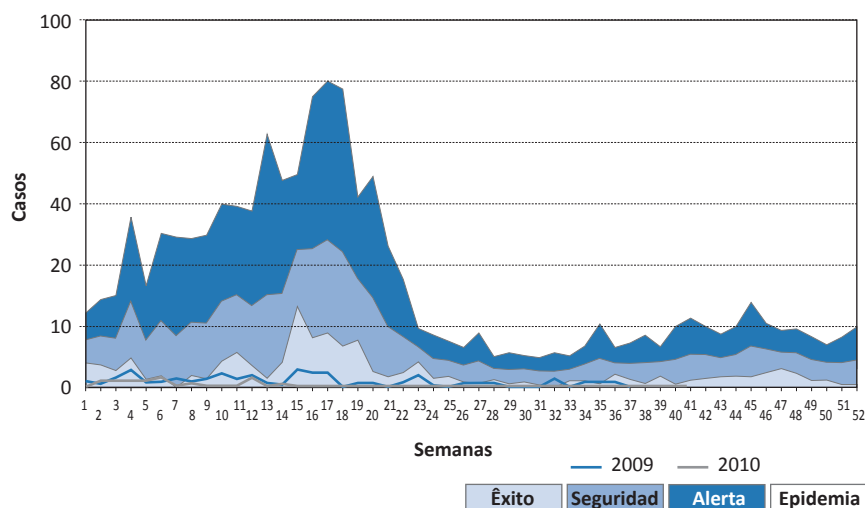
En el 2005 se elaboró un plan estratégico para eliminar la malaria como problema de salud pública. Este plan proponía como novedad la incorporación de los servicios de salud de las regiones sanitarias en el diagnóstico y tratamiento y de los gobiernos locales en el ordenamiento ambiental, ya que hasta ese momento eran actividades exclusivas del SENEPA. Con las actividades sostenidas de vigilancia y control implementadas a partir del año 2000 se ha logrado descender paulatinamente el número de casos desde 694 casos, en el año 2004, hasta 27 casos al año en 2010. Esto significa una reducción del 96% en comparación al año 2004, sostenida y sin posibilidades de retroceso.

A partir del 2007 se implementó el tratamiento radical de siete días, lo que ha facilitado alcanzar el esquema de medicación de cada caso, disminuyendo el abandono de la medicación. Con esto se pretende prevenir la mortalidad y disminuir la morbilidad y las pérdidas sociales y económicas debidas a la enfermedad. Durante

los años en que se aplicó el tratamiento se logró una cobertura del 100% de los positivos. El número de distritos con presencia de casos de malaria en el 2009 fue de catorce y en el 2010 disminuyó a seis. El 75% de la ocurrencia de los casos de paludismo en el país en los últimos cinco años permanece concentrada en el área rural de tres departamentos de la zona centro-este (Alto Paraná, Caaguazú y Canindeyú). En el corriente año se notificaron cinco casos, de los cuales solo uno es autóctono y los demás importados del continente africano.

El Objetivo de Desarrollo del Milenio es lograr la reducción del paludismo a nivel mundial por encima del 50% antes del 2015. Paraguay, con una línea de base para el año 1999 de 9.946 casos, consigue que este sea uno de los pocos objetivos nacionales en franco cumplimiento, cuyos resultados son sostenidos en el tiempo.

Gráfico 12 – Corredor endémico de malaria según semana epidemiológica, Paraguay 2009-2010



Fuente: SENEPA-MSPBS

INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA LA SALUD

Estrategias para el acceso a vacunas, medicamentos esenciales y de alto costo

Una de las iniciativas, desarrolladas desde la Dirección de Gestión de Insumos Estratégicos, buscando aproximar las necesidades en salud con la capacidad operativa local en materia de medicamentos, fue el desarrollo e implementación de un Listado de Medicamentos Esenciales, que pretende, no solo cubrir las patologías de mayor prevalencia en el país a fin de asegurar el tratamiento, sino a la vez preparar a los posibles oferentes en cuanto al tipo y calidad de medicamentos a ser adquiridos, para fomentar el abastecimiento correcto para el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Contamos con una Política Nacional de Medicamentos, que contempla los medicamentos genéricos, la regulación de precios y el sistema de suministro confiable. No existen, actualmente, reglamentaciones con respecto a las importaciones paralelas ni de licenciamiento obligatorio.

La Política Nacional de Medicamentos establece claramente el acceso a medicamentos esenciales a través de sistemas de suministro confiable, regulación del mercado farmacéutico y del uso racional de medicamentos.

Capacidades productivas nacionales: estatales y privadas

El país cuenta con capacidad de producción nacional de medicamentos esenciales de aproximadamente el 70% de los medicamentos incluidos en la lista. Sin embargo, una parte de los medicamentos adquiridos por el Ministerio no son producidos a nivel local, como los biotecnológicos (reactivos de laboratorio y vacunas), motivo por el cual es necesaria su importación para cubrir las necesidades de la población.

Evaluación, incorporación y uso racional de nuevas tecnologías

Los precios de los medicamentos son fijados por la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria. En cuanto a los dispositivos médicos, no existe un sistema de fijación de precios sino que dependen del libre mercado.

Desde el 2009, cuando se estableció un Listado de Medicamentos Esenciales, la introducción de nueva tecnología en medicamentos se realiza a través de un comité nacional que estudia las propuestas para la incorporación de productos al Listado. Para los dispositivos médicos, se está preparando una lista básica (similar a la de medicamentos), con los mecanismos de exclusión e inclusión de nueva tecnología. Es una tarea pendiente desarrollar capacidades de estudios de costo/beneficio que colaboren para las decisiones de introducción de nueva tecnología.

Uso de tecnologías de la información y la comunicación en la gestión del sistema y en la atención a la salud

Las estrategias se corresponden al objetivo 2 del Plan Estratégico 2007-2011, referidas a fortalecer la capacidad de gestión, tanto de la dirección del Programa Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), como en todas sus instancias:

- Abogacía y negociación con las autoridades del MSPBS y del Consejo Nacional de Salud para la aprobación e implementación de la propuesta de creación y funcionamiento del Programa de Fortalecimiento del SINAIS y del Equipo Técnico Interinstitucional.
- Organización y funcionamiento del Programa del SINAIS.
- Organización y funcionamiento del Equipo Técnico Interinstitucional del SINAIS.

- Aseguramiento del monitoreo y evaluación periódica relacionada con el plan y el desempeño del Programa SINAIS.
- Garantía de la conducción y gerencia del Programa SINAIS hacia el éxito final del logro de los objetivos del Plan Estratégico Nacional, con la participación activa de los Consejos Nacional, Regionales y Locales de Salud y de las unidades del nivel central, regional y demás servicios de salud del Programa.

Entre los logros en este campo, podemos mencionar la creación del programa de fortalecimiento del SINAIS, con recursos asignados en el Presupuesto General de Gastos de la Nación, en febrero de 2007 y la creación de la Dirección General de Información Estratégica en Salud (DGIES) para la implementación del Programa de Fortalecimiento del SINAIS, en diciembre del 2008. Tal dirección depende directamente del Gabinete Ministerial como estrategia para fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud Pública en el Sistema Nacional de Salud. También son dignos de mención la construcción del Plan de Monitoreo y Evaluación, con apoyo del Fondo Global-Ronda 9, en los años 2010-2011; la definición de una política de Tecnología de Información y Comunicación, mediante Resolución Ministerial de noviembre de 2010 y, finalmente, la decisión de iniciar la implementación del uso de software libre en el MSPBS (Resolución Ministerial N° 914 de setiembre de 2011).

Con relación a las estrategias para uso de tecnologías de la información y la comunicación para la mejoría de la calidad de la atención a la salud, se corresponden al objetivo 4 del Plan Estratégico 2007-2011 que propone el fortalecimiento de la infraestructura física y tecnológica del SINAIS en los niveles nacional, regional y local en forma gradual, mediante:

- puesta en marcha de la infraestructura física y tecnológica requerida para el óptimo funcionamiento del SINAIS;
- implementación de los servicios de comunicación requeridos para el óptimo funcionamiento del SINAIS;
- implementación del plan director de informática del SINAIS;
- desarrollo de un programa de mantenimiento del SINAIS;
- dotación de insumos básicos para apoyar a los niveles de producción de la información y gestión del Programa SINAIS.

Se destacan en este punto, la instalación de un data center para centralizar los servidores del MSPBS; la aprobación del Plan Director de Informática del MSPBS; la dotación de equipos informáticos a Hospitales; Centros de Salud y Unidades de Salud de la Familia; la ampliación del servicio de internet supervisado por la DGIES a 72 servicios de salud y la perspectiva de alcanzar a 205; la instalación de la Red Privada Virtual de 32 puntos, sujeta a ampliación. Por otra parte, la ampliación del servicio de comunicaciones vía línea baja, inicialmente para la Región Sanitaria Capital y Central, mediante un convenio con la Corporación Paraguaya

de Comunicaciones y la firma de un convenio para la implementación del servicio de telefonía celular corporativa denominada VOX. Por último, la implementación de herramientas informáticas para la recolección de datos, así como la impresión y distribución de los formularios utilizados por los diversos programas.

Los sistemas y subsistemas vinculados a Telesalud son:

- Subsistema Informático de las Estadísticas Vitales: en uso a nivel nacional
- Sistema de Área Ambulatoria: en uso en servicios de salud de 8 Regiones Sanitarias, en diferentes niveles de uso y servicios
- Sistema de Movimiento Hospitalario: en proceso de implementación
- Sistema de Egresos Hospitalarios: en uso en todos los servicios de salud del MSPBS
- Sistema de Información y Control de Inventarios Automatizado del Paraguay: en proceso de implementación en parques del nivel central, regional, distrital y farmacias de servicios de salud
- Sistema de Control de Profesionales de Salud: en proceso de implementación del sistema
- Sistema de Recursos Humanos: módulo de legajos de los recursos humanos en proceso de implementación y carga por parte de los funcionarios del MSPBS
- Sistema PAI: en proceso de prueba final y preparación de piloto en tres servicios de salud
- Sistema Perinatal: en proceso de prueba final y preparación de piloto en tres lugares
- Sistema de Bienestar Social
- Legislación en Salud: el Portal de Legislación en Salud, en proceso de implementación.

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD

Políticas nacionales de investigación en salud

Los avances en el área de investigación en salud requieren un mayor desarrollo y afianzamiento. Según la Ley N° 1028/1997, se instituyó el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y se creó el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) como órgano rector de políticas nacionales de ciencia, tecnología e innovación, a través de la organización, coordinación y evaluación de dicho sistema. Es un organismo autárquico dependiente de la Presidencia de la República, de composición mixta, con diez miembros consejeros titulares y diez suplentes, que representan a ministerios del Poder Ejecutivo, gremios industriales, universidades estatales y privadas, centrales sindicales y la Sociedad Científica del Paraguay.

Para el desarrollo de la investigación y la innovación se identificaron cinco ejes prioritarios: energía, recursos hídricos, ambiente, producción agropecuaria e indus-

trias derivadas, servicios y salud. En ese contexto, el MSPBS conformó el Sistema Nacional de Investigación en Salud, con representación oficial de los diferentes sectores interesados en la investigación para la salud y lideró la elaboración de la Política Nacional de Investigación para la Salud, aprobada por Decreto Presidencial N° 5531/2010.

El CONACYT financia proyectos de investigación para la salud, entre otros. Por su parte, la Universidad Nacional de Asunción cuenta con un fondo propio orientado a la financiación de proyectos concursables de investigación para sus facultades y centros de investigación. El MSPBS no logró la aprobación de financiamiento destinado a la investigación en salud en su presupuesto de gastos.

Los actores que desarrollan investigación en salud son la Universidad Nacional de Asunción, el Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y algunas organizaciones no gubernamentales del sector privado.

Instituto Nacional de Salud

El Instituto Nacional de Salud se creó en el año 1994, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, como instituto superior de formación de recursos humanos e investigación del área de la salud. Ha realizado cursos de postgrado en áreas de salud pública, administración hospitalaria, epidemiología, bioética, nutrición, atención primaria, gerencia en sistemas y servicios, con el apoyo de universidades y escuelas de salud pública de otros países. Actualmente, dicho instituto promueve la investigación a partir de los procesos vinculados a la elaboración de las tesis de postgrado de los alumnos para obtener el título de especialistas o maestros en salud pública. Sin embargo, requiere una importante reorientación de su rol para lograr que los recursos humanos en salud se formen calificados y realicen investigaciones, de acuerdo a los compromisos y desafíos de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad.

Relación con centros y redes de investigación en salud

Existe interacción con la Red de Políticas Informadas por la Evidencia (EviP-NET America's); la Red Iberoamericana Cochrane y la Red Iberoamericana de Investigación y Aprendizaje en Salud Pública, entre otras.

Brechas entre las investigaciones y las necesidades del sistema

Los principales condicionantes para el desarrollo de la investigación científica y tecnológica en salud en el Paraguay han sido históricamente la falta de financiamiento, infraestructura y formación adecuada de investigadores. Además, la gestión de la investigación es limitada y con gran asimetría en temas relacionados a sistemas y servicios de salud comparados con los de las ciencias biomédicas y clínicas.

Las brechas y necesidades se refieren a la realización de investigaciones en salud pública desde la óptica de la equidad, universalidad, integralidad y determinantes sociales propugnadas desde el nuevo paradigma en salud instalado con las políticas públicas en salud. Para acortar dichas brechas se plantea favorecer un financiamiento progresivo y sostenible; el fortalecimiento de capacidades con énfasis en la formación de recursos humanos regionales y locales; así como la articulación y coordinación efectiva entre instancias y actores involucrados en la investigación en salud.

COOPERACIÓN EN SALUD

Las necesidades de apoyo técnico se refieren a la generación de espacios de debate sobre reforma sanitaria basada en derechos, orientados hacia la construcción del sistema único de salud; temas de participación protagónica, derechos de ciudadanía y empoderamiento comunitario con la población de territorios sociales. También podemos mencionar la necesidad de sistemas de regulación médica; enfoques de género e interculturalidad en las políticas, programas y atención en servicios de salud; estrategias de humanización de los servicios de salud; y estrategias de negociación con universidades para el cambio curricular basado en el enfoque de derechos humanos y determinantes sociales

En cuanto a las posibilidades de oferta de apoyo técnico, se vinculan a las áreas de Vigilancia Sanitaria (registro de medicamentos, farmacopea, fiscalización); Servicios de Urgencias Pediátricas (metodología de recepción, acogida y clasificación); atención primaria de la salud (gestión y desarrollo de personas); vigilancia de la salud (vigilancia epidemiológica, epidemiología de campo, control de vectores, implementación del Reglamento Sanitario Internacional y el Centro Nacional de Enlace), entre las más destacadas.

Cuadro 3 – Sistema de Salud en Paraguay: síntesis – marco constitucional, estructura y prioridades de la política actual

País PARAGUAY	Marco constitucional y legal de la salud	Estructura del sistema de salud	Funciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Prioridades de la política actual
Estado Social de Derecho, Unitario, indivisible y descentralizado con una democracia representativa, participativa y pluralista. Población: 6.460.000 habitantes Territorio dividido en 17 departamento + DF Asunción; los Departamentos comprenden unidades territoriales denominadas <i>distritos</i> .	Constitución Nacional Vigente: 1992 Los artículos 6, 7, 68, 69 y 70 de la Constitución se refieren al Derecho a la salud : “El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto de la dignidad humana” (art.68). Otro artículo referente a la “calidad de vida” reconoce factores condicionantes, como la extrema pobreza, y plantea la investigación sobre los factores de población y sus vínculos con el desarrollo económico social, la preservación del ambiente y la calidad de vida de los habitantes (art. 6); y se afirma el derecho a un ambiente saludable (art. 7). El art. 69: define el Sistema Nacional de Salud (SNS) como el ejecutor de acciones sanitarias integradas que concierten, coordinen y complementen programas y recursos del sector público y privado. 2008: Proceso de reorientación del Sistema Nacional de Salud – Principios orientadores: Universalidad, equidad, integralidad, interculturalidad y participación social 2008-2009: se declara la gratuidad en la atención (eliminación de aranceles para la población)	Sistema de salud – compuesto por Sector Público: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Sanidades Militar, Policial y de la Armada; Instituto de Previsión Social; Hospital de Clínicas y Centro Materno-infantil; Gobiernaciones y Municipios; Sector privado: entidades sin fines de lucro como ONG y cooperativas, y entidades con fines de lucro - Medicina Pre-paga y proveedores privados; y Sector mixto: Cruz Roja Paraguaya que cuenta con financiamiento del Ministerio y de una fundación privada sin fines de lucro.	Año de creación del Ministerio de Salud Pública: 1936 El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) ejerce la función de conducción y liderazgo en cuanto a la definición y formulación de políticas, programas y proyectos de salud. Están a su cargo las acciones de promoción, prevención y vigilancia de la salud, a nivel nacional, así como las de curación y rehabilitación. Vigilancia epidemiológica Se cuenta con una red de vigilancia epidemiológica que complementa a los servicios de salud para la vigilancia de enfermedades de notificación obligatoria, vigilancias centinela, vigilancias universales y vigilancia comunitaria. A partir de las recomendaciones del Reglamento Sanitario Internacional de 2005, se creó un Centro Nacional de Enlace para el monitoreo de eventos de salud pública de importancia nacional e internacional que funciona en red con 18 unidades epidemiológicas regionales. En 2011 se realizó la primera encuesta de factores de riesgo para la vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles. Vigilancia Sanitaria La Dirección de Vigilancia Sanitaria (DINAVISA) del MSPBS creada en 1997 es el organismo regulador de la fabricación, control de calidad, comercialización y uso racional de medicamentos, fitofármacos, domissanitarios y cosméticos. Cuenta con 16 Oficinas Técnicas Regionales ubicadas en las respectivas Regiones Sanitarias.	Desde 2008, la Política Pública para la Calidad de Vida y Salud con Equidad: propuesta para garantizar el derecho a la salud de la ciudadanía En la actualidad se están reorientando los servicios desde una estructura piramidal hacia un modelo en red donde la APS, a través de las Unidades de Salud de la Familia (USF) , constituye la puerta de entrada al sistema. USF: tienen una población nominada de 3500 a 5000 habitantes en un territorio social asignado. Se pretende la construcción de red integrada para garantizar la continuidad de la atención a las personas mediante la vinculación de las USF con la atención especializada (Centros Ambulatorios de Especialidades), de urgencias y hospitalaria (Hospitales Básicos, de Especialidades, etc.), según la complejidad requerida en cada caso.

Cuadro 4 – Sistema de Salud en Paraguay: síntesis – protección social en salud, financiamiento, investigación e innovación en salud

Protección social en salud	Financiamiento: fuentes y composición gasto en salud	Investigación e innovación en salud
<p>Coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión.</p> <p>La cobertura de atención a la salud para un 95% de la población total del país, está a cargo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) y del Instituto de Previsión Social (IPS),</p> <p>En 2010, según la Encuesta Permanente de Hogares 16,4% de la población está cubierta en salud pelo IPS y 7% por alguno otro tipo de seguro médico (privado, o militar o laboral).</p> <p>Así el MSPBS estaría a cargo de los 76% de la población no asegurada.</p>	<p>Gasto total en salud: 7,4% PIB (2009)</p> <p>Gasto público en salud: 3,4% PIB</p> <p>Gasto privado en salud: 4,0% PIB</p> <p>% gasto público: 46%</p> <p>% gasto privado: 54%</p> <p>Fuentes de financiamiento en salud provienen: del tesoro nacional a través del presupuesto de gastos de las instituciones públicas; de los hogares que aportan al seguro social y realizan pago de bolsillo a entidades del sector privado; de los empleadores de empresas privadas que cotizan al IPS y pagan primas a entidades privadas; y de las fuentes externas.</p> <p>Gratuidad en los servicios públicos</p>	<p>Ley 1028/1997 creó el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)</p> <p>1994 – Creación del Instituto Nacional de Salud para la formación del recurso humano en salud. Actualmente se está reorientando su rol para lograr que los recursos humanos en salud se formen con calificación adecuada y realicen investigaciones. Históricamente existió una brecha importante entre investigaciones sobre servicios de salud comparados y estudios de ciencias biomédicas y clínicas.</p>

REFERENCIAS

- Cepal/ Unicef. La reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: avance dispar que requiere respuestas variadas. Santiago de Chile: CEPAL/ Unicef; 2007.
- Decidamos. El Proceso de establecimiento del modelo de Atención Primaria de Salud en Paraguay. Asunción, Paraguay: 2011.
- DGEEC-Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, Encuesta Permanente de Hogares. Datos de las Encuestas Permanentes de Hogares 2007. Asunción: DGEEC; 2007.
- DGEEC-Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, Encuesta Permanente de Hogares. Datos de las Encuestas Permanentes de Hogares 2008. Asunción: DGEEC; 2008.
- DGEEC-Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, Encuesta Permanente de Hogares. Datos de las Encuestas Permanentes de Hogares 2009. Asunción: DGEEC; 2009.
- DGEEC-Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, Encuesta Permanente de Hogares. Datos de las Encuestas Permanentes de Hogares 2010. Asunción: DGEEC; 2010.
- DGPS-MSPBS. Departamento de Bioestadística. Asunción: DGPS; 2009
- Ministerio de Hacienda-DP. Informe Final de Evaluación-Unidades de Salud de la Familia. Asunción, Paraguay: Ministerio de Hacienda; 2011.
- Ministerio de Hacienda-DP. Evaluación de Eficiencia y Diseño de Estructura Presupuestaria de Programas Públicos. Madrid, España: Ministerio de Hacienda; 2001.
- Ministerio de Hacienda-UES. Informe de Evaluación de Programa Emblemático Gubernamental Unidades de salud de la Familia. Asunción, Paraguay: Ministerio de Hacienda; 2011.
- MSPBS - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad. Asunción: MSPBS; 2008.

- MSPBS - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Organización de los servicios de salud en el marco de la reforma sectorial*. Asunción, Paraguay: MSPBS; 1998.
- MSPBS - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Indicadores Básicos de Salud-Paraguay 2010*. Asunción: MSPBS; 2010.
- MSPBS - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Informe de Objetivos de Milenio - ODM-2011*. Asunción: MSPBS; 2011.
- MSPBS - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Reporte de Direcciones Generales*. Asunción: MSPBS; 2011.
- MSPBS- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Evaluación del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2003/2008, Informe final*. Asunción: MSPBS; 2008.
- MSPBS-SSIEV. *Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales*. Asunción: MSPBS-SSIEV; 2009.
- OMS. *Informe sobre la Salud en el Mundo*. Ginebra: OMS; 2006.
- Presidencia de la República. *Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020. Paraguay para todos y todas*. Asunción: Presidencia de la República; 2010.
- Universidad Nacional de Asunción-IICS. *Actualización de línea de Base 2008-2010 y aplicación de encuestas año 2010 "Hábitos para la Prevención de la Diarrea y Percepción de la Calidad de la Atención que brindan las USF"*. Asunción, Paraguay: 2011.

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- AIEPI – Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
- APS – Atención Primaria de la Salud
- CDC – *Centers for Disease Control and Prevention* (Centros para el control y la prevención de enfermedades)
- Cepal – Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- CEPEP – Centro Paraguayo de Estudios de Población
- CONACYT – Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
- DGEEC – Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos
- DIGIES – Dirección de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud
- DOTS – *Directly Observed Treatment, Short-course*
- EIH – Encuesta Integrada de Hogares
- EPH – Encuesta Permanente de Hogares
- INS – Instituto Nacional de Salud
- IPS – Instituto de Previsión Social
- MSBPS – Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
- ODM – Objetivos del Milenio
- OMS – Organización Mundial de la Salud
- OPS – Organización Panamericana de la Salud
- PIB – Producto Interno Bruto
- PMA – Programa Mundial de Alimentos
- PRONASIDA – Programa Nacional de Control de Sida-ITS

RISS – Red Integrada de Servicios de Salud

RMM – Razón de Mortalidad Materna

RSI – Reglamento Sanitario Internacional

SENEPA – Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo

SINAIS – Sistema Nacional de Información en Salud

SISVAN – Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional

SSIEV – Subsistema de Información de las Estadísticas vitales

TAES – Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado

TB – Tuberculosis

UNICEF – *United Nations Children's Fund* (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)

USF – Unidades de Salud de la Familia

Notas

- 1 Relación peso-edad por debajo de $< 2DE$ en niños/as menores de 5 años. No se cuenta con datos luego del año 2005 (a partir de ese año comenzó un programa especialmente diseñado para reducir la desnutrición y durante el año 2010 dispuso de un presupuesto de alrededor de USD 4 millones).
- 2 Para países como Bolivia, Guatemala y El Salvador los costos de la desnutrición representaron entre 6 y 11,4% del PIB en el año 2004



Sistema de Salud en Perú



X. Sistema de Salud en Perú

DERECHOS SOCIALES Y SALUD

Marco constitucional y legal

El marco constitucional y legal del sistema de salud peruano se basa en Constitución Política del Perú del año 1993, en la Ley General de Salud del año 1997 (Ley N° 26842) y en la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) (Ley N° 27813).

La Constitución Política del Perú del año 1993 contempla el derecho a la salud y a la seguridad social, define como deber del Estado formular la política nacional de salud y menciona el libre acceso a prestaciones en los siguientes artículos:

Artículo 7°. Derecho a la salud, protección al discapacitado:

“Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.”

Artículo 9°. Política nacional de salud: El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

Artículo 10°. Derecho a la seguridad social: El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

Artículo 11°. Libre acceso a las prestaciones de salud y pensiones: El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.

La Ley General de Salud del año 1997 (Ley N° 26842), define la autoridad de salud y sus atribuciones y las competencias de los órganos desconcentrados y descentralizados. Manifiesta lo siguiente en relación a su alcance:

Artículo 122°. La Autoridad de Salud se organiza y se ejerce a nivel central, desconcentrado y descentralizado. La Autoridad de Salud la ejercen los órganos del Poder Ejecutivo y los órganos descentralizados de gobierno, de conformidad con las atribuciones que les confieren sus respectivas leyes de organización y funciones, leyes orgánicas o leyes especiales en el campo de la salud.

Artículo 124°. En aplicación y cumplimiento de las normas de salud que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional, los órganos desconcentrados o descentralizados quedan facultados para disponer, dentro de su ámbito, medidas de prevención y control de carácter general o particular en las materias de su competencia.

Artículo 125°. El ejercicio descentralizado de competencias de control en materias de salud, no supone, en ningún caso, el ejercicio de competencia normativa, salvo estipulación en contrario de la propia ley. La delegación de competencias de control en materia de salud no supone, en ningún caso, la delegación de facultades normativas.

Artículo 126°. No se podrá dictar normas que reglamentan leyes o que tengan jerarquía equivalente que incidan en materia de salud, sin el refrendo de la Autoridad de Salud de nivel nacional.

Artículo 127°. Quedan sujetas a supervigilancia de la Autoridad de Salud de nivel nacional, las entidades públicas que por sus leyes de organización y funciones, leyes orgánicas o leyes especiales, están facultadas para controlar aspectos sanitarios y ambientales. Asimismo, quedan sujetos a supervigilancia de la Autoridad de Salud de nivel nacional los colegios profesionales de las ciencias de la salud, únicamente en lo que se refiera a la vigilancia que estos realizan sobre las actividades que sus asociados efectúan en el ejercicio su profesión.

Artículo 128°. La Autoridad de Salud está facultada a disponer acciones de orientación y educación, practicar inspecciones en cualquier bien mueble o inmueble, tomar muestras y proceder a las pruebas correspondientes, recabar información y realizar las demás acciones que considere pertinentes para el cumplimiento de sus funciones, así como, de ser el caso, aplicar medidas de seguridad y sanciones.

Artículo 129°. La Autoridad de Salud podrá solicitar el auxilio de la fuerza pública para asegurar el cumplimiento de las disposiciones y medidas que adopte en resguardo de la salud.

La Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) (Ley N° 27813) especifica, en su Artículo 1°, que el SNCDS tiene la finalidad de coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud, promoviendo su implementación concertada, descentralizada y coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector a efecto de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos y avanzar hacia la seguridad social universal en salud.

Principios y valores

El Ministerio de Salud, como entidad rectora de la salud en el Perú, define sus políticas en base a los principios enunciados de su misión y visión.

Misión

El Ministerio de Salud tiene la misión de proteger la dignidad personal promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales. La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos, desde antes de su nacimiento y respetando el curso natural de su vida, contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo de todos nuestros ciudadanos. Los trabajadores del sector de la salud somos agentes de cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de las personas.

Visión

La salud de todas las personas del país será expresión de un sustantivo de desarrollo socioeconómico, del fortalecimiento de la democracia, de los derechos y responsabilidades ciudadanas basadas en la ampliación de fuentes de trabajo estable y formal, con mejoramiento de los ingresos, en la educación en valores orientados hacia la persona y en una cultura de solidaridad, así como en el establecimiento de mecanismos equitativos de accesibilidad a los servicios de salud mediante un sistema nacional coordinado y descentralizado de salud, y desarrollando una política nacional de salud que recoja e integre los aportes de la medicina tradicional y de las diversas manifestaciones culturales de nuestra población.

Responsabilidades del Estado como rector, regulador y prestador

El Ministerio de Salud de Perú tiene funciones como rector, regulador y prestador.

Como rector y regulador

Ley General de Salud, Título preliminar II. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

Ley General de Salud, Título preliminar IX. La norma de salud es de orden público y regula materia sanitaria, así como la protección del ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Nadie puede pactar en contra de ella.

Artículo 123°. Entiéndase que la Autoridad de Salud de nivel nacional es el órgano especializado del Poder Ejecutivo que tiene a su cargo la dirección y gestión de la política nacional de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud.

Artículo 37°. Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos.

Como prestador

Ley General de Salud, Título preliminar VI. Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad.

Participación social

La participación social es promovida por el Estado a través de instancias formales de participación en los tres niveles de gobierno. Está definida por la Ley General de Salud (Título preliminar XVIII), que define deber del Estado de promover la participación de la comunidad en la gestión de los servicios públicos de salud.

La **Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS)** (Ley N° 27813), define instancias de participación:

Artículo 2°. **Conformación del SNCDS y participación de los componentes.** El SNCDS está conformado por el Ministerio de Salud como órgano rector del sector salud, el Seguro Social de Salud, los servicios de salud de las municipalidades, las sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada. La participación de estas entidades se realiza sin perjuicio de la autonomía jurídica, técnica, administrativa, económica y financiera así como de las atribuciones que les confieren la Constitución Política y la Ley.

Artículo 3°. **Niveles de organización.** El SNCDS tiene niveles de organización nacional (Consejo Nacional de Salud), regional (Consejo Regional de Salud) y local (Consejo Local de Salud, provincial), con prioridad de desarrollo de este último.

La Ley que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA) y de las Regiones, Ley N° 29124, define el marco general de la cogestión y participación ciudadana para los establecimientos de salud del primer nivel de atención

del Ministerio de Salud y de las regiones, para contribuir a ampliar la cobertura, mejorar la calidad y el acceso equitativo a los servicios de salud y generar mejores condiciones sanitarias con participación de la comunidad organizada, en el marco de la garantía del ejercicio del derecho a la salud y en concordancia con el proceso de descentralización.

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) (Ley N° 29344) de 2011, en el art. 9°, referido a la participación y vigilancia ciudadana, menciona que el MINSA establecerá los espacios y mecanismos de participación y vigilancia ciudadana en el marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS), con miras a contribuir a la defensa de los derechos de la población, con especial atención al cumplimiento de los principios establecidos en un contexto descentralizado y desconcentrado.

La Ley Marco del Presupuesto Participativo (Ley N° 28056) establece que el Presupuesto Participativo es un instrumento de política, y a la vez de gestión, a través del cual las autoridades regionales y locales, así como las organizaciones de la población debidamente representadas, definen en conjunto cómo y a qué se van a orientar los recursos, teniendo en cuenta los objetivos del Plan de Desarrollo Estratégico o Institucional, según corresponda, los cuales están directamente vinculados a la visión y objetivos del Plan de Desarrollo Concertado.

Instrumentos de escucha de la población para informaciones, reclamos, sugerencias, denuncias, monitoreo y evaluación de la satisfacción

El Ministerio de Salud (MINSA) cuenta con el servicio de atención al ciudadano en su página web, donde las personas pueden realizar diversos tipos de consultas y acceder a información institucional.

También cuenta con el servicio público Infosalud de orientación y consejería telefónica gratuita a nivel nacional, sobre temas de salud integral (médico, psicólogo, obstetra, enfermera, comunicador social, administrativo) e información institucional. También se atienden reclamos de los diferentes establecimientos de salud del MINSA y el servicio está a disposición de los ciudadanos a nivel nacional las 24 horas del día y los 365 días del año.

Existen implementados mecanismos de escucha, como buzones de quejas y sugerencias, módulos de promoción y difusión de los derechos en salud, etc.

Además, en los establecimientos de salud se realizan encuestas de satisfacción del usuario con la metodología SERVQUAL modificada. Las encuestas de satisfacción del usuario son aplicadas semestralmente.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Modelo político administrativo del país

La Constitución Política del Estado señala que la República del Perú es democrática, social, independiente y soberana. El Estado es uno e indivisible. Su gobierno es unitario, representativo y descentralizado, y se organiza según el principio de la separación de poderes.

Existen tres niveles de gobierno que se relacionan en base a cooperación y coordinación y ejercen funciones de acuerdo al principio de subsidiariedad en el marco del proceso de descentralización, de acuerdo a las respectivas leyes orgánicas vigentes.

Cuadro 1 – Niveles de gobierno y ley orgánica correspondiente, Perú

Nivel de gobierno	Ley orgánica
Nacional	Ley Orgánica Poder Ejecutivo — LOPE
Regional	Ley Orgánica de Gobiernos Regionales — LOGR
Municipal (local)	Ley Orgánica de Municipalidades — LOM

La división política del país, se da a través de las circunscripciones político-administrativas, que son las regiones ó departamentos, provincias y distritos, que determinan el ámbito territorial de gobierno y administración.

Existen 24 departamentos, cada uno con su respectivo gobierno regional, 02 provincias con régimen especial: Callao y Lima Metropolitana (como gobierno regional). Los Departamentos, a su vez, se dividen en 195 provincias y 1837 distritos.

El artículo 80° de la Ley Orgánica de Municipalidades señala las funciones de saneamiento, salubridad y salud. Se establecen funciones exclusivas y compartidas.

Las funciones específicas exclusivas de las municipalidades provinciales son: regular y controlar la disposición final de desechos y vertimientos industriales y regular y controlar la contaminación atmosférica y del ambiente.

Las funciones específicas compartidas de las municipalidades provinciales son:

- Administrar y reglamentar los servicios de agua potable, alcantarillado y desagüe, limpieza pública y tratamiento de residuos sólidos.
- Proveer servicios de saneamiento rural cuando no puedan ser atendidos por las municipalidades distritales o las de los centros poblados rurales.
- Difundir programas de saneamiento ambiental en coordinación con municipalidades distritales y los organismos regionales y nacionales pertinentes.
- Gestionar la atención primaria de la salud, así como construir y equipar postas médicas, botiquines y puestos de salud en los centros poblados que los necesiten, en coordinación con las municipalidades distritales, centros poblados y los organismos regionales y nacionales pertinentes.

- Realizar campañas de medicina preventiva, primeros auxilios, educación sanitaria y profilaxis local.

Las principales funciones específicas en salud del gobierno regional son: aprobar y ejecutar las políticas regionales de salud; el Plan de Desarrollo Regional de Salud; coordinar acciones de salud integral; participar en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud; desarrollar actividades de promoción y prevención; organizar los niveles de atención y administración; organizar y mantener los servicios de salud; supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados; prevención y control de riesgos daños y desastres; control de producción, comercialización, suministro y consumo de medicamentos; promover la salud ambiental; ejecutar proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento; informar a la población sobre el sector; promover el desarrollo de los recursos humanos; coordinar con los gobiernos locales para elevar los niveles nutricionales.

La descentralización mejora la gobernanza y ofrece ventajas para la planificación del desarrollo integral, para la participación comunitaria y la democratización de la sociedad y del Estado, para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud y para reducir el gasto del nivel central. Los acuerdos de gestión deben desempeñar un papel importante, al proponer incentivos al cumplimiento de metas.

Cuadro 2 – Elementos favorables y desfavorables de la descentralización para la gobernanza en salud

Favorables	Desfavorables
La descentralización ha generado un cambio en la distribución del financiamiento en el sector público, incrementándose los recursos de las regiones.	Asignación presupuestal inercial y desconectada de una efectiva gestión por resultados.
Asignación presupuestal en base a una programación con enfoque de resultados - PPR implementándose a nivel nacional.	Deficiente planeamiento en base a objetivos, metas y resultados de corto mediano y largo plazo.
Planificación en base a lineamientos, objetivos, metas y resultados de corto, mediano y largo plazo, como el Plan Bicentenario 2021, Marco Social Multianual 2010-2012 (MSM) y otros Planes Nacionales (MINDES, MINEDU, MINTRA, MINAG, etc.) que implican operatividad sectorial.	Débiles sistemas de monitoreo y evaluación.
Existencia de consensos y acuerdos políticos y sociales (Acuerdo Nacional, Acuerdo de Partidos Políticos, etc.), que definen y proponen la implementación de políticas de estado.	Problemas en la identificación de beneficiarios.
Las políticas sectoriales y sus instrumentos de implementación se alinean a consensos internacionales (ODM) y nacionales.	Deficiente autonomía en el manejo presupuestal a nivel de los Gobiernos Regionales.
Instrumentos de modernización del Estado (gobierno electrónico, simplificación administrativa, gestión por resultados, etc.) favorece su eficiencia y eficacia.	Condicionamiento de la operatividad de las decisiones de política intergubernamental a la autorización del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).
La Comisión Intergubernamental de Salud como instancia de análisis, debate y elaboración de propuestas de políticas consensuadas.	Deficiente fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos del sector.

Componentes del sistema de salud

El sistema de salud en Perú es segmentado y está conformado por las siguientes instituciones o subsectores:

- El Ministerio de Salud (MINSA), que comprende al Seguro Integral de Salud (SIS) como un asegurador público con autonomía administrativa.
- El Seguro Social de Salud (EsSalud), adscrito al Ministerio de Trabajo.
- Las Sanidades de Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército), adscrita al Ministerio de Defensa.
- La Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP), adscrita al Ministerio del Interior.
- Las instituciones del sector privado: entidades prestadoras de salud, aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil.

Salud pública/colectiva

La Ley General de Salud dice: “*La salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado*”. La salud pública en el Perú, entonces, está a cargo del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales, de los Gobiernos Locales, de EsSalud y de la Sanidad de los Institutos Militares y Policiales.

El Ministerio de Salud ha establecido los siguientes Lineamientos de Política de Promoción, Prevención y Vigilancia en Salud: desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la Promoción de la Salud; mejorar las condiciones del medio ambiente; promover la participación comunitaria conducente al ejercicio de la ciudadanía; reorientar los servicios de salud con enfoque de promoción de la salud; reorientar la inversión hacia la promoción de la salud y el desarrollo social; vigilancia y voluntariado en salud y calidad en salud y seguridad del paciente.

Atención individual

Según la Ley General de Salud, “*La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado*”.

El MINSA ofrece servicios de salud para la población no asegurada a través de los establecimientos públicos de salud. El Seguro Integral de Salud (SIS) financia la atención de salud a la población en situación de pobreza y pobreza extrema a través de la red de establecimientos del MINSA.

El Seguro Social de Salud (EsSalud) brinda servicios a los trabajadores formales y sus dependientes, así como a trabajadores informales, a través de seguros potestativos. Los servicios de EsSalud pueden ser complementados a través de las entidades prestadoras de salud, pertenecientes al sector privado. Las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales cubren a los miembros de dichas instituciones y sus dependientes.

En el sector privado existen clínicas para personas con capacidad de pago. Otra parte del mercado privado ofrece servicios de medicina prepagados (compañías de seguros, autoseguro y seguro de las clínicas). En el sector privado no lucrativo, existen instituciones de beneficencia que atienden a todo tipo de población.

Se han establecido mecanismos normativos para asegurar la prestación de salud integral desde la promoción, la prevención, la atención y la rehabilitación, tales como:

- Fortalecimiento del primer nivel de atención.
- Monitoreo del desempeño de la gestión de los establecimientos de salud del I, II y III nivel de atención.
- Evaluación de hospitales e institutos nacionales.
- Aseguramiento de las enfermedades de alto costo.
- Aseguramiento de las enfermedades huérfanas o raras.
- Implementación y desarrollo de las estrategias sanitarias nacionales: accidentes de tránsito, alimentación y nutrición, contaminación con metales pesados, daños no transmisibles, enfermedades metaxénicas y otras, infección de transmisión sexual y VIH-SIDA, inmunizaciones, salud familiar, salud de los pueblos indígenas, salud sexual y reproductiva, salud mental y cultura de paz, salud ocular, salud bucal, tuberculosis y zoonosis.

Modelo de atención

En el Perú, recientemente se ha reformulado el modelo de atención integral de salud, mediante la Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el documento técnico Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad, como un sistema organizado de prácticas realizado por el equipo de salud, basado en el enfoque biopsicosocial del individuo, dirigido a población sana y enferma y que incorpora con especial énfasis la dimensión preventivo-promocional en la atención a la salud y la participación de la comunidad.

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) es el vigente y la organización de la oferta de servicios de salud se da por niveles de atención, del Nivel I, de menor complejidad, al Nivel III, de mayor complejidad.

El **primer nivel de atención** es la puerta de entrada de la población al sistema de salud, donde se desarrollan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, la familia y la comunidad.

El **segundo nivel de atención** complementa la atención integral iniciada en el nivel precedente agregando un grado de mayor especialización, tanto en recursos humanos como tecnológicos, brindando un conjunto de servicios de salud dirigidos

a solucionar los problemas de las personas referidas del primer nivel de atención o aquellas que, por urgencia o emergencia, acudan a los establecimientos de salud de este nivel. Además, realiza actividades preventivas promocionales, según corresponda.

El **tercer nivel de atención** es el nivel de mayor especialización y capacidad resolutive en cuanto a recursos humanos y tecnológicos dirigidos a la solución de las necesidades de salud que son referidas de los niveles de atención precedentes, así como aquellas personas que acudan a los establecimientos de este nivel por razones de urgencia o emergencia. Además, realiza actividades preventivas promocionales, según corresponda.

La Dirección Regional de Salud o Gerencia Regional de Salud es la instancia técnica de cada Gobierno Regional, que ejerce sus competencias y funciones en el ámbito regional. Dentro de la región se desarrollan las Redes de Servicios de Salud, interrelacionadas por una red vial y corredores sociales, articuladas funcionalmente, cuya complementariedad de servicios asegura el uso eficiente de recursos y la provisión de un conjunto de atenciones prioritarias de salud.

La Ley Marco de Aseguramiento Universal señala la conformación de redes funcionales conformadas por prestadores públicos y privados de un ámbito geográfico que intercambian servicios de salud bajo el principio de complementariedad.

Existen 137 redes y 773 microrredes a nivel nacional, constituidas por establecimientos públicos de salud, que corresponden a los 24 departamentos, cada uno con su respectivo gobierno regional, y a dos provincias con régimen especial: Callao y Lima Metropolitana (como gobierno regional).

En cada región y/o localidad, el Consejo Regional de Salud y el Consejo Local de Salud establecen sus políticas y objetivos sanitarios en función del territorio de referencia, pero en el marco de la política y objetivos sanitarios nacionales.

La articulación de los planes y proyectos nacionales con las demandas y necesidades específicas de la población adscrita o de los niveles subnacionales (región, localidad) se da a través de los Consejos Regionales y Locales mencionados.

La adscripción poblacional existe en la Seguridad Social de Salud (EsSalud). En el Ministerio de Salud, a nivel de las circunscripciones territoriales (Gobiernos Regionales o Locales), más que adscripción existe responsabilidad por la población que les corresponde. El proceso de Aseguramiento Universal de Salud y el funcionamiento del Seguro Integral de Salud tienen como requisito el inicio de las atenciones desde los establecimientos de salud más cercanos al domicilio del ciudadano.

El papel de la atención primaria de la salud

La Agenda de Salud para las Américas (2008-2017) establece un compromiso conjunto entre todos los países de la Región a fin de dar respuesta, a lo largo de la próxima década, a las necesidades de salud de la población, rescatando principios

y valores de derechos humanos, universalidad, accesibilidad e inclusión, equidad de salud y participación social.

En este marco general convergen dos estrategias prioritarias: la implementación de la renovación de la Atención Primaria de Salud (APS) y el cumplimiento de los desafíos y metas para el desarrollo de los recursos humanos para la salud.

Suscribimos la declaración de Buenos Aires:

“Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria, en la que los países firmantes se comprometen a desarrollar procesos para, en esencia, ratificar consensos ya establecidos y generar nuevas propuestas tendientes a la consagración de una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria”.

“Una estrategia renovada de APS es una condición esencial para lograr objetivos de desarrollo a nivel internacional, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (ODM), así como para abordar las causas fundamentales de la salud – tal como ha definido la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud – y para codificar la salud como un derecho humano, como han articulado algunas constituciones nacionales, grupos de la sociedad civil y otros.”

Redes integradas de servicios de salud son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud. Sus elementos más esenciales son la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; y la acción intersectorial, entre otros.

En el sector la influencia de la APS se trasluce en las tres estrategias de gestión que son el aseguramiento universal, la descentralización y el fortalecimiento del primer nivel de atención.

En una de las concepciones de APS se tiene que puede ser considerado como la puerta de entrada al sistema. Pero no es la única concepción. En el sistema de niveles de atención y redes de servicios que existe, la puerta de entrada “natural” debería ser los establecimientos de primer nivel pero en la práctica no siempre sucede así.

Prestación de servicios

La prestación de servicios de salud en el Perú está organizada en tres niveles de atención para todo el sistema de salud, de acuerdo a lo señalado en la Norma Técnica de Salud (NTS) N° 021-MINSA/DGSP V.02, Categorías de Establecimientos del Sector Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 914-2010/MINSA.

Existen tres grandes prestadores públicos: Gobiernos Regionales, Ministerio de Salud (Lima Metropolitana) y el Seguro Social de Salud (EsSalud). Otros prestadores públicos (Sanidad de Fuerzas Armadas y Policiales y Municipalidades) tienen una participación muy limitada. Los prestadores privados corresponden a clínicas (empresas) privadas, ONG, parroquias, consultorios médicos privados, etc. Por otro

lado, se vienen observando diferentes experiencias de asociaciones público-privadas y otras modalidades similares.

El Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES) ha reportado, en junio de 2011, un total de 11. 478 establecimientos de salud (Tabla 1).

En febrero del 2012, la oferta pública y privada se distribuye de la siguiente manera: Gobiernos Regionales (73,6%), Privados (20,2%), Ministerio de Salud (3,5%), EsSalud (1,4%) y otros prestadores (0,1%) (RENAES, 2012).

En los Gobiernos Regionales la administración de los establecimientos de salud se realiza a través de unidades administrativas que difieren de una región a otra, como por ejemplo Direcciones Regionales de Salud, Redes de Salud y Gerencias Provinciales multisectoriales.

En el Ministerio de Salud, la administración de los establecimientos de salud del ámbito de Lima Metropolitana se realiza a través de las tres direcciones de salud que están adscritas al sector (DISA Lima Ciudad, DISA Lima Este y DISA Lima Sur).

El Seguro Social de Salud (EsSalud) es un organismo público descentralizado, adscrito al Ministerio de Trabajo, que administra directamente sus Redes Asistenciales en todo el ámbito del país.

Los establecimientos de salud, entre ellos los del primer nivel de atención, se encuentran clasificados por categorías (Tabla 1). La categoría es un grupo de clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud en base a niveles de complejidad y características comunes, para lo cual cuentan con unidades productoras de servicios de salud que, en conjunto, determinan su capacidad resolutoria respondiendo a realidades sociosanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.

Tabla 1 – Establecimientos de salud por nivel de atención y tipo de prestador, Perú, 2011

Prestador	Atención ambulatoria			Atencion ambulatoria y de internamiento								Total general	
	Categoría												
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	III-1	III-2	III-E	SIN CAT.		
Essalud	4	62	42	16	29	12		7	2			90	264
Gobierno Local		2	2	1								8	13
Gobierno Provincial	1		8									5	14
Gobierno Regional	4.333	1.696	1.044	353	91	34	1	25	10	1		71	7.659
Mixto		1		2								1	4
Otro	7	4	2		1	1						17	32
Privado	854	452	214	39	83	19	5	3	1			1.647	3.317
Sanidad de la Fuerza Aérea	2	2	1	3	2			1				9	20

Tabla 1 – Establecimientos de salud por nivel de atención y tipo de prestador, Perú, 2011 (cont.)

Prestador	Atención ambulatoria			Atencion ambulatoria y de internamiento								Total general	
	Categoría												
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	III-1	III-2	III-E	SIN CAT.		
Sanidad de la Policía Nacional del Perú	21	8	10	6	3							35	83
Sanidad del Ejército	8	6	3	4	1							13	35
Sanidad Naval	6	1	2	1				1				26	37
Total general	5.236	2.234	1.328	425	210	66	6	37	13	1	1.922		11.478

Fuente: Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES), 30 junio de 2011

Primer nivel de atención

El primer nivel de atención en el Perú está compuesto por establecimientos de salud pertenecientes a prestadores públicos (79,8%) y privados (20,2%). Existen cuatro categorías de establecimientos de salud en el primer nivel de atención: I-1, I-2, I-3 y I-4, como se indica en la Tabla 1. En los establecimientos I-4 se oferta atención especializada por gineco-obstetras, pediatras y médicos de familia.

En 2012 hay 9.696 establecimientos de primer nivel de atención en funcionamiento (RENAES, 2012).

Atención especializada

Los servicios de atención especializada, entendida como la atención conducida por médicos especialistas, se ofertan en el segundo y tercer nivel de atención en los hospitales de atención general correspondiente a las categorías II-1, II-2 y III-1, y establecimientos de salud que se enfocan en un campo clínico o grupo de edad que corresponden a las categorías II-E y III-E. Asimismo, la atención especializada se brinda en los Institutos de Salud Especializados, que corresponden a la categoría III-2.

La responsabilidad de la prestación de servicios especializados en los establecimientos de salud públicos se encuentra a cargo de los Gobiernos Regionales en el marco de la Ley N° 27783 y sus modificatorias y la Ley de Bases de la Descentralización. Además, existen otro tipo de prestadores, como establecimientos de salud de los Gobiernos Locales, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú y privados.

Los establecimientos de salud, se organizan funcionalmente en Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) a través de las cuales se brindan las diferentes prestaciones de salud especializadas, como por ejemplo UPSS de hospitalización, consulta externa, emergencia, cuidados intensivos, centro quirúrgico, centro obstétrico, diagnóstico por imágenes y hemodiálisis, entre otras.

El Ministerio de Salud, en cumplimiento de su rol rector, es la única instancia reguladora de la oferta de servicios de salud y tecnologías de salud, tanto para los prestadores públicos como privados.

Atención hospitalaria

Los establecimientos de salud se organizan funcionalmente en UPSS a través de las cuales se brindan las diferentes prestaciones de salud especializadas, como por ejemplo UPSS de hospitalización. El servicio de hospitalización se brinda en el nivel de gobierno nacional y regional. Los prestadores son públicos y privados.

En nuestro país la actividad privada en salud no constituye un Sector, sino es uno de los prestadores en el Sistema de Salud, representando el 27% de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención (RENAES, 2011).

Otras formas de la organización de la oferta

En nuestro Sistema de Salud, por parte de la Seguridad Social (EsSalud), se vienen iniciando las Asociaciones Público Privadas para la construcción y administración de hospitales, así como de Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS), cuyos criterios se encuentran regulados en la Ley Marco de Asociaciones Público - Privadas para la generación de empleo productivo y dicta normas para la agilización de los procesos de promoción de la inversión privada, promulgada por Decreto Legislativo N° 1012 y su Reglamento.

Asimismo, existe la modalidad de tercerización de servicios en los diversos prestadores del Sistema de Salud, cuyos criterios se rigen por la Ley N° 29245, ley que regula los servicios de tercerización y su Reglamento.

Evaluación del desempeño del sistema de salud y de la calidad de los servicios

Se ha aprobado la Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud, con RM N° 914-2010-MINSA, que determina las características que deben tener los establecimientos, con lo cual se tiene un marco de referencia importante para la evaluación.

Se ha actualizado la Norma Técnica del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud que monitorea el desempeño de los servicios de salud.

La Gerencia de Mercadeo del Seguro Integral de Salud atiende las múltiples quejas y reclamos de los ciudadanos que se atienden en los establecimientos públicos de salud, además de realizar encuestas periódicas de satisfacción. Se evalúan encuestas de satisfacción al usuario de las empresas privadas.

UNIVERSALIDAD, INTEGRALIDAD Y EQUIDAD

Modelo para la cobertura poblacional: aseguramiento universal y progresivo

La Ley General de Salud, Título Preliminar VII, define que el Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar su salud y garantiza la libre elección de sistemas previsionales, sin perjuicio de un sistema obligatoriamente impuesto por el Estado para que nadie quede desprotegido.

El sistema de aseguramiento en el país se hace mediante tres sistemas: el sistema público (Seguro Integral de Salud), para la población en condición de pobreza; el sistema contributivo, mediante la Seguridad Social (EsSalud) y los sistemas de aseguramiento de las fuerzas armadas y la policía nacional; y, el sistema privado. En conjunto, cubren el 64,4% de la población total. El 39,3% se encuentra cubierta por el Seguro Integral de Salud, 20,7% por EsSalud y 4,7% por los otros seguros (2010). El seguro privado en el Perú cubre alrededor del 4% de la población y se oferta a partir de las Empresas Prestadoras de Salud-EPS, que son empresas cuyo único fin es prestar servicios de atención de la salud, con infraestructura propia y/o de terceros, sujetándose a los controles de la Superintendencia Nacional de Salud (SUNASA).

La tenencia de seguro de salud se incrementa a partir de 2008 con base en la afiliación al SIS. El escaso crecimiento del aseguramiento por el seguro social EsSalud es resultado de la baja tasa de empleo formal.

Tabla 2 – Tenencia de seguro salud: proporción de la población sin seguro y asegurada por tipo de seguro, Perú, 2000-2010

	2000	2004	2005	2007	2008	2009	2010
Con seguro	32,3	36,9	35,9	41,7	54,1	61,2	64,4
Es Salud	19,7	17,1	16,8	18,3	18,9	19,6	19,8
EsSalud y seguro privado	0,4	0,7	0,5	1,2	1,0	0,9	0,7
Seguro privado	1,6	1,2	1,4	1,7	2,0	2,6	2,8
Fuerzas Armadas y policiales	1,3	1,9	1,9	2,1	1,7	1,7	1,6
Seguro Integral de Salud - SIS*	9,3	16,0	15,3	18,4	30,3	36,4	39,5
Sin seguro	67,7	63,1	64,1	58,3	45,9	38,8	35,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total de población (millones)	25,7	27,6	28,0	28,3	28,8	30,1	30,5

(*) Hasta el año 2000, se refiere al Seguro Escolar Obligatorio y a proyectos piloto del Seguro Materno-Infantil. A partir del 2002 se refiere al SIS

Fuente: ENNIV 2000. ENAHO 2004-2010. Elaboración Observatorio de la Salud-CIES

Los servicios de salud de atención primaria tienen una amplia cobertura nacional, atendiendo a la población demandante, principalmente de zonas rurales y urbanas marginales. Existen, además, hospitales de nivel intermedio en las regiones; sin embargo, los centros especializados se encuentran en la capital del país o en las zonas de mayor desarrollo socioeconómico (Lima, Arequipa, Trujillo, Piura, Lambayeque).

Mientras el 65% de la población tiene acceso a los servicios de salud, 40% de la población con un problema de salud crónico y 45% con un problema no crónico llegan a la consulta médica. En otras palabras, casi seis de cada diez peruanos que necesitan atención no acuden a un servicio de salud.

Pese a los esfuerzos, persiste un déficit de recursos humanos. Los profesionales y especialistas se encuentran concentrados en la capital y en las ciudades con mayor desarrollo.

El Perú ha optado por un sistema de aseguramiento universal, con una cobertura universal mediante un paquete básico de prestaciones, el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que se brinda obligatoriamente a toda la población mediante un sistema de cuidado de la salud articulado, donde coexiste una oferta de servicios públicos y privados articulados mediante mecanismos de intercambio de prestaciones.

El aseguramiento universal se da mediante el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que cubre el 65% de la carga enfermedad del país y el 80% de la demanda del primer nivel de atención. El PEAS tiene 32 garantías explícitas de calidad y oportunidad, las cuales estarán vigentes a partir del año 2014.

La cobertura de salud de la población en el marco del Aseguramiento Universal en Salud se basa en tres regímenes de financiamiento:

- **Contributivo:** Para población que cuenta con la capacidad adquisitiva para obtener un seguro, ya sea privado o público (EsSalud, FFAA, etc.), amparada por la legislación vigente y en relación a su situación laboral.
- **Semicontributivo:** Para población con limitada capacidad de pago. Es determinada por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFHO) y cubierta por el SIS Independiente. EsSalud también brinda este tipo de seguro.
- **Subsidiado:** Para población pobre y extremadamente pobre, es brindada gratuitamente a través del SIS y su ingreso depende del Sistema de Focalización de Hogares (SISFHO).

La población peruana ingresará en cualquiera de los tres regímenes, según su capacidad de pago.

Como mencionado, el Sistema de salud peruano es un sistema mixto, sustentado en los subsectores (público, privado y mixto) que conforman el sistema de salud que incluye: la seguridad social (EsSalud), el sistema público (Gobiernos Regionales y MINSA), la sanidad de las Fuerzas Armadas, la sanidad de la Policía Nacional, el sector privado.

El Aseguramiento Universal en Salud (AUS) es el único sistema de aseguramiento que habrá en algunos años. Gradualmente, el Perú está migrando de un sistema fraccionado de aseguramiento en el que existían múltiples planes de aseguramiento (público, privado, contributivo) a un sistema regulado con un sólo Plan de Beneficios (que acepta planes complementarios menores) ofertado por aseguradores públicos y privados.

El AUS tiene tres estrategias de universalización: la cobertura del 100% de toda la población del país, la ampliación progresiva del PEAS y el crecimiento de las garantías explícitas de oportunidad y calidad. Estas tres estrategias encuentran su sustento en la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud, la cual declara el AUS obligatorio, progresivo, garantizado, regulado, descentralizado, portable, transparente y sostenible.

Son estrategias complementarias para el AUS fortalecer los establecimientos de salud; intercambio prestacional entre proveedores públicos y privados; y asegurar a la población peruana en cualquiera de los tres regímenes.

Actualmente, la universalización tiene su base en el subsidio a la oferta. Pero en la estrategia del AUS se ha previsto la migración progresiva al subsidio a la demanda. En el futuro, un asegurado podrá hacerse atender en el proveedor que elija. Conforme se fortalezca la capacidad resolutive de la actual oferta de servicios, se allanen las normas que dificultan el intercambio de servicios entre proveedores públicos y privados y se consolide el sistema de financiamiento de las Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS), el subsidio a la demanda se hará realidad.

Se estima en 5% a la población excluida territorialmente del sistema de salud. Esta población está localizada en las zonas de pastoreo, por encima de los tres mil metros de altura y en las zonas de selva. Adicionalmente, hay una población excluida del AUS por carecer del Documento Nacional de Identidad (DNI), documento necesario para ingresar al sistema de aseguramiento.

El objetivo del Aseguramiento Universal es que NO existan grupos excluidos, ya que deben de ingresar en cualquiera de los tres regímenes de aseguramiento-financiamiento.

Asimismo, el Ministerio de Salud ha emitido la NTS N° 081-MINSA/ DGSP V.01. Norma Técnica de Salud de los Equipos de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED), aprobada según RM N° 478- 2009/ MINSA, mediante la cual se define operativamente a la población excluida y dispersa como aquella que habita en localidades con el mayor índice de dispersión poblacional y que se encuentran ubicadas a más de cuatro (04) horas por camino de herradura y/o fluvial, o por el medio de transporte más usado a la localidad, del establecimiento de salud más cercano.

Cobertura de servicios: paquete básico de atenciones – Plan Esencial de Aseguramiento en Salud

La cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) alcanza al 65% de la carga de enfermedad del país y el 80% de la demanda del primer nivel de atención en salud. Cubre prestaciones para la población sana, condiciones obstétricas y ginecológicas, condiciones pediátricas, condiciones transmisibles, condiciones no transmisibles y neoplasias malignas; un total de 140 condiciones específicas. Esta cobertura se irá ampliando progresivamente.

Adicionalmente, la Ley de Aseguramiento Universal de Salud (AUS) prevé la cobertura de enfermedades de alto costo, que se hará mediante el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), que inicialmente está atendiendo el tratamiento de cinco tipos de cáncer y la insuficiencia renal crónica.

Brechas de equidad

Superada la barrera financiera mediante la gratuidad de la atención en el AUS, las otras barreras de acceso están relacionadas a razones socioculturales: la población no considera necesario recibir atención (41%); usa remedios caseros (25%); se encuentra a grandes distancias del establecimiento de salud (14%); falta de confianza o demora en la atención (14%) y falta de dinero (13%).

La brecha referida a los aspectos culturales es una de las más significativas, sobre todo de las poblaciones dispersas en las regiones de la Amazonía y de la sierra. Esto impide que estas poblaciones acudan oportunamente a los establecimientos de salud.

La población excluida y dispersa presenta también barreras geográficas en las zonas rurales andinas y amazónicas. Además, estas poblaciones se caracterizan por su diversidad cultural, lo cual influye en la oferta y demanda de los servicios.

El MINSA, a través de los equipos de atención integral de salud en poblaciones excluidas y dispersas (AISPED), llega a estas comunidades y las atiende con financiamiento del SIS.

La ley de AUS prevé que toda la población tenga acceso a un paquete básico de atenciones contenidas en el PEAS; sin embargo, la oferta de servicios tiene que fortalecerse para poder atender la complejidad de servicios del PEAS.

Las regiones del país donde se ha iniciado el Aseguramiento Universal de Salud (AUS) tienen identificadas las brechas de recursos humanos, de equipamiento, de infraestructura y de financiamiento. El cierre de dichas brechas constituye la columna vertebral del Plan de Implementación del AUS en las regiones. Esta información es la base para el fortalecimiento de la oferta y las proyecciones desde el punto de vista financiero.

La brecha más importante es la de recursos humanos. El AUS necesita una mayor cantidad de profesionales de salud (médicos generales y especializados), así

como su mejor distribución a las zonas de mayor pobreza. Y una mejor preparación de estos recursos tanto en su formación básica como en su formación especializada.

La brecha siguiente es la de financiamiento. Aunque el presupuesto del sector salud aumentó 114% entre el 2006 y el 2011, no ha acompañado el ritmo de crecimiento de la población asegurada, con lo cual se tiene una brecha de financiamiento creciente.

La brecha de infraestructura, que sigue siendo crítica en las zonas rurales, está siendo atendida con la mayor inversión en los últimos cuarenta años: 4.600 millones de soles (aproximadamente USD 1,704 millones). Hasta el 2011 se han construido 36 hospitales regionales y provinciales en Tumbes, Lambayeque, Cajamarca, La Libertad, Ancash, Lima, Ica, Huánuco, Ayacucho, Cusco, Puno, Moquegua y otros. También se han construido 300 centros de salud, de los cuales 60 son de nivel I-4, en todo el país. Por su parte EsSalud ha construido 24 hospitales y 100 Unidades Básicas de Atención Primaria en todo el país.

Cada subsector de salud, sea privado, mixto o público maneja su propio sistema de información, lo cual no permite identificar las brechas reales de equidad en salud de la población.

Las personas que acuden a los establecimientos de salud por un problema que los afecta son atendidas, al igual que las personas con discapacidades. No se discrimina a las personas con discapacidades, ya que ese no es un criterio para la atención de salud.

FINANCIAMIENTO EN SALUD

Fuentes de financiamiento

Las fuentes de financiamiento son públicas y privadas. Las fuentes públicas incluyen: fuentes nacionales, provinciales/departamentales, municipales, impuestos generales y cotizaciones a la seguridad social. Las fuentes privadas corresponden a primas de seguros privados y el gasto de bolsillo.

Para el caso del financiamiento público, las fuentes son determinadas por el Ministerio de Economía y Finanzas y son las siguientes:

- **Recursos ordinarios:** Son los ingresos provenientes de la recaudación tributaria y otros conceptos.
- **Recursos directamente recaudados:** Son los ingresos generados por las Entidades Públicas y administrados directamente por estas (entre los cuales se puede mencionar las rentas de la propiedad, tasas, venta de bienes y prestación de servicios, entre otros), así como aquellos ingresos que les corresponde de acuerdo a la normatividad vigente. Incluyen el rendimiento financiero, así como los saldos de balance de años fiscales anteriores.

- **Recursos por operaciones oficiales de crédito:** Son los fondos de fuente interna y externa provenientes de operaciones de crédito efectuadas por el Estado con instituciones, organismos internacionales y gobiernos extranjeros, así como las asignaciones de líneas de crédito. Asimismo, considera los fondos provenientes de operaciones realizadas por el Estado en el mercado internacional de capitales. Incluye el diferencial cambiario, así como los saldos de balance de años fiscales anteriores. Solo en el caso de los Gobiernos Locales se incluye el rendimiento financiero.
- **Donaciones y transferencias:** Son los fondos financieros no reembolsables recibidos por el gobierno proveniente de agencias internacionales de desarrollo, gobiernos, instituciones y organismos internacionales, así como de otras personas naturales o jurídicas domiciliadas o no en el país. Se consideran las transferencias provenientes de las entidades públicas y privadas sin exigencia de contraprestación alguna. Incluyen el rendimiento financiero y el diferencial cambiario, así como los saldos de balance de años fiscales anteriores.
- **Recursos determinados:** Contribuciones a fondos; Fondo de Compensación Municipal; impuestos municipales; canon y sobrecanon, regalías; renta de aduanas y participaciones.

Acerca de la participación de la Nación y las esferas subnacionales en la financiación pública, señalamos que los fondos públicos de cada una de las entidades (nacionales o subnacionales) se destinan a financiar el conjunto de gastos públicos previstos en los presupuestos del sector público y de acuerdo al marco de la Ley de Presupuesto del Sector Público de cada ejercicio presupuestal.

Existen normas de coparticipación para el gasto en salud para las esferas subnacionales. Así tenemos, en orden cronológico, a la Ley de Bases de la Descentralización, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, la Ley Orgánica de Municipalidades y la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, que en conjunto y en general, disponen entre otros que los Gobiernos Regionales y Locales transfieran recursos para financiar el ejercicio de las funciones sectoriales transferidas entre ellas las de Salud. Por otro lado, existe la Ley Marco del Presupuesto Participativo, a través del cual las autoridades regionales y locales, así como las organizaciones de la población debidamente representadas, definen en conjunto, cómo y a qué se van a orientar los recursos, teniendo en cuenta los objetivos del Plan de Desarrollo según su ámbito.

Acerca del aporte financiero de los niveles subnacionales, estos tienen la facultad de aprobar sus presupuestos institucionales conforme a las Leyes de Presupuesto y del Aseguramiento Universal en Salud. Los gobiernos regionales y locales pueden establecer relaciones de cooperación técnica y financiera con organismos internacionales, estando facultados para suscribir convenios y contratos sobre asuntos de su competencia, con arreglo a la ley. El gobierno nacional facilita y apoya la celebración de estos convenios.

Gasto en salud

Se presentan tres tablas obtenidas del Estudio Cuentas Nacionales de Salud Perú, 1995-2005, elaborado por el MINSA en 2008, que demuestran la estructura del gasto en salud en Perú por el MINSA nacional, el EsSalud y los prestadores privados lucrativos. Se observa al largo del periodo un aumento del gasto de todos los prestadores.

Tabla 3 – Estructura de gasto del MINSA nacional (%), Perú, 1995, 2000 y 2005

Estructura	1995	2000	2005
Consumo intermedio	33,4	41,6	30,2
Insumos médicos y medicamentos	10,0	11,5	10,8
Bienes no médicos y servicios	23,4	30,1	19,4
Valor agregado	53,6	49,8	65,0
Remuneraciones	51,1	46,2	63,5
Impuestos a la producción y venta	1,2	1,1	0,0
Depreciación de equipos e infraestructura	1,3	2,5	1,6
Formación bruta de capital	13,0	8,7	4,8
Total	100,0	100,0	100,0
Total (miles de Soles)	1.376.626	2.220.385	3.220.163

Fuente: Ministerio de Salud. 2008. Cuentas Nacionales de Salud. Perú, 1995–2005.

Tabla 4 – Estructura de gasto de EsSalud (%), Perú, 1995, 2000 y 2005

Estructura	1995	2000	2005
Consumo intermedio	41,0	41,5	40,9
Insumos médicos y medicamentos	15,4	21,1	16,7
Bienes no médicos y servicios	25,6	20,3	24,3
Valor agregado	44,1	50,4	57,5
Remuneraciones	38,6	45,3	55,2
Impuestos a la producción y venta	2,6	1,6	0,0
Depreciación de equipos e infraestructura	2,9	3,4	2,3
Formación bruta de capital	14,9	8,2	1,6
Total	100,0	100,0	100,0
Total (miles de Soles)	1.255.575	2.299.021	3.186.954

Fuente: Ministerio de Salud. 2008. Cuentas Nacionales de Salud. Perú, 1995–2005.

Tabla 5 – Estructura de gasto del prestador privado lucrativo (%), Perú, 1995, 2000 y 2005

Estructura	1995	2000	2005
Consumo intermedio	28,1	30,3	28,8
Insumos médicos y medicamentos	4,7	5,6	5,8
Bienes no médicos y servicios	23,4	24,7	23,0
Valor agregado	65,0	61,9	64,0
Remuneraciones	16,7	12,3	13,7
Honorarios profesionales del sector privado	14,0	13,7	14,0
Impuestos a la producción y venta	9,2	9,3	3,4
Depreciación de equipos e infraestructura	4,0	3,3	1,8
Excedente de explotación	8,3	9,1	16,2
Ingreso mixto	12,8	14,2	14,9
Formación bruta de capital	4,9	5,5	4,9
Medicamentos	2,0	2,4	2,4
Total	100,0	100,0	100,0
Total (miles de Soles)	1.032.021	2.202.120	2.895.593

Fuente: Ministerio de Salud. 2008. Cuentas Nacionales de Salud. Perú, 1995–2005.

El estudio de cuentas nacionales demuestra que en 2005 existían tres grandes centros de gasto: el manejado por el MINSA a nivel nacional (27,2%), el de EsSalud (26,7%) y el privado lucrativo, incluidas las EPS (23,8%). Otro gran prestador fueron las farmacias, con 14,3% de los gastos (MINSA, 2008).

Aún según el estudio Cuentas Nacionales de Salud Perú, 1995-2005, los gastos en servicios de salud con relación al PIB se mantuvieron constantes en 4,5% del PIB en términos nominales, pero en relación al PIB real se redujeron para 3,7% en 2005 (Tabla 6).

Tabla 6 – Gasto en servicios de salud como % del PIB, Perú, 1995, 2000 y 2005

Gasto en salud	1995	2000	2005
% PBI nominal	4,48	4,69	4,46
% PBI real	4,48	3,88	3,73

Fuente: Ministerio de Salud. 2008. Cuentas Nacionales de Salud. Perú, 1995–2005.

En 2005, la participación en el financiamiento de la atención a la salud fue de 30,7% para el gobierno, 34,2% de los hogares y 30,5% de los empleadores (Tabla 7). Alrededor de 97% del gasto de los hogares en servicios de salud se efectuaba con gasto de bolsillo. El gasto en mecanismos de aseguramiento era bajo.

No obstante, a lo largo del período se observa un importante efecto de incremento del financiamiento de parte del agente gobierno con recursos del tesoro público, de 25,2% a 30,7%, acompañado de una disminución del agente hogares de 45,8% a 34,2%. En los últimos años, existe la posibilidad de que este efecto esté asociado a la presencia del SIS (MINSA, 2008).

Tabla 7 – Participación de los agentes en el financiamiento de la atención de salud (%), Perú, 1995, 2000 y 2005

Agentes	1995	2000	2005
Gobierno	25,2	24,1	30,7
Cooperantes externos	1,4	1,1	2,6
Donaciones internas	0,7	0,7	0,7
Hogares	45,8	37,9	34,2
Empleadores	25,6	35	30,5
Otros	1,3	1,9	1,3
Total	100,0	100,0	100,0
Total millones de nuevos soles	5.917	10.122	12.195
Total millones de nuevos soles de 1995	5.917	5.720	6.371
Total millones de dólares americanos	2.627	2.885	3.708

Fuente: Ministerio de Salud. 2008. Cuentas Nacionales de Salud. Perú, 1995-2005.

Para el año 2010, el gasto total en salud corresponde a 5,2% del PIB, con participación del gasto público de 2,9% en el PIB y participación del gasto privado de 2,3% en el PIB según los Indicadores y Datos Básicos en Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los gastos públicos correspondieron a 55,8% del total de gastos en salud en Perú y los gastos privados a 44,2% (OPS, 2010.)

Participación financiera de los usuarios en las prestaciones de salud

Los pagos de usuarios de salud en Perú se pueden clasificar de modo general en:

- **El pago anticipado a la atención:** Referido a la existencia previa de fondos que permiten acceder sin limitantes a la atención de salud requerida, en nuestro país se implementa a partir de tres regímenes de financiamiento: **el contributivo**, a partir de los aportes de empleadores y/o aportes de trabajadores independientes; **el régimen semicontributivo**, a partir del financiamiento público parcial y complementado con los aportes de los asegurados; y **el subsidiado**, a partir del financiamiento público total.
- **El pago posterior a cada atención:** Referido al pago de bolsillo de acuerdo a las tarifas de los servicios de salud en los **establecimientos públicos** a nivel nacional, para no asegurados.

Criterios de asignación y modelos de pago

A partir del año 2011, el país cuenta con la Ley de Financiamiento Público para el Aseguramiento en Salud, que establece los principios y señala el financiamiento público para la atención de las personas de los regímenes subsidiado y semicontributivo. En ella se precisa que ambos regímenes se financian a partir de recursos que se otorgan anualmente al Seguro Integral de Salud (SIS), de los fondos de los gobiernos regionales y locales y de los aportes provenientes de la cooperación internacional. La

norma dispone la creación de una Comisión Multisectorial encargada de proponer las metas de aseguramiento a la salud financiado por el Estado y, finalmente, señala que el Estado financiará, a través del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), las enfermedades de alto costo.

Las transferencias de fondos públicos que se realizan entre entidades del Sector Público se efectúan para el cumplimiento de las actividades y proyectos aprobados en los presupuestos institucionales de las entidades de destino. Se realiza una asignación de recursos a los niveles subnacionales (gobiernos regionales y gobiernos locales) y estos realizan una transferencia a sus establecimientos de salud de atención de primer nivel y hospitales. Los niveles subnacionales tienen la facultad de crear, recaudar y administrar sus rentas e ingresos propios y aprobar sus presupuestos institucionales conforme a la Ley de Gestión Presupuestaria del Estado y las Leyes Anuales de Presupuesto. Para el caso del Seguro Integral de Salud (SIS), la transferencia se sustenta en la valorización neta de la producción validada para los establecimientos prestadores de servicios de salud, de acuerdo al Plan Esencial del Aseguramiento en Salud (PEAS).

Los modelos de pagos a los prestadores (hospitalarios, ambulatorios) son distintos entre los prestadores públicos y privados. El pago a los prestadores en el sector público, se realiza mediante transferencias financieras a las unidades ejecutoras del Gobierno Nacional y de los Gobiernos Regionales, en el marco de los convenios con el Seguro Integral de Salud (SIS), para la prestación de servicios. También se realiza directamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, privadas o mixtas, de acuerdo a las condiciones que se establezcan en los contratos de compra venta de servicios complementarios.

Las modalidades de pago aplicadas en la actualidad por el SIS son el pago por cápita, modalidad prospectiva usada para el primer nivel en las zonas de Aseguramiento Universal en Salud (AUS); y el pago por prestación, modalidad retrospectiva usada en todos los niveles de atención en zonas cubiertas por el AUS y en las que aun no están cubiertas por el AUS.

El pago de las atenciones de salud a los Prestadores en el sector privado se realiza bajo las modalidades de pago capitado, pago por atención y pago costo paciente mes.

MACROGESTIÓN

Rectoría

El Ministerio de Salud es el ente rector del sector de la salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable,

con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.

Formulación de políticas y planes

Las políticas y planes nacionales se formulan en el marco de la Ley N° 27813, donde se dispone que sea una función del Consejo Nacional de Salud, entre otras, la de proponer la política nacional de salud como parte de la política nacional de desarrollo. En la misma Ley, se señala que la finalidad del Sistema Nacional de Salud, es coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud, promoviendo su implementación concertada, descentralizada y coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector a efecto de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos y avanzar hacia la seguridad social universal en salud.

El Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2011 (PNCDS) constituye un instrumento de gestión y de implementación de políticas de salud, estableciendo las bases para la acción concertada del estado orientada a mejorar la situación de salud de la población. En el PNCDS se determinan metas concretas, así como estrategias e intervenciones para el cumplimiento de los objetivos sanitarios, objetivos en el sistema de salud y los objetivos en los determinantes. Asimismo, el PNCDS sirve como marco de referencia para la formulación y posterior aprobación de los Planes Estratégicos Sectoriales de Salud, donde se identifican los recursos financieros, indicadores, metas y responsables, cuyos resultados son evaluados en forma permanente.

Durante su formulación, se someten a consultas en talleres y reuniones multisectoriales, donde participan, de acuerdo al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, el Ministerio de Salud, como órgano rector del sector salud, el Seguro Social de Salud, los servicios de salud de las municipalidades, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada.

Asimismo, teniendo en cuenta los lineamientos de política de salud, objetivos, metas y estrategias establecidas en el Plan Nacional Concertado de Salud, se aprobó el Plan Estratégico Sectorial Multianual de Salud 2008 - 2011, que identifica los recursos financieros, indicadores, metas y responsables, cuyos resultados son evaluados en forma permanente.

Atribuciones de las esferas gubernamentales y coordinación interinstitucional

La organización del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, permite la interacción de los órganos de concertación y coordinación según su nivel, como son el Consejo Nacional de Salud, el Consejo Regional de Salud y el Consejo Provincial de Salud. Entre las funciones que les competen a cada uno de los Consejos se destacan las de:

- Proponer e impulsar de manera participativa la formulación de las políticas y planes en materia de salud, como parte de la política de desarrollo, y velar por su cumplimiento.
- Proponer y revisar prioridades en salud sobre la base del análisis de la situación de la salud y las condiciones de vida de la población.
- Proponer una distribución equitativa y racional de los recursos en el sector de la salud, de acuerdo con las prioridades.

El monitoreo y evaluación del impacto de las políticas y planes se realiza con la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática que, mediante la Encuesta Nacional de Hogares, permite conocer la evolución de las condiciones de vida y pobreza y el impacto de los programas sociales en la población, incluyendo indicadores de salud. Además, mediante la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) se busca proveer de información actualizada sobre la dinámica demográfica y el estado de salud de las madres y niños menores de cinco años que permita la estimación de los indicadores identificados de los programas estratégicos en el marco del Presupuesto por Resultados, así como también la evaluación y formulación de los programas de población y salud familiar en el país.

En el Sector de la Salud en el año 2009 se conformó la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS). La Comisión Intergubernamental de Salud es una instancia permanente de articulación de la gestión de salud pública bajo un ejercicio compartido de conducción de procesos y resultados sanitarios entre el Ministerio de Salud, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales.

Las decisiones de la comisión tienen carácter concertador, deliberativo y sus acuerdos son vinculantes; por tanto, comprometen su cumplimiento, sin perjuicio del rol del Ministerio de Salud como ente rector del sector de la salud y de la autonomía en la gestión de los Gobiernos Regionales y Locales, conforme a la Constitución Política del Perú y demás normas vigentes. La CIGS está conformada por el MINSA, los 25 gobiernos regionales y por representantes de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales, la Asociación de Municipalidades del Perú y la Red de Municipalidades Rurales del Perú. Esta Comisión, que se reúne cada dos meses, es presidida por el Ministro de Salud y cuenta con grupos de trabajo. La Secretaría Técnica de la Comisión recae en la Oficina de Descentralización del MINSA.

El mecanismo de rendición de cuentas tiene un conjunto de normas y directivas que establecen los procedimientos para que todo titular de una entidad estatal rinda cuentas de manera homogénea y oportuna, a fin de asegurar la transparencia que guía la gestión pública con relación a la utilización de los bienes y recursos públicos.

Modelos de gestión de servicios y redes

La gestión de organizaciones de salud y redes cuenta con dispositivos normativos como el Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud y de las Direcciones de Red de Salud, donde se establece la organización estandarizada de las Direcciones de Salud a nivel nacional, su naturaleza, visión, misión y objetivos estratégicos, sus objetivos funcionales generales, la estructura orgánica y objetivos funcionales de sus unidades orgánicas, así como sus relaciones, régimen laboral, régimen económico y las disposiciones pertinentes.

Las Direcciones de Salud ejercen su jurisdicción como autoridad de salud en el ámbito de su respectiva región y sobre todas las personas jurídicas y naturales que prestan atención de salud o cuyas actividades afecten, directa o indirectamente, a la salud de la población en su región en el marco de las normas vigentes. Las Direcciones de Salud tienen a su cargo, como órganos desconcentrados, a las Direcciones de Redes de Salud y a los Hospitales que brindan atención de salud de alta complejidad.

Las Direcciones de Redes de Salud tienen a su cargo, como órganos desconcentrados, a hospitales que brindan atención de mediana y baja complejidad y como órganos de línea a Microrredes de Salud. La Dirección de Red de Salud está encargada de la gestión y provisión de los servicios públicos de salud bajo su responsabilidad. Es responsable de realizar la gestión de los recursos sanitarios que se le asignan (gestión de personal, financiera y de recursos materiales) y brindar el soporte necesario a la prestación que realizan sus microrredes de salud y hospitales, de ser pertinente, para lo cual desarrolla los procesos de gestión que correspondan.

Las Microrredes de Salud son las unidades orgánicas de línea que están a cargo de mejorar continuamente el desarrollo físico, mental y social de toda la población en su ámbito geográfico, lograr que la persona, familia y comunidad creen entornos saludables, desarrollar una cultura de salud basada en la familia como unidad básica de salud y brindar la atención de salud en centros poblados y en los establecimientos o locales asignados, denominados Centros y Puestos de Salud.

Los niveles de autonomía de los servicios se rigen a partir de lo normado en cuanto a la administración financiera del Sector Público, regulada por Ley 28112, que comprende el conjunto de normas, principios y procedimientos utilizados por los sistemas que lo conforman y, a través de ellos, por las entidades y organismos participantes en el proceso de planeamiento, captación, asignación, utilización, custodia, registro, control y evaluación de los fondos públicos. Los establecimientos de salud administrativamente pertenecen a una determinada unidad ejecutora, que tiene autonomía y que cuenta con un nivel de desconcentración administrativa que determina y recauda ingresos, contrae compromisos, devenga gastos y ordena pagos con arreglo a la legislación aplicable, registra la información generada por las acciones y operaciones realizadas y, finalmente, informa sobre el avance y/o cumplimiento de metas.

Regulación de servicios y seguros privados

Se reconoce como los principales vacíos o fallas en la regulación de los mercados de prestación de los servicios de salud a la segmentación del mercado y la debilidad normativa. En el Perú, la regulación de los servicios de salud del subsector privado involucra el diseño del marco normativo que asegure la protección y promoción de la salud de la población, así como el diseño e implementación de acciones para garantizar su cumplimiento. Al respecto, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, un instrumento legal que establece los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento.

El Ministerio de Salud, como ente rector, a través de la Dirección de Servicios de Salud de la Dirección General de Salud de las Personas, regula el funcionamiento y desarrollo de los servicios de salud públicos y no públicos. Las Direcciones/Gerencias de Salud de los Gobiernos Regionales son las responsables de implementar las normas que regulan la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud públicos y no públicos en sus respectivos ámbitos jurisdiccionales. Al respecto, la Ley 27867 - Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales (artículo 49º) confiere a los gobiernos regionales la función de supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados.

Por otra parte, la Ley 29344 - Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud crea la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) como organismo público técnico especializado, adscrito al Ministerio de Salud, que entre sus funciones tiene la de regular y supervisar el funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, privadas o mixtas.

VIGILANCIA EN SALUD

Implementación del Reglamento Sanitario Internacional en el país

Desde la aceptación de la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) por los países miembros, el 15 de junio del 2007, el Perú designó a la Dirección General de Epidemiología (DGE) como el Centro Nacional de Enlace para RSI (Punto Focal Nacional) con las funciones de coordinación, difusión de la información y verificación, evaluación de los Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional, manteniendo comunicación con la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la OPS.

A la fecha, se ha fortalecido el sistema nacional de vigilancia epidemiológica a través de la realización de los respectivos diagnósticos de las capacidades para la

vigilancia y respuesta a nivel nacional, mejoramiento de la capacidad de laboratorios nacionales y regionales de referencia y formación de equipos de alerta y respuesta temprana hasta nivel regional y de las redes de salud. Fueron constituidos los sistemas de comunicación con Centros de Información Estratégica a nivel nacional y regional, que recogen información de las notificaciones inmediatas, semanales y mensuales sobre enfermedades y eventos, produciendo información para las salas situacionales presenciales y virtuales donde participan representantes del sector de la salud y otros (educación, agricultura, etc.).

Los Gobiernos Regionales han reforzado particularmente la vigilancia y respuesta en los establecimientos ubicados en los Puntos de Entrada, habiéndose a la fecha completado el diagnóstico situacional a nivel nacional y el levantamiento de capacidad necesaria en los puntos de entrada designados del país: cinco puertos (Paita, Salaverry, Pisco, Matarani e Ilo), cinco aeropuertos: Callao, Juliaca, Cusco, Iquitos, Tumbes) y dos pasos de frontera: Tumbes - El Oro y Tacna - Arica.

Las acciones que se desarrollan en los puntos de entrada internacional están fundamentalmente ligadas al quehacer a la vigilancia epidemiológica a través de los establecimientos de salud en el ámbito administrativo de las Direcciones Regionales de Salud, en el marco de la descentralización en el sector. Los puntos de entrada son atendidos por los establecimientos de salud de la jurisdicción correspondiente y que, a la vez, conforman la Red Nacional de Epidemiología.

En el 2010, con apoyo de la OPS se preparó el plan de fortalecimiento de las capacidades básicas en conformidad con el RSI, lo que incluyó el diagnóstico situacional y los componentes de capacitación, actualización de documentos normativos, implementación con equipamiento para comunicaciones y laboratorios.

El avance de la implementación se viene realizando con fondos propios del Estado y a través de proyectos de cooperación, como el plan de prevención y control de malaria en la zona de fronteras con el Organismo Regional Andino de Salud, el proyecto de fortalecimiento del VIH/SIDA con el Fondo Mundial y el proyecto de preparación y respuesta para la epidemia de influenza con apoyo del CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) Atlanta.

La actuación internacional para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional está centrada, fundamentalmente, en el ámbito de la vigilancia epidemiológica en salud pública. Está pendiente la oficialización del Comité Intrasectorial y el Comité Multisectorial para la actuación internacional integral de la autoridad sanitaria.

Organización de la red de diagnóstico laboratorio para la vigilancia en salud

El Instituto Nacional de Salud tiene a su cargo la Red de Laboratorios de Referencia a nivel nacional, apoya técnicamente y coordina con los laboratorios regionales de referencia, los cuales a su vez reciben las muestras producto de la investigación de enfermedades sujetas a vigilancia de sus respectivas redes de laboratorios.

Los resultados de diagnóstico por laboratorio son comunicados en tiempo real por el sistema NETLAB a todo nivel de complejidad de los laboratorios.

Vigilancia epidemiológica

La Dirección General de Epidemiología (DGE) es el órgano de línea a cargo del diseño, asesoramiento y conducción del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en salud pública a nivel nacional.

La columna vertebral del sistema lo conforma la Red Nacional de Epidemiología, que comprende a todos los establecimientos de salud públicos y privados (más de 7.000 unidades notificantes) del Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidades de las fuerzas armadas y Policía Nacional, de los Gobiernos Locales y del subsector privado que desarrollan actividades de vigilancia epidemiológica. Esta red incluye a los niveles de Red y Microrred en las regiones del país.

El sistema de vigilancia en salud pública tiene un soporte técnico administrativo en los niveles local, regional y nacional. En el nivel regional se han establecido los equipos multidisciplinarios de alerta respuesta, capacitados y equipados. Estos equipos de alerta respuesta se mantienen en comunicación permanente por Internet, teléfono y con sesiones de actualización y asistencia técnica permanente por teleconferencia.

Las unidades notificantes comunican y analizan en forma inmediata la ocurrencia de brotes, epidemias y emergencias sanitarias, además de brindar la respuesta inicial que, según la magnitud y severidad, puede ser conducida por el nivel regional y/o nacional. Se cuenta con un aplicativo vía web para la notificación de brotes. La Dirección General de Epidemiología ha implementado diferentes subsistemas para la detección oportuna de brotes, como: vigilancia de rumores en medios de comunicación, vigilancia sindrómica, análisis de la notificación semanal, análisis de reportes de laboratorio y reporte de brotes. La información generada por el sistema es difundida a los diferentes niveles de gobierno y toma de decisiones mediante informes ejecutivos.

Vigilancia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles

En el Perú ha avanzado la vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles (ENT) con la generación de evidencias a través de los estudios de prevalencia de factores de riesgo de las ENT, que contribuyen en la construcción de políticas públicas (estudio de prevalencia de factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en Lima Metropolitana, Callao y Tumbes 2003- 2006), que han sido publicados.

Asimismo, se ha implementado la vigilancia epidemiológica de cáncer a través de los registros hospitalarios. Desde julio del 2006, cuando se aprobó la Directiva

Sanitaria de Vigilancia de Cáncer, se implementó este subsistema de vigilancia en 13 Direcciones Regionales de Salud y en 42 hospitales del MINSA. Además, se están articulando siete redes asistenciales de EsSalud.

Se han desarrollado capacidades en las regiones para el establecimiento del subsistema de vigilancia epidemiológica de cáncer a través de talleres que incluyen a otros subsectores (EsSalud).

Vigilancia sanitaria

Base legal de la vigilancia sanitaria

La base legal de la Vigilancia Sanitaria está conformada por la siguiente legislación:

- Ley General de Salud – Ley 26842: La Autoridad de Salud de nivel nacional es responsable de dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional, ejerciendo la vigilancia epidemiológica.
- Ley N° 29712–Ley sobre funciones y competencias de la autoridad de salud, que modifica la ley n° 26842, Ley General de Salud, artículos 105, 106 y 122 (publicada en el diario “El peruano” el día sábado 18 de junio de 2011).
- Ley N° 29459 – Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios
- Ley N° 27658 – Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y Vigilancia y de la Contraloría General de la República.
- La Ley del Ministerio de Salud N° 27657 define: La Oficina General de Epidemiología, ahora Dirección General de Epidemiología, es el órgano a cargo del diseño, asesoramiento y evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y del Proceso de Prevención y Control de Epidemias y Desastres en el Sector Salud.
- El Decreto Supremo 023-2005-SA define: la Dirección General de Epidemiología es el órgano de línea responsable de conducir el sistema nacional de vigilancia epidemiológica en salud pública y el análisis de situación de salud del Perú.
- Decreto Supremo N° 010 – 97 – SA: aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos y afines, y sus modificatorias (vigente hasta enero de 2011).
- Decreto Supremo N° 014 – 2011-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos.
- Decreto Supremo N° 016–2011–SA, que aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (publicado en el Diario Oficial “El Peruano” el 27 de julio de 2011 y que entrará en vigencia luego de 180 días calendario contados a partir de su publicación).

- D.S 007-98-SA – Reglamento sobre Vigilancia y Control Sanitario de Alimentos y Bebidas
- D.S. N° 031-2010-SA – Reglamento de la calidad del agua para consumo humano. La Dirección General de Salud Ambiental (Digesa) cuenta con un laboratorio ambiental referente para las regiones en materia de muestras de aire, agua, suelo y alimentos (inocuidad alimentaria).

Estructura de la vigilancia sanitaria

La Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID) es el órgano de línea del Ministerio de Salud que, a través de la Dirección y Control de Vigilancia Sanitaria, tiene como función garantizar la calidad de los medicamentos y otros productos farmacéuticos y afines que se encuentran en el mercado nacional. Para tal finalidad ejecuta acciones de control y vigilancia en los procesos relacionados con la producción, importación, almacenamiento, distribución comercialización, donación, promoción, publicidad, dispensación y expendio de estos productos, que se encuentran al alcance de la población. Estas acciones se realizan en los establecimientos farmacéuticos, certificando el cumplimiento de las buenas prácticas de manufactura y las buenas prácticas de almacenamiento.

Asimismo, la DIGEMID contribuye a la erradicación del comercio ilegal, adulteración, falsificación y contrabando de medicamentos, otros productos farmacéuticos y afines a nivel nacional, promoviendo la participación multisectorial, y a optimizar la calidad de la información difundida en las publicaciones farmacéuticas.

Vigilancia sanitaria ambiental

La Dirección General de Salud Ambiental (Digesa) es el órgano técnico normativo en materia de vigilancia sanitaria ambiental.

La vigilancia sanitaria ambiental la realizan las Direcciones Ejecutivas de Salud Ambiental de los Gobiernos Regionales en coordinación con la Digesa, en cumplimiento de sus planes operativos.

La vigilancia sanitaria ambiental en lo relacionado a aguas superficiales (ríos, bahías, esteros, agua de mar) se regula en función a parámetros críticos establecidos en la normativa ambiental (Estándar de Calidad Ambiental). En el caso particular del agua de mar y las piscinas, se regula de acuerdo a un índice que se formula en base a indicadores sanitarios (cantidad de coliformes totales, estado de limpieza de las playas, facilidades sanitarias para los bañistas, para el caso de las playas).

La Digesa está trabajando en la formulación de indicadores sanitarios para la calidad de los recursos hídricos para contaminantes químicos, principalmente.

En materia de inocuidad alimentaria la vigilancia sanitaria es una función de oficio que realiza la autoridad competente según lo establece la Ley de Inocuidad de los Alimentos. Para el caso específico de la Digesa, la vigilancia de alimentos industrializados se realiza en las fábricas, donde la autoridad verifica que se estén

cumpliendo los principios generales de higiene, la información declarada para el registro sanitario (fiscalización) y, cuando corresponda, el sistema de control de peligros HACCP (*Hazard Analysis and Critical Control Point System*), según la regulación sanitaria. Para esta función en el nivel nacional, el MINSA, a través de la Digesa, cuenta con la Dirección de Higiene Alimentaria y Zoonosis (DHAZ), con un área de vigilancia sanitaria de alimentos y, a nivel regional, las Direcciones Regionales de Salud (Diresa), que cuentan con áreas o servicios similares para el tema sanitario de alimentos con inspectores capacitados por la Digesa. Cabe mencionar, sin embargo, que hace falta fortalecer los sistemas de inspección sanitaria con personal profesional capacitado.

Para el caso de alimentos de exportación elaborados industrialmente que requieren una certificación sanitaria oficial porque lo pide la autoridad sanitaria de país de destino exportador, la Digesa lo otorga por lote de embarque solo a los productos que son fabricados en establecimientos habilitados sanitariamente, es decir, que aplican el sistema HACCP.

La Ley de Inocuidad de los Alimentos (DL 1062) establece como marco para la vigilancia y control sanitario de los alimentos un enfoque sistémico y de cadena alimentaria “de la granja o del mar a la mesa”, estableciendo la creación de una Comisión Multisectorial Permanente de Inocuidad Alimentaria (COMPIAL) como un mecanismo de articulación entre las autoridades competente antes señaladas y, para lograr un sistema nacional de inocuidad alimentaria con verdadero carácter sistémico, con un marco regulatorio armonizado con la normativa internacional del Codex. Esto se debe a que no solo es necesario sistematizar la inspección sanitaria basada en riesgos, sino también contar con sistemas integrados de alertas sanitarias y rastreabilidad. En este sentido, las autoridades sanitarias competentes (agricultura, salud y producción), a través de la COMPIAL, están en proceso de articulación para tener un sistema integrado de inocuidad alimentaria.

Soporte laboratorio para la vigilancia sanitaria pos-mercado

La Digesa cuenta con un Laboratorio de Control Ambiental que tiene un área para el análisis microbiológico y químico de los alimentos que la autoridad sanitaria muestra como parte de la vigilancia oficial, así como también para la atención de denuncias y operativos con el Ministerio Público, o para la vigilancia de oficio que realiza a servicios de alimentación de hospitales, siempre que las direcciones descentralizadas carezcan de laboratorio, dado que la vigilancia sanitaria es una facultad transferida a la regiones. Todo esto es posmercado, ya que el procedimiento para el Registro sanitario de alimentos es de carácter automático, como lo establece la Ley General de Salud. Algunas regiones cuentan con laboratorio de control de alimentos, implementados parcialmente (ver <http://www.digesa.sld.pe/LAB/Microbiologia.asp>).

Vigilancia sanitaria de productos en puntos de entrada internacional

El sector de la salud en los puntos de entrada internacional, como pasos de frontera, puertos y aeropuertos, se encuentra coordinando con los otros sectores y cuenta con puntos de control integrados que facilitan la gestión y transporte de personas y productos, teniendo en cuenta su volumen y frecuencia del tráfico internacional, así como la situación epidemiológica y los riesgos para la salud pública.

Del mismo modo, y conjuntamente con el país vecino, se evalúa el desarrollo de acciones en el ámbito sanitario y acorde con lo establecido en los mandatos del Reglamento Sanitario Internacional y, ante la identificación de una emergencia de salud pública de interés internacional, se procede a la coordinación con las autoridades responsables de la administración de los pasos de frontera habilitados, los sectores involucrados y los gobiernos regionales y/o locales, según corresponda, para la aplicación de las medidas de salud pública enmarcadas en los aspectos técnico regulatorios legales vigentes del país.

Con respecto a la vigilancia sanitaria de productos farmacéuticos, el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), regula la actuación de las personas naturales o jurídicas que intervienen en la fabricación importación, exportación, almacenamiento, distribución, comercialización, promoción, publicidad, expendio, uso y destino final de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, enmarcados en la Ley N° 29459.

Dentro del alcance de la mencionada Ley, todos los productos requieren de un Registro Sanitario otorgado por DIGEMID. Sin embargo, son las Aduanas de toda la República la autoridad que controla la importación de todos los productos en puntos de entrada internacional (pasos de fronteras, puertos y aeropuertos).

Sin perjuicio de la documentación requerida por las Aduanas para la importación de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, las Aduanas verifican la copia de la resolución que autoriza el Registro Sanitario, la identificación del lote de fabricación y fecha de vencimiento del producto, cuando corresponda, la copia del protocolo de análisis del lote y el certificado de Buenas Prácticas de Manufactura del fabricante, cuando corresponda.

En situaciones de urgencia o emergencia, prevención individual justificada o situaciones de salud pública se autoriza la importación de los productos sin registro sanitario o en condiciones no establecidas en el registro sanitario, lo que no impide realizar los controles de calidad cuando los productos involucrados se encuentren en el territorio nacional, pudiendo la autoridad de salud realizar las pesquisa o verificaciones en la zona primaria y en los almacenes aduaneros.

Figura 1 – Principales entradas internacionales de Perú



En el tema de la inocuidad de los alimentos, la Ley de Inocuidad de los Alimentos (DL N° 1062) establece las siguientes competencias;

- Servicio Nacional de Sanidad Agraria (Senasa), dependiente del Ministerio de Agricultura: controla los alimentos de producción y procesamiento primario
- Dirección General de Salud Ambiental (Digesa), del Ministerio de Salud: controla los alimentos elaborados industrialmente
- Instituto Tecnológico Pesquero (ITP), dependiente del Ministerio de la Producción: controla todos los alimentos hidrobiológicos

En este sentido, los alimentos industrializados son verificados en puntos de entrada por las Aduanas, que verifican que los productos cuenten con el correspondiente registro sanitario. Para la obtención de este registro, entre otros, el titular debe presentar los informes de inocuidad y la certificación de libre venta de la autoridad del país de origen. Actualmente se está modificando la regulación sanitaria para que cada lote de alimentos a ser nacionalizado ingrese solo si, además del RS, cuenta con un certificado sanitario. Este es un trato que reciben actualmente los productos peruanos en mercados internacionales.

La vigilancia sanitaria la realizan las Direcciones de Salud de los Gobiernos Regionales y la Dirección General de Salud Ambiental (Digesa) recibe en su laboratorio las muestras que estos remiten, según requerimientos especificados en la cadena de custodia.

Comunicación de riesgos sanitarios

El MINSA creó la Comisión Sectorial de Comunicación de Riesgo, mediante la RM N° 525-2011/MINSA. Esta Comisión tiene a su cargo la elaboración del Plan Nacional de Comunicación de Riesgo y elaborar las líneas estratégicas de comunicación frente a las emergencias de salud pública.

Se aprobó la Ley N° 28681, que regula la comercialización y publicidad de bebidas alcohólicas. Y con el Decreto Supremo N° 012-2009-SA se aprueba el Reglamento de esta Ley (Secretaría General).

Existe también el Reglamento de Alimentación Infantil, que regula en forma multisectorial la publicidad de los sucedáneos de leche materna.

Por otro lado, en el Perú se ha implementado el Sistema Nacional de Farmacovigilancia, a cargo de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, que recibe reportes de reacciones adversas o problemas relacionados con medicamentos a través de los establecimientos de salud públicos del país, prescriptores, dispensadores y titulares de Registro Sanitario. Este sistema se encuentra coordinado y articulado con el Sistema de Farmacovigilancia de la OMS, a quien reporta las notificaciones que recibe.

Sobre publicidad en los canales o medios de comunicación para la comunicación de riesgos, la Ley N° 29459 Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, en el Capítulo X, Art 42.- De la participación de los medios de comunicación, establece que los medios de comunicación del Estado otorgarán a la Autoridad Nacional de Salud (ANS), los Órganos desconcentrados de la Autoridad Nacional de Salud, la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, las Autoridades Regionales de Salud y las Autoridades de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional espacios gratuitos para la difusión de la información que contribuya a los objetivos de la salud pública sobre productos farmacéuticos, según señala el reglamento. Asimismo, en estos espacios publicitarios, se alerta a la población respecto al comercio ilegal de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.

Respecto a los alimentos, la OMS no vincula a las enfermedades no transmisibles como las señaladas con la inocuidad de los alimentos que están más bien relacionados con la presencia de contaminantes o peligros. Por este motivo, correspondería más una vigilancia nutricional que una vigilancia sanitaria sobre los alimentos en relación a los temas señalados, siendo la autoridad competente el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.

En cuanto a la comunicación de riesgos, esta es uno de los componentes del análisis de riesgos y las comunicaciones que realiza la Digesa en temas de inocuidad de los alimentos. Tiene que ver con la prevención de enfermedades transmitidas por los alimentos (reconocidas por la OMS como ETA) y se hace a través del área correspondiente y utilizando diferentes medios de comunicación.

Respecto a seguridad del uso de juguetes y útiles de escritorio, la Dirección de Ecología y Protección del Ambiente-Digesa en cumplimiento de la Norma de Juguetes, exige que se coloque en el etiquetado las especificaciones de edad del niño que puede usarlo y los peligros a la salud que pueden existir en un mal uso del juguete ó útil y debe contar con la autorización sanitaria. La Digesa evalúa el contenido de metales pesados en las pinturas de los juguetes y/o útiles de escritorio.

Normalmente, cuando existe un problema de salud ambiental es atendido por la DESA del Gobierno Regional y, si necesita apoyo del nivel nacional, se trabaja en conjunto hasta las notas de prensa que son coordinadas con la Oficina General de Comunicaciones del MINSA.

El apoyo en la toma de decisiones estratégicas solo existe para casos de emergencias y desastres. Ante la ocurrencia de un desastre, el país cuenta con una norma técnica de Vigilancia Posdesastres, que se activa luego de la ocurrencia del evento. A través de esta vigilancia se realiza la evaluación de daños en los servicios de salud, se evalúa el riesgo potencial epidémico, se realiza la vigilancia diaria de daños trazadores y se elaboran salas de situación de salud, con lo cual el Comité de Operaciones de Emergencias toma decisiones para la respuesta.

Políticas de regulación de publicidad en salud

La Ley de Inocuidad de los Alimentos (DL 1062) establece los principios de política y encarga su propuesta a la Comisión Multisectorial Permanente de Inocuidad Alimentaria (eso está en proceso de desarrollo).

Por su parte, el MINSA cuenta con el Documento Técnico Política Nacional de Salud Ambiental 2011-2020, donde se destaca como segunda política la de inocuidad de los alimentos (pág. 18).

En cuanto a publicidad, la competencia es del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual, pero podemos mencionar que en temas de publicidad el país cuenta con la Ley 29571.

Mediante la RM N°469-2011/MINSA, el MINSA aprueba la normativa gráfica para el uso y aplicación de las advertencias sanitarias en envases, publicidad de cigarrillos y de otros productos hechos con tabaco. Con esta normativa se regula la publicidad que aparece en las cajetillas de cigarros.

Ley N° 28705, Ley General para la Prevención y Control de los Riesgos del Consumo de Tabaco regula la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

Adicionalmente, el MINSA elabora el Plan Anual de Publicidad en cumplimiento de la Ley N° 28874, que regula la publicidad estatal.

La promoción y publicidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios está normada en la Ley N° 29459, Capítulo X, Art 39 al 42; DS N° 014-2011-SA Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, DS N°016-2011-SA Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos médicos y Productos Sanitarios.

Sistema de Gestión de Riesgo de Desastres

Existe un Sistema de Gestión de Riesgo de Desastres para mitigar el riesgo de desastres naturales que es el conjunto de decisiones administrativas de organización y conocimientos operacionales desarrollados para implementar políticas y estrategias para fortalecer las capacidades de la sociedad y la comunidad, con el fin de reducir el impacto de amenazas naturales y de desastres ambientales.

El Instituto Nacional de Defensa Civil identifica cuatro procesos en la gestión de riesgos de desastres para el Sistema Nacional de Defensa Civil: estimación del riesgo, reducción del riesgo, respuesta y reconstrucción.

Es en el proceso de la reconstrucción, que consiste en la recuperación del estado pre-desastre, es cuando se toman en cuenta las medidas de prevención y mitigación o reducción de los efectos de un desastre, principalmente disminuyendo la vulnerabilidad. Las medidas de prevención que se toman a nivel de ingeniería, dictado de normas legales, planificación y otros, están orientados a la protección de vidas humanas, de bienes materiales y de producción contra desastres de origen natural, biológico y tecnológico.

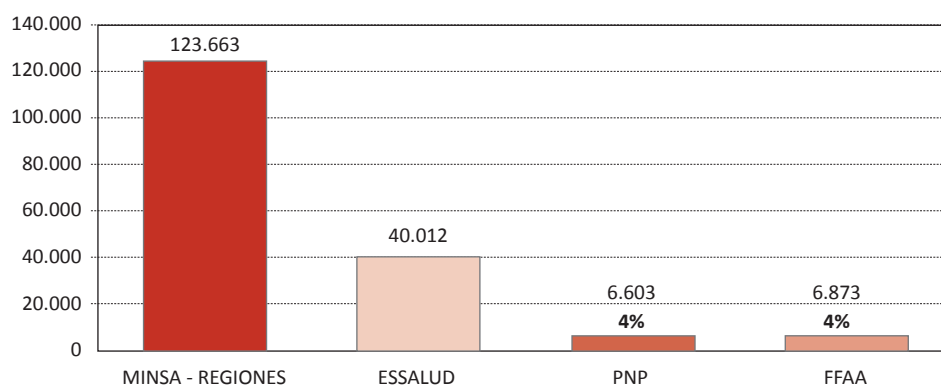
Este sistema contribuye a la reconstrucción integral de la comunidad afectada de tal modo que se busca que lo ocurrido no vuelva a suceder o por lo menos que sus proporciones sean menores. Es una etapa fundamental en la promoción de un desarrollo planificado integrando el enfoque de gestión de riesgo de desastre.

FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

Brecha entre necesidades del sistema y la oferta de personal

La fuerza laboral del sector público del sistema de salud peruano es de 177.451 personas, de las cuales 123.663 (69,7%) pertenecen al Ministerio de Salud (MINSA) y Regiones, 40.012 (23%) al Seguro Social (EsSalud), 6.873 a la Sanidad de las Fuerzas Armadas y 6.603 a la Sanidad de la Policía Nacional del Perú (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Composición laboral del sector público de salud, trabajadores de salud por institución, Perú, 2009



Fuente: Observatorio de Recursos Humanos, DGRH-MINSA, 2009.

Por otro lado, la disponibilidad y distribución de los recursos humanos en salud en el Perú es inequitativa, particularmente para las poblaciones rurales más remotas y dispersas, situación actual que no permite cubrir las necesidades de salud del país. El 63% es personal asistencial y está concentrado en su mayoría en los hospitales, en desmedro de los establecimientos del primer nivel de atención.

La fuerza de trabajo de profesionales de la salud en el Ministerio de Salud y de las Direcciones Regionales de Salud está constituida por 51.696 profesionales de nivel superior, desagregados en 32.574 que tienen una relación laboral estable, 14.462 con régimen especial de contratación de servicios y 4.935 que participan en el Programa de Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud.

Con base al indicador de densidad identificado por la OMS, hemos obtenido que la densidad de profesionales en el Perú (la suma de profesionales de medicina, enfermería y obstetricia) es de 22,29 profesionales por cada 10.000 habitantes.

Tabla 8 – Número de profesionales médicos, enfermeros y obstetras por prestador de salud, Perú, 2009

Profesionales	MINSA 1/	ESSAUD 2/	PNP 3/	FFAA 4/	Total
Médico	17.130	8.505	552	1.085	27.272
Enfermera	17.126	8.904	780	1.307	28.117
Obstetra	8.259	1.074	157	65	9.555
Total	42.515	18.483	1.489	2.457	64.944
Población CPV 2009 5/					29.132.013
Densidad de Rhus					22,29

Fuente: Observatorio de Recursos Humanos, DGRH-MINSA, 2009.

Existe un déficit de médicos en el primer nivel de atención. Esta situación genera la sobresaturación de la demanda de atención en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel, por problemas de salud que corresponden al primer nivel, encareciéndose los costos de la atención, prolongándose los tiempos de espera y generando insatisfacción de los usuarios.

Tabla 9 – Número de médicos por nivel de atención, Perú, 2009

Niveles de Atención	N° de Médicos	%
Primer Nivel de Atención	6.323	42,00
Segundo Nivel de Atención	3.398	22,57
Tercer Nivel de Atención	5.333	35,43
Total	15.054	100,00

Fuente: Observatorio de Recursos Humanos, DGRH-MINSA, 2009.

El Programa de Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) dota de profesionales de la salud a establecimientos del primer y segundo nivel de atención, con el objetivo de brindar atención integral de la Salud a las poblaciones más pobres del país. A partir del año 2007, incrementa sus plazas para profesionales de la salud en forma progresiva. De un total de 1.577 plazas en el año 2006 pasó a 4.936 plazas en el año 2010, a nivel nacional (Tabla 10).

Tabla 10 – Evolución de plazas remuneradas del Programa de Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), Perú, 2006-2010

Año	Minsa y Gob. Regionales	EsSalud	Sanidad	Privado	Total
2006	1.577	462	234	63	2.336
2007	3.406	489	234	41	4.170
2008	4.111	584	211	57	4.963
2009	4.938	606	210	77	5.831
2010	4.936	601	341	74	5.952

El SERUMS contribuye de manera significativa en la cobertura de distritos ubicados en áreas de extrema pobreza. En el año 2006, la cobertura de estos distritos fue de 52% y hacia el año 2009 se incrementó en un 89%, lo que equivale a casi el doble del total de distritos ubicados en áreas de extrema pobreza. El impacto de la dotación de SERUMS se observa en los departamentos de Ayacucho, Huancavelica y Apurímac, zonas piloto del Aseguramiento Universal en Salud. Sin embargo, este servicio tiene una rotación anual de los profesionales de la salud, lo que repercute en la continuidad del cumplimiento de los objetivos sanitarios, así como en la estrategia de Aseguramiento Universal en Salud.

Por otro lado, en cuanto a la calidad de los profesionales, podemos informar que existe una inadecuación en su formación en relación con las competencias requeridas, lo que se traduce en la dificultad para ejercer las competencias para el cuidado de la salud en las personas, así como para desarrollar labores de gestión de la atención en salud.

Distribución geográfica y por especialidades

Persiste el centralismo en la distribución de profesionales de salud, concentrándose estos en Lima y en la costa urbana del país. Sin embargo, se observa también una disminución de las brechas entre la capital y las demás regiones.

Lima tenía una tasa de médicos por 10.000 habitantes casi 13 veces más que la de Huancavelica (5,91 y 0,43, respectivamente). Para el 2009, los datos muestran una situación que, si bien no es distinta, acorta las brechas del pasado: Lima presenta una tasa de médicos por 10.000 habitantes más de tres veces mayor a Huancavelica (15,4 y 4,3, respectivamente). Por su parte, vale mencionar que para el 2009 Huancavelica pasó a estar por encima de otras dos regiones con relación a la distribución de recursos humanos en salud: Cajamarca (2,8) y Loreto (3,0).

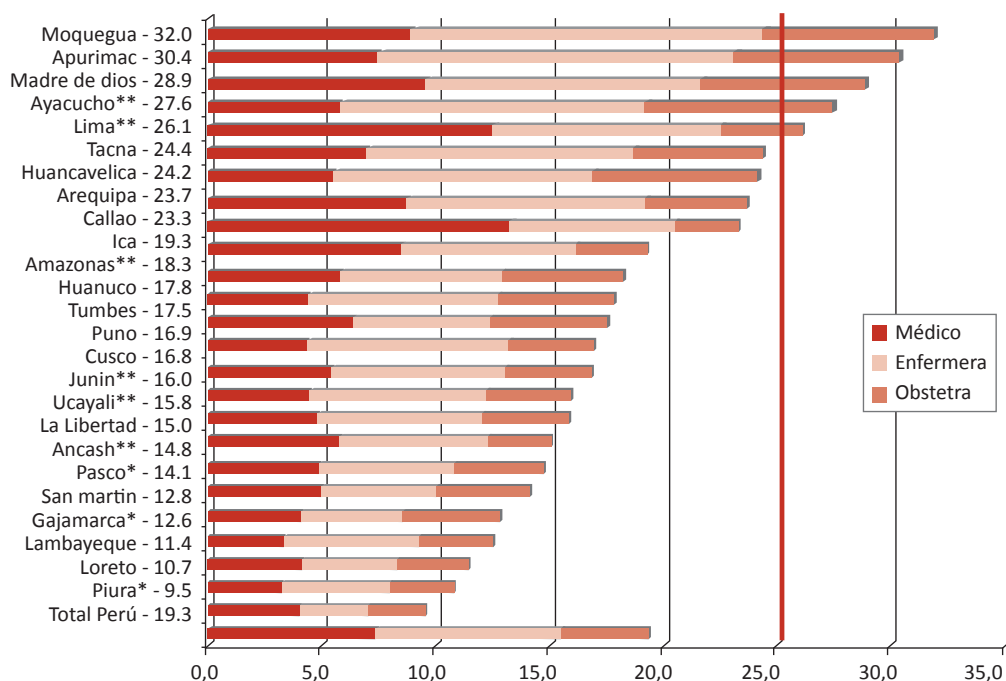
Por otro lado, sobre la disponibilidad de enfermeras por 10.000 habitantes, se tiene que once departamentos han presentado un aumento mayor al 60% entre los años 2004 y 2009. Entre ellos se encuentran departamentos históricamente desfavorecidos, como Apurímac (quien pasó de una tasa de 4,2 a 11,4), Huancavelica (de 1,9 a 7,5) y Loreto (de 1,4 a 3,6). Los tres experimentaron aumentos de más de 150% en la tasa de disponibilidad. Sin embargo, la concentración de profesionales de enfermería en Lima sigue siendo alta: 34%.

En relación a la disponibilidad de obstetras en el país, llama la atención que Lima tenga la segunda tasa de obstetras por 10.000 habitantes más baja del Perú, quedando detrás solamente del Callao. Ayacucho, el departamento con la tasa más alta de todas, tiene 5,6 obstetras por 10.000 habitantes, o sea, tiene 3,2 veces más obstetras por habitantes que la capital.

En general, todos los departamentos presentaron aumentos considerables de esta tasa entre los años 2004 y 2009: apenas 13 de los 25 departamentos tuvieron aumentos inferiores a 50% en la tasa de obstetras por 10.000 habitantes. Los departamentos que experimentaron grandes mejoras en este indicador fueron: Loreto (de 0,7 a 2,2), Apurímac (de 2,61 a 5,5), Amazonas (de 2,1 a 4,2) y Huánuco (de 2,1 a 4,2).

Los odontólogos también están desconcentrándose de la capital con alguna rapidez: en el 2004, Lima tenía 37,8% de los especialistas en odontología del país y en el 2009 este número ya había caído para 30,5%. Vale resaltar que este resultado no es necesariamente bueno, pues la tasa de odontólogos por 10.000 de Lima, que ya era baja (así como el promedio del país), disminuyó aún más en este período.

Gráfico 2 – Número de profesionales de medicina, enfermería y obstetricia por 10.000 habitantes por Departamentos, Perú, 2009



Fuente: Observatorio de Recursos Humanos, DGRH-MINSA, 2009.

Especialistas en Medicina Humana

El informe elaborado por la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA en el 2010 da cuenta que la oferta total de médicos especialistas del MINSA es de 6.074. De ese número, el 61,5% pertenece a las especialidades clínicas, el 33,2% a las especialidades quirúrgicas y el 4,9% a las especialidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento. De ellas, las especialidades con mayor oferta de médicos son: pediatría, gineco-obstetricia, cirugía, medicina interna y anestesiología. Vale mencionar que todas estas especialidades suman el 54% de la oferta de los médicos especialistas.

En la actualidad existe un déficit severo de especialistas para cubrir las necesidades del sector. El estudio más reciente del MINSA, de 2010, contabilizó un déficit de 5.686 especialistas solo en hospitales, o sea, sin considerar especialistas en el primer nivel ni especialistas de salud familiar. El Colegio Médico del Perú presenta una aproximación aún más grave: un déficit de 6.398 especialistas. A nivel regional, se percibe que las regiones con mayor necesidad de médicos especialistas según categorización y perfil epidemiológico son Cusco, La Libertad y Lima Metropolitana. Además, las especialidades con mayor demanda son gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general.

Tabla 11 – Oferta de médicos especialistas del MINSA, Perú, 2010

Especialidad	Frec.
Pediatría	911
Gineco-obstetricia	770
Cirugía General	650
Medicina Interna	515
Anestesiología	442
Traumatología	254
Psiquiatría	202
Oftamología	178
Radiología	146
Oncología	130
Cardiología	124
Neonatología	121
Neumología	121
Otorrinolaringología	112
Medicina Intensiva	109
Gastroenterología	107
Cirugía Pediátrica	102
Emergencias y Desastres	96
Neurocirugía	92
Urología	79
Medicina Física y Rehabilitación	77
Patología Clínica	77
Dermatología	74
Anatomía Patológica	72
Neurología	67
Endocrinología	59
Cirugía Plástica	54
Medicina Familiar	53
Infectología	52
Reumatología	47
Nefrología	46
Cirugía de Tórax y Cardiovascular	31
Cirugía de Cabeza y Cuello	25
Hematología	25
Gestión /Admisntración en salud	22
Geriatría	18
Medicina Legal	8
Inmunología	5
Genética	1
Total	6.074

Fuente: DGRH-MINSA, 2010

Cambios e innovaciones en la formación y educación permanente

El Ministerio de Salud está decidido a buscar la mejora del desempeño de la fuerza laboral del sector salud a través de la incorporación del enfoque de competencias en la gestión de recursos humanos y en la formación técnica y superior. Es así que el Comité Nacional de Articulación Docencia, Atención de Salud e Investigación del Consejo Nacional de Salud formó la Subcomisión de Competencias laborales para los profesionales de la salud y la articulación con el Consejo Nacional de Evaluación Universitaria. La Subcomisión está integrada por el Ministerio de Salud, la Asamblea General de Rectores, Cooperantes y Universidades y tiene por objetivo establecer acuerdos sobre las competencias laborales y profesionales de los trabajadores del sector de la salud para unificar los procesos de evaluación y certificación. Se han elaborado los siguientes documentos técnicos: Guía Técnica de Identificación, Normalización y Elaboración de Instrumentos de Evaluación de Competencias Laborales Específicas; Catálogo Nacional de Competencias Laborales Específicas del personal de salud del primer nivel de atención en salud; y Proceso de Evaluación de Competencias Laborales Específicas para el primer nivel de atención en salud.

Por otra parte, el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, tiene una propuesta del Programa de Salud Familiar y Comunitaria, programa educativo dirigido a los equipos básicos de salud (EBS) del primer nivel de atención, que incluye las siguientes fases:

- Fase 1: Diplomatura de Atención Integral con Enfoque en Salud Familiar y Comunitaria dirigida al EBS (6 módulos).
- Fase 2: Especialidad de Salud Familiar y Comunitaria, dirigida a los profesionales universitarios del EBS (médico, enfermera y obstetra). Incluye 6 módulos de la fase 1, más 19 módulos de esta fase.
- Fase 3: Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, dirigida a los profesionales médicos del EBS. Incluye, por lo tanto, los 6 módulos de la fase 1, los 19 módulos de la fase 2, más 10 módulos de esta fase.

Durante el 2009 - 2010 se desarrolló la Diplomatura de Atención Integral de Salud con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria, en alianza estratégica con las Direcciones Regionales de Salud de Lima, Callao y Ayacucho, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Peruana Cayetano Heredia y Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El objetivo es desarrollar capacidades en atención integral con enfoque de salud familiar en profesionales que integran los EBS y que puedan implementar el Modelo de Atención Integral basado en familia y comunidad, que permita lograr una atención de salud con mejor capacidad resolutoria, equidad y satisfacción del usuario.

Existen mecanismos de articulación entre las instituciones formadoras y el sistema de salud; el MINSA, a través de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH), participa en instancias de regulación del desarrollo de capacidades y del trabajo, en el campo de los recursos humanos en salud:

- Preside el Comité Nacional de Residentado Médico, espacio de articulación entre las instituciones prestadoras de servicios de salud, las instituciones formadoras de profesionales de medicina humana, el Colegio Médico del Perú, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) y la Asociación Nacional de Residentes; que coordinan el proceso de formación de especialistas en las diversas ramas de la medicina humana.
- Preside el Comité Nacional de Pregrado en Salud, en alternancia con el Presidente de la ASPEFAM, espacio de articulación para el intercambio de experiencias de las sedes docentes hospitalarias y de las entidades formadoras que cuentan con escuelas y facultades de Ciencias de la salud.
- Preside la Comisión Sectorial encargada del Programa de Formación en Salud Familiar. Está integrada por representantes de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, la Dirección General de Salud de las Personas, Dirección General de Promoción de la Salud, representantes del Colegio Médico del Perú, el Colegio de Obstetras del Perú, el Colegio de Enfermeros del Perú, la Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Medicina, la Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería y la Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Obstetricia. Se ocupa de diseñar y gestionarla implementación de un Programa de Formación en Salud Familiar para los profesionales de la salud del primer nivel de atención en ámbitos seleccionados.

La inversión en capacitación en el presupuesto del MINSA ha disminuido. El MINSA, a través de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH), es el órgano responsable de la gestión de capacidades y del trabajo en el Sistema Nacional de Salud. Está a cargo de elaborar, proponer y evaluar políticas nacionales, normas y estrategias para la gestión de capacidades y el trabajo en salud y brindar asistencia técnica para su implementación; conducir la planificación estratégica de la formación, especialización, capacitación y dotación de los recursos humanos para el Sistema Nacional de Salud; diseñar y articular procesos de producción y difusión de información estratégica en recursos humanos en salud y del conocimiento, en coordinación con instituciones y actores sociales a nivel nacional; proponer mecanismos de coordinación para la regulación y concertación de los procesos de formación y trabajo en salud, en el marco de la normatividad vigente; entre otras competencias.

Asimismo, el MINSA, en el marco de la ejecución del PLANSALUD, está elaborando la propuesta de creación de la Escuela Nacional de Salud Pública a solicitud de la más alta autoridad sanitaria del país, nueva institución que se ha de

relacionar con las corrientes de renovación de la salud pública en el mundo y en el marco de las políticas sectoriales de salud.

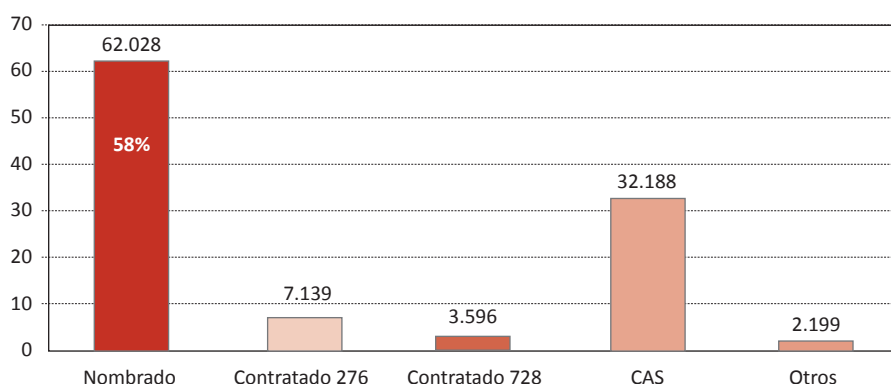
El MINSA ha tenido y viene desarrollando iniciativas exitosas de Programas de Educación Permanente en Salud para los trabajadores de la salud, en articulación con universidades públicas y privadas a nivel nacional y regional, tales como: el Programa de Especialización en Epidemiología de Campo; el Programa de Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos; el Programa de Salud Familiar y Comunitaria (I Fase Diplomatura de Atención Integral); Diplomaturas en Descentralización y Modernización del Estado, Proyectos de Inversión Pública, Monitoreo y Evaluación de Intervenciones Sanitarias y Pasantías en AIEPI (profesionales), Emergencias Obstétricas y Neonatales, Tecnología Perinatal (para técnicos), Laboratorio Clínico (profesionales y técnicos), Banco de Sangre (profesionales).

Modelo de gestión del personal en salud

El Ministerio de Salud, está promoviendo, en el marco del proceso de descentralización, una propuesta de gestión descentralizada de recursos humanos en salud que contribuya al fortalecimiento de la gestión institucional de los recursos humanos en salud. Esto se encuadra en la implementación de los procesos de modernización institucional integral de los gobiernos regionales y locales, realizándose reuniones de trabajo con la participación de las diferentes regiones del país.

En el Perú, coexisten diversas modalidades de contratación: nombrados y contratados bajo el régimen laboral del Decreto Legislativo 276, contratados bajo el régimen laboral privado (Decreto Legislativo 728) y el régimen especial de Contratación Administrativa de Servicios (CAS), entre otros.

Gráfico 3 – Personal asistencial MINSA y Regiones, según condición laboral, Perú, 2009



Los trabajadores de la salud nombrados y comprendidos en el DL 276 tienen un empleo decente y laboran en condiciones bastante adecuadas, faltando solamente, incluir un seguro para riesgos laborales de accidentes y contagio de enfermedades.

Sin embargo, es percibida la insatisfacción laboral en el grupo de trabajadores vinculados bajo el régimen del DL 1057 (CAS) a partir de la pérdida o el recorte de varios derechos laborales fundamentales. Esto constituye un motor de desincentivo para el ingreso de potenciales recursos humanos cualificados, especialmente de médicos especialistas. Tal vez esta sea una razón de peso del déficit de especialistas en el sector público de salud, ya que si bien el régimen CAS ordenó en uno solo los múltiples vínculos laborales entre los recursos humanos en salud y el sector, no ha pasado a ser el siguiente paso cualitativo para la reforma de las condiciones de los trabajadores del sector.

Regulación de la formación y de las profesiones de salud

El MINSA ha iniciado la construcción de las bases para la carrera sanitaria en el Perú y la gobernabilidad en la prestación de servicios de salud. Se ha formalizado, mediante R.M N° 486-2010/MINSA, el Grupo de Trabajo encargado de elaborar un informe que incluya propuestas específicas para la reforma integral de la carrera pública sanitaria. Esto se realizó a través del Comité Inter Gubernamental en Salud (CIGS), donde se aprobó la hoja de ruta Carrera Sanitaria en el Perú 2010.

Se ha adoptado como definición de carrera sanitaria, la siguiente:

“La Carrera Sanitaria es el complejo conformado por el itinerario laboral de los trabajadores de la salud y sus condiciones de trabajo, definidos por las normas legales y administrativas, y orientados a la satisfacción de las necesidades de salud de la población y de los derechos humanos y laborales de los propios trabajadores.”

En este concepto, se ha buscado con la hoja de ruta establecer la organización, tiempos y estrategias para lograr: una legislación laboral justa, única y equitativa; un plan de desarrollo de la normatividad administrativa que implemente la legislación; los recursos económicos que hagan factible la propuesta y los recursos de poder que hagan viable la propuesta.

El esquema general de la carrera sanitaria debe comprender lo siguiente:

- Deberes y derechos del trabajador:
 - Desarrollo y retribución en su trabajo
 - Desarrollo de sus competencias y capacidades
- Necesidades y deberes del usuario:
 - Calidad científica de la atención
 - Calidez humana de la atención
- Requerimientos y obligaciones del servicio:
 - Función técnica
 - Función organizativa y de gestión

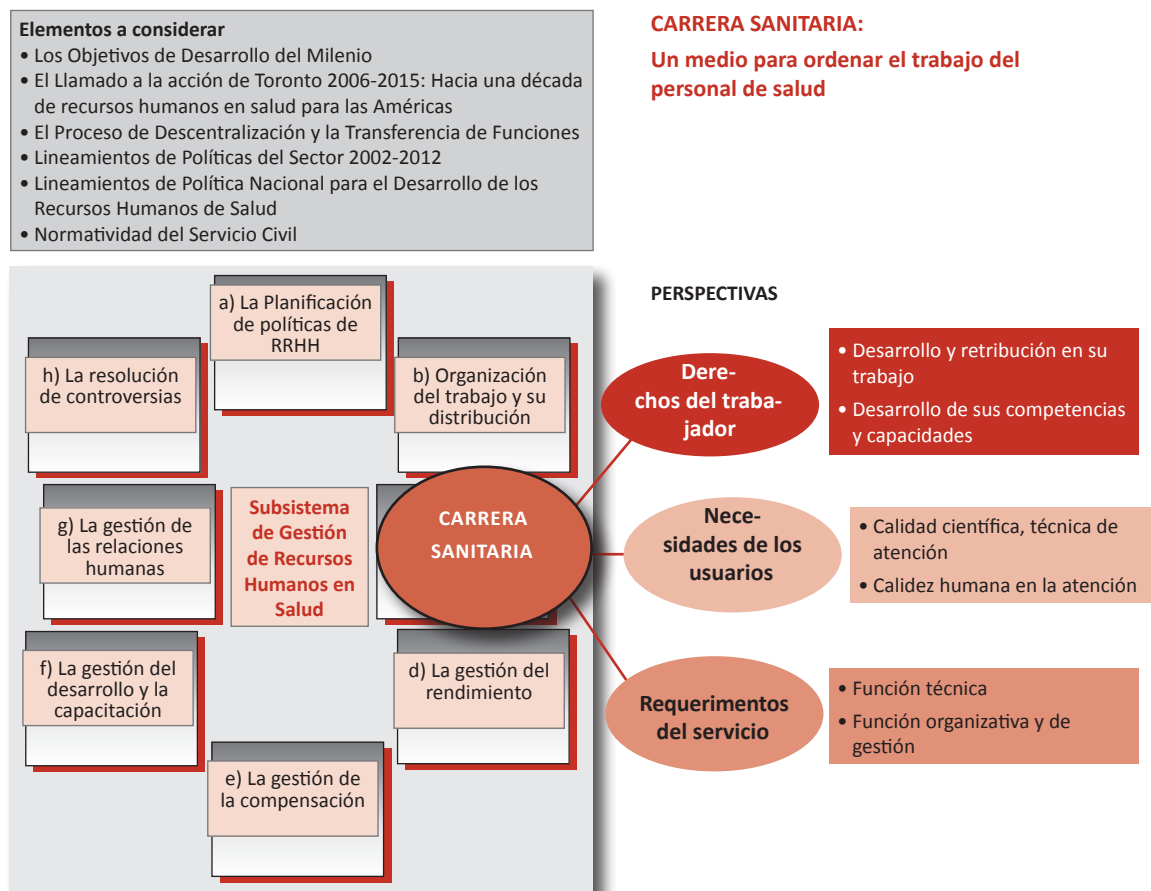
La propuesta debe incluir el sistema de ingreso (selección y reclutamiento); capacitación; ambiente de trabajo y salud de los trabajadores; permanencia (modalidades de vinculación y contratación, sistema de incentivos y evaluación del desempeño) y el retiro.

Desde el punto de vista conceptual, se busca que la propuesta de carrera sanitaria pública sea multiprofesional, es decir, que abarque a todos los profesionales de la salud. El elemento referencial es el concepto de Servidores de Salud. No se incluye a los profesionales administrativos pues se encuentran bajo la normatividad general de gestión pública e integrativa, que incluye todos los subprocesos de gestión de recursos humanos, desde la selección hasta el retiro.

La propuesta de carrera sanitaria tomará en consideración tanto elementos del macroentorno como del contexto nacional.

Para atender a tal encargo, la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH) ha conformado un equipo de trabajo encargado de promover la discusión entre actores y entre equipos técnicos en el interior del MINSA, a fin de desarrollar el documento que será presentado al CIGS.

Figura 2 – Directrices para la carrera sanitaria en Perú



Sobre el proceso de la certificación profesional en salud, se empezó con la profesión médica en 1998, a iniciativa del Colegio Médico del Perú (CMP), siendo la experiencia peruana, por tanto, inicialmente, de autorregulación profesional y no de regulación por el Estado.

Los profesionales debían probar haber realizado cursos por más de 15 créditos en los últimos tres años para ser recertificados. El descenso y desaceleración del proceso se explica principalmente por la falta de difusión y promoción del proceso, la relativa falta de interés en la recertificación y su carácter voluntario.

Actualmente, el CMP ha aprobado un nuevo reglamento para la recertificación médica que incluye la evaluación de la práctica profesional como un primer paso hacia la introducción progresiva de la evaluación de la competencia profesional.

En un contexto de situación estacionaria de la certificación médica nació el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE) en el 2006, que incluía la certificación de todas las profesiones. En este caso, a diferencia de la acreditación, son los Colegios Profesionales los que certifican y el Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria (CONEAU) tiene por encargo apoyarlos y asesorarlos a través de su Dirección de Evaluación y Certificación.

En el nuevo sistema de evaluación de competencias se examinan conocimientos esenciales, desempeños esperados en una situación de trabajo simulada o real y productos propios de cada profesión. Vale mencionar que no todas las profesiones deben certificar a sus miembros, pues hay Colegios Profesionales de certificación obligatoria (las 13 profesiones de salud más los profesores) y voluntaria (el resto). La norma establece que los Colegios tienen tres años para certificar a los profesionales que tengan más de cinco años de habilitados. En el caso de medicina, por su número, se ha dispuesto empezar por los médicos generales. El plazo para que los Colegios Profesionales pidan a CONEAU ser autorizados como entidades certificadoras venció en octubre del 2010.

El 11 de julio de 1999 se creó, mediante la Ley N° 27154, la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina, presidida por un representante del Ministerio de Salud e integrada por representantes del Ministerio de Educación, la Asamblea Nacional de Rectores, el Consejo para la Autorización del Funcionamiento de Universidades y el Colegio Médico del Perú, para encargarse de la conducción y gestión del proceso.

Esta comisión acordó que sólo se colegiarían y autorizarían al ejercicio profesional a los médicos egresados de facultades de medicina acreditadas. Para ello, en el año 2000 se aprobó el Reglamento de la Ley N° 27154 y en el año 2001 se emitieron los estándares mínimos para la acreditación de facultades o escuelas de medicina, mediante la Resolución Suprema N° 013-2001-SA, al igual que los

estándares mínimos para la creación de facultades o escuelas de medicina, con la Resolución Suprema N° 252-2001-SA.

El marco normativo nacional para la formación de los trabajadores de salud contempla:

- Resolución Ministerial N° 184-2011/MINSA, (18.03.11), Plan Sectorial Concertado y Descentralizado para el Desarrollo de Capacidades en Salud 2010-2014 - PLANSALUD. Se aprueba el Plan Sectorial Concertado y Descentralizado para el Desarrollo de Capacidades en Salud 2010-2014 - PLANSALUD, y encargan a la Dirección General de Gestión de Recursos Humanos que, en el ejercicio de sus funciones, brinde asistencia técnica para la implementación del Plan.
- Decreto Supremo N° 003-2011-SA, Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud - PROSALUD (29.03.11): Norma Técnica Nacional para la Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud - PROSALUD, que contribuye a la implementación progresiva del Modelo de Atención Integral basado en la persona, familia y comunidad, con el enfoque de Atención Primaria de la Salud renovada, a través de la dotación de recursos humanos en las zonas pobres de los ámbitos del Aseguramiento Universal en Salud (AUS), asimismo con el desarrollo de capacidades sobre el Plan Básico de Atención Integral que incluye la inducción; pasantías en emergencias obstétricas neonatales, de laboratorio clínico y ecografía básica materna; AIEPI-ICATT, diplomado de atención integral con enfoque de salud familiar, para el AUS.
- Decreto Supremo N° 011-2008-SA, que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud: Se crea la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH), como órgano de línea del MINSA, responsable de la gestión de capacidades y del trabajo en el Sistema Nacional de salud.
- Ley N° 28175: Ley Marco del Empleo Público.
- Decreto Legislativo N° 1023: Decreto Legislativo que crea la Autoridad Nacional del Servicio Civil, rectora del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos.
- Decreto Legislativo N° 1024: Decreto Legislativo que crea y regula el Cuerpo de Gerentes Públicos.
- Decreto Legislativo N° 1025: Decreto Legislativo que aprueba Normas de Capacitación y el Rendimiento en el Sector Público.
- Decreto Legislativo N° 1057: Decreto Legislativo que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios.

El proceso de acreditación en medicina empezado en 1999 con la creación de la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (CAFME), sirvió de referencia para la instauración, en mayo del 2006, me-

dian­te la Ley N° 28740, del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE). Finalmente, el SINEACE absorbió a la CAFME.

Dentro del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE), es el CONEAU el órgano encargado de la acreditación y certificación universitaria. Se ha avanzado en definir el modelo de acreditación universitaria, con criterios y estándares para todas las carreras de educación y salud, estando el proceso en la etapa de inscripción y autorización de agencias acreditadoras, pues son estas agencias las que acreditarán las carreras.

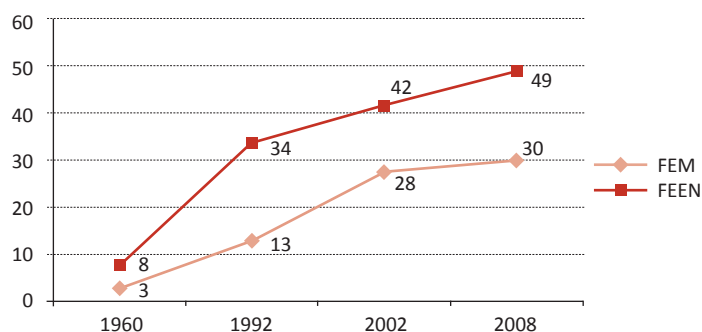
En los últimos cuatro años se ha comenzado a implementar políticas tendientes a retomar la regulación de la formación universitaria y técnica, con la acreditación universitaria y certificación profesional, además de la definición de perfiles para las plazas del SERUMS y de especialistas, lo que debe impactar en la formación universitaria.

En cuanto a la regulación en relación con la formación de especialistas, el principal esfuerzo ha sido la identificación de las 25 especialidades prioritarias de formación de acuerdo al perfil epidemiológico del Perú. Así, son 25 programas identificados para que los hospitales programen el 90% de sus plazas libres y el 100% de plazas de destaque. Por otro lado, en alianza con universidades regionales, se ha promovido una expansión de la oferta educativa en el interior del país y, junto a ella, la expansión de la oferta educativa en las especialidades más importantes. Así también, se está incentivando la creación de programas de especialización en universidades en el interior del país, que comúnmente no las ofertan, con el objetivo de evitar una mayor migración de especialistas.

El sector privado cada vez tiene mayor participación en el campo de la formación de recursos humanos en ciencias de la salud, que está regulada por la Ley Universitaria N° 23333 y el Ministerio de Educación.

En la formación de pregrado de recursos humanos en salud existe una amplia oferta. En el caso de las facultades de medicina, estas pasaron de 3, en 1960, a un total de 30, en el 2008, entre universidades públicas y privadas. Para el caso de enfermería, en el mismo período pasaron de 8 facultades a 42. Entretanto, comparándose con datos del 2008, se puede percibir que hay una desaceleración del crecimiento del número de universidades que tienen la carrera de medicina.

Gráfico 4 – Número de facultades de medicina y enfermería, Perú, 1960-2008



Fuente: INEI, 2009

A pesar de que la creación de nuevas universidades haya desacelerado (tal vez debido a legislación nueva que reglamenta su creación, acreditación y funcionamiento), hubo un aumento mayor en el número de universidades privadas que públicas para las cuatro principales carreras de la salud: medicina, enfermería, obstetricia y odontología. En el caso de medicina y enfermería la oferta privada casi ha alcanzado a la oferta pública, mientras que en obstetricia y odontología la oferta privada es mayor.

Tabla 12 – Número de carreras profesionales en salud por universidades públicas y privadas, Perú, 2003 y 2008

Carreras profesionales	Total		Universidades Públicas		Universidades Privadas	
	2003	2008	2003	2008	2003	2008
Enfermería	42	49	23	25	19	24
Medicina Humana	28	30	16	16	12	14
Obstetricia	25	29	10	12	15	17
Odontología	21	25	10	10	11	15

Fuente: INEI, 2009

Formación del personal técnico en salud

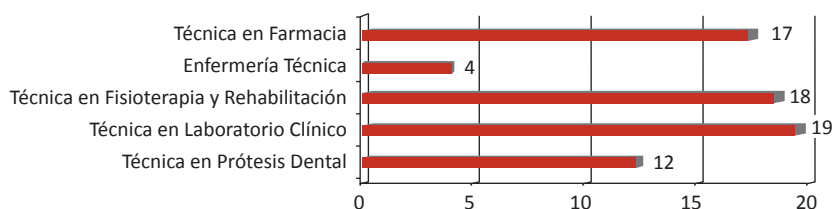
Respecto a la formación del personal técnico en salud, hay actualmente 1.076 Institutos Superiores Tecnológicos (ITS) registrados a nivel nacional, o sea, 134 más que en 2004, de los cuales 67,8% son privados (apenas 0,4% más que en el 2004). De todos los Institutos Superiores Tecnológicos, 549 se encuentran funcionando regularmente (58,2%).

El Ministerio de Educación (MINEDU), a través de la Dirección de Educación Secundaria y Superior Tecnológica, desde noviembre del 2003 realiza la revalidación de los Institutos Superiores Tecnológicos (IST) mediante una revisión de la documentación presentada y visitas de verificación a las instalaciones de cada IST.

Hay actualmente 604 IST revalidados, 56% del total, lo que a pesar de ser poco, ya es mucho más que los 7,4% que se clasificaron como revalidados en la fecha del último Informe al País.

Los IST ofrecen 175 carreras técnicas, de las cuales diez están vinculadas a las ciencias de la salud (5,7%). Por otro lado, 372 (39%) de los 942 Institutos Superiores Tecnológicos ofrecen carreras técnicas en salud. Las carreras técnicas en salud que más se ofertan son enfermería técnica (38,6%), técnica en farmacia (8,4%), técnica en laboratorio (7,9%) y prótesis dental (7,7%). En cuanto a la distribución departamental de la oferta de formación de técnicos de enfermería, Lima concentra la mayor oferta (17%), que sumada a la de Piura, La Libertad, Ancash, Lambayeque y Puno concentran el 53,6% de toda la oferta de carreras en enfermería técnica. En el caso de laboratorio clínico, Lima (41,9%) también concentra la mayor oferta.

Gráfico 5 – Número de carreras técnicas en salud, Perú, 2010



Fuente: MINEDU, 2010.

Formación en salud pública

Desde la desaparición de la Escuela Nacional de Salud Pública del Perú (EN-SAP) en el año 2002, la demanda de profesionales y técnicos en salud pública no ha sido satisfecha por las universidades, exceptuando dos universidades. En el resto de ellas, hay pocos departamentos o escuelas dedicadas a la formación en salud pública, y los pocos que hay no cuentan con una plana docente adecuada en número y formación. Muchas de estas universidades ofrecen programas de postgrado en las diversas disciplinas de salud pública.

En el momento actual, 41 de las 77 universidades peruanas cuenta con al menos un programa de maestría en salud pública o en algún área afín, la mitad de los cuales se desarrolla en Lima. Aún no se han evaluado estos programas en cuanto a su relación con la salud pública del país o con la región en la que se desarrollan. La mayoría de estos programas coloca el énfasis en la administración o gerencia y no en la investigación, formulación e implementación de las políticas de salud.

El MINSA, a través de la más alta autoridad sanitaria del país con su equipo de gestión, ha tomado la decisión política de crear una nueva Escuela Nacional de Salud Pública, que se relacione con las corrientes de renovación de la salud pública en el mundo y en el marco de las Políticas Sectoriales de Salud, de los Lineamientos de Política para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, la

Descentralización y el Aseguramiento Universal en Salud. Se ha conformado un grupo de trabajo integrado por el INS y la DGGDRH y la Cooperación Italiana encargada de formular una propuesta de creación de la Escuela Nacional de Salud Pública o su equivalente.

Migración de la fuerza de trabajo en salud

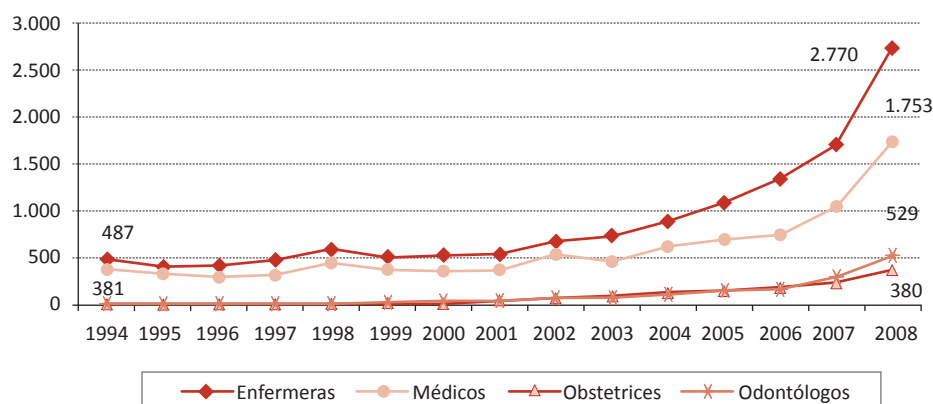
La migración internacional de los profesionales de las ciencias de la salud se está convirtiendo en un problema de salud pública. Se identificó que, entre 1994 y 2008, migraron 27.732 de nuestros profesionales de la salud, de los cuales 8.826 son médicos y 12.208 enfermeras (Tabla 13). El mayor porcentaje lo tienen las enfermeras, seguido de los médicos y, en menor proporción, aparecen los odontólogos y las obstetras. En este estudio se consideró migrante al profesional de la salud que salió entre 1994 y 2008 y registró su ingreso al país hasta junio del 2009.

Tabla 13 – Migración de profesionales del sector salud, Perú, 1994-2008

Categorías	Hombres	Mujeres	Total
Profesionales de la salud	8.058	19.674	27.732
Enfermero	734	12.474	13.208
Médico	5.924	2.902	8.826
Obstetra	65	1.258	1.323
Odontólogo	735	785	1.520
Psicólogo	600	2.255	2.855
Profesionales no salud	76.073	70.843	146.916
Total general	84.131	90.517	174.648

Fuente: Elaboración Julio Gamero, sobre la base de (INEI-DIGEMIN-OIM, 2009). Nota: Incluye a las categorías ambiguas como bachiller, profesional, licenciado, docente y otros no especificados.

Gráfico 6 – Tendencias de la migración de profesionales en salud, Perú, 1994-2008



Fuente: INEI: PERU: Estadísticas de la Migración Internacional de Peruanos 1990-2008

Elaborado por: Observatorio Nacional de Recursos Humanos – DGGDRH-MINSA

ACCIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El Estado peruano, consciente de la necesidad de implementar acciones integrales y articuladas, enfrenta la lucha contra la pobreza y sus determinantes mediante procesos articulados con la participación de todos los actores sociales, que incluyen a los beneficiarios, las autoridades, las entidades públicas y el aporte de la cooperación técnica internacional (CIAS, 2008, Estrategia Nacional Crecer).

Las intervenciones articuladas entre sectores e instituciones se reflejan en los planes sectoriales e institucionales en el nivel nacional, en los planes institucionales y de desarrollo concertado y en los niveles regionales y locales.

En el marco del Acuerdo Nacional y en cumplimiento de los lineamientos de políticas enunciados, el Ministerio de Salud llevó a cabo un proceso técnico, político y social para elaborar el Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS). Este Plan constituye un instrumento de gestión y de implementación de las políticas de salud respecto a las prioridades sanitarias del país y las principales intervenciones que permiten mejorar el estado de salud de la población del país, en especial de los sectores menos favorecidos. Mediante este instrumento se busca mejorar el estado de salud de la población, con un enfoque de género, de derechos humanos, reconociendo la interculturalidad del país, la biodiversidad y que la salud es un derecho fundamental (MINSA, 2007).

El primer lineamiento de política 2007-2020 es la atención integral de salud a la mujer y el niño, privilegiando las acciones de promoción y prevención. La Dirección General de Promoción de la Salud desarrolla un conjunto de intervenciones y estrategias para que todos los actores en el sector se comprometan con la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, la mejora de los entornos saludables, así como el accionar conjunto sobre todos los determinantes que afectan a la salud en el país.

El Plan Nacional Concertado de Salud identifica los determinantes a intervenir:

- Saneamiento básico: deficiente saneamiento básico, inadecuada eliminación de residuos cloacales y disposición de la basura.
- Exclusión social: pobreza, ingreso y empleo.
- Medio ambiente: contaminación medio ambiental.
- Salud ocupacional y seguridad en el trabajo: desconocimiento de comportamientos saludables y seguridad ocupacional.
- Seguridad alimentaria y nutrición: deficiencia e inseguridad alimentaria
- Seguridad ciudadana: lesiones inducidas por terceros y accidentes de tránsito.
- Educación: bajos niveles educativos y elevadas brechas educativas en mujeres rurales.

En ese marco, la elaboración de las políticas intersectoriales con participación de la sociedad civil cobran relevancia, entre otros: Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza, mesas temáticas (actores sociales y gobiernos locales), comisiones de trabajo multisectoriales (desde los sectores para elaboración, seguimiento y evaluación de los planes nacionales).

A continuación se mencionan los diversos programas, estrategias y acciones que se vienen desarrollando:

- Programa Juntos (Presidencia del Consejo de Ministros, Ministerio de Educación y Ministerio de Salud).
- Programas Estratégicos Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal (Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Presidencia del Consejo de Ministros, Seguro Integral de Salud, Gobiernos Regionales y Locales. La rectoría de este programa estratégico está a cargo del Ministerio de Salud y el administrador de los recursos financieros es el Ministerio de Economía y Finanzas).
- Planes Nacionales, que involucran diversos Ministerios: Plan Nacional por la Infancia, Plan Nacional por la Familia, Plan Nacional por la Lactancia Materna, Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer, Plan Nacional de Lucha Contra la Trata de Personas, Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades, Plan Nacional por la Educación de la Niña y Adolescente Rural, Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria, Plan Nacional de Multimicronutrientes.
- Se han emitido diversas ordenanzas regionales y municipales y se ha constituido la red de Municipios y Comunidades saludables.

Entre las normas que involucra en su cumplimiento a todos los ministerios y a la sociedad civil, podemos mencionar la Ley 29517 Ambientes Libre de Humo y las Ordenanzas Municipales sobre el tema (Norma de aplicación para el nivel nacional e involucra varios niveles de gobierno para su implementación); la Ley 28705, que regula el consumo de alcohol (idem anterior); el documento técnico que promueve el derecho a la identificación (involucra varios sectores); y los Lineamientos de Política para la Vigilancia Ciudadana en Salud (involucra a la ciudadanía).

Entre las estrategias de coordinación intersectorial se destacan los siguientes espacios de concertación más representativos: **Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza** (desde la sociedad civil); Mesas temáticas (actores sociales y gobierno local) y comisiones de trabajo multisectoriales (desde los sectores para elaboración, seguimiento y evaluación de planes nacionales).

Experiencias desarrolladas

Entre las experiencias desarrolladas en DSS podemos mencionar la promoción del derecho a la identidad; los proyectos de incentivos municipales que incorporan el componente de salud; fomento de la actividad física; implementación y fortalecimiento de las casas maternas; institucionalización del parto vertical; Plan Nacional

con Multimicronutrientes; impulso a la implementación de Universidades Saludables e implementación de la gestión por resultados y el financiamiento a través de PPR, entre otros.

A partir del año 2007 el Estado inició una reforma en la gestión pública cambiando la forma de concebir el presupuesto, ya no enfocándose en los insumos, sino en productos. Así se dieron los primeros pasos en la implementación del Presupuesto por Resultados, con la Ley N° 28927 Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007, donde se establece la aplicación de la gestión presupuestaria basada en resultados, introduciéndose la Programación Presupuestaria Estratégica en todo el Sector Público como instrumento específico orientado a la articulación de los planes estratégicos sectoriales e institucionales con la programación presupuestal. Con la Ley N° 29142 Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2008, se manifiesta que se implementen los Programas Estratégicos Salud Materno Neonatal y el Programa Articulado Nutricional en el Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud y el Seguro Integral de Salud.

Alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Como mencionamos anteriormente, a partir del año 2007 se inició la implementación del Presupuesto por Resultados, que articula los planes estratégicos sectoriales e institucionales con la programación presupuestal. En el año 2008 se implementaron los Programas Estratégicos Salud Materno Neonatal y Programa Articulado Nutricional en el Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud y el Seguro Integral de Salud. A partir del año 2010 se implementaron los programas estratégicos relacionados con las enfermedades no transmisibles, tuberculosis, VIH y enfermedades metaxénicas y zoonosis. Con estas iniciativas nacionales se ha logrado avanzar en los Objetivos de Desarrollo del Milenio: reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años (Objetivo 4°), mejorar la salud materna (Objetivo 5°) y combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades (Objetivo 6°).

Objetivo 4° “Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años”

De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) Continua 2010, el Perú ha superado la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), estimada para el año 2015 (17 frente a 18 defunciones por cada 1000 nacidos vivos). Sin embargo la mortalidad infantil aún se concentra en los segmentos más pobres, residentes en el área rural, que presentan la mayor carga de enfermedad y el menor acceso a los servicios.

Tabla 14 – Tasa de mortalidad infantil (para los 5 años anteriores a la encuesta), Perú, 1991-1992, 1996, 2000, 2010 y metas al 2015

Área de residencia	ENDES 1991-1992 (agosto 1989)	ENDES 1996 (mayo 1994)	ENDES 2000 (abril 1998)	ENDES 2010 (febrero 2008)	Metas al 2015
Urbana	40	30	24	14	13
Rural	75	62	45	22	26
Total	55	43	33	17	18

Fuente: ENDES 2010

Con relación a la tasa de mortalidad en la niñez, también se supera la meta ODM para el 2015 (23 frente a 26 defunciones de menores de cinco años por cada 1000 nacidos vivos).

Tabla 15 – Tasa de mortalidad en menores de cinco años (para los 5 años anteriores a la encuesta), Perú, 1991-1992, 1996, 2000, 2010 y metas al 2015

Área de residencia	ENDES 1991-1992 (agosto 1989)	ENDES 1996 (mayo 1994)	ENDES 2000 (abril 1998)	ENDES 2010 (febrero 2008)	Metas al 2015
Urbana	56	40	32	17	19
Rural	112	86	64	33	37
Total	78	59	47	23	26

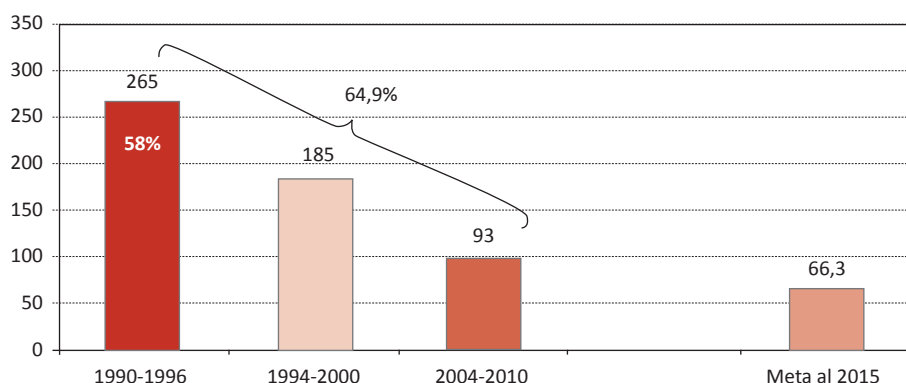
Fuente: ENDES 2010

Objetivo 5° “Mejorar la Salud Materna”

La razón de mortalidad materna se ha reducido de 185 por 100.000 nacidos vivos en el 2000 a 93 por 100.000 nacidos vivos al 2010, proyectándose reducir para el 2015 a 66 por 100.000 nacidos vivos.

Se ha incrementado el parto institucional en zona rural, el parto institucional atendido por profesional calificado, así como el parto vertical institucional, estrategia para acercar a la población de la zona rural a los servicios de salud y, por consiguiente, garantizar el parto institucional, estrategia que va acompañada de la adecuación cultural de los servicios y las casas de espera materna.

Gráfico 7 – Tasa de mortalidad materna, Perú, 1990-2010 y meta al 2015

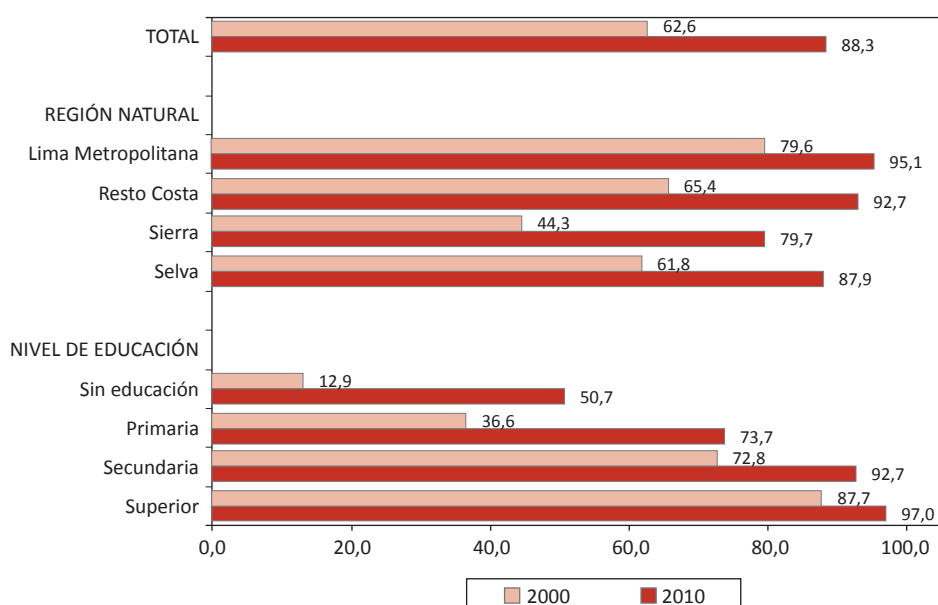


Objetivo 6º “Combatar el VIH/SIDA”

La meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio es haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA. Los resultados de las ENDES muestran que el porcentaje de las mujeres unidas en edad fértil que saben cómo evitar la transmisión de VIH se incrementó en 25,7 puntos porcentuales, en los últimos 10 años.

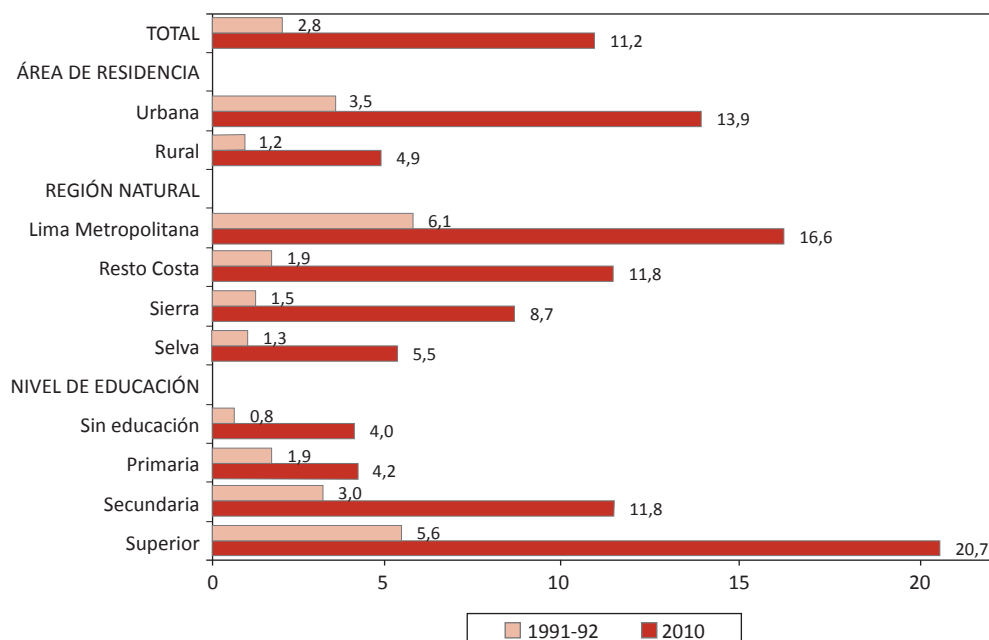
En todas las regiones del país se implementó al menos un centro de atención integral, donde se brinda tratamiento permanente y gratuito. El costo de medicamentos en el Perú es uno de los más bajos de Latinoamérica y el Caribe, debido al mecanismo de compra corporativa.

Gráfico 8 – Mujeres en edad fértil que saben cómo evitar la transmisión de VIH, Perú, 2000 y 2010



Una de las acciones eficaces para la reducción de la transmisión del VIH en personas sexualmente activas es el uso del condón. A nivel nacional, el uso del condón entre las mujeres unidas en edad fértil se incrementó de 2,8% en el periodo 1991-92 a 11,2% para el año 2010.

Gráfico 9 – Uso del condón entre las mujeres unidas en edad fértil, Perú, 1991-2 y 2010



INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA LA SALUD

Políticas específicas para patentes, genéricos, investigación e innovación, regulación de precios

En el tema de políticas específicas sobre patentes, promoción de medicamentos genéricos, Investigación e innovación y precios, el Estado, en el marco de la Política Nacional de Medicamentos y la Ley N° 29459 Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, viene desarrollando estrategias fundamentales que contribuyen a mejorar el acceso a medicamentos esenciales con prioridad en las poblaciones menos favorecidas: la promoción de los medicamentos genéricos; la transparencia de la información de los precios de medicamentos, y el fortalecimiento de la capacidad de negociación y economía de escala del sector de la salud.

La promoción de los medicamentos genéricos es una estrategia de la política de medicamentos del país. El Estado ha establecido diversas disposiciones legales referidas a la promoción de los medicamentos genéricos, desde la obligatoriedad de la prescripción en DCI y el ofrecimiento de alternativas genéricas en la dispen-

sación hasta la disponibilidad de medicamentos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales en los Establecimientos de Salud.

Últimamente se intensificó la promoción de medicamentos genéricos mediante la suscripción de un convenio con la red de cadenas de farmacias del sector privado para que se garantice la disponibilidad y oferta de 83 medicamentos genéricos de mayor demanda a la población a través de la red privada de farmacias a nivel nacional, que comprende más de 1200 establecimientos farmacéuticos de dispensación.

La regulación de los precios de medicamentos se realiza mediante mecanismos para que los usuarios informados causen un efecto de autorregulación de precios en el mercado.

Se ha promovido la transparencia de la información de los precios de medicamentos, por lo que con la Resolución Ministerial N° 040-2010/MINSA se estableció el sistema de información de precios de venta de productos farmacéuticos, que recibe información mensual de los establecimientos farmacéuticos públicos y privados de forma obligatoria y se publica online a través del Observatorio Peruano de Precios de Productos Farmacéuticos. Este mecanismo tiene el objeto de que se adopten decisiones informadas que cautelen el derecho de los usuarios y como mecanismo de difusión de la información a los profesionales de la salud y a la población en general. Se puede acceder a los precios en la siguiente dirección electrónica: <http://observatorio.digemid.minsa.gob.pe>

Con relación a las patentes, el Perú suscribe los Acuerdos de Propiedad Intelectual relacionados al Comercio (ADPIC-TRIPS), adoptados en la Organización Mundial de Comercio, desde el año 1995 e incorpora en la legislación nacional los temas de patentes desde el año 1996 mediante el Decreto Ley N° 823. Al mismo tiempo, reconoce las salvaguardas que se señalan en los ADPIC como un mecanismo para proteger el acceso a medicamentos, que habilitan al Estado a desarrollar importaciones paralelas o establecer licencias obligatorias, al margen de la patente, para mantener el abastecimiento de medicamentos, dentro de un marco regulatorio y condiciones establecidas que contemplan los ADPIC y la legislación peruana.

La protección bajo la patente es un mecanismo que puede tener un gran impacto en la disponibilidad de medicamentos, ya que otorga una posición monopólica por 20 años a los medicamentos, insumos o tecnologías que se acogen a esta protección. Por este motivo es necesario establecer mecanismos apropiados para la otorgación de patentes y, sobre todo, mecanismos viables y rápidos para poner en ejecución las salvaguardas de los ADPIC, como medidas que evitarían el abuso de la posición monopólica de un producto a causa de una patente y en los derechos acordados en la Declaración de Doha y Salud Pública, que eliminarían las restricciones a las enfermedades en que se aplicaran las flexibilidades y excepciones de los ADPIC, entre otros.

Para el fortalecimiento de la capacidad de negociación se ha desarrollado como estrategias de economía de escala y las compras corporativas sectoriales facultativas de medicamentos desde el 2006, que han logrado la reducción significativa de precios y un ahorro al Estado, teniendo como resultado una mejora en la asequibilidad de los medicamentos esenciales. A partir del 2011, mediante la promulgación del Decreto Supremo N° 046-2011-EF, las compras corporativas han adoptado el carácter de obligatoriedad para las entidades que pertenecen al Sector Público.

Tabla 16 – Ahorros obtenidos en las Compras Corporativas ejecutadas por el MINSA Perú desde el 2003-2010

Año	Entidades participantes	Nº Ítems adjudicados	Valorizados en compras individualizadas (millones N.Soles)	Montos adjudicados en compra corporativa (millones N.Soles)	Ahorro (millones N.Soles)	% ahorro
2003	MINSA	101	108	69	39	36
2004	MINSA	120	110	62	48	44
2005	MINSA	125	156	90	66	42
2006	MINSA/ EsSalud/ MINDEF/ MININTER	188	190	150	40	21
2007	MINSA/ EsSalud/ MINDEF/ MININTER	163	168	117	51	30
2008	MINSA/ EsSalud/ MINDEF/ MININTER	168	88	50	38	43
2008	MINSA/ EsSalud/ MINDEF/ MININTER/ INPE	286	191	175	16	8
2009	MINSA/ EsSalud/ MINDEF/ MININTER/ INPE/ HOSP. MUNIC. LOS OLIVOS (Se incluye 1° y 2° Convocatoria)	257	226	179	47	21
2010	MINSA/ EsSalud/ MINDEF/ MININTER/ INPE/ HOSP. MUNIC. LOS OLIVOS/PARSALUD (LP 032-2010/MINSA)	217	302	213	89	29
Total			1.540	1.105	434	28

Fuente: Datos DIGEMID

Estrategias para el acceso a vacunas, medicamentos esenciales y de alto costo

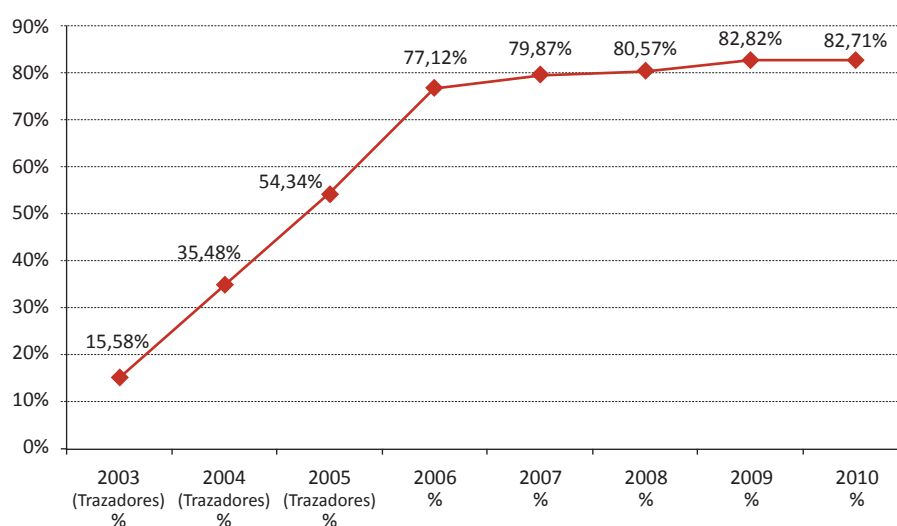
La Política Nacional de Medicamentos, aprobada en el año 2004, y la Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios establecen que el Estado promueve el acceso universal a los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios como componente fundamental de la atención integral de salud, particularmente en las poblaciones menos favorecidas económicamente. Asimismo, el Estado dicta y adopta medidas para garantizar el acceso de

la población a los medicamentos y dispositivos médicos esenciales con criterios de equidad, empleando diferentes modalidades de financiamiento, monitoreando su uso, así como promoviendo la participación de la sociedad civil organizada. Otro aspecto importante es que el país se encuentra en un proceso gradual de implementación del aseguramiento universal que contempla el acceso al tratamiento farmacológico como parte de la prestación de salud.

El Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos, que viene operando desde el año 2003, se constituye en una de las principales estrategias por su relación directa con la disponibilidad, asequibilidad y accesibilidad, elementos constitutivos del acceso a los medicamentos. Este sistema busca optimizar los procesos técnicos y administrativos de la cadena de suministro que se desarrollan para la selección, programación, adquisición, almacenamiento, distribución y utilización de los medicamentos e insumos médicos quirúrgicos, con el objetivo de asegurar su adecuada disponibilidad y accesibilidad por la población. Para ello, cual es crucial contar con un sistema de información confiable, oportuna y de calidad, que permita a los decisores en el nivel central, regional y local la toma de decisiones responsables e informadas.

La disponibilidad de medicamentos es uno de los elementos esenciales para el acceso. Uno de los indicadores clave es la disponibilidad de medicamentos en los establecimientos del MINSA. Los resultados obtenidos desde el año 2003 al 2010 evidencian el nivel de mejora del acceso, pasando de 15,5% a 82,7% de disponibilidad de medicamentos a nivel nacional.

Gráfico 10 – Disponibilidad de medicamentos en establecimientos de salud del MINSA, Perú, 2003-2010



El financiamiento por el consumo de medicamentos durante el año 2010 tuvo como fuentes: 32,3% correspondiente al gasto de bolsillo, 41,3% a los financiados por el seguro integral de salud y 22,6% al financiamiento del MINSA para las intervenciones sanitarias.

El tema de las vacunas se considera un objetivo estratégico, teniendo en los últimos años un creciente financiamiento con recursos ordinarios del Tesoro Público. Estos bienes también forman parte del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos.

Para el abordaje de los medicamentos de alto costo necesarios para la atención de salud, se ha conformado a nivel del MINSA una Comisión Sectorial de Evaluación de Tecnologías en Salud y Enfermedades de Alto Costo, encargándosele la función de buscar estrategias para mejorar esta área.

No obstante, se viene desarrollado un proceso de compra corporativa conjunta de medicamentos oncológicos para todas las Entidades del Sector Público para el abastecimiento del Año 2012. Adicionalmente, para aquellos medicamentos de alto costo y de difícil acceso en el mercado local, con el apoyo del Fondo Estratégico de OPS, se está promoviendo una negociación y compra conjunta a nivel de los países de la Subregión.

Por otro lado, el Estado ha establecido algunos mecanismos normativos para disminuir el precio de los medicamentos. Así, desde el año 2001, la Ley N° 24750 exonera del pago de aranceles y del Impuesto General a las Ventas a los medicamentos empleados en el tratamiento del VIH/SIDA y oncológicos. Posteriormente, en el año 2005, la Ley N° 28553 hace lo mismo para los medicamentos empleados en el tratamiento de la diabetes. Pero aun es necesario establecer sistemas de seguimiento apropiados para garantizar el cumplimiento de las normas y que el beneficio esperado sea trasladado y se refleje en la disminución del precio de los medicamentos que adquiere la población.

Capacidades productivas nacionales: estatales y privadas

En este aspecto, el Perú no cuenta con una producción pública de medicamentos desde el 2004, fecha en que los laboratorios LUSA, de propiedad del gobierno, fueron privatizados. Desde entonces, la producción pública de medicamentos ha quedado reducida a la producción de suero antitoxotrópico y vacuna antirrábica humana, asumidos por el Instituto Nacional de Salud; mientras que la producción nacional de medicamentos se encuentra íntegramente a cargo de laboratorios farmacéuticos privados.

Actualmente, la producción pública de medicamentos se ha convertido en una necesidad estratégica para el gobierno peruano, ya que ello va a contribuir con la disponibilidad de medicamentos con limitada oferta, como huérfanos, de alto costo u otros; y a la vez fortalecer la capacidad negociadora del país por dar la posibilidad

de recurrir a la producción pública local de determinados medicamentos en caso de no llegar a un adecuado acuerdo para el abastecimiento privado.

El país, a través del Instituto Nacional de Salud, produce vacunas como la de la rabia para uso humano y veterinario, así como sueros antiponzoñosos contra venenos de serpientes y arácnidos, asumiendo el Estado esta producción que no es de interés de la industria privada.

Nuestro país aún sigue manteniendo una posición de dependencia extranjera para el abastecimiento de medicamentos, siendo nuestras importaciones mayores que las exportaciones. De acuerdo a información de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), para el año 2006 nuestras exportaciones representaban sólo el 5% en comparación a las importaciones realizadas.

Evaluación, incorporación y uso racional de nuevas tecnologías

Desde el año 1998, la DIGEMID ha venido conduciendo el proceso de elaboración y actualización del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales y, desde el año 2010, se cuenta con un Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), válido para todas las entidades del sector de la salud, aprobado con RM N° 062-2010/MINSA. Este proceso se desarrolla periódicamente con criterios técnicos de evaluación para la incorporación de medicamentos al referido listado, basado en el análisis de evidencia científica. No obstante, existe normatividad complementaria para autorizar la adquisición y utilización de medicamentos no considerando en el PNUME de las entidades del sector, previa autorización de los Comités Farmacoterapéuticos de los establecimientos de salud.

Con Resolución Ministerial N° 463-2011/MINSA, del 14 de julio de 2011, se crea la Comisión Sectorial de Evaluación de Tecnologías en Salud y Enfermedades de Alto Costo del Ministerio de Salud que tiene como objetivos promover y realizar evaluaciones en tecnologías en salud a fin de fundamentar técnicamente las decisiones de selección, incorporación y difusión de estas en el MINSA y, paulatinamente, en el sistema de salud, así como formular el sustento que permita la actualización del listado de enfermedades de alto costo y su implementación.

Uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la gestión del sistema y en la atención a la salud (Telesalud)

Con relación al uso de tecnologías de la información y la comunicación en el campo de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos, se han desarrollado diversos aplicativos informáticos que mejoren la gestión del sistema de suministro. Asimismo, se ha impulsado el tema de transparencia en la información de la gestión del sistema de suministro a través de la difusión de información estratégica en el portal institucional. Las principales iniciativas son descritas a continuación.

Modulo de información SISMED

El Ministerio de Salud, a través de la Oficina General de Estadística e Informática (OGEI) y DIGEMID, implementó a nivel nacional el aplicativo informático, cuya versión actual es SISMEDV2.0, que administra los movimientos de recetas (SIS, IS), boletas de venta y gestión de stocks, además de generar automáticamente los formatos de inventarios, ICI, IDI e IME. Este sistema de información permite contar con información mensual de la gestión de stock y la toma de decisiones para el proceso de programación, adquisición, distribución y evaluación del uso, además de recoger información de los precios de los medicamentos y realizar aproximaciones en la evaluación del financiamiento del sistema de suministro. El nivel de cumplimiento del envío de información es casi del 100%. Cabe señalar que el catálogo de productos farmacéuticos y dispositivos médicos que usa este sistema se encuentra vinculado con el código SIGA del Ministerio de Economía y Finanzas.

Aplicativo web de sincronización de los catálogos de productos farmacéuticos y afines del SISMED y SIGA

Este aplicativo web permite, en tiempo real, administrar la creación y edición de los códigos del SISMED y SIGA, así como efectivizar la sincronización de ambos códigos para luego ser remitido al usuario solicitante y luego estar disponible para su descarga y actualización en el aplicativo del SISMEDV2 de los demás usuarios. Está operativo para todas las UES (Regiones y Hospitales), oficialmente, desde el 06/10/2010.

Módulo SISMED para la programación de productos farmacéuticos y dispositivos médicos empleados en las intervenciones sanitarias

Es el Módulo empleado hasta el año 2010 con el objetivo de facilitar los procesos operativos para la Estimación de Necesidades y Programación de Productos Farmacéuticos. Está constituido por 04 submódulos: a) **programación de demanda**, b) **programación de intervenciones sanitarias**, c) **integración de información** y d) **herramientas**. Este módulo considera las dos modalidades de programación: por demanda y por perfil epidemiológico. Esta herramienta permite desarrollar la estimación y programación de medicamentos de forma estandarizada en los establecimientos del MINSA.

Sala de situación de acceso a medicamentos

La sala situacional se constituye como el espacio virtual y físico de análisis y reflexión sobre salud y medicamentos. Contiene información relevante, procesada de diferentes fuentes de información, que se orienta a fortalecer la capacidad institucional para la toma de decisiones a través del desarrollo de la cultura de análisis y uso adecuado de la información sobre el acceso de la población a los medicamentos esenciales. Considerando que la disponibilidad y accesibilidad al medicamento

(componentes del acceso) son medidas de la calidad de los servicios de salud y que constituyen indicadores sociales de justicia y equidad en la distribución de la riqueza del País, se presenta información relevante en estos aspectos.

La sala situación contiene información general demográfica y socioeconómica relacionada con el suministro de medicamentos utilizados en las intervenciones sanitarias y en la demanda en general. Asimismo, presenta aspectos relevantes sobre financiamiento de medicamentos esenciales, evaluación del comportamiento del mercado farmacéutico del sector público y privado y cobertura con tratamientos para las principales intervenciones sanitarias en términos de evolución y tendencias. La información se presenta bajo la forma de indicadores sobre las tendencias o evoluciones de la disponibilidad de acuerdo a los quintiles de pobreza, regiones naturales, zonas de fronteras, entre otras. Se cuenta con un área física para la exposición de información. En ella se encuentran los gráficos e imágenes, tablas, mapas, entre otros, que sirven para la mejor comprensión de la información expuesta. Contiene información estática y dinámica y un área virtual para la exposición de la información a través de la página web de DIGEMID. La sala de situación se encuentra publicada en la siguiente dirección electrónica:

<http://www.digemid.minsa.gob.pe/daum/sala/objetivos.html>

Telesalud

En el 2005, mediante Decreto Supremo N° 028-2005-MTC, se aprobó el Plan Nacional de Telesalud, elaborado por el Ministerio de Salud (MINSA), Ministerio de Transportes y Comunicaciones (MTC), Instituto Nacional de Investigación y Capacitación de Telecomunicaciones (INICTEL), Seguro Social de Salud (EsSalud), Organismo Supervisor de Inversión Privada en Telecomunicaciones (OSIPTEL) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Mediante el referido plan, se define a la Telesalud como el servicio de salud que utiliza las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para lograr que estos servicios y los relacionados sean más accesibles a los usuarios en áreas rurales o con limitada capacidad resolutive. Asimismo, considera necesario implementar Telesalud en estos tres ejes de desarrollo: prestación de servicios de salud; información, educación y comunicación a la población y al personal de salud; y gestión de servicios de salud.

La Telesalud en el Perú está orientada a la mejora del acceso a servicios de salud y la calidad de atención, en especial en las zonas rurales y aisladas, llevando la oferta de estos servicios a la población, independientemente del lugar donde se encuentre, e integrando los sistemas de comunicación e información. Además, propicia en los ciudadanos el desarrollo de una cultura en salud y educación continua del personal de salud mediante programas de capacitación a distancia y adecuados a necesidades específicas, por nivel de atención y complejidad.

El MINSA, como ente rector y normativo, viene sentando las bases para lograr la interoperabilidad de sistemas entre instituciones. El uso de estándares permite que sistemas de información heterogéneos puedan intercambiar procesos y datos, y así propiciar y facilitar aplicaciones en Telesalud. A la fecha, se cuenta con ocho identificadores estándar de datos mediante el Decreto Supremo N° 024-2005-SA, entre ellos el de Usuario de Salud, que establece al Documento Nacional de Identidad como identificador a nivel nacional, Procedimiento Médico y Unidad Productora de Servicio, entre otros.

Desde el 2008 se cuenta con la Norma Técnica de Salud en Telesalud (NTS N° 067-MINSA/DGSP-V.01), que alcance en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos y privados que incorporen Telesalud, regula mediante disposiciones técnico-administrativas, las aplicaciones de la Telesalud en la gestión y acciones de información, educación y comunicación en los servicios de salud, así como en las prestaciones de servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina.

Entre las experiencias de la Telesalud en el Perú, se pueden mencionar: el proyecto Enlace Hispanoamericano Aplicado a la Salud – EHAS Perú, orientado a implementar soluciones de comunicaciones de bajo costo en establecimientos de salud del Alto Amazonas, que son de difícil acceso (el principal acceso de los establecimientos de la zona es por río); y el Servicio Infosalud, servicio gratuito de información del Ministerio de Salud, formado por un equipo de profesionales (médicos, obstetras, psicólogos y comunicadores sociales), que brindan consejería en salud integral, información institucional, vigilancia ciudadana y apoyo en emergencias y desastres.

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD

Políticas nacionales de investigación en salud

El ente rector de la investigación en salud en el Perú es el Ministerio de Salud, a través del Instituto Nacional de Salud (INS), que tiene el encargo de formular las políticas y programas de investigación en salud. Si bien la implementación de las políticas y programas de investigación prioritarias está a cargo del INS, también se desarrollan investigaciones colaborativas con instituciones nacionales e internacionales (universidades públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales). El financiamiento es mixto (público y privado).

El rol del Ministerio de Salud en la definición de las prioridades y agendas de investigación es el de rector. Desde el segundo semestre del año 2009 se han identificado las prioridades nacionales de investigación. Este proceso fue participativo, multidisciplinario, multi-institucional, inclusivo (tanto sector público, como privado, tanto la academia como los proveedores y autoridades sanitarias, con representación

de todos los gobiernos regionales). Las prioridades nacionales de investigación en salud identificadas son siete: recursos humanos, salud mental, mortalidad materna, desnutrición infantil e investigaciones relacionadas a enfermedades transmisibles (investigaciones operacionales, evaluación de impacto en intervenciones vigentes y en nuevas intervenciones).

A partir del 2010, se han identificado mediante procesos participativos las agendas (líneas) de investigación en cada una de las prioridades nacionales de investigación con relación a enfermedades transmisibles y se han determinado las agendas de investigación de tuberculosis y VIH/SIDA, continuándose con la definición de la agenda más específica de acuerdo con las prioridades ya definidas.

El Ministerio de Salud, a través del Instituto Nacional de Salud, financia las investigaciones prioritarias. Otras iniciativas de investigación cuentan con financiamiento a través de proyectos de cooperación.

Las modalidades de desarrollo de proyectos de investigación en salud son a través de los sectores público y privado. En el sector público, a través del INS, institutos especializados y universidades públicas; y en el sector privado se desarrollan proyectos de investigación a través de Universidades privadas, organizaciones no gubernamentales, universidades extranjeras y otras fuentes de cooperación internacional. El desarrollo de investigaciones colaborativas a través de convenios de cooperación es una modalidad vigente y frecuente.

Instituto Nacional de Salud

El Instituto Nacional de Salud (INS) es un organismo público ejecutor del Ministerio de Salud dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico. El INS incluye en su misión los procesos de investigación, transferencia tecnológica, propuesta de políticas, normas e intervenciones y producción de bienes y servicios especializados. Estos procesos están articulados con los campos temáticos de responsabilidad, como la salud pública, el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la alimentación y nutrición, la producción de biológicos, el control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines, la salud ocupacional y protección del ambiente centrado en la salud de las personas y la salud intercultural.

La misión original del INS era la prevención y control de enfermedades infecciosas, como centro de producción de sueros y vacunas y diagnóstico especializado. Con el devenir del tiempo, ha ido ampliado sus funciones a otras, como la vigilancia laboratorial y la investigación para generar evidencias en salud pública.

La misión del INS está asociada al rol que tiene como entidad del Estado responsable de la conducción de los procesos misionales hacia los cambios esperados en la salud peruana. En el Plan Estratégico 2011-2015, la misión del INS es enunciada de la siguiente manera:

“Como organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud constituimos un equipo de personas especializado, que genera evidencias científico-tecnológicas para la implementación y evaluación de políticas, normas e intervenciones; abastece de productos estratégicos y brinda servicios especializados; dirigidos a los ciudadanos y entidades nacionales e internacionales, con el fin de contribuir a mejorar la salud poblacional y ambiental, la productividad, la calidad de vida de la población, hacia el desarrollo inclusivo y sostenible del país” (PEI 2011 – 2015).

Las funciones del INS se expresan en los objetivos funcionales institucionales, que incluyen:

- Desarrollar y difundir la investigación científica y tecnológica en salud, nutrición, salud ocupacional y protección ambiental, producción de biológicos, control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines y salud intercultural en los ámbitos regional y nacional.
- Fortalecer la capacidad de diagnóstico a nivel nacional para la prevención y control de riesgos y daños asociados a las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Ejecutar la vigilancia alimentaria y nutricional para la prevención y control de los riesgos y daños nutricionales en la población.
- Producir biológicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la salud humana y veterinaria.
- Fortalecer el Sistema de Control de Calidad de los alimentos, productos farmacéuticos y afines, como organismo de referencia nacional.
- Investigar e innovar conocimientos, tecnología, metodología y normas para la prevención y control de riesgos y daños ocupacionales y protección del medio ambiente centrado en la salud de las personas.
- Lograr la revalorización y el fortalecimiento de las medicinas tradicionales y complementarias y su articulación con la medicina académica.
- Proponer políticas, planes y normas en investigación y transferencia tecnológica en salud, en coordinación con los institutos especializados, órganos competentes del Ministerio de Salud y la comunidad científica nacional e internacional.
- Proponer normas y procedimientos de prevención, diagnóstico y control en salud ocupacional y protección del ambiente centrado en la salud de las personas.
- Fortalecer la capacidad de investigación, desde los servicios de salud pública, que permitan la implementación de políticas efectivas en materia de costos.
- Capacitar a los recursos humanos del sector de la salud en las áreas de su competencia, en coordinación con el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos.

Los macroprocesos estratégicos del INS, incluyen:

- Desarrollo de acciones articuladas y eficaces para la vigilancia y respuesta integral a los determinantes, riesgos y daños de la salud en el contexto de la transición y acumulación epidemiológica.

- Satisfacción de las necesidades y demandas de bienes y servicios especializados en salud pública con calidad y oportunidad.
- Desarrollo de un adecuado sistema de gestión del conocimiento fortaleciendo el uso de las tecnologías en la generación de evidencias para la formulación de políticas e intervenciones en salud.
- Consolidación del desarrollo adecuado y una transferencia efectiva de tecnologías en salud y la generación de capacidades en las regiones.
- Desarrollo y promoción de los recursos institucionales y las capacidades del personal para una gestión por resultados.

En representación del Ministerio de Salud, el INS es el ente rector para la investigación en salud, respaldada por Decretos Supremos, por ejemplo para la regulación de los ensayos clínicos y mediante Resoluciones Ministeriales para la promoción de la investigación en salud en general.

Desarrolla y promueve investigaciones en el sector salud con las universidades y entidades nacionales e internacionales y publica la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, que se inició en el año 1942 y desde el 2010 está indexada en Scielo y MEDLINE.

La misión del Instituto Nacional de Salud es generar evidencias científico-tecnológicas para la implementación de políticas, normas e intervenciones en salud. En tal sentido, en el INS se ha creado una unidad con la finalidad de evaluar las políticas sanitarias basándose en la mejor evidencia disponible o, de ser el caso, generar dicha evidencia para contribuir con la toma de decisiones de los funcionarios de salud de los niveles nacional, regional y local. Esta unidad tiene por objetivos: a) Proponer nuevas estrategias de intervención para la prevención y control de problemas de salud pública; b) participar en la evaluación de las intervenciones para la prevención y control de problemas prioritarios de salud pública en coordinación con el Ministerio de Salud (MINSA), Gobiernos Regionales y otros organismos públicos o privados; c) promover la toma de decisiones en salud pública informada en evidencias a través de la participación en redes nacionales e internacionales, así como la realización de revisiones sistemáticas en temas de interés local; d) participar en la organización y realización de acciones de capacitación continua de profesionales de instituciones estatales (MINSA y otros ministerios) y privadas.

Relación con centros y redes de investigación en salud

En INS tiene vínculos y convenios con universidades públicas y privadas, e institutos que desarrollan investigación en salud en el Perú. De otro lado en el año 2010 se ha creado la Red de Institutos Nacionales de Salud (RINS) de Unasur que cuenta con un Plan de trabajo consensuado en la que la investigación es una actividad transversal. Igualmente se participa de la *International Association of National Public Health Institutes* (INAPHI), una red de institutos nacionales de salud del mundo.

Brechas entre las investigaciones y las necesidades del sistema

Los procesos en marcha que requieren apoyo para su implementación son:

- Desarrollo de capacidades en investigación y gestión de la investigación a nivel de todo el Sistema de Salud.
- Fortalecimiento de las capacidades nacionales y regionales para la implementación de las prioridades nacionales y regionales, así como las agendas de investigación en salud aprobadas.
- Ajustes a la Política Nacional de Investigación en Salud.
- Desarrollo de estudios de impacto de las investigaciones en el Sistema Nacional de Investigación en Salud.
- Realización de estudios del financiamiento público para la investigación en salud.
- Mejorar la gestión para el financiamiento de las investigaciones planteadas en las agendas de investigación aprobadas.
- Fortalecimiento de la regulación de ensayos clínicos, incluyendo la bioética.
- Fortalecer el desarrollo y publicación de investigaciones no experimentales.
- Desarrollo de los recursos humanos para la investigación en salud.
- Fortalecimiento de la cooperación internacional, en especial la cooperación Sur-Sur, para el desarrollo de investigaciones con impacto en la salud.
- Fortalecimiento de las redes y alianzas estratégicas con instituciones nacionales e internacionales, siendo una de las más importantes la Red de Institutos Nacionales (RINS) de la Unasur Salud.

El INS puede compartir con los países el proceso de priorización de investigaciones, así como la realización de investigaciones en enfermedades transmisibles y no transmisibles, además del desarrollo tecnológico para la producción de insumos de diagnóstico.

COOPERACIÓN EN SALUD

En la última década se ha generado un cambio en la cooperación internacional, buscando la participación armónica y concertada entre muchos actores involucrados con el desarrollo de la sociedad y enmarcada en un contexto de cambio mundial. Es conocido que los países en desarrollo han recibido apoyo financiero y técnico de la cooperación internacional, sin embargo no se ha logrado cubrir las necesidades ni disminuir sustancialmente las brechas de pobreza.

En la Cumbre del Milenio, convocada por las Naciones Unidas en Nueva York, se aprobó la Declaración del Milenio, planteando los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Estos objetivos reflejan las aspiraciones de desarrollo del mundo en su conjunto a ser alcanzadas en un periodo de tiempo y se ha establecido como fecha

meta el año 2015. Pero estos, no son sólo objetivos de desarrollo, representan valores y derechos humanos universalmente aceptados, como la lucha contra el hambre, el derecho a la educación básica, el derecho a la salud y responsabilidad frente a las generaciones futuras.

Así, a raíz de la adopción de los Objetivos del Milenio en las Naciones Unidas, fueron promovidas una serie de cumbres para analizar la forma en que la cooperación podía contribuir al cumplimiento de estos objetivos. El 2 de marzo de 2005 se realizó en París la tercera cumbre, denominada Foro de Alto Nivel, con asistencia de representantes de 90 países y jefes de 27 organismos de asistencia al desarrollo. El Foro concluyó con la Declaración sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo. El consenso logrado en estas cumbres se expresa en los cinco principios centrales de la Declaración de París: alineación, apropiación, armonización, gestión orientada a resultados y mutua responsabilidad. El Perú adhirió a la Declaración de París el 9 de junio del 2006, en los temas prioritarios del sector: salud materna neonatal, desnutrición, rectoría y fortalecimiento del primer nivel de atención. Se viene trabajando con la cooperación técnica no reembolsable de Naciones Unidas (Unicef, UNFPA), UE, CTB, Embajada de China, JICA y KOICA, Fondo Mundial, AECID. El trabajo se ha implementado a través de programas y proyectos, nacionales y regionales, logrando el compromiso de los actores en cada nivel de gobierno.

El sector de la salud participa en espacios de salud regional, como Unasur Salud, ORAS CONHU, OPS; y en espacios de salud global, como OMS.

Necesidades de apoyo técnico

- Mecanismos de pago y financiamiento en aseguramiento en salud.
- Gestión de la cooperación
- Participación ciudadana
- Asesoría técnica en vigilancia e investigación epidemiológica especializada: enfermedades crónicas transmisibles, vigilancia epidemiológica ambiental y tecnologías de soporte para la vigilancia epidemiológica.
- Intercambio de información en el aspecto técnico normativo sobre las actividades de control y vigilancia sanitaria.
- Asistencia técnica y/o capacitaciones sobre actividades de control y vigilancia sanitaria, para fortalecer los procesos de la Dirección de Control y Vigilancia Sanitaria.
- Asesoramiento técnico para garantizar medicamentos de calidad.
- Fortalecer el sistema de información que sirva de soporte para el mejoramiento de los procesos de control y vigilancia sanitaria.
- Desarrollo de capacidades gerenciales y gestión en salud.
- Fortalecimiento de capacidades para evaluación de tecnologías sanitarias

- Asistencia técnica para el suministro de dispositivos médicos
- Asesoramiento técnico en propiedad intelectual (salvaguardas)
- Asesoramiento para provisión de medicamentos de oferta limitada

Posibilidades y “experticias” potenciales de oferta

Asistencia técnica en:

- Manejo de malaria, dengue y VIH
- Medicamentos: compra conjunta y control de calidad
- Vigilancia epidemiológica e intervención de brotes.
- Salud materno infantil (casas de espera)
- Asistencia técnica en control y vigilancia sanitaria de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, y de los establecimientos farmacéuticos que los producen, importan, almacenan, distribuyen, comercializan, a nivel nacional.
- Gestión de sistemas de suministro de medicamentos
- Procesos de selección de medicamentos para elaboración/revisión de listados de medicamentos esenciales
- Implementación de Observatorio de Precios de Medicamentos
- Adquisición de medicamentos mediante procesos de compra corporativos por subasta inversa
- Promoción del uso racional de medicamentos en comunidad

Cuadro 3 – Sistema de Salud en Perú: síntesis – marco constitucional, estructura y prioridades de la política actual

País PERÚ	Marco constitucional y legal de la salud	Estructura del sistema de salud	Funciones del Ministerio de Salud	Prioridades de la política actual
<p>República democrática, social y soberana con go- bierno unitario, represen- tativo y descentralizado</p> <p>Población : 29.496.000 habitantes</p> <p>Territorio organizado en 24 departamentos más 2 provincias con régimen es- pecial (Lima Metropolitana y la Pcia. Constitucional de Callao) que a su vez se dividen en 195 provincias y 1.837 distritos.</p>	<p>Constitución Nacional Vigente: 1993</p> <p>Artículo 7 – Derecho a la Salud y Protección al discapacitado: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comu- nidad, así como el deber de contribuir a su promoción y de- fensa. La persona incapacitada para velar por sí misma, a causa de una deficiencia física o men- tal, tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.”</p> <p>Artículo 11° “El Estado garanti- za el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.”</p> <p>El Estado promueve el asegu- ramiento universal y progresivo de la población (AUS)</p>	<p>Sistema de salud mixto, compu- esto por Sector Público: Minis- terio de Salud/Seguro Integral de Salud (SIS); Seguro Social de Salud (EsSalud), adscrito al Mi- nisterio de Trabajo; Sanidades de Fuerzas Armadas adscritas al Ministerio de Defensa; Sanidad de la Policía Nacional del Perú, adscrita al Ministerio del Interior.</p> <p>El sector privado comprende: entidades prestadoras de salud (EPS), aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil (OSC).</p> <p>El EsSalud tiene servicios pro- pios y compra a las EPS.</p> <p>El Ministerio de Salud/ Direc- ciones Regionales de Salud es el principal prestador de servicios de salud (82% de los estableci- mientos). Atiende la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación.</p>	<p>1935 - Creación del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social</p> <p>El Ministerio de Salud (Minsa) es el ente rector del sector: conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud con el fin de lograr el desarrollo de la persona humana a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable con respeto a los derechos fundamentales de la persona.</p> <p>El Ministerio de Salud tiene importante rol como presta- dor de servicios de salud.</p> <p>La Dirección General de Epidemiología (DGE) del Minsa es el órgano responsable por el diseño, asesoramiento y conducción del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemioló- gica en salud pública a nivel nacional. La Red Nacional de Epidemiología está formada por todos los establecimien- tos de salud públicos y privados.</p> <p>Avanzó la vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles con estudios de prevalencia de factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.</p> <p>Vigilancia Sanitaria</p> <p>La Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID) del Ministerio de Salud, a través de la Direc- ción y Control de Vigilancia Sanitaria, tiene como función, garantizar la calidad de medicamentos y otros productos farmacéuticos y afines.</p> <p>La Dirección General de Salud Ambiental (Digesa) es el órgano técnico normativo en materia de vigilancia sanita- ria ambiental</p>	<p>Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2011</p> <p>El Modelo de Aten- ción Integral de Salud (MAIS) que tiene dos estrategias priorita- rias: Implementación de la APS renovada, y desarrollo de recursos humanos para la salud.</p> <p>Tres estrategias de gestión: aseguramien- to universal, descen- tralización y fortale- cimiento del primer nivel de atención.</p>

Cuadro 4 – Sistema de Salud en Perú: síntesis – protección social, financiamiento, investigación e innovación en salud

Protección social en salud	Financiamiento: fuentes y composición gasto en salud	Investigación e innovación en salud
<p>El aseguramiento en salud en el país se hace mediante tres sistemas: el sistema público (Seguro Integral de Salud), focalizado en la población en condición de pobreza; el sistema contributivo, mediante la Seguridad Social (EsSalud) para los trabajadores formales, y el sistema privado.</p> <p>En conjunto de seguros cubren el 64,7% de toda la población: 39,3% de la población es cubierta por el Seguro Integral de Salud (SIS) (2010); 20,7% de la población es cubierta mediante la Seguridad Social (Es Salud); 4,7% por otros seguros.</p> <p>La población peruana ingresa en cualquiera de los tres regímenes, según su capacidad de pago.</p> <p>El Aseguramiento Universal en salud (AUS) de 2011 garantiza un paquete básico de atenciones contenidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que alcanza al 65% de la carga de enfermedad del país y el 80% de la demanda del primer nivel de atención en salud.</p> <p>Adicionalmente, la Ley de AUS prevé la cobertura de enfermedades de alto costo, que se hará mediante el Fondo Intangible Solidario de Salud (FIS-SAL), el cual inicialmente está atendiendo el tratamiento de cinco tipos de cáncer y la insuficiencia renal crónica.</p> <p>El Aseguramiento Universal en Salud (AUS) es el único sistema de aseguramiento que habrá en algunos años.</p> <p>Gradualmente, el Perú está migrando de un sistema fraccionado de aseguramiento con múltiples planes de aseguramiento (público, privado, contributivo) a un sistema regulado con un sólo Plan de Beneficios (el cual acepta planes complementarios menores) que es ofertado por aseguradores públicos y privados.</p> <p>El AUS tiene tres estrategias de universalización: la cobertura del 100% de toda la población del país, la ampliación progresiva del PEAS y el crecimiento de las garantías explícitas de oportunidad y calidad.</p>	<p>Para el año 2010, el gasto total en salud corresponde a 5,2% del PIB con participación en el PIB del gasto público de 2,9% y del gasto privado de 2,3%. Los gastos públicos correspondieron a 55,8% del total de gastos en salud y los gastos privados a 44,2%.</p> <p>Las fuentes públicas incluyen: fuentes, nacionales, provinciales/departamentales, municipales, impuestos generales y cotizaciones a la seguridad social. Las fuentes privadas corresponden a gasto de bolsillo (75%) y a primas de seguros privados.</p> <p>En 2005, los recursos para el financiamiento de la atención a salud provinieron 30,7% del gobierno, 34,2% de los hogares y 30,5% de los empleadores.</p> <p>Hay cobro en los servicios públicos para los no asegurados.</p>	<p>El rol del Ministerio de Salud en la definición de las prioridades y agendas de investigación es el de rector.</p> <p>El Instituto Nacional de Salud (INS) es un organismo público ejecutor del Ministerio de Salud dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y al desarrollo tecnológico. Su misión es generar evidencias científico-tecnológicas para la implementación de políticas, normas e intervenciones en salud.</p> <p>El Ministerio de Salud, a través del Instituto Nacional de Salud (INS), financia las investigaciones prioritarias. Otras iniciativas de investigación cuentan con financiamiento a través de proyectos de cooperación y otras fuentes públicas y privadas.</p> <p>Las prioridades Nacionales de investigación identificadas son: Recursos humanos; Salud mental; Mortalidad Materna; Desnutrición Infantil e Investigaciones relacionadas a Enfermedades Transmisibles</p>

REFERENCIAS

- CIAS-Comisión Interministerial de Asuntos Sociales. Estrategia Nacional Crecer. Perú, Lima: CIAS, Secretaría Técnica; 2008.
- DGRH-MINSA. Observatorio de Recursos Humanos. Lima: DGRH-MINSA; 2009.
- Ley de Inocuidad de los Alimentos (DL 1062). URL disponible en: http://www.digesa.sld.pe/NormasLegales/Normas/dl_1062-2.pdf.
- Ley 2957. URL disponible en: http://www.digesa.sld.pe/NormasLegales/Normas/Ley_29571.pdf.
- MINSA-Ministerio de Salud. Plan Nacional Concertado de Salud 2007. Lima: MINSA; 2007.
- MINSA-Ministerio de Salud. Reporte del Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo- Año 2011. Lima: MINSA; 2011.
- MINSA-Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales de Salud. Perú, 1995-2005. Ministerio de Salud/ Oficina General de Planeamiento y Presupuesto / Consorcio de Investigación Económica y Social. Observatorio de la Salud. Lima: Ministerio de Salud; 2008.
- MINSA-Ministerio de Salud. Documento Técnico Política Nacional de Salud Ambiental 2011-2020. URL disponible en: <http://www.digesa.sld.pe/NormasLegales/Normas/RM258-2011-MINSA.pdf>.
- OPS. Indicadores y Datos Básicos en Salud. IDB 2010. Washington: OPS; 2010. URL disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2470&Itemid=2003
- <http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- ADPIC – Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (TRIPS - *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*)
- AISPED – Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas
- APS – Atención Primaria de la Salud
- AUS – Aseguramiento Universal en Salud
- CAFME – Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina
- CAS – Contratación Administrativa de Servicios
- CDC – *Center of Disease Control and Prevention*
- CIGS – Comisión Intergubernamental de Salud
- CIGS – Comité Inter Gubernamental en Salud
- COMPIAL – Comisión Multisectorial Permanente de Inocuidad Alimentaria
- CONEAU – Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de Educación Superior Universitaria
- DGE – Dirección General de Epidemiología
- DGGDRH – Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos
- DHAZ – Dirección de Higiene Alimentaria y Zoonosis
- DIGEMID – Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas

Digesa – Dirección General de Salud Ambiental
Diresa – Dirección Regional de Salud
DISA – Dirección de Salud
DNI – Documento Nacional de Identidad
EBS – Equipos Básicos de Salud
ENDES – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ENSAP – Escuela Nacional de Salud Pública del Perú
ENT – Enfermedades No Transmisibles
EPS – Empresas Prestadoras de Salud
EsSalud – Seguro Social de Salud
ETA – Enfermedades Transmitidas por los Alimentos
FFAA – Fuerzas Armadas
HACCP – *Hazard Analysis and Critical Control Point System*
IAFAS – Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
INCITEL – Instituto Nacional de Investigación y Capacitación de Telecomunicaciones
INEI – Instituto Nacional de Estadística e Informática
INS – Instituto Nacional de Salud
ITP – Instituto Tecnológico Pesquero
LOGR – Ley Orgánica de Gobiernos Regionales
LOM – Ley Orgánica de Municipalidades
LOPE – Ley Orgánica del Poder Ejecutivo
MAIS – Modelo de Atención Integral de Salud
MEF – Ministerio de Economía y Finanzas
MINEDU – Ministerio de Educación
MINSA – Ministerio de Salud
MSM – Marco Social Multianual
MTC – Ministerio de Transportes y Comunicaciones
NTS – Norma Técnica de Salud
ODM – Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS – Organización Mundial de la Salud
ONG – Organización No Gubernamental
OPS – Organización Panamericana de la Salud
OSIPTEL – Organismo Superior de Inversión Privada en Telecomunicaciones
PEAS – Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PNCDS – Plan Nacional Concertado de Salud
PNP – Policía Nacional de Salud
RINS – Red de Institutos Nacionales de Salud
RSI – Reglamento Sanitario Internacional
Senasa – Servicio Nacional de Sanidad Agraria
SERUM – Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud

SINEACE – Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria

SIS – Seguro Integral de Salud

SISFHO – Sistema de Focalización de Hogares

SNCDS – Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud

SUNASA – Superintendencia Nacional de Salud

TIC – Tecnologías de la información y la comunicación

Unasur – Unión de Naciones Suramericanas

UNFPA – *United Nations Population Fund*

Unicef – *United Nations Children's Fund*

UPSS – Unidades Productoras de Servicios de Salud



Sistema de Salud en Suriname



XI. Sistema de Salud en Suriname

El Gobierno de Suriname se ha comprometido a proteger y mejorar la salud de su pueblo. A medida que la sociedad evoluciona, también cambian las necesidades de salud. El Ministerio de Salud de Suriname reconoce los desafíos que requieren respuestas de políticas determinadas a nivel nacional, y el nuevo Plan Nacional del Sector Salud 2011-2016 ofrece la visión y la dirección necesarias para el desarrollo y la gestión de todos los aspectos del sistema de salud para los próximos cinco años.

Suriname está esforzándose para proteger, promover, mantener y mejorar la salud de la gente. Estamos trabajando duro para que en 2016 tengamos más foco y mayor inversión en mejorar la salud y prevenir enfermedades, prestando especial atención a la disminución de la desigualdad en beneficio de las comunidades más débiles. Nuestro objetivo es ayudar a nuestra población para que tenga acceso a la atención médica que necesita a través de una red de salud primaria integrada y servicios de cuidados comunitarios, dentro del sistema de salud, con calidad y seguridad.

Nuestro sistema de salud se esfuerza por usar de la forma más efectiva posible los recursos, los servicios y la infraestructura disponibles para satisfacer las necesidades en salud, manteniendo la sostenibilidad financiera. Estamos adaptándonos rápidamente a las nuevas necesidades de las comunidades y tratamos de anticipar los problemas que van surgiendo para darles una respuesta adecuada.

Existe una creciente expectativa de que las políticas, estrategias y planes nacionales de salud puedan recibir información de una evaluación realista de las capacidades actuales y de una visión audaz del futuro. El Plan Nacional del Sector Salud indica el curso que el desarrollo de los cuidados de la salud debe seguir en los próximos años. Está basado, principalmente, en prioridades nacionales extraídas de un análisis exhaustivo de la situación de la salud en el país y de las necesidades de salud del pueblo surinamés. Este plan también tiene en cuenta las prioridades regionales e internacionales y los compromisos con la Agenda Mundial de Salud. Partes del Plan Nacional del Sector Salud 2011-2016 han sido incorporadas a este documento.

DERECHOS SOCIALES Y SALUD

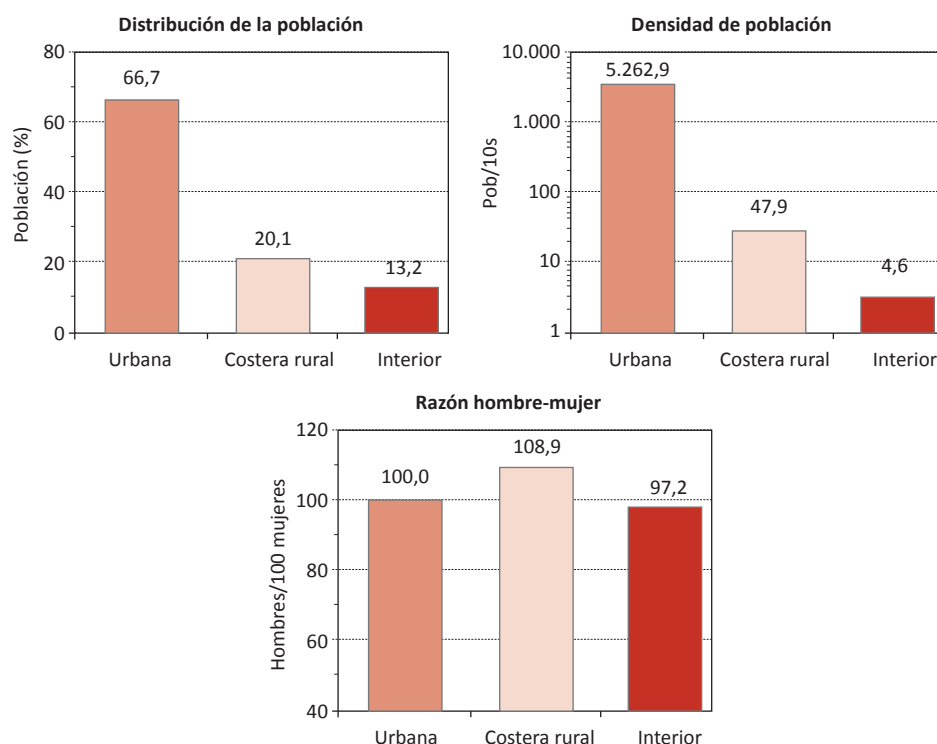
En su artículo 36, la Constitución de la República de Suriname establece que todos tienen derecho a la salud y que es responsabilidad del gobierno promover la salud a través de la mejora constante de las condiciones de vida y de trabajo e informar las medidas de protección de la salud.

Conforme a la ley (art. 36), el Ministerio de Salud de Suriname es responsable de la promoción de la salud a través de la supervisión de diversas instituciones.

Perfil demográfico y características de la población

Suriname está en plena transformación demográfica (Celade/Cepal, 2005), con tasas de natalidad y mortalidad moderadas, tasas de fecundidad decrecientes, expectativa de vida creciente y crecimiento natural de medio a bajo. La población a mitad del año 2009 era de 524.143 y la expectativa de vida al nacer en 2007 era 71,9 años para las mujeres y 67,7 años para los hombres (ABS, 2009). La tasa anual de crecimiento de la población era 1,3% en 2009 (frente a 1,2% en 2006-2008).

Gráfico 1 – Estructura de la población por zona geográfica, Suriname, 2004



Fuente: Zevende Algemene Volks- en Woningtelling in Suriname. Geselecteerde Census variabelen per district (Census-profiel). Algemeen Bureau voor de Statistiek. Censuskantoor 2004.

El último censo de 2004 mostró que la dinámica de la transición demográfica se concentra principalmente en la populosa área urbana del país y, en menor grado,

en su zona costera rural, mientras que el interior rural todavía exhibe un perfil demográfico preindustrial. Un marcado contraste entre estas tres áreas surge cuando examinamos otras variables demográficas, tales como participación de la población, densidad de la población y razón hombre-mujer, como se observa en el Gráfico 1.

Además del envejecimiento y la urbanización, la migración es otra tendencia importante de la conformación de la dinámica demográfica y de la estructura poblacional, en particular en el segmento de los menores de 30 años. En 2010, la tasa neta de migración fue de 0,26 por 1.000 habitantes, indicando un exceso de población saliendo del país.

Sin embargo, como las vastas fronteras de selva amazónica no nos permiten efectuar controles confiables, puede haber una cantidad considerable de inmigración ilegal, por ejemplo desde Brasil. Oficialmente, las tasas de migración internas han permanecido relativamente estables, con una migración importante de las áreas rurales hacia las urbanas, aunque estos números están basados en los cambios de domicilio oficiales y pueden, por lo tanto, estar subdimensionados. No existen estimaciones oficiales de las tasas de migración interna informales.

Esta característica de la transición demográfica está estrechamente relacionada con la tasa creciente de enfermedades crónicas no transmisibles en el perfil epidemiológico que, a su vez, tiene consecuencias directas sobre el suministro y la demanda de servicios médicos y sociales.

Contexto social

Los principales grupos demográficos de Suriname son: indostano (indios orientales; 27,4% de la población); criollos (descendientes de esclavos de África mezclados con otros grupos étnicos, 17,7%); cimarrones (descendientes de esclavos fugitivos de África; 14,7%); indonesios (principalmente javaneses; 14,6%); amerindios (descendientes de población indígena, 3,7%); chinos (1,8%); mestizos (12,5%); otros (7,6%) (ABS, 2005).

Con el 90% del país cubierto por selva tropical amazónica, los modelos de asentamiento han dividido a la sociedad en urbana, costera rural e interior rural, con acceso desproporcional, más difícil, de esta última a los recursos debido a la distancia. El gobierno ha manifestado interés en crear estrategias para desarrollar las zonas interior y costera rurales, destacando la cantidad y calidad de los servicios básicos, así como la creación de oportunidades de empleo.

Contexto económico

En 2009, los pilares de la economía eran la industria, la minería y el comercio, que, en conjunto, contribuyeron con más del 46% del PIB del sector formal (Banco Central de Suriname, 2011). La tasa anual de crecimiento del PIB durante el

período 2004 a 2009 fue de aproximadamente 4%, en promedio, y la menor tasa de crecimiento durante ese período fue 3%, al comparar 2009 con 2008 (ABS, 2004-2009). Suriname también tiene una gran cantidad de actividades informales que contribuyen con la economía, sobre todo, minería de oro en pequeña escala en el interior. Esta actividad informal responde por cerca de 17% del PIB (precios básicos) (ABS, 2011).

En 2010, el Banco Mundial clasificó a Suriname como economía de renta media-alta al estimar para 2008 un ingreso bruto nacional per cápita de USD 976 a USD 3.855 (Banco Mundial, 2010). El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2010) lo clasificó como país con desarrollo humano mediano.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Modelo político-administrativo del país

Suriname está ubicada en la costa nordeste de América del Sur. Limita al este con Guayana Francesa, al sur con Brasil, al oeste con Guyana y al norte con el Océano Atlántico. El país tiene un área total de 163.820 km² y consiste en un valle costero estrecho con pantanos, colinas y selvas tropicales.

Administrativamente, el país se divide en diez distritos administrativos que se subdividen en 62 regiones. El área costera consta de dos distritos urbanos y seis distritos rurales y el interior cuenta con dos distritos. Los dos distritos urbanos, la ciudad capital de Paramaribo y Wanica, cubren el 0,5% del territorio y poseen el 70% de la población total.

Organización del sistema de salud

El Ministerio de Salud (MS) es responsable del sector salud y de la gestión del sistema de salud, específicamente de la disponibilidad, la accesibilidad y la viabilidad de la asistencia médica.

El MS tiene como sus responsabilidades principales la planificación, el desarrollo de políticas, la inspección, la coordinación, el monitoreo y la evaluación y el establecimiento de normas en el sistema de salud.

Las principales instituciones del Ministerio de Salud son la Oficina Central del MS, los Órganos de Inspección (Médico, de Enfermería y Farmacéutico) y el Departamento de Salud.

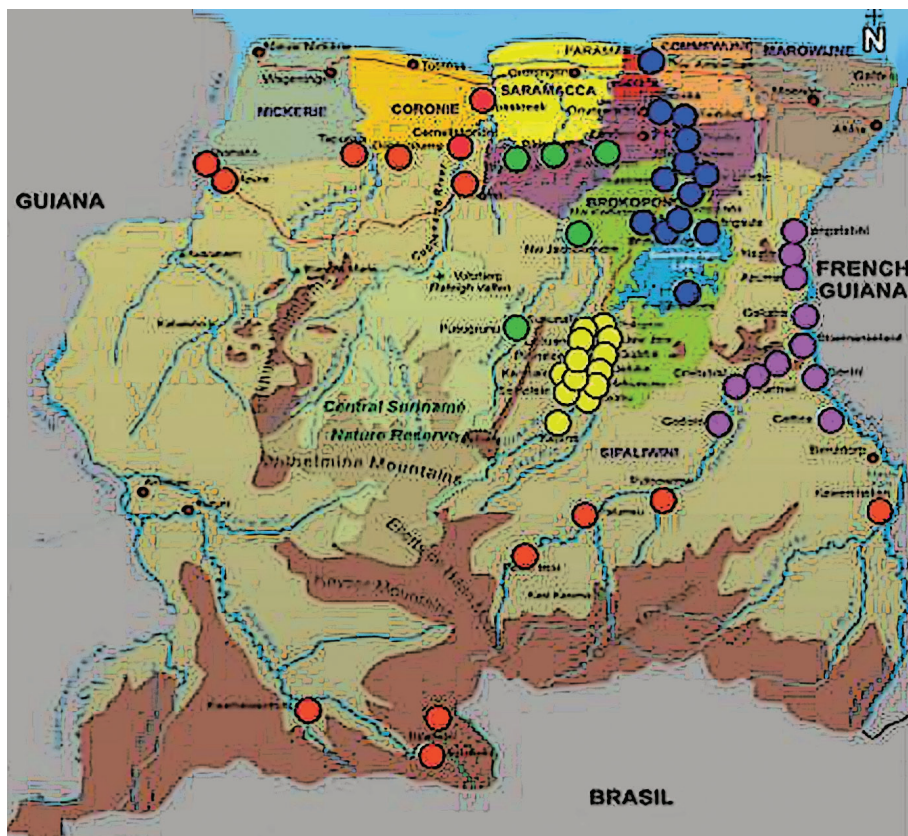
Primer nivel de atención

La atención primaria es suministrada por la Misión Médica en el interior, por los Servicios Regionales de Salud en las áreas costeras rurales, por los Servicios Regionales de Salud y los médicos privados en las regiones urbanas con gran densidad de población (Wanica, Nickerie y Paramaribo).

Atención primaria de la salud de la Misión Médica

La Misión Médica está formada por un grupo de organizaciones no gubernamentales religiosas, financiadas por el gobierno, que proporcionan un primer nivel de atención a residentes del interior rural que viven en entornos tradicionales a lo largo de los principales ríos, con algunas áreas solo accesibles por vía fluvial o con avionetas. Los cuidados en salud son realizados a través de una red de policlínicas, coordinada por el Centro de Coordinación Jan van Mazijk en la capital, Paramaribo. Su campo de operación es el interior rural de Suriname, incluyendo los distritos de Brokopondo, Sipaliwini y parte de Para (Figura 1).

Figura 1 – Mapa de las clínicas de la Misión Médica, 2011



El área geográfica de trabajo de la Misión Médica (MZ) abarca 130.000 kilómetros cuadrados, con una población de aproximadamente 60.000 habitantes.

La MZ dirige 56 clínicas de atención primaria y consultorios que atienden un promedio de 60.000 consultas por año (4 consultas por consultorio por día). Seis médicos generales monitorean las clínicas y consultorios (un promedio de 9 clínicas por cada profesional). Tres de estas clínicas funcionan como centros de salud con

camas: el Hospital Marowijne - Stoelmanseiland (15 camas), el Hospital Djoemoe (16 camas) y el Centro de Salud Brownsweg (6 camas).

El sistema usado para la prestación de servicios por parte de la MZ está basado en asistentes de salud, trabajadores de nivel medio reclutados en las comunidades locales y entrenados por la MZ durante cuatro años. Mientras realizan su trabajo en campo, son monitoreados por médicos y enfermeras (jefes de clínicas, administradores regionales, departamentos auxiliares en el Centro de Coordinación), por medio de constantes comunicaciones a través de la radio y visitas de supervisión (Medical Mission, 2009-2010).

Servicio de Salud Regional

El Servicio Regional de Salud (RGD) es una fundación estatal que ofrece atención sanitaria a través de establecimientos públicos de atención primaria que tienen como funcionarios a médicos generales y practicantes que prestan servicios de atención primaria a los residentes de las zonas costeras de Suriname. Personas clasificadas como “pobres o casi pobres” por el Ministerio de Asuntos Sociales son los que más usan los servicios del RGD. Las personas cubiertas por el Fondo Estatal del Seguro de Salud (SZF) pueden también elegir un doctor del RGD como su médico general.

El RGD administra 43 centros de atención sanitaria con cerca de 64 médicos practicantes. Tres de ellos tienen camas: el Hospital Coronie (8 camas), el Commewijne - Centro de Salud Ellen (7 camas) y el Centro de Salud Albina (9 camas).

Tanto el RGD como la Misión Médica reciben subsidios del gobierno para la realización de las actividades de atención primaria de la salud.

Clínicas privadas

Las clínicas privadas operan principalmente en las zonas urbanas. La mayoría de los médicos generales del país atienden en forma privada. Los médicos generales atienden personas cubiertas por el Fondo Estatal del Seguro de Salud (SZF), por el Ministerio de Asuntos Sociales, seguros privados, compañías privadas o pacientes que pagan por su consulta.

Otra modalidad de proveedores de atención a la salud son las clínicas privadas que grandes corporaciones, públicas o privadas, ofrecen a sus funcionarios. El financiamiento y el tipo de servicio ofrecido por estas clínicas difieren entre las diversas firmas. En las Cuentas Nacionales de Salud de 2000 se calculaba que las grandes corporaciones cubrían casi un tercio de todos los empleados del sector privado.

Atención hospitalaria (atención de salud secundaria y terciaria)

En el país funcionan cinco hospitales, cuatro en Paramaribo y uno en Nickerie. Hay también un hospital psiquiátrico en Paramaribo. El Hospital Académico, Lands Bedrijf Academisch Ziekenhuis, es el único hospital de Paramaribo con

un departamento de servicios de urgencia. Los otros hospitales ofrecen cuidados básicos especiales, el Academisch Ziekenhuis y el 's Lands Hospitaal son hospitales del gobierno y el Diakonessen Ziekenhuis y el Sint Vincentius Ziekenhuis son hospitales privados.

Tabla 1 – Número de camas de hospital, Suriname, 2009

Hospital	Número de camas en 2009
Academisch Ziekenhuis Paramaribo	482
's Lands Hospitaal	346
St. Vincentius Ziekenhuis	210
Diakonessen Ziekenhuis	204
Streekziekenhuis Nickerie (incluyendo urgencia)	101
Total	1.343
Centro Psiquiátrico de Suriname y Pabellón de Niños	289

Fuente: Anuario Estadístico ABS 2009

Fundación para el Cuidado Dental de la Juventud

La fundación para el Cuidado Dental de la Juventud, una fundación financiada por el gobierno, ofrece prevención y tratamiento a jóvenes de 0 a 18 años y servicios odontológicos en general a toda la población. El Cuidado Dental de la Juventud coopera con RGD y posee 40 unidades odontológicas en 26 clínicas de RGD. Anualmente, cerca de 40.000 niños y 5.000 adultos son tratados en 30 locales en el país y 15 unidades en la oficina central de la capital, Paramaribo.

El MS también brinda servicios de salud pública a través de la Oficina de Salud Pública, la Oficina de Alcohol y Drogas, dentro del Centro Psiquiátrico de Suriname, y el Departamento de Servicios Odontológicos. Otros órganos subvencionados por el Ministerio de Salud son: la Central de capacitación de enfermeras y ocupaciones relacionadas y el banco de sangre.

Cuadro 1 – Organización del sistema de salud en Suriname

Nivel de servicio	Para la población en el área costera	Para la población en el interior
Educación para la salud/cuidados preventivos	<ul style="list-style-type: none"> • La Oficina de Salud Pública (BOG) proporciona educación para el cuidado de la salud y cuidado preventivo • La clínicas del Servicio Regional de Salud (RGD) suministran servicios de planificación familiar y vacunación • RGD también proporciona educación para la salud en nutrición, amantamiento e higiene básica, junto con las actividades clínicas para menores de cinco años 	<ul style="list-style-type: none"> • La Misión Médica (MZ) proporciona vacunación y educación para la salud en nutrición, amantamiento e higiene básica.

Cuadro 1 – Organización del sistema de salud en Suriname (cont.)

Nivel de servicio	Para la población en el área costera	Para la población en el interior
Primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> Las clínicas de RGD y los médicos privados proporcionan servicios ambulatorios a pacientes subsidiados por el MSA y afiliados a SZF o a pacientes con seguro privado y a pacientes mediante pago de bolsillo Los médicos independientes y servicios de salud de compañías suministran servicios ambulatorios Los médicos de los hospitales proporcionan atención primaria de la salud en departamentos de pacientes externos La atención mental primaria se suministra en las PC 	<ul style="list-style-type: none"> MZ suministra servicios con subsidio público, incluyendo cuidados médicos para enfermedades, atención prenatal, atención médica para menores de cinco años y atención emergencial.
Atención secundaria	<ul style="list-style-type: none"> Tres hospitales públicos, dos hospitales generales privados y un hospital psiquiátrico suministran procedimientos para pacientes internos y ambulatorios por parte de especialistas. 	<ul style="list-style-type: none"> Los pacientes de MZ se derivan, principalmente, al Diakonessen Hospital, en Paramaribo. En algunos casos, los pacientes van al Hospital Académico de Paramaribo o el 's Lands Hospitaal.
Atención terciaria	<ul style="list-style-type: none"> Los tratamientos de diálisis son suministrados por los sectores público y privado. Para otros servicios, los pacientes deben viajar al exterior. 	
Otros	<ul style="list-style-type: none"> Organizaciones no gubernamentales, como la LOBI Foundation, suministran una gama de servicios que incluyen cuidado de la salud sexual y reproductiva, atención preventiva y atención primaria de la salud para ciertos públicos. 	

Infraestructura de salud

El Ministerio de Salud tiene el compromiso de optimizar la planificación y la gestión de los centros de salud y la infraestructura para proporcionar atención de salud y servicios de calidad para poder enfrentar los desafíos modernos de la salud, tales como las enfermedades no transmisibles.

Es necesario fortalecer la capacidad nacional de reglamentar, planificar, comprar, implantar, administrar y mantener tecnologías sanitarias, instalaciones, infraestructura y suministros.

La capacidad instalada actual del país puede resumirse de la siguiente forma:

- 56 clínicas de atención primaria y puestos de salud de la MZ
- 43 Centros de Atención de Salud de RGD
- 146 clínicas privadas
- 5 hospitales generales: 2 privados y 3 públicos y 1 Hospital Psiquiátrico

- 40 unidades odontológicas ubicadas en 26 de las clínicas RGD
- 3 laboratorios médicos privados y un laboratorio médico en cada hospital
- 10 casas de salud y dos pequeñas residencias para ancianos

Las inversiones futuras tendrán en consideración necesidades a largo plazo y abordajes innovadores para garantizar el acceso equitativo a la salud, por medio de hospitales rurales, un mayor número de policlínicas rurales primarias y la construcción de residencias para ancianos. Nuestra estructura sanitaria precisa adecuarse a la creciente demanda de atención sanitaria y el gobierno ya se ha comprometido a mejorar muchas instalaciones de atención de salud.

Durante 2010 hubo mejoras muy importantes de la infraestructura sanitaria del país con la construcción y el equipamiento del nuevo Laboratorio de Salud Pública (septiembre de 2010) y el Centro de Radioterapia (2011). Estas dos modernas instalaciones son un bien no solamente de Suriname, sino de toda la región caribeña y latinoamericana. También fue construida una moderna Residencia para Ancianos (de propiedad privada) que ofrece servicios a pacientes/clientes de Holanda y de la región que visitan Suriname para tratarse o de vacaciones. En los próximos dos años se realizará una expansión de la infraestructura con la construcción de hospitales rurales, en particular, centros integrados de asistencia médica primaria a ser financiados por un préstamo (Francia) y un subsidio (China).

UNIVERSALIDAD, INTEGRALIDAD Y EQUIDAD

El sistema de salud consiste en subsistemas con diferentes modos de financiamiento, filiación y provisión de servicios de salud. Cada subsistema es especializado en un segmento poblacional distinto dependiendo de la localización geográfica, la inserción en el mercado de trabajo y el nivel de renta.

La tendencia en la política global de salud es promover la solidaridad y la equidad e introducir cambios en el sistema de salud que respondan a las necesidades de los grupos más vulnerables e incluyan medidas para ampliar la cobertura y crear y mantener la universalidad de los derechos.

El Ministerio de Salud está colaborando con una serie de organismos en iniciativas políticas que impactan en la situación de salud del país y promueven la equidad, tales como:

- Iniciativa caribeña para eliminar la transmisión materno-infantil del HIV y la sífilis congénita.
- Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (actualmente siendo adaptada para la región).
- Plan de acción para Niños 2009 – 2013.

- El Plan de Acción de Género Integrado 2006-2010, elaborado por la Oficina Nacional de Género.
- La Ley de seguridad, aprobada en 2002 para dar a las mujeres 12 semanas de licencia por maternidad y licencia por paternidad sin goce de sueldo después del nacimiento de un bebé.
- La Ley de Empleo de 2002, que elimina la discriminación en el lugar de trabajo de personas con HIV.
- La ley de Lucha contra la Violencia Doméstica, que entró en vigor en julio de 2009.

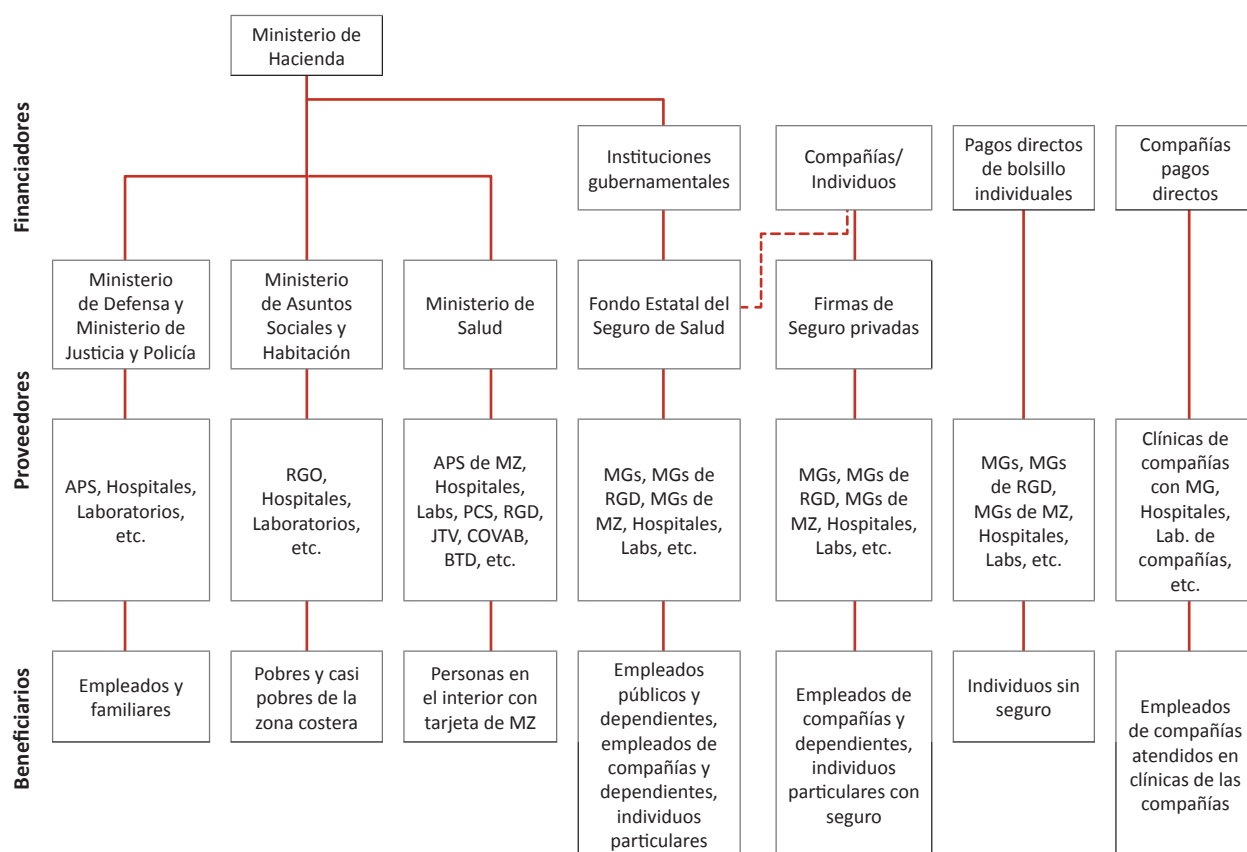
FINANCIAMIENTO EN SALUD

Financiamiento del sistema de salud

El Ministerio de Hacienda recauda impuestos, asigna presupuestos al MS y administra las contribuciones al Fondo Estatal de Salud (SZF). El MS subvenciona un número de instituciones, tales como el Servicio Regional de Salud (RGD), la Misión Médica (MZ) y el Centro Psiquiátrico de Surinam (PCS) y paga directamente programas de salud pública incluyendo los Servicios Odontológicos para la Juventud.

De acuerdo con la Cuentas Nacionales de Salud de 2006, los recursos del Sector Salud provienen del Ministerio de Hacienda (37,5%), seguido por el aporte de firmas particulares (34,1%) y pagos directos de bolsillo (20%). De acuerdo con estos números, el gasto público debe elevarse para alcanzar normas internacionales y así garantizar una oferta adecuada de servicios de salud. Los altos gastos directos de bolsillo significan que los hogares son afectados en sus finanzas, lo que podría aumentar el riesgo de costos catastróficos relacionados con la salud. Uno de los principales objetivos de la actual administración es la reducción de la carga financiera de los individuos y familias con la introducción de un sistema general de seguros de salud.

Figura 2 – Descripción de financiadores y proveedores del Sistema de Salud, Suriname, 2011



* Línea punteada: las compañías y los individuos pueden tener seguro opcional de SZF
 MG: Médicos generalistas. RGD: Servicios de Salud Regionales. MZ: Misión Médica

Seguro de salud

Existen varios esquemas de seguro. Los tres principales son el Fondo Estatal de Seguros de Salud, los programas del Ministerio de Asuntos Sociales y los seguros privados.

El Fondo Estatal de Salud (SZF) cubre a todos los empleados gubernamentales, (40.891 empleados públicos y sus dependientes, en 2010). El seguro SZF está disponible para el público en general. El SZF es responsable de pagar a los proveedores los servicios asegurados recibidos por la población cubierta por el SZF.

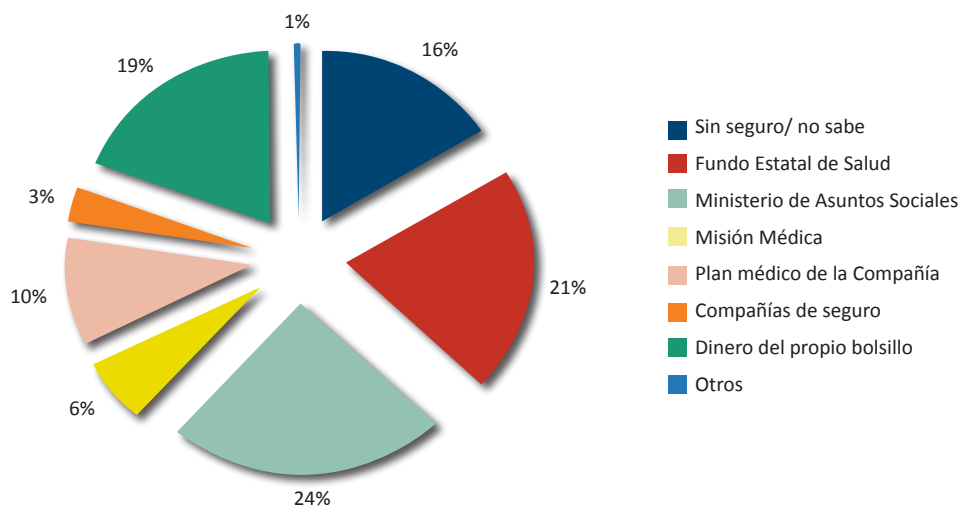
El Ministerio de Asuntos Sociales y Habitación (MSA), el mayor proveedor de fondos para la atención de salud del gobierno (aprox. 107 millones de dólares surinameses por año), cubre 24% de la población. Atiende a los pobres o casi pobres, garantizando que la población en desventaja económica tenga acceso a cuidados de salud subvencionados por el Estado. La población pobre o casi pobre puede solicitar una tarjeta de salud que le otorga libre acceso a los hospitales y clínicas gubernamentales.

tales. En la mayoría de los casos, el MSA financia la atención secundaria mientras que la atención de salud primaria es financiada por el MS y brindada por RGD.

Los individuos y las familias que no tienen acceso a los seguros del MSA o del SZF pueden recibir servicios de salud particulares a través de un asegurador privado, una clínica de salud de una compañía o pagando de su propio bolsillo. El 16% de la población no informa seguro; el 3% tiene un seguro privado y el 19% tiene acceso a los servicios de salud por medio de pagos directos de bolsillo (Gráfico 2).

Como se mencionó anteriormente, la población en el interior no tiene seguro de salud debido a que, por su lugar de residencia, tienen acceso a los servicios de salud ofrecidos por las MZ, que son subvencionadas por el Ministerio de Salud. Las MZ cubren 6% de la población.

Gráfico 2 – Porcentaje de la población asegurada por plan, Suriname



Fuente: Sistema Nacional de Información de Salud

Gasto totales de salud

La distribución de gastos públicos y privados del gasto total en salud de 2006 fue 42,6% del sector público, 53,8% del sector privado y 3,6% de organizaciones no gubernamentales (Ministerio de Salud, 2006). Esto representó USD 163.508.436 u 8,5% del PIB. Debe observarse que, de acuerdo con las Cuentas Nacionales, los gastos con la salud per cápita aumentaron drásticamente de USD 180,33 en 2000 a USD 324,26 en 2006.

Según las Cuentas Nacionales de Salud de 2006, los gastos de salud se centraron en la atención curativa, mientras que el primer nivel de atención recibió la menor asignación de fondos: hospitales 35,0%, seguido por médicos generales privados con 12,6%, farmacéuticos 11,5%, especialistas médicos 9,2%, servicios de laboratorio 4,8%, dentistas 3,9% y RGD 3,3% (Ministerio de Salud, 2007).

La participación del sector privado a la atención sanitaria es importante y el gasto directo de bolsillo es preocupante. En vista de las desigualdades financieras y de acceso a la salud, el gobierno ha enfatizado la importancia de encontrar nuevas formas de sustentar el sistema de salud y formular políticas de redistribución de los recursos para satisfacer las necesidades de la salud, reducir las barreras económicas al acceso y proteger contra el riesgo financiero del uso de la atención de salud.

El gobierno ha reconocido la necesidad de adoptar medidas detalladas, como la formulación de un modelo de prestación, el establecimiento de prioridades, el cálculo de costos, el componente de recursos humanos y la reorganización de proveedores, enfatizando las medidas de eficiencia en hospitales.

La insuficiente información sobre la cantidad de recursos financieros usados en la salud, sus fuentes y la forma como son usados, hace que sea un desafío para el MS tomar decisiones informadas, desarrollar políticas y hacer proyecciones financieras para el sistema de salud.

MACROGESTIÓN

El liderazgo y la gobernanza del sector salud son responsabilidad del Ministerio de Salud, que tiene que ocuparse de la formulación, legislación y adhesión a una política de atención de salud, implementarla, supervisarla y vigilarla, verificar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios en todo el país, incluyendo medicamentos y productos relativos a la salud, así como la atención general de la población y del sistema de seguridad social.

El MS enfrenta dos grandes desafíos de liderazgo y gobernanza. En primer lugar, la coordinación de una variedad de proveedores, instituciones y establecimientos (públicos y privados) para garantizar un abordaje holístico de los servicios y, en segundo lugar, la integración de algunos programas de enfermedades específicas con estructuras y servicios ya existentes para obtener resultados mejores y más sostenibles. Además, el MS debe fortalecer el conocimiento profesional, los empleados del sector y los recursos para apoyar, a través de políticas, el efectivo papel de conducción del sistema de salud.

En un esfuerzo para obtener efectiva capacidad de gobierno, el MS precisa mejorar su capacidad de planificación y lograr una coordinación eficiente para promover la inclusión de objetivos de salud en todas las políticas y defender la implementación efectiva en todos los sectores para maximizar las ganancias en salud.

Es tarea del Ministerio garantizar la calidad, disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud de calidad en todo el país, haciendo que el sistema de salud responda mejor a la población, colocando a los ciudadanos en el centro de la salud. La carga predominante de las enfermedades no transmisibles es una de

las razones de que este renovado énfasis sea totalmente imprescindible. La actual administración se ha comprometido a redoblar sus esfuerzos en el área de salud pública, reconociendo explícitamente la importancia de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, proponiendo acciones para ampliar y mejorar la oferta de operaciones y servicios de salud pública esenciales, así como también fortaleciendo las organizaciones de salud pública y los recursos humanos en el campo de la salud.

Para tal hay una serie de documentos legales en vías de revisión o desarrollo:

- Modernización del registro de profesiones médicas
- Ley de Laboratorios Médicos
- Ley de Bancos de Sangre
- Ley del Tabaco
- Ley que establece la autoridad de Salud Pública de Suriname

Entre los planes en ejecución en el país, vale la pena mencionar:

- El Plan estratégico Nacional 2009-2013 para HIV/SIDA
- El Plan Estratégico Nacional para Tuberculosis
- Plan para la Eliminación de la Malaria
- Plan Nacional de Salud para Situaciones de Desastre
- Política NCD

Otros planes actualmente en desarrollo son:

- Plan Maestro de Agua
- Plan de Salud Mental
- Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control del Cáncer Cervical
- Plan Sexual y Reproductivo
- Plan de Acción de Maternidad sin Riesgo
- Política de Atención para la Salud de la Juventud
- Reglamento Sanitario Internacional: revisión del Manual de Vigilancia Nacional

VIGILANCIA EN SALUD

Sistemas de información de salud

La unidad del Sistema Nacional de Información de Salud (NHIS) del Ministerio de Salud es responsable por los datos oficiales sobre la salud nacional.

La mayor parte de la información llega a la unidad a través de:

- Informes de vigilancia de la Oficina de Salud Pública (BOG), el Servicio Regional de Salud (RGD), la Misión Médica (MZ), asociaciones profesionales de salud y los registros médicos en los hospitales.
- Informes de Monitoreo y Evaluación de los diferentes programas tales como Malaria, HIV/SIDA y Tuberculosis.
- Encuestas, tales como encuestas de indicadores múltiples por conglomerados y encuestas sobre tabaco.

Los datos de la vigilancia centinela son usados para análisis de tendencias y para informar a los organismos regionales e internacionales (OPS/OMS, Centro Epidemiológico del Caribe y otros). La vigilancia de mortalidad se usa para un estudio en profundidad de la política de desarrollo, la toma de decisiones y la evaluación de los progresos obtenidos en el sector salud.

El sistema nacional de información sanitaria precisa integrar la información del nivel primario al central para mejorar la vigilancia, monitorear el desempeño y suministrar los datos necesarios para la toma de decisiones basadas en evidencias. Hay brechas en los recursos financieros y humanos necesarios para perfeccionar el sistema nacional de información de salud. Hay necesidad de capacitación para analizar información y se necesita una estructura actualizada de hardware y software.

Los principales desafíos con relación a la información sanitaria son:

- Necesidad de establecer un marco para la recopilación de datos relativos a:
 - Recopilación de rutina de datos de morbilidad, armonizados en todos los niveles.
 - Recopilación de rutina de información de pacientes de ambulatorio de hospital.
 - Recopilación de rutina de información de atención terciaria.
 - Recopilación de rutina de datos de factores de riesgo, tales como comportamientos dietéticos y actividad física.
- Integrar los indicadores demográficos y socio-económicos en el sistema de información.

Estado de salud de la población

La disminución de la tasa global de fecundidad y la importante disminución de la tasa general de mortalidad han llevado a un aumento de la expectativa de vida de la población surinamesa. Esto trajo cambios en la estructura etaria y las causas de mortalidad y morbilidad de la población. En tal sentido, aumentó la proporción de enfermedades no transmisibles, principalmente cardiovasculares, entre todas las causas de muerte. La alta prevalencia de los factores de riesgo deberá llevar a un aumento importante de las enfermedades crónicas en los próximos años.

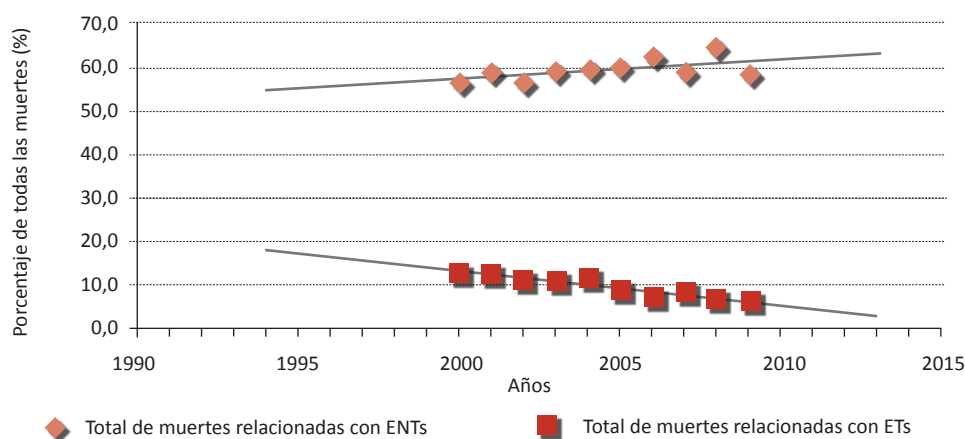
En relación a la morbilidad, las elevadas tasas de incidencia de enfermedades tropicales desatendidas persisten, junto con un aumento de las enfermedades

sexualmente transmisibles. Se está observando una disminución de las tasas de enfermedades que pueden ser evitadas por inmunización. Podemos concluir que, según las estadísticas de mortalidad de la población, Suriname se encuentra en una fase de transición con persistencia de algunas enfermedades infecciosas que corresponden a una fase de transición de desarrollo.

El problema de las enfermedades crónicas y no transmisibles

Siguiendo la tendencia mundial, Suriname está actualmente sufriendo un cambio de las enfermedades transmisibles (ET) hacia una carga creciente de las enfermedades no transmisibles (ENT). Esta tendencia está relacionada con los determinantes de la salud, como se describió en la sección anterior, así como con los cambios de perfil demográfico de Suriname. El Gráfico 3 ilustra la siguiente tendencia: la mortalidad atribuida a ENT continúa creciendo, mientras que las muertes causadas por ET muestran una importante reducción.

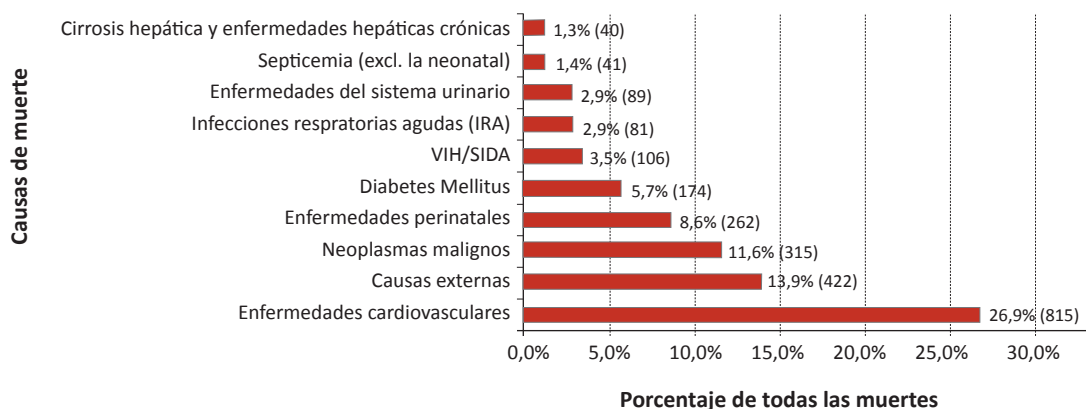
Gráfico 3 - Muertes atribuidas a enfermedades no transmisibles y transmisibles, Suriname, 2000-2009



Fuente: Oficina de Salud Pública, Ministerio de Salud, 2000-2009

En 2009, 60,5% de todas las muertes (n=3035) clasificadas entre las 10 principales causas de mortalidad fueron atribuidas a ENT (Ministerio de Salud, 2009). Las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y la diabetes están dentro de las diez principales causas de mortalidad, como muestra el Gráfico 4. Otros severos problemas de salud son ocasionados por causas externas (accidentes y violencia) y desórdenes mentales.

Gráfico 4 – Las 10 principales causas de muerte (%), Suriname, 2009



Fuente: Ministerio de Salud, Oficina de Salud Pública, Departamento de Epidemiología, 2009

Estilos de vida y factores de riesgo conductuales

Los estilos de vida y los factores de riesgo conductuales son los principales contribuyentes a la epidemia de ENT, en particular, las dietas malsanas, la inactividad física, así como el consumo de tabaco y alcohol. Los datos de 1.654 personas de cuatro grupos étnicos (mestizo, criollo, indostano y javanés) en 2001 proporcionaron una idea de la influencia del estilo de vida y los factores conductuales sobre las ENT: 70% eran físicamente inactivos, 30% fumaban, 20% eran obesos (BMI>30) y 15% tenían colesterol total alto (Van Eer, 2001). Además, la Encuesta Mundial de Salud Escolar de 2009 con niños entre 13-15 años (n=1.698), mostró que la mayoría (73%) practica actividad física por menos de una hora al día (OMS/OPS, 2009).

Los datos de los alimentos consumidos indican un aumento de la disponibilidad de energía durante las últimas cuatro décadas (de 2000 kcal en 1961-1963 a 2700 kcal en 2003-2005) (FAO, 2009). La Encuesta Mundial de Salud Escolar indicó una contribución cada vez mayor del azúcar, con 81% de los niños consumiendo gaseosas una o más veces por día.

Los datos de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en la Juventud de 2009 mostraron que de 927 estudiantes entre 13-15 años, 19,2% usaban corrientemente productos con tabaco. Además, la encuesta mostró que los estudiantes están expuestos al humo del tabaco en el ambiente: 46,6% vivían en casas donde otros fumaban, 53,3% estaban expuestos a humo de otros fuera de casa y 49% tenían por lo menos un pariente que fumaba (OMS/OPS, 2009).

La Encuesta Nacional de Prevalencia de Drogas (n=3.441) indicó una mayor proporción de uso de cigarrillos en personas con más de 35 años. La prevención del tabaquismo en la juventud, el dejar de fumar de los adultos y la reducción de la exposición al humo del tabaco en el ambiente son fundamentales para controlar el

tabaquismo y deben abordarse adecuadamente. Estas cuestiones se han incorporado en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), que Suriname ratificó en 2008. Para poder cumplir con el CMCT, Suriname tendrá que cumplir los requisitos hasta 2013. Actualmente existe una junta para el control del tabaquismo en Suriname y se está desarrollando una legislación antitabáquica que aborda ambientes libres de humo, prohibición de publicidad y advertencias de salud.

El consumo nocivo de alcohol es otro factor de riesgo preocupante. Los resultados de la Encuesta Escolar Mundial de Salud de 2009 mostraron que de los 1.698 estudiantes de 13 a 15 años participantes, 73,8% (1.253) consumieron alcohol por primera vez antes de los 14 años y 32,6% (554) consumieron alcohol en una o más ocasiones en el mes anterior. Entre los adultos, se observó una mayor proporción de consumo de alcohol en el grupo con 26 a 34 años (36,8%), seguido del grupo con 35 a 64 (33,9%). Actualmente, Suriname tiene un plan maestro antidrogas para disminuir el consumo de alcohol y tabaco, entre otras sustancias.

El problema de las enfermedades transmisibles

A pesar del cambio epidemiológico hacia las enfermedades no transmisibles, algunas enfermedades transmisibles tales como HIV/SIDA, la tuberculosis y el dengue todavía preocupan. Mientras tanto, algunas enfermedades tropicales desatendidas y la malaria son objeto de eliminación. Específicamente, el país ha tenido éxito en el control de la malaria, recibiendo la medalla de la OPS de “Campeón contra la Malaria de las Américas” en 2010.

Suriname ha tenido muchos éxitos en el control de enfermedades transmisibles, lo que ha impulsado el deseo de mejorar continuando con la integración de algunos programas verticales en la atención primaria de la salud, especialmente los programas verticales de VIH y tuberculosis, como ocurrió con el programa vertical para la malaria ya en la década del 1950.

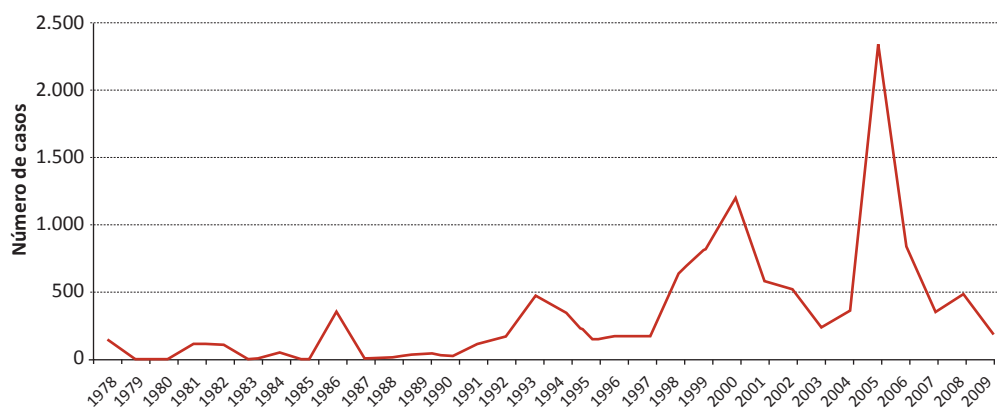
Dengue

El dengue se concentra en las zonas costeras, incluyendo distritos rurales y urbanos, con todos los serotipos 1, 2, 3 y 4 en circulación. Parece claro que el número de casos alcanza picos cada 4 a 7 años y los picos son cada vez mayores (Gráfico 5).

No se conoce una explicación de la razón de esta tendencia. Una posibilidad es que los cambios climáticos hayan causado un aumento de las zonas con condiciones favorables para la reproducción del mosquito vector del dengue.

Los datos sobre dengue son informados a través de un sistema de vigilancia centinela. Hay que ampliar y fortalecer los sistemas de vigilancia para enfrentar y controlar el surgimiento de epidemias y para determinar los subtipos del virus.

Gráfico 5 – Casos de dengue en Suriname, 1978 - 2009



Fuente: Oficina de Salud Pública; Departamento de Epidemiología (MS)

Malaria

En años recientes, el programa de la malaria consiguió reducir la transmisión, el número de casos graves y las muertes asociadas. Concretamente, la reducción de la transmisión tuvo éxito al dirigir la estrategia de control contra el *P. falciparum* y el *P. vivax*, que tuvieron descensos de 92% y 62%, respectivamente, entre 2000 y 2008. Estas estrategias incluyeron la introducción de testes de diagnóstico rápido, tratamiento extremadamente efectivo con Coartem, distribución de mosquiteros impregnados, equipos móviles para testar y tratar a los mineros de oro, detección de casos activos, fumigación de casas, campañas en los medios de comunicación y reimpregnación de mosquiteros. Los casos graves de malaria disminuyeron de 377, en 2003, a solamente 50 casos hospitalizados, en 2008.

Los informes oficiales de 2005-2007 indican que debido a la reducción marcada de casos de malaria y la ausencia de muertes adjudicadas a la malaria, Suriname alcanzó el objetivo de malaria de los Objetivos de Desarrollo del Milenio antes de 2015 (Objetivo: detener en 2015 y comenzar a invertir la incidencia). Como resultado, la OPS nombró a la Oficina Nacional de Malaria de Suriname en 2010 “Campeona contra la Malaria de las Américas”. El próximo paso es trabajar para la eliminación, como se describe en la resolución adoptada CD49.R19: Eliminación de enfermedades desatendidas y otras enfermedades relacionadas con la pobreza.

La transmisión actual de la malaria está estrechamente relacionada con la actividad minera en el interior rural. Se estima que hay por lo menos 15.000 mineros de oro, con por lo menos 6.000 brasileños entre ellos, junto con guyaneses, guyaneses franceses, dominicanos y diferentes grupos étnicos de Suriname.

La predominancia de *P. falciparum* en Suriname y el éxito comprobado en la reducción de la transmisión de los casos de *P. falciparum* indican que el control de la malaria puede ser alcanzado con un tratamiento adecuado y rápido (MS, 2010).

Un prerequisite para la eliminación será la colaboración de los países vecinos, específicamente Guyana, Guayana Francesa y Brasil.

Enfermedades tropicales desatendidas

La prevalencia de las llamadas enfermedades tropicales desatendidas (enfermedad de Chagas, lepra, leptospirosis, esquistosomiasis, helmintiasis transmitidas por el suelo) es baja y el Ministerio de Salud se ha comprometido a eliminarlas.

El MS recientemente aumentó la autoridad de la Oficina de Malaria para incluir las enfermedades tropicales desatendidas. Será necesario un enfoque multisectorial integrado y un sistema de vigilancia integrado de enfermedades transmisibles desatendidas y malaria para alcanzar y mantener los objetivos de su eliminación en Suriname.

Sistema Nacional de Vigilancia

El Departamento de Epidemiología de la Oficina de Salud Pública, como parte del Ministerio de la Salud (MS), es el responsable técnico por recibir todas las notificaciones e informes sobre la vigilancia de enfermedades.

La recogida de datos para la vigilancia de las enfermedades transmisibles se realiza en los centros de salud de la Misión Médica, en el RGD y en los hospitales. El formulario de notificación es fácil de obtener en los centros de salud designados y todos los hospitales y trabajadores del área de salud saben dónde informar y a quién contactar.

Los informes y notificaciones recibidos por el Departamento de Epidemiología se introducen en una base de datos, se analizan y entonces se vuelven a informar al Epidemiólogo Nacional, al gerente del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y al MS y al director técnico interno OPS/OMS-PAI.

Los informes semanales de enfermedades del PAI (de hospitales) son compilados por las enfermeras de vigilancia del PAI del Departamento de Epidemiología y, entonces, se informan al Epidemiólogo Nacional, al gerente del PAI y al director técnico OPS-PAI.

El propósito del sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles de Suriname es recoger datos sobre enfermedades transmisibles notificables y síndromes, teniendo en cuenta los reglamentos internacionales de salud y enfermedades transmisibles y síndromes bajo vigilancia, conforme a lo estipulado por el Director Médico. Finalmente, estos datos se utilizan para iniciar las actividades de control y prevención adecuadas. Hay un manual nacional de vigilancia de enfermedades transmisibles con definiciones de casos incluidas en la Vigilancia de Salud Pública. También se está utilizando un Manual caribeño de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles para Acción del *Caribbean Epidemiology Centre*.

Flujo de información

Hay dos niveles de información, a saber:

- Desde el nivel de atención primario:
 - El sistema Telefonade (administrado por el Departamento de Epidemiología abarca:
 - ◊ 24 clínicas de RGD (Fundación del Servicio de Salud Regional) en el área costera, incluyendo 3 del sector privado.
 - ◊ Las 56 clínicas de la Misión Médica en el interior informan desde 2010 regularmente.
- Desde el nivel de atención secundario:
 - Los 5 hospitales (tanto públicos como privados) de Suriname reportan a través de su enfermera de vigilancia (enfermería de control de infección) o Especialistas directamente al Departamento de Epidemiología de la Oficina de Salud Pública.

Vigilancia sanitaria y vigilancia ambiental

El control de calidad de los alimentos y el agua se lleva a cabo principalmente en el laboratorio de la Oficina de Salud Pública (BOG) y el Ministerio de Agricultura. La vigilancia del medio ambiente respecto al saneamiento es responsabilidad de la Inspección Sanitaria de la Oficina de Salud Pública.

Las enfermedades transmitidas por los alimentos o por el agua están incluidas en el informe de vigilancia. Cuando se observan varios casos en los datos de hospitalización o son informados por los médicos de atención primaria, se realiza una investigación de la epidemia en colaboración con el departamento de salud ambiental.

Red de laboratorios

Todos los hospitales tienen laboratorios y hay tres laboratorios de análisis clínicos particulares. El Ministerio de Salud está elaborando las primeras leyes para laboratorios de análisis clínicos con base en el Informe Final sobre Preparación de un Modelo de Legislación para Laboratorios de Análisis Clínicos de la Comunidad Caribeña de CAREC, de diciembre de 2006.

El Laboratorio de Salud Pública en BOG inauguró nuevas instalaciones en 2010 con mejor capacidad tecnológica. El Laboratorio Central es el laboratorio de salud pública nacional responsable por la vigilancia entomológica, química, parasitológica y bacteriológica. Este laboratorio es también una referencia nacional para malaria, tuberculosis y HIV/SIDA y hace control de calidad y confirmación de análisis hechos en otros laboratorios. El laboratorio central es el único laboratorio que tiene embarque certificado por IATA para enviar y transportar (empaquetar y embarcar) cuerpos de prueba (muestras) a laboratorios de referencia en el exterior.

El Laboratorio Público está dentro del estándar internacional nivel II+ y tiene alto nivel tecnológico en materia de equipamiento. Un área que precisa moderni-

zarse en el Laboratorio Central es el sistema de información de laboratorio. El MS planea la creación de un laboratorio regional de referencia en salud pública para la región del Caribe y América Latina.

El Instituto de Ciencias Biomédicas, instituto de investigación de la Universidad Anton de Kom de Suriname, estableció el objetivo de promover la investigación científica en la Facultad de Ciencias Médicas, además de la educación de bioquímica general clínica. El Instituto está realizando varias investigaciones en torno a las enfermedades infecciosas, como malaria, HIV, dengue, Herpes Simplex virus, H1N1 virus, clamidia y también, recientemente, VPH. Allí se almacenan también el banco de genes nacional de malaria. También es responsable del desarrollo y de la prestación de servicios de laboratorio para la comunidad, como dengue serotipo, diagnóstico precoz para la detección de HIV en bebés nacidos de madres HIV positivas, carga viral HIV, análisis cromosómico prenatal, análisis cromosómico de la médula espinal y diagnóstico de clamidia. Recientemente, se comenzó con el establecimiento de las investigaciones forenses de ADN para el Ministerio de Justicia y Policía.

FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

La expansión de la infraestructura física exige aumentar la cantidad de personal sanitario. Así como otros países de la subregión, Suriname tiene escasez de profesionales de la salud.

Con los nuevos desafíos en el sector salud, es difícil asegurar y mantener un suministro adecuado de profesionales y trabajadores de salud, incluyendo posiciones de gerentes en todos los niveles del sistema. La actual insuficiencia de recursos humanos será reducida a través de la capacitación de médicos y enfermeras, así como también de auxiliares y otras categorías de profesionales, incluyendo cuidadores para ancianos.

Tabla 2 – Cantidad de profesionales de la salud por categoría, Suriname, 2009

Categoría	Cantidad	Tasa por 10.000 habitantes
Médico generalista en la práctica particular	191	3,8
Médico generalista en servicios públicos	64	1,3
Enfermeras diplomadas	895	17,9
Auxiliares de enfermeras	542	10,8
Auxiliares de salud	234	4,7
Parteras	53	1,1
Enfermeras prácticas	112	2,2
Anestesiastas	11	0,2

Tabla 2 – Cantidad de profesionales de la salud por categoría, Suriname, 2009 (cont.)

Categoría	Cantidad	Tasa por 10.000 habitantes
Cardiólogos	7	0,1
Dentistas	24	0,5
Dermatólogos	4	0,1
Especialistas en nariz, garganta y oído	2	0,0
Ginecólogos	11	0,2
Internistas	17	0,3
Neurocirujanos	2	0,0
Neurólogos	4	0,1
Oftalmólogos	7	0,1
Ortopedistas	5	0,1
Patólogos	2	0,0
Pediatras	11	0,2
Farmacéuticos	31	0,6
Cirujanos plásticos	2	0,0
Psiquiatras	7	0,1
Neumólogos	2	0,0
Radiólogos	3	0,1
Especialistas en rehabilitación	1	0,0
Cirujanos	9	0,2
Urólogos	4	0,1

Fuente: Anuario estadístico de ABS 2009 e información de la oficina de CMO.

La necesidad de enfermeras y otros profesionales de salud calificados es mayor en las áreas de atención primaria, promoción y prevención de la salud. Suriname enfrenta falta de personal en muchas categorías de cuidados de salud, incluyendo enfermeras y personal correlato.

La mayor parte de los profesionales de la salud se concentra en las zonas urbanas costeras de Paramaribo. La distribución de recursos humanos entre zonas urbanas y costeras es desproporcional con 5 médicos generalistas (MG) para 10.000 habitantes en las zonas costeras y 1 MG para cada 10.000 habitantes en el interior.

La mayoría de las enfermeras diplomadas (aproximadamente 83%) trabaja en los centros de atención secundaria localizados en dos grandes centros urbanos y el resto (28%) en atención primaria, enseñanza, residencias de ancianos y salud pública. Solamente 1,4% de las enfermeras están empleadas en la Misión Médica en el programa de atención primaria en el interior.

Capacitación de recursos humanos

La mayoría de los médicos generales estudian en la Anton de Kom University, en la Facultad de Ciencias Médicas. La capacitación de expertos médicos se realiza parte en Suriname y parte en el extranjero, principalmente en Holanda.

El Ministerio de la Salud está actuando activamente para crear un cuadro de profesionales de salud pública a través de un memorando de entendimiento firmado entre la Anton de Kom Universiteit y la Escuela Tulane de Salud Pública y Medicina Tropical.

Enfermeras diplomadas y auxiliares estudian en el Instituto Central de Formación de Enfermeras y Profesiones Asociadas (Fundación COVAB). Dos hospitales (AZP y St. Vincentius) tienen cursos internos para enfermeras. Las parteras estudian en la escuela de parteras del Ministerio de Salud. Actualmente, solo hay una generación de Licenciados en Ciencias en Enfermería, especializados en administración hospitalaria, pediatría y salud pública que estudiaron a través de un acuerdo con la Karel de Groot Hogeschool de Amberes, en 2007.

La Fundación Dental para la Juventud tiene su propio programa de entrenamiento de asistentes de atención dental para jóvenes.

En 2007, el gobierno inició el curso de Licenciatura en Ciencias con formación en Educación Sanitaria. Este curso de cuatro años debe capacitar expertos en planificar, coordinar y monitorear programas de promoción de salud y prevención de enfermedades.

Los médicos, enfermeras, parteras y farmacéuticos son diplomados y registrados por el Ministerio de Salud.

La pérdida de mano de obra calificada debido a emigración es importante, siendo Holanda el principal destino. La emigración de profesionales cualificados está afectando varios sectores de la sociedad, en particular la salud y la educación, dando lugar a una importante escasez de recursos humanos y al deterioro de los servicios especializados.

ACCIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

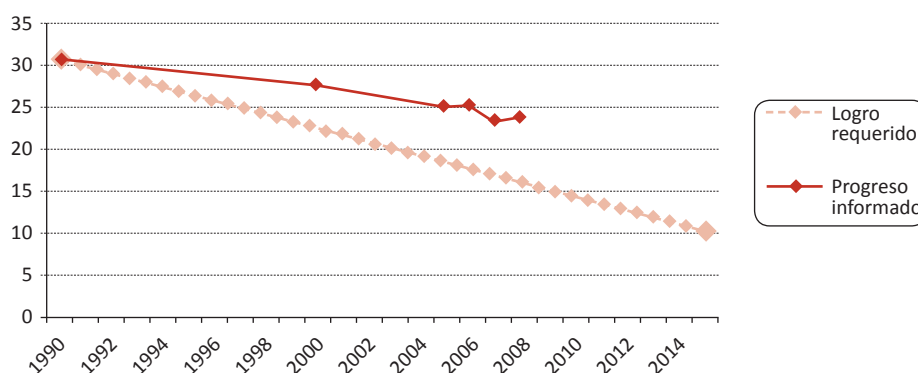
Compromiso de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio

En 2010, el gobierno produjo el Informe de Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 2009, que indicó que casi todos los objetivos tenían una chance de probable o potencial de alcanzarse (Gobierno de la República de Suriname, 2009). El Ministerio de Salud también publicó una actualización de todos los ODM relacionados con la salud (ODM 1, ODM 4, ODM 5, ODM 6, ODM 7 y ODM 8) que indicaba el progreso y los desafíos para alcanzarlos.

De los objetivos que están más encaminados, el Objetivo 1c, de reducir a la mitad entre 1990 y 2015 la proporción de personas que pasan hambre, ha puesto de manifiesto una tendencia de disminución de la prevalencia de niños menores de cinco años con peso abajo de lo normal entre 2000 (15,1%) (MS, 2009) y 2006 (9,9%) (Gobierno de la República de Suriname, 2006). También, el Objetivo 5a,

reducción de la tasa de mortalidad materna se está cumpliendo, pasando de 226 (por 100. 000 nacidos vivos) en 1990 a 153 en 2000 y 122,5 en 2009.

Gráfico 6 – Objetivo 4a: Reducir en dos tercios, entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad de los niños con menos de cinco años, Suriname



Aunque el progreso del ODM 4, Reducción de la Mortalidad Infantil, muestra una tendencia estable de pequeñas disminuciones, la tasa de mortalidad infantil permanece visiblemente fuera de rumbo hacia el objetivo deseado de reducción de dos tercios hasta 2015 (Gráfico 6).

La mayor proporción de mortalidad infantil se atribuye a las muertes neonatales precoces. Las barreras de acceso a los servicios adecuados a mujeres embarazadas y la infraestructura de apoyo apropiada para el cuidado intensivo neonatal han demostrado ser un gran desafío para el logro de este objetivo.

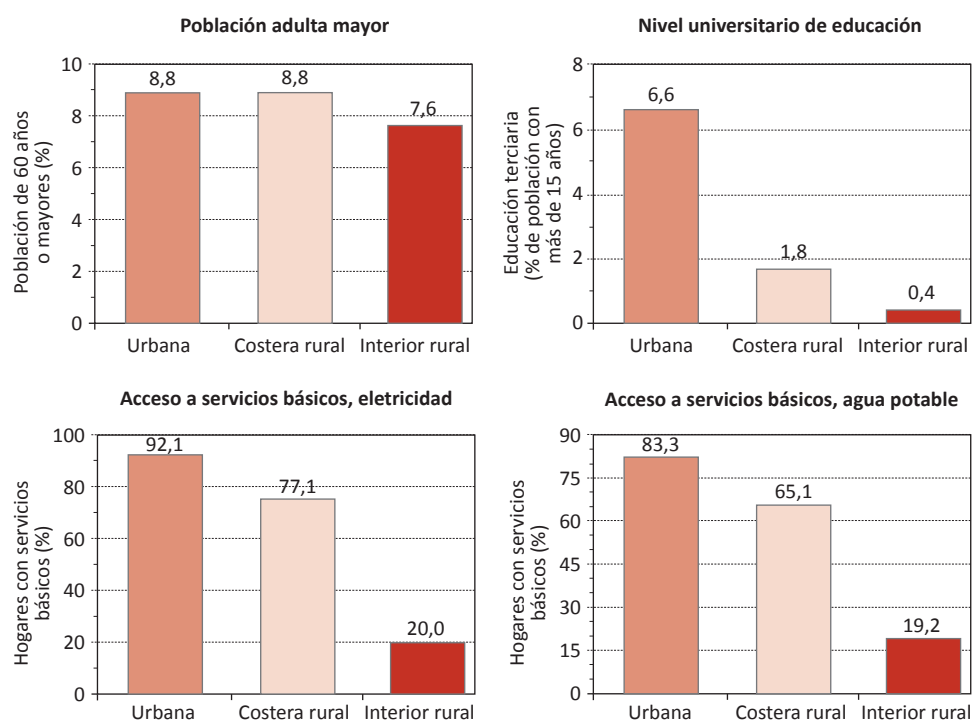
Además, aún hay desafíos para lograr alcanzar el ODM 6: Combatir el HIV/ SIDA, malaria y otras enfermedades, como el aumento de la prevalencia de HIV de 0,3%, informado en 1990, a 1% en 2008. La incidencia informada de tuberculosis también permanece fuera de rumbo, con un aumento de ambos, incidencia (de 20,1 para 22,1) y tasa de mortalidad (0,9 para 2,1), entre 2000 y 2008.

Determinantes sociales de la salud

Pobreza

El valor del índice de pobreza humana del PNUD, un índice multidimensional que mide la expectativa de vida, la tasa de alfabetización y el nivel de vida digno, fue de 10,2 en 2009 para Suriname. Esto mostró una ligera mejoría con relación a 2005, cuando el índice fue 10,9 (ONU, 2009). Cuando consideramos la pobreza desde una perspectiva de desarrollo humano, observamos que la longevidad, la educación y el estándar de vida decente están muy perjudicados y desigualmente distribuidos (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Pobreza desde una perspectiva de desarrollo humano por regiones, Suriname, 2004



Fuente: Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas. Informe de Desarrollo Humano 2009. Nueva York, 2009.

Los niveles de pobreza de Suriname se estiman a través de los ingresos y el consumo de una canasta básica de alimentos basada en las necesidades de nutrición. Por esta definición, la pobreza de las zonas urbanas de Paramaribo y Wanica, aumentó de 44,2% hogares viviendo debajo de la línea de pobreza en 2000 a 51,3% en 2008, aunque el nivel nacional de pobreza disminuyó de 17,8% para 13,5% en el mismo periodo (Gobierno de la República de Suriname, 2009). Vale la pena señalar que algunas poblaciones aún dependen de la agricultura de subsistencia, en lugar de ingresos monetarios, para satisfacer sus necesidades.

En 2009, el número de personas que recibió beneficios sociales suministrados por el Ministerio de Asuntos Sociales aumentó al nivel más alto desde 2005. El aumento promedio anual de personas que reciben es mayor que el aumento de 1,3% de la población como se estableció en la sección de perfil demográfico y características de la población de este informe, lo que indica un aumento de la población clasificada como pobre o casi pobre. Este aumento del número de personas que precisan beneficios sociales confirma el aumento de la pobreza informado en el Informe de Progreso de ODM de 2009.

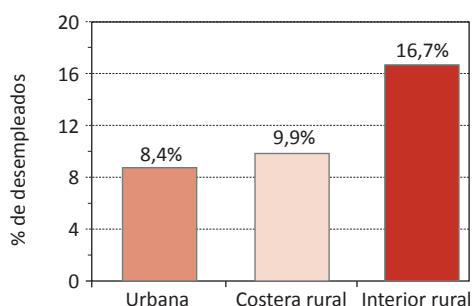
De acuerdo con estos indicadores, es evidente que la población del interior rural de Suriname soporta una carga de pobreza desproporcional comparada con la población de las regiones urbanas y costera rural.

Aunque aún no se comparó la pobreza de los hogares de mujeres solteras o donde la mujer es el jefe de familia, es interesante notar que en el interior rural 46,2% de los hogares son encabezados por mujeres, mientras este porcentaje es de solamente 31,1% y 20,0%, respectivamente, en los hogares de zonas urbanas o de la zona rural costera.

Empleo

De la fuerza laboral total en 2009 de los distritos de Paramaribo y Wanica, los distritos más poblados de Suriname, 42%, o 138.895 personas, formaban la población económicamente activa, que creció 1,7% anualmente entre 2006 y 2009 (ABS, 2009). El número de personas empleadas aumentó un promedio de 3,2% anualmente entre 2004 y 2008, pero disminuyó 0,6% entre 2008 y 2009. El desempleo disminuyó de 12% en 2006 a 9% en 2009. Excepto por 2008, el comienzo de la crisis financiera mundial, Suriname tuvo un aumento constante de las tasas de empleo en general.

Gráfico 8 – Tasa de desempleo por región, Suriname, 2004



Los datos del censo de 2004 también revelan una tasa desproporcional de desempleo en el interior rural (Gráfico 8). La disparidad geográfica de las tasas de desempleo puede atribuirse a los problemas de acceso a las oportunidades.

A no ser por las actividades de extracción de recursos, formales e informales, la mayoría de los sectores económicos se encuentran localizados en el centro de las zonas urbanas y costeras.

El gobierno empleó aproximadamente 40.000 personas en 2009 y es el mayor proveedor de empleos en el país (ABS, 2009). Aproximadamente 50,2% de los empleados del gobierno son mujeres. Más de 25% de los empleados del gobierno son maestros.

Desde una perspectiva de igualdad de géneros, vemos que 45,2% de las mujeres entre 15 y 65 años son económicamente activas y 13,7% de las mujeres económicamente activas están desempleadas (ABS, 2004).

Educación

En Suriname la educación es obligatoria para niños entre 7 y 12 años de edad. La escuela primaria es para niños entre 6 y 11 años de edad. Durante 2008, 92% de los niños con 6 años, asistieron al primer grado de la escuela primaria. Algunos estudios muestran que la asistencia escolar de niños con 6 años es más baja en el interior. Durante el año escolar 2008-2009, se matricularon 69.979 alumnos en 334 escuelas primarias (Ministerio de Educación y Desarrollo Comunitario). Entre los niños con 12 a 17 años, 61% están en la escuela secundaria, 21% está todavía en la escuela primaria y 18% no están más en la escuela (Gobierno de la República de Suriname/Unicef, 2006).

En el nivel secundario, 44% de los niños entre 12 y 17 años que viven en el interior no van más a la escuela. Las razones para las disparidades de matrícula tanto en el nivel primario como secundario entre alumnos residentes en las zonas urbana y rural pueden atribuirse a las dificultades para acceder a los servicios educativos y a la falta de personal calificado. Las disparidades de matrícula por estrato se acentúan en el tercer nivel, principalmente en la educación universitaria, donde las barreras para el acceso crecen por el costo y la ubicación de la Universidad en Paramaribo.

La tasa global de alfabetización de 2008 para las personas entre 15 y 24 años es 93%, con poca diferencia entre sexos (Ministerio de Salud, 2009). Sin embargo, las cifras de 2006 de alfabetización de las mujeres desglosadas por zona urbana, rural costera e interior rural fueron 96,2%, 94,2%, y 45,0% respectivamente (Gobierno de la República de Suriname/Unicef, 2006). Esto pone de relieve el desafío desproporcionado que existe para lograr la universalización de la educación, específicamente en el interior rural.

Nutrición y seguridad alimentaria

Los datos de la Encuesta Agrupada por Indicadores Múltiples (MICS) de 2006 para niños menores de cinco años (n= 2.257) indican un 9,9% como moderadamente debajo de peso, 0,8% como gravemente por debajo de peso, 7,7% con moderado retraso del crecimiento y 4,9% con moderado adelgazamiento morbo. La zona del interior tenía un mayor porcentaje de niños con grave retraso de crecimiento en comparación con el resto del país (2,8% versus 1,4%) (Gobierno de la República de Surinam/Unicef, 2006).

Los datos de malnutrición e internación de niños con edad de menos de 28 días a 10 años de 1987-1995, mostraron un crecimiento del número de casos, con pico en 1994-1995 (185-183 casos). Actualmente, se ha visto una tendencia de baja del número de casos, de 1995-2010, en todos los grupos etarios, pero principalmente en niños entre 28 días y 11 meses y de 1 a 4 años. En general, la internación de niños menores de cinco años disminuyó en los últimos 15 años (Eersel y Fränkel, 1994).

La Encuesta Mundial de Salud Escolar de 2009 entre niños con edad entre 13 y 15 años (n=1.698) muestra que 7,5% están con peso debajo de lo normal y 26%

están con sobrepeso o son obesos. Esto indica la carga creciente de obesidad en niños en Suriname, que supera las tasas de desnutrición.

Se ha desarrollado y puesto a prueba un manual para mejorar el suministro de alimentos en las escuelas (jardín de infancia y escuela primaria). Para continuar la implementación es necesario capacitar al personal de las escuelas, establecer un mecanismo de apoyo, iniciar actividades proyectadas a fin de crear conciencia en el personal y en las escuelas e iniciar campañas de información de preparación de alimentos y meriendas saludables. Además, se recomienda que se tomen medidas para que la comida sana sea accesible en las escuelas y que se cumplan las condiciones para vender alimentos sanos. En Suriname se han creado guías para personas con diabetes, hipertensión y obesidad. Además, se han elaborado pautas de nutrición para personas con HIV/SIDA.

En 2010, junto con el establecimiento de la Agencia de Seguridad Alimentaria y Salud Agrícola Caribeña en Suriname, se creó un laboratorio multipropósito integrado capaz de hacer ensayos en productos agrícolas y otros productos alimenticios. La mejora de las capacidades analíticas para control de alimentos garantizará el control de calidad de alimentos nacionales y exportados. La estructuración y el funcionamiento adecuado del Comité Nacional del Codex Alimentarius y sus grupos de trabajo harán que mejoren las leyes y los estándares de los alimentos nacionales. Para proteger aún más los asuntos nacionales de seguridad alimentaria, la Oficina de Salud Pública del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca capacita formuladores de alimentos, inspecciona regularmente los establecimientos de alimentos y enseña el uso adecuado de pesticidas.

Debido a la devaluación de la moneda local del 20%, en enero de 2011, se ha registrado un aumento del nivel general de precios de 13,7%. Los precios de los alimentos, tanto locales como importados, aumentaron aproximadamente 17%. Esto, junto con el impacto de la crisis alimentaria mundial afectará a los hogares y provocará una mayor vulnerabilidad alimentaria e inseguridad nutricional. El aumento de los precios nacionales del combustible –esencial para las actividades productivas– también amenaza la seguridad alimentaria de los que viven en el interior y de los pobres urbanos, con mayor potencial de impactos en la salud.

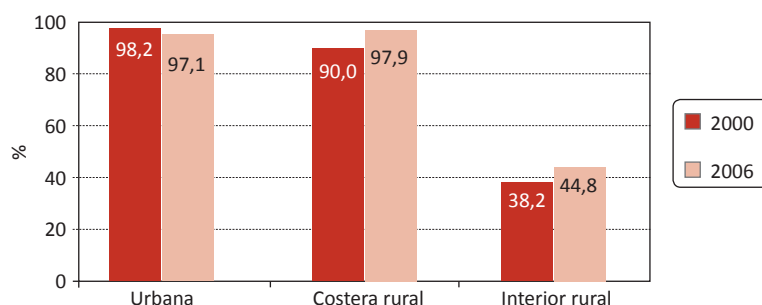
Salud ambiental

Agua

En total, 93% de la población de Suriname tiene acceso a fuentes de agua potable mejoradas (97% en zonas urbanas, 81% en zonas rurales) (OPS, 2010). El acceso en la zona rural costera es de 97,9% mientras que la cobertura en las zonas del interior rural de Brokopondo y Sipaliwini es solamente de 44,8% (Gobierno de la República de Suriname/Unicef, 2006). A pesar de disfrutar de un alto nivel de acceso a fuentes de agua mejoradas, las zonas urbanas tuvieron una disminución de

acceso entre 2000-2006, porque la población urbana creció a un ritmo más rápido que la Compañía Nacional de Abastecimiento de Agua y la acción del gobierno para brindar servicios de agua potable mejorada a los nuevos asentamientos.

Gráfico 9 – Porcentaje de la población que usa una fuente mejorada de agua, Suriname, 2000-2006



Fuente: Suriname MICS 2000 y MICS 2006

Los Ministerios de Recursos Naturales, Desarrollo Regional y Obras Públicas juegan un papel importante en la supervisión del servicio de agua. El Gobierno está elaborando un Plan Maestro de Agua.

Saneamiento

En total, el 84% de la población de Suriname vive en hogares con acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas, 90% en las zonas urbana y rural costera y 33% en el interior rural (OPS, 2010). En el interior de Suriname, es necesario aumentar la cobertura de infraestructura complementada por educación sanitaria para mejorar las condiciones higiénicas básicas.

En los últimos cinco años se pusieron en marcha mejoras rápidas de la infraestructura física del sistema de drenaje en las zonas urbanas. Sin embargo, sigue habiendo problemas durante la temporada de lluvias, cuando aumenta el riesgo de inundaciones y el drenaje lento o bloqueado de las aguas pluviales lleva a la dispersión de los efluentes de residuos fecales de las fosas sépticas al agua de inundación y al ambiente en general. Ampliar aún más los adelantos en infraestructura de los últimos cinco años ayudará a aliviar los problemas de inundaciones de las ciudades.

Gestión de residuos

El manejo inadecuado de los desechos genera importantes problemas de salud ambiental en Suriname. La gestión de desechos inadecuada con responsabilidades fragmentadas, instalaciones técnicas ineficientes en zonas periurbanas y rurales y el financiamiento insuficiente resultan en una cobertura baja de servicios de recolección de desechos, así como en polución ambiental. Para los desechos médicos y otros con riesgo biológico, las reglamentaciones y procesos de recolección, gestión e incineración son insuficientes y precisan fortalecerse. Como un camino a seguir,

el MS firmó un acuerdo con una empresa local para la eliminación adecuada de desechos médicos de todo el país (OPS, 2008).

No hay separación de los desechos, lo que lleva a la eliminación de los diferentes tipos de residuos de los hogares y de la industria química en los vertederos públicos designados. Los residuos fecales recogidos por empresas particulares son eliminados principalmente en el río Suriname. La inundación de zonas residenciales en la temporada de lluvias, debido al drenaje inadecuado, plantea problemas de salud ambiental por el desborde de las fosas sépticas. Se necesita una política nacional para una gestión firme de las sustancias tóxicas y desechos persistentes y la concientización de los diferentes sectores de la sociedad de los peligros que trae una eliminación insegura de productos químicos.

Calidad ambiental

En la minería informal y de pequeña escala se libera mercurio en el medio ambiente. Aunque se han llevado a cabo muchos estudios individuales, no hay un conocimiento exhaustivo sobre los efectos a corto y largo plazo de la exposición al mercurio en el trabajo, por los alimentos o en el ambiente en general. Hay una creciente preocupación con los impactos sobre la salud de la exposición al mercurio a través del trabajo en la industria minera o por exposición a ambientes contaminados por mercurio liberado en la atmósfera durante las actividades mineras.

La población del interior que usa los ríos y arroyos como fuente de agua y alimentos puede ser particularmente vulnerable a los efectos sobre la salud de la contaminación con mercurio. El mercurio desprendido durante las actividades mineras contamina eventualmente fuentes de agua, como los ríos. El mercurio se acumula con el tiempo en los crustáceos que se alimentan por filtración y en las plantas y entra en la cadena alimentaria a través de los peces, una de las principales fuentes de proteínas de la dieta local.

Según un informe de 2007, la importación de pesticidas per cápita en Suriname continúa alta, con poco control de su uso a pesar de que la importación es reglamentada. Es necesaria una evaluación del riesgo inherente de la exposición ya que no hay datos disponibles sobre el impacto sobre la salud del uso abundante y descontrolado de pesticidas en el país.

Cambios climáticos

La preocupación con los cambios climáticos en el país recae principalmente en la vulnerabilidad en la región costera de baja altitud y el cambio del régimen de precipitaciones que afectan el medio ambiente y la salud de la población. Debido a la topografía baja y plana de la región costera, cualquier aumento del nivel del mar afectará bastante el medio ambiente, la salud humana y, debido a la alta densidad de la población, la composición socio-económica de Suriname (NIMOS, 2005). Aunque se han realizado pocos estudios sobre la alta vulnerabilidad de la

zona costera, un aumento del nivel del mar afectaría las tierras usadas principalmente para plantaciones de arroz y vegetales, así como las zonas pantanosas. Grandes sectores de la actividad económica basados en el uso de la tierra para agricultura y en estructuras industriales localizadas en la zona costera se verán afectados, causando un efecto negativo, que ya fue proyectado, sobre el PIB. De la misma forma, debido a la alta densidad de población en la zona costera, aproximadamente 80% de la población se verá afectada. De igual forma, el interior es vulnerable a inundaciones.

Además, los cambios en el régimen de precipitaciones, serán un reto para el medio ambiente y podrán tener efectos directos e indirectos sobre la salud de la población. Por ejemplo, un cambio en el régimen de precipitaciones afectará las fuentes de agua dulce, los recursos hídricos para agricultura, la energía hidroeléctrica y la navegación, así como el transporte para algunas regiones del interior adonde solo se llega por barco.

Actualmente, Suriname participa activamente en iniciativas internacionales sobre cambios climáticos y en 1997 ratificó la Convención de Viena y el Protocolo de Montreal, así como otras convenciones relacionadas, tales como la Convención sobre Cambios Climáticos de las Naciones Unidas, el Protocolo de Kyoto y la Convención de Lucha contra la Desertificación de la ONU.

INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA LA SALUD

Fármacos

El escritorio central del Ministerio de Salud, la Inspección Farmacéutica y la Oficina de Salud Pública son los responsables por las políticas farmacéuticas, el establecimiento de normas, la inspección, monitoreo y desarrollo de programas. Noventa por ciento de todos los medicamentos son importados y 10% son de fabricación nacional. Todos los medicamentos deben ser aprobados por el Comité Gubernamental para el Registro de Medicamentos, mientras la Inspección farmacéutica se encarga de inspeccionar la fabricación de medicamentos y las farmacias. Hay tres fabricantes de medicamentos con licencia en Suriname y 26 importadores de medicamentos autorizados. El mayor de ellos es la Compañía de Suministro de Medicamentos de Suriname (BGVS), que pertenece al gobierno. El valor de los medicamentos importados en 2007 por la BGVS fue de 5 millones de dólares estadounidenses.

El país tiene una capacidad limitada de investigación y desarrollo de nuevos principios activos y para la producción de ingredientes farmacéuticos, pero puede fabricar fórmulas partiendo de productos farmacéuticos y reenvasar formas de dosificación. La BGVS es responsable por la importación, almacenamiento y distribución de los productos farmacéuticos esenciales que son sancionados por la Junta de Productos Farmacéuticos Esenciales. La BGVS también realiza ensayos simples de medicamentos y productos farmacéuticos.

Acceso a las vacunas

El Ministerio de Salud está comprometido con los principios del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) para aportar un paquete completo de vacunación segura y oportuna a su población, especialmente para proteger los grupos más desprotegidos contra las enfermedades prevenibles por vacunación.

Hay un total de 105 establecimientos de salud bajo los Servicios Regionales de Salud y la Misión Médica que ofrecen vacunas. Todas las instalaciones son dotadas de personal adecuadamente entrenado por el proveedor de servicios médicos. Todos los centros ofrecen servicios de salud familiar básicos, incluyendo el PAI, sin cualquier costo al cliente.

El PAI es parte de la unidad de Salud Familiar y Comunitaria de la Oficina de Salud Pública. Hay un plan de acción de largo plazo para el PAI que delinea prioridades y presupuestos para el año.

Los recursos financieros están asegurados por el Ministerio de Salud para comprar vacunas y artículos relacionados para la implementación del programa. Las organizaciones de apoyo, tales como los Servicios Regionales de Salud y la Misión Médica, también tienen recursos suficientes para apoyar la implementación del programa, incluyendo personal, instalaciones médicas, instalaciones de la cadena de enfriamiento y transporte.

Las vacunas se adquieren a través del Fondo Rotatorio de la OPS. Las vacunas y los suministros se distribuyen en las instalaciones de almacenamiento central en la Oficina de Salud Pública diariamente a través de solicitud. No hubo escasez en el abastecimiento de suministros o vacunas y jeringas en los últimos años.

Diez antígenos se ofrecen actualmente en el programa de inmunización de rutina para niños. Cinco de los antígenos se dan como antígenos pentavalentes (DPT/Hib/Hep) y tres (MMR) se dan como antígenos triples. El resto se da como antígenos individuales (vacuna oral contra la polio y contra la fiebre amarilla). La inmunización contra la hepatitis B se ofrece a trabajadores de la salud y personas en riesgo seleccionadas.

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD

El Instituto de Investigación Médica, la oficina de Salud Pública, el Hospital Universitario y Servicio de Dermatología tienen varios proyectos de investigación en desarrollo, algunos de ellos en colaboración con Holanda y Brasil.

Además de estas organizaciones bien conocidas, en los últimos años hay un interés creciente en la investigación en salud por individuos, especialmente como el curso de Maestría en Salud Pública que se inició en Suriname.

Estos proyectos de investigación son principalmente en el área de enfermedades infecciosas, tales como HIV, malaria, virus del papiloma humano, enfermedad de Chagas y leishmaniosis. El Ministerio de Salud adoptó recientemente la Agenda de Investigación en Salud para los próximos cinco años, **creada por el Consejo Caribeño de Investigación Sanitaria**. Esta Agenda de Investigación en Salud cubrirá principalmente las enfermedades no transmisibles y a través de ella se han conseguido pequeñas donaciones para investigaciones sobre ENT.

COOPERACIÓN EN SALUD

Se realizan reuniones bilaterales en materia de salud con diversos países en el mundo, tales como Brasil, China, Cuba, Colombia, Francia, India, Indonesia, Japón, Holanda, Corea del Sur y EE. UU. Suriname tiene asociaciones con la OMC, la OPS y otras organizaciones de las Naciones Unidas, como PNUD, Unicef y UNFPA. Suriname también es un miembro de CARICOM, Unasur y ACTO.

Colaboración bilateral en salud

Existe cooperación técnica en salud con Brasil, especialmente con relación al HIV, y con Malasia. Las oportunidades económicas, especialmente relacionadas a la minería, han aumentado el movimiento de personas entre Brasil y Suriname, elevando las preocupaciones relacionadas a la salud en la migración, ambiental y la salud ocupacional relacionadas a la minería. El apoyo del Consulado Brasileño se centra en el suministro de material para reducir la incidencia de HIV/SIDA, en la asociación para desarrollar proyectos de salud para combatir la malaria, reducir la transmisión de sífilis de madres a hijos y mitigar la propagación del mal de Chagas.

La abertura de la embajada de Suriname en Cuba, a inicios de 2010, destacó las relaciones positivas entre estos dos países. Actualmente, Cuba envía profesionales de atención de salud para trabajar y dar entrenamiento en varios lugares de Suriname. Los trabajadores de atención de salud de Suriname también son entrenados en Cuba, principalmente los médicos. Además, los pacientes surinameses que precisan atención terciaria son enviados a Cuba.

Los pacientes también recurren a la atención terciaria en Colombia, especialmente para tratamiento oncológico.

La organización del gobierno francés *Agence Française de Développement* firmó un acuerdo de cooperación 2009-2014 para facilitar el fortalecimiento de los servicios de atención de salud en Suriname y mejorar la cooperación en el ámbito del control de enfermedades infecciosas. La mayor parte de las donaciones es para comprar equipamiento médico, crear centros de rehabilitación, puestos de primeros auxilios en el interior y construcción de un hospital en Albina y otras instalaciones sanitarias

en el interior. Actualmente, los dos gobiernos han iniciado debates sobre sistemas de seguros de salud para un mejor uso de los sistemas respectivos de atención de salud.

Una comisión conjunta formada en 2004 entre los gobiernos de Indonesia y de Suriname destaca las relaciones próximas de los países y se centra en mejorar la cooperación. El foco principal del Gobierno de Indonesia en Suriname es la prevención y gestión de enfermedades crónicas, el suministro de equipamiento para laboratorios de análisis clínicos, la mejora del acceso a las vacunas, brindar educación sanitaria y fortalecer la capacidad de la fuerza de trabajo de atención de salud.

Históricamente, Holanda fue el principal colaborador con el desarrollo de Suriname. Con la independencia el 25 de noviembre de 1975, el gobierno holandés donó 2,5 mil millones de florines holandeses (aproximadamente 1,5 mil millones de dólares) para facilitar la transición política. Aunque estaba previsto, debido a la inestabilidad política durante las décadas de 1980 y 1990, el flujo de ayuda se interrumpió. Tras las negociaciones, durante 2001, la transferencia de fondos se restableció y la ayuda terminó en 2010. Desde 2010, todavía existe otro proyecto relacionado a la salud en el cual Holanda ofrece asistencia técnica y financiera.

Agencias relacionadas al Ministerio de Asuntos Exteriores de Holanda fueron muy activas en Suriname y han ofrecido cooperación técnica a través de programas que ofrecen financiación para proyectos que asocian expertos de Suriname y de Holanda. Este programa financia parcialmente el estudio de gestión de riesgo cardiovascular, un estudio que implementa múltiples intervenciones para la prevención y gestión de enfermedades crónicas. Desde 2010 todavía no hubo nuevos proyectos iniciados en este programa.

Tres organismos de los Estados Unidos con representación en Suriname que están involucrados en el sector salud son el Departamento de Defensa, el Cuerpo de Paz y el Departamento de Estado. Sus actividades son generalmente de corto plazo e incluyen campañas sobre agua y saneamiento, HIV/SIDA, salud mental y compromiso de la juventud, en particular fomentando la responsabilidad activa de los varones jóvenes. Misiones clínicas de los Estados Unidos proveen atención de salud, incluyendo cuidado oftalmológico y odontológico en Paramaribo y algunos distritos.

Organismos multilaterales y salud

Cuatro agencias de la ONU tienen representaciones en Suriname: OPS/OMS, Unicef, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). OPS/OMS es la única agencia con total representación y ha estado presente por mucho tiempo en el país. Las otras organizaciones residentes han aumentado su tamaño y presencia en los últimos años. Puesto que todas las agencias residentes se han centrado en diversos grados en salud, OPS/OMS ha tomado la iniciativa a través de la realización de un mapeo de la salud para aclarar funciones y responsabilidades. La estrategia de Unicef con

relación a la salud en Suriname destaca la mejora en la salud materna e infantil, con un fuerte énfasis en el interior. El Fondo de Población de las Naciones Unidas en Suriname se centra en el género (violencia de género, la dinámica de la población y salud reproductiva y sexual), la salud de los jóvenes y adolescentes (embarazo en la adolescencia y transmisión de HIV) y la generación de conocimiento. El trabajo del PNUD en Suriname relacionado a la salud se dedica a la gobernanza democrática, reducción de pobreza, HIV/SIDA, prevención de crisis y recuperación, energía y medio ambiente.

Aparte de la OPS, el Sistema Interamericano, la Organización de los Estados Americanos, el Instituto Interamericano de Cooperación con la Agricultura (IICA) y el Banco Interamericano de Desarrollo actúan en Suriname.

El IICA está desarrollando una estrategia para el país. Como agencia especializada del Sistema Interamericano, el IICA tiene experiencia suficiente para brindar cooperación técnica para el desarrollo de la agricultura sostenible, la seguridad alimentaria y la prosperidad rural. El IICA ofrece información científica y de investigación así como apoyo a la implantación de medidas relacionadas con seguridad alimentar y problemas emergentes (H1N1 y H1N5).

Como una de las mayores fuentes y de larga data de financiación de desarrollo de los países de Latino América y el Caribe, la posición estratégica del BID permite enfocar un desarrollo sostenible, respetuoso del medio ambiente, para reducir la pobreza y la desigualdad. El BID ha estado presente en Suriname desde 1953, ya que el país fue uno de sus fundadores. El BID ha actuado mucho en el sector salud. En 2004, el BID y el gobierno de Suriname firmaron un acuerdo de préstamo de 5 millones de dólares estadounidenses para implementar la reforma del sector salud. El objetivo del préstamo fue fortalecer la infraestructura y los recursos humanos de la salud. Estos fondos se terminaron en 2010. Se están realizando negociaciones para un nuevo préstamo, aunque no se sabe si se recibirá un nuevo préstamo del BID para la atención primaria de la salud.

El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria es también un importante socio de Suriname.

Integración regional

En 1995, Suriname se tornó el 14º miembro de la Comunidad del Caribe (CARICOM). Esta afiliación aumentó las oportunidades de ayuda para el desarrollo de Suriname y amplió las oportunidades de intercambio de conocimientos. Suriname participa en las reuniones de salud del CARICOM y usa la Cooperación Caribeña en salud (CCS III) y otros documentos de políticas sanitarias de CARICOM como un marco de referencia.

En 2010, el Secretario General de CARICOM y el Ministro de Salud de Trinidad con sus colaboradores visitaron el recientemente inaugurado laboratorio de

la Oficina de Salud Pública con idea del desarrollo de la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA) y de la posibilidad de que el laboratorio de salud pública de Suriname tenga un papel regional.

Además, Suriname es un miembro del Tratado para la Cooperación Amazónica (TCA) que es un instrumento legal que reconoce el carácter transfronterizo de la Amazonia. El TCA reafirma la soberanía de los países amazónicos y fomenta, institucionaliza y guía la cooperación regional entre ellos con el objetivo de aumentar las investigaciones científicas y tecnológicas, el intercambio de informaciones, el uso de los recursos naturales, la preservación del patrimonio cultural, la atención de la salud y otros temas relacionados con la frontera.

Desde 2008, Suriname ha sido un miembro activo de la Red Pan-Amazónica de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud, un proyecto conjunto de FIOCRUZ, TCA y OPS, entre otras organizaciones. El quinto encuentro de la Red Pan-Amazónica de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud tuvo lugar en Paramaribo, en 2010, y actualmente la presidencia de la Red es de Suriname. El objetivo de la Red es facilitar una interfaz para intercambiar experiencias prácticas en materias de salud, promover la capacitación permanente y el desarrollo de investigaciones y materiales que beneficien a la comunidad amazónica.

Cuadro 2 – Sistema de Salud en Suriname: marco constitucional, estructura y prioridades de la política actual

País SURINAME	Marco constitucional de la salud	Estructura del sistema de salud	Funciones del ministerio de salud	Prioridades de la política actual
República con sistema representativo presidencialista (democracia constitucional). La Asamblea Nacional de 51 miembros elige al Presidente con una mayoría de dos tercios. Población: 524.000 habitan- tes (2009) Territorio divi- dido en 10 distri- tos, subdivididos en 62 suburbios	Constitución Nacional vigente: 1987 Artículo 36. Todos los habitantes tienen derecho a la salud y es responsabilidad del gobierno promover la salud a través de la mejora constante de las condiciones de vida y de trabajo e informar las medidas de protec- ción de la salud.	Sistema de salud: El sistema de salud con- siste en subsistemas con diferentes modos de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud. Cada subsistema está especializado en un segmento poblacional distinto, que depende de la localización geográfica, la inserción en el mercado de trabajo y el nivel de renta. Los proveedores públicos de atención primaria de salud son los Servicios de Salud Regionales, una fundación estatal y la Misión Médica, una ONG. Ambas institu- ciones son subsidiadas por el gobierno. Los proveedores privados de atención primaria son los médicos generalistas y algunas organizaciones no gubernamen- tales reconocidas por el gobierno, como la Fundación de Planificación Familiar. Las grandes empresas privadas prestan atención de salud a sus empleados y familias a través de servicios propios. La atención secundaria se brinda a través de cinco hospitales generales, tres priva- dos y dos públicos, todos ubicados en la zona costera.	<p>El Ministerio de Salud del Pueblo (Ministerie van Volksgezondheid) es responsable por el liderazgo y la gobernanza del sector salud. El IMS tiene que ocuparse de la formulación, legislación y adhesión a una política de atención de salud, de implementarla, supervisarla y vigilarla, verificar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios en todo el país, incluyendo medicamentos y productos relativos a la salud, así como la atención general de la población y del sistema de seguridad social.</p> <p>Vigilancia en salud El Departamento de Epidemiología de la Oficina de Salud Pública, como parte del Ministerio de Salud (MS) es el respon- sable técnico por recibir todas las notificaciones e informes sobre la vigilancia de enfermedades. La recolección de datos para la vigilancia de las enfermedades transmisibles se realiza en los centros de salud de la Misión Médica, en el IRGD y en los hospitales.</p> <p>La Unidad del Sistema Nacional de Información de Salud, de- pendiente del Ministerio de Salud, es responsable por los datos oficiales de la salud en el país.</p> <p>Vigilancia sanitaria y ambiental: El control de calidad de los alimentos y el agua se lleva a cabo en el laboratorio de la Oficina de Salud Pública y a través del Ministerio de Agricultura. La vigilancia del medio ambiente respecto al saneamiento es responsabilidad de la Inspección Sanitaria de la Oficina de Salud Pública.</p> <p>Los medicamentos deben ser aprobados por el Comité Guber- namental para el Registro de Medicamentos del MS, mientras la Inspección farmacéutica se encarga de inspeccionar la fabri- cación de medicamentos y las farmacias.</p>	Plan Nacional del Sec- tor Salud 2011-2018 Reducción de la carga financiera de los individuos y familias con la introducción de un sistema general de seguros de salud. Énfasis en la disminución de la desigualdad en beneficio de las comunidades más desfavorecidas. Nuestro objetivo es ayudar a la población para que tenga acceso a la atención médica que necesita a través de una red de salud primaria integrada y servicios de cuidados comunitarios, dentro del sistema de salud, con calidad y seguridad.

Cuadro 3 – Sistema de Salud en Suriname: protección social, financiamiento e investigación

Protección social en salud	Financiamiento: fuentes y composición del gasto en salud	Investigación en salud
<p>El 64% de la población está cubierto por algún tipo de seguro de salud, público o privado; 36% no está asegurado o desconoce si lo está.</p> <p>Existen varios esquemas de seguro. Los tres principales son el Fondo Estatal del Seguros de Salud (21%), los programas del Ministerio de Asuntos Sociales (24%) y los planes de empresas privadas (10%).</p> <p>El Fondo Estatal de Salud (SZF) cubre 21% de la población (todos los empleados gubernamentales y sus dependientes) y está disponible para el público en general.</p> <p>El Ministerio de Asuntos Sociales y Habitación (MSA), el mayor proveedor de fondos para la atención de salud del gobierno, cubre 24% de la población. Provee a los pobres o casi pobres, garantizando que la población en desventaja económica tenga acceso a cuidados de salud subvencionados por el Estado. La población pobre o casi pobre puede solicitar una tarjeta de salud que le otorga libre acceso a los hospitales y clínicas gubernamentales. En la mayoría de los casos, el MSA financia la atención secundaria, mientras la atención de salud primaria es financiada por el MS y brindada por RGD.</p> <p>Los planes médicos de las empresas cubren al 10% de la población, la Misión Médica (MZ) cubre al 6% y los seguros privados cubren al 3%.</p>	<p>Los gastos totales en salud corresponden al 8,5% del PIB (2006).</p> <p>La distribución de gastos públicos y privados del gasto total en salud de 2006 fue 42,6% del sector público, 53,8% del sector privado y 3,6% de organizaciones no gubernamentales.</p> <p>Fuentes: los recursos del sector salud provienen del Ministerio de Hacienda (37,5%), seguido por el aporte de firmas particulares (34,1%) y de gastos directos de bolsillo (20%) (Cuentas Nacionales de Salud de 2006).</p>	<p>El Instituto de Investigación Médica, la oficina de Salud Pública, el Hospital Universitario y el Servicio de Dermatología tienen varios proyectos de investigación en curso.</p> <p>El Ministerio de Salud adoptó recientemente la Agenda de Investigación en Salud para los próximos 5 años, creada por el Consejo Caribeño de Investigación Sanitaria dedicado principalmente a enfermedades no transmisibles.</p>

REFERENCIAS

- Algemeen Bureau voor de Statistiek. Cuentas Nacionales: Selección de los Agregados Macroeconómicos, 2004-2009. Suriname: Algemeen Bureau voor de Statistiek; 2009.
- Algemeen Bureau voor de Statistiek. Anuario Estadístico 2009. Suriname: Algemeen Bureau voor de Statistiek; 2009.
- Algemeen Bureau voor de Statistiek. Zevende Algemene Volks-en Woningtelling in Suriname. Geselecteerde Census variabelen per district (Census-profiel). Censuskantoor 2004. Suriname: Algemeen Bureau voor de Statistiek; 2004.
- Algemeen Bureau voor de Statistiek. Zevende Algemene Volks. In Woningtelling in SURINAME, Agosto 2005. Census 2004. Volume I: Demografische en Sociale Karakteristieken. Suriname: Algemeen Bureau voor de Statistiek; 2005.

- Banco Central de Suriname. PIB de Suriname por Actividad Económica; 2011. [Acceso en febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.cbvs.sr/english/NSDP/Table%2021.pdf>.
- Banco Mundial. Informe sobre Desarrollo Mundial, 2010. Washington DC: Banco Mundial; 2010.
- CELADE/Cepal. Temas de Población y Desarrollo N°1. Transición Demográfica. Suriname: CELADE/Cepal; 2005.
- Eersel M, Fränkel A. El estado nutricional de niños en edad escolar en Suriname. Suriname: Pro Salud; 1994.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Base de datos FAOSTAT, 2009.
- Gobierno de la República de Surinam. ODM 2009 Informe de progreso. Paramaribo, Surinam: Gobierno de la República de Surinam; 2009.
- Gobierno de la República de Suriname/Unicef. Suriname Multiple Indicator Cluster Survey (MICS). Suriname: Gobierno de la República de Suriname; 2006.
- Medical Mission. Joint Project with PAHO and UNICEF: Towards delivery of integrated quality Primary Health Care services in the Hinterland of Suriname. A community outreach and community participation program of the Medical Mission. Paramaribo: Medical Mission; 2009-2010.
- Ministerio de Educación y Desarrollo Comunitario. Sección de Investigación y Planificación. Disponible en www.emis-sr.org.
- Ministerio de Salud. Doodsoorzaken en Suriname. Oficina de Salud Pública- Departamento de Epidemiología. Suriname: Ministerio de Salud; 2009.
- Ministerio de Salud. Informe final del Ministerio de Salud sobre Cuentas Nacionales de Salud de Suriname 2006. Suriname: Ministerio de Salud; 2006.
- Ministerio de Salud. Informe del director de salud 2005-2007. Suriname: Ministerio de Salud; 2007.
- Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. Sistema de Monitoreo y Evaluación de Malaria, Surinam: Ministerio de Salud; 2010.
- Ministerio de Salud. ODM relacionadas con la salud Actualizado en 2009. Ministerio de Salud de Surinam. Paramaribo, Surinam: Ministerio de Salud; 2009.
- NIMOS. Primera Comunicación Nacional en el marco de la Convención sobre Cambios Climáticos de las Naciones Unidas. Paramaribo, Surinam: Nimos; 2005. Disponible en <http://www.nimos.org/pdf/documenten/Klimaatrapport.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas. Informe de Desarrollo Humano 2005. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas; 2005-2009.
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Mundial de Salud Escolar (*Global Youth Tobacco Survey*. GYTS) 2009.
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Global de Tabaquismo en la Juventud. 2009.
- Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2010. Organización Panamericana de la Salud; 2010.
- Organización Panamericana de la Salud. Atención sanitaria en la gestión de residuos en Surinam. Paramaribo, Surinam: OPS; 2008.
- PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2010. Nueva York: PNUD; 2010.
- Van Eer M. Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular. Suriname: 2001.

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- ABS – *Algemeen Bureau voor de Statistiek* (Oficina Central de Estadística)
- ASASAC – Agencia para la Salud Agrícola y la Seguridad Alimentaria Caribeña
- BGVS – *Bedrijf Geneesmiddelen Voorziening Suriname* (Compañía de Suministro de Medicamentos de Suriname)
- BOG – *Bureau voor Openbare Gezondheidszorg* (Oficina de Salud Pública) <http://www.bogsur.sr/>
- CAREC – *Caribbean Epidemiology Centre* (Centro de Epidemiología del Caribe)
- CARICOM – *Caribbean Community* (Comunidad del Caribe)
- Celade – Centro Latinoamericano de Demografía
- Cepal – Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- COVAB – *Centrale Opleiding Verpleegkundigen En Aanverwante Beroepen* (Instituto Central de Formación de Enfermeras y Profesiones Asociadas)
- ENT – Enfermedades no transmisibles
- ET – Enfermedades transmisibles
- IATA – *International Air Transport Association* (Asociación Internacional de Transporte Aéreo)
- IICA – Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura
- JTV – *Youth Dental Foundation* (Fundación Dental para la Juventud)
- MG – Médicos generalistas
- MICS – *Multiple Indicator Cluster Survey* (Encuesta Agrupada por Indicadores Múltiples)
- MS – *Ministerie van Volksgezondheid* (Ministerio de Salud del Pueblo)
- MSA – *Ministry of Social Affairs and Housing* (Ministerio de Asuntos Sociales y Habitación)
- MZ – *Medische Zending* (Misión Médica)
- NHA – *National Health Account* (Cuentas Nacionales de Salud)
- OMC – Organización Mundial del Comercio
- OMS – Organización Mundial de la Salud
- OPS – Organización Panamericana de la Salud
- PAI – Programa Ampliado de Inmunización
- PCS – *Psychiatrisch Centrum Suriname* (Centro Psiquiátrico de Suriname)
- PIB – Producto interno bruto
- PNUD – Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- RGD – *Regionale Gezondheidsdienst* (Servicio Regional de Salud)
- SZF – *Staatsziekenfonds* (Fondo Estatal del Seguro de Salud)
- TCA – Tratado para la Cooperación Amazónica
- Unasur – Unión de Naciones Suramericanas
- UNFPA – *United Nations Population Fund* (Fondo de Población de las Naciones Unidas)
- Unicef – *United Nations Children's Fund* (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)

The image features a woman in profile, drinking from a traditional mate cup using a straw. The background is a composite of several elements: a map of Uruguay on the left, a rainbow-colored grid overlaying the center, and a dark blue background on the right. The text 'Sistema de Salud en Uruguay' is prominently displayed in the center, overlaid on the rainbow grid.

Sistema de Salud en Uruguay



XII. Sistema de Salud en Uruguay

La República Oriental del Uruguay es un **Estado unitario** democrático, de carácter presidencialista. Su gobierno se divide en tres poderes independientes: Ejecutivo, Presidencia y Ministros; Legislativo, Cámara de Senadores y Diputados y Judicial, Suprema Corte, Tribunales y Juzgados. La estructura de relaciones entre el Poder Ejecutivo y el Legislativo corresponde al de un sistema presidencialista.

El Estado Uruguayo es unitario y se encuentra dividido en 19 departamentos organizados de manera semejante al gobierno central: Intendente Municipal y Alcaldes (Poder Ejecutivo) y Junta Departamental (Poder Legislativo).

Uruguay cuenta con una población de 3.368.595 habitantes y una superficie de 176.065 km², por lo que su densidad poblacional es de 19,1 hab. /km². Sin embargo, casi el 40% de su población reside en la capital del país, Montevideo, cuya superficie representa el 0,3% del territorio nacional y presenta una densidad poblacional de 2541,1 hab. /km² (INE, Proyecciones 2011- Censo FASE 1- 2004).

En cuanto a su caracterización demográfica, Uruguay está transitando la “segunda transición demográfica”, hacia una reducción de la natalidad por debajo del nivel de reemplazo, junto con una fuerte tendencia al envejecimiento poblacional.

Las tres principales causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares, en primer lugar, seguido por las neoplasias y los accidentes. Las enfermedades crónicas no transmisibles causan el 70% de las defunciones e insumen aproximadamente el 60% de los costos de la atención médica.

Tabla 1 – Indicadores demográficos, Uruguay, 2009

Indicadores demográficos	
Tasa de crecimiento poblacional	0,348
% de menores de 15 años	22,9
% de mayores de 65 años	13,6
Índice de envejecimiento	59,3
Relación de dependencia	57,3
Esperanza de vida -varones	72,56
Esperanza de vida -mujeres	79,84
Tasa global de fecundidad	1,99
Proporción de nacimientos de madres adolescentes	16,1 ^a
Tasa bruta de natalidad (por mil)	14,5
Tasa bruta de mortalidad (por mil)	9,39
Tasa de mortalidad infantil (por mil)	9,56
Tasa de mortalidad materna (por 10 mil)	1,5 ^b

Fuentes: a- ENHA 2007, b- MSP 2008

DERECHOS SOCIALES Y SALUD

Marco constitucional y legal – principios y valores del sistema de salud

La Constitución de la República Oriental del Uruguay establece en su artículo 44 la competencia general del Estado en cuanto a la orientación de la política de salud. Allí también se establece que es deber de los ciudadanos cuidar de su salud y es obligación del Estado garantizar la atención gratuita de todos los habitantes del país que carezcan de recursos suficientes para su asistencia.

Según el artículo 44:

“El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.”

No obstante, no son los valores y principios presentes en la Constitución los que rigen actualmente al Sistema de Salud de nuestro país. De acuerdo a lo establecido en la Ley 18.211 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud del año 2007, la protección a la salud es un derecho de todos los habitantes residentes en el país (Art. 1). Allí mismo se definen los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) presentados en el siguiente cuadro.

Cuadro 1 – Principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay

Principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay
La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.
La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
La participación social de trabajadores y usuarios.
La solidaridad en el financiamiento general.
La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Fuente: Artículo 3 de la Ley 18.211 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud

Desde esta perspectiva de la salud como derecho, se han promulgado distintas leyes vinculadas a la promoción de los derechos de los usuarios en sus distintas dimensiones. Entre ellas, se destaca la Ley 18.335, promulgada en el año 2008, que especifica los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud del SNIS. El decreto que reglamenta dicha Ley (N° 274/010) no sólo representa un instrumento legal sino también un instrumento de difusión de los derechos, como lo es la Cartilla de Derechos y Deberes de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. Dicha Cartilla debe ser entregada a todos los usuarios de los servicios de salud –públicos y privados– en el correr del año 2011, según versa en la Ordenanza 761 del Ministerio de Salud Pública.

En relación a las competencias del Estado en materia de salud, éstas son definidas en la Ley Orgánica de Creación del Ministerio de Salud Pública n. 9.202, promulgada en el año 1934. Allí se establecen competencias de alcance nacional en materia de regulación sectorial, vigilancia, ejercicio de la policía sanitaria y provisión de servicios de salud (OPS, 2009).

No obstante, las competencias del Estado vinculadas a la rectoría, financiamiento y provisión de servicios han tenido una profunda recomposición a partir de las distintas leyes promulgadas en el marco de la reforma del sistema de salud.

En términos de rectoría, el Ministerio de Salud Pública afirma, amplía y profundiza sus competencias sectoriales de acuerdo a la nueva visión que orienta el Sistema (OPS, 2009). Junto con lo establecido en el artículo 44 de la Constitución de la República y el Artículo 5 de la Ley Orgánica, la Ley 18.211 de Creación del Sistema

Nacional Integrado de Salud incorpora nuevos dispositivos para la conducción del sistema, de acuerdo a los siguientes cometidos del Ministerio de Salud Pública:

- Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud y ejercer el contralor general de su observancia.
- Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que formen parte del Sistema Nacional Integrado de Salud y a los prestadores parciales con quienes contraten.
- Controlar la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.
- Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.
- Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.
- Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos y controlar su aplicación.
- Diseñar una política de promoción de la salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.
- Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.

En el campo del financiamiento, el marco legal del aseguramiento público en salud está dado por la Ley 18.131 de Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), del año 2007. Bajo la modalidad de aseguramiento a través de la Seguridad Social, se define al Fondo Nacional de Salud como el encargado de financiar el régimen de asistencia médica de sus beneficiarios, desde el cual se quiere asegurar una cobertura universal, así como una mayor equidad en el financiamiento. En un comienzo, el Seguro Nacional de Salud ampara a los beneficiarios del Seguro por Enfermedad del Banco de Previsión Social (BPS), los jubilados del BPS de bajos ingresos que hicieran la opción prevista por ley, los funcionarios públicos y otros dependientes del Estado (OPS, 2009).

Con posterioridad a la Ley de Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), nuevas leyes amplían la población asegurada, incorporando nuevos grupos al Seguro Nacional de Salud.

De acuerdo a lo establecido en la Ley 18.211 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, a partir del 1º de enero de 2008 se incorporaron al Seguro Nacio-

nal de Salud los trabajadores privados, los hijos menores de 18 años o discapacitados de cualquier edad a cargo de un beneficiario del Seguro y aquellos activos que se ampararan a partir de esa fecha bajo al régimen jubilatorio. A su vez, dicha Ley prevé la incorporación gradual de otros colectivos, como son los cónyuges de los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud y aquellos trabajadores comprendidos en otros seguros convencionales (cajas de auxilio). Más recientemente, en enero de 2011, se aprobó la Ley 18.731 que prevé la incorporación progresiva de jubilados y pensionistas al Seguro Nacional de Salud, finalizando la incorporación de todo el colectivo hacia 2016.

En el campo de la provisión, se destaca la separación de las competencias de rectoría y provisión de servicios de salud a través de la Ley 18.161, que establece que la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) pasa a ser un servicio descentralizado –antes desconcentrado– que se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública. La ASSE integra el Sistema Nacional Integrado de Salud y tiene por propósito garantizar el derecho a la atención a la salud de los uruguayos, coordinando con los otros servicios estatales (Artículo 4). Dicho organismo está dirigido por un directorio de cinco miembros, tres de los cuales son designados por el Poder Ejecutivo, previa venia del Senado, y otros dos directores representan a los trabajadores y usuarios. La Ley 18.161 también tiene prevista la creación de un Consejo Honorario Nacional y de consejos departamentales para ampliar la participación de usuarios y trabajadores y para asesorar al Directorio (OPS, 2009).

Participación social

Uno de los principios rectores de la acción del Ministerio de Salud Pública ha sido el de alentar la participación social en los procesos de formación de las políticas de salud. En este sentido, la reforma de la salud se ha construido de manera participativa, tratando de involucrar a la sociedad toda en el proceso de cambio del sector de la salud. Esto se aprecia en varias acciones que se señalan a continuación.

La reforma generó una serie de hitos fundamentales para la participación social. Uno de ellos fue la creación, a través del decreto 133/005 de mayo de 2005, del **Consejo Consultivo** para la Implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, como espacio para la participación en el proceso de formulación de las políticas de salud. Este fue el ámbito elegido por las autoridades sectoriales para el intercambio de opiniones sobre las estrategias a seguir durante el proceso de transformaciones iniciado en el sector de la salud a partir de 2005. La presidencia del Consejo le corresponde al Ministro de Salud y fueron convocados delegados de múltiples actores políticos, sociales, profesionales y empresariales. Durante los dos primeros años de funcionamiento, el Consejo generó diferentes comisiones de trabajo en torno a distintos temas, en las que se discutieron las propuestas del gobierno y se recogieron los aportes de los participantes.

En segundo término, dentro de la nueva institucionalidad creada en el marco de la Reforma, en la cual existen espacios para la participación social, se destaca la **Junta Nacional de Salud (JUNASA)**. A grandes rasgos, la JUNASA es el organismo de administración del Seguro Nacional de Salud (SNS), integrado por representantes del Poder Ejecutivo (Ministerios de Salud, Economía y Finanzas y el Banco de Previsión Social). Los espacios para la participación de representantes de la sociedad incluyen representantes de los usuarios del sistema de salud, sus trabajadores y las empresas prestadoras. Todos estos actores participan en la definición de la orientación del Seguro Nacional de Salud, la política de complementación asistencial y otras funciones asignadas por la ley a la JUNASA.

En tercer término, otro lugar destacado en la nueva institucionalidad vinculada a la participación social es el asignado a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) a partir de su descentralización, mediante la Ley 18.161. En su marco, se constituye un **Directorio** de cinco miembros: tres son representantes del Poder Ejecutivo, uno es un representante usuario y el otro es un representante trabajador del prestador público. Todos los miembros participan con pleno derecho en la definición de las políticas del principal efector integral público del SNIS. Otro espacio para la participación en el marco de la ASSE, también previsto por la Ley 18.161, corresponde a los **Consejos Asesores Honorarios** –Nacional y departamentales-. Allí, usuarios y trabajadores desarrollan actividades de asesoramiento, proposición y evaluación, en sus respectivas jurisdicciones, las cuales no obstante no tienen carácter vinculante para el Directorio de la ASSE.

Por último, la Ley de creación del SNIS, establece que los prestadores de salud que lo integren –públicos y privados– cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios (Art. 12, Ley 18.211). Dichos órganos –Consejos Consultivos y Asesores (CCA)– están integrados por seis miembros honorarios (cada uno con su alterno): dos por el prestador (uno de los cuales deberá ser integrante de su órgano de gobierno), dos por los usuarios y dos por los trabajadores. Tienen como competencia apoyar campañas de promoción y prevención de la salud; emitir opinión y formular propuestas sobre estrategias, políticas, planes, programas y acciones que hagan a la gestión del prestador; expedirse sobre los asuntos que someta a su consideración el prestador; evaluar el desarrollo en su institución de los programas de atención integral a la salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública (MSP); velar por la calidad de los servicios de salud que brinde el prestador; participar en el análisis y evaluación de las reclamaciones de los usuarios del prestador, pudiéndose contactar y coordinar acciones con las Oficinas de Atención al Usuario y otros órganos con funciones similares. A su vez, los CCA pueden promover acciones encaminadas a fortalecer el compromiso de los usuarios y trabajadores con la gestión del prestador, o, por ejemplo, tomar conocimiento de los balances y memorias de la entidad a la que pertenece (Decreto 269/008).

Entre las responsabilidades del prestador respecto a los CCA está la de proveerles información, como: estados de resultado, ingresos y egresos de caja, estado patrimonial y composición de pasivos, número y estructura de afiliados y la estructura de los recursos humanos. En términos formales, las propuestas de los CCA son no vinculantes para el prestador, pero las instituciones están obligadas a atender estas recomendaciones y darles una respuesta. Los CCA pueden presentar sus informes o notas de disconformidad a la JUNASA (Rodríguez, 2010).

Entre el marco de las posibilidades generadas por el proceso de reforma en cuanto a la acción individual se ubican las Oficinas de Atención al Usuario. Si bien desde el año 2002 el decreto 395/2002 estableció la obligación de conformarlas en los Servicios de Salud y aprobó el *“procedimiento para la tramitación de peticiones, reclamos o consultas de los usuarios de los Servicios de Salud”*, fue el decreto 15/2006 el que le dio nuevamente impulso a estos espacios. Pero además, marcó una diferencia sustancial: la obligación de las instituciones prestadoras de informar mensualmente al MSP acerca de los procedimientos iniciados por los usuarios (Rodríguez, 2010).

Adicionalmente, fue creada el Área de Atención al Usuario del MSP, con el fin de canalizar esos procedimientos y, esencialmente, brindar al usuario información adecuada y oportuna. Dentro de este marco se implementó un programa informático para facilitar la transmisión de información entre las oficinas de atención al usuario de los prestadores y el MSP, de modo que este último pudiera conocer la percepción del usuario sobre la calidad de la asistencia que recibe. Posteriormente, el decreto 464/008 de los Contratos de Gestión, en su cláusula número 55, establece las obligaciones de cumplir con la normativa en cuanto a la disposición de estas oficinas, sus horarios, régimen de funcionamiento, etc. (Rodríguez, 2010).

También se implantó un servicio telefónico, universal, gratuito y nacional, que funciona en el MSP. La línea brinda información general de los Servicios de Salud y del SNIS, orientación en salud y recepción de quejas y/o sugerencias. Siguiendo en el campo del vínculo individual de los usuarios con los servicios de salud, los contratos de gestión establecen en su artículo 58 la obligación de los prestadores de realizar encuestas anuales de satisfacción del usuario con los servicios de salud (Rodríguez, 2010).

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Antes de la reforma de creación del SNIS, el sistema de salud era segmentado. La atención brindada por hospitales y policlínicas del subsistema público estaba dirigida a la población de menores ingresos, es decir, a quienes no podían hacer frente al pago de las cuotas de las instituciones privadas. Por su parte, el sector privado –constituido por las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC) y por los seguros de atención médica, enteramente privados– estaba orientado a la atención de los grupos de ingresos medios y altos que pagan las cuotas mutuales de

su bolsillo y a brindar cobertura a los trabajadores privados y públicos del sector formal, para lo que existía una oficina estatal (el Banco de Previsión Social) responsable de actuar como intermediario, recibiendo el aporte de los trabajadores y de los empleadores y contratando a las IAMC.

Con la creación del SNIS se integra el sistema con incorporación progresiva de la población al Seguro Nacional de Salud y garantizando un Plan Integral de Atención a la Salud.

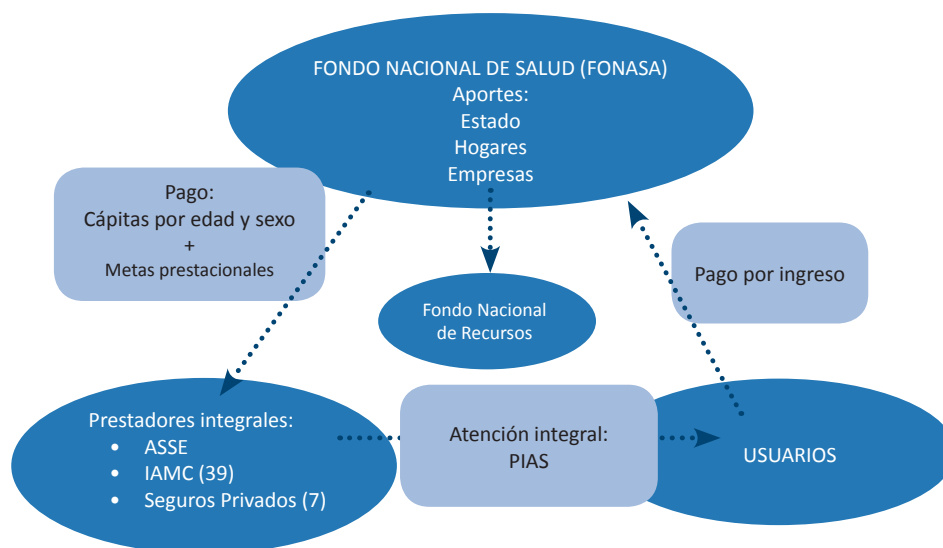
El Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) constituye el conjunto de prestaciones que deben garantizar a sus beneficiarios las instituciones acreditadas como prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud.

La Ley de creación del SNIS, en su Art. 5°, refiere dentro de las competencias del Ministerio de Salud:

“aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población”.

Por otro lado, el Artículo 15° de la ley 18.211 que crea el SNIS establece que “la Junta Nacional de Salud suscribirá un contrato de gestión con cada uno de los prestadores que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que impone a éstos la ley”. Se trata de un cambio desde el punto de vista de la **universalidad** de su aplicación, dado que hasta ese momento, las normas dictadas sobre cobertura de prestaciones solo se referían a las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC).

Figura 1 – Esquema general de la reforma de la salud, Uruguay



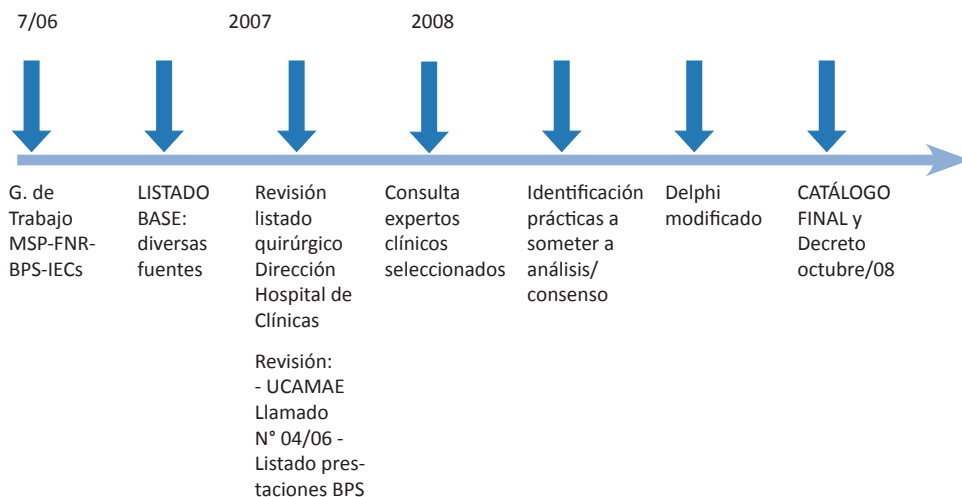
A partir del Decreto del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), las obligaciones son idénticas para todo prestador integral, público o privado del país, aspecto relevante dado que el sistema opta por un espectro de prestadores mixto a los cuales el usuario asegurado puede elegir su filiación. Otro cambio sustantivo se produce desde el punto de vista de la formulación del catálogo, que pasa de la lógica de explicitar las exclusiones a la de describir en forma clara y precisa cada una de las prestaciones de salud. Fue elaborado en un proceso que incluyó estudios técnicos y consensos de diferentes actores (autoridad sanitaria, prestadores, académicos).

Los principales capítulos del Catálogo son los siguientes:

- Modalidades de atención
- Profesionales y técnicos
- Procedimientos diagnósticos (alrededor de 1.600)
- Procedimientos terapéuticos y de rehabilitación (casi 3.000)
- Salud bucal
- Medicamentos y vacunas
- Transporte sanitario
- Programas de salud colectiva, definidos por el Dpto. de Programación Estratégica del MSP.

Dentro las modalidades de atención médica se incluyen atención ambulatoria coordinada en consultorio y domicilio; urgencia y emergencia institucional y extrahospitalaria; internación en sus diferentes niveles de cuidados; otras modalidades (internación domiciliaria, hospital de día, cirugía de día o corta estadía, cirugía ambulatoria); atención en centro quirúrgico; atención en sala de partos y cuidados paliativos.

Figura 2 – Línea de tiempo del proceso de elaboración del catálogo del SNIS, Uruguay 2006-2008



Los programas de salud colectiva, dependen del Departamento de Programación Estratégica y son considerados un componente principal del proceso de reforma. Fueron jerarquizados desde el punto de vista institucional en la anterior administración y se espera para esta etapa, donde el cambio de modelo de atención es uno de los principales objetivos, su contribución y liderazgo en el abordaje de los problemas de salud-enfermedad prevalentes en el país. Están organizados en cuatro áreas:

- Promoción y prevención: control de tabaco, nutrición, prevención de accidentes, salud bucal, salud mental, salud rural.
- Salud sexual y reproductiva: programa ITS/SIDA, programa salud de la mujer, violencia y salud.
- Ciclos de vida: programas adolescencia y juventud, salud del adulto mayor, niñez y salud del adulto.
- Enfermedades crónicas prevalentes: programa nacional de cáncer, hipertensión, diabetes, etc.

Asimismo, se trabaja en forma transversal en los distintos programas los siguientes abordajes: bioética y derechos, género, gestión de riesgos y daños.

Existe un sistema de reaseguro de cobertura nacional para la tecnología de mayor costo y baja prevalencia, denominado Fondo Nacional de Recursos (FNR) (Presupuesto USD 120.000.000 / año, alrededor del 6% del gasto en salud). Las prestaciones que incluye son: cateterismo cardíaco; angioplastia coronaria; cirugía cardíaca; marcapasos; cardiodesfibriladores; diálisis; grandes quemados; implante coclear; prótesis de cadera y rodilla; trasplantes: cardíaco, pulmonar, hepático, renal, médula ósea; tratamientos con medicamentos de alto costo (actualmente, el 30% del gasto de este organismo).

Los principales objetivos del FNR son: asegurar acceso equitativo a un conjunto de procedimientos y medicamentos considerados de alta especialización e impacto económico, en condiciones de calidad y sustentabilidad; preparar, difundir y revisar periódicamente protocolos de indicaciones; realizar seguimiento de resultados que permita la revisión y nueva toma de decisiones sobre inclusiones de prestaciones y sus protocolos de uso.

La necesidad de fortalecer el primer nivel de atención en el marco de la estrategia de APS es una de los principales objetivos de esta etapa de la reforma del sector.

Prestación de servicios

Los prestadores, ya sean públicos o privados no lucrativos, en su mayoría son integrados (brindan prestaciones mayoritariamente con servicios propios, en los tres niveles de atención y en sus diferentes complejidades). Para formar parte del SNIS deben garantizar las prestaciones del PIAS, es decir, deben ser **integrales**, aunque pueden para brindar las prestaciones, contratar y comprar servicios a terceros. El sector

público (ASSE) tiene organizado los servicios con criterio territorial. Algunos prestadores privados, sobre todo en el interior del país, organizan sus servicios con criterio territorial. Los demás, pueden tener usuarios en diferentes localidades y territorios, pues el usuario puede elegir libremente al prestador. Estos prestadores integrales deben suscribir contratos de gestión con la Junta Nacional de Salud para ser identificados como potenciales prestadores de salud de la población, bajo cobertura del Seguro Nacional de Salud, y, por tanto, recibir financiación del Fondo Nacional de Salud.

La cobertura a través del Seguro Nacional de Salud, con las incorporaciones previstas al 2016, será del 71% de la población. El resto de la población, accede a otras opciones de cobertura de acuerdo a su nivel socioeconómico a través del prestador público (ASSE) financiado por presupuesto nacional, o socio individual a través de pago de bolsillo de un prestador privado sin finalidad lucrativa o de un seguro privado comercial. También se mantienen la estructura propia de Sanidad Militar y Policial para este sector de población activa, jubilados de los respectivos ministerios y familiares directos.

A continuación se enumera el conjunto de prestadores de servicios de salud en Uruguay.

Prestadores Integrales con quienes contrata la JUNASA para brindar atención a los afiliados a través del SNS:

- ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado), prestador público con alcance nacional;
- IAMC (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva), instituciones mutuales o cooperativas de profesionales (en la actualidad la gran mayoría son cooperativas médicas), sin fines de lucro y reguladas por la autoridad sanitaria, 39 instituciones en todo el país;
- Seguros Privados Integrales, instituciones privadas con fines de lucro, reguladas por el MSP, 6 en Montevideo.

Prestadores públicos que brindan atención con distintos grados de integralidad:

- Hospital Universitario (Hospital de Clínicas)
- Hospital Policial
- Hospital Militar
- Sanatorio del Banco de Previsión Social
- Sanatorio del Banco de Seguros del Estado
- Policlínicas de las Intendencias Municipales
- Policlínicas de Empresas Públicas para sus funcionarios y familias

Prestadores privados que brindan atención parcial:

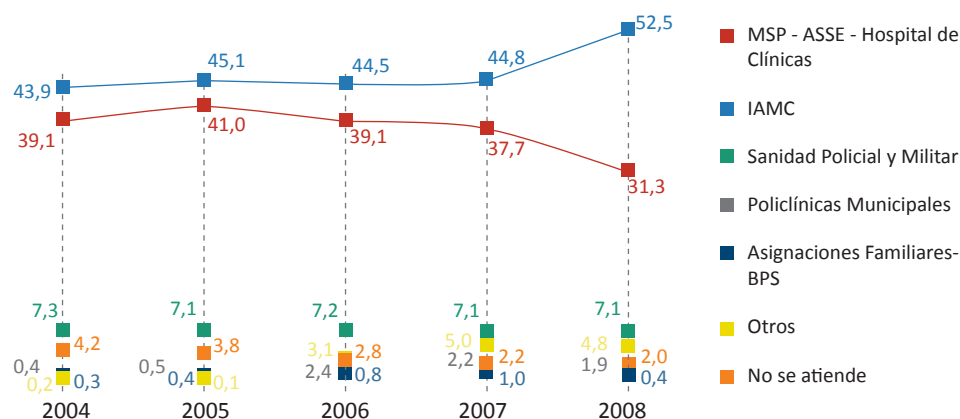
- Seguros parciales: quirúrgicos, odontológicos, emergencias móviles.

UNIVERSALIDAD, INTEGRALIDAD Y EQUITAD

Para este tema se sintetiza una parte del **Informe de Equidad** de 2006 elaborado por el Consejo Nacional de Políticas Sociales. Las dimensiones que se analizan en el Informe son: acceso, calidad, equidad, eficiencia y sustentabilidad del sistema, con dos perspectivas que transversalizan el análisis, el enfoque de derechos y las inequidades en salud y sus determinantes (CNPS, 2006).

El Gráfico 1 informa sobre el tipo de cobertura de salud que tiene la población, con independencia de si se accede a través del Seguro Nacional de Salud o a través de pago de bolsillo. En 2008, la cobertura por ASSE fue de 31,3% y por las IAMC de 52,5%.

Gráfico 1 - Evolución de la cobertura en salud, Uruguay, 2004-2008



La Tabla 2 refiere el porcentaje de asegurados FONASA sobre el total de usuarios de cada institución. Por ejemplo, del 100% de usuarios de ASSE, un 10,3% acceden a través del Seguro Nacional de Salud y del 100% de las IAMC, un 73,4% acceden a través del FONASA (2011).

Tabla 2 - Tipo de cobertura de salud, Uruguay, 2011

	FONASA	Afiliados totales
ASSE	10,3%	1.281.123
IAMC	73,4%	1.872.639
Seguros Privados	39,1%	79.641
Hospital Militar	n/c	166.700
Hospital Policial	n/c	126.988

En cuanto a la cobertura total, el 96,3% de la población está afiliada a una IAMC, ASSE o Seguro Privado. Si se consideran además el Hospital Militar y el Policial, debido a la doble cobertura, el porcentaje es superior al 100%.

La Tabla 3 presenta detalles de las coberturas en salud de 2007 a 2011 por tipo de prestador de servicios de salud (ASSE, IAMC y seguros privados) y por tipo de afiliación (Seguro Nacional de Salud, individual y colectiva). La afiliación privada individual o colectiva corresponden a pago de bolsillo, todavía la afiliación colectiva tiene algún tipo de beneficio (por ejemplo: exoneración de tasas moderadoras) a través de convenio colectivo entre un grupo, generalmente algún gremio de trabajadores y la institución proveedora, en general una IAMC.

Según estos datos, en 2011, el 96% de los uruguayos estaban cubiertos por algún tipo de seguro de salud integral. El Seguro Nacional de Salud (FONASA) cubría 1.797.029 personas, correspondiendo a 53% de la población total de 3.368.595. No tenían cobertura de aseguramiento a través del Seguro Nacional de Salud (no FONASA) 1.434.087 (IAMC colectivo, IAMC individual IAMC otros, ASSE resto, seguros privados colectivo e individual y otros). Pero entre estos la gran mayoría contaba con otra cobertura, sea por afiliación individual o colectiva, además de las coberturas de la Sanidad Militar y Policial estimada en 7%, no presentada en esta tabla. Si se considera otros servicios de salud no integrales (BPS, Policlínicas Municipales, etc.) el porcentaje de población sin cobertura propiamente dicha es muy bajo. La encuesta poblacional en 2010 estimó que sólo el 2,8% de los uruguayos no tiene cobertura de salud.

Otros 996.449 (ASSE /resto no FONASA) correspondiendo a 31% de los asegurados, o 30% de la población total, son usuarios con cobertura de salud en ASSE a través del Carné de Salud gratuito o arancelado (la mayoría es gratuito) y están cubiertos por los servicios públicos de ASSE.

Así, el 83% de los uruguayos están cubiertos por esquemas públicos (47% IAMC/FONASA, 34% ASSE, 1,3% Seguros privado/FONASA). Si se considera la Sanidad Policial y Militar con cobertura de 7%, se alcanza una cobertura pública de 90%. Por seguros privados no FONASA está cubierto otro 1,2% y por IMAC no FONASA, otro 12% de la población (hay dobles coberturas).

Tabla 3 – Coberturas en salud por tipo de prestador y por tipo de afiliación de aseguramiento, Uruguay, 2007-2011

Beneficiarios del SNIS	Tipo de cobertura	2007*	2008	2009	2010	2011**
IAMC	FONASA	764.066	1.277.444	1.335.470	1.405.780	1.587.212
	Colectivo	319.900	235.213	234.285	223.248	161.880
	Individual	378.889	276.327	268.576	259.208	227.212
	Otros	29.019	17.766	10.685	10.084	9.039
	Sub total	1.491.874	1.806.750	1.849.016	1.898.320	1.985.343
ASSE	FONASA	25.713	93.462	132.184	152.766	165.509
	Resto	1.275.634	1.117.130	1.148.939	1.073.656	996.449
	Sub total	1.301.347	1.210.592	1.281.123	1.226.422	1.161.958
Seguros Privados Integrales	FONASA	x	25.578	26.571	31.757	44.308
	Colectivo	x	21.214	21.936	19.385	14.823
	Individual	x	27.880	29.572	30.015	24.449
	Otros	x	202	282	328	235
	Sub total	69.167	74.874	78.361	81.485	83.815
Total		2.862.388	3.092.216	3.208.500	3.206.227	3.231.116

Fuentes: Censos del SINADI (usuarios); * A diciembre de 2007 no existía la información de usuarios desagregada en esas categorías para los Seguros Privados **noviembre de 2011 (IAMC y seguros), setiembre de 2011 (ASSE)

La evolución de la cobertura en salud se caracteriza en los pocos años que lleva implementándose la reforma en tres movimientos de usuarios:

- Crece la cobertura en las IAMC, con las siguientes características:
 - mayor en los tramos más adultos (lo inverso sucede en la población de ASSE y Hospital de Clínicas);
 - mayor cobertura de las IAMC en Montevideo (60% vs. 21% ASSE-Clínicas) que en el Interior (sólo 46% en las IAMC vs 41,1% en ASSE);
 - mayor cobertura IAMC (y menor ASSE-Clínicas) cuanto mayor nivel socio-económico.
- Se descongestiona el sector público y al mismo tiempo se dispone de un mayor presupuesto asignado.
- Crecen los seguros privados, aunque siguen representando una baja proporción de la población, como ocurre históricamente.

Se destacan dentro de los cambios en el aseguramiento en el período 2006-2008:

- Una menor brecha en la atención en salud público-privada entre los distintos estratos socio-económicos.
- Una ampliación del aseguramiento en todos los deciles, siendo más significativa en los de menores ingresos.

Accesibilidad

A partir de la reforma se ha desarrollado la normativa específica, implementando sistemas de información con indicadores que permiten monitorear diferentes dimensiones de acceso, y se ejecutan de manera sistemática acciones de fiscalización de los prestadores de salud.

Los contratos de gestión son otro instrumento que prioriza los temas de acceso funcional a los servicios, exigiendo mayor disponibilidad horaria de atención, polí-clínicas los sábados y coordinación de consulta vía telefónica, entre otros aspectos.

Una mención especial se debe hacer sobre el Programa de Salud Rural de reciente aprobación, que define obligaciones para los prestadores que tienen beneficiarios en las zonas del territorio nacional con centros poblados con menos de 5.000 habitantes.

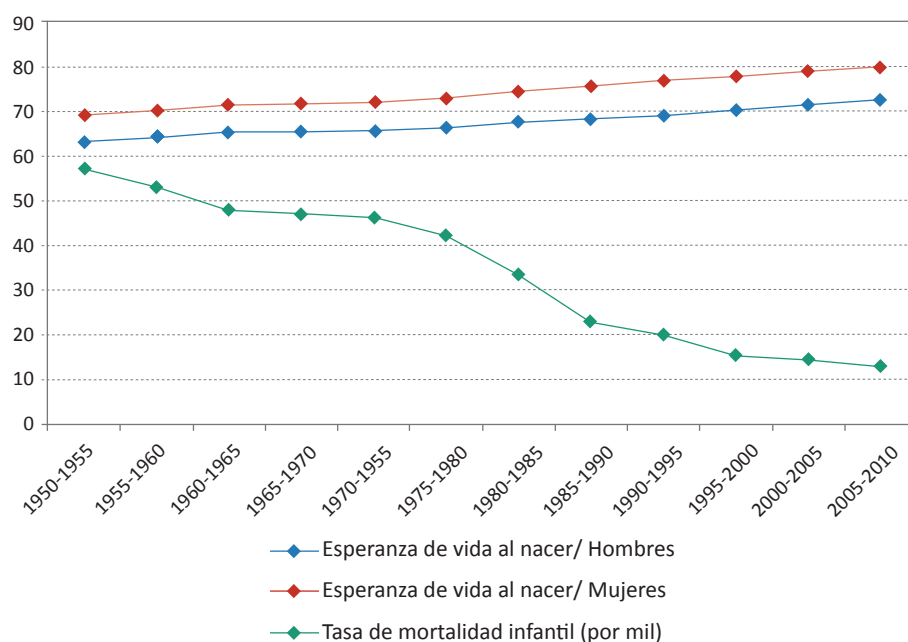
La aprobación y difusión de la cartilla de derechos de los usuarios, sumadas a la presencia de sus representantes en diferentes ámbitos de la institucionalidad del SNIS, son componentes que también contribuyen en los procesos de mejora de las condiciones de acceso.

A pesar de las diferentes medidas tomadas en cuanto a exoneraciones y reducciones de tasas moderadoras, sigue habiendo gran preocupación por el problema de acceso económico, en particular para la población de menores ingresos que elige prestadores privados para la atención de su familia.

Resultados en salud

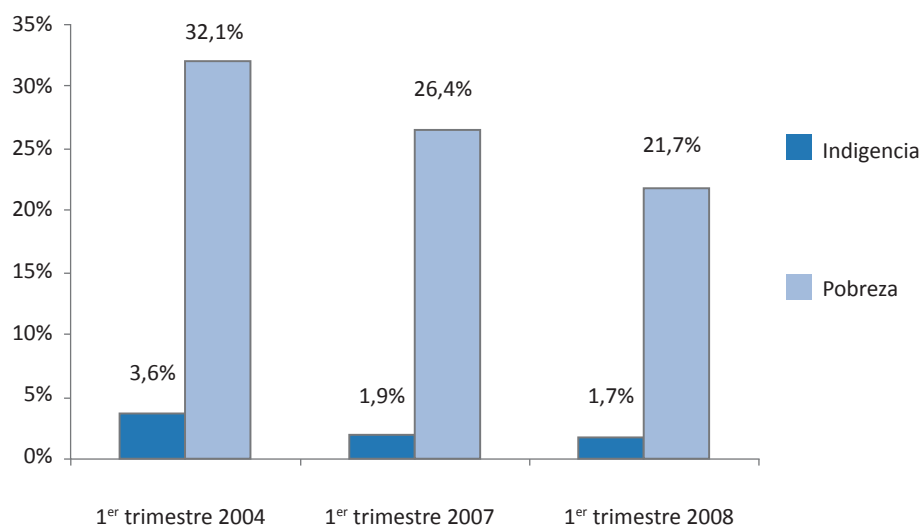
En cuanto a los indicadores sobre el estado de salud, las series históricas muestran mejoras en los resultados medidos con los indicadores clásicos de mortalidad (Infantil, materna y esperanza de vida al nacer). Si bien los indicadores sanitarios están mejorando, quedan aún brechas para seguir avanzando, en particular a partir del fortalecimiento de un modelo de atención basado en la estrategia de APS y del enfoque de determinantes sociales de salud.

Gráfico 2 – Evolución de la esperanza de vida al nacer y de la mortalidad infantil, Uruguay 1950-2010



En cuanto a los indicadores sobre determinantes sociales, en un contexto precedido por un importante deterioro de las condiciones de vida de la población, se destaca una disminución continua del nivel de pobreza e indigencia durante el período 2005-2009, tendencia que continua hasta el momento de elaboración de este informe (agosto de 2011).

Gráfico 3 – Evolución de la incidencia de la pobreza e indigencia, Uruguay, 2004-2008



Algunos otros indicadores alertan sobre la persistencia de **resultados inequitativos fuertemente ligados a los determinantes sociales de la salud**, área en la que se está desarrollando un trabajo interinstitucional desde el Ministerio de Salud, junto con otras estructuras del Estado, como se describe en el capítulo específico. A modo de ejemplo, y priorizando la mirada de las inequidades en mujeres embarazadas y niños, se puede constatar que una importante proporción de niños crecen acumulando déficit nutricional y presentan retardo en el crecimiento y rezago en el desarrollo infantil. Por otra parte, solo la tercera parte de los jóvenes de 20 años han completado la educación media y el 18% de los niños nacen de madres menores de 20 años. Además, menos del 50% de las madres con bajo nivel educativo tiene una captación precoz y control adecuado de su embarazo, aumentando la probabilidad de que el niño tenga bajo peso al nacer y, finalmente, estos niños tienen mayor probabilidad de tener un retardo de crecimiento.

Dentro de los indicadores de cobertura se destacan los elevados niveles de cobertura sanitaria; la universalidad del plan de vacunaciones; la atención de los nacimientos con personal técnicamente capacitado; la entrega por parte del sector público, en forma gratuita, de métodos anticonceptivos; avances en el nivel de coordinación de las políticas públicas y del abordaje de las acciones en red, permitiendo la acción articulada entre sectores.

FINANCIAMIENTO EN SALUD

Con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en 2008 con el objetivo de ofrecer cobertura universal y de disminuir la segmentación del sistema, se cambia el modelo de financiamiento del sistema de salud uruguayo con la constitución del Seguro Nacional de Salud (SNS), independizando la pertenencia al seguro de la forma de inserción laboral.

El SNS tiene como objetivo amparar a todos los uruguayos, tanto a trabajadores dependientes como independientes y también a la población sin capacidad de contribución. Es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública (MSP), con participación de trabajadores, usuarios y representantes de las instituciones que prestan servicios integrales.

El SNS se conforma a partir del Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social (ex DISSE), al cual tenían derecho hasta ese momento todos los trabajadores privados del país, y es financiado por el FONASA, creado en agosto de 2007 (Ley 18.131), fecha a partir de la cual se comienza la ampliación de la cobertura de la seguridad social a nuevos colectivos.

En primer lugar, quedan incluidos en el FONASA los trabajadores privados que integraban la ex DISSE y los trabajadores públicos sin cobertura, así como los pasivos

de menores ingresos (menos de 2,5 veces la Base de Prestaciones y Contribuciones o BPC, cuyo valor en enero de 2008 era de \$1755 pesos, equivalente a USD 84). Luego, en enero de 2008, ingresan los hijos menores de 18 años y/o discapacitados a cargo de un beneficiario FONASA y aquellos trabajadores que estuvieran dentro del seguro y se jubilen. En marzo de ese año se hizo efectivo el ingreso del resto de los trabajadores públicos y, por último, en julio ingresaron los trabajadores de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), la Universidad de la República (UDELAR) y el Poder Judicial.

Los colectivos cuyo ingreso que se irá realizando paulatinamente son: los cónyuges de trabajadores/as, los profesionales y los trabajadores con cobertura, a través de cajas de auxilio y sus familias y los jubilados con ingresos mayores a 2,5 BPC.

El financiamiento del seguro es a través de aportes patronales del 5% sobre las retribuciones y, en el caso de los trabajadores, de 3% para quienes perciben menos de 2,5 BPC, y de 4,5% y 6% en caso de superar ese límite y según tengan o no hijos menores y/o discapacitados a cargo. Las tasas son similares para los jubilados.

Estos aportes otorgan al trabajador el derecho a la atención de su salud y la de sus hijos en cualquiera de los prestadores integrales del SNIS, sea el público, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), o las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) o Seguros Integrales.

La JUNASA administra el SNS, firmando contratos de gestión con los prestadores integrales a quienes paga una “cuota salud” por cada beneficiario.

Dicha cuota salud consta de un componente *cápita* ajustado por edad y sexo de los usuarios y un pago por el cumplimiento de metas asistenciales. Los contratos de gestión establecen además un conjunto de obligaciones asistenciales, de acceso, información, etc., cuyo incumplimiento está sujeto a sanciones que implican la suspensión total o parcial, temporal o definitiva de los pagos correspondientes.

Las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) 1994-95, 1997-98, 2000-2001 y 2004 fueron un importante insumo en el diseño del cambio del modelo de financiamiento, permitiendo identificar las principales inequidades y establecer las prioridades en el proceso de avance hacia un seguro nacional de salud universal. En las cuentas del 2008 se utiliza como base la Guía de producción de las cuentas nacionales de salud con aplicaciones especiales para países de bajo y mediano ingreso. Varios técnicos que participan de su elaboración han estado en diferentes instancias de armonización de estadísticas en salud a nivel regional.

Se elaboraron 3 matrices para cada uno de los años del período, analizando cuatro dimensiones del gasto:

- Fuentes de financiamiento/Agentes de financiamiento
- Agentes de financiamiento/Proveedores
- Costo de los Factores/Proveedores

Las fuentes de datos utilizadas fueron las siguientes: estados de resultados enviados por las instituciones privadas al SINADI; ejecución presupuestal de ASSE; rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal (CGN); agentes y/o proveedores de servicios de salud de los organismos públicos; Instituto Nacional de Estadística: Serie IPC; Banco Central del Uruguay: Serie PIB y tipo de cambio; Encuesta de Hogares de 2006.

Los gastos totales en salud en Uruguay corresponden a 7,5% del producto bruto interno (PBI) (2008) con aumento de participación del gasto público en el total de gastos en salud que alcanzó 63,8% en 2008 (OPS/MSP, 2010).

A continuación se presentan los principales resultados de los estudios de las Cuentas Nacionales de Salud 2008 y su comparación con el período previo a la reforma.

Tabla 4 – Evolución del gasto en salud, Uruguay, 2004-2008

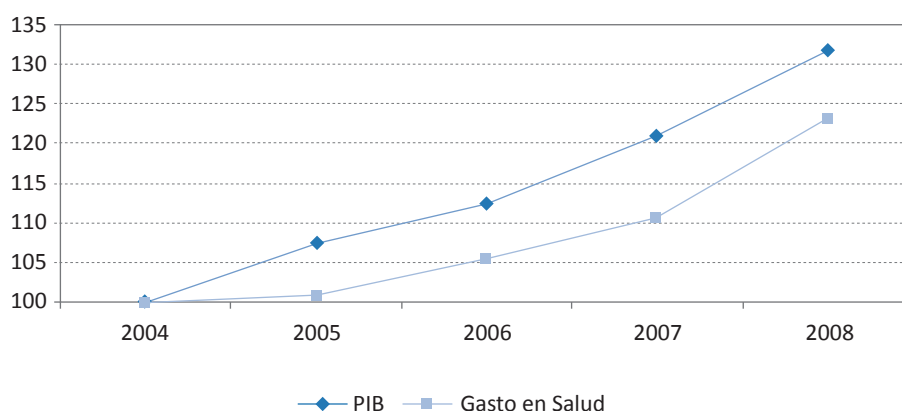
Año	Población	Gasto Millones US\$	Gasto / PIB (en %)	Gasto per cápita anual (pesos constantes de 2008)
2004	3.301.732	1.160	8,5	12.418
2005	3.305.723	1.430	8,2	12.498
2006	3.314.466	1.608	8,1	13.061
2007	3.323.906	1.870	7,7	13.661
2008	3.334.052	2.410	7,5	15.145

Fuente: OPS/MSP, 2010. Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008, Uruguay

El gasto en salud creció 23,1% (real) entre los años 2004 y 2008 y el gasto per cápita creció 22% en términos reales en el mismo periodo.

A pesar del crecimiento real del 23% en el gasto en salud, el PBI crece aún más en el período (32%) como puede verse en el gráfico siguiente, con lo cual cae la relación gasto en salud/PBI.

Gráfico 4 – Evolución del PIB y del gasto en salud a precios constantes de 2008, Uruguay, 2004-2008



Fuente: OPS/MSP, 2010. Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008, Uruguay

Para los gastos públicos, las principales fuentes son los impuestos generales y departamentales, con 40%, y la Seguridad Social, con 57%. Los recursos de la Seguridad Social provienen de contribuciones de los empleadores (40%), contribuciones de los empleados (36%) y transferencias del Gobierno (19%). Los gastos privados corresponden a los gastos de hogares con prepagas (52%), copagos (13%) y gastos de bolsillo directos (34%).

Entre 2005 y 2008, el financiamiento público crece 53,1% en términos reales mientras que el financiamiento privado disminuye 11,2% en el mismo período.

Tabla 5 – Fuentes de financiamiento (en millones de pesos de 2008), Uruguay, 2005-2008

Gasto en salud con financiamiento público	2005	2006	2007	2008
Impuestos generales y departamentales	9.629	10.757	11.743	13.118
Precios	866	840	857	588
Seguridad Social	10.545	11.537	12.258	18.512
Total Público	21.040	23.134	24.858	32.219
% Gasto público/gasto total en salud	51,04%	53,49%	54,91%	63,81%
Gasto en salud con financiamiento privado	2005	2006	2007	2008
Hogares	20.138	20.036	20.278	17.878
Otros	41	82	133	394
Total privado	20.180	20.117	20.411	18.273
% Gasto privado/gasto total en salud	48,96%	46,51%	45,09%	36,19%
Gasto total en salud	41.220	43.251	45.269	50.491

Fuente: OPS/MSP. 2010. Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008, Uruguay

Los agentes de financiamiento son los organismos o instituciones que canalizan los fondos provenientes de las distintas fuentes, utilizándolos para comprar servicios de salud. Existen agentes tanto públicos como privados y una de las principales características del sistema de salud de Uruguay es que muchos agentes de financiamiento son también prestadores de servicios de salud.

Los agentes de financiamiento cuya tarea principal es actuar como intermediarios de fondos son el Banco de Previsión Social – SNS, que compra servicios de salud para sus beneficiarios a las IAMC; los seguros privados integrales y ASSE; el FNR, que compra servicios de medicina altamente especializada a los IMAE; y los seguros convencionales. Los agentes de financiamiento que son además prestadores directos de los servicios, son las IAMC, ASSE y los seguros privados integrales.

En cuanto a los agentes de financiamiento, el informe de las Cuentas Nacionales destaca:

- Los recursos recibidos por la **ASSE** crecieron 55,6% llegando a administrar el 27% del total de los fondos en 2008.
- Las **IAMC** mantuvieron su importancia como proveedores, pero su peso como agente disminuyó. En 2005, recibían 22,6% del total de recursos como agentes y hacían uso del 44,9% como proveedores. En 2008, esas cifras pasaron a ser 13,9% y 44,5% respectivamente.
- Los fondos intermediados por el **BPS-FONASA** crecieron 111,1%. En 2008 se produjo el crecimiento más importante: 73,8% respecto de 2007 a partir del ingreso de nuevos colectivos al Seguro Nacional de Salud.
- Los agentes públicos administran el 64,1% de los fondos.

Las estimaciones preliminares indican que entre 2005 y 2008 el gasto de bolsillo (tasas moderadoras, copagos y pagos directos) de los hogares disminuyó 6% en términos reales y su participación en el gasto nacional en salud cayó de 22% a 17% (Tabla 6).

Tabla 6 – Fuentes privadas en salud (millones de pesos 2008), Uruguay, 2005-2008

Destino	2005	2006	2007	2008	Var %
Prepago	11.101	11.421	11.858	9.395	-15,36%
Tasas moderadoras y Copagos	2.477	2.291	2.294	2.303	-7,03%
Pago directo de los hogares	6.568	6.349	6.173	6.176	-5,96%
Total	20.145	20.060	20.325	17.874	-11,28%

Fuente: OPS/MSP. 2010. Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008, Uruguay

El crecimiento del gasto que realiza ASSE determinó que su participación en el total aumentara el 37,2% en el periodo, pasando de 13,7% del gasto total en salud en 2005 a 18,8% en 2008 (Tabla 7). La participación en el total del gasto en salud de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), el principal proveedor privado, se ha mantenido en torno al 44%, a la vez que se verifica un crecimiento de los Seguros Privados Integrales que pasan de 3,7% del total a 4,8%.

Tabla 7 – Participación de los proveedores de servicios en los gastos de salud, Uruguay, 2005-2008

Participación (%)	2005	2006	2007	2008
ASSE	13,7	15,2	16,7	18,8
Hospital Militar	2,1	1,8	1,9	2,1
Hospital Policial	1,1	1,1	1,2	1,2
Hospital de Clínicas	1,7	1,8	1,9	2,2
BPS - Sanatorio	1,5	1,4	1,4	1,2
BSE - Sanatorio	1,1	0,9	0,9	0,8
Policlínicas IMM	0,5	0,5	0,5	0,4
Intendencias del interior	0,3	0,3	0,2	0,2
Otros proveedores públicos	3,8	4	3,9	3,9
Tot. públicos	25,8	27,1	28,6	30,8
IAMCS	44,9	45	44,5	44,5
Seguros privados integrales	3,7	4,4	4,4	4,8
Seguros parciales	6,1	5,7	5,5	4,5
Otros proveedores privados	19,5	17,8	16,9	15,4
Tot. privados	74,2	72,9	71,4	69,2
Total general	100	100	100	100

Fuente: OPS/MSP. 2010. Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008, Uruguay.

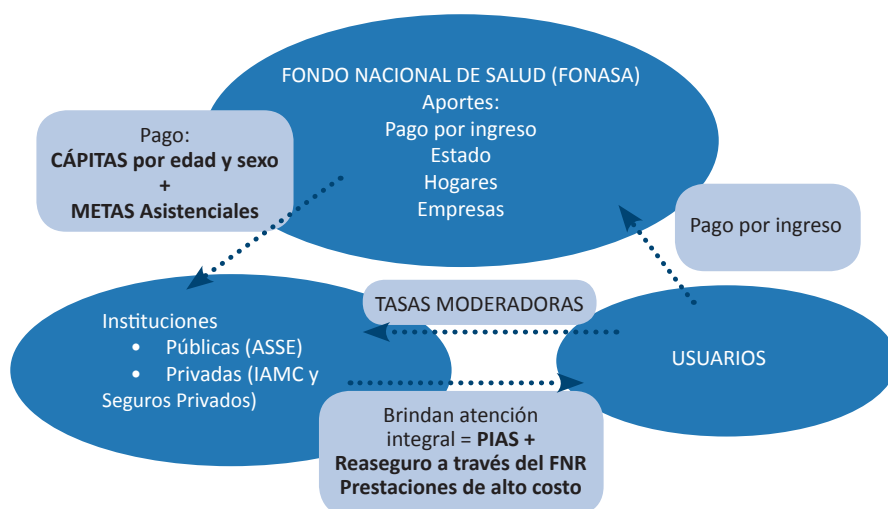
El gasto en salud por usuario en ASSE se duplicó entre 2005 y 2008, pasando de 312 \$ en 2005 a 654 \$ en 2008. Se constata una reducción de la brecha existente en el gasto por usuario entre ASSE y IAMC: en 2005 el gasto per cápita de las IAMC era 3,5 veces el de ASSE, mientras que la relación cayó a 1,6 en 2008.

Las principales conclusiones del Informe de Cuentas Nacionales son: el cambio en el modelo de financiamiento del sistema de salud se refleja claramente en los resultados de las CNS 2005-2008 con:

- Incremento del financiamiento público vía impuestos y seguridad social.
- Disminución del financiamiento privado.
- Disminución del gasto privado de los hogares, tanto en su componente de prepago como en el gasto de bolsillo, mejorando la equidad en el financiamiento del sistema.
- Disminuye la brecha del gasto per cápita entre públicos y privados.

En la Figura 3 pueden observarse los diferentes flujos monetarios del SNIS.

Figura 3 – Modelo de financiamiento del SNIS, Uruguay



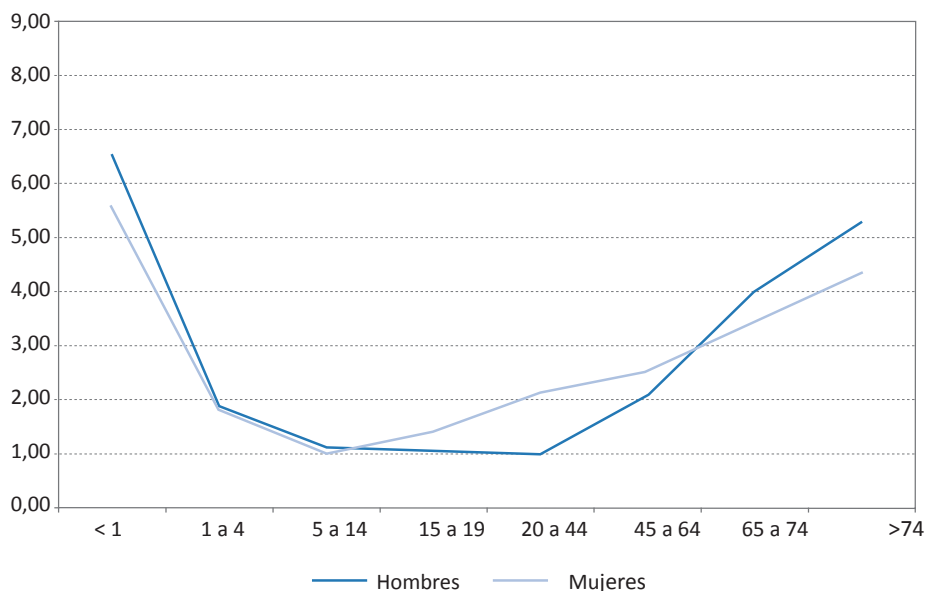
El sistema de pago desde el FONASA a los prestadores integrales, consiste en una Cuota Salud por cada beneficiario bajo cobertura por el SNS, con dos componentes: cápitas ajustadas por edad y sexo y metas asistenciales. El pago *per cápita* ajustado por riesgo, es un mecanismo que intenta eliminar los incentivos a la selección de riesgos manteniendo los incentivos a la eficiencia y donde el pago varía en función de algunas características de los afiliados (sexo y edad) y/o de los costos esperados de la asistencia.

Para su cálculo, se realiza un análisis retrospectivo del gasto, tomando en cuenta el promedio anual del gasto en que las IAMC incurren para dar cobertura a las prestaciones incluidas en el catálogo de Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS).

El gasto promedio por usuarios según sexo y edad (cápita) se estima considerando el gasto por institución para la producción de cada servicio asistencial; la cantidad demandada de cada servicio asistencial por los usuarios de cada tramo de edad y sexo; y el número de usuarios registrados en la institución de cada tramo de edad y sexo.

A continuación presentamos el Gráfico 5 que contiene la estructura relativa de cápitas para los diferentes grupos por edad y por sexo.

Gráfico 5 – Cápitas en salud ajustadas por edad y sexo, Uruguay



Las cápitas constituyen una de las formas de pago a los prestadores, siendo un instrumento potente para contribuir desde el financiamiento al cambio de modelo de atención. Son también una herramienta novedosa en nuestro medio para incentivar el trabajo por resultados, generando premios y castigos de acuerdo con ellos. El pago por desempeño necesita mostrar los beneficios en la salud de la población, de lo contrario podrían ser sólo buenas intenciones.

MACROGESTIÓN

La rectoría del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) es ejercida por el Ministerio de Salud Pública que: elabora las políticas y normas para la organización del SNIS; habilita los prestadores de servicios integrales de salud; aprueba los programas de prestaciones integrales de salud que los prestadores públicos y privados que integran el SNIS deben brindar a sus usuarios; instrumenta un sistema nacional de información y vigilancia en salud; regula y desarrolla políticas de tecnología médica y de medicamentos; formula política de promoción de salud y promueve la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.

La JUNASA administra el Seguro Nacional de Salud, firmando contratos de gestión con los prestadores integrales y paga a los prestadores una cápita por cada beneficiario.

Los contratos de gestión constituyen un instrumento de gestión por resultados que busca incentivar a los prestadores a cumplir un conjunto de actividades espe-

cíficas, tendientes al logro de objetivos delineados en el marco de la reforma del sistema de salud. El Artículo 15° de la ley 18.211 que crea el SNIS establece que *“la Junta Nacional de Salud suscribirá un contrato de gestión con cada uno de los prestadores que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que impone a éstos la ley”*.

Algunas de las recomendaciones relevadas para el diseño, indican que este tipo de instrumento debería ser:

Simple y directo. Es aconsejable que en un primer momento se describan objetivos alcanzables y medibles. Los compromisos deben negociarse sobre bases realistas, de acuerdo a la información disponible.

Responsabilidades y procedimientos claros. Ambos facilitan la transparencia y credibilidad.

Pocos objetivos, metas e indicadores. Se hace difícil medir el resultado si hay demasiados objetivos o éstos se cambian constantemente.

Sistema de monitoreo fuerte, consistente y constante. Los sistemas de información juegan un papel central en este aspecto, tanto para negociar compromisos sobre bases realistas como para verificar lo acordado.

Premios y castigos poderosos y explícitos, de manera de lograr incidir en el comportamiento de los agentes. Los incentivos deben ser fuertes para lograr cambiar la conducta de los agentes y las sanciones si existen deben aplicarse.

Mecanismo imparcial de resolución de controversias. Para que los contratos sean un proceso justo es necesario que las diferencias de criterio en los resultados de la evaluación puedan resolverse con una función de conciliación entre ambos.

Los contenidos del contrato suscrito por la JUNASA y los prestadores integrales son los siguientes:

- **Prestaciones y acceso:** obligatoriedad de brindar a todos los usuarios una canasta de prestaciones que garantice equidad, tiempos de espera y horarios de atención.
- **Usuarios:** asegura la cobertura a todos los usuarios amparados por el sistema.
- **Forma y condiciones de pago:** establece la cuota salud que se pagará a cada prestador.
- **Cambio en el modelo de atención:** líneas de acción en promoción y prevención de salud.
- **Mecanismos de control y sistemas de información:** obligatoriedad de presentar información ante el MSP. Establece a la Junta Nacional de Salud, los mecanismos para controlar las obligaciones de cada prestador.
- **Participación de usuarios y trabajadores:** creación de consejos consultivos.
- **Información y atención al usuario:** definición de cartillas de derechos y deberes, oficinas de atención al usuario, página web con cartera de servicios y horarios.
- **Sanciones:** los incumplimientos del contrato dan lugar a las sanciones previstas.

VIGILANCIA EN SALUD

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay desarrolla la vigilancia en salud nacional esencialmente a través de la División de Epidemiología, la División de Salud Ambiental y Ocupacional y la División de Evaluación Sanitaria (fármacos, alimentos).

La División de Epidemiología centraliza las funciones de vigilancia de enfermedades de notificación obligatoria, enfermedades inmunoprevenibles, enfermedades de transmisión sexual, infecciones hospitalarias, vigilancia laboratorial, eventos zoonóticos, enfermedades no transmisibles y eventos ocurridos en puntos de entrada.

Asimismo centraliza las acciones de detección, evaluación y respuesta determinadas por el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) a nivel nacional, incluyendo puntos de entrada designados. Se encuentra en funcionamiento desde el año 2011, el Centro Nacional de Enlace para el RSI (2005) a través del cual se centralizan las acciones de detección y respuesta a eventos, desarrolladas por equipos de respuesta rápida.

La determinación de los eventos sujetos a notificación obligatoria se establece en el Decreto 64/004 “Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria” (MSP, 2004). Actualmente se encuentra en proceso de revisión el mencionado código, para armonizar sus contenidos con los requerimientos establecidos en el Reglamento Sanitario Internacional.

Las funciones de vigilancia alimentaria y de fármacos son compartidas entre la División de Epidemiología y la División de Evaluación Sanitaria, por ejemplo a través de la vigilancia de eventos adversos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI) y de las enfermedades transmitidas por alimentos. La División Salud Ambiental y Ocupacional realiza la tarea de identificar, analizar, prevenir y controlar los factores y situaciones de riesgo ambiental y ocupacional que afecten la salud.

Cuadro 2 – Enfermedades y eventos de notificación obligatoria, Uruguay

Grupo A Notificación inmediata en el día por la vía de comunicación más rápida disponible: telefónica, fax, telegrama o personalmente a partir de que se sospecha la enfermedad.	Grupo B Notificación dentro de la primera semana a partir de la sospecha de la enfermedad mediante comunicación telefónica, fax, telegrama, correo, correo electrónico o personalmente
Dengue Difteria Enfermedad eruptiva febril Enfermedad meningocócica Enfermedad transmitida por alimentos (ETA) Enfermedades de notificación internacional: Fiebre amarilla – cólera – peste – síndrome respiratorio agudo severo (SARS) Hantavirus Intoxicaciones agudas Meningitis Ofidismo, aracneísmo (notificación inmediata por doble vía a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica y al Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico – CIAT- de la Facultad de Medicina) Parálisis flácida aguda Personas mordidas Rabia animal Rabia humana Sífilis connatal Síndrome de rubéola congénita Tétanos Tétanos neonatal Cualquier enfermedad o evento sanitario de riesgo que se presente en forma inusitada	Accidente de trabajo y enfermedad profesional (notificación por doble vía a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica y al Banco de Seguros del Estado) Accidente de tránsito Brucelosis Carbunco Enfermedad de Chagas Enfermedad de Creutzfeldt - Jakob Exposición a contaminantes ambientales: plomo – mercurio – plaguicidas: organofosforados y/o carbamato Fiebre Q Fiebre tifoidea Hepatitis A Hepatitis B, C y otras Hidatidosis Lepra Leptospirosis Malaria Notificación negativa semanal de: enfermedad eruptiva febril – parálisis flácida aguda Paperas Riesgo nutricional Tos convulsa Tuberculosis Varicela VIH/SIDA

Vigilancia de enfermedades no transmisibles

El Ministerio de Salud de Uruguay desarrolla la vigilancia de las enfermedades no transmisibles por medio del monitoreo de la morbilidad y el monitoreo de la mortalidad por enfermedades no transmisibles.

El monitoreo de la morbilidad por enfermedades no transmisibles se realiza a través del procesamiento de las siguientes fuentes de datos:

Encuesta STEPS (MSP, 2006): A través de esta encuesta fue posible conocer la prevalencia de los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles, en la población de 25 a 64 años de edad, en localidades de diez mil habitantes o más del Uruguay. Fue relevada la prevalencia de los principales factores de riesgo conocidos: presión arterial elevada (30,4% ambos sexos), glicemia elevada (5,5% ambos sexos), sobrepeso/obesidad (56,6% ambos sexos), sedentarismo (35,1% ambos sexos), colesterolemia elevada (27,4% ambos sexos), dieta inadecuada (84,9%), consumo abusivo de alcohol (17,4 % hombres, 7,9% mujeres).

Si tomamos en cuenta la presencia, en la población uruguaya, de factores de riesgo simultáneos (ser fumador diario, consumo de menos de 5 porciones de frutas y vegetales por día, sedentarismo, sobrepeso y obesidad y presión arterial elevada), el 56,8% de la población presenta tres o más factores de riesgo y **solamente 2,7% no presenta ninguno**.

Encuesta GSHS 2006 (*Global School-based student health survey*): Esta encuesta relevó la presencia de factores de riesgo en estudiantes de ambos sexos. Se destaca que el 14,8% de los adolescentes encuestados, presentó sobrepeso; 22,6% de consumo inadecuado de frutas y verduras; 59,5% consumió alcohol en el último mes; 19,0% fumó cigarrillos, uno o más días, en los últimos 30 días.

Encuesta GATS (Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos, 2009): La encuesta relevó los hábitos de consumo de tabaco en la población uruguaya destacándose que el 25% de los encuestados son considerados como fumadores actuales (30,7% hombres y 19,8 mujeres).

Egresos hospitalarios: Monitoreo y análisis de los egresos hospitalarios de todo el país codificados por CIE-X.

El monitoreo de la mortalidad por enfermedades no transmisibles comprende el procesamiento y análisis de las muertes ocurridas por enfermedades no transmisibles en todo el país. Dicha información es proporcionada por la Unidad de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública.

Red de diagnóstico laboratorio para la vigilancia en salud

Se encuentra en proceso de implementación la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNL). Dicha implementación responde a una decisión política en el marco del proceso de descentralización, optimización de los recursos, ampliación de la cobertura nacional y accesibilidad a los servicios. Se prevé que la RNL integre los componentes asistenciales y de salud pública, buscando sinergias entre ambos y reduciendo las brechas entre la Dirección de Laboratorios de Salud Pública, la vigilancia epidemiológica y los efectores de servicios.

En estrecha coordinación con los programas verticales de vigilancia y en el marco del Reglamento Sanitario Internacional, se establecerán requisitos básicos técnicos y administrativos (infraestructura, recursos humanos, equipamiento, insumos y algoritmos, flujogramas y procedimientos estandarizados), así como mecanismos de supervisión y evaluación por niveles resolutivos que faciliten la implementación de una plataforma técnica jerarquizada, dinámica y flexible.

Se prevé el diseño e implementación de un sistema de información unificado y compatible. La implementación de la red y la sistematización de la información deben ser los ejes integradores del proceso de desconcentración y ampliación de la cobertura de los servicios, tanto asistenciales como de vigilancia, en el país. Como parte del proceso de implementación se prevé la búsqueda de mecanismos centralizados

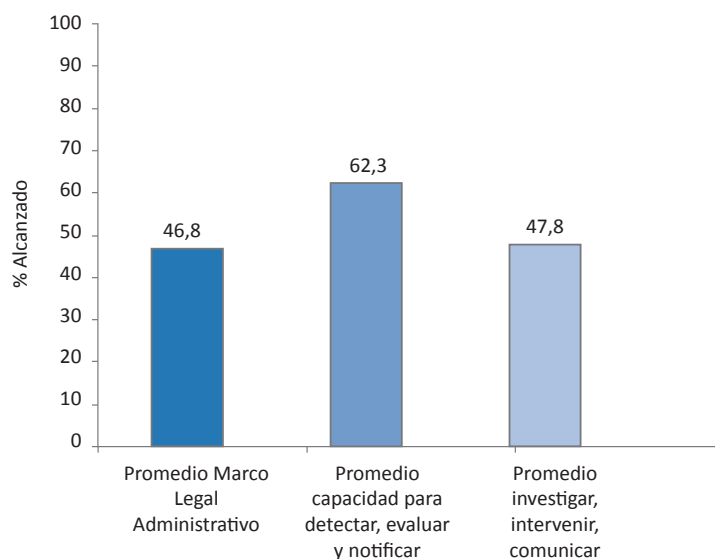
de compra (economía de escala, unificación de metodologías y equipamiento) para los equipos e insumos esenciales en el diagnóstico de las enfermedades priorizadas bajo vigilancia epidemiológica.

Un aspecto importante a considerar es la normalización de las funciones de la proyectada RNL para garantizar su funcionamiento adecuado y viabilidad.

Implementación del Reglamento Sanitario Internacional de 2005

Uruguay ha llevado adelante procesos de evaluación de capacidades básicas a nivel nacional, subnacional y en puntos de entrada designados (puertos y aeropuertos). Hasta la actualidad, el país no cuenta con pasos terrestres fronterizos designados para el Reglamento Sanitario Internacional. En octubre de 2008, se desarrolló una evaluación externa del nivel de implementación del RSI (2005), llevada a cabo por la Dra. Elena Pedroni (asesora regional OPS/OMS para RSI). Durante dicha evaluación se establecieron niveles de implementación de capacidades básicas, que pueden observarse el Gráfico 6.

Gráfico 6 - Nivel de implementación de capacidades básicas evaluadas del nivel nacional/subnacional, RSI, Uruguay, 2008

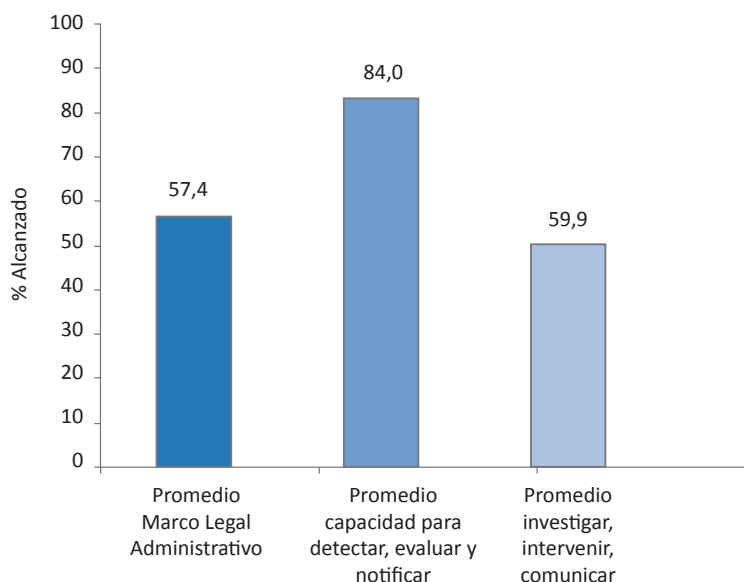


Fuente: Pedroni, 2008

Como resultado de dicha evaluación fue desarrollado un plan de acción tendiente a la realización de actividades dirigidas a la implementación de las capacidades esperadas para el RSI (2005) a junio de 2012.

En 2011 fue desarrollada una nueva evaluación de capacidades básicas del nivel nacional, con vistas a evaluar el impacto del plan de acción implementado. Se alcanzaron mejoras en los valores de implementación, mostrados en el Gráfico 7.

Gráfico 7 – Nivel de implementación de capacidades básicas evaluadas, nivel nacional/subnacional, Uruguay, 2011



Fuente: Pedroni, 2008

Planes de acción para implementación del RSI (2005)

A la fecha se encuentran en marcha planes de acción tendientes a alcanzar los objetivos previstos por el RSI (2005) para el año 2012. Recientemente, y considerando las dificultades que implica la generación de capacidades en los plazos previstos, fueron revisados los planes de acción y establecidas nuevas metas para el año 2014, según lo establecido en el RSI, como parte del proceso de solicitud de extensión del plazo de cumplimiento.

Puntos de entrada

Uruguay cuenta con cuatro puntos de entrada designados para el RSI (2005), no contando con ningún paso terrestre fronterizo designado. Los puntos de entrada son:

- Aeropuerto Internacional de Carrasco (Departamento de Canelones)
- Aeropuerto de Laguna del Sauce (Departamento de Maldonado)
- Puerto de Montevideo (Departamento de Montevideo)
- Puerto de Nueva Palmira (Departamento de Colonia)

Todos ellos han sido dotados de capacidades básicas para el RSI (2005) dado el volumen de pasajeros y cargas, así como por su localización estratégica, lo que determina un mayor riesgo de potencial transmisión internacional de enfermedades.

Cada punto de entrada cuenta con médicos formados en vigilancia, dependientes del Departamento de Vigilancia en Fronteras, quienes desarrollan actividades

rutinarias de vigilancia en el punto y se encuentran capacitados para evaluar, notificar y dar respuesta inicial a eventos. Además, desarrollan actividades de inspección a bordo de aeronaves y buques y elaboran certificados de Sanidad Marítima y Declaración Sanitaria de Aeronaves, de acuerdo a normativa específica, en concordancia con lo establecido por el RSI (2005).

La evaluación de capacidades básicas en puntos de entrada de Uruguay fue desarrollada en el año 2010. Como consecuencia de la mencionada evaluación, se informaron los valores de implementación de capacidades en el Aeropuerto Internacional de Carrasco y el Puerto de Montevideo, que se observan en las Tablas 8 y 9. Considerando la existencia de opiniones contrapuestas respecto a cuál instrumento de evaluación aplicar (OMS o Mercosur), se decidió la utilización de ambos instrumentos en forma simultánea.

Tabla 8 – Nivel de implementación de capacidades básicas en el Aeropuerto Internacional de Carrasco de acuerdo a instrumentos OMS y Mercosur, Uruguay, 2010

Áreas evaluadas	Nivel de implementación CB (%)	
	OMS	Mercosur
Coordinación y comunicación	72	74
Capacidades básicas en todo momento	62	61,6
Capacidades básicas de respuesta frente a ESPII (*)	73	11,1
Puntaje final	69	67,4
Promedio	68,20%	

Fuente: MSP Evaluación de capacidades básicas en puntos de entrada de Uruguay, 2010

Tabla 9 – Nivel de implementación de capacidades básicas en el Puerto de Montevideo de acuerdo a instrumentos OMS y Mercosur, Uruguay, 2010

Áreas evaluadas	Nivel de implementación CB (%)	
	OMS	Mercosur
Coordinación y comunicación	78	74,1
Capacidades básicas en todo momento	65	69,9
Capacidades básicas de respuesta frente a ESPII(*)	61	47,7
Puntaje final	68	63,9
Promedio	65,95%	

Fuente: MSP Evaluación de capacidades básicas en puntos de entrada de Uruguay, 2010

Actualmente se encuentran en marcha los planes de acción previamente mencionados tendientes al logro de las metas establecidas por el RSI (2005) para el año 2012 y, eventualmente, para el año 2014, de aceptarse la solicitud de extensión del plazo presentada por Uruguay, al igual que otros países de la región.

FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

Fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud en el campo de los recursos humanos en salud es un tema prioritario para la reforma de la salud. Los diferentes estudios sobre el tema evidencian importantes brechas entre la oferta y la demanda y la necesidad de recursos para afrontar el cambio de modelo de atención y de gestión; se requieren cambios profundos en el comportamiento del mercado de trabajo de la salud.

Si bien en el Uruguay el principal problema no parece ser la disponibilidad de profesionales de la salud en general (la dotación de 4 médicos por 1.000 habitantes es un guarismo elevado en cualquier lugar del mundo), existen distorsiones en el mercado de trabajo, algunas de las cuales se evidencian en las siguientes tablas.

A manera de síntesis, los principales problemas detectados son: importante concentración de profesionales en la capital del país, escasa disponibilidad de enfermería, multiempleo y mayor reconocimiento monetario a la labor de las especialidades quirúrgicas en relación al resto de la actividad médica. Un problema adicional, y muy marcado en los primeros años de este siglo, coincidiendo con la crisis económica, es la migración de médicos al exterior del país.

Tabla 10 – Disponibilidad de médicos y enfermeras según región geográfica, Uruguay, 2006

Región	Médico/a por mil (1)	Enfermero/a por mil	Médicos/Enfermeros
País	4,1	1,1	3,7
Montevideo	7,2	1,7	4,2
Interior	1,9	0,6	3,1

Fuente: OPS, 2007. (1) Datos de 2005.

Tabla 11 – Distribución de recursos humanos en salud en el sector público (ASSE) y privado (IAMC), Uruguay, 2005

Tipo de Personal	ASSE	IAMC
Médicos	23%	34%
Enfermería	28%	23%
No médicos	49%	43%
Total	100%	100%
Médicos cada 10 no médicos	2,92	5,06
Médicos cada 10 enfermeros	8,14	13,89

Fuente: OPS, 2006

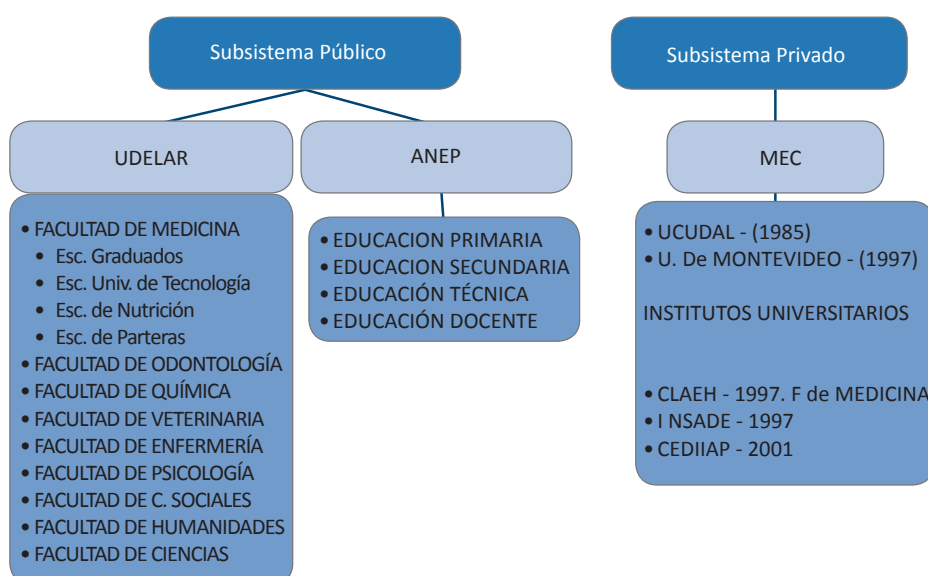
Tabla 12 – Multiempleo en el sector salud, Uruguay, 2006

Nº de Instituciones de empleo	Médicos (%)	No médicos (%)	Total (%)
1	45,2	91,6	81,8
2	34,9	8,0	13,7
3	12,2	0,4	2,9
4	4,5	0,1	1,0
Entre 5 y 8	3,1	0	0,7

Fuente: OPS, 2007. Incluye datos ASSE y IAMC

La oferta formativa está fuertemente concentrada en el sector público y en el nivel superior y depende en forma directa de la Universidad de la República. El sector privado predomina en la formación de auxiliares, sobre todo de enfermería. La relación entre el sector de la salud y el sector formador fue históricamente escasa (como excepciones, puede mencionarse la Comisión de Residencias Médicas y algunos espacios de trabajo no sistemáticos). Lo mismo puede plantearse entre los Ministerios de Salud y Educación y Cultura.

Figura 4 – Estructura del sistema formador de recursos humanos en salud, Uruguay



La Ley Orgánica MSP, número 9.202 de 1934, en el Capítulo III, De la Policía de la Medicina y Profesiones Derivadas, en su Artículos 13 y 14 ya definía: "Nadie podrá ejercer la profesión de Médico-Cirujano, Farmacéutico, Odontólogo y Obstétrico, sin inscribir previamente el título que lo habilite para ello, en las oficinas del Ministerio de Salud Pública" y "Corresponde al Ministerio de Salud Pública reglamentar y vigilar el ejercicio de las profesiones mencionadas en el Artículo anterior, y de todas las auxiliares de la medicina".

También corresponde al Ministerio de Salud Pública reglamentar y vigilar el funcionamiento de las instituciones privadas de asistencia, de las sociedades mutualistas y de las instituciones de carácter científico y gremial en lo que se refiere a los profesionales mencionados en este capítulo.

En los últimos años se están desarrollando espacios de coordinación entre la Universidad y la autoridad sanitaria, ya que ambos organismos manifiestan su preocupación por aspectos relacionados con la planificación estratégica de los recursos humanos en salud. El MSP incorpora en la agenda de trabajo las necesidades que van surgiendo a partir de los objetivos de la reforma del sector de la salud, en particular en el cambio de modelo de atención y gestión. La Universidad, en ejercicio de su autonomía y en pleno proceso de descentralización, implementa varias reformas en los planes de estudios (en particular el de Medicina) y analiza mecanismos de mejora en la calidad y adecuación de los recursos humanos que el país requiere. Una dificultad objetiva es la brecha en los tiempos para producir el ensamble entre la necesidad y la oferta formativa.

Algunos ejemplos de estos espacios son: Comisión Mixta, integrada por representantes del MSP y el área de la salud de la Universidad de la República; Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente: MSP, Facultad de Medicina, Escuela de Graduados, Academia de Medicina y Gremios de los Médicos, para la promoción de actividades de desarrollo profesional médico continuo; grupos de trabajo sobre migración de profesionales de salud.

Desde 2010 existe una División de Recursos Humanos que avanzó en el diseño de base de datos integrales y dinámicas sobre el mercado de trabajo de salud en el Uruguay, realiza estudios técnicos, participa en la negociación colectiva coordinada por el Ministerio de Trabajo (ámbito tripartito: empresas, gremios de trabajadores y estado).

ACCIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Al inicio del primer periodo de gobierno del Frente Amplio (2005-2010), el Uruguay vivía una situación social crítica, de fuerte empobrecimiento, particularmente en la población infantil, altos niveles de desempleo y concentración de la riqueza, consecuencia de la peor crisis económica de la historia sufrida en nuestro país en el año 2002.

En este contexto, el diagnóstico consensual alcanzado daba cuenta de que la matriz de protección social no se ajustaba a la nueva estructura de riesgos sociales y que sus acciones no se orientaban a la reducción de las desigualdades sociales. En particular, había una falta de visión integral y una excesiva fragmentación de las políticas sociales promovidas, en general, desde enfoques sectoriales, cuyo resultado era una fuerte descoordinación y superposición de programas y efectores públicos. En términos operativos, existía un gran desconocimiento del repertorio de progra-

mas sociales implementados por los organismos públicos, un desarrollo dispar de los sistemas de información y una ausencia de mirada territorial, sistemática, en la definición de las políticas y la asignación de los recursos.

Una de las primeras acciones impulsadas desde el gobierno fue la creación del Ministerio de Desarrollo Social. Siendo la acción intersectorial una de las estrategias de abordaje de los determinantes sociales de la salud, la Ley 17.866 establece como una de las competencias de esta nueva secretaría de Estado la de: *“Coordinar las acciones, planes y programas intersectoriales, implementados por el Poder Ejecutivo para garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales a la alimentación, a la educación, a la salud, a la vivienda, al disfrute de un medio ambiente sano, al trabajo, a la seguridad social y a la no discriminación”*.

Con miras a alcanzar una mayor integralidad de las políticas sociales, se crean tres espacios de articulación entre los ministerios y organismos públicos del área social: Gabinete Social, Consejo Nacional de Políticas Sociales y Mesas Interinstitucionales. El Gabinete Social, creado mediante el Decreto 236/005 del año 2005, tiene por cometido asesorar y proponer al Poder Ejecutivo planes y proyectos de carácter social, vinculados a los organismos que lo integran. El Consejo Nacional de Políticas Sociales, integrado por los subsecretarios de los organismos que integran el Gabinete Social y otros organismos descentralizados invitados (por ejemplo: Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), entre otros) es el espacio de instrumentación y ejecución de los acuerdos alcanzados en el Gabinete. En particular, el Consejo Nacional de Políticas Sociales ha sido responsable del seguimiento de los Objetivos del Milenio y, a partir de 2006, de la coordinación en el proceso de diseño, monitoreo, evaluación y ajuste de las políticas y programas que integran el Plan de Equidad.

Por último, las Mesas Interinstitucionales Departamentales son un ámbito de articulación e intercambio entre los gobiernos locales y las instituciones públicas nacionales presentes en el territorio, donde se procura definir una agenda social departamental que incorpore las prioridades identificadas por las instituciones. Se encuentra integrada por los gobiernos municipales, los ministerios integrantes del Gabinete Social y el Consejo Nacional de Políticas Sociales, entre otros organismos.

A partir de 2005, en un contexto de crecimiento económico sostenido desde 2003 (Presidencia de la República, 2009), se inicia un proceso dirigido a la atención de la emergencia social (PANES). Posteriormente, en 2006, se inicia el proceso de reconfiguración de la matriz de protección social hacia un sistema acorde al nuevo escenario de riesgos y necesidades en nuestro país: el Plan de Equidad.

El Plan de Equidad *“es una iniciativa de mediano y largo plazo, que... pretende revisar y adecuar el esquema de protección vigente a los nuevos problemas sociales, propiciando la generación de un sistema renovado de bienestar y asistencia social articulado en diversos*

componentes y con capacidad de atender las necesidades de los distintos segmentos sociales” (CNPS, 2006).

Dicho Plan integra, por un lado, una Red de Asistencia e Integración Social de carácter no contributivo dirigida a los grupos sociales en situación de pobreza y vulnerabilidad y, por otro, una serie de políticas sociales universales de carácter estructural, dentro de las cuales se destaca la reforma de la salud.

Estas decisiones se tradujeron en un aumento del gasto público social, que muestra en términos reales una recuperación a partir del año 2005, representando un 62,7% del gasto público total y alcanzando en 2008 un 75,4% de dicho gasto (MIDES, 2010).

En consecuencia, tanto la incidencia de la pobreza como la de la indigencia disminuyen significativamente desde sus valores máximos en 2004 de 31,9% y 3,9% para el país urbano, alcanzando en 2009 valores de 20,9% y 1,6% de la población para todo el país, respectivamente. Queda como desafío alcanzar las metas definidas por el gobierno en el marco de los Objetivos del Milenio, que prevén para el año 2015 la reducción de la pobreza a un 14,5% y la erradicación de la indigencia, así como dar respuesta a la desigual incidencia de la pobreza e indigencia entre distintos grupos sociales y áreas geográficas. En este sentido, se destaca en 2008 el departamento de Artigas, con una mayor incidencia de la pobreza entre su población, que alcanza el 33,8%, seguido de Rivera (29,7%), Tacuarembó (27,5%) y Treinta y Tres (27,2%). Por otro lado, la pobreza entre los menores de 6 años, que alcanzaba un 56,8% en 2003, ha logrado disminuirse a 38,8 en 2008, no obstante aún se mantiene la brecha en detrimento de las poblaciones más jóvenes (CNPS, 2009).

En cuanto a la disminución de las desigualdades en la distribución de los ingresos, a la luz de la evolución de la relación de ingresos entre el primero y quinto quintil, vemos que han disminuido, pero no sustancialmente. En 2006, la relación de ingresos entre el primero y quinto quintil era de 10,6, mientras que en 2009 pasó a ser de 9,44, siendo más inequitativa la distribución en Montevideo (9,8) que en el resto del país (8,9) (MIDES, 2010).

En tanto estrategia clave para el combate a la pobreza, el descenso del desempleo y las mejoras en las condiciones salariales en el marco de la reinstalación de los Consejos de Salarios han mostrado avances significativos en los últimos años. La tasa global de desempleo ha disminuido de un 17%, en 2002, a un 7,3%, en 2009, alcanzando la meta establecida en el marco de los Objetivos del Milenio. También han disminuido las tasas específicas de desempleo femenino, juvenil (18 a 29 años) y de la población del primer quintil de ingresos, pese a lo cual se mantienen las brechas en detrimento de estos grupos específicos (CNPS, 2009).

Por otro lado, con el objetivo de hacer visibles las inequidades en salud e identificar sus aspectos determinantes, el Ministerio de Salud Pública se incorpora al SIIAS (Sistema de Información Integrada del Área Social), proyecto interinsti-

tucional liderado por el MIDES que pretende consolidar un sistema integrado de información interinstitucional que vincule datos de distintos organismos respecto a sus programas sociales, su ejecución y sus beneficiarios. Su objetivo es poder brindar a decisores, gestores e investigadores una visión integrada de la política social, permitiendo la elaboración y desarrollo de un plan estratégico de políticas sociales.

Actualmente, junto al MSP, integran el SIIAS el Ministerio de Desarrollo Social, el Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay, el Banco de Previsión Social y la Administración de Servicios de Salud del Estado. A su vez, se prevé la progresiva incorporación de otros Ministerios y Organismos del área social a este sistema, integrándose en el corto plazo el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

De acuerdo a la normativa vigente en materia de protección de datos personales, el SIIAS permite el tratamiento de la información en dos niveles. Un primer nivel agregado, en el que se procesará la información combinando variables de los distintos sistemas, básicamente a través de la construcción de indicadores, y un segundo nivel individual, a partir de la identificación de las personas y/u hogares, donde los operadores sociales podrán conocer el vínculo de estos con los distintos programas y prestaciones de los diversos organismos proveedores de información.

INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA LA SALUD

Para garantizar los insumos estratégicos para la salud, la coordinación se da, principalmente, entre el MSP y el Ministerio de Industria. Este último supervisa un grupo de apoyo a la industria farmacéutica local. Otro nivel, más reciente, es la coordinación con la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) que financia proyectos productivos locales de salud.

La aplicación de los principios del Acuerdo de Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio a las políticas de insumos en salud está en discusión de la Dirección Nacional de Propiedad Intelectual, pero solo algunos de sus aspectos básicos. Los compromisos asumidos por Uruguay en 2007 en los que se está empezando a trabajar en el marco de Mercosur y Unasur son:

1. Promover la implementación en nuestros países de la Declaración de Doha sobre (ADPIC) y Salud Pública, en especial la Decisión del Consejo de ADPIC (Decisión IP/C/W/405, de 30/08/3003) sobre la reglamentación del párrafo 6 de la Declaración sobredicha – emisión de licencias compulsivas y utilización de los mecanismos de importación paralela.
2. Promover una corriente de opinión pública sobre la importancia de los ADPIC y la Salud Pública para la implementación efectiva de las salvaguardias y flexibilidades incluidas en el acuerdo, así como de la Declaración de Doha.

3. Fortalecer las iniciativas de cooperación internacional buscando la capacitación tecnológica mediante:
 - Promoción de alianzas estratégicas para la transferencia de tecnología.
 - Promoción de alianzas estratégicas para el desarrollo de ciencia, tecnología e innovación.
 - Formación de una red de asistencia técnica para nuestros países que se concentre en los temas vinculados a la propiedad intelectual relevantes para la salud.
4. Preservar, en los acuerdos bilaterales y entre bloques regionales, las flexibilidades previstas en el acuerdo sobre los ADPIC, buscando:
 - Facilitar el uso de licencias obligatorias, las importaciones paralelas y la “excepción Bolar”.
 - Evitar la extensión de plazos de protección de patentes, la expansión de la materia patentable (por ejemplo: métodos terapéuticos, plantas y animales) y los segundos usos.
 - Evitar la vinculación entre la concesión de la patente y el otorgamiento del registro sanitario, así como toda otra disposición que establezca compromisos del tipo “ADPIC plus”.
5. Buscar la participación activa de nuestros ministerios de salud en las negociaciones de tratados comerciales bilaterales, en las negociaciones entre bloques regionales y en los procesos de modificación, actualización o consolidación de las legislaciones nacionales sobre propiedad intelectual, mediante:
 - La afirmación de las necesidades del sector salud con aportes técnicos, fundadas en la Declaración Ministerial de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública y en la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas.
 - La capacitación del personal del área de salud en temas de propiedad intelectual, en sus repercusiones actuales y futuras en el acceso a los medicamentos.
6. Mantener el diálogo internacional sobre el impacto de la protección patentaria en el acceso a los medicamentos e insumos críticos, por medio de estudios e intercambios de experiencias.
7. Encomendar la realización de estudios que permitan el seguimiento de los precios de los medicamentos, así como sobre los efectos del acuerdo sobre los ADPIC en el área de la salud pública en nuestros países, para identificar alternativas que contribuyan a fomentar la innovación y la transferencia de tecnología, permitiendo su apropiación social a costos accesibles.

En cuanto a las restricciones en los acuerdos internacionales y tratados de comercio en la disponibilidad y costo de tecnologías e insumos sanitarios, fundamentalmente se relaciona a los costos de tecnologías e insumos sanitarios y a la disponibilidad.

En Uruguay hay un intenso uso de la facultad de copiar medicamentos que no están registrados en el país, lo que ha operado en la práctica como una estrategia con elementos comunes a la política de genéricos.

Si bien no existen políticas de regulación de precios de medicamentos, se destaca la Unidad Central de Adquisiciones, que abarca al sector público y constituye una estrategia evaluada como positiva en este sentido.

Existe un Formulario Terapéutico de Medicamentos, por decreto, que se actualiza anualmente y que contiene 670 fármacos dispensados por los prestadores integrales del SNIS (la reglamentación y el listado FTM se encuentran en www.msp.gub.uy). La lista definida contiene y supera ampliamente la lista de medicamentos esenciales de la OMS. La medicación de alto costo está bajo la cobertura del Fondo Nacional de Recursos y abarca a toda la población del SNIS.

El país cuenta con capacidad para la producción de medicamentos y de vacunas. En medicamentos, teóricamente el 20% del total de unidades y el 50% del gasto en medicamentos. En la práctica real, los denominados medicamentos nacionales son en un 70% importados de Argentina con distinto nivel de elaboración.

Gestión del precio de los insumos de salud: Los prestadores públicos lo hacen a través de la central de compras y los privados en negociaciones individuales o grupales con los laboratorios o la Cámara Farmacéutica del Uruguay (medicamentos importados) y la Asociación de Laboratorios Nacionales (medicamentos nacionales).

Incorporación de nuevas tecnologías en salud: Desde la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se estableció el requerimiento de evaluación por parte de la autoridad sanitaria. El Departamento de Evaluación de Tecnología de la Dirección General de Salud realiza un informe técnico y lo envía para su aprobación final la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud (el formulario de requerimiento de información en la página www.msp.gub.uy, listado de equipos y servicios y formulario de solicitud de información). Si se considera una concepción amplia de tecnologías, la actualización del Plan Integral de Asistencia en Salud y del Formulario Terapéuticos de Medicamentos se realiza en base a informes técnicos que parten de la revisión de la mejor evidencia disponible, así como también de la consulta a expertos.

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD

En el año 2002 se realizó la evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública en el Uruguay y el desempeño de la investigación en salud fue de menos del 25%.

El diseño institucional del primer gobierno progresista comenzó por la creación, en abril de 2005, del Gabinete Ministerial de la Innovación (GMI), cuyo principal objetivo es la coordinación y articulación de las acciones (Lineamientos de Políticas Públicas en Ciencia, Tecnología e Innovación). En la primer etapa estaba integrado

por las siguientes instituciones: Ministro de Agricultura y Pesca; Industria, Energía y Minería; Economía y Finanzas, el Ministro de Educación y Cultura, quien lo preside y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto. A partir de 2010, luego de una propuesta de ampliación, se integró el Ministro de Salud Pública. El país cuenta con políticas nacionales en ciencia, tecnología e innovación, fundamentalmente desarrolladas en este Gabinete Ministerial. La ley 18.084 confiere rango legal al GMI y le otorga un rol central en la fijación de lineamientos político-estratégicos en ciencia, tecnología e innovación.

La norma avanza en el nuevo diseño estableciendo objetivos y competencias a otros dos actores relevantes:

- la **Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII)**, brazo operativo de las políticas públicas y las prioridades del Poder Ejecutivo en el tema (creado en 2007); y,
- el **Consejo Nacional de Innovación, Ciencia y Tecnología (CONICYT)**, que fue ampliado y definido como órgano de consulta y asesoramiento del sistema.

El cometido de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII), es organizar y administrar instrumentos para la promoción y el fomento de la innovación, la ciencia y la tecnología, promoviendo la coordinación interinstitucional transversal, articulando las necesidades sociales y productivas con las capacidades científicas, tecnológicas y de innovación (Art. 256 de la Ley 17930). En 2006 se establecen las competencias, organización y funcionamiento de la ANII (Ley 18084). En el capítulo VII de la Ley 18084 se define el Consejo Nacional de Innovación, Ciencia y Tecnología (CONICYT), integrado por representantes de distintas organizaciones institucionales o sociales vinculadas a la ciencia, la tecnología y la innovación. Su objetivo es propender a buscar formas de cooperación entre dichas organizaciones y asesorar al Poder Ejecutivo y al Poder Legislativo.

La ANII no es una institución especializada en el fomento a la innovación para la Salud. Sin embargo, dado que el Gabinete Ministerial de la Innovación en el Plan Estratégico Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación ha identificado a la salud como uno de los sectores estratégicos, es priorizada por la institución en sus líneas de acción. En el año 2009, el Ministerio de Salud Pública y la ANII firmaron un acuerdo de colaboración institucional en el marco del cual se conformó el Fondo Sectorial de Salud, orientado a la promoción de actividades de investigación, desarrollo e innovación en el área de la salud.

Se elaboró el Plan Estratégico Nacional en Ciencia, Tecnología e Innovación, que tiene por objetivos: 1) incrementar las capacidades de generación de conocimiento y su vinculación con las demandas reales y potenciales, es decir, con el desarrollo de mediano y largo plazo del país; 2) la articulación (entre instituciones del Estado, entre públicos y privados, actores académicos, empresariales y sociales) para incrementar y potenciar las capacidades disponibles para generar conocimiento.

En relación al soporte financiero incremental para la ciencia, tecnología e innovación, la tarea se focalizó en dos frentes complementarios: nuevos recursos en leyes presupuestales y de rendición de cuentas y estímulos específicos al sector privado derivados de las reformas tributarias y exenciones fiscales a inversiones productivas innovadoras.

Por otra parte, se negociaron y obtuvieron recursos de dos préstamos específicos, uno del Banco Mundial y otro del Banco Interamericano de Desarrollo, concretados en 2007 y 2008, y una nueva cooperación de la Unión Europea destinada a promover emprendimientos diversos para fortalecer el Sistema Nacional de Innovación en Uruguay.

El Gabinete Ministerial de la Innovación identificó algunos sectores prioritarios para la promoción de la investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación:

- cadenas agroindustriales;
- farmacéutica;
- biotecnología;
- alternativas energéticas;
- complejo turístico;
- medio ambiente y recursos naturales; y,
- tecnologías de la información y comunicaciones

El Ministerio de Salud Pública está representado por su Ministro en el Gabinete Ministerial de Innovación y por un representante en el Grupo Operativo. Es este último el que participa como delegado del MSP en las definiciones de prioridades, tanto sea para los fondos sectoriales de salud, como para los llamados a distintas convocatorias que realiza la ANII.

En el segundo semestre del 2009, se realizaron las Primeras Jornadas convocadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y organizadas en conjunto con la Universidad de la República. Como objetivos se plantearon: “*Contribuir a mejorar la salud de la población, a través de la promoción y priorización de la investigación en salud en el país*”; “*Coordinar todas las áreas relacionadas del propio Ministerio y establecer enlaces principales con la UDELAR y la Agencia Nacional de Investigación e Innovación*” (ANII), con la cual se ha elaborado un fondo sectorial de investigación en salud.

El MSP ofreció una primera aproximación de prioridades en investigación y esbozó una hoja de ruta hacia el Sistema Nacional de Investigación en Salud.

El Fondo Sectorial en Salud (con financiación de la ANII) hizo una primera convocatoria para apoyar a proyectos de investigación y desarrollo en salud pública y medicina humana, cuyos resultados presenten algún grado de aplicabilidad a la realidad nacional durante el 2009. Los proyectos debían focalizar las áreas/problema definidas por el MSP junto a la ANII, tales como:

- gestión de servicios de salud;
- modalidades de gestión innovadoras en los servicios de salud (con énfasis en el primer nivel de atención);
- políticas de salud;
- investigación en salud;
- investigación y desarrollo de nuevas tecnologías biomédicas e
- investigación transnacional.

Se presentaron 130 propuestas de las cuales 18 fueron financiadas y se preparó otra convocatoria para noviembre de 2011.

La mayor parte de la investigación en salud en el Uruguay es desarrollada por las facultades e institutos de la Universidad de la República. Cabe mencionar también el Instituto Clemente Estable y el Instituto Pasteur como actores destacados. En menor medida, se desarrollan ensayos clínicos patrocinados por la industria farmacéutica, que incluyen a Uruguay dentro de los estudios multicéntricos.

No existe un instituto nacional de investigación en salud, pero se está trabajando en un proyecto de implementación, en el marco del Programa de Líderes de Salud Internacional de la Organización Panamericana de la Salud, en el cual participan dos representantes del país.

Existen importantes brechas de investigación en salud entre la investigación básica o fundamental y la clínica y de salud pública relacionadas con niveles de performance diferentes y acceso a financiamiento internacional.

En el caso de la investigación clínica, existe una importante dependencia de la industria farmacéutica en su desarrollo y la investigación en salud pública, por primera vez en 2009, pudo acceder a un llamado con fondos públicos donde se encontraba priorizada.

Las principales iniciativas para resolver la brecha entre investigaciones biomédicas y de salud pública comprenden los siguientes temas:

- Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.
- Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública. Se destaca principalmente el énfasis en las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Promoción de salud: análisis de las distintas estrategias implementadas y medición de impacto.
- Modalidades organizativas de la participación de los ciudadanos en salud.
- Impacto de las nuevas políticas de salud implementadas en el marco de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud teniendo en cuenta la implementación de políticas específicas: a) Impacto en salud, b) Impacto social, c) Impacto ético e d) Impacto económico.

- Análisis del desarrollo de las funciones de rectoría y fiscalización en salud pública: modalidades adoptadas, impactos obtenidos.
- Desarrollo de recursos humanos en el contexto del cambio del modelo de atención: identificación de factores que favorecen o retrasan la implementación del nuevo modelo.
- Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud: a) modalidades de gestión innovadoras en los servicios de salud, con particular énfasis en el primer nivel de atención, b) tecnologías de la información aplicadas al sector salud y, c) evaluación de la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias de acuerdo a las particularidades de nuestro país.

COOPERACIÓN EN SALUD

En cuanto a las experticias a ofrecer en el marco de la cooperación a desarrollar a partir del Instituto Suramericano para la Gobernanza en Salud, el Ministerio de Salud Pública identifica cinco grandes áreas donde podría realizar aportes específicos:

- **Rectoría.** Dentro de esta área, se identifican como fortalezas los temas vinculados a la **Vigilancia Sanitaria** y la **Evaluación de Tecnología y Prestaciones**.
- **Participación Social.** En lo que respecta a la **Participación Social**, se puede ofrecer apoyo a partir de la experiencia de su **institucionalización** a nivel macro y meso.
- **Programación en salud.** Dentro de las experiencias desarrolladas en el marco del área programática del MSP, se identifica como un aporte interesante a compartir la experiencia desarrollada en el marco del **Programa de Salud Rural**.
- **Experticia** desarrollada en el proceso de diseño e implementación de la **Reforma de la Salud**: creación y desarrollo del área de economía de la salud, modelo de financiamiento, cuentas en salud, diseño institucional y contratos de gestión, entre otros.
- **Abordaje de riesgos catastróficos.** Se propone aportar al tema a partir de la experiencia de reaseguramiento de los riesgos catastróficos desarrollada en el Uruguay a través del **Fondo Nacional de Recursos**.

Por otro lado, desde el MSP se identifican como áreas plausibles para recibir apoyo desde los Estados miembros de la UNASUR las siguientes:

- **Rectoría:** en el área de rectoría se identifican los siguientes temas donde se demanda apoyo: a) Identificación de los **perfiles y competencias de los recursos humanos** para la gobernanza en salud, b) **Planificación** de los **recursos humanos** para el Sistema de Salud, c) **Implementación y gestión de redes** asistenciales.
- **Participación social:** promoción de la **participación social comunitaria**.
- **Comunicación en salud.**
- **Cooperación para la cooperación:** experiencias de organización y gestión de las áreas de Cooperación Internacional.

Cuadro 3 – Sistema de Salud en Uruguay: marco constitucional, estructura y prioridades de la política actual

País URUGUAY	Marco constitucional y legal de la salud	Estructura del sistema de salud	Funciones del Ministerio de Salud Pública	Prioridades de la política actual
<p>República Oriental del Uruguay</p> <p>Estado Unitario democrático, presidencialista</p> <p>Población: 3.369.000 habitantes</p> <p>Nivel del Estado: Territorio dividido en 19 departamentos organizados (Intendente municipal y alcaldes y Junta departamental)</p>	<p>Constitución Vigente: 1997</p> <p>Artículo 44: “Todos los habitantes tienen el deber de cuidar de su salud así como el de asistir en caso de enfermedad”.</p> <p>El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes</p> <p>2007 – Ley 18211 Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS): Salud como derecho de todos los habitantes residentes en el país (art 1). Universalización de la cobertura.</p>	<p>Sistema de Salud: Está compuesto por prestadores públicos y privados. El principal prestador de salud público es la Administración de Servicios de Salud del Estado. El sector privado corresponde a las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), instituciones mutuales o cooperativas médicas sin fines de lucro</p> <p>El Seguro Nacional de Salud es financiado por FONASA (Fondo Nacional de Salud) con aportes del Estado, hogares y empresas.</p> <p>La JUNASA (Junta Nacional de Salud) administra el Seguro Nacional de Salud, firmando Contratos de Gestión con los prestadores integrales, y paga a los mismos una cápita por cada beneficiario para brindar atención a los afiliados del SNS. Los prestadores Integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con quienes contrata la JUNASA son: ASSE prestador público con alcance nacional; IAMC (instituciones de asistencia médica colectiva) (39); y seguros privados integrales (con fines de lucro) (6).</p> <p>EL PIAS (Plan Integral de Atención a la Salud) constituye el conjunto de prestaciones que deben garantizar a sus beneficiarios todos los prestadores integrales del SNIS. Las obligaciones son idénticas tanto para prestadores públicos como privados que participan del SNIS.</p>	<p>Año de creación del Ministerio de Salud Pública: 1934</p> <p>El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el ente rector. Afirma, amplía y profundiza sus competencias sectoriales de acuerdo a la nueva visión que orienta el sistema:</p> <ul style="list-style-type: none"> elabora políticas y normas del SNIS; registra y habilita a los prestadores de servicios integrales de salud del SNIS Controla la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las entidades en los términos de las disposiciones aplicables; supervisa la articulación entre prestadores en el marco del SNIS; aprueba programas que deberán proveer los prestadores públicos y privados del SNIS Instrumenta y mantiene actualizado el sistema nacional de Información y Vigilancia en Salud; regula y desarrolla políticas de tecnología médica y de medicamentos diseña la política de promoción de salud; promueve la investigación científica y la adopción de medidas que contribuyan al mejoramiento de la salud de la población Vigilancia en Salud El Ministerio de Salud Pública de Uruguay desarrolla la vigilancia en salud nacional esencialmente a través de las siguientes estructuras: División Epidemiología; División Salud Ambiental y Ocupacional; División Evaluación Sanitaria (fármacos, alimentos) La División Epidemiología centraliza las funciones de vigilancia de enfermedades de notificación obligatoria, enfermedades inmunoprevenibles, de transmisión sexual, infecciones hospitalarias, vigilancia laboral, eventos zoonóticos, enfermedades no transmisibles y eventos ocurridos en puntos de entrada. Centraliza las acciones de detección, evaluación y respuesta determinados por el Reglamento Sanitario Internacional. Vigilancia sanitaria: Las funciones de vigilancia alimentaria y de fármacos son compartidas entre la División Epidemiología y la División Evaluación Sanitaria, La División Salud Ambiental y Ocupacional realiza la tarea de identificar, analizar, prevenir y controlar los factores y situaciones de riesgo ambiental y ocupacional que afecten la salud. Se encuentra en proceso de implementación la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública para la Vigilancia en Salud 	<p>Implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) para alcance de cobertura universal. El SNIS define los siguientes principios y prioridades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población Intersectorialidad en las políticas. Cobertura universal, accesibilidad y sustentabilidad servicios. Equidad, continuidad y oportunidad prestaciones. Orientación preventiva. Calidad integral de la atención. Derecho de los usuarios a la decisión informada. Elección informada de prestadores de servicios. Participación social de los trabajadores y usuarios. Solidaridad en el financiamiento Eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales Sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud Progresividad de la cobertura

Cuadro 4 – Sistema de Salud en Uruguay: síntesis – protección social, financiamiento, investigación e innovación en salud

Protección social en salud	Financiamiento: fuentes composición gasto en salud	Investigación e innovación en salud
<p>La Ley 18.211 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud definió la incorporación gradual al Seguro Nacional de Salud. Empezó con los hijos menores de 18 años de los trabajadores privados, posteriormente los cónyuges de los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud y trabajadores comprendidos en otros seguros convencionales (cajas de auxilio). La Ley 18.731 aprobada en enero de 2011 prevé la incorporación progresiva de jubilados y pensionistas al Seguro Nacional de Salud, finalizando la incorporación de todo el colectivo hacia 2016.</p> <p>La cobertura a través del Seguro Nacional de Salud, con las incorporaciones previstas al 2016 será del 71% de la población. El resto de la población, accede a otras opciones de cobertura de acuerdo a su nivel socio-económico a través del prestador público (ASSE) financiado por presupuesto nacional, o socio individual a través de pago de bolsillo de un seguro privado.</p> <p>98% de la población está afiliada a una IAMC, ASSE, Seguro Privado o Sanidad Militar y Policía.</p> <p>-53% de la población total está cubierto por el Seguro Nacional de Salud /FONASA (47% IAMC/FONASA, 5% ASSE/FONASA, 1,3% Seguros privado/FONASA)</p> <p>- 30% ASSE no FONASA</p> <p>-7% cubierto por Sanidad Militar y Policía</p> <p>-12% IAMC prepaga no FONASA</p> <p>-1,2% seguro privado no FONASA (hay dobles coberturas)</p> <p>Fondo Nacional de Recursos – sistema de reaseguro de cobertura nacional universal para la tecnología de mayor costo y baja prevalencia.</p>	<p>Gastos en salud:</p> <p>Gastos totales en salud 7,5% de PIB (2008)</p> <p>% gastos públicos: 63,8%</p> <p>% de gastos privados: 36,2%</p> <p>Fuentes: Para los gastos públicos, las principales fuentes son los impuestos generales y departamentales (40%) y la Seguridad Social (57%).</p> <p>Los recursos de la Seguridad Social provienen de contribuciones de los empleadores (40%), contribuciones de los empleados (36%) y transferencias del Gobierno (19%).</p> <p>Los gastos privados corresponden a los gastos de hogares con prepagas (52%), copagos (13%) y gastos de bolsillo directos (34%).</p> <p>El cambio en el modelo de financiamiento del sistema de salud con la creación del SNIS se reflejó en los resultados de las Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008 con:</p> <p>Incremento del financiamiento público vía impuestos y seguridad social,</p> <p>Disminución del financiamiento privado,</p> <p>Disminución del gasto privado de los hogares,</p> <p>Disminución de la brecha del gasto per cápita entre públicos y privados, mejorando la equidad.</p>	<p>No existe un Instituto Nacional de Investigación en Salud pero se está trabajando en su implementación en el marco del Programa de Líderes de Salud Internacional de la OPS.</p> <p>El MSP ofreció una primera aproximación de prioridades en investigación y esbozó una hoja de ruta hacia el Sistema Nacional de Investigación en Salud. En 2009 el Fondo Sectorial en Salud con financiación de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación hizo una primera convocatoria para apoyar a proyectos de I+D en Salud Pública y Medicina Humana, cuyos resultados deberían presentar algún grado de aplicabilidad a la realidad nacional y los proyectos debían focalizar las áreas/problema definidas por el MSP.</p>

REFERENCIAS

- CNPS-Consejo Nacional de Políticas Sociales. Objetivos del Milenio Uruguay. Informe 2009. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares. (INE-ECH). Montevideo: CNPS; 2009.
- CNPS-Consejo Nacional de Políticas Sociales. Plan de Equidad. Montevideo: Consejo Nacional de Políticas Sociales; 2006.
- MIDES. Observatorio Social de Programas e Indicadores. Gasto Público Social 2008: confirmación de tendencias y prioridades. Contexto, junio N°2. Montevideo: MIDES; 2010.
- Ministerio de Salud Pública. 2004. Código Nacional sobre Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria. Decreto 64/004. Uruguay, 2004. URL disponible en: <http://colo1.msp.gub.uy/uvisap/servlet/hmuestrapdfs?5,O>
- Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Epidemiología. 2006. 1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Uruguay, 2006. URL disponible en: http://www.msp.gub.uy/homeepidemiologia_198_1.html
- OPS. Perfil de los Sistemas de Salud. República Oriental del Uruguay. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Montevideo: OPS; 2009.
- OPS/MSP. Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008 Uruguay. Montevideo, Uruguay: OPS/MSP; 2010.
- Presidencia de la República Oriental del Uruguay. 2009. Reporte Social: Principales Características del Uruguay Social. URL disponible en www.mides.gub.uy
- Rodríguez M. La participación social en el Sistema Nacional Integrado de Salud: opciones y debates. En: Ministerio de Salud Pública. Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: MSP; 2010.

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- ADPIC – Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (TRIPS - Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights)
- ANEP – Administración Nacional de Educación Pública
- ANII – Agencia Nacional de Investigación e Innovación
- ANP – Administración Nacional de Puertos
- ASSE – Administración de los Servicios de Salud del Estado
- BPS – Banco de Previsión Social
- BSE – Banco de Seguros del Estado
- CCA – Consejos Consultivos Asesores
- CENAQUE – Centro Nacional de Quemados
- CNPS – Consejo Nacional de Políticas Sociales
- CNPS – Consejo Nacional de Políticas Sociales
- CNS – Cuentas Nacionales de Salud
- CONICYT – Consejo Nacional de Innovación, Ciencia y Tecnología
- CSM – Central de Servicios Médicos

DES – División Economía de la Salud

DIGESA – Dirección General de la Salud

DIGESE – Dirección General de Secretaría

DISSE – Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad

DISSE – Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad

ENHA – Encuesta Nacional de Hogares Ampliada

FEMI – Federación Médica del Interior



Sistema de Salud en Venezuela



XIII. Sistema de Salud en Venezuela

El presente documento surge como una respuesta del Ministerio del Poder Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela a los acuerdos establecidos en julio de 2011, durante el desarrollo del taller “Sistemas de Salud de América del Sur: Desafíos para la Universalidad, Integralidad y Equidad”, conducido por el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags).

La estructura en once dimensiones se fundamenta en los lineamientos de la guía desarrollada por el Isags para facilitar la elaboración por parte de los ministerios de salud de Suramérica y en presentaciones y documentos sobre el sistema de salud. Se trató, en lo posible, de satisfacer las subdimensiones planteadas.

El presente constituye un primer documento que, aunque incompleto, contiene una visión general de nuestro sistema público nacional de salud que permite propiciar, en conjunto con los documentos de los doce países participantes, un intercambio de conocimiento y una reflexión sistemática sobre los sistemas de salud a la luz de los desafíos de la universalidad, la integralidad y la equidad, identificando fortalezas y debilidades que faciliten al Isags la construcción de una agenda de cooperación orientada al mejoramiento de la calidad de gobierno en salud en América Latina.

Para su desarrollo fueron consultadas diversas instancias con competencia en los temas e interrogantes propuestos.

DERECHOS SOCIALES Y SALUD

Marco constitucional y legal

En la República Bolivariana de Venezuela, la salud es un derecho social fundamental y es parte del derecho a la vida. Así quedó establecido en el artículo 83 de

la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela aprobada por referéndum popular en diciembre de 1999.

Artículo 83: “El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa...”.

Para garantizar este derecho, el artículo 84 de la Carta Magna establece que el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social y regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

Artículo 84: “...el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo..., el sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades..., la comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud...”.

Con la promulgación de la nueva Constitución, a partir de 1999, el gobierno del presidente Hugo Chávez inició un proceso de cambio y redefinición del anterior sistema de salud para avanzar en la creación del Sistema Público Nacional de Salud.

En este marco, se creó, entre agosto del 2000 y febrero del 2001, la Comisión Presidencial para la elaboración de los proyectos de leyes de seguridad social y los subsistemas que la conforman, entre ellos el subsistema de salud. Ese último año el Ejecutivo entregó los proyectos de leyes a la Asamblea Nacional, aprobándose en el 2002 la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social y luego, en diciembre del 2004, se realizó el primer debate del anteproyecto de Ley Orgánica de Salud elaborado por la Comisión de Salud de la Asamblea, con el objeto fundamental de garantizar el derecho a la salud de todas las personas, regir las políticas, planes, programas y acciones de salud en todo el territorio nacional, así como establecer los principios, objetivos, funciones y organización del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS).

El anteproyecto de Ley Orgánica de Salud recoge la orientación de la República Bolivariana de Venezuela sobre la respuesta institucional y social a los problemas de salud y plantea una nueva institucionalidad para el sector. Además, establece la rectoría del Ministerio de Salud en la construcción del SPNS, en el que se integran las instituciones prestadoras de salud y otros servicios públicos y se funda una red

de prestación de servicios articulada por niveles, donde la puerta de entrada principal se ubica en el primer nivel de atención, complementándose con los centros de atención de referencia y contrarreferencia.

Adicionalmente, para cumplir con los mandatos de la Constitución, se elaboró el Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 “Proyecto Nacional Simón Bolívar”, que plantea siete directrices de desarrollo en la transición al socialismo: la Nueva ética socialista; la Suprema felicidad social; la Democracia protagónica revolucionaria; el Modelo productivo socialista; la Nueva geopolítica nacional; Venezuela: Potencia energética mundial y la Nueva geopolítica internacional.

Una de las estrategias planteadas en la directriz de Suprema felicidad social consiste en profundizar la atención integral en salud de forma universal, para lo cual se definen los siguientes objetivos:

- Expandir y consolidar los servicios de atención integral de la salud de forma oportuna y gratuita.
- Reducir la tasa de mortalidad materno-neonatal, postneonatal y en niños de uno a cinco años.
- Fortalecer la prevención y el control de enfermedades.
- Propiciar la seguridad y la soberanía farmacéutica.
- Incrementar la prevención de accidentes y hechos violentos.
- Optimizar la prevención del consumo de drogas y asegurar el tratamiento y rehabilitación de la población afectada.

Con base en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en las directrices, enfoques, políticas y estrategias del Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 “Proyecto Nacional Simón Bolívar”, se elaboró el Plan Nacional de Salud, formulado de manera intersectorial y descentralizada con los aportes de 22 ministerios, bajo el liderazgo conjunto del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y del Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo (MPPPD) y la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Principios y valores

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela establece como principios del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) la solidaridad, la universalidad, la integridad, la unicidad, la participación ciudadana, la eficiencia, la corresponsabilidad, la gratuidad y la equidad. La **universalidad** explicita que todas las personas tienen derecho a la salud, para lo cual se garantizará el acceso a los servicios y programas de salud sin discriminación alguna y en condiciones de igualdad efectiva. La **equidad** se refiere al reconocimiento y atención de las distintas

necesidades de los grupos de la población con el objetivo de reducir las desigualdades de salud asociadas a su ubicación geográfica, clase social, género, etnia y otras categorías de población. La **solidaridad** apunta a la contribución de todas las personas y sectores con el funcionamiento de un sistema de salud orientado a la atención de las necesidades, al logro del bienestar de toda la población y la salud colectiva.

La **gratuidad** se establece para los servicios de salud prestados en el Sistema Público Nacional de Salud, al prohibir cobros directos en conformidad con lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

La **participación de la comunidad** organizada se plasmará en el diseño de políticas, planes, proyectos y programas de salud, así como en la ejecución y evaluación de la gestión en salud.

La **pertinencia multiétnica, pluricultural y multilingüe del Estado** se considerará en el diseño y ejecución de las políticas, planes, servicios y programas de salud.

Todos estos principios orientan políticamente hacia el reordenamiento de las estructuras institucionales de gestión y las redes de atención gubernamentales para hacer de los derechos sociales y de la equidad las bases de un nuevo orden social, de justicia y bienestar para todos y todas; para combatir las inequidades, reduciendo los déficits de atención y las brechas entre grupos humanos y territorios; para rescatar lo público en función del interés colectivo y potenciando la ciudadanía con capacidad en el diseño y ejecución de políticas que impacten en el desarrollo social del país.

La salud y la calidad de vida constituyen, en consecuencia, los principales integradores de los ejes rectores de esta política. La salud, como un derecho fundamental enmarcado en el derecho a la vida, y el sistema de salud público, integrado en un solo ministerio con competencia en salud, como responsable de la política y el financiamiento. Los servicios de salud integrados en redes, de acuerdo con un modelo de atención integral marcado por la transectorialidad, la participación social protagónica y la contraloría social; la articulación territorial de lo social, el desarrollo local y una estrategia promocional de la salud y la calidad de vida.

Las responsabilidades del Estado Venezolano como rector y regulador en salud se ejercen a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) tal y como lo refiere el Decreto de Organización y funcionamiento de la Administración Pública Nacional (Gaceta Oficial N° 6.732 del 2 de junio de 2009) en su artículo 17, estableciendo funciones de diseño e implementación de políticas dirigidas a la garantía, promoción y protección de la salud pública y colectiva, así como la regulación y fiscalización en los ámbitos sanitario, epidemiológico y ambiental.

- Como prestador en salud, el Estado Venezolano establece la garantía del derecho a la salud a través del Sistema Nacional de Salud, que contempla:

- Promoción de la salud de toda la población de forma universal y equitativa, que incluye la protección y la educación para la salud y la calidad de vida, la prevención de enfermedades y accidentes, la restitución de la salud y la rehabilitación; oportuna, adecuada y de calidad.
- Promoción de la salud de los trabajadores y de un ambiente de trabajo seguro y saludable, la recreación, la prevención, atención integral, rehabilitación, reentrenamiento y reinserción de los trabajadores enfermos o accidentados por causas del trabajo, así como las prestaciones en dinero que de ellos se deriven.
- Atención integral y protección en caso de enfermedades catastróficas, maternidad y paternidad, vejez y discapacidad.

Participación social

La participación social en Venezuela es de larga data y la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela dio un nuevo impulso a las formas participativas con, por lo menos, 70 artículos que hacen mención directa a la participación popular en varios aspectos de la vida pública del país.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) establece las bases de la participación social en salud desde dos niveles fundamentales: la participación activa como deber, desde el carácter individual-ciudadano en la promoción y defensa del derecho a la salud y el cumplimiento de las medidas sanitarias establecidas por la ley, y la participación como derecho y deber ejercido a través de la organización comunitaria en los procesos de planificación, ejecución y control de las políticas específicas en las instituciones públicas de salud.

Como derecho político, el artículo 62 de la CRBV establece que todos los ciudadanos y ciudadanas tienen el derecho de participar libremente en los asuntos públicos, directamente o por medio de sus representantes elegidos o elegidas, para la formación, ejecución y control de la gestión pública, como medio necesario para lograr el protagonismo que garantice su completo desarrollo, tanto individual como colectivo.

Como deber, el artículo 132 de la CRBV establece que toda persona tiene el deber de cumplir sus responsabilidades sociales y participar solidariamente en la vida política, civil y comunitaria del país.

Diferentes mecanismos han sido implementados para facilitar la participación, entre ellos mecanismos de información y atención ciudadana, como líneas telefónicas gratuitas de atención, servicios de recepción y entrega de documentos, servicio de taquilla única y horarios especiales de atención. También se introdujo una innovación en la estructura institucional gubernamental, como el Sistema de Planificación, el Sistema Nacional de Control Fiscal y el Sistema de Participación y Planificación Social. Se reconocieron los derechos de petición, de información, de queja y reclamo, de ser consultado, de formular opinión y de presentar propuestas.

Por otra parte, se promulgaron leyes en las que se alude de manera directa a la participación social en los procesos que deben llevar a cabo instancias del gobierno, tales como la Ley Orgánica de Planificación y la Ley de Asignaciones Económicas Especiales derivadas de Minas e Hidrocarburos (2006).

Las Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007 definen las directrices para la creación de formas organizativas desde el poder central, donde el Estado se concibe como un facilitador del proceso de organización y participación, dirigidas a la creación de un poder popular.

Uno de los mayores esfuerzos que ha realizado el Gobierno nacional en torno a la organización para la participación social ha sido a través de los consejos comunales, cuyo origen está en la constitución de 1999 y se fundamentan en el artículo 62, que se refiere a la participación popular en la gestión pública; en el artículo 70, que determina las formas de participación en lo económico, social y político, y el artículo 182, que establece la creación del Consejo Local de Planificación Pública (CLPP).

El artículo 182 establece la creación del Consejo Local de Planificación Pública (CLPP), “presidido por el Alcalde o Alcaldesa e integrado por los concejales y concejales, los presidentes o presidentas de las juntas parroquiales y representantes de organizaciones vecinales y otras de la sociedad organizada, de conformidad con las disposiciones que establezca la ley”.

La Ley de los Consejos Locales de Planificación, aprobada el 12 de junio de 2002, crea los Consejos Comunales, definidos en junio de 2005, cuando se promulgó Ley Orgánica del Poder Público Municipal (Gaceta Oficial n° 38.204 del 8 de junio de 2005), que explicita en el artículo 112 a los consejos comunales como instancias de los CLPP. De acuerdo con el Art. 112: “Los consejos parroquiales y comunales son instancias del Consejo Local de Planificación Pública que tendrán como función servir de centro principal para la participación y protagonismo del pueblo en la formulación, ejecución, control y evaluación de las políticas públicas, así como para viabilizar las ideas y propuestas que la comunidad organizada presente ante el Consejo Local de Planificación Pública”.

El 7 de abril de 2006 se publicó la Ley de los Consejos Comunales (en Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5806, del 10 de abril 2006) que los define, en su artículo 2, como “instancias de participación, articulación e integración entre las diversas organizaciones comunitarias, grupos sociales y los ciudadanos y ciudadanas, que permiten al pueblo organizado ejercer directamente la gestión de las políticas públicas y proyectos orientados a responder a las necesidades y aspiraciones de las comunidades en la construcción de una sociedad de equidad y justicia social”. Simultáneamente se crea la Comisión Nacional Presidencial del Poder Popular, designada por el presidente de la República, con la finalidad de establecer el enlace

de los consejos comunales con el Estado, conformando instancias de participación comunitaria, sin cuerpos intermedios de relación con el Ejecutivo Nacional.

Con el propósito de establecer coherencia entre la organización del sistema de salud y los mecanismos de participación popular y como parte de los Consejos Comunales, se crean los Comités de Salud, que corresponden al área cubierta por un establecimiento de salud de la red de atención primaria, constituyéndose como contralores y presentando propuestas de políticas de salud en beneficio de sus comunidades.

Adicionalmente, y como parte de los mecanismos para promover y estimular la participación ciudadana, el Reglamento Orgánico del Ministerio del Poder Popular para la Salud en sus artículos 3 y 15 dispone una Oficina de Atención al Ciudadano adscrita al despacho de la máxima autoridad del Ministerio, teniendo entre sus funciones recibir y procesar denuncias, sugerencias, quejas y reclamos en torno a los trámites, a los servicios conexos y a la actividad administrativa.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Modelo político administrativo del país

La República Bolivariana de Venezuela es un estado federal organizado en 23 estados, un Distrito Capital (que comprende a Caracas, la capital) y las dependencias federales (311 islas, cayos e islotes), 335 municipios y 1.123 parroquias. Tiene una extensión territorial de 916.446 Km² y una población estimada de 28.883.845 habitantes (2010), con un índice de masculinidad de 1,0 y una densidad poblacional de 31 habitantes por Km².

La pirámide poblacional es progresiva y muestra una población madura: los menores de 15 años representan el 29,4%, el grupo de edad de 15 a 24 años, el 18,7%; de 25 a 59 años, el 43,2% y de 60 años y más, el 8,7%. Se estima que el 88 % de la población reside en áreas urbanas.

Al igual que el resto de los países de la región, Venezuela experimenta cambios demográficos propios de las sociedades en transición. Su población está envejeciendo y se proyecta que la tendencia de la esperanza de vida al nacer se incrementará hasta 72,7 en el período 2000-2005 y a 74,1 en el 2010, con una diferencia de 6 años entre mujeres (77,2) y hombres (71,2). Para el año 2008 la tasa de crecimiento promedio anual fue de 1,7%, la tasa de natalidad 20,6 por mil habitantes y la tasa global de fecundidad fue de 2,5 hijos por mujer.

Durante el periodo 2006-2010, el nivel de pobreza de los hogares, medido por ingreso, disminuyó de 33,1% a 26,8%. De igual manera, en los hogares de pobreza extrema pasó de 10,2% a 7,1%. El índice de desarrollo humano (IDH) pasó de 0,729 en 2005 a 0,755 en 2010. El coeficiente de Gini mejoró variando de 0,4422

en 2006 a 0,4068 para el 2009, muestra de la disminución de las desigualdades. En el 2006, el 20% de la población más pobre recibía el 4,73% del ingreso nacional y el 20% más rico el 49,37%, mientras que en el primer semestre del año 2009 el 20% de la población más pobre recibía 6,01% del ingreso y el 20% de los más ricos el 45,56%, indicando una mejoría en la distribución de los ingresos.

El poder público se distribuye entre el Poder Municipal, el Poder Estatal y el Poder Nacional. El poder público nacional contempla el Poder Ejecutivo, el Poder Legislativo, el Poder Judicial; el Poder Ciudadano y el Poder Electoral.

El Poder Ejecutivo se ejerce por medio del presidente o presidenta de la República, el vicepresidente ejecutivo o vicepresidenta ejecutiva, los ministros o ministras y demás funcionarios o funcionarias que determine la Constitución. El Poder Legislativo está compuesto por la Asamblea Nacional y esta, a su vez, está integrada por diputados y diputadas elegidos o elegidas en cada entidad federal por votación universal, directa, personalizada y secreta. El Poder Judicial está constituido por el Tribunal Supremo de Justicia, los demás tribunales que determine la ley; el Ministerio Público; la Defensoría Pública; los órganos de investigación penal; los o las auxiliares y funcionarios o funcionarias de justicia; el sistema penitenciario; los medios alternativos de justicia; los ciudadanos y ciudadanas que participan en la administración de justicia conforme a la ley y los abogados autorizados o abogadas autorizadas para el ejercicio. El Poder Ciudadano está ejercido por el Consejo Moral Republicano, integrado por el defensor o defensora del pueblo, el fiscal o la fiscal general y el contralor o contralora general de la República. Finalmente, el Poder Electoral se ejerce por medio del Consejo Nacional Electoral, que actúa como su ente rector. Son organismos subordinados a este, la Junta Electoral Nacional, la Comisión de Registro Civil y Electoral y la Comisión de Participación Política y Financiamiento, con la organización y funcionamiento que establezca la ley orgánica respectiva.

Los estados federales son las divisiones políticas fundamentales del país, iguales en lo político, y poseen las mismas competencias que son todas aquellas no reservadas por la Constitución al poder público nacional o municipal. Cada estado tiene como Poder Ejecutivo un gobernador, electo por mayoría absoluta por cuatro años, con la posibilidad de una única reelección para igual periodo.

En cada estado hay un Consejo de Planificación y Coordinación de Políticas Públicas, presidido por el gobernador o gobernadora e integrado por los alcaldes, los directores estatales de los ministerios y una representación de los legisladores elegidos por el estado para la Asamblea Nacional, del Consejo Legislativo, de los concejales y de las comunidades organizadas, incluyendo las indígenas, donde las hubiere.

Los estados se dividen en municipios y, a su vez, estos se dividen en parroquias. El gobierno y administración de cada uno de los municipios está a cargo de

un alcalde y el Consejo del Municipio (concejales). La fiscalización la efectúa la Contraloría Municipal. Además, cuentan con un Consejo Local de Planificación Pública, presidido por el alcalde o alcaldesa e integrado por los concejales o concejalas, los presidentes o presidentas de las Juntas Parroquiales y representantes de organizaciones vecinales y otras de la sociedad organizada, de conformidad con las disposiciones que establece la ley.

Los alcaldes son elegidos por periodos de cuatro años, con opción a reelección inmediata por un término adicional. La elección se gana por mayoría relativa en votación universal, directa y secreta. Los concejales también se eligen por votación universal, directa y secreta por un periodo de cuatro años y no devengan sueldos. Solo perciben dietas por asistencia a las sesiones de la cámara y de las comisiones.

Las parroquias, según el artículo 173, son demarcaciones de carácter local, dentro del territorio de un municipio, creadas con el objeto de descentralizar la administración municipal, promover la participación ciudadana y la mejor prestación de los servicios públicos locales. Pueden ser creadas por los municipios, conforme a sus necesidades. Los municipios determinan los recursos de que dispondrán las parroquias, concatenados a las funciones que se les asignen, e incluso su participación en los ingresos propios del municipio.

Componentes del sistema de salud

El sistema de salud de la República Bolivariana de Venezuela está formado por dos subsistemas clasificados con base en el origen de la fuente de financiamiento: el subsistema público de salud y el privado.

El **subsistema público de salud** está formado por las instituciones prestadoras de servicios de salud adscritas a la Administración Pública cuyo financiamiento proviene de recursos públicos, a saber:

- El Ministerio del Poder Popular para la Salud, órgano rector del sector de la salud y principal prestador y financiador de servicios de salud.
- El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, organismo autónomo adscrito al Ministerio del Poder Popular para el Trabajo, fue creado para prestar servicios de salud a los trabajadores formales a nivel nacional, sean del sector público o del privado, y a sus familiares. No obstante, por decisión del Ejecutivo Nacional, desde el año 2000 este organismo presta servicios de salud a toda la población que así lo requiera.
- El Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación y el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas son órganos de la administración descentralizada adscritos al Ministerio del Poder Popular para la Educación y para la Defensa, respectivamente. Prestan servicios de salud a la población afiliada y sus familiares.

El **subsistema privado** está formado por las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuyo financiamiento proviene de fuentes privadas, como son el pago directo de bolsillo o por empresas aseguradoras.

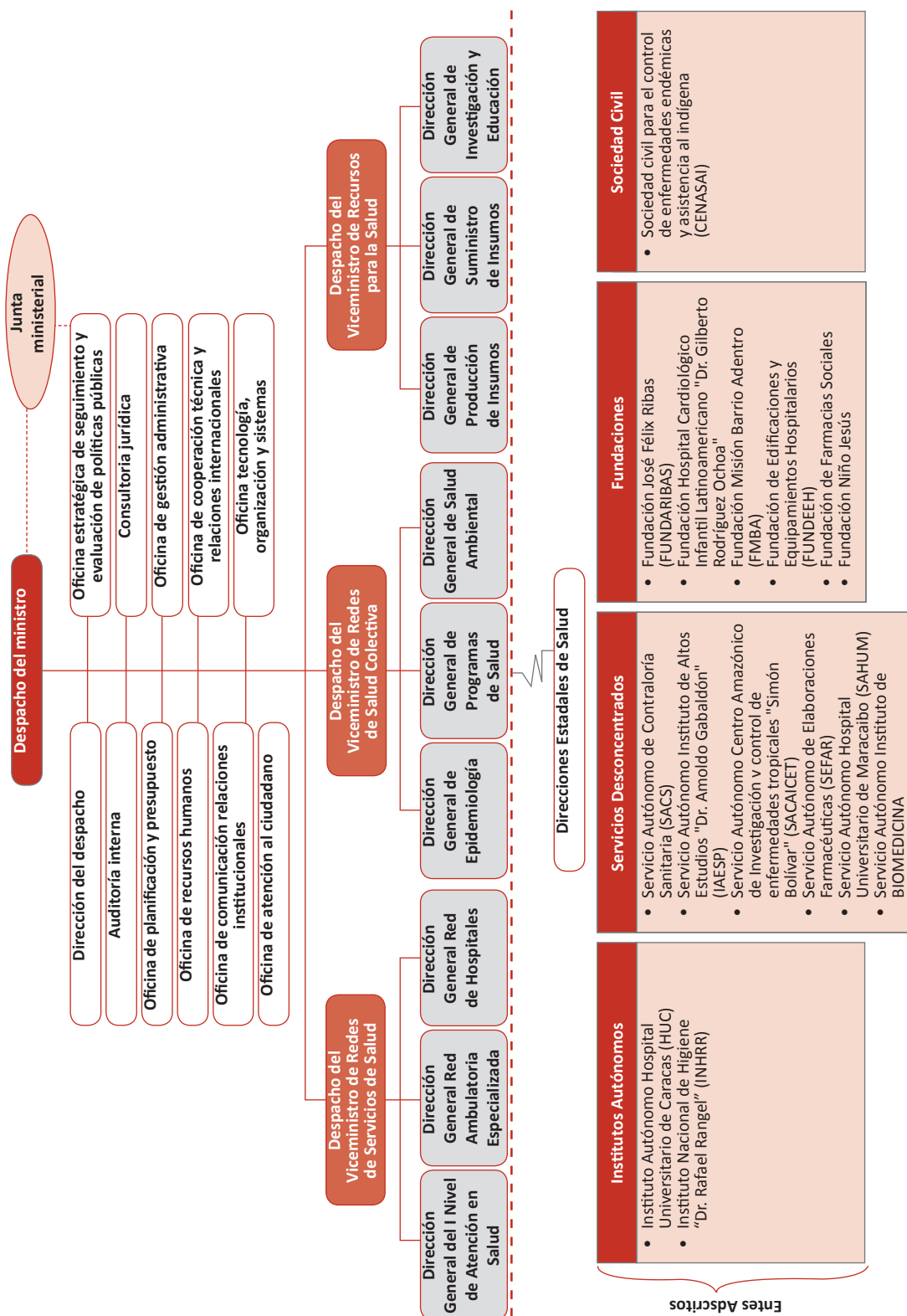
El **Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS)**, órgano rector del sector de la salud en Venezuela, tiene a su cargo la elaboración, formulación, regulación y seguimiento de políticas en materia de salud integral, incluyendo promoción de la salud y calidad de vida, prevención, restitución de la salud y rehabilitación; control, seguimiento y fiscalización de los servicios, programas y acciones de salud, nacionales, de los estados y municipales de los sectores públicos y privado y todas las contenidas en el Decreto N° 6732 (publicado en Gaceta oficial 369.817 del 17 de junio de 2009) sobre organización y funcionamiento de la Administración Pública Nacional.

Las funciones designadas al Ministerio del Poder Popular para la Salud se desarrollan en un contexto heterogéneo de organización de los servicios de salud generados a partir de los años 1990, cuando se inició un proceso de descentralización de los servicios de salud.

A partir del año 2005 se generó un proceso de reestructuración que culminó el 26/12/2006 con la aprobación en Gaceta Oficial del Reglamento Orgánico según Decreto N° 5077 del 22 de diciembre de 2006 (publicado en la Gaceta Oficial N° 38.591 del 26 de diciembre de 2006).

En este contexto, el Ministerio cuenta con una estructura de tres Despachos de Viceministros(as): el Despacho de Viceministro(a) de Redes de Salud Colectiva, el Despacho de Viceministro(a) de Redes de Servicios de Salud y el Despacho de Viceministro(a) de Recursos para la Salud.

Cuadro 1 – Organigrama estructural del Ministerio del Poder Popular para la salud



La red de servicios de salud del país, organizada en tres niveles de complejidad, está a cargo del viceministro de redes de servicio de salud, con competencias en la planificación, formulación, coordinación, seguimiento y evaluación de las políticas, estrategias, planes generales, programas y proyectos en el ámbito nacional, destinados a garantizar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud. También tiene bajo su competencia la atención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, a través de acciones normativas, de supervisión, control y evaluación fundamentadas en la política de salud vigente, orientadas a la atención de necesidades sociales bajo un enfoque participativo a través de la comunidad organizada, de acuerdo con los principios de equidad, solidaridad y universalidad.

El desarrollo y la conducción de la salud colectiva en el SPNS corresponden al viceministro de redes de salud colectiva, con el objetivo de definir, planificar, formular, coordinar, seguir y evaluar las políticas, estrategias, planes generales, programas y proyectos en el ámbito nacional, dirigidos a preservar la salud pública mediante acciones de promoción y prevención de enfermedades, de control ambiental y de cualquier otro tipo que garantice la conservación y recuperación de las condiciones saludables de los individuos, de la colectividad y del ambiente.

Partiendo del mandato constitucional y de los lineamientos expresados en el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social para el período 2001–2007, en su capítulo del Equilibrio Social, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social formuló el Plan Estratégico Social (PES 2001–2007), en una de cuyas directrices estratégicas se establece adoptar la estrategia de promoción de la calidad de vida y la salud.

En el orden jerárquico de las políticas públicas relacionadas con la promoción de la salud, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela es la primera referencia. Allí se produce un reconocimiento expreso, como derechos y deberes, de las posibilidades sociales de acceder a la satisfacción adecuada de las necesidades, para reproducirse adecuadamente como seres humanos, de todos los ciudadanos en las condiciones histórico-concretas actuales, con derechos y deberes en lo político, lo social, lo económico, lo laboral, lo cultural, lo ecológico, lo étnico, etc., base importante para sustentar lo que la Carta de Ottawa (1986) definió como “políticas saludables”.

Modelo de atención

Desde sus inicios, la gestión en salud del Gobierno Bolivariano está orientada a la implantación de un modelo de atención integral y al desarrollo de la participación social en salud. Estos primeros esfuerzos revirtieron las tendencias negativas en la salud y la calidad de vida. Ya en el período 1998–2001, la tasa de mortalidad infantil descendió de 21,4 a 17,1 por mil nacidos vivos, el Índice de Desarrollo Humano se elevó de 0,7792 a 0,7973 y la pobreza extrema descendió de 20,3 a 16,9%.

En los años 2002 y 2003, el golpe de estado y el sabotaje petrolero deterioraron los avances sociales y económicos, significando el equivalente a USD 14.000 millones

en pérdidas directas a la industria petrolera nacional y un monto muy superior de pérdidas indirectas al país. La mayoría de los indicadores sociales retrocedieron como consecuencia de estos actos criminales. El Índice de Desarrollo Humano descendió a 0,7880 en el 2003; el coeficiente de Gini se elevó a 0,4938; la pobreza aumentó hasta el 55,1% y la pobreza extrema, a 29,8%. El desempleo se ubicó en 16,8 % de la población económicamente activa. En el contexto de la crisis producida por las agresiones y los retrocesos en la calidad de vida y salud de la población, se inició oficialmente Barrio Adentro en el año 2003, como la estrategia del proceso Bolivariano para superar la exclusión social en salud. De igual manera, comenzaron a desarrollarse misiones sociales educativas, alimentarias, de protección social, cultura, deportes y capacitación, que no solo contrarrestaron los daños ocasionados, sino que permitieron retomar las tendencias a la mejoría de la calidad de vida y la salud.

La Misión Barrio Adentro se constituye, entonces, en la estrategia para la construcción del Sistema Público Nacional de Salud, abriendo el camino hacia un cambio estructural en el acceso a la atención en salud para millones de venezolanos y venezolanas que hasta entonces habían estado excluidos de esa atención, expandiendo la red primaria y poniendo a disposición de familias ubicadas en los sectores de mayor exclusión consultorios populares, médicos, odontólogos, consulta oftalmológica y entrega de medicamentos, entre otros beneficios. Esta etapa inicial, llamada Barrio Adentro I, se orientó a superar la exclusión social en salud mediante la instalación y puesta en funcionamiento de 6.576 puntos de consulta en los ambientes residenciales, priorizando las poblaciones tradicionalmente empobrecidas y sin acceso al sistema de salud a nivel urbano y rural.

La población organizada aportó locales provisionales para la residencia del personal de salud y para las actividades de atención integral, mientras progresivamente, en un esfuerzo conjunto del Estado y las comunidades organizadas, se avanza en la construcción de nuevos centros de salud.

A esa labor se sumaron activamente 7.477 defensoras de la salud provenientes de las comunidades, capacitadas para apoyar al médico y servir de promotoras de la salud integral, 2.383 odontólogos generales integrales, 986 médicos generales integrales y 1.847 vacunadoras.

Barrio Adentro, modelo de atención y gestión integral

Con la Misión Barrio Adentro se introduce un nuevo modelo de atención en salud que incluye una reconceptualización de la atención de primer nivel, una nueva forma de relación entre el pueblo y los servicios, un nuevo modelo de gestión y una nueva estrategia de formación de talento humano.

El Modelo de Atención Barrio Adentro recupera el enfoque integral y comunitario (promoción, prevención y recuperación de la salud) a partir del concepto de territorios sociales, asegura la continuidad de la atención con calidad y humanidad

en todo el grupo familiar y en todas las necesidades y problemas, con personal especializado en medicina general integral y en medicina familiar, incluyendo el suministro de medicamentos. Es gratuito y universal y garantiza la accesibilidad territorial al ubicar los Consultorios Populares en la comunidad. Asegura, además, el acceso organizado, oportuno y permanente a los recursos de calidad para el diagnóstico y tratamiento, ubicados en los Centros de Diagnóstico Integral, los Centros de Tecnología Avanzada, las Salas de Rehabilitación Integral y otros establecimientos y servicios.

El modelo de atención desarrollado implica una superación de la tradicional concepción de primer nivel como atención simplificada, con personal de baja calificación y limitados recursos diagnósticos y terapéuticos. Barrio Adentro combina la cobertura universal con calidad y alta capacidad resolutive y se articula localmente con el conjunto de misiones sociales que promueven el mejoramiento integral de la calidad de vida de las poblaciones empobrecidas, asegurando el acceso a los alimentos, a la educación, al empleo productivo, a la integración social, a la preservación de la cultura y el desarrollo de nuevos valores basados en la solidaridad y la corresponsabilidad social.

Esta articulación se ejecuta con las redes sociales de organización y participación de las comunidades a través de los Comités de Salud y los Consejos Comunales como expresión del poder popular, generando una fuerte apropiación colectiva por la comunidad y desarrollando progresivamente capacidades para estadios más avanzados de participación popular en la planificación y contraloría social.

Áreas de Salud Integral Comunitaria

Los avances y el impacto social alcanzados con las etapas I y II de Barrio Adentro, sentaron las bases para la formación de las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC), como la unidad básica organizativa y operativa de la estrategia de construcción y de gestión del Sistema Público Nacional de Salud. Esto fue resultado de la interacción entre el sistema de servicios de salud formado por las etapas de Barrio Adentro I y II con las redes sociales y de otros servicios, tomando como base un territorio social.

Una ASIC se corresponde con el territorio social de varios Consejos Comunales. En ella se articulan la red de servicios primarios de salud con las redes sociales comunitarias y otras misiones sociales. La red de servicios de la ASIC aplica un modelo integral e intersectorial de atención continua de salud familiar y comunitaria, universal y gratuita. Las ASIC son la unidad básica del SPNS y de las redes de atención primaria de la salud.

Barrio Adentro ha incorporado también en las ASIC una estrategia innovadora de formación de talento humano para la salud, con alta calidad académica y compromiso social. Iniciado con la formación de médicos especialistas en medici-

na general integral (tres años de postgrado), de los cuales han egresado 984, y de especialistas odontólogos integrales comunitarios (837 egresados), posteriormente ha incluido la formación de médicos integrales comunitarios a nivel de pregrado (seis años). En la actualidad, la primera generación de estudiantes de medicina integral comunitaria (cerca de 10.000 cursantes) ha completado el tercer año de su carrera. En total, en los diferentes niveles se han incorporado 20.578 estudiantes de medicina, mostrando las ventajas de que la formación se realice en el mismo ambiente del cual proviene la mayoría y en el cual trabajarán al egresar, es decir, las comunidades empobrecidas.

El Plan Nacional de Salud asume a Barrio Adentro como la estrategia de construcción de la nueva institucionalidad en salud y, al mismo tiempo, como eje articulador y de desarrollo del SPNS, asume como su unidad básica operativa las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC), a partir de las necesidades de la población, con un modelo de atención integral y continuo, con énfasis en la atención ambulatoria integral de calidad, familiar y comunitaria, con cobertura universal y gratuita y que se articula con el desarrollo del poder popular, en coherencia con los mandatos constitucionales y del Plan Simón Bolívar 2007-2013, en tránsito al socialismo.

Barrio Adentro II, III y IV

Una vez consolidado Barrio Adentro I, surgieron necesidades de fortalecimiento de la atención y se avanzó en el desarrollo de un sistema de servicios necesario para elevar la capacidad de diagnóstico y de resolución de la primera etapa. Entre ellos se encuentran los Centros de Diagnóstico Integral (CDI), que incluyen servicios de endoscopia, laboratorio clínico, electrocardiografía, oftalmología, emergencias, quirófano (CDI Quirúrgicos), rayos X y ultrasonido; las Salas de Rehabilitación Integral, destinadas a prestar los servicios de electroterapia, tracción cérvico-lumbar, termoterapia, hidroterapia, gimnasio pediátrico y adulto, terapia ocupacional, medicina natural y tradicional, terapia del lenguaje y podología. Por su parte, los Centros de Tecnología Avanzada aseguran la disponibilidad universal de capacidades de exámenes complementarios, como resonancia magnética, tomografía axial computarizada, densitometría ósea, laboratorio SUMA, rayos X, videoendoscopia, ecosonografía tridimensional y electrocardiografía. También podemos mencionar las Ópticas Populares, destinadas a asegurar la disponibilidad de lentes correctivos para toda persona que los necesite, y otros establecimientos y servicios de acuerdo con las necesidades locales.

Hasta octubre del 2008 se han instalado y están funcionando 455 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), que incluyen más de dos mil nuevas camas incorporadas al sistema, y 533 Salas de Rehabilitación Integral (SRI). Se han construido veinticinco Centros de Alta Tecnología y se encuentra en operación un número variable

de Ópticas Populares. Algunos ambulatorios preexistentes han sido readaptados e incorporados a esta estrategia como parte de Barrio Adentro II, surgiendo de esta manera las Clínicas Populares. Se ha previsto que esta red tenga capacidad de resolver alrededor del 90% de las necesidades y demandas de atención.

Es importante resaltar que Barrio Adentro II ha generado 9.956 nuevos empleos para personal venezolano en las áreas de medicina, enfermería, fisioterapia, bioanalistas, camareras, mantenimiento, choferes de ambulancia, recepcionistas y cocina.

Ante la necesidad de fortalecer la red hospitalaria, surgen Barrio Adentro III y Barrio Adentro IV.

Barrio Adentro III tiene como objetivo la modernización y adecuación tecnológica de los hospitales existentes con la finalidad de articularlos con las áreas de salud integral comunitaria, logrando ampliar y consolidar el sistema de referencia y contrarreferencia, la atención de emergencias y desastres, la unificación de los protocolos de atención y de los programas de salud. Se trata de que la red hospitalaria se integre a las áreas de salud integral comunitaria, dotándolas de un conjunto de unidades de mayor nivel de complejidad, las cuales asumirían el restante 10% de los problemas que no tienen posibilidad de resolución en Barrio Adentro I y II.

En esta fase se han adecuado estructuralmente 160 hospitales en todo el país, con 1.285 obras programadas, de las cuales 345 están ya finalizadas, 627 en ejecución y 313 por iniciar. Se han equipado 130 hospitales en las áreas de imagenología, sostén de vida, mobiliario clínico, instrumental quirúrgico, equipos de apoyo diagnóstico, equipos de videoendoscopia, quirófano y anestesia, diálisis, cocina y lavandería.

Otro de los pilares de la intervención de los hospitales se relaciona con la adecuación y aumento del talento humano que presta directamente servicios.

Barrio Adentro IV tiene como objetivo desarrollar una red de 16 nuevos centros hospitalarios de atención, investigación y formación de talento humano de alto nivel de especialización para problemas de salud de relevancia nacional que así lo ameriten y para la cooperación internacional solidaria. Actualmente están en ejecución seis hospitales especializados correspondientes a esta red.

En el contexto de Barrio Adentro IV surgió el Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano “Gilberto Rodríguez Ochoa”, inaugurado en agosto de 2006. En lugar de considerarse como una única obra, el Hospital desarrolló, junto a los centros existentes, una red nacional para atención de problemas quirúrgicos cardiovasculares.

Niveles de atención y papel de la atención primaria de la salud

El **primer nivel de atención en salud** tiene como objetivo garantizar el acceso a los servicios de salud a la población, sin ningún tipo de discriminación, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado a dar respuesta inmediata a las necesidades sociales de salud de la población. Es la puerta de entrada natural al SPNS y el punto de inicio de la red asistencial.

Está formado por los Consultorios Populares, Ambulatorios Rurales Tipos I y II y Ambulatorios Urbanos Tipo I, cada uno de ellos con una población definida y organizados territorialmente en Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC) distribuidas en 335 municipios geopolíticos.

El **segundo nivel de atención en salud** del SPNS tiene como objetivo garantizar de manera oportuna, eficaz y eficiente la atención integral y el diagnóstico de las diversas patologías que son de alta incidencia en la población. Está formado por los Centros de Diagnóstico Integral, las Salas de Rehabilitación Integral, las Clínicas Populares, los Ambulatorios Urbanos Tipos II y III y los Centros Ambulatorios de Especialidades. El acceso a este nivel está programado mediante un sistema de referencias y contrarreferencias de los otros niveles de atención o a través de las emergencias, en aquellos centros de segundo nivel que tengan este servicio. Para ello, cada establecimiento de segundo nivel de atención está relacionado con un número determinado de establecimientos del primer nivel y con una población determinada en el primer nivel.

El **tercer nivel de atención** del SPNS tiene como objetivo coordinar y supervisar la atención de las patologías y otras situaciones que no puedan ser resueltas en los otros niveles de atención y las que requieran hospitalización para su tratamiento. Está formado por los Centros Diagnósticos de Alta Tecnología, los Hospitales del Pueblo, los Hospitales Generales Tipos I, II, III y IV y los Hospitales de Especialidades.

El acceso a este nivel se realiza a través del sistema de referencias y contrarreferencia de los otros niveles de atención o a través de las emergencias en aquellos centros de tercer nivel que tengan este servicio. En consecuencia, cada establecimiento del tercer nivel de atención en salud atenderá a un número determinado de establecimientos del segundo nivel y a una población también determinada en el primer y segundo nivel, con la excepción de los Hospitales de Especialidades, los Hospitales Tipo IV y los Centros Diagnósticos de Alta Tecnología, que atenderán a la población que lo requiera, con la debida referencia.

Atención primaria

La atención primaria de salud es la estrategia que se instituye en todo el territorio de la República Bolivariana de Venezuela para la integración de la red de servicios de salud, centrando la promoción de la calidad de vida y la salud en la red de atención primaria, que a través de los establecimientos del primer nivel de atención, opera en un territorio-población definido y sirve de puerta de entrada preferencial al SPNS.

Los establecimientos del primer nivel de atención son espacios de la institucionalidad pública sanitaria que permiten el ejercicio de los derechos constitucionales de la República Bolivariana de Venezuela, fundamentalmente del derecho a la salud y la participación protagónica, vinculante y corresponsable de los(as) ciudadanos(as) en el control y evaluación de la gestión pública de salud.

Todos los establecimientos asistenciales son escenario de actividades de educación de pre y postgrado para la formación general integral de profesionales y técnicos de la salud.

El contexto social y político en el que se ha desarrollado la Misión Barrio Adentro, inmersa en una revolución popular orientada hacia la consolidación del **gobierno comunal** como estrategia política y social para alcanzar el desarrollo sustentable de las comunidades, crea las condiciones para implementar un sistema integral de salud que tenga su eje central en la comunidad, con los recursos humanos mejor preparados y la tecnología diagnóstica y terapéutica que garantice un elevado poder resolutivo.

Redes de salud

Los servicios de salud se organizan a través de una red estratificada por niveles de complejidad, donde se articulan todos los prestadores de servicio bajo los principios de reciprocidad, complementariedad, solidaridad y equidad.

En el **Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC)** se desarrolla el primer nivel de complejidad de la red de servicios, la **Red Comunal**, constituida por unidades asistenciales, docentes e investigativas de salud, como los consultorios populares, los ambulatorios rurales y ambulatorios del primer nivel de atención que conforman la red tradicional, las clínicas odontológicas, ópticas, Sala de Rehabilitación Integral, Centro Médicos de Diagnóstico Integral, núcleos académicos, comités de salud, Brigadas Integrales Comunitarias y otras unidades operativas específicas de atención.

La red comunal está ubicada en un territorio social determinado, donde se ejecutan acciones de salud pública: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; se ofertan servicios de salud gratuitos y accesibles a toda la población; se forman recursos humanos de pre y postgrado en ciencias de la salud y se resuelven, con participación popular e intersectorial, los problemas sanitarios identificados en las comunidades para ajustar sus políticas al contexto sociodemográfico, cultural y epidemiológico de los territorios beneficiados por los servicios de salud.

El **Sistema Distrital de Salud Integral** es el segundo nivel de complejidad de la red de servicios. Está constituido por unidades asistenciales, docentes e investigativas de salud, como hospitales generales, clínicas populares, centros médicos de diagnóstico de alta tecnología y unidades de epidemiología. Está ubicado en el territorio social de influencia de varias ASIC, donde se ejecutan acciones de salud pública: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; se ofertan servicios de salud gratuitos y accesibles a toda la población, se forma talento humano de pre y postgrado en ciencias de la salud; y se resuelven, con participación popular e intersectorial, los problemas sanitarios identificados en las comunidades, ajustando sus políticas al contexto sociodemográfico, cultural y epidemiológico de los territorios beneficiados con los servicios de salud.

El **Sistema Estatal de Salud Integral** es el tercer nivel de complejidad de la red de servicios, constituido por unidades asistenciales, docentes e investigativas de salud, como los Sistemas de Salud Distritales, Hospital Clínico Quirúrgico, Hospital especializado (infantil, gineco-obstétrico), Centro Estatal de Higiene y Epidemiología y otras unidades específicas ubicadas en el territorio social de influencia de uno o varios Distritos de Salud de un estado. En este Sistema se ejecutan acciones de salud pública: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; se ofertan servicios de salud gratuitos y accesibles a toda la población, se forma el talento humano en programas de pre y postgrado en ciencias de la salud; y se resuelven, con participación popular e intersectorial los problemas sanitarios identificados en las comunidades; ajustando sus políticas al contexto sociodemográfico, cultural y epidemiológico, de los territorios beneficiados con los servicios de salud.

El **nivel territorial** es el cuarto nivel de complejidad de la red de servicios, constituido por unidades asistenciales, docentes e investigativas de salud ubicadas en el territorio social de influencia de varios estados que conforman un eje territorial para el desarrollo desconcentrado del país. En este territorio se ejecutan acciones de salud pública: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; se ofertan servicios de salud gratuitos y accesibles a toda la población, se forma el talento humano en programas de pre y postgrado en ciencias de la salud; y se resuelven, con participación popular e intersectorial los problemas sanitarios identificados en las comunidades; ajustando sus políticas al contexto sociodemográfico, cultural y epidemiológico de los territorios beneficiados con los servicios de salud.

Gestión territorial, referencia y contrarreferencia

La gestión territorial se fundamenta en las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC) y a partir de ellas se construyen las redes de referencia entre los niveles de complejidad.

Prestación de servicios

La prestación de servicios según niveles de atención desarrolla la línea política del Ejecutivo Nacional, bajo la rectoría del Ministerio del Poder Popular para la Salud, estructurada para dar respuesta a las necesidades sentidas de las comunidades y para lograr el incremento progresivo de la calidad de vida de la población venezolana mediante la aplicación de un modelo de atención integral y de promoción para la salud.

Primer nivel de atención

El Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) cuenta con 6.712 Consultorios Populares de barrio Adentro, 4.117 Ambulatorios tipo I y II, 608 Ambulatorios Urbanos tipo I y 42 consultorios del Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación.

La oferta de servicios en este nivel se enmarca en la promoción de la calidad de vida, la salud y la prevención de la enfermedad y la consulta ambulatoria y de referencia a niveles de atención en salud de mayor complejidad, garantizando un médico por cada 250 familias (1.200 habitantes) en los sectores de mayor exclusión.

Atención especializada

El Sistema Público Nacional Venezolano cuenta para atención especializada con 239 ambulatorios urbanos II y III, 546 Centros de Diagnóstico Integral, 578 Salas de Rehabilitación Integral, 33 Centros de Alta Tecnología, catorce ambulatorios del Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación, diez ambulatorios de Sanidad Militar, 51 ambulatorios del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, 459 ópticas, trece Clínicas Populares y quince establecimientos para atención odontológica integral Misión Sonrisa.

Todos incluyen atención ambulatoria de mayor complejidad y hospitalización de observación en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia y sus servicios complementarios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Atención hospitalaria

Los servicios de atención hospitalaria del SPNS se prestan en 284 hospitales (228 dependientes del Ministerio del Poder Popular para la Salud, 35 del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, 14 de Sanidad Militar y 7 de otras instituciones públicas), cuyos servicios incluyen consulta ambulatoria de especialidades y supra especialidades, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad.

UNIVERSALIDAD, INTEGRALIDAD Y EQUIDAD

Modelo para la cobertura poblacional

De acuerdo con la CRBV, la gratuidad y la universalidad constituyen principios fundamentales y determinaron, en primer lugar, la eliminación de todas las formas de pago de bolsillo en el acceso a servicios de salud en el Sistema Público Nacional de Salud y, seguidamente, la obligación de igualdad en el acceso a los servicios públicos de salud sin exclusión por no afiliación a la institución.

Cobertura integral de servicios

En la República Bolivariana de Venezuela la cobertura de atención es universal e integral, dando prioridad a la promoción y la prevención de enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad.

Esta política se evidencia, por una parte, con el fortalecimiento de la atención de programas de salud pública y seguridad en contingencias, maternidad, paternidad,

invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad sin que la ausencia de capacidad contributiva sea motivo para excluir a las personas de la protección. Por otro lado, se manifiesta mediante la creación de nuevos programas de amplia cobertura territorial, como son los servicios de óptica, optometría, odontología integral, salas de rehabilitación y cirugía oftalmológica Misión Milagro.

Brechas entre cobertura poblacional y cobertura de servicios

Con relación a la universalidad, integralidad y equidad del SPNS y en referencia particular a las brechas de acceso a servicio por aspectos geográficos y/o culturales, se identifican las comunidades rurales dispersas, indígenas y campesinas del país, para quienes en el compromiso ético de garantizar la atención de salud como derecho se replantea la estrategia de auxiliares de medicina simplificada con la formación de los Agentes Comunitarios de Atención Primaria de Salud y trabajadores comunitarios de la salud, personas con compromiso ético y político hacia el bienestar de sus pueblos, seleccionadas desde comunidades de zonas rurales dispersas (campesinas e indígenas) por sus representantes y capacitados por un año en el MPPS, donde reciben orientación hacia los principios de universalidad, equidad, igualdad, solidaridad, participación comunitaria y justicia social y en la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y defensa de la salud con permanencia, calidad, oportunidad y bajo un enfoque integral, intersectorial, multidisciplinario e intercultural hacia la atención en salud a la población y promoción de cambios en las condiciones de vida.

MODELOS DE FINANCIAMIENTO

Fuentes de financiamiento

El financiamiento público de los programas sociales y, por tanto, de salud, se ha elevado considerablemente en los últimos años. A los recursos asignados por vía presupuestaria se han sumado los aportes procedentes de los ingresos petroleros extraordinarios. Entre 1998 y 2007, la inversión pública social se elevó de 5.670.152 a 98.712.236 de bolívares fuertes (17,4 veces), de los cuales 13.597.517 (13,8%) provienen de Petróleos de Venezuela SA y del Fondo de Desarrollo Nacional.

El presupuesto del Ministerio del Poder Popular para la Salud se confecciona con un enfoque de racionalización del gasto, considerando la unificación del sistema como estrategia para articular esfuerzos y evitar la dispersión de recursos, asumiendo el fortalecimiento de la capacidad rectora del Ministerio en la estructura, organización y financiamiento de la red de servicios.

Siguiendo los lineamientos del Ejecutivo Nacional, el presupuesto se formula por proyectos, con metas y objetivos claros para continuar las políticas públicas implementadas, con énfasis en los objetivos y metas del milenio relacionadas con el sector salud. Las fuentes de financiamiento son cuatro:

- Ordinario: son los recursos provenientes de la renta petrolera, impuestos sobre bebidas alcohólicas, impuestos a los cigarrillos y el impuesto sobre las sucesiones.
- Gestión fiscal: son los recursos provenientes de la colocación de bonos de la deuda pública en el mercado financiero.
- Endeudamiento: son los recursos para los proyectos de alta envergadura, que incluyen aportes local y externos.
- Otros: son los ingresos no previstos en la ley, provenientes de los dividendos de los entes gubernamentales tales como la Compañía de Teléfonos de Venezuela CANTV y el Banco Central de Venezuela, entre otros.

Fuentes de financiamiento privado

La participación del aseguramiento privado no se puede subestimar en el país. Un porcentaje de este financiamiento corresponde a las primas de seguros privados que son canceladas por órganos, entes y empresas del Estado que, por convenciones colectivas, cubren a sus trabajadores con este tipo de pólizas.

Gasto en salud

Participación de la Nación y las esferas subnacionales en la financiación pública

Para el 2003, la Nación invertía alrededor del 3,4% del producto interno bruto en salud, gasto que se ha incrementado considerablemente luego de ese período, estimándose en algunos casos casi un 100% de incremento. Ese gasto contempla las transferencias directas de la cartera de salud a las esferas subnacionales (estados) y a diferentes entes adscritos que tienen funciones específicas y campos de acción definidos para la intervención mediante servicios directos o generación de conocimiento y se estima actualmente en 50 billones de bolívars.

En las normas de coparticipación para el gasto en salud para las esferas subnacionales, las gobernaciones y alcaldías destinan presupuesto a tal fin de acuerdo con sus ámbitos de acción y, en algunos estados (9 de los 24), tiene competencias transferidas, aunque en revisión desde el órgano rector, por lo que realizan aportes específicos para el funcionamiento de la red de servicios.

Estos recursos se administran de acuerdo con la norma legal vigente en cada uno de los estados y municipios y se destinan para abordar las necesidades de la atención médica a la población o circunstancias particulares en los ámbitos subnacionales, complementando el gasto nacional.

Composición del gasto público en salud

Aproximadamente el 98% del gasto público en salud está constituido por aportes directos a servicios de salud y el 1,43% por aportes a la seguridad social. Dentro del gasto público en salud, 61% corresponde al Ministerio del Poder Popular para

la Salud, 21% al Fondo de Salud del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y el restante 18% a diversos aportes a servicios de salud y aseguramiento de diversos órganos de la Administración Pública Nacional.

Participación de los usuarios (copagos)

Por disposiciones legales y a partir de la Constitución, en la República Bolivariana de Venezuela la salud es concebida como un derecho. Por lo tanto, no existe la figura de pagos o copagos dentro del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) e incluso existe la regulación expresa para garantizar la gratuidad que prohíbe cobrar por cualquier servicio de salud en los establecimientos públicos.

Criterios de asignación de recursos

La asignación de recurso se realiza en sintonía con la ejecución de proyectos de 2011, que responde a los objetivos y políticas institucionales, enmarcadas en la propuesta del Plan Nacional de Salud 2009-2013 / 2018:

- Nueva institucionalidad basada en Barrio Adentro como eje articulador de la red de servicios, fortaleciendo la rectoría única del MPPS y el desarrollo científico tecnológico y de talento humano de calidad.
- Condiciones promotoras de calidad de vida y salud enmarcadas en la convivencia solidaria, en armonía con la naturaleza y un modo de vida saludable en los territorios sociales.
- Participación protagónica y poder popular en salud, con el objetivo de asegurar los espacios y mecanismos que permitan la participación del poder popular en la ejecución, seguimiento, control y evaluación del Plan Nacional de Salud y su corresponsabilidad en el cumplimiento de las metas institucionales y de intervención sobre los determinantes de la salud en los distintos niveles de gestión y territorios sociales.
- Disminuir las brechas sociales e inequidades en grupos priorizados de la población o por ciclo de vida, contribuyendo a elevar la calidad de vida.

El cumplimiento de los objetivos planteados busca garantizar el impacto social propuesto en la ejecución de proyectos banderas, como: Misión Barrio Adentro I, II, III, IV, Plan Nacional de Vacunación, Proyecto Madre, Misión Niño Jesús, Plan de Salud Indígena y fortalecimiento de la red de suministro y distribución de medicamentos, entre otros.

Criterios de asignación de recursos para transferencias a niveles subnacionales

El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), una vez que recibe la asignación de recursos para un ejercicio fiscal determinado, producto del análisis de variables económicas y de la priorización realizada por el Ejecutivo Nacional, realiza la distribución de los recursos para las transferencias a niveles subnacionales (estados

y entes adscritos). Para eso, básicamente toma en consideración los requerimientos y estimaciones de necesidades de cada una de las instancias ejecutoras, evaluando la pertinencia de las asignaciones y protegiendo el presupuesto de áreas que sean consideradas prioritarias para el despacho de salud.

El Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), según su concepción, es coordinado y operado por el Estado a través del MPPS y entes con competencia en la materia, y el financiamiento se ejecuta a través de la red de establecimientos bajo su tutela.

MACROGESTIÓN

Rectoría

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado ejerce la rectoría y gestión del SPNS, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social (Art. 84 CRBV).

De acuerdo con el Decreto Sobre Organización y Funcionamiento de la Administración Pública Nacional (18/0172007), son competencias del Ministerio del Poder Popular para la Salud:

- Ejercer la rectoría del Sistema Público Nacional de Salud.
- La elaboración, formulación, regulación y seguimiento de políticas en materia de salud integral, incluyendo promoción de la salud y la calidad de vida, prevención, restitución de la salud y rehabilitación.
- El control, seguimiento y fiscalización de los servicios, programas y acciones de salud, nacionales, de los estados y municipales de los sectores público y privado.
- La definición de políticas para la reducción de inequidades sociales concernientes a la salud, tanto de territorios sociales como de grupos poblacionales clasificados de acuerdo a variables sociales o económicas y etnias.
- El diseño, gestión y ejecución de la vigilancia epidemiológica nacional e internacional en salud pública de enfermedades, eventos y riesgos sanitarios.
- Diseño, implantación y control de calidad de las redes nacionales para el diagnóstico y vigilancia en salud pública.
- La formulación y ejecución de las políticas atinentes a la producción nacional de insumos, medicamentos y productos biológicos para la salud, en coordinación con el Ministerio del Poder Popular para las Industrias Ligeras y Comercio.
- La Coordinación de programas, planes y acciones con otras instancias públicas y privadas que propicien un medio ambiente saludable y una población sana.
- La dirección de programas de saneamiento ambiental conjuntamente con otros órganos y entes nacionales, estatales y municipales con competencia en la materia.
- La regulación y fiscalización sanitaria de los bienes de consumo humano, tales como alimentos, bebidas, medicamentos, drogas, cosméticos y otras sustancias con impacto en la salud.

- La regulación y fiscalización de los servicios de salud y de los equipos e insumos utilizados para la atención de la salud.
- La regulación, fiscalización y certificación de personas para el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud.
- Vigilar y controlar la promoción y publicidad de materiales, envases y empaques de bienes y otros productos de uso y consumo humano.
- La formulación y ejecución de las políticas sanitarias dirigidas a reducir los riesgos a la salud y vida de la población, vinculados al uso o consumo humano de productos y a la prestación de servicios en materia de salud, mediante la aplicación de mecanismos y estrategias de carácter preventivo, basados en criterios científicos, normados nacional e internacionalmente.
- La formulación de normas técnicas sanitarias en materia de edificaciones e instalaciones para uso humano sobre higiene pública social.
- La organización y dirección de los servicios de veterinaria que tengan relación con la salud pública.
- La promoción y desarrollo de la participación comunitaria en todos los espacios del quehacer en salud, para lo cual coordinará lo conducente con el órgano rector en materia de participación popular.
- Dirigir las relaciones de cooperación internacional con los organismos internacionales de salud, en coordinación con el Ministerio del Poder Popular para Relaciones Exteriores.
- Las demás que le atribuyan las leyes y otros actos normativos.

Las políticas de Estado implementadas por la República Bolivariana de Venezuela en materia de salud incluyen:

- Financiamiento público del sistema de salud que responda a las prioridades sanitarias y se distribuya con equidad en función de los proyectos, con la participación vinculante del poder popular.
- Consolidación de la capacidad soberana e independencia científica y tecnológica para producir y garantizar la disponibilidad del talento humano y los recursos científico-técnicos e insumos necesarios para la salud de la población.
- Construcción de capacidades para el fortalecimiento de la solidaridad internacional en salud y el liderazgo de Venezuela en las agendas internacionales.
- Alimentación saludable y una nutrición adecuada a lo largo del ciclo de vida, en concordancia con los mandatos constitucionales sobre salud, soberanía y seguridad alimentaria.
- Promoción de territorios sociales que fortalezcan la convivencia solidaria y la seguridad ciudadana en el cotidiano de la vida familiar y comunal.
- Funcionamiento de un sistema de tránsito seguro para conductores, pasajeros y peatones.

- Ambientes que favorezcan la actividad física, la recreación, la cultura y el deporte en los centros educativos, laborales y residenciales.
- Promoción de la salud ambiental del entorno familiar, comunitario, de los centros educativos, de salud, recreativos y de trabajo, que permita el desarrollo de espacios libres de riesgos.
- Promoción de autogobiernos comunitarios para el ejercicio del poder popular en la implementación de las políticas de salud.
- Consolidar la participación protagónica del poder popular en la gestión del Sistema Público Nacional de Salud.
- Impulsar la participación protagónica del poder popular en los espacios de articulación intersectorial y las instancias institucionales para la promoción de la calidad de vida y la salud.
- Impulsar la vinculación internacional de organizaciones sociales en salud.

El Plan Nacional de Salud establece los objetivos, políticas, proyectos y medidas consideradas estratégicas para alinear la gestión del Estado venezolano orientada a garantizar el derecho a la salud para el período 2009–2013/2018, de acuerdo a los mandatos de la CRBV y a las directrices, enfoques, políticas y estrategias del Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 “Proyecto Nacional Simón Bolívar”, en la transición al socialismo. Bajo la conducción y liderazgo del Ministerio del Poder Popular para la Salud, como rector del Sistema Público Nacional de Salud, el plan articula en forma coordinada los aportes del conjunto del Estado y los órganos del poder popular en la producción social, preservación y recuperación de la salud.

El Plan Nacional de Salud, como se mencionó, asume a Barrio Adentro como la estrategia de construcción de la nueva institucionalidad en salud y, al mismo tiempo, como eje articulador y de desarrollo del SPNS, asume como su unidad básica operativa las ASIC, a partir de las necesidades de la población, con un modelo de atención integral y continuo, con énfasis en la atención ambulatoria integral de calidad, familiar y comunitaria, con cobertura universal y gratuita.

Atribuciones de las esferas gubernamentales y coordinación interinstitucional

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, aprobada en el año 1999, estableció la figura del Consejo Federal de Gobierno, en su título IV, Capítulo V, Artículo 185, como un órgano que tiene por finalidad la planificación y coordinación de las políticas y acciones para el desarrollo de los procesos de descentralización y la transferencia de competencias del poder nacional a los estados y municipios. Asimismo, el referido artículo crea al Fondo de Compensación Interterritorial, dependiendo del Consejo Federal de Gobierno y destinado al financiamiento de inversiones públicas para promover el desarrollo equilibrado, justo y equitativo de las regiones, la cooperación y complementación de las políticas e iniciativas de

desarrollo de las distintas entidades públicas territoriales y a apoyar especialmente la dotación de obras y servicios esenciales en las regiones y comunidades de menor desarrollo relativo.

El 22 de febrero de 2010 (Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.963 Extraordinario) fue promulgada la Ley Orgánica del Consejo Federal de Gobierno, que desarrolla los principios establecidos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y delimita el ámbito de competencias y funcionamiento del Consejo. Mediante el Decreto N° 7.306 de fecha 9 de marzo de 2010 (publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.416, del 4 de mayo de 2010) fue dictado el Reglamento de la Ley Orgánica del Consejo Federal de Gobierno que complementa el desarrollo legislativo dado al Consejo, afinando los detalles relativos a la organización y funcionamiento de las instancias del Consejo Federal de Gobierno, como la Plenaria, la Secretaría, el Fondo de Compensación Interterritorial (FCI) y sus instancias. El Reglamento fue reformado el 12 de Abril de 2011, mediante Decreto 8.146 (publicado en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.655 de fecha 13 de Abril de 2011), fortaleciendo lo relativo a los procedimientos referidos a la formulación, evaluación, financiamiento y control de los proyectos asociados a los planes de inversión.

El Consejo Federal de Gobierno orienta su gestión hacia resultados sociales, en concordancia con los principios consagrados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en el Proyecto Nacional Simón Bolívar, Primer Plan Socialista, Desarrollo Económico y Social de la Nación 2007-2013 y establece los lineamientos vinculantes a las entidades político territoriales, las organizaciones de base del poder popular, así como el estudio y la planificación de los Distritos Motores de Desarrollo, apoyando especialmente la dotación de obras y servicios esenciales en las regiones y comunidades de menor desarrollo relativo mediante la transferencia de recursos financieros, a fin de obtener resultados en el sistema social y contribuir a la consolidación de un estado democrático, social, de derecho y de justicia, cuya visión es transformarse en una organización eficiente y efectiva en el cumplimiento de sus obligaciones constitucionales y legales, soportadas por un recurso humano de excelencia en el uso intensivo de tecnologías de información y comunicación, con organicidad y con total orientación de servicio al pueblo organizado.

VIGILANCIA EN SALUD

Implementación del Reglamento Sanitario Internacional

Para describir la situación de la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en el país, nos referiremos a los distintos componentes:

Legislación nacional, política y financiamiento: Con el propósito de apoyar la legislación, las regulaciones, los requerimientos administrativos, políticas u otros

mecanismos gubernamentales existentes para la aplicación del RSI, se creó el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional, mediante Resolución por Gaceta Oficial y los recursos específicos para las funciones del RSI se incorporaron en el Plan Operativo Anual del 2012.

Coordinación y comunicaciones de los CNE: Se han establecido mecanismos para coordinar los sectores pertinentes para la aplicación del RSI. A la fecha, están designados los puntos responsables en los estados para la aplicación de RSI y se mantiene comunicación permanente con el grupo de Operaciones de Alerta y Respuesta, Punto de Contacto Regional de la OMS para el RSI (2005) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través del sitio de información y de otros mecanismos. Igualmente, se han realizado intercambios de información con los centros nacionales de enlace de otros países de la región y, a solicitud de la OPS, el país ha difundido información de evaluación de riesgo (brote de cólera importado de la República Dominicana).

Se han desarrollado mecanismos que facilitan la colaboración entre las autoridades de transporte aéreo y se ha participado activamente dentro del Acuerdo de Cooperación para prevenir la Propagación de Enfermedades Transmisible por Vía Aérea de la Organización de Aviación Civil Internacional, contribuyendo a la preparación del plan de emergencia del Aeropuerto Internacional de Maiquetía, principal punto de entrada aéreo al país.

Físicamente, se creó el Centro Nacional de Enlace (CNE-RSI) en la Dirección General de Epidemiología.

Vigilancia: Hay una lista de 70 enfermedades prioritarias para vigilancia. Los datos de la vigilancia de enfermedades con potencial epidémico o prioritarias, se analizan de forma regular cada semana a nivel nacional, estatal y municipal. La notificación es oportuna, con una consistencia de al menos 80% de todas las unidades del territorio nacional. Semanalmente se publica en la página Web del Ministerio del Poder Popular para la Salud el boletín epidemiológico que retroalimenta la información a los niveles interesados.

También se comunican aquellos eventos que cumplen con los requisitos de notificación, una vez evaluados el riesgo de acuerdo con el anexo 2 del RSI (2005); se da respuestas a las solicitudes de verificación de eventos y se documentan las notificaciones e investigaciones de casos y de brotes.

Respuesta: Se han creado los mecanismos de respuesta para casos de emergencias de salud pública. Actualmente se fortalecen centros de dedicación para las operaciones de mando y control, como lo son el CNE-RSI de la Dirección de Epidemiología y de la Sala Situacional, dependiente del despacho de la Ministra, que ha desarrollado capacidades para la atención y coordinación de respuesta ante emergencias.

Existe la atención de casos para afecciones prioritarias (cólera, enfermedades transmitidas por alimentos, influenza, eventos naturales, como lluvia, deslaves e inundaciones), haciendo posible el desarrollo de respuestas de forma oportuna.

Preparación: Se formó un equipo multidisciplinario e interinstitucional que desarrolla actualmente el diagnóstico y el plan de acción del RSI.

Comunicación de riesgo: Se ejecutan lineamientos sobre comunicación de riesgos con participación activa del equipo político de alta gerencia y los equipos técnicos operativos. Se mantiene acceso al Sitio de Información sobre Eventos de la OMS, destinado a los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, y se ha participado en la encuesta para la recopilación de información sobre las formas de mejorar el contenido y el diseño de la esta página, a fin de satisfacer las necesidades de los profesionales de la salud pública involucrados en la gestión de eventos agudos de interés sanitario.

Capacidad de recursos humanos: Se dispone de recursos humanos para cumplir con los requisitos de la implementación de las capacidades básicas del RSI y se realizan gestiones para aumentar el número de funcionarios necesarios para fortalecer la respuesta.

Laboratorio: Se dispone de una red de laboratorios clínicos y de salud pública, vinculada directamente al Instituto Nacional de Higiene y a la red de vigilancia epidemiológica, que es responsable de la toma, conservación y transporte de las muestras hacia los diferentes puntos de la red de laboratorio regionales con capacidad diagnóstica, para identificar los eventos de salud pública. Se cuenta con guías o normas de calidad para el laboratorio en el Instituto Nacional de Higiene.

Puntos de entrada: Funciona un grupo de trabajo para la evaluación y seguimiento de capacidades en los aeropuertos del país.

En los puntos de entrada también se realizan actividades de vacunación para los viajeros y los trabajadores aeroportuarios. En el Aeropuerto Internacional de Maiquetía se cuenta con un servicio médico apropiado que incluye medios de diagnóstico, personal, equipo e instalaciones adecuadas para evaluar y tratar rápidamente a los viajeros enfermos.

En los principales aeropuertos del país están destinados inspectores de salud pública con la función de vigilancia y control de todos los bienes de uso y consumo humano, no solo desde el punto de vista alimentario, sino también de materiales y equipos y los medicamentos que ingresan al país, ya que es importante destacar que los medicamentos en su mayoría ingresan por la aduana aérea de Maiquetía.

Eventos de zoonosis: Se han designado puntos de enlace a cargo de Salud Animal (Instituto Nacional de Salud Agrícola Integral, INSAI, e Instituto Nacional de Investigaciones Agrícolas, INIA) que coordina con el Ministerio del Poder Popular para la Salud o el CNE del RSI.

Se han creado mecanismos funcionales de colaboración intersectorial que abarcan unidades y laboratorios de vigilancia de salud humana y animal. Se dispone de una lista de entidades zoonóticas prioritarias, con sus respectivas definiciones de caso. Se recaba y compara sistemática y oportunamente la información sobre zoonosis en las cuatro instituciones MPPS, INIA, INSAI e Instituto Nacional de Higiene.

Inocuidad de los alimentos: Para garantizar la inocuidad de los alimentos, el Ministerio del Poder Popular para la Salud es responsable del registro de todos los alimentos en el país y de controlar su inocuidad desde la industria hasta el consumo. A partir del año 2000, el MPPS inició la implementación del sistema de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control en la industria de alimentos y en los establecimientos expendedores de comidas rápidas del país. En la actualidad, el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria se fortalece en cada estado para ejercer el control sanitario en materia de inocuidad de los alimentos.

La vigilancia y control de la inocuidad de los productos alimenticios expendidos en los establecimientos que funcionan en los diferentes aeropuertos del país, así como los establecimientos proveedores de las líneas aéreas (catering), es realizada por las Coordinaciones de Higiene de los Alimentos Estadales respectivas, que realizan supervisiones a cada uno de los establecimientos con el objeto de evaluar las condiciones higiénico-sanitarias de funcionamiento de las instalaciones físicas, las buenas prácticas de elaboración y manipulación de alimentos y la documentación respectiva, según lo establecido en la normativa sanitaria vigente para el otorgamiento y renovación del permiso sanitario de funcionamiento respectivo.

Así, el control de la inocuidad de los alimentos se realiza también a través de la capacitación del personal manipulador de alimentos que trabajan en estos establecimientos.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud avanza actualmente con tres planes en desarrollo para el fortalecimiento de las capacidades básicas en conformidad con el RSI: el Plan Nacional para Fortalecimiento de las Capacidades Básicas en Conformidad con el RSI; un plan de contingencia para emergencias de salud pública que permita dar respuesta a emergencias de salud pública para los Puntos de Entrada; y el Plan Nacional de preparación y respuesta en casos de emergencias de salud pública nacionales causadas por riesgos múltiples.

También existen planes basados en el diagnóstico de la situación y con el uso de varios de los instrumentos de evaluación de las capacidades disponibles, como: el cuestionario 2011 de seguimiento del montaje de las capacidades básicas requeridas por el RSI en los Estados Partes de la OMS; la Lista de verificación e indicadores para dar seguimiento a los progresos del montaje de las capacidades básicas del RSI en los Estados Partes, de Diciembre de 2010; el Instrumento de evaluación de los requisitos de capacidad básica en los aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres designados, de octubre de 2009, por la OMS; los Instrumentos de Evalua-

ción de Vigilancia y Respuesta Reglamento Sanitario Internacional (2005), Anexo I-A Mercosur; y el Instrumento para la Identificación de las Capacidades Básicas en Aeropuertos Internacionales Reglamento Sanitario Internacional (2005), Anexo V Mercosur.

Vigilancia epidemiológica

La Dirección General de Epidemiología, órgano técnico del Ministerio del Poder Popular para la Salud, ejerce la rectoría del Sistema Nacional Vigilancia en Epidemiología en todo el país, tanto en el sector público como privado.

La estructura del sistema de vigilancia epidemiológica se corresponde con los niveles de organización sanitaria (nivel central, regional o estatal, distrital o municipal y el nivel local o de establecimientos), incluye un subsistema de vigilancia básica y un grupo de vigilancias especializadas que se corresponden con programas prioritarios de salud pública.

La Dirección de Vigilancia Epidemiológica tiene como misión detectar, monitorear e intervenir en zonas de riesgo, situaciones de alarma y epidemias, controlando tanto las enfermedades con potencial peligro de diseminación rápida en la población como las enfermedades no transmisibles, pero con alta incidencia y, por ende, de interés estratégico en salud pública, produciendo información que favorezca la toma racional de decisiones y permita la adopción adecuada y oportuna de medidas de intervención e investigación sanitaria.

Para realizar el cumplimiento de esta rectoría, dentro de sus funciones: diseña, actualiza las normas, pautas, procedimientos y monitorea los factores relacionados con la emergencia y reemergencia de enfermedades, alertas y brotes a nivel nacional e internacional que puedan ser una amenaza para la salud pública, desarrollando herramientas para la producción, investigación y análisis en el abordaje de las enfermedades de interés epidemiológico y objeto del Sistema de Información Epidemiológica (actualmente el sistema de Información epidemiológica está en proceso de reestructuración a fin de crear un sistema único en esta área acorde al planteamiento del SPNS). Además, coordina, en conjunto con instancias nacionales e internacionales, lo concerniente a vigilancia en epidemiología e intervenciones en salud pública, propiciando la integración intersectorial e interinstitucional; produce información epidemiológica para los niveles gerenciales, técnicos, científicos, operativos y para la opinión pública; promueve, en conjunto con la Oficina de Educación e Investigación, la capacitación de los equipos de salud en las normas, pautas y procedimientos dirigidos a realizar las actividades en vigilancia epidemiológica. Finalmente, establece la coordinación, en conjunto con el Instituto Nacional de Higiene, de la vigilancia de eventos en salud con la red de laboratorios a nivel nacional.

Alerta y respuesta en salud

Los sistemas de alerta y respuesta se organizan de acuerdo con la estructura local, regional y nacional, mantienen información extraordinaria y rutinaria por semanas epidemiológicas, con eventos de notificación obligatoria. Para ello, se han estructurado salas situacionales que mantienen un registro actualizado de la casuística con canales endémicos, vigilancia de enzootias y epizootias, así como vigilancia por supervisiones periódicas planificadas o en base a contactos provenientes de redes comunitarias.

Con el inicio de las funciones de Centro Nacional de Enlace, en el marco del RSI 2005, se organizó sistemáticamente la detección de eventos que se publican en los medios de comunicación y el sistema de vigilancia reacciona confirmando o descartando la situación.

De igual forma, el CNE-RSI mantiene operativa la vigilancia internacional a través del intercambio de información con numerosas redes formales e informales con autoridades de diversos países.

Simultáneamente, se encuentra en desarrollo la formación de grupos de trabajo para la vigilancia en puntos de entrada (puertos, aeropuerto y pasos fronterizos)

A través de sistema de información en salud se organiza la recolección de datos referidos a factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles de los consultantes en el primer nivel de atención.

Se planteó al Instituto Nacional de Estadísticas, en coordinación con el Ministerio del Poder Popular para la Salud, el desarrollo de la Encuesta Nacional de Salud, que permitirá, entre otros aspectos, conocer la prevalencia de factores de riesgo.

Vigilancia sanitaria

Base legal de la vigilancia sanitaria

La Ley Orgánica de Salud (publicada en la Gaceta Oficial N° 36.579 de fecha 11-1998), establece en el Capítulo IV De la Contraloría Sanitaria, 32:

“La Contraloría comprende: el registro, análisis, inspección, vigilancia y control sobre los procesos de producción, almacenamiento, comercialización, transporte expendido de bienes de uso y consumo humano y sobre los materiales, equipos, establecimientos e industrias destinadas a actividades relacionadas con la salud”.

El Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (SACS) es un servicio autónomo sin personalidad jurídica, con patrimonio propio, autonomía presupuestaria, administrativa, financiera y de gestión. Depende jerárquicamente del Ministro de Salud y tiene por objeto fundamental promover y proteger la salud de la población.

La Contraloría Sanitaria también se encarga a nivel nacional de los hospitales públicos, clínicas privadas, laboratorios, técnicas médicas auxiliares, estéticas, funerarias y consultorios, entre otros.

Asimismo, el Reglamento General de Alimentos, la Ley Orgánica de Soberanía y Seguridad Alimentaria, la Ley de Lactancia Materna, las Normas Complementarias del Reglamento General de Alimentos, las Resoluciones que Regulan los Alimentos (como la Resolución de leche, carne, agua, etc.), las Normas COVENIN de Alimentos y Envases para Alimentos, son parte de la normativa que regula la vigilancia sanitaria.

De igual manera se fundamentan legalmente las acciones de Contraloría Sanitaria: la Ley del Sistema Venezolano para la Calidad (Gaceta Oficial N° 37.555 Del 23-10-2002); Ley de Impuesto Sobre Alcohol y Especies Alcohólicas; Ley de Protección al Consumidor y al Usuario; Reglamento de la Ley de Impuesto Sobre Alcohol y Especies Alcohólicas (Gaceta Oficial N° 3.574 Extraordinario del 21 de junio de 1985); el Arancel de Aduanas (Decreto N° 989 del 20-L2-1995. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.039 de fecha 9-2-1996.); la Resolución de Alimentos para Regímenes Especiales (Resolución N° 14.651 de fecha 27 de octubre de 1976); las Normas de Buenas Prácticas de Fabricación, Almacenamiento y Transporte de Alimentos para Consumo Humano (Resolución N° Sg-457-96. Gaceta Oficial N° 36.061 de fecha 07 de noviembre de 1996); los Requisitos para el Otorgamiento de Permiso Sanitario para Establecimientos y Vehículos para Alimentos (Resolución No. Sg 403-96. Gaceta Oficial Ext. N° 5097 del 18-9-96); la Caracterización de las Aguas Envasadas y Comercializadas en el País (Resolución conjunta MSDS N° L672, Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales Renovables No. 116. Gaceta Oficial No 35.277 del 18-8-93); las Normas Venezolanas COVENIN; las normas internacionales (normas del CODEX ALIMENTARIU, Normas de la FDA, normas de la Comunidad Económica Europea, normas de los Países Andinos, Código Argentino).

Estructura de la vigilancia sanitaria y sus funciones

La vigilancia sanitaria cuenta con una estructura conformada por dos niveles: el nivel nacional y nivel estatal. El nivel central está conformado por el Director General del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (SACS) y las Direcciones Generales de Higiene de Alimentos, Materiales, Equipos y Establecimientos y Profesionales de Salud y la Dirección General de Drogas, medicamentos y Cosméticos. Igual estructura se mantiene en el nivel regional.

Dentro de las funciones de la vigilancia sanitaria se encuentran la inspección, vigilancia y control sobre los procesos de producción, almacenamiento, comercialización, transporte y expendio de bienes de uso y consumo humano y sobre los materiales, equipos, establecimientos e industrias destinadas a actividades relacionadas con la salud.

FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

Cambios y estrategias de innovaciones en la formación y educación permanente

Desarrollo de personal de enfermería y medicina

Al igual que en el resto de los países, existen importantes necesidades de personal de salud, tanto profesional como técnico. Para cubrir las necesidades de profesionales de salud en dos áreas específicas, enfermería y médicos integrales comunitarios, el Gobierno Bolivariano puso en marcha nuevas estrategias de formación de estos profesionales orientados a la atención primaria con base comunitaria.

Así, en el marco de las Misiones Sociales del Gobierno Bolivariano, específicamente de la Misión Sucre (2003), se consolidó un **programa de formación de enfermería** que incorporó a un gran contingente de bachilleres a la formación como técnicos superiores en enfermería. Esta nueva estrategia de formación de profesionales y técnicos acorde a las necesidades del país incluyó la creación de los Programas Nacionales de Formación, programas académicos que se desarrollan simultáneamente en distintas regiones del país bajo la coordinación de varias universidades nacionales que supervisan el desarrollo del programa en una determinada región geográfica.

Los Programas Nacionales de Formación incorporan en el área de salud la formación directamente vinculada a establecimientos de salud de atención primaria de Barrio Adentro 1 y 2. En este contexto se creó el **Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria**, cuya dirección y supervisión están a cargo de un comité interinstitucional que diseña, apoya y evalúa continuamente su desarrollo: el Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria, el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), la Delegación Médica Cubana y las seis universidades participantes.

El programa fue reimpulsado en el año 2005, cuando el presidente Fidel Castro Ruz recibió al presidente Hugo Chávez en el municipio de Sandino de la provincia de Pinar del Río (extremo occidental de Cuba) y se consolidó el “Compromiso de Sandino”, para trabajar conjuntamente en la formación de médicas y médicos para Venezuela y otros países latinoamericanos.

El primer curso premédico se inició en julio del 2005 y el 5 de octubre de ese año comenzó el primer año de la carrera, con una matrícula de 15.403 alumnos. El programa se desarrolla de manera municipalizada, formando a los futuros médicos vinculados a la comunidad y a su lugar de procedencia, en un ejercicio basado en la solidaridad y el humanismo. Los cuatro primeros años las actividades se centran en las asignaturas básicas y en la atención primaria, y se desarrollan en los espacios de atención primaria de salud (Barrio Adentro 1 y 2), bajo la tutoría de las médicas y médicos de la Misión Médica cubana en Venezuela. Los dos últimos años se

desarrollan en más de 120 hospitales públicos en los que se realizan las pasantías clínicas de las distintas especialidades (medicina, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia y otras), bajo la tutoría de médicos venezolanos.

En diciembre de 2011 se graduó la primera promoción de médicos integrales comunitarios compuesta por 8.200 nuevos profesionales, existiendo para esa misma fecha alrededor de 28.000 estudiantes en los distintos años de la carrera, que se suman a los cerca de 22.000 que cursan estudios en las universidades que siguen funcionando bajo el programa tradicional de la carrera. De esta manera, el país ha logrado incrementar en más de 100% la matrícula de estudiantes de medicina, generando además un nuevo perfil formativo centrado en la atención primaria, la promoción de salud y la calidad de vida y vinculación a la comunidad de origen, cualitativamente distinto del programa tradicional de la carrera orientado a la medicina curativa, centrada en las subespecialidades y la atención hospitalaria.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud financió en 2011, a través de becas, la formación de postgrado de aproximadamente 3.000 médicos y 500 profesionales de la salud no médicos que cursan especialidades en el país, seleccionadas como especialidades prioritarias para las necesidades del país. Este número triplica el número de becas que teníamos en 2008.

El Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel participa en el desarrollo de capacidades en virología, vigilancia sanitaria de alimentos, farmacología clínica, bacteriología, epidemiología, bioética y biotecnología en salud mediante cursos de formación y capacitación de postgrado, cursos técnicos, proyectos de investigación y cursos de extensión a través de los cuales se forman profesionales, investigadores y docentes en el área de salud. De los conducentes a grado académico de especialización, específicamente se cuenta con una especialización en control sanitario de medicamentos y una en micología médica

Cabe destacar que, actualmente, esta institución está llevando a cabo la ampliación de sus programas de postgrado atendiendo a las necesidades de formación y capacitación de talento humano en algunas de sus áreas especializadas identificadas a nivel institucional, siendo a su vez de interés nacional. Esta ampliación propone como solución la creación y puesta en marcha de nuevos cursos y programas de postgrado, bajo las modalidades de diplomados, especialidades, maestría y doctorados.

Entre los cursos técnicos están programados, para el año 2012, cursos de técnicos químico y técnicos en microbiología de medicamentos y alimentos, técnicos en biología molecular y auxiliares de laboratorio.

Regulación de la formación y de las profesiones en salud

El ejercicio de los profesionales de la salud está regulado por los códigos deontológicos de ejercicio y las leyes del ejercicio en medicina y farmacia, así como en enfermería y bioanálisis (similar la bioquímica en otros países de Latinoamérica).

El Ministerio del Poder Popular para la Salud está encargado de registrar a los profesionales de salud mediante el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria, según lo establecido en la Ley Orgánica de Salud y en el Reglamento Interno de dicho Ministerio.

Los médicos cirujanos generales en Venezuela son formados en universidades públicas (12 programas) y los médicos integrales comunitarios (un programa nacional con 12 núcleos) en carreras que duran seis años.

La formación de los profesionales en Farmacia, Odontología, Bioanálisis, Nutrición y Dietética se desarrolla generalmente en universidades públicas.

En cuanto a los licenciados en Tecnología de los Alimentos, hay dos programas de formación en universidades públicas; once escuelas universitarias para la formación de Licenciados en Enfermería, seis para formación de Licenciados en Biología; cinco para formación en Química; dos programas de formación de Licenciados en Fisioterapia con cuatro y cinco años de duración; una universidad pública y cuatro núcleos con formación de licenciados en Gestión en Salud Pública durante cuatro años; cuatro universidades públicas forman Licenciados en Trabajo Social, con cinco años de formación y en una universidad pública se forman Licenciados en Radioterapia, con una duración de la carrera de cuatro años.

Para superar deficiencias en la formación de personal técnico cardiopulmonar, de fisioterapia, electromedicina, cito e histo- tecnología, radiología, radiodiagnóstico y terapia de lenguaje entre otras, trabajan conjuntamente el Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior y el Ministerio del Poder Popular para la Salud para la creación de programas novedosos de formación.

La formación del personal en el área de la salud es responsabilidad del Estado en las universidades públicas, mediante programas activos a nivel técnico y profesional, quedando muy poca responsabilidad en este sentido en las instituciones privadas.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud, cuenta con direcciones generales y organismos adscritos para la planificación y formación de recursos humanos, entre ellos la Dirección General de Investigación y Educación, el Instituto de Altos Estudios y el Instituto Nacional de Higiene.

La Dirección General de Investigación y Educación tiene como objetivo diseñar políticas y estrategias orientadas a la programación y ejecución de planes y programas de formación y capacitación de recursos humanos en los niveles de pregrado, postgrado y permanente, en articulación con los diferentes organismos, ministerios y misiones sociales de salud y de educación. Entre sus metas se incluyen también impulsar y promover investigaciones científicas y tecnológicas orientadas a elevar la calidad de vida de la población y garantizar la sostenibilidad y eficiencia de las redes del SPNS, acorde al Plan de Desarrollo Endógeno a nivel local y regional.

Por tanto, tiene dentro de sus facultades:

- Diseñar políticas y estrategias que orienten la docencia y la investigación para el SPNS.

- Formular planes y proyectos que promuevan el desarrollo de competencias con base en las prioridades y estrategias de las políticas y situación de salud del país, con participación de las comunidades debidamente organizadas conforme a la ley.
- Coordinar y promover la corresponsabilidad sectorial e intersectorial con universidades, centros de investigación y demás instituciones, nacionales e internacionales, competentes para desarrollar planes, programas y proyectos en docencia e investigación en materia de salud.
- Coordinar y apoyar la ejecución de planes y proyectos que impulsen el desarrollo de investigaciones y tecnologías en áreas de alta prioridad para el Ministerio de Salud, en concordancia con los órganos y entes competentes.
- Fijar los lineamientos y directrices para el diseño y elaboración de los programas de formación en los diferentes niveles y capacitación de recursos humanos en el campo de la salud, centrados en la ética y la pertinencia social.
- Acreditar a las diversas instituciones que forman profesionales y técnicos de la salud, de acuerdo con las prioridades establecidas en las políticas del Ministerio de Salud como órgano rector en esta materia.
- Elaborar las normas internas y establecer mecanismos de regulación para la certificación y recertificación del ejercicio de los profesionales y técnicos del sector salud.
- Elaborar las normas internas y establecer mecanismos de aprobación bioética para la certificación de proyectos de investigación y para la difusión de los productos generados que generen.

El Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldón” tiene como misión la ejecución de políticas integrales de formación de recursos humanos en salud pública a través del diseño y desarrollo de postgrados, educación permanente, investigación, capacitación y asesoría que permitan contribuir en la construcción y consolidación del SPNS, respondiendo a las necesidades sociales prioritarias de la población venezolana.

El Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” es un ente técnico científico adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Salud acreditado para otorgar títulos académicos, formar profesionales de la salud en estudios de cuarto nivel (especialización) en el área de la vigilancia sanitaria de los medicamentos y del diagnóstico de las enfermedades causadas por los hongos (Micología), así como diversos diplomados y cursos de extensión en temas de impacto en salud pública, como la vigilancia sanitaria de alimentos.

Es posible destacar como experiencia de capacitación innovadora el mencionado postgrado en Vigilancia Sanitaria de Medicamentos, único postgrado en su tipo a nivel nacional e internacional, que permite la formación del profesional de la salud en las diferentes etapas del desarrollo, comercialización, regulación y control del medicamento, fortaleciendo el sistema nacional de vigilancia sanitaria al involucrar a los diferentes profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, médicos veterinarios, farmacéuticos y bioanalistas.

Migración de la fuerza de trabajo en salud

Venezuela no escapa a la problemática internacional de la migración de la fuerza de trabajo, cuyos profesionales suelen migrar hacia sectores que ofrezcan mayores beneficios económicos. El sector empleador busca captar talento humano capacitado por el sector oficial.

ACCIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Las principales iniciativas nacionales de acción sobre los determinantes sociales es la ejecución de las Misiones, que constituyen programas sociales dirigidos a la educación, la salud, la alimentación y la preparación para el trabajo. Representan unos de los mayores avances que ha desarrollado el Gobierno Bolivariano como garantía de seguridad social para el pueblo venezolano. Los programas sociales que el gobierno nacional ha desplegado para el cumplimiento de las metas del milenio son innegables.

Las Misiones están al servicio de las estrategias y políticas nacionales que abordan los determinantes sociales:

Para la **superación de la pobreza y atención integral de la población en situación de extrema pobreza y máxima exclusión social** se han implementado diversas misiones de acuerdo con los grupos de población atendidos; entre ellas: la Misión Cristo, Misión Identidad, Misión Guaicaipuro, Misión Madres del Barrio, Misión Negra Hipólita, Misión Hijos de Venezuela, Misión Alimentación, Misión Agro-Venezuela y Misión Zamora.

Todas ellas privilegian la prestación de atención integral a niños, niñas y adolescentes; atención integral de adultos y adultas mayores; apoyo integral a la población indígena; promoción del desarrollo humano familiar y socio-laboral; fortalecimientos de la accesibilidad a los alimentos y atención integral a la población con discapacidades.

Con la finalidad de profundizar la atención integral en salud de forma universal, las acciones del Ministerio del Poder Popular para la Salud se complementan y activan con las Misiones Barrio Adentro I, II, III y IV, la Misión José Gregorio Hernández, la Misión Sonrisa y la Misión Milagro para expandir y consolidar los servicios de salud de forma oportuna y gratuita; reducir la mortalidad materno-infantil y en niños menores de cinco años; fortalecer la prevención y el control de enfermedades; propiciar la seguridad y soberanía farmacéutica; incrementar la prevención de accidentes y de hechos violentos y optimizar la prevención del consumo de drogas y asegurar el tratamiento y la rehabilitación de la población afectada.

Garantizar el acceso a una vivienda digna constituye una política privilegiada en el Gobierno Revolucionario orientada a garantizar la tenencia de la tierra, promover el acceso a los servicios básicos, promover mayor acceso al crédito habitacional y

fomentar y apoyar la participación y el compromiso para la construcción de viviendas. En esta estrategia, los diversos ministerios del poder popular se coordinan con las actividades de la Misión Hábitat, la Misión Villa Nueva y la Misión Vivienda Venezuela.

La Misión Robinson I, la Misión Robinson II, la Misión Ribas y la Misión Sucre se crearon para profundizar la universalización de la educación bolivariana y, en consecuencia, se reimpulsaron las acciones de extensión de cobertura de la matrícula escolar a toda la población, con énfasis en las poblaciones excluidas; garantía de permanencia y prosecución en el sistema educativo; fortalecimiento de la educación ambiental, la identidad cultural, la promoción de la salud y la participación comunitaria; ampliación de la infraestructura y la dotación escolar y deportiva; adecuación del sistema educativo al modelo productivo socialista; fortalecimiento e incentivación de la investigación en el proceso educativo; incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación al proceso educativo; desarrollo de la educación intercultural bilingüe y garantizar el acceso al conocimiento para universalizar la educación superior con pertinencia.

La Misión Cultura, la Misión Música y la Misión Ciencia están orientadas a masificar una cultura que fortalezca la identidad nacional, latinoamericana y caribeña y avanzar en la salvaguarda y socialización del patrimonio cultural. También buscan la inserción del movimiento cultural en los distintos espacios sociales; la promoción del potencial socio-cultural y económico de las diferentes manifestaciones del arte y el diálogo intercultural con los pueblos y culturas del mundo y el fomento de la actualización permanente de nuestro pueblo en el entendimiento del mundo contemporáneo.

Otro aspecto a destacar en el avance de la intervención de los determinantes sociales es la **garantía de seguridad social universal y solidaria** y mecanismos institucionales del mercado de trabajo, entre ellos las prestaciones básicas universales y el apoyo de la organización y participación de los trabajadores en la gestión de las empresas.

La Misión Árbol y la Misión Revolución Energética están orientadas a garantizar la administración de la biósfera para producir beneficios sustentables y, en ese sentido, dirigen sus esfuerzos a incentivar un modelo de producción y consumo ambientalmente sustentables; fomentar la gestión integral de los residuos, sustancias y desechos sólidos y peligrosos; garantizar la conservación y uso sustentable del recurso hídrico; propiciar la recuperación de áreas naturales y ordenar y reglamentar el uso de las áreas bajo régimen de administración especial.

La Misión 13 de Abril y la Misión Che Guevara fomentan la participación organizada del pueblo en la planificación de la producción y la socialización equitativa de los excedentes mediante el incremento de la participación de los Consejos Comunales en la planificación y control de la economía; el establecimiento de me-

canismos administrativos y de control para la socialización de excedentes y el apoyo al equilibrio entre productores, el Poder Popular y el Estado en la planificación, la gestión económica y la distribución de excedentes.

Venezuela ha alcanzado seis de las metas propuestas en los Objetivos del Milenio gracias a la ejecución de políticas sociales como las Misiones, que con base en la Constitución, han permitido mejorar los niveles de inclusión y equidad en el país.

Las Misiones socialistas, han sido las protagonistas para la consecución de las metas del milenio, sumadas a las estrategias del Gobierno Nacional para alcanzar la inclusión social en forma masiva, acelerada y sostenida.

Menos pobres y mejor calidad de vida: La disminución de la pobreza extrema en la población, ha sido el principal logro del Gobierno Nacional. De acuerdo con los estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), 29,8% de los venezolanos se encontraban en pobreza extrema para 2003 y, aunque la meta fijada para 2015 era disminuir esta cifra a 12,5%, Venezuela redujo a 9,4% este indicador para el primer semestre de 2007. Esta reducción se explica, entre otros factores, por el mayor dinamismo del sector económico entre los años 2004 y 2007 debido al crecimiento de la economía, después de superar los estragos ocasionados por el golpe de Estado de abril de 2002 y los paros petrolero-empresariales de 2003; el crecimiento sostenido de la economía, que ha permitido más oportunidades de empleo (la tasa de desocupación bajó a 7,1%, ha impactado favorablemente el ingreso de los hogares venezolanos y otro de los factores que ha impactado de manera positiva es la implementación de la Misión Alimentación, que avanza hacia el cumplimiento de la meta “hambre cero” antes de 2015, mediante programas que garantizan 100% de los alimentos en los sectores más vulnerables de la población.

Los resultados alcanzados en la **equidad de género** en la educación reflejan que en el país la presencia de las mujeres en la educación universitaria supera a la de los hombres, observando que durante el periodo 1990-1998 se produjo un incremento de 31,25% de alumnas atendidas por el sistema tradicional, mientras que en el periodo 1999-2006, la participación de las mujeres fue de 47,56%.

En relación con las tecnologías para la población, se contabilizan 1.134 Infocentros instalados entre los años 2001 y 2007 para brindar acceso a Internet de forma gratuita a la población, así como 1.957 Centros Bolivarianos de Informática y Telemática (CBIT), ubicados en instituciones educativas públicas entre 2000 y 2008. Esto pone en evidencia un incremento sostenido en el acceso a las nuevas Tecnologías de la Información y de la Comunicación. Para ampliar estas posibilidades y mantener activa la promoción de la Asociación Global para el Desarrollo, el Ejecutivo Nacional creó la Misión Ciencia como otra vía hacia la independencia científico-tecnológica, para garantizar la seguridad y soberanía de la Nación.

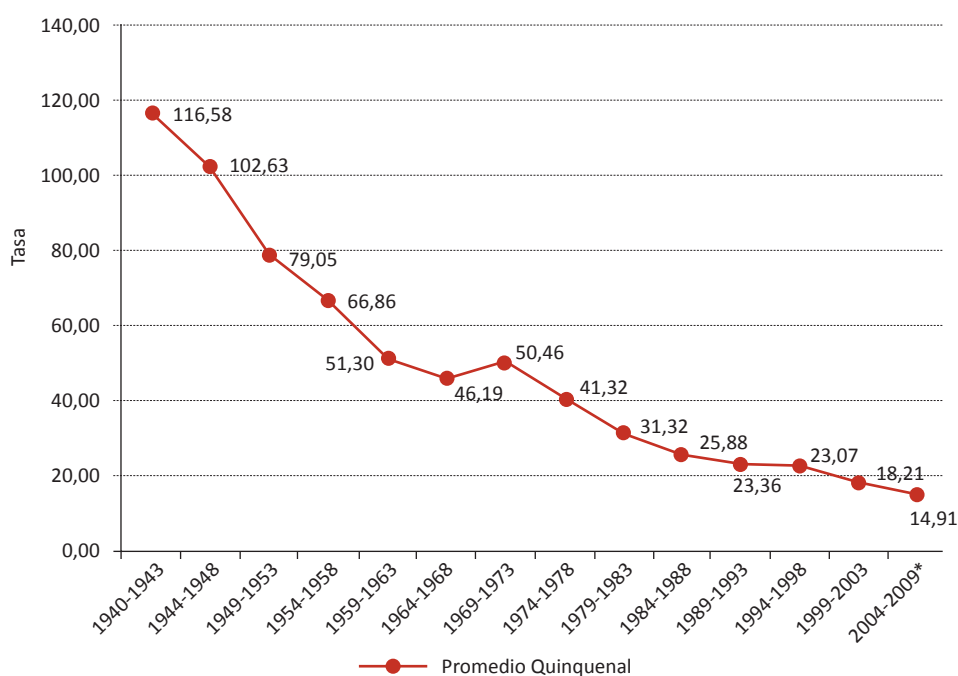
Otro avance de Venezuela en el logro de las metas del milenio se refiere al de **agua potable para todos**. Entre 1990 y 2007 se incrementó de 68 a 92% el porcentaje

de personas con acceso sostenible al agua potable, cuando la meta era llevar esta cifra a 84% para 2015. Esto significa que más de veinticuatro millones de habitantes disfrutaban en la actualidad de este beneficio en todas las entidades federales del país.

El compromiso del Estado por garantizar la **educación obligatoria y gratuita** se expresa en los avances hacia la universalización de la educación primaria y en la erradicación del analfabetismo en el país, esta última lograda en el año 2005 con la Misión Robinson. La tasa neta de escolaridad en Educación Básica creció de 84,7% en el período 1999-2000 a 93,6 en el período 2006-2007, lo cual se tradujo en la incorporación al sistema educativo de 684.782 niños y niñas. En cuanto a los niveles de Educación Media, Diversificada y Profesional, se aprecian cambios importantes: la tasa nacional en el período 1998-1999 era de 21,6% y ascendió en 2006-2007 a 35,9%.

Al abordar el tema de **menos exclusión y más salud** se destacan los resultados observados en el acceso de personas a la red de servicios de salud gratuitos, el acceso a medicamentos y control de enfermedades infecciosas. La mortalidad de niños menores de cinco años tiene como meta 8,6 por cada mil nacidos vivos, registrados para 2015. Venezuela está en camino de alcanzar esta meta. En lo que respecta a la mortalidad en niños menores de un año, entre 1990 y 2008 disminuyó en 11,78 puntos, lo que representa un descenso de 45,72% (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Tendencia quinquenal de mortalidad infantil, Venezuela, 1940-2009



Fuente: Muertes: Anuarios de Mortalidad Años 1940-2009. Dirección de Información y Estadísticas de Salud (MPPS).

* Riesgo promedio quinquenal del número de muertes en menores de un año por mil nacidos vivos.

En cuanto al **compromiso con el ambiente**, mencionamos la reducción significativa de la pérdida de los recursos ambientales. Actualmente, el país cuenta con un sistema de Áreas Bajo Régimen de Administración Especial (ABRAE) que abarca más de 60 millones de hectáreas, lo que equivale a 72,77% del territorio nacional. El reconocimiento de estos espacios contribuye a garantizar la conservación de su diversidad biológica. Como parte de las estrategias para asegurar la sostenibilidad ambiental, surgió la Misión Árbol, cuyo propósito es disminuir la tasa de pérdida interanual de cobertura boscosa. Para ello, el Ministerio del Poder Popular para el Ambiente estableció un mayor control en el uso de los bosques y de los incendios forestales. A esta iniciativa se suma la Misión Revolución Energética, que ha permitido la sustitución de bombillos en residencias, instituciones públicas y comercios por “ahorradores”, que consumen 80% menos energía que los incandescentes.

Para el año 2009, la desigualdad de la distribución del ingreso alcanzó un indicador de 0,3928 (Coeficiente de Gini), lo que coloca a Venezuela con la cifra más baja de América Latina durante el período del Gobierno Bolivariano.

Se obtuvo una notable disminución en el porcentaje de personas que padecen hambre, así como en el de menores de cinco años con déficit nutricional global. Así, el país cumplirá con esta meta antes del año 2015. En los menores de cinco años, la prevalencia del déficit del peso para la edad llega en 2008 a sus niveles más bajos, disminuyendo a la mitad el porcentaje de menores de cinco años con bajo peso. El índice de subnutrición logra una reducción en 45,5% para 2007 con respecto a la cifra de 1990, al pasar de 11%, en 1990, a 6%. Las disponibilidades calóricas/persona/día registraron un aumento sostenido a partir de 2003, mientras que para 1990 el porcentaje de personas subnutridas fue de 11%, cifra que incluso llegó a 21% en 1998.

El Gobierno incrementó parte del producto interno bruto en educación: en el año 2000 lo llevó a 5,4%, y a 6,3% en 2008. Creó las misiones educativas como programas alternativos a la educación formal destinados a la población que no pudo finalizar sus estudios.

Venezuela alcanzará la universalización de la educación primaria antes del año 2015. En cuanto a la meta erradicación del analfabetismo de la población juvenil, esta ya fue alcanzada en nuestro país. Aumenta el porcentaje de alumnos que culminan el sexto grado, al pasar de 70% (período 1994-1995 a 1999-2000) a 84 % (período 2003-2004/2008-2009).

Para la medición del avance en la educación primaria también se toma en cuenta la repitencia y, en Venezuela, este indicador a lo largo de los años escolares desde 1990-1991 hasta 2007-2008 presentó una disminución general de 11% a 3,5%.

En cuanto a la deserción escolar, ésta ha venido disminuyendo de manera significativa. Para el período 1980-1981 se ubicaba en 7%; en 2007-2008 se redujo a 1,7%.

Un paso importante, considerando la magnitud de la participación de las mujeres en el país, fue la creación del Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género y de otras organizaciones adscritas, como el Instituto Nacional de la Mujer y el Banco de Desarrollo de la Mujer. Dicho Ministerio funciona en las 24 entidades del país, permitiendo a las mujeres realizar propuestas y discutir en colectivo sus necesidades.

En cuanto a la educación superior, la proporción de la participación de la mujer se ha invertido desde 2001 a su favor. Para 1994, la participación de mujeres en ese sector era de 0,99, mientras que para 2009 aumentó a 1,46. Por otro lado, en Venezuela, el logro obtenido en la igualdad de género en la fuerza de trabajo es evidente, pues cada vez más mujeres de 15 años y más son ocupadas y remuneradas en el sector no agrícola. Se evidencia una mayor participación de la mujer en la actividad económica y su importante contribución en el proceso productivo.

INSUMOS ESTRATÉGICOS PARA LA SALUD

Venezuela firmó el acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC), pero ha elevado su voz en hacer notar que los medicamentos e insumos para el cuidado de la salud no son ni deben considerarse mercancías o productos comunes, pues si bien se comercializan, son elementos esenciales para restablecer o mantener la salud, por ende, un derecho humano.

Enfatizando que los insumos para la salud no cumplen con algunos supuestos del libre comercio, pues su prescripción y uso en pacientes (no necesariamente completamente documentados o con conocimiento) reposa en la responsabilidad ética del médico prescriptor. Además, el derecho de explotación única que confiere la patente y el poder comercial de los medicamentos de marca ha generado dilemas éticos, como los presentados con los medicamentos antirretrovirales y algunos antibióticos que, sin duda alguna, hacen tener posiciones encontradas con este tema en el área de salud.

No hay duda que los acuerdos ADPIC han otorgado una protección excesiva a las grandes empresas farmacéuticas innovadoras, limitando el acceso a los medicamentos y a los insumos de salud en poblaciones de menores ingresos.

Estrategias para el acceso a vacunas, medicamentos esenciales y de alto costo

Un logro importante relacionado con inmunización fue la construcción de una planta nacional productora de vacunas en las adyacencias del edificio sede del Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”. Esta planta está concebida para ser una de las más modernas de América Latina y del mundo, construida para el

manejo integral de la producción, contando para estos efectos con laboratorios para producción de antígenos, formulación, mezcla, llenado y embalaje de vacunas, un laboratorio para el control microbiológico, biológico y fisicoquímico de las vacunas y un centro de producción de biomodelos. Todas estas áreas poseen instalaciones modernas que cumplen con los estándares internacionales de calidad y los criterios de las buenas prácticas de manufactura y donde los principios técnicos y estructurales establecidos en los diferentes proyectos han sido avalados por expertos internacionales a los fines de obtener la certificación internacional como país productor y el libre acceso a los mercados internacionales.

La nueva planta constituye un contundente aporte a la salud del pueblo venezolano. Está diseñada para la producción integral de la vacuna DPT, que inmuniza contra difteria, tos ferina y tétanos, considerada internacionalmente como la base para la incorporación de otros antígenos para la obtención de otras vacunas combinadas, como las vacunas tetravalente (DPT + hepatitis B), pentavalente (DPT, hepatitis B+ *Haemophilus influenzae*), entre otras, que actualmente se importan. Estas producciones están en fase experimental de desarrollo en el marco del Convenio Cuba-Venezuela.

En referencia a la política de medicamentos, se aprobó en el año 2000 la Ley de Medicamentos, que establece las pautas para garantizar el acceso a los medicamentos a toda la población, la regulación de precios y la prevalencia en el uso de medicamentos esenciales y genéricos. Además, dictamina que el trámite de autorización de Registro Sanitario para los medicamentos esenciales en su denominación genérica quedará exonerado del pago correspondiente de las tarifas prefijadas por derecho a evaluación del expediente y de análisis por concepto de Registro Sanitario.

El Estado suministra de manera gratuita los medicamentos a través del Sistema Público Nacional de Salud, tanto los medicamentos de la Lista Básica de Medicamentos Esenciales como los de alto costo (incluyendo antirretrovirales, quimioterapia oncológica, medicamentos para pacientes trasplantados y medicamentos especiales para otras enfermedades), y orienta sus políticas de importación de medicamentos y otros insumos para la salud a través de convenios binacionales (Cuba, Argentina, China, Portugal y otros) y de instalación de fábricas de medicamentos en Venezuela hacia los medicamentos genéricos de la Lista Básica Nacional de Medicamentos Esenciales.

A finales de 2011 se aprobó la Ley de Costos y Precios Justos que establecerá la regulación de los precios de la mayoría de los medicamentos en 2012. Actualmente están bajo regulación parte de los medicamentos esenciales y el Estado mantiene políticas de exoneración de impuestos y de priorización para la asignación de divisas hacia los insumos para la salud.

El Programa Ampliado de inmunizaciones en Venezuela tiene una prioridad alta para el Gobierno Bolivariano. Por esta razón, en los últimos años se han he-

cho grandes esfuerzos en incorporar más vacunas al esquema de inmunizaciones y ampliar la protección para todo el grupo familiar.

Capacidades productivas nacionales

El marco de los convenios internacionales para fábricas de medicamentos efectuados entre Venezuela y países como Cuba, China, Portugal y Colombia, ha permitido el fortalecimiento de las capacidades productivas nacionales. En este sentido, se ha logrado en el periodo 2010-2011: la reactivación de la fábrica de medicamentos genéricos PROULA en Lagunillas, Estado Mérida (Ficha de Convenio Cuba-Venezuela, julio de 2011); la construcción de un complejo industrial farmacéutico (5 fábricas) en Yare, Estado Miranda (Unión económica. Empresa Mixta. Octubre 2010); la planta productora de fluidoterápicos en Guacara, Estado Carabobo (Contrato Convenio China-Venezuela, junio de 2011), construcción de dos fábricas de antibióticos (cefalosporinas y penicilínicos) en Barcelona, Estado Anzoátegui (Contrato de Transferencia Tecnológica, noviembre 2011) y la construcción de dos fábricas de antibióticos (carbapenem y liofilizados) en Guacara, Estado Carabobo (Contrato de Transferencia Tecnológica, empresa mixta, noviembre de 2011).

Además, se cuenta con una planta nacional de procesamiento de plasma humano, QIMBIOTEC, que permite la obtención de hemoderivados de elevada calidad y se encuentra en fase de desarrollo clínico la producción de medicamentos biotecnológicos, como filgrastim y eritropoyetina, entre otros.

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD

Políticas nacionales de investigación en salud

Las políticas y estrategias que orientan la docencia y la investigación para el SPNS son diseñadas por la Dirección General de Investigación y Educación del Ministerio de Salud.

El Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales “Simón Bolívar” es un servicio autónomo sin personalidad jurídica, con patrimonio propio, autonomía presupuestaria, financiera, administrativa y de gestión, que depende directamente del Ministro del Poder Popular para la Salud.

Tiene como objetivo el desarrollo de investigaciones en las diversas ramas de las ciencias biomédicas, ambientales y socio-antropológicas de las enfermedades tropicales y sus consecuencias, para la producción de conocimiento, desarrollo de tecnologías y prácticas culturalmente aceptadas, prevención y control de enfermedades endémicas, así como para la formación de recursos humanos, bajo los principios de universalidad, equidad, solidaridad y respecto a la biodiversidad cultural y ambiental, con capacidad de elevar la calidad de vida de la población de la región sur del país, especialmente de las poblaciones indígenas.

Institutos nacionales de salud

Varios institutos, que forman parte de la estructura orgánica del Ministerio del Poder Popular para la Salud, desarrollan programas de investigación:

- Servicio Autónomo de Elaboraciones Farmacéuticas
- Instituto de Biomedicina
- Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldón
- Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo
- El Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”, instituto autónomo adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Salud, de referencia nacional para prevención y vigilancia sanitaria, es responsable de administrar las políticas, planes y líneas estratégicas en las competencias de control sanitario de productos de uso y consumo humano, diagnóstico y vigilancia epidemiológica en áreas de bacteriología, virología y micología, producción de biológicos, docencia e investigación aplicada, cónsono con las políticas de salud del Estado Venezolano.
- Fundación Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa. Hospital inaugurado en el año 2006 que acumula a la fecha atenciones a más de 5.500 niñas y niños venezolanos y 76 de otros países (Gambia, Bolivia, Ecuador y otros), que obtuvieron atención gratuita y de óptima calidad en las áreas de cirugía cardiovascular pediátrica, cardiología intervencionista, electrofisiología y marcapasos, pasando de realizar 141 intervenciones cardiovasculares pediátricas anuales en hospitales públicos en el país a realizar más de 1.100 anuales (más de 500 cirugías anuales) en este único hospital, que se suman a otras 600 en los otros hospitales públicos venezolanos, totalmente gratuitas. Estas cifras lo colocan en los primeros lugares de Latinoamérica y el mundo. Además, el hospital constituye el principal centro de formación del país en sus áreas de trabajo, recibiendo a médicos becados por el Gobierno Bolivariano (de Honduras, Nicaragua, Colombia) que han tenido oportunidad de formarse en el área de cardiología infantil, medicina crítica pediátrica y cirugía de cardiopatías congénitas en nuestro país. El hospital ha publicado cinco libros, entre 2006 y 2011, sobre diversos temas relacionados con la salud cardiovascular pediátrica y tiene más de 40 publicaciones y presentaciones en congresos nacionales e internacionales de la especialidad, además de haber sido sede de seis congresos con participación de invitados internacionales. En el hospital funciona el único Banco de Tejidos Cardiovasculares, que permite la criopreservación en nitrógeno líquido de válvulas y segmentos vasculares (homoinjertos) provenientes de donantes cadavéricos para su implantación en pacientes que así lo requieran.

Relación con centros y redes de investigación en salud

El Ministerio del Poder Popular para la Salud, conjuntamente con el Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias, identificó las líneas estratégicas prioritarias de investigación en salud para generar mecanismos que faciliten la orientación de facilidades para el financiamiento y desarrollo de la

investigación en esas áreas. Se busca también, de este modo, orientar los trabajos especiales de investigación de los estudiantes de especialidades médicas hacia estas líneas prioritarias. Sin embargo, falta mucho camino por andar en este ámbito.

COOPERACIÓN EN SALUD

La Oficina de Cooperación Técnica y Relaciones Internacionales, adscrita al Despacho del Ministro, asesora, coordina y formula, conjuntamente con el Ministerio de Relaciones Exteriores, la elaboración de políticas, acuerdos y convenios en materia de salud con la comunidad de países y organismos internacionales.

En el marco de la cooperación, algunas iniciativas se destacan como potenciales ofertas de experticia.

En el área de salud cardiovascular pediátrica, en el Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa, se puede mencionar la acción dirigida a médicos en las especialidades de cardiología infantil, cirugía cardiovascular pediátrica, anestesia cardiovascular pediátrica, medicina crítica pediátrica, tomografía y resonancia magnética cardiovascular y a personal de enfermería en las áreas de medicina crítica pediátrica, hemoterapia, perfusión (circulación extracorpórea).

Igualmente es posible destacar la formación de profesionales de la salud en estudios de cuarto nivel (especialización) en el área de la vigilancia sanitaria de los medicamentos y del diagnóstico de las enfermedades causadas por los hongos (Micolología), así como diversos diplomados y cursos de extensión en temas de impacto en salud pública, como la vigilancia sanitaria de alimentos en el Instituto Nacional de Higiene. El postgrado de Vigilancia Sanitaria de Medicamentos, constituye el único postgrado en su tipo a nivel nacional e internacional, que permite la formación del profesional de la salud en las diferentes etapas del desarrollo, comercialización, regulación y control del medicamento, fortaleciendo el sistema nacional de vigilancia sanitaria al involucrar a los diferentes profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, médicos veterinarios, farmacéuticos y bioanalistas.

Cuadro 2 – Sistema de Salud en Venezuela: síntesis – marco constitucional, estructura y prioridades de la política actual



País VENEZUELA	Marco constitucional y legal de la salud - Principios y valores mencionados	Estructura del sistema de salud	Funciones del Ministerio del Poder Popular para la Salud	Prioridades de la política actual
República Bolivariana de Venezuela Estado Social de Derecho y de Justicia, Democrático y Federal. Constitución Vigente: 1999 Población: 28.883.000 de habitantes Territorio organizado en 23 estados, un dis- trito capital (Caracas- sede del gobierno na- cional). Dependencias federales (más de 300 islas) y 335 municipios y 1.123 parroquias. El Poder Público se dis- tribuye entre el Poder Municipal, el Poder Estadal y el Poder Nacional.	El artículo 83 de la constitución señala que la salud es un derecho social fundamental que debe ser garantizado por el Estado como parte del derecho a la vida. Para garantizar este derecho, el artículo 84 establece la creación de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social y regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud plantea una nueva institucionalidad; establece la rectoría del Ministerio de Salud en la construcción del SPNS; en el que se integran las instituciones prestadoras de salud y otros servicios públicos, establece una red de prestación de servicios articulada por niveles, donde la puerta de entrada principal se ubica en el primer nivel de atención. Principios y valores Solidaridad, universalidad, integridad, unidad, participación ciudadana, correspondencia, gratuidad, equidad y pertinencia multitécnica, pluricultural y multilingüe en el diseño y ejecución de las políticas, planes, servicios y programas de salud. La Ley de los Consejos Locales de Planificación crea los Consejos Comunales como instancias cuya función es servir de centro para la participación y protagonismo del pueblo en la formulación, ejecución, control y evaluación de las políticas públicas.	Sistema de Salud Conformado por dos subsistemas: el público y el privado. El Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) conformado por las instituciones adscritas a la Administración Pública cuyo financiamiento proviene de recursos públicos, a saber: el Ministerio del Poder Popular para la Salud, principal prestador de servicios de salud. El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), adscrito al Ministerio del Trabajo. El Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME) y el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSAF). Subsistema privado: conformado por las instituciones prestadoras privadas, cuyo financiamiento proviene el pago directo de bolsillo o por empresas aseguradoras.	Ministerio de Salud creado en 1936 como Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y cambió de nombre recientemente por Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). La responsabilidad del Estado como rector y regulador en salud se ejerce a través del MPPS, estableciendo funciones de diseño e implementación de políticas dirigidas a la garantía, promoción y protección de la salud pública y colectiva, así como la regulación y fiscalización en los ámbitos sanitario, epidemiológico y ambiental. Como prestador en salud, el Estado Venezolano garantiza: promoción de la salud de toda la población de forma universal y equitativa, prevención de enfermedades y accidentes, restitución de la salud y rehabilitación oportuna, adecuada y de calidad. Vigilancia epidemiológica: la Dirección General de Epidemiológica, órgano técnico del MPPS, ejerce la rectoría del Sistema Nacional Vigilancia en Epidemiología en todo el país, tanto en el sector público como privado. La estructura del sistema de vigilancia epidemiológica se corresponde con los niveles de organización sanitaria e incluye un subsistema de vigilancia básica y un grupo de vigilancias especializadas que se corresponden con programas prioritarios de salud pública. Vigilancia sanitaria: el Servicio Autónomo de Control Sanitaria (SACS) es un servicio con autonomía presupuestaria que depende jerárquicamente del Ministro de Salud y tiene por objeto fundamental promover y proteger la salud de la población. El nivel central de la Vigilancia Sanitaria está conformado por el SACS y las Direcciones Generales de Higiene de Alimentos, Materiales, Equipos y Establecimientos y Profesionales de Salud y la Dirección General de Drogas, medicamentos y Cosméticos. Igual estructura se mantiene en el nivel regional.	Superar la exclusión social en salud y garantizar el acceso a la atención de la salud a millones de personas que hasta entonces estaban excluidas. Expandir la red primaria, poniendo a disposición de las familias ubicadas en los sectores de mayor exclusión consultorios populares, médicos, odontólogos, consulta oftalmológica y entrega de medicamentos. Formación de médicos de APS: En diciembre de 2011 se graduó la primera promoción de médicos integrales comunitarios compuesta por 8.200 nuevos profesionales. Hay otros 28.000 estudiantes en formación. Modernización y adecuación tecnológica de los hospitales y articularlos con las áreas de salud integral comunitaria.

Cuadro 3 – Sistema de Salud en Venezuela: síntesis – protección social, financiamiento, investigación e innovación en salud

Protección social en salud	Financiamiento	Investigación e innovación en salud
<p>El Plan Nacional de Salud asume a Barrio Adentro como la estrategia de construcción de la nueva institucionalidad en salud y el eje articulador del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), con un modelo de atención integral y continuo, con énfasis en la atención ambulatoria integral de calidad, familiar y comunitaria, con cobertura universal y gratuita.</p> <p>Los servicios se organizan a través de una red estratificada por niveles de complejidad, donde se articulan todos los prestadores de servicio bajo los principios de reciprocidad complementaria, solidaridad y equidad.</p> <p>El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) desde el año 2000 presta servicios de salud a toda la población que así lo requiera, integrando el SPNS.</p>	<p>El financiamiento público de los programas sociales y, por tanto, el de salud, se ha elevado considerablemente en los últimos años. A los recursos asignados por vía presupuestaria se han sumado los aportes procedentes de los ingresos petroleros extraordinarios.</p> <p>En el 2003, la Nación invertía alrededor del 3,4% del Producto Interno Bruto (PIB) en salud, gasto que se ha incrementado considerablemente luego de ese período, estimándose en algunos casos casi un 100% de aumento.</p> <p>Dentro del gasto público en salud, el 61% corresponde al Ministerio del Poder Popular para la Salud, 21% al Fondo de Salud del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y el restante 18% a diversos aportes a servicios de salud y aseguramiento de diversos órganos de la administración pública nacional.</p> <p>Por disposiciones legales y a partir de la Constitución, en la República Bolivariana de Venezuela la salud es concebida como un derecho. Por lo tanto, no existe la figura de pagos o copagos dentro del SPNS (SPNS); incluso existe la regulación expresa para garantizar la gratuidad que prohíbe cobrar por cualquier servicio de salud en los establecimientos públicos.</p> <p>La participación del aseguramiento privado no se puede subestimar en el país, de la cual un porcentaje corresponde a las primas de seguros privados canceladas por órganos, entes y empresas del Estado que por convenciones colectivas cubren a sus trabajadores con este tipo de pólizas.</p>	<p>Las políticas y estrategias que orientan la docencia y la investigación son diseñadas por la Dirección General de Investigación y Educación del MPPS, que tiene como objetivo: diseñar políticas y estrategias orientadas a la programación y ejecución de planes y programas de formación y capacitación en los niveles de pregrado, postgrado y permanente; así como impulsar y promover investigaciones científicas y tecnológicas orientadas a elevar la calidad de vida de la población y garantizar la sostenibilidad y eficiencia de las redes del SPNS, acorde al Plan de Desarrollo Endógeno a nivel local y regional.</p> <p>Para cubrir las necesidades de profesionales de salud en dos áreas específicas: enfermería y medicina, se han puesto en marcha nuevas estrategias de formación masiva de profesionales orientados a la atención primaria con base comunitaria.</p> <p>Varios institutos que forman parte de la estructura orgánica del MPPS desarrollan programas de investigación, tales como: Instituto de Biomedicina, Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldón, Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”, Fundación Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano, Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales “Simón Bolívar” CAICET.</p> <p>El Ministerio del Poder Popular para la Salud, conjuntamente con el Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias, identificó las líneas estratégicas prioritarias de investigación en salud para generar mecanismos que faciliten la orientación de facilidades para el financiamiento y desarrollo de la investigación en esas áreas.</p> <p>El marco de los convenios internacionales para fábricas de medicamentos efectuados entre Venezuela y países como Cuba, China, Portugal y Colombia, ha permitido el fortalecimiento de las capacidades productivas nacionales</p>

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ADPIC	– Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio
ASIC	– Áreas de Salud Integral Comunitaria
CDI	– Centro de Diagnóstico Integral
CLPP	– Consejo Local de Planificación Pública
CNE	– Centro Nacional de Enlace
CRBV	– Constitución de la República Bolivariana de Venezuela
DPT	– Difteria, Tos ferina y Tétanos
INIA	– Instituto Nacional de Investigaciones Agrícolas
INSAI	– Instituto Nacional de Salud Agrícola Integral
Isags	– Instituto Suramericano de Gobierno en Salud
MPPPD	– Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo
MPPS	– Ministerio del Poder Popular para la Salud
OMS	– Organización Mundial de la Salud
OPS	– Organización Panamericana de la Salud
PES	– Plan Estratégico Social
RSI	– Reglamento Sanitario Internacional
SPNS	– Sistema Público Nacional de Salud
SACS	– Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria



XIV. La cooperación internacional en la construcción de sistemas universales de salud en el ámbito de la Unasur: fortalezas y debilidades

*Mariana Faria,
Sebastián Tobar y
Henri Jouval*

Suramérica, al igual que otras regiones, se encuentra inmersa en una dinámica globalizadora, entendida como la internacionalización de un modo de producción y consumo, la intensificación de la circulación de capital y de la fuerza de trabajo, la diseminación de tecnologías e información, el incremento de los flujos comerciales de bienes y servicios y una creciente interdependencia¹.

Si bien la globalización presenta diferentes dimensiones que afectan al comercio, al movimiento de personas o migración, es posible afirmar que una característica de este proceso es la interconectividad o mayor proximidad para la propagación de ciertos problemas y desafíos comunes para la salud.

La globalización modifica la naturaleza de las necesidades en salud, así como el tipo de intervenciones adecuadas para satisfacerlas. Las comunidades, además de afrontar los problemas locales relacionados con sus sistemas de salud, también deben hacer frente a la transferencia internacional de riesgos para la salud. Es por eso que la globalización, si no introduce, al menos acentúa desafíos tales como la necesidad de mancomunar esfuerzos internacionales para reducir riesgos y aprovechar las oportunidades sanitarias para garantizar el derecho a la salud².

El control de los riesgos y los daños internacionales supera en muchos casos la capacidad de los gobiernos nacionales de proteger a sus poblaciones. Las nuevas amenazas se manifiestan no sólo a través de enfermedades infectocontagiosas, sino por la propagación de estilos de vida poco saludables o que involucran conductas de riesgo y la presión económica para la incorporación intensiva de nuevos productos en los sistemas de salud, fruto de la innovación del complejo productivo de la salud.

En consecuencia, resulta innegable que algunos de los nuevos desafíos sanitarios requieren respuestas internacionales, debido al reconocimiento de la existen-

cia de problemas de salud que trascienden las fronteras y que, además, existirían obstáculos de escala a nivel nacional (y más aún a nivel local) para enfrentar ciertos problemas sanitarios.

Así, como respuesta, se plantea que el nivel regional o subregional presenta oportunidades claves para hacer frente a muchos de los actuales desafíos de salud. En esta dirección están consolidándose procesos de integración general y de integración en salud en toda la región: Caribe, Región Andina y Mercosur. Existen en la Región de las Américas alrededor de treinta acuerdos de integración económica y política con niveles variados de desarrollo.

En este contexto de mayor interdependencia de los países, han cambiado las necesidades en salud, así como el tipo de intervenciones necesarias para satisfacerlas. Se procura dar respuesta a los nuevos desafíos que se identifican en la actualidad, tales como:

- Cambios ambientales globales;
- Movimientos poblacionales;
- Comercio regular y de productos dañinos legales (tabaco, alcohol) e ilegales (drogas);
- Problemas de salud que trascienden las fronteras de un país; y
- Diseminación de tecnologías médicas.

INTEGRACIÓN Y COOPERACIÓN SURAMERICANA: EL SURGIMIENTO DE UNASUR

La geopolítica mundial, conocida como regionalismo, que se expandió a partir del colapso de la Unión Soviética en los años 1990, impulsó los procesos de globalización y regionalización.

En esa década predominaba un concepto de integración³ meramente económico-comercial, como el Mercado Común del Sur o Mercosur. Se hablaba también de avanzar en el Área de Libre Comercio para las Américas (ALCA) o sobre la firma del Tratado de Libre Comercio (TLC).

El surgimiento de la Unasur se inscribe en esta reconfiguración de la nueva geopolítica mundial, pero la integración pretendida se funda en objetivos distintos. Según su tratado constitutivo, la Unasur tiene por objetivo construir una identidad y una ciudadanía suramericana y desarrollar un espacio de integración y unión en el ámbito cultural, social, económico, político, ambiental, energético y de infraestructura entre sus pueblos.

Con la creación de la Unasur, se plantea rescatar una dimensión de la integración, más vinculada a lo social, lo cultural, lo ideológico y lo político. Como

señalan Marchiori Buss y Tobar (2009), el tratamiento regional no sustituye sino que complementa y fortalece las capacidades nacionales. El valor agregado del abordaje regional es más evidente cuando los problemas a ser enfrentados exigen soluciones armonizadas y coordinadas regionalmente (tanto en el ámbito político, como en el técnico y financiero), cuando la cooperación horizontal entre países puede aportar al mejor enfrentamiento de los problemas y cuando el intercambio de buenas prácticas desarrolladas por otros países puede apoyar la solución de problemas.

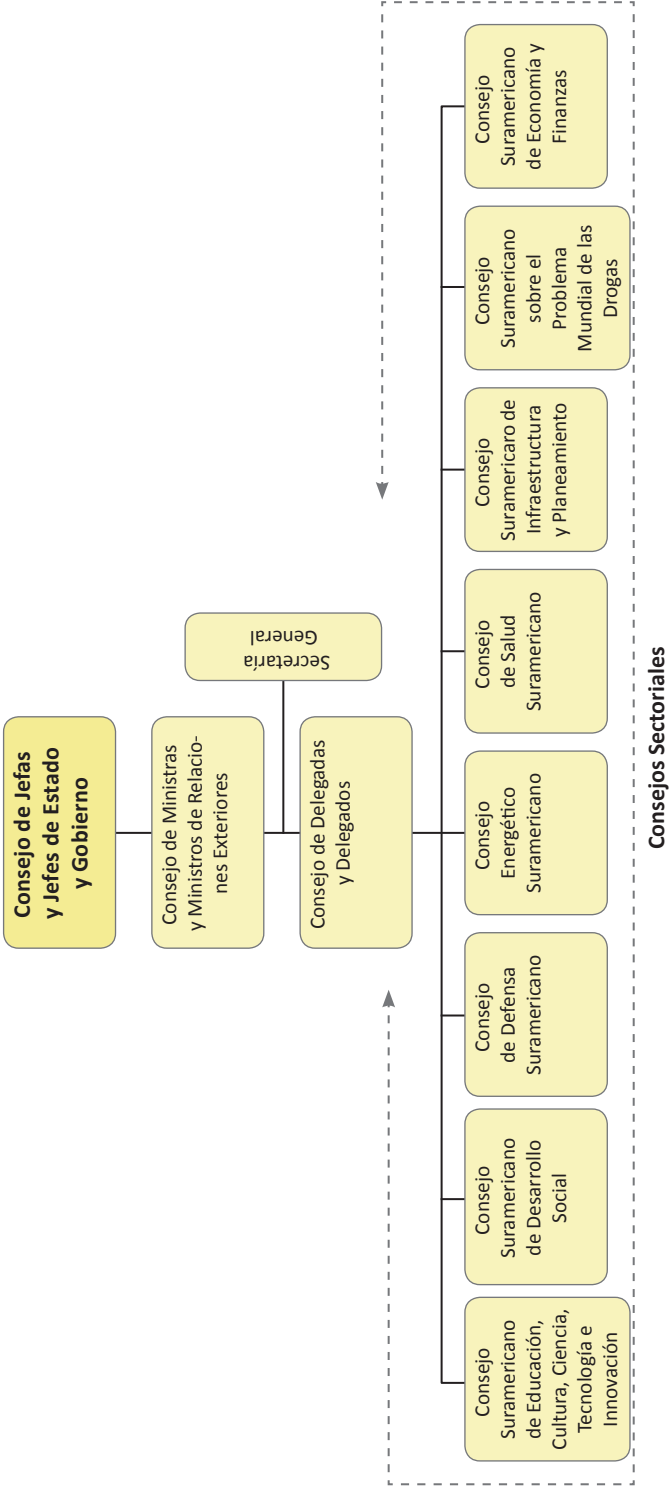
El modelo para la integración de América del Sur se estableció a partir del Informe Final de la Comisión Estratégica de Reflexión sobre el Proceso de Integración Suramericano, en diciembre de 2006. Los principios definidos en este modelo son:

- Solidaridad y cooperación para una mayor igualdad regional;
- Soberanía y respeto a la integridad territorial y la autodeterminación de los pueblos;
- Paz y resolución pacífica de controversias;
- Democracia y pluralismo que impidan las dictaduras y la falta de respeto para con los derechos humanos;
- Universalidad, interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos;
- Desarrollo sustentable.

Entre las conclusiones del Informe Final de la Comisión Estratégica de Reflexión para la Integración Suramericana se encontraban las fuertes posibilidades que se abrían en el ámbito de cooperación en materia de infraestructura, energía, complementación industrial y agrícola, medio ambiente, combate a la pobreza y la exclusión social y fuentes de financiación para el desarrollo, la seguridad, la educación, la cultura, la ciencia y la tecnología. Además de ello, se subrayó que estas formas de cooperación exigían soluciones institucionales integradas.

La Unasur, cuyo Tratado Constitutivo se aprobó en mayo de 2008, está estructurada en diferentes consejos compuestos por Presidentes, Ministros de Relaciones Exteriores, Delegados Nacionales y también Consejos sectoriales que tratan temas específicos⁴. Además de una Secretaría General y una Presidencia pro tempore⁵.

Figura 1 – Estructura de Unasur



Fuente: Elaboración propia.

INTEGRACIÓN Y COOPERACIÓN EN SALUD: EL CONSEJO DE SALUD SURAMERICANO

El proceso de regionalización-globalización promovió fuertes cambios económicos, políticos, sociales, tecnológicos y culturales que se extendieron, también, sobre la cooperación internacional, estableciendo un nuevo paradigma, conocido como Consenso de Monterrey, resultado de la Conferencia Internacional para la Financiación del Desarrollo, realizada en México, en 2002.

Tales cambios se reflejaron también sobre la cooperación en salud. Tal vez, la repercusión más expresiva haya sido la declinación de la importancia de la financiación por la vía del multilateralismo y, consecuentemente, del papel de autoridad sanitaria mundial y de rectoría ejercido por la Organización Mundial de la Salud.

En este contexto, la estrategia de integración regional constituiría una gran oportunidad para el campo sanitario y si bien la responsabilidad por la salud sigue siendo principalmente nacional, los factores determinantes de la salud y los medios para cumplir esa responsabilidad son cada vez más globales. La integración regional en salud podría generar beneficios para todos, por medio de acciones conjuntas entre los países.

La Unasur entendió que la mejor manera de potenciar y coordinar los esfuerzos que ya venían realizándose en la región se daría a través de la creación de Consejos Sectoriales de naturaleza intergubernamental, que estarían compuestos por Ministros de los Estados Miembros de las áreas de integración de sus respectivos sectores.

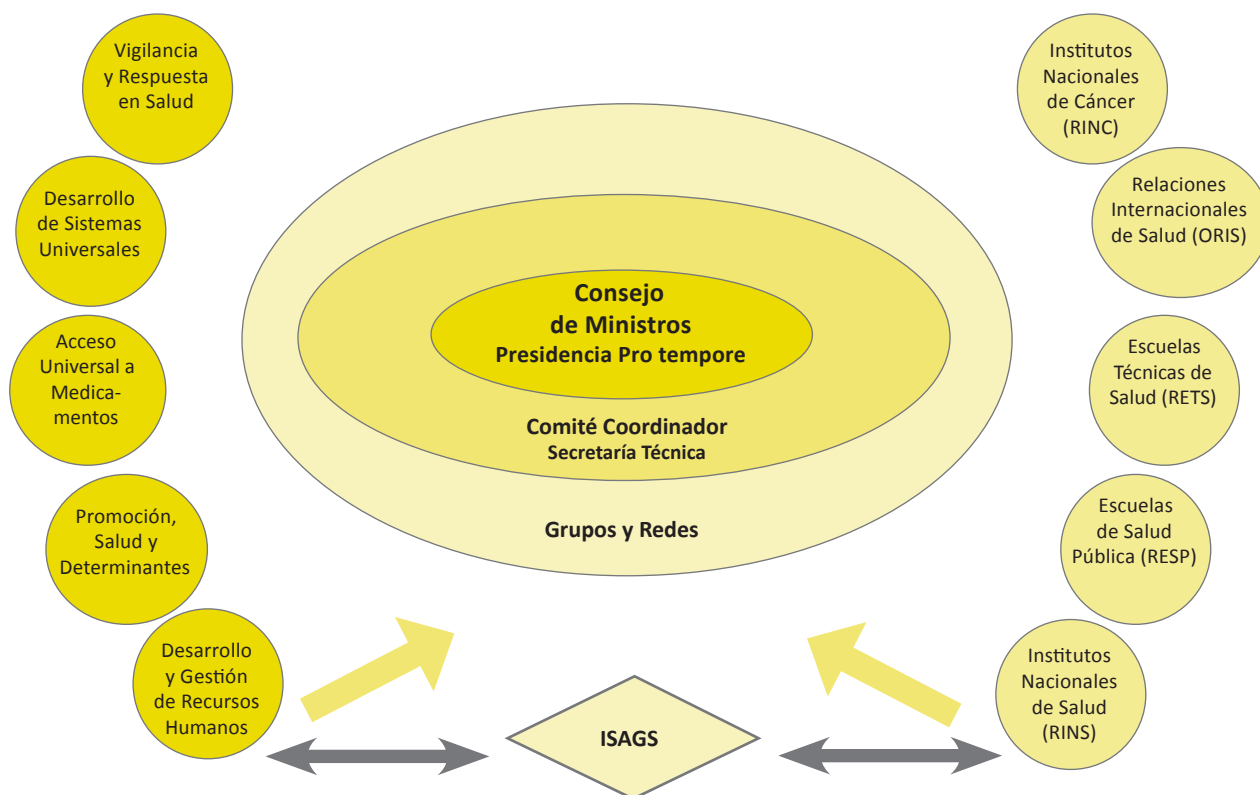
El Consejo de Salud Suramericano (CSS) fue creado en diciembre de 2009. Su objetivo es construir un espacio de integración en materia de salud, canalizando los esfuerzos y alcances de otros mecanismos de integración regional para la promoción de políticas comunes y actividades coordinadas entre los Estados Miembros de la Unasur.

Entre los objetivos principales del Consejo figuran:

- Fortalecimiento de la Unión, promoviendo políticas comunes, actividades coordinadas y cooperación entre los países.
- Identificar determinantes sociales críticos para la salud y propiciar políticas y acciones intersectoriales, tales como: seguridad alimenticia, ambiente saludable y cambio climático, entre otros.
- Promover la respuesta coordinada y solidaria ante situaciones de emergencias y catástrofes.
- Promover la investigación y desarrollo de innovaciones en salud.
- Avanzar en el proceso de armonización y homologación de normas.

El Consejo de Salud Suramericano está compuesto por la Presidencia pro tempore y su Secretaría Técnica, el Consejo de Ministros, el Comité Coordinador, los Grupos Técnicos, las Redes y el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags).

Figura 2 – Estructura del Consejo de Salud Suramericano



Fuente: Elaboración propia.

En abril de 2010, el Consejo de Salud Suramericano (CSS) aprobó su Plan Quinquenal 2010 – 2015, que presenta las áreas de trabajo priorizadas por los Ministros de Salud de los estados miembros de la Unasur. Estas pasan a constituirse en los cinco Grupos Técnicos del CSS, además de establecerse la creación del Instituto Suramericano de Gobierno y Salud (Isags) como uno de los resultados del Consejo de Salud durante la ejecución de ese plan.

La cooperación en salud de la Unasur debe ser entendida y estructurada para resolver problemas comunes del Bloque, definidos en agendas regionales negociadas en mayor medida sobre la lógica política, en lugar de la técnica. Dicho de otra manera, el Consejo de Salud Suramericano no puede transformarse en una instancia de cooperación para complementar insuficiencias de las agendas internas nacionales y locales de cada país.

El alcance del propósito mayor, que es utilizar el potencial del sector de salud con sentido estratégico para la Unasur, requiere la definición urgente de criterios políticos para la selección de las iniciativas.

Por eso, es importante dedicar cierta atención a las siguientes cuestiones:

1. *¿Cuál es el papel de los Ministerios de Salud en las relaciones internacionales? ¿Cuáles son las especificidades reales de la Salud en la política externa? ¿Cómo fortalecer la coherencia del país, en el área de salud, en cuanto a los acuerdos internacionales suscritos?*

No puede desconocerse que en el campo de la salud los proyectos aún siguen valorizándose principalmente por la pertinencia técnica, sectorial e institucional. También es un hecho que la priorización de las acciones de cooperación en salud en las esferas de gobierno se concentra más en las agendas internas que en las prioridades regionales e internacionales.

2. *¿Cómo alinear la salud en los flujos de regionalización, globalización y desarrollo incentivados por los países?*

Es preciso tener en mente que el sector de salud ya se considera como motor importante del comercio y de la seguridad sanitaria internacional y que esa dinámica, en esencia, no depende de los Ministerios de Salud.

3. *¿Es posible construir alianzas estratégicas para el país en salud sin la acción coordinada de otras instancias?*

Cabe reconocer la tendencia entrópica del sector de salud y de la poca tradición de la acción intersectorial coordinada.

4. *¿Cuál es la posición de los países en cuanto a la salud frente a la captación y movilización de recursos? ¿Se sitúa el énfasis en el donante o en el receptor? ¿Cuáles son los países y/o regiones con los cuales es importante fortalecer vínculos? ¿Cuáles son los problemas de salud para los cuales es importante lograr alianzas?*

Ciertamente, cuando se analiza el perfil de demanda de cooperación en salud por parte de los países de América del Sur resulta evidente que refleja la necesidad de reencaminar la cooperación a nivel regional de la Unasur. No se justifica continuar haciendo más de lo mismo.

En síntesis, parece conveniente subrayar que aún no están nítidas las agendas para mejorar las respuestas de los países a los compromisos de ámbito regional y mundial.

La insuficiencia en cuanto a la definición de esas pautas apunta hacia la importancia de la construcción doctrinaria, política e institucional de la salud regional y a repensar nuevos modelos de cooperación.

A su vez, la elaboración de esos nuevos perfiles de la cooperación regional de la Unasur implicará la ampliación y sistematización de conocimientos, principalmente en los siguientes puntos:

1. Construir alianzas internacionales para promover la incorporación de determinantes externos al sector salud:
 - Incorporar la política y la práctica de evaluación previa de los efectos sobre la salud en los proyectos de desarrollo.
 - Promover políticas y proyectos multisectoriales que consideren los determinantes sociales de la salud.
 - Crear alianzas internacionales que permitan introducir elementos de reglamentación y de protección social.
 - Estimular la participación ciudadana, en cuanto a sus derechos y deberes.
 - Promover la elaboración de políticas fiscales que valoricen la salud.
 - Desarrollar políticas de salud con implicaciones fiscales.
 - Ampliar la protección a riesgos ambientales mediante el fortalecimiento de políticas de fomento y de regulación.
2. Fortalecer los emprendimientos de desarrollo tecnológico y de innovación en salud:
 - Ampliar la inserción del país en el flujo de la globalización.
 - Disminuir la dependencia.
3. Desarrollar la “rectoría internacional” en salud.
 - Abogar por la salud como elemento de fortalecimiento de las relaciones internacionales, por ser campo de consenso de los derechos humanos.
 - Ejercitar la conducción de políticas de cooperación internacional en salud.
 - Fortalecer la reglamentación internacional en salud, relacionada con bienes y servicios, biotecnología, órganos y tejidos, salud ambiental, política exterior.
 - Estimular la compilación, normalización, análisis y evaluación de la información internacional en salud.
 - Estructurar el seguimiento de compromisos internacionales en salud.
 - Fortalecer la presencia regional en los foros y sistemas internacionales en salud.
 - Sistematizar la relación con organismos de cooperación internacional y con terceros.

Es importante reconocer que, aunque incipientes, algunas de esas pautas ya se encuentran en construcción por el Consejo de Salud Suramericano, pero la consolidación tendrá lugar, necesariamente, a largo plazo.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES: ANALIZANDO LOS RESULTADOS

La Guía Isags para orientar el análisis crítico de los sistemas de salud en Suramérica que orientó la descripción analítica de los sistemas de salud de los países de la región incluyó, como una de sus dimensiones, la cooperación en salud. Fue solicitado que se indicase, para cada una de las dimensiones de los sistemas de salud trabajadas en la Guía, las fortalezas y debilidades, señalando las necesidades de apoyo técnico y potencialidades de oferta de cooperación.

Debe destacarse preliminarmente que los países mostraron preocupación en responder a la cuestión suscitada, lo que lleva, de inmediato, a una primera reflexión importante: el esfuerzo realizado contempló, también, el nivel de análisis crítico, sin limitarse tan sólo al componente descriptivo.

El análisis de los doce capítulos sobre los Sistemas de Salud de los países miembros de Unasur apunta que las prioridades actuales de las políticas de salud mencionadas por los Ministerios de Salud son múltiples, observándose, no obstante, rasgos comunes.

Las prioridades de los Ministerios de Salud se pueden diferenciar en dos tipos: las de tipo político-organizativo, tales como eliminar la exclusión social, mejorar el acceso y la calidad, fortalecer la descentralización y la participación, promover la universalidad con modelos de atención integral y redes basadas en atención primaria y la acción sobre los determinantes de la salud; y las más centradas en lo asistencial, dirigidas a atender determinado tipo de procesos o patologías y aumentar la cobertura.

La sistematización de los aspectos más destacados de las presentaciones de los países, ofrecidas en este libro, y las conclusiones de los debates durante el Taller sobre Sistemas de Salud organizado por el Isags en julio de 2011, permiten elaborar una síntesis de las fortalezas y debilidades de los sistemas de salud suramericanos, que se presenta a continuación.

Fortalezas

- El primer componente destacado por los países suramericanos, y que se convierte en la fortaleza más relevante, es el carácter de la salud como derecho humano y social que debe ser garantizado por el Estado. Desde esa perspectiva, es notable la presencia de gobiernos, movimientos y organizaciones sociales que asumen como su bandera fundamental la defensa del Derecho a la Salud.
- Una segunda fortaleza se vincula a la sólida presencia del concepto de **universalidad** como característica fundamental que deben tener los sistemas de salud, en contraposición al carácter segmentado y fragmentado que hoy presentan. Asimismo, se observa la clara comprensión de la complementariedad entre los conceptos de universalidad, integralidad y equidad, y el inmenso desafío que ello representa para los sistemas de salud.

- Otra fortaleza es la importancia que se otorga a la **determinación social de la salud y la enfermedad**, lo que plantea a las políticas y sistemas de salud el desafío de la acción sobre los determinantes sociales y la intersectorialidad.
- Es notable la introducción de nuevos conceptos y enfoques que fortalecen los sistemas de salud, particularmente los conceptos de **interculturalidad y participación social**, como elementos que deben estar presentes en los sistemas de salud que pugnan por la integralidad y la equidad.
- Existe, además, una creciente toma de conciencia en cuanto a la relación entre salud y economía, lo que hace de los sistemas de salud actores económicos de gran importancia e introduce los conceptos de Complejo Industrial de la Salud y Economía Política de la Salud como categorías fundamentales a considerar en las políticas de salud.
- La importancia de la salud en el escenario internacional, la conciencia de la salud como factor clave para el desarrollo integral y el papel de los organismos regionales, como Unasur, en el desarrollo de nuevas modalidades de cooperación y la construcción de soberanía sanitaria también constituyen puntos fuertes.

Debilidades

- La primera debilidad señalada es el predominio de sistemas de salud fragmentados y segmentados, que producen una gran dispersión del esfuerzo y los recursos y dejan sin acceso a importantes grupos de población. Se está tratando de superar esa fragmentación por medio de propuestas de universalidad que, a pesar de ser prioritarias, cuentan con muchas dificultades y poco financiamiento para ser llevadas adelante. Unido a ello persisten importantes barreras geográficas, culturales, económicas o administrativas que impiden o dificultan el acceso a los servicios, haciendo de la exclusión social en salud una característica persistente en nuestros países.
- Continúa predominando en las políticas de salud y en la organización de los sistemas una visión centrada en la atención a la enfermedad. A pesar de que se asume en la teoría la integralidad y la intersectorialidad, la práctica sigue siendo muy medicalizada.
- Una de las debilidades más notorias es la financiación. Nuestros países tienen una inversión en salud generalmente por debajo de los estándares mínimos sugeridos. La subfinanciación de los sistemas de salud es coetánea con importantes niveles de ineficiencia, con sistemas de recaudación inadecuados y una carga tributaria insuficiente y regresiva. Un avance observado es la tendencia a terminar con los copagos en los servicios públicos, eliminando barreras financieras de acceso. Un tema clave es mejorar la capacidad de interlocución de los Ministros de Salud con sus pares de Finanzas y la necesidad de contar con apoyo político y sólidos argumentos para justificar el incremento de la inversión en salud y dar sostenibilidad financiera a sistemas universales de salud.
- Otra debilidad indudable de los Ministerios de Salud se refiere a su función reguladora y, en particular, a su postura ante la evaluación para la incorporación y el uso racional de insumos y tecnologías. Las inversiones en tecnologías de salud son

insuficientes y desordenadas incidiendo en altos costos, uso innecesario y brechas de atención. Ese desarrollo tecnológico ha creado fuertes vínculos del sector salud con el sector productivo y comercial, expandiendo la importancia económica del sector salud. Eso hace de la evaluación una prioridad que quizás solo pueda abordarse con criterios de integración regional, para garantizar acceso universal a las tecnologías y medicamentos con una buena relación costo beneficio.

- Un tema clave, es la fragilidad e inestabilidad de las políticas de salud y los altos niveles de rotación del personal directivo en el sector público. Hay que recordar que el nivel de rotación de los Ministros de Salud es muy elevado, alcanzando en la región un promedio inferior al año, y es usual que ante la ausencia de políticas de salud asumidas como políticas de Estado, a cada nueva administración se genere gran inestabilidad y baja continuidad.
- Otro elemento común es el que se relaciona con la fuerza de trabajo en salud. La cantidad y calidad actuales de la oferta de fuerza de trabajo no atienden a las necesidades del sistema de salud, observándose importantes brechas geográficas, por especialidades y profesiones. Hay problemas de formación, reclutamiento y adhesión de profesionales, en especial de médicos, a los sistemas públicos de salud, además de la tendencia a la especialización en desmedro de la gran cantidad de profesionales que se necesitan para el primer nivel de atención. Sin duda, mejorar la relación de los ministerios de salud con los ministerios de educación, las universidades y otras instituciones encargadas de la formación podría reencaminar la formación de recursos humanos adecuados a las necesidades de salud y a las diferentes culturas.
- Como resultante de estas debilidades, un hecho a considerar es la insatisfacción de la población con los servicios y la dificultad de los sistemas de salud para satisfacer sus necesidades y demandas.

REFLEXIONES A GUISA DE CONCLUSIÓN: CONSTRUYENDO SISTEMAS UNIVERSALES DE SALUD

Un concepto esencial de la cooperación es que el resultado final permita un beneficio mutuo para las partes involucradas. Los conceptos y experiencias del otro deben potenciarse, de modo tal que, en conjunto, resulten mejores conocimientos y prácticas sobre un problema común.

Este libro reúne la descripción del estado actual y de las tendencias de los Sistemas de Salud de los doce países de Unasur entre los años 2011 y 2012.

No obstante, no puede perderse la perspectiva de que existe un denominador común en los sistemas de salud de los países de Unasur. En la segunda mitad de los años 1980, casi todos impulsaron programas de reforma del sector de salud con concepciones heterogéneas, cuyas líneas de trabajo se implantaron en grado variable. Ninguno de ellos alcanzó la universalidad ni redujo los costos.

La contribución peculiar de este libro fue la metodología participativa de elaboración, que estimuló la descripción de los sistemas de salud de los países según

su propia visión, con sentido crítico, no académico, no oficialista, no comparativo. Se buscó, sobre todo, un conjunto de aproximaciones útiles que pueden servir a otros contextos nacionales y regionales, a actores externos al sector y a los demás Consejos Sectoriales de la Unasur.

La tentativa de compilar y sistematizar fortalezas y debilidades permitió identificar áreas temáticas apuntadas como prioritarias en las conclusiones del Taller. Para facilitar el análisis, las presentamos a continuación, reunidas por densidades temáticas:

- **Salud y seguridad:** vigilancia epidemiológica, sanitaria y ambiental;
- **Salud y desarrollo:** políticas públicas, determinantes sociales de la salud, sistemas de atención primaria de salud y asistencia médico-hospitalaria, economía y financiación de la salud, educación, comunicación, información;
- **Salud y comercio:** complejo industrial de la salud⁶, reglamentación de insumos, productos, tecnologías y servicios de salud;
- **Salud y derechos humanos:** derecho sanitario, participación social e interculturalidad.

En principio, esa amplia gama de cuestiones pueden parecer vagas pero, en verdad, están revelando la necesidad de redefinir rumbos, promover consensos y modificar paradigmas. Para la mayoría de ellas, el control va más allá de las fronteras de un solo país, o sea, están en el campo internacional.

Por otro lado, se aproximan a la agenda de Unasur Salud. Para efectos de análisis, vale la pena revisar las pautas ya priorizadas por el Consejo de Salud Suramericano, cuando éste elaboró el capítulo de Sistemas de Salud de su Plan Quinquenal 2010-2015.

El mayor objetivo político propuesto fue alcanzar sistemas universales, reconociendo el derecho a la salud y el abordaje inclusivo, con las siguientes recomendaciones:

- Revisar las legislaciones nacionales en cuanto al derecho a la salud.
- Promover la formación de redes integradas de servicios de salud, con base en la estrategia de la atención primaria de la salud (APS).
- Propiciar que los mecanismos de financiación de los servicios, por medio de la modalidad de seguro, no se transformen en barreras de acceso.
- Fortalecer la reciprocidad y la complementación en la prestación de servicios de salud en los espacios fronterizos.
- Fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias nacionales en la perspectiva de construcción de sistemas universales.
- Garantizar la democratización de los sistemas de salud, a través de la participación ciudadana en la toma de decisiones.
- Monitorear el avance de la participación ciudadana.

Parece claro que, a pesar de su especificidad, no existen divergencias cualitativas de envergadura entre las agendas levantadas a partir del cuestionario enviado a los países. Sin duda, esa concordancia refleja una fuerte coherencia política, institucional y técnica en el campo de la salud de la Unasur.

Más expresivos aún son los desafíos de los sistemas de salud, discutidos al final del Capítulo 1 de este libro. Allí se encuentran claramente sintetizadas las principales tendencias y limitaciones que presentan los sistemas de salud de la Unasur.

Políticamente, todos los sistemas de salud de Suramérica tienden a:

- jerarquizar valores y garantizar la salud como derecho social y humano;
- buscar la universalidad y la mejora de las redes de protección social;
- fortalecer el papel del Estado;
- desarrollar políticas intersectoriales coordinadas;
- aplicar medidas tributarias no regresivas que tengan en mira la equidad;
- resolver la subfinanciación del sector salud;
- ampliar y armonizar políticas de reglamentación de insumos y servicios.

Para poder cumplir con esas directrices ambiciosas, surge evidente la necesidad de fortalecer la capacidad de gobierno del sector salud de los países miembros. Esta aseveración contiene implicaciones para el diseño del perfil programático de la cooperación en salud de la Unasur. En este caso, la *capacidad de gobierno* debe ser entendida, sobre todo, como la acumulación y la conquista de viabilidad política, económica y tecnológica para la consecución de esos propósitos.

La cooperación necesita consolidarse en tanto ambiente de formulación de pensamiento y planes estratégicos, lo que implica examinar cuestiones como universalidad, derecho, accesibilidad y gratuidad, entre otras.

Además de ello, se debe estimular la investigación aplicada y la formación de recursos humanos estratégicos, capaces de liderar y sustentar debates sobre la construcción de políticas públicas en salud.

Para eso, la cooperación debe estructurarse en el sentido de identificar y proponer alternativas que contribuyan a la superación de cuestiones que son, habitualmente, consideradas “externas” al sector salud y que son, en general, poco contempladas en las agendas sectoriales.

Lo más relevante será agregar argumentación sólida y movilizar alianzas sobre los puntos en los cuales se pretende influenciar en la construcción de esas políticas, cuyo alcance está más allá de la mejora de las carencias de los países en aspectos de conducción técnico-administrativa y de formación de recursos humanos para la gestión y gerencia. Tampoco constituye su papel fundamental orientarse a responder a las demandas del sector salud y de los países individualmente.

Deben examinarse las relaciones y mediaciones de los determinantes económicos y sociales sobre la salud. Son estudios más comprensivos que tratan de entender cómo modificar las condiciones del nivel de vida de grandes grupos poblacionales y que ejercen influencia sobre el estado de salud a nivel global.

Los sistemas de salud deben investigarse dentro de un contexto más amplio, condicionado por las relaciones entre economía y salud, tales como dinámica de mercados, reestructuración productiva, transición tecnológica, protección social, procesos de trabajo, capacidad de regulación, comunicación social y sistemas de información, que están a la espera de la producción y diseminación de un nuevo cuerpo de conocimientos.

La pregunta sería: ¿cómo se constituye en salud este deseo o voluntad de los Estados Miembros de pasar a formar una comunidad más amplia?

Nuestra respuesta es que ello se logra mediante la formación de una comunidad política, problemas sentidos en común, valores e intereses compartidos. Más allá de formas tradicionales de cooperación, las políticas públicas comunes entre los países de Unasur deben constituir un medio de promover de manera integrada las políticas para temas y desafíos claves para garantizar el derecho universal a la salud.

REFERENCIAS

- Cepal. UNASUL: Un espacio de desarrollo y cooperación por construir. Santiago de Chile: Cepal; 2011.
- Consejo de Salud Suramericano (2010), Plan Quinquenal 2010 – 2015, Disponible en: <http://saludunasur.org/index.php>
- Estatuto de creación del Consejo de Salud Suramericano. Disponible en: http://www.unasursg.org/index.php?option=com_content&view=article&id=336:estatutos-consejo-de-salud-suramericano&catid=86:consejo-de-salud-suramericano
- Gaboia Gadelha C A. Desenvolvimento, Complexo Industrial da Saúde e Política Industrial. Revista de Saúde Pública 2006: 40.
- Buss P, Tobar S. Diplomacia en Salud en América del Sur: El Caso de UNASUR SALUD. Publicado en Revista Argentina de Economía y Ciencias Sociales. Volumen CIII. N°18. Primavera 2009. Ediciones de la Universidad de Buenos Aires-Argentina: 9-11.
- Naciones Unidas. El Consenso de Monterrey. Disponible en: www.ffd.org
- Tratado Constitutivo de las Naciones Suramericanas. Disponible en: <http://dl.dropbox.com/u/76187488/Taller%20Salud%20Global-%20Documenta%C3%A7%C3%A3o/4%20TRATADO%20UNASUR%20FIRMADO.pdf>

Notas

- 1 En el documento “Globalización y Salud” de la Organización Panamericana de la Salud se analizan los impactos de la globalización y las oportunidades y riesgos que representa para mejorar la salud de la población de las Américas. Ver: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce132-15-s.pdf>
- 2 Marchiori Buss, P. y Tobar, S. (2009) analizan los impactos de la globalización en la salud y postulan que muchos de los actuales desafíos de salud requieren la diplomacia sanitaria, que no se restringe a los servicios exteriores, sino que incorpora una gama de contextos y temas diferentes. Ver Revista Reseñas y Debates N°64. Año 7. Abril 2011. Buenos Aires, Argentina.
- 3 Entendemos a la integración como un proceso progresivo y dinámico. La palabra integración tiene sus orígenes en el latín, *integratio-onis*, y según el Diccionario de la Real Academia Española significa acción y efecto de integrar o integrarse, constituir las partes de un todo, unirse a un grupo para formar parte de él. La integración podría suponer la conexión, coherencia o algún nexo de relación entre partes, suponiendo la superación de fronteras o intensificación de conexiones físicas.
- 4 El Consejo de Salud Suramericano fue creado conjuntamente con el Consejo de Defensa, en la Cumbre Extraordinaria de Unasul, en diciembre del 2008, en Costa de Sauípe, Bahía. Ver: Unasul/ Consejo de Salud Suramericano. Acuerdo N°01/09, de fecha 21/04/2009. Constitución del Consejo de Salud Suramericano. Unasul SALUD. <http://www.ocai.cl>
- 5 La Presidencia pro tempore, según el Tratado Constitutivo, es ejercida sucesivamente por periodos anuales por cada Estado Miembro, en orden alfabético.
- 6 La noción de Complejo Industrial de la Salud constituye una tentativa de dar un referencial teórico que permita articular tanto la lógica sanitaria como la del desarrollo económico. En este sentido, este complejo abarca a las instituciones o industrias productoras de medicamentos, fármacos e insumos de diagnóstico, las instituciones que comercian productos para la salud, los servicios de salud, además de la formación e investigación y desarrollo y a la propia fuerza de trabajo en salud. El concepto entiende a la salud como un derecho de los ciudadanos y un frente de desarrollo y de innovación estratégica en la sociedad del conocimiento (Ver Gabois Gadelha, 2006:40).

Guía Isags para orientar el análisis crítico de los sistemas de salud en Suramérica

Esta guía fue desarrollada por el Isags para facilitar la elaboración, por parte de los ministerios de salud, de las presentaciones y documentos sobre el sistema de salud como actividad preparatoria del Taller: “Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad”, realizado en julio de 2011 en Rio de Janeiro.

El Taller tuvo como objetivo: propiciar el intercambio de conocimiento y reflexión sistemática sobre los sistemas de salud en Suramérica, a la luz de los desafíos de la universalidad, integralidad y equidad, identificando fortalezas y debilidades que permitan el desarrollo de líneas de cooperación y trabajo para el Isags.

Cuadro 1 – Guía Isags para orientar el análisis crítico de los sistemas de salud en Suramérica

Dimensiones a analizar	PREGUNTAS ORIENTADORAS
1. Derechos Sociales y Salud	
Marco constitucional y legal Principios y valores	¿Qué plantea el marco constitucional y legal sobre salud? ¿Define la Constitución los principios y valores del Sistema de Salud? ¿Existe una Ley General/ Orgánica de salud? ¿De qué año? ¿Cuál es su alcance? (Esfera central, esfera local y otros actores) ¿Cuáles son las responsabilidades del Estado como rector, como regulador y como prestador?
Participación social	¿Cómo está planteada la participación social? ¿Hay instancias formales de participación? ¿En qué niveles de gobierno? ¿Cuáles son la formas y cómo ocurre la participación social en salud en los niveles macro, meso y micro? ¿Existen instrumentos de escucha de la población para informaciones, reclamaciones, sugerencias, denuncias y monitoreo sistemático de evaluación de la satisfacción?

Cuadro 1 – Guía Isags para orientar el análisis crítico de los sistemas de salud en Suramérica (cont.)

Dimensiones a analizar	PREGUNTAS ORIENTADORAS
2. Estructura y Organización del Sistema de Salud	
Modelo político administrativo del país	<p>Cómo se organiza políticamente el país: ¿Es federal? ¿Unitario?</p> <p>¿Cuántos niveles/esferas de gobierno existen? ¿Cuáles son las funciones y atribuciones de las esferas gubernamentales en salud, particularmente con respecto a los gobiernos locales?</p> <p>¿Cuáles son los elementos favorables y desfavorables en la administración general del Estado para la gobernanza en salud?</p> <p>¿La descentralización mejora o complica la gobernanza?</p>
<p>Componentes del sistema de salud</p> <p><i>Salud pública/colectiva</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoción - Prevención - Vigilancia en salud <p><i>Atención individual</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoción y prevención - Atención a la enfermedad, incluyendo, rehabilitación y cuidados paliativos 	<p>¿Cuál es la estructura del sistema de salud (subsectores)?</p> <p>¿Cuáles son las instituciones que conforman el sistema de salud?</p> <p>¿Cuáles son las instituciones responsables y cómo está organizada la salud pública/colectiva?</p> <p>¿Cuáles son las políticas de promoción de la salud?</p> <p>¿Cuáles son las instituciones responsables y cómo está organizada la atención individual?</p>
<p>Modelo de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveles de atención y papel de la atención primaria de la salud - Redes y criterios para su construcción - Gestión territorial, referencia y contrarreferencia 	<p>¿Están definidos niveles y redes de atención? ¿Sobre qué criterios se construyen: territoriales, funcionales, etc.?</p> <p>¿Cuál es el papel de la atención primaria de la salud?</p> <p>¿Cuál es la puerta de entrada al sistema?</p> <p>¿Existe adscripción poblacional?</p> <p>¿Existen objetivos sanitarios específicos en función del territorio de referencia? ¿Cómo se articulan los planes y proyectos nacionales con las demandas y necesidades específicas de la población adscrita?</p>
<p>Prestación de servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención de primer nivel - Atención especializada - Atención hospitalaria 	<p>¿Quién presta los servicios de primer nivel? (esfera gubernamental responsable/ prestadores públicos o privados /¿tipos de unidad de salud)</p> <p>¿Quién presta los servicios de atención especializada? (esfera gubernamental responsable/ prestadores públicos o privados / tipos de unidad de salud)</p> <p>¿Quién presta y regula la oferta de servicios y tecnología de mayor complejidad? (esfera gubernamental responsable/ prestadores públicos o privados)</p> <p>¿Quién presta los servicios de atención hospitalaria? (esfera gubernamental responsable/ prestadores públicos o privados)</p>
Participación del sector privado y otras formas de organización de la oferta (cooperativas, empresas públicas, tercerizaciones, etc.)	<p>¿Cuál es la importancia y papel del sector privado en la prestación de servicios de salud?</p> <p>¿Contiene el sistema de salud otras formas de organización de la oferta, tales como cooperativas, empresas públicas, tercerizaciones, etc.?</p> <p>¿Cuáles son los criterios utilizados para incorporar estas formas de organización?</p>
Evaluación del desempeño del sistema de salud y de la calidad de los servicios	¿Cuáles son las estrategias desarrolladas y las metodologías implementadas para la evaluación del desempeño del sistema de salud y de la calidad de la atención prestada?

Cuadro 1 – Guía Isags para orientar el análisis crítico de los sistemas de salud en Suramérica (cont.)

Dimensiones a analizar	PREGUNTAS ORIENTADORAS
3. Universalidad, Integralidad y Equidad	
Modelos para la cobertura poblacional: sistema público universal, seguro social, seguros privados, individuales o colectivos Cobertura de servicios: integral, planes básicos, garantías explícitas	Describa cómo se estructura la cobertura poblacional del sistema de salud. ¿Cuál es el modelo para la cobertura poblacional: sistema público universal (sistema único), seguros sociales o seguros privados? ¿El sistema de salud universal está sustentado en base a la seguridad social o en base al sistema público? ¿Cuáles y cuántos son los tipos de aseguramiento existentes? ¿Cuáles son las estrategias para la universalidad? ¿Las estrategias para la universalidad se organizan con base en el subsidio a la oferta o a la demanda? ¿Existen grupos poblacionales excluidos? ¿La cobertura es integral? ¿Tiene la población cubierta acceso a todos los servicios? ¿Cuáles son las principales barreras de acceso?
Brechas entre cobertura poblacional y cobertura de servicios	¿Están identificadas las brechas de acceso y cobertura? ¿Existen grupos poblacionales con más dificultad de acceso a los servicios?
Brechas de equidad en la situación de salud, género, etnia, ciclos de vida, brechas de acceso a servicios y oportunidades a las personas con discapacidades	¿Cuáles son las brechas significativas con relación al estado de salud de la población? ¿Los sistemas de información permiten identificar las brechas de equidad en salud? ¿Cuáles son las brechas de equidad más significativas en relación con el género, las culturas y los ciclos de vida? ¿Qué grupos poblacionales son los más afectados? ¿Qué acciones se han adoptado? ¿Hay políticas explícitas para la atención en salud y la inclusión social de las personas con discapacidades?
Evaluación de la equidad y del acceso a los servicios de salud	¿Cuáles son las estrategias desarrolladas y las metodologías implementadas para la evaluación de la equidad y del acceso a los servicios de salud?
4. Modelo de Financiamiento	
Fuentes públicas - Nacionales, provinciales/departamentales, municipales, - Impuestos generales - Cotizaciones a la seguridad social	¿Cuáles son las fuentes de financiamiento público? ¿Cuál es la participación de la nación y las esferas subnacionales en la financiación pública? ¿Hay normas de coparticipación para el gasto en salud para las esferas subnacionales? ¿Cuál es el aporte financiero de los niveles subnacionales?
Fuentes privadas - Primas a seguros privados - Gasto de bolsillo	¿Cuáles son las fuentes de financiamiento privado?
Gasto en salud - Gasto en salud con relación al PIB - Gasto público/privado - Participación de los usuarios (copagos)	¿Cuál es el gasto nacional en salud con relación al PIB? ¿Cuál es la composición del gasto en salud: público (impuestos y seguridad social) y privado (primas de seguros/prepagos y gastos de bolsillo)? ¿Hay pagos y/o copagos en el sector público? ¿Cuál es la importancia del aseguramiento privado? ¿Existen propuestas innovadoras para incrementar el financiamiento del sector salud, como por ejemplo tributos específicos?
Criterios de asignación y modelos de pago	¿Cuáles son los criterios de asignación de recursos para transferencias a niveles subnacionales y por ítem de gasto/sector de servicios (atención primaria de la salud, especializada, hospitalaria)? ¿Cuáles son los modelos de pagos a prestadores hospitalarios y ambulatorios?

Cuadro 1 – Guía Isags para orientar el análisis crítico de los sistemas de salud en Suramérica (cont.)

Dimensiones a analizar	PREGUNTAS ORIENTADORAS
5. Macrogestión	
Rectoría	¿Cuáles son las responsabilidades del ministerio de salud?
Formulación de políticas y planes	¿Existen políticas o planes nacionales de salud? ¿Esas políticas o planes definen metas concretas? ¿Se identifican responsables por el cumplimiento de las metas? ¿Qué actores participan en la formulación de las políticas y planes de salud? Describa las metodologías para el ordenamiento sanitario o la planificación de la oferta.
Atribuciones de las esferas gubernamentales y coordinación interinstitucional	¿Cuáles son las atribuciones de las esferas gubernamentales en la formulación de políticas y planes de salud? ¿Existen sistemas de monitoreo/evaluación del cumplimiento e impacto de las políticas y planes? ¿Existen mecanismos de coordinación intergubernamentales/ interterritoriales? ¿Quién designa a sus participantes? ¿Qué competencia tienen? ¿Con qué frecuencia se reúnen? ¿Existen mecanismos de rendición de cuentas?
Modelos de gestión de servicios y redes	¿Cuáles son los modelos de gestión de organizaciones y redes de salud? ¿Cuáles son los niveles de autonomía de los servicios para contratación de personal, presupuestos y compras?
Regulación de servicios y seguros privados	¿Cuáles son los principales vacíos o fallas en la regulación de los mercados de prestación de los servicios de salud? ¿Cómo es la regulación de los servicios privados de salud? ¿Cómo se regulan los seguros privados de salud?
6. Vigilancia en Salud	
Reglamento Sanitario Internacional (RSI)	¿En qué situación se encuentra la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en el país? ¿Se ha desarrollado un plan nacional para el fortalecimiento de las capacidades básicas en conformidad con el RSI? ¿Cómo se organiza la red de diagnóstico laboratorial para la vigilancia en salud? ¿Cuál es la estructura existente para acción en vigilancia sanitaria de productos y servicios en caso de emergencias de interés para la salud pública (epidemias, desastres naturales, accidentes, etc.)? ¿Existe una unidad/ departamento específico para la actuación internacional de la autoridad sanitaria?
Vigilancia epidemiológica	¿Cómo se estructura la vigilancia epidemiológica, incluyendo los sistemas de alerta y respuesta? ¿Dispone el país de un sistema de vigilancia de los principales factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, tabaco, consumo excesivo de alcohol, sedentarismo y alimentos no saludables? ¿Existen políticas específicas de regulación de publicidad en salud?
Vigilancia sanitaria	¿Cómo se estructura la vigilancia sanitaria y qué funciones abarca? ¿Existe una agencia de vigilancia sanitaria? ¿Cómo se estructura la vigilancia en puntos de entrada internacionales (pasos de fronteras, puertos y aeropuertos)? ¿Cuál es la base legal de la vigilancia sanitaria? ¿Existen políticas específicas de regulación sanitaria para apoyar la toma de decisiones para la incorporación de nuevas tecnologías y adquisición de productos e insumos estratégicos? ¿Cómo se organiza el soporte laboratorial para la vigilancia sanitaria (premercado y postmercado)?

Cuadro 1 – Guía Isags para orientar el análisis crítico de los sistemas de salud en Suramérica (cont.)

Dimensiones a analizar	PREGUNTAS ORIENTADORAS
Vigilancia sanitaria	¿Cómo se estructura la vigilancia sanitaria de productos (importación) en puntos de entrada internacionales (pasos de fronteras, puertos y aeropuertos)? ¿Existen criterios definidos para la comunicación de riesgos sanitarios (prevención y promoción) como parte de la actuación regulatoria en vigilancia sanitaria? (Por ejemplo seguridad de los productos, incluidos los alimentos, combate a la hipertensión, colesterol y obesidad, entre otros)
Vigilancia ambiental en salud	¿Cómo se estructura y qué funciones abarca la vigilancia ambiental en salud? ¿Cómo es el sistema para mitigar el riesgo de desastres naturales?
7. Fuerza de Trabajo en Salud	
Brecha entre las necesidades del sistema y la oferta de personal (carreras de grado, nivel técnico y auxiliar) - Distribución geográfica y por especialidades	¿La actual cantidad y calidad de la oferta de fuerza de trabajo atiende las necesidades del sistema de salud? ¿Cuáles son las brechas geográficas y por especialidades de la oferta de fuerza de trabajo?
Cambios y estrategias de innovaciones en la formación y educación permanente	¿Hay cambios en la formación de los trabajadores de salud? ¿Existen mecanismos institucionales de coordinación entre las instituciones formadoras y el sistema de salud/ autoridad sanitaria? ¿Existen instituciones propias del Ministerio de Salud para la formación de los trabajadores del sistema de salud? ¿Existen programas de educación permanente de la fuerza de trabajo en salud? ¿Existen experiencias educativas exitosas e innovadoras?
Modelo de gestión y administración del personal en salud - vínculo laboral, modalidades de contratación y pago	¿Cuáles son los modelos de gestión de la fuerza de trabajo? ¿Cuáles son las modalidades de vínculo laboral, modalidades de contratación y pago? ¿Existe un plan de carrera sanitaria? ¿El plan de carrera sanitaria está actualizado?
Regulación de la formación y de las profesiones	¿Quién regula la formación en salud? ¿Hay marcos referenciales nacionales para la formación de los trabajadores de salud? ¿Cómo participa el ministerio de salud en la regulación? ¿Cómo ocurre la regulación de las profesiones? ¿Cuál es la importancia del sector privado en la formación y cómo es su regulación? ¿Cuáles son las estrategias para la formación de personal técnico en salud? ¿Cuáles son las instituciones responsables de la formación en salud pública de la fuerza de trabajo?
Migración de la fuerza de trabajo en salud	¿Hay problemas de migración de la fuerza de trabajo en salud?
8. Acción Sobre los Determinantes Sociales de la Salud	
- Coherencia entre políticas y acción sobre los determinantes sociales - Estrategias de coordinación intersectorial - Experiencias desarrolladas y lecciones aprendidas	¿Existen políticas públicas y/o arreglos institucionales que articulen las políticas sociales, económicas y de salud? ¿Existe algún mecanismo de coordinación intergubernamental para las políticas sociales? ¿Cuáles son las principales iniciativas nacionales de acción sobre determinantes sociales? ¿Cuáles las fortalezas y debilidades de las iniciativas nacionales de acción sobre determinantes sociales?
Alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	¿A partir de qué iniciativas nacionales se ha logrado avanzar en los Objetivos de Desarrollo del Milenio?

Cuadro 1 – Guía Isags para orientar el análisis crítico de los sistemas de salud en Suramérica (cont.)

Dimensiones a analizar	PREGUNTAS ORIENTADORAS
9. Insumos Estratégicos para la Salud	
Políticas específicas para patentes, genéricos, investigación e innovación, regulación de precios	<p>¿Existen iniciativas que buscan aproximar las necesidades en salud con la capacidad productiva local?</p> <p>¿Aplica el país los principios del Acuerdo TRIPS en las políticas de insumos de salud?</p> <p>¿Qué restricciones incorporan los acuerdos internacionales y los tratados de comercio en la disponibilidad y costo de tecnologías e insumos sanitarios?</p>
Estrategias para el acceso a vacunas, medicamentos esenciales y de alto costo	<p>¿Existen políticas nacionales para superar barreras de acceso a los medicamentos y otros insumos estratégicos (provisión pública; política de genéricos, política de precios, regulación económica, incluyendo tarifas y aranceles; importaciones paralelas, licenciamiento compulsorio, etc.)?</p> <p>¿Existen políticas nacionales para garantizar el acceso a medicamentos esenciales y de alto costo?</p> <p>¿Cómo se gestiona el precio de los insumos de salud?</p>
Capacidades productivas nacionales: estatales y privadas - Dependencia externa, balanza comercial	<p>¿Cuenta el país con capacidad para la producción nacional de medicamentos y vacunas? ¿Cuáles? ¿Qué importancia tiene la importación de medicamentos?</p>
Evaluación, incorporación y uso racional de nuevas tecnologías	<p>¿Cómo se decide la incorporación de nuevas tecnologías en salud?</p>
Uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la gestión del sistema y en la atención a la salud (Telesalud)	<p>¿Cuáles son las estrategias para uso de tecnologías de la información y comunicación en la gestión del sistema de salud?</p> <p>¿Cuáles son las estrategias para uso de tecnologías de la información y la comunicación para la mejoría de la calidad de la atención a la salud? ¿Cuál es el número y proporción de unidades de salud con acceso a Telesalud?</p>
10. Investigación e Innovación en Salud	
Políticas nacionales de investigación en salud	<p>¿Existen políticas y programas de investigación y desarrollo específico para la salud? ¿Quién la formula y la implementa? ¿Quién la financia? ¿Qué papel juega el ministerio de salud en la definición de la agenda, prioridades y financiamiento?</p> <p>¿Qué actores desarrollan proyectos de investigación en salud?</p>
Institutos nacionales de salud.	<p>¿Existe un instituto nacional de salud? ¿Cuáles son sus áreas de actuación? ¿Cuáles son sus funciones?</p> <p>¿Cuál es su papel en la investigación?</p> <p>¿Cuál su relación con centros y redes de investigación en salud?</p>
Brechas entre las investigaciones y las necesidades del sistema	<p>¿Se identifican necesidades y brechas en investigación? ¿Hay acciones para resolverlas?</p>
11. Cooperación	
Necesidades de apoyo técnico	<p>Demandas de apoyo técnico frente a las debilidades identificadas</p>
Posibilidades de oferta de cooperación y “experticias” potenciales	<p>Posibilidades de oferta de apoyo técnico derivadas de sus fortalezas</p>

Agradecemos la colaboración en la elaboración y revisión de la Guía a los representantes de los ministerios de salud de Suramérica, a Ana Paula Jucá, André Gemal, Eduardo Hage, Federico Tobar y Patricia Oliveira.

**Participantes en el Taller inaugural del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags)
Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad
Río de Janeiro, 26 a 29 de julio de 2011**

Víctor Fernando Nunes	Argentina
Tomás Pippo	Argentina
Gabriel Yedlin	Argentina
José Antonio Gandur	Argentina
Eduardo Aillón Terán	Bolivia
Martin Maturano Trigo	Bolivia
Johnny Franklin Vedia Rodríguez	Bolivia
Helvécio Miranda Jr	Brasil
Itajai Oliveira de Albuquerque	Brasil
Paulo M. Buss	Brasil
André Luís Gemal	Brasil
Patricia Oliveira Pereira	Brasil
Henri Eugene Jouval Junior	Brasil
Ana Paula Soares Jucá da Silveira e Silva	Brasil
Antônio Ivo de Carvalho	Brasil
Claudio Noronha	Brasil
Maria Alice Barbosa Fortunato	Brasil
Maria Eliana Labra	Brasil
Ana Beatriz de Noronha	Brasil
Eduardo Hage Carmo	Brasil
José Paranaquá de Santana	Brasil
Ronaldo G.Ferraz	Brasil
Mauro Teixeira de Figueiredo	Brasil
Erica Kastrup B. e Camaro	Brasil
Ligia Giovanella	Brasil
Cynthia Arguello	Chile
Alfredo Bravo Civit	Chile
Carolina Londoño Araque	Colombia
Gustavo Giler	Ecuador
Francisco Vallejo F.	Ecuador
María Cristina Guillén Galeano	Paraguay
Cesar R. Cabral Mereces	Paraguay
María del Carmen Gómez Rojas	Paraguay
Iván F. Allende Criscioni	Paraguay
César Cabezas Sánchez	Perú
Manuel Núñez Vergara	Perú
José del Carmen	Perú
José Gabriel Somocurcio Vilchez	Perú
Ricardo Cañizares Fuentes	Perú
Marthelise Eersel	Suriname
Jennifer Jowin Pinas	Suriname
Celsius W. Waterberg	Suriname
Jorge Venegas	Uruguay
María Alejandra Toledo Viera	Uruguay
Marisa Buglioli	Uruguay
Juan Carlos Lara	Venezuela
Oscar Feo	Venezuela

Participantes en la Reunión del Consejo Directivo por ocasión de la inauguración del ISAGS

Eduardo Bustos Villar	Secretario de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de Argentina
Martín Maturano	Viceministro de Salud y Protección del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia
Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Secretario de Gestión Estratégica y Participativa del Ministerio de Salud de Brasil
Alfredo Bravo Civit	Representante del Ministerio de Salud de Chile
Beatriz Londoño	Viceministra de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia
David Chiriboga Alnutt	Ministro de Salud Pública de Ecuador
Esperanza Martínez	Ministra de Salud Pública y Bienestar Social de la República del Paraguay
Oscar Ugarte Ubilliz	Ministro de Salud de Perú
Jorge Venegas	Ministro de Salud Pública de Uruguay
Celsius W. Waterberg	Ministro de Salud de la República de Suriname
Juan Carlos Lara Ramírez	Representante del Ministerio del Poder Popular para la Salud del Gobierno Bolivariano de Venezuela

Coordinadores Nacionales del Consejo de Salud Suramericano

Eduardo Bustos Villar	Argentina
Eduardo Aillón	Bolivia
Paulo Buss	Brasil
Alfredo Bravo	Chile
Jaime Matute	Colombia
Paola Betancourt	Ecuador
Shamdeo Persaud	Guyana
César R. Cabral Mereles	Paraguay
Eva Ruiz de Castilla	Perú
Andrés Coitiño	Uruguay
Marthelise Eersel	Suriname
Mirian Morales	Venezuela

Organización de esta publicación**Ligia Giovanella**

Médica, Doctora en Salud Pública, con estudios posdoctorales en el Institut für Medizinische Soziologie Universidad de Frankfurt, ex secretaria ejecutiva de la Red de Investigación de Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur. Es investigadora senior de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) y docente permanente del Programa de Posgrado en Salud Pública de la Ensp/Fiocruz.

Mariana Faria

Abogada especializada en Derecho Sanitario y Máster en Políticas Públicas y Salud de la Fundação Oswaldo Cruz y Jefa de Gabinete del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS). Fue asesora bilingüe de la Embajada de Taiwán y Secretaria General del Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes). Trabajó para el INDES/BID como tutora del Curso de Gestión por Resultados, con enfoque en Derecho Sanitario.

Oscar Feo

Médico venezolano, especialista en Salud Pública y Salud de los Trabajadores, Maestría en Ciencias de la Universidad de McGill, Canadá. Profesor titular de la Universidad de Carabobo (Venezuela). Fue coordinador de salud de la Asamblea Constituyente de Venezuela, Director del Instituto de Altos Estudios en Salud Pública de Venezuela y Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unzué (ORAS-CONHU) entre 2006 y 2010. Profesor invitado de varias universidades del continente. Actualmente es Consultor Técnico de políticas y sistemas de salud del ISAGS.

Sebastián Tobar

Sociólogo, Máster en Ciencias con especialidad en Políticas Públicas y Salud. Es Director de Relaciones Internacionales de Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de Argentina y Director Alterno del SGT N° 11 y de las reuniones de Ministros de Salud del Mercosur y Estados Asociados y del Consejo de Salud Suramericano de Unasur. Fue representante del Ministerio de Salud de Argentina en misiones ante organizaciones internacionales.

Estos 200 años de independencia de la región no han sido fáciles. García Márquez nos advierte que América Latina se acercó al siglo XXI con la sensación desoladora de habernos saltado el siglo XX.

La mayoría de los países suramericanos celebramos los bicentenarios de independencia que constituyen un momento de reflexión. No solo al interior de cada una de nuestras naciones, sino, y especialmente, de reflexión sobre nosotros como región en el contexto global: ¿qué nos diferencia de otros bloques? ¿Hacia dónde queremos caminar?, ¿Cuál puede ser nuestro aporte como región al mundo?

[...]

El ISAGS constituye un paso decidido hacia el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos suramericanos en medio de la naciente institucionalidad de Unasur. Es un ejemplo perfecto de cómo los distintos países están encontrando espacios en el seno de Unasur para reunirse, compartir, aprender y mejorar sus políticas sociales y contribuir de manera solidaria a reducir la gran deuda social de la región suramericana.

María Emma Mejía

Secretaria General de UNASUR 2011/2012

Integración social: Las perspectivas desde la UNASUR
Discurso proferido en la inauguración del ISAGS en 25 de julio de 2011

Apoyo



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Ministério da
Saúde



ISBN 978-85-87743-20-6

