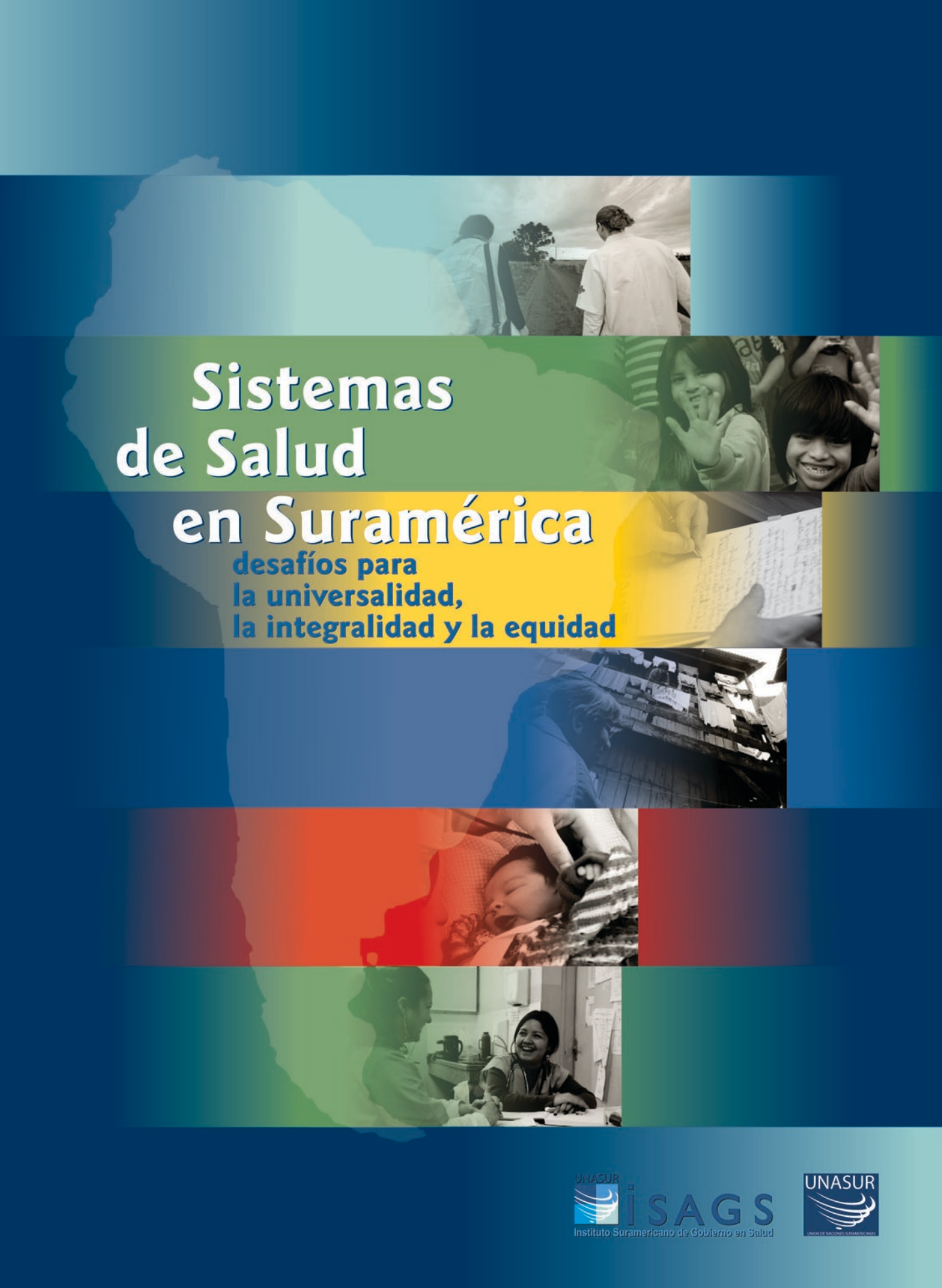




Sistemas de Salud en Suramérica

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 viviendo 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 sistema 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	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”. 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”. 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.
Chile	Constitución Nacional vigente: 1980 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”
Colombia	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.”
Ecuador	Constitución Nacional vigente: 2008 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.” 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.” Principios: equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional

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	Constitución Nacional vigente: 1980, Constitución de la República Cooperativa de Guyana 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” 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.
Paraguay	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 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. A partir de 2008 el proceso de reorientación del Sistema Nacional de Salud tiene como principios orientadores: universalidad, equidad, integralidad, interculturalidad y participación social.
Perú	Constitución Nacional vigente: 1993 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.
Suriname	Constitución Nacional vigente: 1987 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.
Uruguay	Constitución Nacional vigente: 1997 Artículo 44: “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 asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes. Competencia del Estado para la orientación de la política de salud. 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.
Venezuela	Constitución Nacional vigente: 1999 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...” 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.” 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.

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	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 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 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)
Bolivia	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. 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. 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.

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	República federativa, régimen presidencialista – Territorio dividido en 26 Estados + Distrito Federal y 5.564 municipios 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.
Chile	Estado Unitario, administración funcional y territorialmente descentralizada o desconcentrada – Territorio dividido en 15 regiones, 54 provincias, 345 municipalidades y 346 comunas 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
Colombia	“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. 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. 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).
Ecuador	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 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. 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.

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	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. 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.
Paraguay	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. 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).
Perú	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. 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.
Suriname	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. 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. 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.

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	Estado Unitario democrático, presidencialista – Territorio dividido en 19 departamentos organizados (Intendente municipal y alcaldes y Junta departamental). 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.
Venezuela	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. 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.

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	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). 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. 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

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

País	Protección social en salud – coberturas en salud
Bolivia	Están en funcionamiento seguros públicos y programas de protección social, entre ellos: El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), para menores de cinco años de edad y madres. El Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), para mayores de sesenta años El Programa Nacional del Bono Juana Azurduy, para reducir los índices de mortalidad materno-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. 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). 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.
Brasil	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. 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).
Chile	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. 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.
Colombia	Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en 2011: 96% de la población total. 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. Régimen Subsidiado: cubre el 48,4%, orientado a dar cobertura de la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago. Regímenes especiales: cubren 4,8%, incluyen sistemas de salud independientes de las fuerzas militares, los empleados del magisterio y la empresa colombiana de petróleo. 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. 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.

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

País	Protección social en salud – coberturas en salud
Ecuador	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% 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). 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. 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.
Guyana	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). 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. 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.
Paraguay	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). 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.
Perú	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. 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. 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. 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.
Suriname	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%.

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

País	Protección social en salud – coberturas en salud
Uruguay	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). 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. 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. 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. 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).
Venezuela	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. 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. 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. 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). 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.

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	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. Gasto privado en salud: entre el 35% y el 28% de gasto de bolsillo. 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. Gratuidad de los servicios públicos.
Bolivia	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. Gastos en salud 2008: subsector público 42%, subsector Seguridad Social 28%, subsector privado 30%. 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.
Brasil	Los gastos totales en salud como proporción del PIB en 2008 fueron de 8,4%. 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%). Esto corresponde a 56% de gastos privados y 44% gastos públicos en salud 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
Chile	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). 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). 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. Hay copagos de las atenciones médicas de ISAPREs y de FONASA.
Colombia	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). 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. Hay copagos.

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

País	Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes
Ecuador	El gasto total en salud es de 8,5% del PIB. El gasto público es de 4,5% del PIB, correspondiendo a 52% del gasto total en salud. El gasto privado representa el 48% del gasto total en salud 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. Gratuidad de los servicios públicos.
Guyana	Gasto público en salud (2007): 5,3% del PIB, lo que correspondería a 73% de gasto público. Gasto privado en salud (2010): 2,0% del PIB, lo que correspondería a 27% de gasto privado (OPS, 2011). 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.
Paraguay	Gasto total en salud: 7,4% del PIB (2009). Gasto público en salud: 3,4% del PIB, lo que corresponde a 46% del gasto público. Gasto privado en salud: 4,0% PIB, lo que corresponde a 54% de gasto privado. Gratuidad de los servicios públicos.
Perú	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%. 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. Cobro de los servicios públicos para los no asegurados.
Suriname	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. 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). Hay copagos en los servicios públicos
Uruguay	Gastos totales en salud: 7,5% del PIB (2008), correspondiendo a 63,8% de gastos públicos y al 36,2% gastos privados. 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 prepagas (52%), copagos (13%) y gastos de bolsillo directos (34%). 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.

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

País	Financiamiento: participación en el PIB, composición del gasto en salud y fuentes
Venezuela	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. 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%. 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. 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. 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.

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

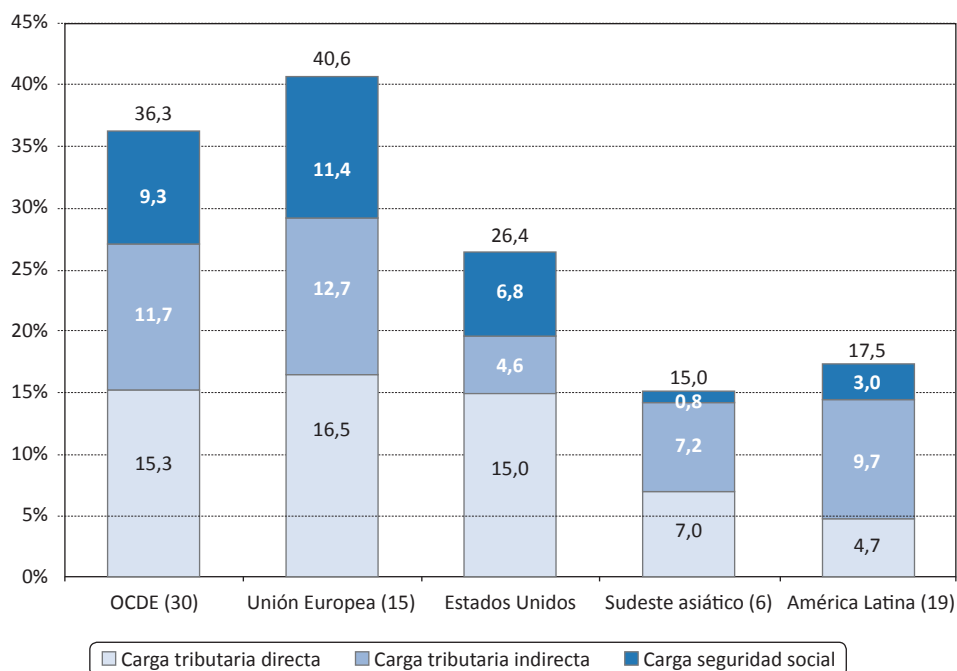
Fuente: OECD Health Data, 2011.

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 poblacionales 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 medioambientales (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.

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	Cómo se organiza políticamente el país: ¿Es federal? ¿Unitario? ¿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? ¿Cuáles son los elementos favorables y desfavorables en la administración general del Estado para la gobernanza en salud? ¿La descentralización mejora o complica la gobernanza?
Componentes del sistema de salud <i>Salud pública/colectiva</i> - Promoción - Prevención - Vigilancia en salud <i>Atención individual</i> - Promoción y prevención - Atención a la enfermedad, incluyendo, rehabilitación y cuidados paliativos	¿Cuál es la estructura del sistema de salud (subsectores)? ¿Cuáles son las instituciones que conforman el sistema de salud? ¿Cuáles son las instituciones responsables y cómo está organizada la salud pública/colectiva? ¿Cuáles son las políticas de promoción de la salud? ¿Cuáles son las instituciones responsables y cómo está organizada la atención individual?
Modelo de atención - Niveles de atención y papel de la atención primaria de la salud - Redes y criterios para su construcción - Gestión territorial, referencia y contrarreferencia	¿Están definidos niveles y redes de atención? ¿Sobre qué criterios se construyen: territoriales, funcionales, etc.? ¿Cuál es el papel de la atención primaria de la salud? ¿Cuál es la puerta de entrada al sistema? ¿Existe adscripción poblacional? ¿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?
Prestación de servicios - Atención de primer nivel - Atención especializada - Atención hospitalaria	¿Quién presta los servicios de primer nivel? (esfera gubernamental responsable/ prestadores públicos o privados /¿tipos de unidad de salud) ¿Quién presta los servicios de atención especializada? (esfera gubernamental responsable/ prestadores públicos o privados / tipos de unidad de salud) ¿Quién presta y regula la oferta de servicios y tecnología de mayor complejidad? (esfera gubernamental responsable/ prestadores públicos o privados) ¿Quién presta los servicios de atención hospitalaria? (esfera gubernamental responsable/ prestadores públicos o privados)
Participación del sector privado y otras formas de organización de la oferta (cooperativas, empresas públicas, tercerizaciones, etc.)	¿Cuál es la importancia y papel del sector privado en la prestación de servicios de salud? ¿Contiene el sistema de salud otras formas de organización de la oferta, tales como cooperativas, empresas públicas, tercerizaciones, etc.? ¿Cuáles son los criterios utilizados para incorporar estas formas de organización?
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	¿Existen iniciativas que buscan aproximar las necesidades en salud con la capacidad productiva local? ¿Aplica el país los principios del Acuerdo TRIPS en las políticas de insumos de salud? ¿Qué restricciones incorporan los acuerdos internacionales y los tratados de comercio en la disponibilidad y costo de tecnologías e insumos sanitarios?
Estrategias para el acceso a vacunas, medicamentos esenciales y de alto costo	¿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.)? ¿Existen políticas nacionales para garantizar el acceso a medicamentos esenciales y de alto costo? ¿Cómo se gestiona el precio de los insumos de salud?
Capacidades productivas nacionales: estatales y privadas - Dependencia externa, balanza comercial	¿Cuenta el país con capacidad para la producción nacional de medicamentos y vacunas? ¿Cuáles? ¿Qué importancia tiene la importación de medicamentos?
Evaluación, incorporación y uso racional de nuevas tecnologías	¿Cómo se decide la incorporación de nuevas tecnologías en salud?
Uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la gestión del sistema y en la atención a la salud (Telesalud)	¿Cuáles son las estrategias para uso de tecnologías de la información y comunicación en la gestión del sistema de salud? ¿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?
10. Investigación e Innovación en Salud	
Políticas nacionales de investigación en salud	¿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? ¿Qué actores desarrollan proyectos de investigación en salud?
Institutos nacionales de salud.	¿Existe un instituto nacional de salud? ¿Cuáles son sus áreas de actuación? ¿Cuáles son sus funciones? ¿Cuál es su papel en la investigación? ¿Cuál su relación con centros y redes de investigación en salud?
Brechas entre las investigaciones y las necesidades del sistema	¿Se identifican necesidades y brechas en investigación? ¿Hay acciones para resolverlas?
11. Cooperación	
Necesidades de apoyo técnico	Demandas de apoyo técnico frente a las debilidades identificadas
Posibilidades de oferta de cooperación y “experticias” potenciales	Posibilidades de oferta de apoyo técnico derivadas de sus fortalezas

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

