

Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social
TESIS

Análisis comparado de los elementos facilitadores y brechas en el camino al Acceso y Cobertura Universal de Salud en Cuatro países de Latinoamérica.

Alumno: Carlos Herrada

DNI: 14891788

Director de Tesis: Dr. Mario Glanc

Promoción :2009 -2010

Agosto 2015

Índice de contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1. PRESENTACIÓN.	4
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.3. CONTEXTO.	10
1.4. UTILIDAD.....	10
1.5. RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN.....	10
.....	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	11
2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE LA TESIS.....	11
2.2. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS.	12
2.2.1. OBJETIVOS GENERALES	12
2.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3.MARCO TEÓRICO	13
3.1 INTRODUCCIÓN	13
3.2 EL DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SALUD HASTA LOS TIEMPOS DE LA CUS.....	14
3.3 LOS RETOS DEL ACCESO, LA CUS Y EL FINANCIAMIENTO.	20
3.4 ALGUNAS CONSIDERACIONES DEL GASTO DE BOLSILLO.....	25
4.METODOLOGÍA.....	33
4.1.TIPO DE ESTUDIO.....	33
4.2.FUENTES DE DATOS/HERRAMIENTAS DE RECOLECCIÓN UTILIZADAS.	33
4.3.UNIVERSO, MUESTRA Y UNIDAD DE ANÁLISIS.....	33
4.4.DEFINICIÓN DE VARIABLES	33
4.4.1.VARIABLES RELACIONADAS CON EL EJE DE COBERTURA POBLACIONAL	34
4.4.2.VARIABLES RELACIONADAS CON LA COBERTURA DE SERVICIOS	35
4.4.3. VARIABLES RELACIONADAS CON EL EJE DE FINANCIAMIENTO	40
5.ANÁLISIS DE LA VARIABLES POR PAÍS	41
5.1 ARGENTINA.....	41
5.1.1 ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS DEL PAÍS.....	41
5.1.2 CONTEXTO ECONÓMICO	42
5.1.3 INFORMACIÓN SANITARIA RESUMIDA.....	42
5.1.4 RECURSOS ESTRUCTURALES	44
5.1.5 RECURSOS HUMANOS	44
5.1.6 RESUMEN DE INDICADORES DE COBERTURA POBLACIONAL.....	44
5.1.7 RESUMEN DE INDICADORES DE COBERTURA DE SERVICIOS.....	46
5.1.8 VARIABLES RELACIONADAS CON EL EJE DE FINANCIAMIENTO.....	49
5.2 BRASIL	53
5.2.1 ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS	53
5.2.2 CONTEXTO ECONÓMICO	53
5.2.3 INFORMACIÓN SANITARIA RESUMIDA.....	53
5.2.4 RECURSOS ESTRUCTURALES.....	58

5.2.5 FINANCIAMIENTO	60
5.2.6 RECURSOS HUMANOS.....	61
5.2.7 RESUMEN DE INDICADORES DE COBERTURA DE SERVICIOS.....	62
5.2.8 VARIABLES RELACIONADAS CON EL EJE DE FINANCIAMIENTO.....	65
5.3.1 ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS	66
5.3.2 CONTEXTO ECONÓMICO	66
5.3.3 INFORMACIÓN SANITARIA RESUMIDA.....	67
5.3.4 RECURSOS ESTRUCTURALES	68
5.3.5 RECURSOS HUMANOS.....	68
5.3.6 RECURSOS FINANCIEROS.....	69
5.3.7 RESUMEN DE INDICADORES DE COBERTURA DE SERVICIOS.....	69
5.4 PERU.....	81
5.4.1 ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS	81
5.4.2 CONTEXTO ECONÓMICO.....	82
5.4.3 INFORMACIÓN SANITARIA RESUMIDA.....	82
5.4.4 RECURSOS ESTRUCTURALES	83
5.4.5 RECURSOS HUMANOS.....	84
5.4.6 RESUMEN DE INDICADORES DE COBERTURA DE SERVICIOS.....	84
5.4.7 VARIABLES RELACIONADAS CON EL EJE DE FINANCIAMIENTO.....	85
6. DISCUSIÓN	87
7. CONCLUSIONES	120
8. REFLEXIONES FINALES Y RECOMENDACIONES.....	123
9. BIBLIOGRAFÍA.....	124
10. ANEXOS.....	140

1. Introducción.

1.1. Presentación.

En la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC) hay millones de personas que no pueden acceder a servicios de salud integrales, de calidad y en todo el ciclo de vida y este tema configura un dato de la desigualdad reinante, siendo muchos individuos empujados a la catástrofe financiera, al deber elegir entre su salud y sus posibilidades de acceso y cobertura efectiva en salud.

La Cobertura Universal de Salud (CUS) es vista entonces como un objetivo clave para el desarrollo sostenible y sustentable, pero trasciende la visión económica por ser relevante para los países de bajos y altos ingresos por igual. Además, la mejora de la salud es un objetivo en sí mismo y no sólo por su contribución al crecimiento y desarrollo económico.

La Organización Mundial de la Salud sostiene que no hay una receta única para el logro de la CUS, en todos los países, los recursos son finitos, lo que configura una preocupación, pero si no se logra efectividad y eficiencia en el cuidado de la salud en la población los costos sociales a la larga son mayores.

En 2005, la 58a Asamblea Mundial de la Salud señaló que *“Los estados miembros deben planificar estratégicamente sus caminos, lo que implica que el logro de la CUS debe ser visto más como un viaje continuo que como un destino”*. (Organización Mundial de la Salud, 2005 .WHA 58.33).

Aunque CUS no es un tema nuevo, el apoyo ha ido creciendo en los últimos años para alentar a los países a avanzar rápidamente hacia esta visión. En particular, en año 2012 la 67ª Asamblea General de las Naciones Unidas⁴, adoptó una resolución que pone mayor énfasis en la ampliación de la cobertura de salud. En esa resolución se consagró como el gran objetivo de trabajo hasta la cima de la agenda de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) como una consideración importante para la era post ODM 2015. El Banco Mundial también está haciendo hincapié en las actividades para apoyar y fortalecer las actividades de la CUS en su cartera de desarrollo, como parte de los esfuerzos para aliviar la pobreza absoluta para el año 2030.

En tanto en la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC), países como Brasil, Perú, Chile y Colombia han promulgado reformas importantes hacia el logro de CUS. Otros países como Argentina aún no tienen contemplada una agenda hacia el logro de la CUS. Pero en general las ampliaciones y expansiones de cobertura se han convertido en una de la herramientas claves para hacer frente a las necesidades de la población y los nuevos perfiles epidemiológicos que experimentan los países de la región. Aunque estos países

han definido caminos muy diferentes, las reformas han resultado ser hitos importantes, sin embargo dentro de la CUS tal vez el avance mas significativo se ha dado en las coberturas nominales, pero no en las efectivas y dentro de los ejes de servicios y financiamiento parecen estar los mayores escollos.

En el contexto de lo que se pudiera referir a las políticas sanitarias en las últimas décadas, los sistemas de salud nacionales de LAC iniciaron un proceso de cambio y de las reformas de los años noventa enfocadas en el gasto y el achicamiento del estado a esta parte, ha habido un nuevo enfoque y uno de los elementos que más alientan las reformas son: La ampliación de coberturas y el concepto de mayor equidad medidos en los resultados de salud intermedios, incluido el acceso a servicios de calidad y un financiamiento más adecuado a la realidad latinoamericana. En ese aspecto las respuestas de muchos gobiernos se han centrado en la expansión de los derechos, las garantías explícitas y el acceso equitativo, aunque aún faltan avances en la expansión y medición de la equidad, la gobernanza, el diseño de modelos de financiamiento y la rendición de cuentas considerándose a esto como las brechas mas evidentes.

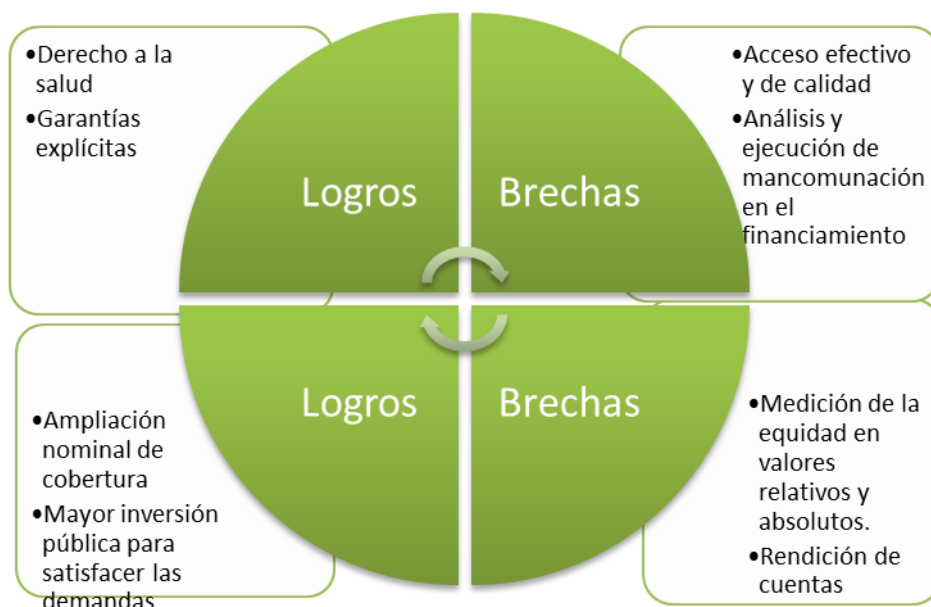


Figura 1 Logros y Brechas en los Sistemas de Salud. Elaboración propia

Y es que se entiende que una brecha es la diferencia entre un horizonte anhelado y la realidad, es el resquicio que aún no permite consolidar un hecho.

Sin embargo durante la última década la región de LAC ha experimentado un rápido cambio en su perfil demográfico y epidemiológico, a la vez que disfruta de un nivel sin precedentes de crecimiento económico continuado, la expansión y la consolidación de los derechos democráticos, y las oportunidades políticas para aplicar políticas sociales reformistas, y estas han sido el camino elegido. Por otro lado la gente está demostrando una confianza renovada en el ejercicio de sus derechos políticos y sociales. Esperanzas de vida más largas, mejor educación y familias más pequeñas han aumentado la demanda de servicios de salud, y los ciudadanos parecen estar más

dispuestos a financiar los sistemas de salud, pero siempre y cuando vean los resultados a corto y mediano plazo. Desde otro lugar estos cambios están teniendo un impacto notable en las agendas políticas de la región. En los últimos años, la creciente demanda de un nuevo conjunto de políticas sociales más inclusivas para ampliar el acceso a servicios de mejor calidad y protección financiera han dado forma a las agendas y las prioridades de los políticos de la región, como así también a los responsables de los diseños de las políticas públicas.

Sin embargo, a pesar de los vínculos y similitudes en los retos históricos y económicos comunes, los distintos países han encontrado diferentes formas de alinear los derechos políticos y democráticos. Aunque comparten una visión compartida hacia el avance de sociedades más democráticas, el fin de una era marcada por la dictadura y la agitación política y social, hacia una era de crecimiento es el horizonte anhelado, pero aun persisten asimetrías en sus poblaciones y este es un reto muy grande. Así mismo las mejoras macroeconómicas y la reducción de la pobreza que muchos países de la región han experimentado, han sido acompañadas de la aparición de una nueva clase media y la creciente demanda de políticas sociales más inclusivas han sido reclamadas en forma constante.

De esta manera un fuerte apoyo público a las políticas sociales inclusivas, dirigidas a reducir las desigualdades han tenido lugar en el contexto de la expansión y consolidación de la democracia y de un concepto de ciudadanía vinculante, no sólo a los procesos electorales, sino a otros derechos individuales y colectivos (Puyana, 2004). Por otro lado James Robinson et al (Robinson y Acemoglu, 2013), destacan "*El valor de las políticas inclusivas y de los programas de transferencias condicionadas como elementos más estables de las políticas, en contrapartida a lo que anteriormente eran acciones focalizadas como políticas de cada gobernante; y que como contraparte las políticas sociales han logrado considerarse y constituirse hoy, como políticas inclusivas y participativas, como dato relevante están varios Programas de Transferencias Condicionadas (PTC) en la región.*" Según la base de datos de programas de protección social no contributiva en LAC de la CEPAL (Cechini, Simone. Madariaga 2010) los PTC operan en la actualidad en 18 países de la región y benefician a más de 25 millones de familias (alrededor de 113 millones de personas), es decir, el 19% de la población de América Latina y el Caribe, a un costo que ronda el 0,4% del PIB regional.

La estructura básica de los programas de transferencias condicionadas consisten en la entrega de recursos monetarios y no monetarios a familias en situación de pobreza o pobreza extrema que tienen hijos menores de edad, con la condición de que estas cumplan con ciertos compromisos asociados al mejoramiento de sus condiciones de vida y el posibilitar el acceso a la educación y a servicios de salud. Los casos más notables están dados por los programas tales como *Bolsa Familia* en Brasil, *Progresar/Oportunidades* en México, *Chile Solidario* en Chile, *Familias en Acción* en Colombia, *Asignación Universal por Hijo* en Argentina o el *Bono de Desarrollo Humano* en Ecuador. Esto ha significado un vuelco paradigmático que se está dando al concepto de gasto en salud, pasando

de la teoría económica a la social, y hoy se habla más de inversión social que de gasto social.

Por otro lado en el pasado, los actores del desarrollo y los organismos multilaterales justificaban la inversión en la reforma de salud, principalmente apuntando a su lógica económica de control de gasto, sin embargo, otros argumentos a favor de las inversiones en salud ahora están saliendo a la palestra. La literatura sobre el desarrollo se ha expandido desde una perspectiva económica estrecha a las consideraciones generales de los derechos humanos y sociales, incluido el derecho a la salud. (Fukuyama F. 2004)

Para ya avanzado el milenio (Evans, Marten, y Etienne. 2012) en una serie de artículos en la revista The Lancet, argumentaron a favor del cambio al universalismo, pero a su vez recalcaron que el proceso iniciado en ALMA ATA se debe reforzar con sistemas de atención de salud de buena calidad, con acceso universal y con protección financiera a los fines de proteger a los individuos en el cuidado de la salud, estimular el crecimiento económico y reducir la pobreza por vías de la protección financiera.

Desde el campo económico social Amartya Sen ha ampliado la literatura del desarrollo que incluye los derechos humanos y su concepto de capacidades y cuidados de las poblaciones saludables como forma de reafirmar el desarrollo (Amartya Sen. 1988). La mirada de Amartya Sen ha jugado un papel transformador en la economía del bienestar, lo que lleva a un cambio de paradigma en los derechos sociales y el desarrollo (Atkinson.1999). Al mismo tiempo, el campo de los derechos humanos y la jurisprudencia constitucional ha cambiado drásticamente en las últimas décadas (Amartya Sen.1999).

En LAC, varios países, entre ellos Brasil, Colombia, Perú y Chile han incorporado los derechos sociales en los nuevos marcos constitucionales y legales. Esto no es una coincidencia ya que en varios países alrededor del mundo, los enfoques de derechos humanos juegan un papel clave en la expansión de los derechos democráticos y sociales y particularmente desde las últimas décadas del siglo pasado (Borda, 1998).

En tanto, las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones de base han incluido tradicionalmente un enfoque integral para el respeto a la dignidad humana, y en ese contexto el derecho a la salud tiene una importancia fundamental en la región desde el punto de vista de la opinión pública, de los grupos sociales y las partes interesadas. Más allá de la necesidad pragmática para inversiones tanto en infraestructura, tecnología y en capital humano para atender a necesidades desde una perspectiva ética y moral, la salud hoy se considera a decir de Friedman (Friedmann.M 2008 . *Como es " un requisito previo esencial para la autonomía y el desarrollo personal y una condición que toda sociedad debe asegurar al conjunto"*. Lo que ocurre particularmente en LAC es el rasgo de disparidad en donde existen enclaves industriales modernos junto con la pobreza extrema en las zonas urbanas y rurales, donde la esperanza de vida en las grandes áreas urbanas contrastan con la malnutrición grave en las comunidades indígenas. Cabe destacar que esta visión de un argumento social para el

derecho a la salud ha sido históricamente la base de los movimientos sociales y una promesa recurrente de la política y los políticos. Pero es claro que en los últimos años no queda mas argumento renuente, aun los argumentos económicos a favor equidad para un crecimiento económico sostenible, y también han tendido a apoyar la ampliación de los derechos a la salud y su correlativa inversión para pasar de ser nominativos a ser efectivos, y en ese marco la atención de la salud es un atributo esencial de una sociedad democrática moderna. Por lo tanto, en LAC, el argumento de la igualdad de oportunidades que justifica las políticas públicas para mejorar el crecimiento socio-económico está estrechamente vinculado a las demandas sociales y al acceso equitativo a la atención sanitaria. Así la literatura contiene al menos tres puntos de vista sobre la salud como un derecho humano: la moral, el desarrollo y la constitucional legal.

Sin embargo tal vez el argumento mas contundente esta contenido en la razón filosófica conocida como concepto de la "Justicia Distributiva" de Rawls (Caballero García. 2006), que establece que como elemento sustantivo del contrato social, el gobierno debe garantizar el acceso a servicios de salud de acuerdo a la necesidad, independientemente de la capacidad de pago y que constituye una perspectiva moral. En tanto desde la perspectiva del desarrollo, el derecho a la salud puede ser considerado como un compromiso de política pública para lograr una sociedad cada vez más inclusiva, sana y justa como parte de ese nuevo contrato social. Por último, hay varios acuerdos internacionales de derechos humanos que se ocupan específicamente del derecho a la salud.

Entonces, los desafíos principales se pueden resumir en: 1) La dificultad de definir los elementos básicos y límites para los fines de la política pública. 2) Los mecanismos para hacer cumplir el derecho a la salud, y 3) Los hitos medibles que confirmen el progreso hacia la meta continua de la CUS.

Una breve mirada a las declaraciones internacionales del derecho a la salud ilustran estas dificultades. Los documentos internacionales que se remontan a 1946 reconocen la salud y en consecuencia la atención de salud como un derecho humano. Muy pocos, sin embargo, se mueven más allá del plano aspiracional para imponer obligaciones concretas. La Constitución de la OMS identifica " *Al disfrute del más alto nivel posible de salud* " como un " *derecho fundamental de todo ser humano.* " La OMS ha trabajado esta idea en los últimos años, y la declaración ha sido moderada por la especificación de un derecho a la atención, de acuerdo con la capacidad del Estado y de la comunidad internacional para que lo proporcione. El nuevo debate sobre la Cobertura Universal de Salud pone de relieve la necesidad de nuevas definiciones de acuerdo sobre la forma de poner en práctica la cobertura en el marco de la política pública, y de la utilización del financiamiento.

Puntos de referencia para la evaluación de la equidad del sistema de salud incluirían universalidad del acceso, la amplitud de la cobertura, el financiamiento equitativo, relación calidad-precio, la eficacia, la eficiencia financiera, la responsabilidad pública, la comparabilidad, y el grado y tipo de elección dentro de los marcos legales y técnicos a los fines de hacer efectivo dicho derecho.

Por consiguiente si se dice que para un derecho nominado se necesita una ejecución efectiva, el camino para ejecutar el derecho a la salud parece ser que está íntimamente relacionado con el concepto de CUS.



Figura 2. Derecho Nominado a Derecho Efectivo. Elaboración Propia

1.2. Descripción del Problema.

Según recientes análisis internacionales los países han utilizado distintos abordajes y organización de sus sistemas de salud para responder al reto de la CUS.

De la mirada de estas experiencias y de la evidencia de los datos disponibles surgen datos identificadores de los logros y las brechas.

Identificando al concepto de la CUS como un modelo basado en tres ejes fundamentales, es posible una comparación útil para el análisis de las políticas públicas, allí están puestas las experiencias y los aprendizajes que de ellas se pueden inferir.

El presente trabajo analiza la cobertura nominal y efectiva en la muestra de países seleccionados, el acceso a los servicios, la calidad de los mismos y la orientación que han tenido en las distintas etapas del ciclo de vida, los modelos de financiamiento de los países y el gasto de bolsillo como elementos de seguridad financiera hacia los ciudadanos.

De las variables analizadas surgen las brechas que permiten delinear las dificultades fundamentales en el camino del logro de la CUS.

Este análisis específico se posiciona en las implicancias de esta problemática en los sistemas de salud. El trabajo así identifica mas específicamente los componentes para lograr mayor equidad y mejor acceso en la cobertura, y hace hincapié en los modelos de salud integrales, también analiza el eje financiero desde las dinámicas del sistema y las repercusiones en los individuos.

1.3. Contexto.

Este análisis se realizó en el marco de una Pasantía de cuatro meses por OPS en Washington en el año 2014 y de la recolección de datos en los países seleccionados. En este contexto y en el marco de dicha pasantía se pudo participar de la construcción de la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de la Salud que finalmente fuera aprobada en la 53a Reunión del Consejo Directivo de la OPS desarrollada en el marco de la 66a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas entre los días 29 de Septiembre al 3 de Octubre del 2014.

1.4. Utilidad.

La finalidad del presente trabajo es la de efectuar un análisis comparado bajo la mirada de la CUS, y entre los datos mas apreciables se realizó un tamizado parcial frente a las brechas y se intenta identificar aquellas más relevantes sin que ello signifique que se valoren todas.

El interés particular del trabajo pretende reflexionar sobre los posibles caminos orientadores a fin contribuir a un análisis de la trayectoria de los países, las lecciones aprendidas y los rumbos posibles. Como también constituir una línea de investigación continua.

1.5. Relevancia y Justificación.

El análisis permite conocer desde un enfoque global cómo los países miran a sus poblaciones y que identifican como prioridades, pero también desnuda la realidad regional en vistas de una mirada de diagnóstico crítico.

A su vez la búsqueda conlleva a nuevos interrogantes que se desprenden de los datos analizados, constituyendo un estudio descriptivo por nominación y por inferencia. Finalmente quedan planteadas las posibles rutas que se visualizan como poderosos caminos.

El cómo estas vías están siendo desarrolladas en los sistemas de salud a nivel regional y cuales pueden ser provechosas para enfrentar el desafío de la CUS.

2. Planteamiento del Problema.

2.1. Formulación del Problema de la Tesis.

En el camino a la concreción de la CUS se describen indicadores y se identifican datos en relación a coberturas, beneficios otorgados, prestaciones asequibles y modalidades de acceso, también están presentes los modelos de prestaciones establecidos como así en la distribución de efectores, garantías de prestaciones y la identificación de modalidades en el acceso y el financiamiento, pero un capítulo interesante está referido a la identificación e inferencia de las brechas hacia el logro la CUS e implican un diagnóstico de situación de los sistemas frente al desafío de la CUS, tema que este trabajo ha intentado abordar.

Se sabe que uno de los conflictos mas evidentes en el planteo del universalismo sanitario es el referido a la conceptualización del mismo dentro del origen y el modo organizacional de los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe , y que con excepción de contados sistemas como por ejemplo Costa Rica, Cuba y más cercanamente Uruguay en donde los mismos son homogéneos, lo que se observa en general es que los sistemas cuentan con mecanismos de aseguramiento distintos y dispares, y en conclusión esto se traduce en acceso dispar frente al mismo derecho a la salud.

De hecho en casi todos los países existen distintos grados de fragmentación y segmentación, distintos tipos y grados de aseguramiento y distintas fuentes de financiamiento.

Estas dispares coberturas se traducen en distintas ofertas de servicios hacia las poblaciones y los modos en los que los sistemas han llevado a cabo su organización, lo que constituye un rico panorama de análisis.

En general el origen de los sistemas de aseguramiento en tanto tienen mas cercanía a los modelos de tipo Bismarkiano y establecen sus financiamientos fuertemente en la contribución del salario. Sin embargo, LAC es un continente de características particulares en lo referente a la fuerza laboral, en primer lugar no fueron sociedades fuertemente industrializadas y el modelo Bismarkiano responde a la premisa de sociedades industriales o de industrialización masiva, en segundo lugar la expansión de la masa de contribuyentes a los sistemas formales tradicionales esta en retroceso, por un lado porque el modo de trabajo en el posmodernismo es distinto y obedece a otros modelos contractuales y porque aun muchos países latinoamericanos presentan economías agrícolas o economías de producción de riqueza de commodities que si bien generan riqueza en los países, también generan renta concentrada.

Frente a este panorama surge entonces el primer interrogante ¿Existe hoy algún modelo alternativo para construir políticas sanitarias en relación a la conceptualización de la CUS en LAC y que ofrezca cambios significativos a los modelos de financiamiento y en los sistemas de salud?

En Segundo lugar ¿Son las bases normativas, programáticas y políticas actuales las que permitirían la concreción de los objetivos hacia el acceso y cobertura universal de salud o se debiera pensar en reformas mas profundas ?.

Esta propuesta se apoya en un diagnóstico de los aciertos y fracasos que la región y que ha evidenciado en materia de construcción de sistemas de salud, las brechas analizan cuanto pueden ser efectivos, eficientes, equitativos y sostenibles e intentan dilucidar la problemática a la cual se enfrentan los países frente al objetivo de la Cobertura Universal de Salud.

Visto así el universalismo que busca promover un conjunto de servicios de cobertura universal que cumplan con estándares de calidad para todos, y que lo que se propone es mayor igualdad y equidad, con servicios y prestaciones que incluyen a todos y que garanticen las prestaciones esenciales en el marco de derecho a la salud es que se generan automáticamente interrogantes : de que ?, como ?, y hasta donde ?, se puede llegar. Así los desafíos de universalidad, oportunidad, garantía de calidad y sustentabilidad financiera parecieran ser los capítulos pendientes en casi toda la región.

Dicho esto, el problema específico al cual este trabajo intenta aportar respuestas puede enunciarse mediante el siguiente interrogante :

¿Cuáles son las brechas a las que los sistemas de salud de la región se enfrentan frente al objetivo del Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de salud?

2.2. Objetivos: General y Específicos.

2.2.1. Objetivos generales

Identificar las brechas en los sistemas de salud en Argentina, Brasil, Perú y Chile y que configuran elementos problemáticos a fin de alcanzar los objetivos de Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud y estimar los elementos constitutivos y fundacionales dentro de los sistemas que pudieran contribuir al logro del objetivo de la CUS.

2.2.2. Objetivos específicos

- a.** Describir las características de los sistemas de salud de los países muestra seleccionados.
- b.** Identificar, mediante la metodología de análisis comparado cuales sistemas se hallarían en mejor condición para lograr el objetivo de Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud.

c. Analizar comparativamente mediante un grupo de indicadores en los 3 ejes del concepto de CUS.

d. Definir una matriz de análisis básica para posteriores estudios comparados.

3.Marco Teórico

"La cobertura universal es el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer"

Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS ,Mayo de 2012

3.1 Introducción

La Cobertura Universal de Salud (CUS) es un concepto en evolución que abarca dimensiones sociales políticas y éticas. Este concepto guarda estrecha relación con la idea de salud como un derecho humano fundamental (WHO 2010). En otras palabras, el concepto de cobertura universal representa el mismo objetivo mundial y unificador que se describe en los principios de la Declaración de Alma-Ata y en el concepto renovado de la APS para las Américas, y que sigue constituyendo el modelo estratégico más efectivo al alcance de los sistemas de salud.

Entendida la CUS como un objetivo amplio y comprehensivo para orientar la transformación de los sistemas de salud, la misma persigue varios objetivos específicos y básicos de la política sanitaria: mayor equidad en el acceso a los servicios y en su utilización, calidad equivalente de los servicios prestados, protección económica para las personas que buscan atención y acción sobre las condiciones en las que personas y comunidades viven y se desenvuelven.

Su enfoque es integral, abarcando los servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y paliativos y requiere de sistemas de salud robustos apoyados por personal sanitario motivado, con una combinación adecuada de aptitudes y distribuido de manera adecuada, que presten servicios de buena calidad basados en las necesidades. Estos servicios incluyen modalidades de acceso a prestaciones y medicamentos seguros de buena calidad y otras tecnologías que estén al alcance de la población. La cobertura universal también requiere del aporte y el compromiso de todos los programas que aborden las preocupaciones de salud prioritarias de un país y, dada la importancia de los determinantes sociales de la salud adquieren, por lo que se requiere de una profunda y constante reflexión y participación multisectorial.

3.2 El desarrollo de los sistemas de Salud hasta los tiempos de la CUS

Lo que hoy definimos como Sistemas de Salud configuran un constructo no exento de relaciones muy dinámicas referidas a uno de los intereses mas universales, lograr la mejor calidad de vida de los pueblos. En esta historia y particularmente para toda LAC hay hitos que pueden reunirse en marcos comunes, la mayoría de los países hoy cuentan con una historia de 2 siglos, y algunos hitos han sido compartidos en esta historia. Así los orígenes de los sistemas de salud comparten casi similares características y en ese camino en el que transitamos, pasamos de la caridad al derecho, y de la exclusividad a la universalización.

Durante el siglo XIX, la mayoría de los servicios de salud en varios países de la región fueron proporcionados por un lado por organizaciones de caridad, dependientes en muchos casos de las iglesias, por otro lado los médicos e instituciones privadas brindaban sólo atención a los grupos de mayores ingresos. El financiamiento de estos servicios (en su mayoría hospitales con pacientes hospitalizados y ambulatorios) fueron organizados por las entidades religiosas a nivel nacional, y también por otras organizaciones de la sociedad civil y de la caridad en los ámbitos comunales o municipales. En la primera mitad del siglo pasado, la mayoría de los países de la región establecían los Ministerios de Salud (Minsa), o sus equivalentes, con el mandato de establecer normas nacionales, normas de higiene pública y de modos de proporcionar servicios de salud. En algunos casos, las instalaciones gestionadas por la sociedad civil pasaron al estado o estaban subvencionadas en gran medida por el mismo. El mandato de los proveedores financiados por el gobierno central en el marco de los Ministerios de Salud fue proporcionar las intervenciones de salud pública y servicios de salud a toda la población. El progreso más notable se produjo entonces mediante la mejora de los resultados de salud a través de las inversiones en la salud pública.

Por otro lado la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y su predecesora, la Secretaría de Salud de las Américas, jugaron un papel clave en el control de vectores y en la difusión de los conocimientos y la tecnología para el control de las enfermedades transmisibles. En la segunda mitad del siglo pasado las intervenciones de salud pública llegaron a incluir la vacunación, la ampliación del acceso al agua potable y el saneamiento. Después de la Declaración de Alma Ata, en la que varios países de América Latina participaron activamente, muchos de ellos se centraron en programas para ampliar la estrategia de Atención Primaria de Salud en las zonas rurales y remotas o escasamente pobladas. La capacitación de personal paramédico para servir en las zonas rurales fue un enfoque frecuente para ampliar el acceso a los servicios básicos en esas zonas.

Sin embargo, como el alcance y la sofisticación de los servicios de salud crecieron, las desigualdades existentes también crecieron. Los recursos humanos se mantuvieron altamente concentrados en los centros urbanos más grandes, a pesar de la

existencia de programas que promovieron que los recién graduados prestaran servicios en las zonas rurales durante uno o dos años la retención y la distribución territorial no logro establecerse y muchos países hoy sufren esa desigualdad. Más importante aún, la creciente incidencia de la inclusión de la tecnología médica y medicamentos mejoró en el alcance de la equidad en el acceso, pero a costas de servicios de calidad, incluso en el nivel de atención primaria. En la segunda mitad del siglo 20 a medida que la urbanización se expandió y las filas de los pobres urbanos fue aumentado, las desigualdades en el acceso a servicios de calidad se amplió, incluso en las capitales y otras grandes ciudades de América Latina.

Las Instituciones de Seguridad Social se fundaron en la primera mitad del siglo pasado, con la difusión del modelo de seguro de salud obligatorio de Alemania. Estas instituciones normalmente cubrieron a los empleados del sector público, pero se expandió rápidamente para incluir a los trabajadores en otros sectores formales de la economía. Sin embargo el camino de la expansión de la titularidad en la seguridad social varía mucho en toda la región. Varios países que se sometieron a la primera industrialización, tales como Argentina, Brasil, Chile y México, lograron una expansión mas constante de la inclusión de los trabajadores y sus dependientes. En otros países, la cobertura se mantuvo estancada o se expande lentamente por ejemplo, Guatemala, Panamá, El Salvador, Perú, Bolivia (OMS Informe Mundial 2010). En otros países, la cobertura de la seguridad social también se mantuvo estancada, pero con la duplicación de los servicios nacionales en los centros urbanos (por ejemplo, Colombia , Ecuador , Perú). En la década de 1990, varios países exploraron, y algunos lanzaron importantes reformas para ampliar la cobertura de salud universal. Pero muchos se centraron solo en reformas regresivas del derecho aduciendo políticas de ajuste.

Por otro lado la literatura sobre la implementación de la atención universal de la salud puede ser descripta como un continuo que se extiende desde la investigación a los sistemas de salud al análisis de las políticas públicas.

En referencia a ello un resumen de los elementos conceptuales, derivados de las investigaciones de Berman y Bitrán (2011) y de Hsiao y Siadat (2010) pudieran decir que los desarrollos conceptuales de la universalización se centran en tres planteamientos: el descriptivo, el analítico y el explicativo o predictivo.

Un enfoque descriptivo supone examinar el funcionamiento de la prestación de servicios de salud, así como las funciones y acciones de los actores clave involucrados. Este tipo de investigaciones no pretenden explicar cómo estos actores se involucran en los procesos de generación de mejor salud para la población, por lo que sirven de elementos referenciales, pero no explican la eficacia relativa de un sistema en comparación con otro.

Los enfoques analíticos, a diferencia de los enfoques descriptivos, tampoco examinan el cómo las diferentes partes del sistema de salud operan en relación con los resultados producidos. Si bien están basados en los resultados, este tipo de análisis se pueden considerarse similares al los anteriores en relación a la evaluación de la

eficacia y solo puede describir las diferencias. Otros enfoques analíticos se basan en técnicas estadísticas o econométricas para establecer una correlación entre los servicios del sistema de salud y los resultados.

Finalmente el enfoque explicativo, trata de evaluar las preguntas más difíciles: qué, por qué, y cómo. ¿Qué factores específicos influyen en las funciones que se realizan en un sistema de salud? ¿Por qué algunos sistemas de salud funcionan mejor que otros? ¿Cómo puede la política sanitaria hacer para que un sistema nacional de salud funcione mejor?.

En los últimos años, las organizaciones multilaterales, como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo, el Banco Mundial, la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tienen publicados numerosos marcos conceptuales y analíticos para describir y evaluar los sistemas de salud.

La OMS en su informe de 2000 analiza los sistemas de salud bajo la óptica de mejoría del rendimiento, y examinó los sistemas de salud de todo el mundo. Tal vez de estas líneas, el que mejor describe el proceso es el marco de evaluación fue el construido por Christopher Murray y Julio Frenk (2000) que definen las funciones que todos los sistemas de salud realizan, independientemente de la arquitectura.

Por otro lado Londoño y Frenk (1997) ; Kutzin (2000), Kutzin (2001) ; WHO (2000); Baeza et al. (2001) realizan estudios mediante la identificación de las funciones del sistema de salud básico y su vinculación a los objetivos, este marco ha hecho posible la evaluación comparativa de los sistemas de salud a través de criterios predefinidos y es de allí de donde deviene su trascendencia, así el vínculo entre las reformas y la protección financiera resulta en uno de los objetivos más importantes al igual que en la conceptualización de la CUS. Aquí y bajo estos modelos aparece el financiamiento como la función más relevante a las reformas basadas en CUS, ya que cualquier camino recorrido debe abordar en algún momento el cómo asignar mejor los recursos para ampliar el acceso y la cobertura.

Para aclarar este punto, se pudiera decir que en el financiamiento hay 3 desafíos importantes: 1) Como generar ingresos suficientes y sostenibles. 2) Como se puede garantizar que los servicios sean eficientes, equitativos y de calidad equivalente. 3) Como mancomunar los esfuerzos y poner en común los fondos para asegurar que los costos de acceso al sistema de salud sean compartidos, para que en el punto de entrega de los servicios nadie se vea impedido.

Es evidente que de la forma en que se encuentre respuesta a estos desafíos marcará el camino hacia la CUS y pudiera definir forma en que cada sistema se adecuará. (Kutzin 2001, Carrin 2005) .

Definir esa ruta entonces es responder a tres preguntas centrales: ¿A quiénes?, ¿Qué deberían cubrir y que servicios?, ¿Cómo se financiará el servicio?.

Las respuestas a estas preguntas es lo que se conoce como “Cubo de Evans”.

Este marco conceptual proporciona una rúbrica para la comprensión de cómo las políticas de salud van navegando los riesgos y beneficios de la elección de la ruta específica y describe y valora cada una de las perspectivas: Cobertura, Servicios y Financiamiento.

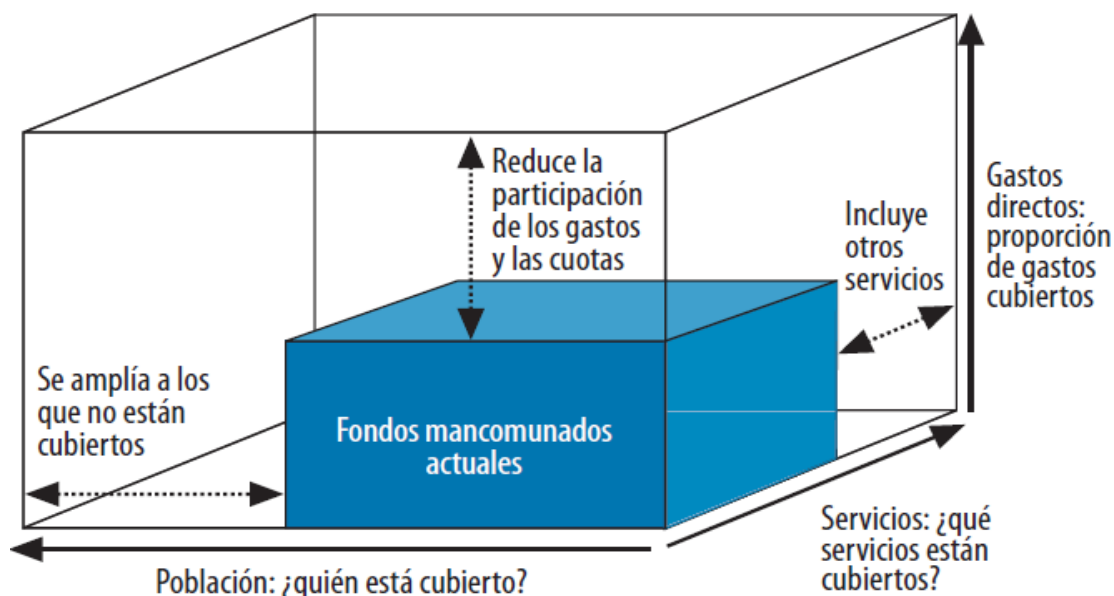


Figura 3 Cubo de Evans. Fuente David Evans (OMS 2010)

El cubo de Evans (Figura 3) es un paralelepípedo que ilustra la cobertura en las tres dimensiones de la CUS : 1) La amplitud de la población titulada, 2) Los servicios que se cubren, y 3) El grado de cobertura financiera.

El cuadro de la cobertura es una innovación reciente de la OMS (OMS. 2010), que trata de describir cómo los países han ampliado la cobertura. La construcción ganó amplia notoriedad como el rasgo temático del informe de la OMS de 2010, con el título de “Financiación de los Sistemas de Salud, Camino hacia la Cobertura Universal”.

Un análisis útil para comprender el financiamiento fue dado a partir de los trabajos de (Frenk. 1997); (Londoño y Frenk 1997); (Kutzin. 2001, Kutzin 2010) ; (WHO 2000); (Baeza et al 2001). Sin embargo encontrar el equilibrio adecuado de la narrativa contextual y la realidad expone la necesidad con la se pueden analizar consideraciones socio-económicas, el entorno fiscal y la infraestructura disponible.

Lo cierto es, que categorizaciones tradicionales de los sistemas de salud, tales como los sistemas nacionales de salud basados en los impuestos nacionales de salud o modelos Beveridge o los sistemas de seguro social de salud modelos Bismarck tienen utilidad poco descriptiva en la realidad latinoamericana actual, debido a la gran

cantidad de arreglos para el financiamiento, la puesta en común, la compra y la entrega de los servicios de salud, ya que los mismos presentan un panorama diverso, complejo y no pocas veces intrincado.

Estos acuerdos a menudo varían en todo el modelo latinoamericano con diferencias porcentuales importantes, ejemplo de ello es el típico modelo tripartito (servicios provistos por el Estado, Sistemas de Seguridad Social y Privados) que encierran marcadas inequidades entre los servicios otorgados por el sistema público, la seguridad social y los privados (CEPAL, 2006). Sin embargo cada subsistema tiene un papel importante en el avance del país hacia la CUS, el desafío aquí será equilibrar la entrega de servicios de calidad equivalente. Visto así en aquellos países en donde el sistema público está más sólidamente consolidado como en el caso de Costa Rica, el camino a la CUS parece mas cercano, no así en aquellos en que el sistema privado es extendido y genera un costo mayor, y particularmente focalizado en la venta de servicios, como en EEUU. (Wagstaff 2008).

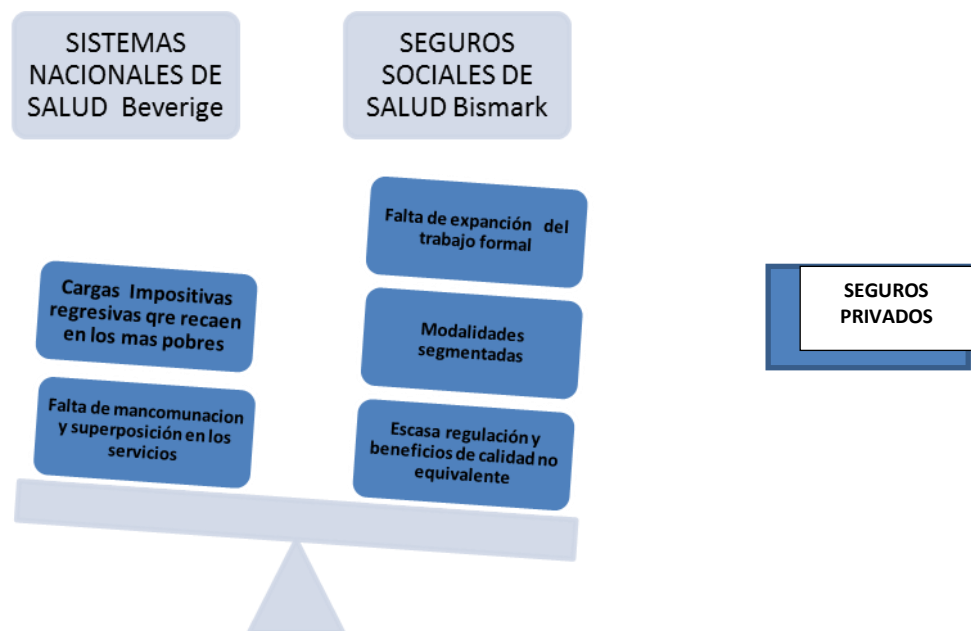


Figura 4 . Equilibrio de los subsistemas, Elaboración propia

El subsistema de la seguridad social en tanto puede proporcionar una forma eficaz de ampliar la cobertura, dado que se basa en los fondos de prepago para distribuir el riesgo en toda la población cubierta y puede ofrecer protección financiera. Sin embargo la lógica de aportes y contribuciones frente a la brecha de trabajo formal y no formal parece ser el abismo de este sistema.

Por último, el subsistema privado se ajusta y sugiere una función importante al ofrecer variedad a la población, ya sea complementando los subsistemas públicos y de seguridad social o de actuar en competencia directa, para impulsar la eficiencia y mejoras de calidad, aunque el costo parece ser el principal obstáculo.

Sin duda lo más difícil de cambiar en algunos países será la recaudación de ingresos y el modo en que los países generan ingresos para el sistema de salud. Lo que se observa son esquemas que pueden variar desde la recaudación de impuestos directos o indirectos o los fondos de los sistemas contributivos y de prepago. Así la mayoría de los países dependen de fuentes mixtas o híbridas de financiación (OMS, 2010). Uno de los elementos necesarios para la expansión de la CUS respecto al modo de obtención de financiamiento serían las recaudaciones progresivas que por lo general incluyen contribuciones obligatorias de los beneficiarios basadas en la capacidad de pago, junto con los aumentos en los ingresos generales del gobierno y subsidios para aquellos que están fuera del sistema. (Fuchs, 1996).

Un detalle importante para evaluar la función de la recaudación de ingresos para un país, es la comprensión de la suficiencia o la sostenibilidad de los fondos disponibles para financiar los programas como gastos corrientes. La mancomunación de fondos y de riesgos implica luego una puesta en común en la recaudación y gestión de los recursos recaudados para ayudar a proteger el riesgo financiero individual o de tener que pagar por el cuidado de la salud. De allí que a este esquema se lo ha denominado mancomunación y su objetivo no es hacer un sistema sobre otro sistema, sino uno que tenga claro que el objetivo es diluir riesgos y que es, que la gente no incurra en gastos en la puerta de entrega de los servicios.

Por otro lado el gasto de bolsillo es muy alto en muchos países de LAC y pueden constituir una barrera importante para el acceso a servicios de atención de la salud, pueden contribuir a dificultades financieras configurando gastos catastróficos, cuando no empobrecedores (Informe sobre la salud en el mundo, Organización Mundial de la Salud, 2010). Cuanto mayores sean los fondos comunes, el riesgo financiero más se diluye

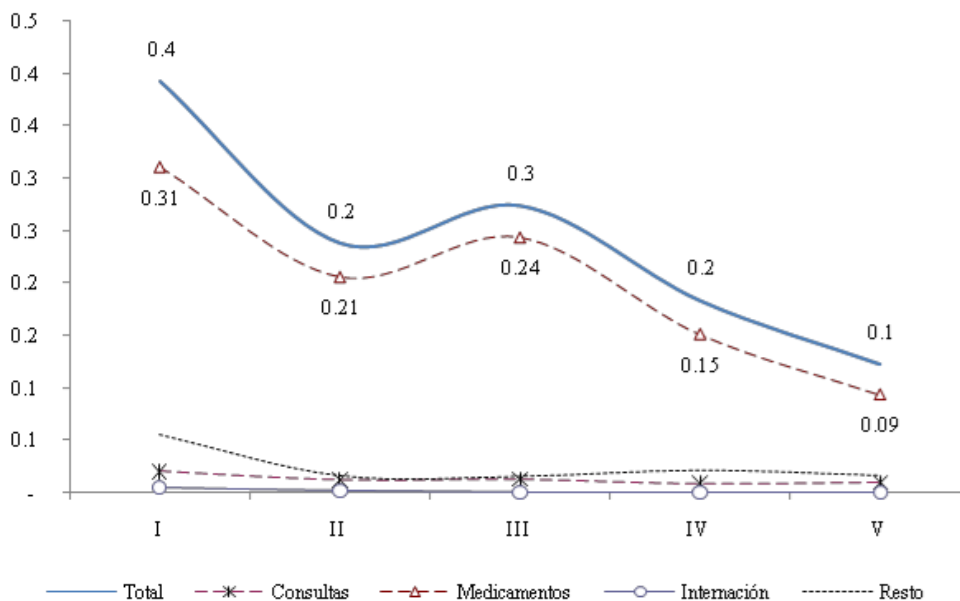


Grafico 1. Gasto de Bolsillo por quintiles y por origen del gasto para una población de adultos

Independientemente de lo bien que los países sean capaces de elevar la mancomunación de fondos y estratégicamente la compra de servicios de salud para su población, todavía hay que tomar decisiones con respecto al quién, qué, y el cómo se ejecuta esta ampliación a los derechos. Así es que debido a las limitaciones de recursos, las autoridades de salud siempre tendrán que hacer concesiones a lo largo de las dimensiones del cubo. Ya que el objetivo es aumentar el volumen cúbico en el tiempo.

Es importante recordar que las dimensiones del cubo involucran los siguientes conceptos:

Amplitud: Se refiere a la ampliación de la cobertura a segmentos sin seguro o con seguro insuficiente de la población. En la práctica, las expansiones de elegibilidad suelen ser un proceso gradual, cubriendo ciertos segmentos prioritarios de la población, una reforma a la vez, sería mas viable, pero siempre sin perder la universalidad y el ciclo de vida como horizonte final.

Calidad de los servicios: Uno de los desafíos mas contundentes sin embargo parecen estar dados en el ámbito de aplicación, o sea, el análisis de que servicios se cubren efectivamente y de cómo describen el alcance del o los conjuntos de servicios y prestaciones que estarán a disposición de la población derechohabiente. Por lo general, un proceso formal se instituye para las necesidades de salud, teniendo en cuenta la demanda y las expectativas, y de los recursos que la sociedad está dispuesta y es capaz de asignar a la salud.

Prepagos y Copagos: La perspectiva financiera mas importante se refiere a reducir la dependencia de los copagos y gastos de bolsillo en el punto de entrega de servicios (Organización Mundial de la Salud, 2010). La proporción de los costos cubiertos demuestra cómo las personas están protegidas de las crisis de salud o como dejan expuestos a los individuos y las familias que no pueden pagar por los servicios y librados a la ruina financiera. La condición de ampliar los prepagos a lo largo de la vida y eliminar los copagos como limitantes del acceso a los servicios es sin duda el objetivo económico mas importante.

La pregunta que se hacen los decisores sin embargo es : ¿Pero que es lo que constituye una protección financiera adecuada?. La OMS ha definido la protección financiera como la distribución de los riesgos financieros de acuerdo con la capacidad de pago y no de riesgo de la enfermedad. Sin embargo, la medición de este constructo para la comparación internacional sigue siendo una ciencia inexacta.

3.3 Los retos del Acceso, la CUS y el financiamiento.

Desde hace ya tiempo se dice que la región de LAC es el continente mas inequitativo existiendo extremas realidades respecto al acceso y cobertura de salud, si bien no es la región mas pobre del globo, sí es la que mas diferencia presenta entre el 1 y

5 quintil de ingreso de población. En la región hay millones de personas que no pueden acceder a servicios de salud integrales para lograr una vida saludable y carecen de servicios de prevención y/o curativos e incluso cuidados paliativos en la fase terminal de una enfermedad. A lo largo de varias décadas los países de la Región han utilizado distintos abordajes y formas de organización de sus sistemas de salud, algunos han acercado bastante a los nuevos conceptos, otros en cambio, aun son renuentes a la universalización de los sistemas. Estas diferencias están influenciadas fuertemente por los distintos contextos nacionales, históricos, económicos, políticos y sociales.

Visto así un primer paso dentro de las estrategias para avanzar hacia la CUS parece establecerse sobre la necesidad de facilitar el acceso.

Pero como se define al acceso ?.

Se define como acceso a la ausencia de barreras de tipo geográfico, económicas, socioculturales, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional y de manera equitativa.

Entonces, para alcanzar la cobertura de salud primero hay que facilitar a la gente el uso y toma de servicios y favorecer la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud y financiamiento.

La Cobertura Universal de Salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población. La cobertura universal no es suficiente por sí sola para asegurar la salud, el bienestar y, la equidad en salud, pero sienta los fundamentos necesarios.

Esquema de Barreras de Acceso y CUS!



Figura 5. Barreras de Acceso, Elaboración Propia

El Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios y no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. En efecto la cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar.

Esto requiere de políticas, planes y programas de salud que sean equitativos y eficientes, y que respeten las necesidades diferenciadas de la población. La equidad en salud se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a servicios de salud integrales, oportunos, y de calidad, en la contribución financiera, y en el acceso a entornos saludables. El género, la etnia, la edad y la condición económica y social, son determinantes sociales específicos que impactan de forma positiva o negativa a la inequidad en salud. Las políticas sociales y económicas contribuyen a que haya diferencias en cuanto a las oportunidades y pueden afectar la capacidad tanto de hombres como de mujeres para otorgar prioridad a la salud.

El hecho de que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud mediante el acceso a un sistema de salud adecuado,

constituye un derecho humano hoy reconocido por el estado en la mayor parte de los países de la región.

Por otro lado la protección social en salud a diferencia del asistencialismo, se inscribe en el marco de los derechos ciudadanos. El derecho a la salud, como el derecho al trabajo o a la educación, se cuenta entre los llamados derechos de segunda generación, o derechos sociales. Estos derechos establecen las garantías necesarias para hacer efectiva y significativa la libertad y la igualdad. A su vez, estas garantías tienen como objetivo principal la corrección de inequidades y carencias en el seno de una sociedad. También se les reconoce, a los derechos de segunda generación, la capacidad de ser un motor para el desarrollo social y de los países. Desde el punto de vista de la justicia distributiva (Rawls. 1971). Los derechos sociales, constituyen, ante todo, un deber del estado en cuanto a entregar ciertas prestaciones relacionadas con necesidades esenciales de las personas, las familias y la comunidad, y aún si, para lograrlo, el estado debe subvencionar las acciones necesarias. Respecto de estos derechos, el estado tiene el rol indelegable de intervenir activamente prestando su apoyo material y político para lograr que todas las personas disfruten de ellos.

En cuanto al financiamiento para avanzar hacia la CUS, es importante señalar que para poder ofrecer servicios y atenciones integradas, de calidad y centradas en las personas y a las poblaciones cubiertas se necesitan recursos humanos, medicamentos, tecnologías médicas e infraestructuras adaptadas, distribuidas adecuadamente y en cantidad suficiente. Para esto el financiamiento debe reflejarse en una prioridad fiscal consecuente con el derecho a la salud. En la región de LAC el nivel de gasto y en particular el gasto público, se encuentra lejos de la realidad de países que han logrado avances más importantes hacia la CUS. Efectivamente, el gasto público en salud en LAC se sitúa en 4,8 respecto del PIB mientras que en los países de la OCDE es de alrededor de 10%.

Por otro lado, para avanzar hacia mejores niveles de financiamiento es posible utilizar distintas fuentes, en este punto las contribuciones laborales no deberían ser el mecanismo exclusivo para proteger al conjunto de la población. Cuando se constatan altos niveles de informalidad laboral, como sucede en muchos países de la región, los sistemas de protección social que se financian exclusivamente, o principalmente por formatos contributivos tienden no solo a reproducir la desigualdad sino a agudizarla.

Es preciso pensar en la solidaridad para la protección social en salud, de manera integral, dentro y fuera del mundo del trabajo complementando sistemas que combinen, de manera solidaria, mecanismos contributivos y no contributivos, promoviendo la generación de empleos aceptables y extendiendo la base contributiva tanto en el número de aportantes a la seguridad social como en el monto de las remuneraciones. La respuesta específica de cada país será diferente en función del espacio fiscal disponible, de las posibilidades de implementar nuevas fuentes de financiamiento (impuestos a los productos nocivos para la salud, a las transacciones financieras, etc.), y de mejorar el nivel de recaudación fiscal, como así mismo el disminuir la elusión y la evasión y de aumentar la eficiencia del sistema.

Ahora bien, mas allá de que el financiamiento se establezca a través de contribuciones laborales o en impuestos generales, se debe pensar también en que éstas deban ser obligatorias y apunten a la mancomunación de fondos, de lo contrario, quienes tienen mayores recursos y estén en mejor estado de salud, tendrán incentivos a desentenderse de su contribución, y la financiación no será suficiente para cubrir las necesidades de los pobres, los enfermos y los adultos mayores. Mientras más individuos participan de los fondos mancomunados más se diluye el riesgo de los costos de la enfermedad y los costos de las atenciones ofrecidas. Consecuentemente, la contribución que cada individuo debe hacer al fondo puede ser más reducida, lo que conlleva a ganancias de eficiencias que se refuerzan por una disminución concomitante de los costos de transacción asociados con un número menor de fondos (idealmente un fondo único). De hecho también queda claro que las contribuciones y financiamiento del fondo deberían ser proporcionales al ingreso de los individuos, ya sea a través de primas ligadas al salario, o a través de impuestos generales en contextos fiscales progresivos, de esa manera se obtendrá un mayor nivel de equidad, ya que el fondo redistribuirá recursos de quienes mas tienen más hacia quienes menos tienen. Efectivamente, los países que han avanzado por esta vía en la recaudación han logrado articular una redistribución de los fondos de financiamiento mancomunados entre los sanos y las personas enfermas, entre los ricos y los de menores recursos y entre los jóvenes y los adultos mayores. Para esto es importante que en lo posible, los fondos sean de administración pública, con clara conducción y rectoría de la Autoridad Sanitaria y velando por la rendición de cuentas.

Asimismo, resulta crítico tener una gestión del gasto responsable y transparente mediante la rendición de cuentas y sobre el impacto del financiamiento en los modelos de atención y gestión de los sistemas de salud.

El objetivo de la protección financiera en un sistema que avanza hacia la CUS, es ir logrando que la condición económica de los individuos no constituya un obstáculo para que reciban atención sanitaria apropiada a sus necesidades, ni que su bienestar se reduzca como consecuencia del pago de estos servicios. De esta forma el sistema va garantizando el acceso universal independientemente de la capacidad de pago de los individuos o sus familias.

Para poder lograr este objetivo el financiamiento del sistema de salud debe considerar, por un lado, la mancomunación de fondos tal como se discutió precedentemente y, por el otro, la disminución y eliminación de los pagos directos o de bolsillo al momento de recibir las prestaciones.

Este segundo factor, relacionado con la protección financiera se debe incorporar como la eliminación de todo tipo de pago en el punto de entrega de los servicios de salud. La disminución de las barreras económicas de acceso a los servicios de salud a través de la eliminación de los pagos directos de bolsillos se sustenta tanto en consideraciones de equidad como de eficiencia. Efectivamente, los pagos directos o pagos de bolsillos tienden a afectar en forma más aguda a las poblaciones vulnerables y en

quienes menos recursos tienen, este hecho no es menor y existe evidencia significativa de que en poblaciones vulnerables aun debiendo hacer un pago aparentemente reducido, los mismos, pueden tener un impacto significativo en el presupuesto de un individuo o una familia de escasos recursos. Por otra parte, cuando los copagos y pagos directos de bolsillo son elevados los individuos tienden a retrasar su decisión de buscar atenciones de salud con el consecuente deterioro de su estado de salud y requiriendo servicios de mayor complejidad y a la larga y de mayor costo. En otras palabras, se disminuye la posibilidad de obtener mejores resultados de salud a menor costo afectando el nivel de efectividad y eficiencia del sistema de salud.

La experiencia indica que gastos de bolsillo por sobre el 40% del ingreso disponible exponen en forma significativa a los individuos a gastos catastróficos y al riesgo de caer en la pobreza. Del mismo modo, pagos directos por debajo del 15–20% del gasto sanitario total demuestran que la incidencia de la catástrofe financiera y el empobrecimiento de los hogares descienden significativamente.

3.4 Algunas consideraciones del Gasto de Bolsillo

Es evidente que a avanzados los primeros años del siglo XXI muchos países de LAC caminan por una nueva senda en los sistemas de salud. Algunos de ellos ya tiene mas de 2 siglos en el desarrollo de sus sociedades con un desarrollo amplio de los sistemas de protección social y sistemas de salud y buscan afanosamente asegurar a sus poblaciones.

Por otro lado, en todo el mundo se cuentan con pruebas abrumadoras de que el gasto de bolsillo o sea aquel que los individuos deben hacer al momento de sufrir deterioro o pérdida de su condición de salud, genera el efecto más importante de ruina financiera y económica, y un devastador efecto de impacto sanitario negativo que compromete a los individuos, a los sistemas y aun a la economía general de los países, generando pérdidas de años productivos de vida, y deterioro en el desarrollo de las comunidades de países de todas las regiones en desarrollo, y aun de poblaciones sin seguro médico en los países de altos ingresos, (Knaul, et al. 2006). (Van Doorslaer, et al. 2006.). (OMS, 2010). A esto se le denomina catástrofe financiera o ruina financiera y es más evidente por lógica cuando estos gastos deben ser sufragados por los hogares, y los segmentos más vulnerables de la sociedad. La organización de la financiación de la salud es secuencialmente negativa para aquellos a los que no se les abre la puerta del aseguramiento y particularmente donde las bajas tasas de cobertura de seguro de salud convergen con altos índices de pobreza.

Sin mecanismos de prepago y mancomunación que aseguren el acceso a servicios de alta calidad, los hogares se ven obligados a pagar por la salud, erogando gastos de bolsillo, siendo este el mecanismo más inequitativo y menos eficientes de la organización de un sistema de salud.

A su vez la evidencia ha demostrado que estos gastos son un presagio de la catástrofe financiera y el empobrecimiento y que pueden llevar a las familias a renunciar a los servicios de salud en su totalidad cuando los costos son prohibitivos (OMS, 2010) ; (Xu, Saksena, Jowett, Indikadahena, Kutzin, y Evans , 2010).

Si se tienen en cuenta los postulados básicos de OMS para el diseño de los servicios de salud y los tres objetivos intrínsecos de los sistemas de salud que son: A) Garantizar la atención de la salud, B) Tener capacidad de respuesta a las necesidades y expectativas de la población, y C) Hacerlo al mejor costo posible para favorecer el desarrollo de las comunidades (OMS, 2000), se observa que, cuando estos postulados no se concretan generan situaciones de empobrecimiento generalizado. Como casos testigos en la región se cuentan los casos de Haití o Bolivia.

OBJETIVOS INTRINSECOS DE TODO SISTEMA DE SALUD



Figura 6. Objetivos Intrínsecos de los Sistemas de Salud . Fuente (OMS 2000)

Se refleja en este concepto que los tres objetivos no son mutuamente excluyentes, ya que la salud de una población depende tanto de la capacidad de respuesta del sistema a los eventos adversos a la salud, y la disponibilidad real y de fondos para pagar los servicios de salud lo que se conoce ampliamente como que el financiamiento que facilita el acceso.

Por lo contrario, el nivel, las fuentes, y la organización de la financiación de la salud determinan en qué nivel está un sistema y cuales son sus puntos sensibles, entre ellos el nivel de exclusión. Desde este lugar LAC, es una región que se ha caracterizado por acceso inequitativo y es este el punto y el motivo mas trascendente en

el debate de las reformas (Londoño y Frenk, 1997); (Gómez-Dantés, Knaul, Lazcano, Sesma, y Arreola-Ornelas, 2011).

Recientemente y en el marco la expansión del concepto de CUS nuevamente la salud ha cobrado renovada dimensión fundamental del bienestar individual y de la población y se ha revalorizado como componente esencial del desarrollo humano y económico, de allí es que organismos como OMS Y Banco Mundial se asocian para dar mayor énfasis a los programas de expansión de la CUS.

La opinión de que la salud es una inversión y no un gasto es de décadas de antigüedad (Mushkin, 1962), sin embargo ha permeado sólo recientemente la formación de políticas de inversión. La lógica es sencilla con el fin de aprovechar los beneficios de la educación, los niños deben primero ser física, mental y socialmente sanos para desarrollarse. Miembros sanos de la sociedad pueden participar más plenamente en el mercado laboral y contribuir a la economía, ser mas activos y productivos.

A nivel macro, la enfermedad y la falta de protección financiera debilitan la reducción de la pobreza y disminuyen el desarrollo económico general (Comisión sobre Macroeconomía y Salud. 2001); (Bloom, Canning, y Sevilla. 2004).

Desde otro lado, la atención sanitaria es costosa, y la evidencia de la región muestra que hay grupos humanos que se encuentran entrampados en el círculo de la pobreza dura desde hace décadas, aquella que no cuenta con las herramientas básicas para salir de un círculo vicioso perpetuado por generaciones de mala educación, acceso restringido al bienestar, al desarrollo y las malas condiciones de salud.

Allí es donde el gasto de bolsillo se vuelve mas virulento y muestra que los hogares que carecen de acceso a atención médica de calidad frente a eventos de pérdida de la salud quedan excluidos, una cruel paradoja y es allí donde el círculo vicioso es perpetuado, cobrando vidas. Hacia los sistemas queda el reclamo, el gasto de bolsillo perjudica siempre a los mas pobres y de ninguna manera salva al sistema. Así el sistema de salud que no logra abolir los gastos de bolsillo esta condenado al fracaso en términos de equidad.

Desde el financiamiento, la región de LAC se caracteriza por fragmentación y segmentación los sistemas de salud con múltiples aseguradoras y proveedores del sector público y privado, presentando así un desafío para los responsables de las políticas de salud y entre los estudiosos de la protección financiera en salud (Suárez-Berenguela R, 2001).

Desde la segunda mitad del siglo 20, la tendencia en la región ha sido direccionada a que los sistemas de seguridad social y deben estar basados en el trabajo, este aseguramiento ha demostrado ser altamente estanco e ineficiente a la política sanitaria. Esta organización financiamiento del sistema de salud sería menos precaria si no fuera por el hecho de que la región de LAC tiene una de las tasas más bajas de empleo asalariado en el mundo (Organización Internacional del Trabajo. 2002); (Perry, Maloney, Arias, Fajnzylber, y Mason, 2007). Como resultado, los sistemas de seguro de salud basado

en los salarios suelen excluir a más de la mitad de la población de un seguro de salud formal, exponiendo las familias al riesgo de catástrofe financiera y el empobrecimiento en las crisis de salud, debiendo los ministerios hacerse cargo de las personas sin salario, estos a su vez si bien están en coberturas nominales reciben mala calidad de servicios, aun siendo las coberturas generosas en la enunciación, pero que de facto son racionadas desde mecanismos perversos como las listas de espera o la baja calidad.

Los sistemas de la seguridad social conviven con los sistemas públicos con servicios y paquetes o conjuntos de prestaciones mal definidos. Además existen prestadores privados que con poca inversión pueden hacer grandes diferencias, desde estas ventanas de negocio competir con malos competidores facilita el éxito y plantea posiciones de beneficio oligopólico basados en calidad, fijando precios hacia los sistemas y debido a la presión de la demanda insatisfecha.

La Organización Mundial de la Salud desde el Informe Mundial de la Salud 2010 (OMS 2010) se ha dedicado a medir el rendimiento del sistema de salud, sostiene que la protección financiera es uno de los tres objetivos intrínsecos de un sistema de salud y sostiene que este debe ser uno de los elementos clave que se utilizan para evaluar el desempeño de los sistemas de salud.

Con el fin de analizar la protección financiera en salud, hay que estudiar las fuentes y la organización de la financiación del sistema de salud. Un hecho muchas veces ignorado es el nivel de los fondos utilizados para financiar la salud y que en última instancia todos provienen del trabajo y la riqueza de los pueblos como Fuchs (Fuch,E 1988) escribe: *"El público debe pagar por la atención en cualquier sistema de financiación"*, el costo final recae sobre las familias y los individuos, incluso cuando el mecanismo de pago hacen que parezca que las facturas son enviadas a otro lugar". Pero lo que cambia la situación esta referido a la cronología de pago, una situación es prepagar y amortizar gasto futuro y otra es saldar la cuenta en el punto y momento de entrega sin coparticipar riesgo.

En general, los sistemas de salud se financian a través de tres mecanismos principales: los fondos recaudados por el Estado a través de impuestos de rentas generales y específicos; contribuciones a la seguridad social por lo general a través de deducciones de nómina salarial; y pagos privados que pueden ser o bien gasto de bolsillo como copago o por un seguro privado (Wagstaff y van Doorslaer, 1998);(Wagstaff, et al, 1999). La financiación de los mecanismos generales de tributación y de impuestos de nómina son de prepago y tienden a agrupar los riesgos, tienen el potencial de proteger tanto a ricos y pobres de los gastos catastróficos y empobrecedores. Sin embargo, aunque estos sistemas de seguro social financiados por el gobierno tienen la capacidad de proteger a todos los ciudadanos, en la realidad a menudo no lo hacen, ya que determinados grupos son típicamente excluidos y se concentran generalmente en las poblaciones mas pobres, entre los pobres los casos mas evidentes son las poblaciones de los pueblos originarios. En el otro extremo mientras que el seguro de salud privado puede proteger a las personas de los gastos catastróficos, el acceso se limita a los ricos, los sanos y los que viven en

zonas urbanas. (Xu, Evans, Kawabata y Murray. 2003) ; (Knaul y Frenk, 2005); (Knaul, et al. 2006.).

A esta situación debemos sumar la naturaleza de las crisis de salud, en particular, la urgencia de la necesidad de tratamiento, y la asimetría de información entre el consumidor y el proveedor, la limitada capacidad del paciente para buscar entre los proveedores una opción adecuada y un precio justo no es lo común en el sector de la salud, violando de esta manera algunos de los requisitos para un mercado eficiente y competitivo. Por otra parte, aquellos que están excluidos de los sistemas formales ya sea por aportes y contribuciones al trabajo están mas expuestos a pagar altos precios ya sea catastróficos o empobrecedores a la hora de perder la salud. Por otro lado los gastos de bolsillo se hacen en forma de pagos en efectivo sin crédito o el mismo está limitado por el acceso al crédito en la condición misma de pobreza, es entonces que las familias recurren a fuentes alternativas para recaudar los fondos necesarios, estos incluyen los préstamos en un mercado informal; la venta de activos o la renuncia a necesidades para compensar el gasto, y a veces se incluyen las necesidades básicas pudiendo ser los alimentos, pero mas comunmente la educación.

Si bien existe un consenso general de que los gastos de bolsillo son un medio ineficiente e injusto de la financiación de un sistema de salud, hay un considerable debate sobre cómo medir el impacto en los hogares. Gran parte de la literatura se basa en aproximaciones utilizando indicadores o índices, pero pocos estudios han sido capaces de aislar la causalidad.

Hay por lo menos cinco enfoques alternativos que se han presentado en la literatura existente para medir el impacto del financiamiento de la salud en la equidad. Estos son: 1. Analisis de la progresividad y los efectos de redistribución; 2. Identificación de catástrofe financiera en relación con los ingresos del hogar (el gasto catastrófico en salud); 3. Identificación de la catástrofe financiera como gasto empobrecedor; 4. Análisis del impacto en el consumo de otros bienes y necesidades básicas y 5. Medición del gasto de bolsillo como parte del financiamiento de la salud.

Estos enfoques son aun imperfectos en cuanto a poder lograr una exhaustiva medición de la relación de causalidad entre el gasto en salud de los hogares y la pobreza del hogar. Aún así, son útiles a la hora de identificar a la poblaciones expuestas y a los grupos en mayor riesgo.

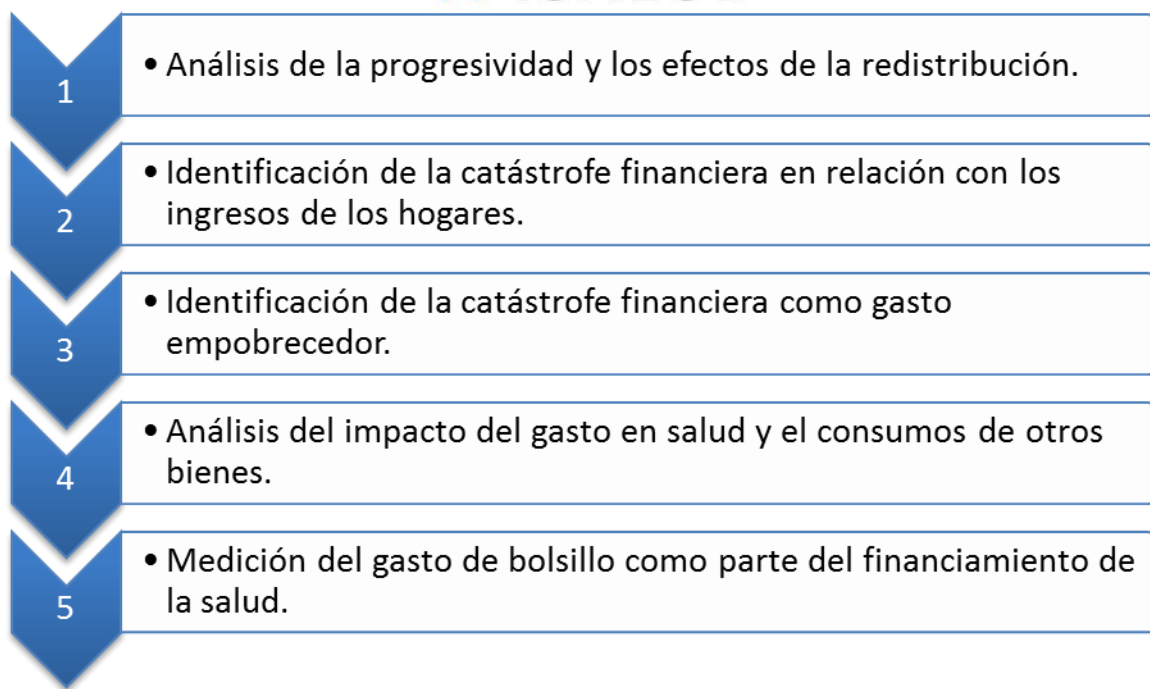


Figura 7. Esquemas de medición de Equidad y Protección Financiera-Elaboración Propia

Cuando se habla de protección financiera en los sistemas generalmente se hace referencia a los postulados de Murray (Evans y Murray, 2000) que afirman que un sistema de salud que ofrece protección financiera es uno donde ninguna familia se enfrenta a un pago catastrófico en salud, y cada miembro de la sociedad contribuye de acuerdo con su capacidad económica e independientemente del estado de salud o necesidades de atención médica.

Este modelo explora el concepto de una distribución justa de las contribuciones al sistema de salud a través de los hogares desde el punto de vista de que la redistribución del ingreso y desde la proporcionalidad distributiva.

Un enfoque para la identificación de la catástrofe financiera de la salud es medir los pagos de salud en relación con los ingresos, una simplificación de esta mirada sugiere que si el pago es "demasiado alto" como proporción de los ingresos, entonces puede ser injusto o catastrófico. Un enfoque más matizado relaciona el gasto en salud de los hogares. Si bien hay una superposición sustancial de estas medidas: la renta a veces no se correlaciona necesariamente con el gasto. Por ejemplo, una familia muy rica puede sufrir un pago muy alto que podría considerarse "injustamente alto", pero eso no cambia su nivel de vida. Esta es una medida relativa del gasto en salud como proporción del ingreso disponible que hace hincapié en aspectos de equidad y alude a "Lo que es demasiado gasto para un hogar". Gastos catastróficos se definen como aquellos de un hogar que gasta en salud que supere un umbral ($x\%$) de su renta disponible. El nivel de umbral es subjetivo, y esta es una de las razones para el uso de medidas alternativas y para la comparación de diferentes umbrales (Knauth, et al., 2009).

Para resolver este problema Murray y colaboradores presentan una distribución llamada "Índice de equidad de la contribución financiera" (FFC). El indicador hace especial hincapié en los gastos de salud que representan una proporción muy elevada de los gastos en relación al nivel demandado de subsistencia en el ingreso neto. Además, mediante el uso de la renta disponible en el indicador se coloca con peso sustancial el resto disponible, pudiendo reconocer los hogares más pobres que son propensos a tener bajo gasto nominal en la salud, pero que sin embargo puede ser catastrófico. El índice tiene la ventaja de ser una medida continua, pero la interpretación genera algunas dificultades. (Wagstaff y Van Doorslaer. 2003) ; (Knaul, et al. 2006); (O'Donnell, et al. 2008).

Lo que quedaría claro y sustancialmente definido es que el poder eliminar el gasto de bolsillo y en el lugar de entrega de los servicios genera más equidad y este mensaje debe ser asumido sin ambigüedades, teniendo en cuenta que su consecución deberá, en la mayor parte de los casos ser progresiva, disminuyendo hasta eliminar toda forma de copago o desembolso de dinero por parte de las familias al momento de requerir servicios de salud, independientemente de la naturaleza de estos. Este camino hacia la disminución/eliminación del gasto de bolsillo debe ir acompañado de una cuidadosa planificación que permita responder, con calidad suficiente a la demanda contenida, que se expresará como resultado esperado.

Visto así, el gasto de bolsillo es el gran problema en la región, el uso de copagos y otros esquemas de costo compartido en punto de atención son de uso generalizado y representan una barrera importante al avance de la CUS; en particular, respecto de la protección financiera. Efectivamente, los datos revelan que a pesar de existir un compromiso de muchos países en adoptar el concepto de CUS, sin embargo no han eliminado los altos gastos de bolsillo y los mismos en muchos casos sobrepasan el 30% siendo el gasto en medicamentos el principal componente de este gasto.

Ese nivel de gasto está altamente asociado a riesgo de gasto catastrófico y empobrecimiento.

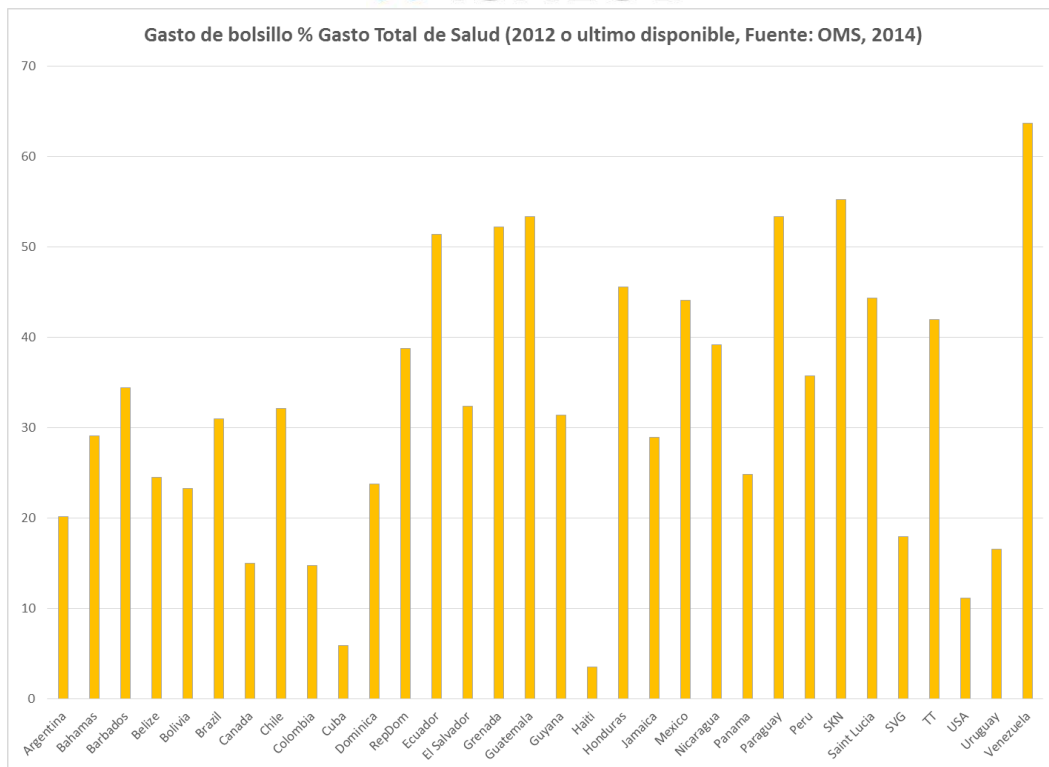


Gráfico 2. Estructura comparada del gasto de bolsillo en LAC OMS 2014

Finalmente, el gasto total en salud como porcentaje de PBI en la mayor parte de los países de la región de las Américas se sitúa por debajo del 6-7% del PIB; siendo el gasto público respecto del PIB de apenas 3,8 a 4,2% en 2011. (Cardona, D. 2011). Los países que más han avanzado hacia la CUS muestran cifras muy superiores, por ejemplo, el promedio de los países de la OCDE era de 10% en 2012. Países como Cuba, Canadá o EEUU sobrepasan el 9-11% . Los datos parecieran indicar que si bien el nivel de recursos no resuelve todo, si pareciese ser importante el poder sobrepasar un umbral mínimo del cual la mayor parte de los países de la región se encuentran alejados. De hecho, el gasto público promedio en LAC respecto del PIB es equivalente al de Canadá de 1970 indicando una importante brecha en este aspecto. (Informe Banco Mundial 2012).

Por otro lado la región de LAC es la región del mundo con la menor presión fiscal, por lo tanto en términos generales se debiera poder ampliar el gasto público en salud. Como dato significativo, sin embargo, hay países como Brasil o Argentina que tienen mayor presión fiscal pero, que aun no alcanzan a distribuir garantías de servicios. Por cierto, para algunos países con una realidad más compleja en este aspecto, se debieran privilegiar medidas que apunten a un mayor nivel de eficiencia. También es evidente que los altos niveles de fragmentación de los países de la región llevan muchas veces a que se dupliquen esfuerzos, y no se aprovechen las economías de escala para comprar insumos y medicamentos en forma más eficiente. La falta de regulación, por ejemplo, en la introducción de tecnologías aumenta los costos de mantención de equipos y otros. Por último, los modelos de atención centrados en hospitales con bajos niveles de integración no facilitan el manejo eficiente de enfermedades crónicas.

4. Metodología.

4.1. Tipo de estudio.

Se basa en un estudio descriptivo y comparado cuali-cuantitativo, en el cual se evalúan los condicionantes de acceso a la salud y los 3 ejes de la Cobertura Universal de Salud

4.2. Fuentes de datos/Herramientas de recolección utilizadas.

Se utilizaron los documentos y resoluciones de OPS y OMS referidas a Acceso a la Salud Y CUS y fuentes de recolección de datos de fuentes secundarias de los gestores de datos de Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud ,CEPAL y CELADE . Así como datos de las paginas de los Ministerios de Salud de los Países involucrados. Las herramientas de recolección de datos permitió que se contaran con series discretas y continuas permitiendo el análisis cuali-cuantitativo

4.3. Universo, muestra y unidad de análisis.

La evaluación se desarrolló entre los meses de diciembre de 2013 a marzo de 2014 en OPS Washington y en el mes de Octubre de 2014 en el mismo lugar y mediante comunicación con referentes de los países seleccionados. Los países estudiados fueron Argentina, Brasil, Chile y Perú.

El criterio de selección de esta muestra corresponde criterios de accesibilidad y factibilidad de los datos siendo la misma una selección aleatoria. El tamaño de esta muestra indirectamente incluye a un universo de 315.000.000 de personas constituyendo la mitad de la población de Latinoamérica y el Caribe, esto permite por su dimensión redundar en la importancia de los análisis en conjunto a nivel regional.

4.4. Definición de variables

Dado el interés del presente trabajo se buscaron diferenciar una serie de indicadores que pudieran captar de mejor manera el interés de cada uno de los ejes de la cobertura universal en la muestra de países estudiados. Se utilizaron para ello y en base a los datos disponibles indicadores representativos y rápidamente relevables que permiten identificar datos prioritarios y que pueden servir de justificativos elementos para valorar las brechas en referencia a marcos conceptuales y metodológicos a la hora de avanzar hacia el objetivo de análisis de la CUS. Por ello los indicadores representativos quedaron para este fin agrupados en los tres ejes del marco conceptual de CUS esbozado en el informe Mundial de la Salud 2010 .OMS

En referencia a lo anteriormente relatado los indicadores se refieren a :

1) Eje de Cobertura. Proporción de la población cubierta y modos de cobertura (cobertura de la población).

2) Eje de Servicios. Utilización de servicios cubiertos y cobertura efectiva (cobertura del servicio, conjuntos de prestaciones de salud).

3) En el eje Financiamiento. Proporción del gasto total en salud como parte del PBI, mecanismos de financiamiento y pago ,como así también un apéndice de gasto de bolsillo y gasto catastrófico (Cobertura financiera)

De esta manera en la elección de los indicadores de cobertura de población se valoró la posibilidad de poder captar datos relevantes que se refieren a la equidad y los mecanismos sociales que permiten la expansión y universalización del derecho a la salud.

Los indicadores referidos al eje de servicios capturan la aspiración de que todas las personas puedan obtener los servicios de salud pero se buscaron aquellos que significaban identificar servicios.

En tanto para el eje financiero se trabajaron con indicadores que tienen por objeto captar datos relevantes en lo que se refiere a financiamiento de la salud ,condiciones del financiamiento y repercusiones en las personas que sufren ausencia o inadecuada garantía de cobertura financiera frente a los eventos de pérdida de la salud.

4.4.1. Variables relacionadas con el eje de cobertura poblacional

Descripción de los indicadores:

A) Población total

Corresponde al número total de habitantes que reside dentro de los límites de un país, territorio o área geográfica, en un punto específico del tiempo y se reporta generalmente a mitad de año.

B) Porcentaje de población con Seguridad Social

Representa el número de personas beneficiarias de las instituciones de la seguridad social de un país, territorio o área geográfica y que pertenecen, por lo general, al sector formal de la economía en un año determinado. Se confecciona en relación al número de trabajadores inscriptos en sector formal sobre la Población total (PEA) por 100.

C) Porcentaje de población con aseguramiento por parte del estado o seguro popular. Representa número de personas que no gozan de seguridad social y que están cubiertas nominalmente a cobertura gratuita estatal o afiliadas al Seguro Popular de Salud en un año determinado.

D) Población no Asegurada.

Representa el número de personas que no gozan de los beneficios de la seguridad social ni están afiliadas al Seguro Popular de Salud en un año determinado.

4.4.2. Variables relacionadas con la cobertura de servicios

Descripción de las variables

Las variables de este eje están representadas por los datos obtenidos en la identificación y descripción de los conjuntos de prestaciones o paquetes de beneficios a los que pueden acceder las poblaciones. Los paquetes de prestaciones o conjuntos de prestaciones han sido tomados cuando aquellos cumplen con determinados parámetros, los mismos están referidos a denominación, normatización y ejecución real y constante. Dado que en este sentido los conjuntos de prestaciones son constructos de identificación reglada aquellos que no tenían identificación reglada fueron desestimados, y se tomaron aquellos que calificaban como lista o conjuntos definidos y simbólicamente comparables.

La metodología propuesta es de carácter descriptiva, basada en la comparación de las canastas explícitas de prestaciones entre países de la región de LAC, teniendo en cuenta similitudes y diferencias en sus recorridos normativos, demográficos, económicos y sanitarios.

Los análisis comparados cuentan ya con una importante trayectoria en la literatura técnico científica de distintos sectores, entre ellos el de salud, siendo de reconocida utilidad tanto en el ámbito de las políticas públicas como en el ámbito empresarial.

Para la definición de conjunto de prestaciones, ordenamiento de servicios y diseño y aplicación de conjuntos, se emplearon las normativas propuestas en el Manual de "*Conjuntos de Prestaciones de Salud: Objetivos, Diseño Y Aplicación*", (Organización Panamericana de la Salud. 2003). Por lo cual para este trabajo tomaremos la nomenclatura de Conjuntos de Prestaciones de Salud (CPS).

Para la recolección de la información, se realizó un relevamiento de la información disponible en internet y centros de documentación, acerca de las regiones y subsistemas bajo análisis, y sus modelos de cobertura de servicios de salud, se hizo sobre los sitios oficiales locales y/o de organizaciones internacionales.

La definición de servicios de salud consiste en la construcción de una relación ordenada en que se incluyen y describen en el conjunto de derechos concretos, explícitamente definidos, en términos de servicios, tecnologías o pares de estados necesidad-tratamiento, que el sistema de salud proveerá a una colectividad, para permitirle acceder a ellos de manera equitativa, independientemente de su capacidad financiera.

A su vez, los servicios definidos pueden formar parte de listados integrados a programas universales o bien estar expresados en términos de conjuntos garantizados de servicios o prestaciones.

El propósito central de esta construcción consiste en contribuir a la concreción del derecho a la salud como un objetivo, para las personas, las familias y la

comunidad y que hacen efectiva la promoción de la salud, prevención de problemas y enfermedades, como así la atención durante episodios de enfermedad, rehabilitación y cuidados paliativos, en formas adecuadas y en tiempos oportunos.

Las siguientes fueron las variables seleccionadas sujetas a descripción, para caracterizar los distintos CPS:

Nombre del Conjunto de prestaciones CPS	Se utilizó el nombre y las siglas empleadas localmente para denominar al CPS
Año de puesta en marcha	Año en que se implementó el CPS por primera vez (los CPS descritos se autorrefieren como activos al 2014)
Puerta de entrada	Condición que debe tener la población objetivo para acceder al CPS
Población cubierta por el CPS (% del total)	Descripción de la población que accede al CPS. Cuantificación
Objetivos	Descripción de Objetivos
Estructura	Organización de provisión de servicios del CPS
Jerarquía normativa	Norma de derechos de origen y normas complementarias si existiesen
Entidad reguladora	Organismo responsable de la dación del CPS
Tipo y organización de los servicios que comprende	Descripción de servicios que ofrece el CPS
Mecanismos de revisión	Metodología de revisión de servicios disponibles en el CPS

Tabla 1. Variables seleccionadas Sujetas a descripción para Conjuntos de Prestaciones De salud

Se excluyeron los programas verticales que en su mayoría se construyen en base a una necesidad puntual o a poblaciones focalizadas teniendo poca implicancia para el análisis de este trabajo en lo referente a ubicar las brechas de universalidad. Ejemplo: Las campañas de vacunación anti poliomielítica tendrían valor analizarlas si el marco del trabajo comparara eficiencia operativa, pero al ser programas focalizado no compara derecho a la salud sino solo necesidad efectiva, tema que se encuentra fuera del objeto de este trabajo.

A fin de su definición, es posible clasificar a los servicios o prestaciones de salud en tres categorías principales: prestaciones de administración individual, acciones de salud pública y acciones intersectoriales. Las acciones o prestaciones de administración individual son aquellas que se indican y se realizan frente a una condición o problema de salud que presenta un individuo. Aunque no sean estrictamente individuales deben incluirse en esta categoría las acciones de abordaje grupal y familiar de problemas de salud, la mayor parte de las cuales forman parte de los servicios sanitarios. La mayoría de las tecnologías sanitarias destinadas a procesos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades son de este tipo. Las acciones de salud pública son aquellas que se desarrollan en forma colectiva, tales como las acciones de saneamiento ambiental o el control de riesgos

alimentarios. Tienen como objetivo prevenir o modificar estados de salud determinados por condicionantes colectivos. Las acciones intersectoriales son aquellas en las cuales se requiere la concurrencia de sectores distintos al de atención de la salud para la acción conjunta. Algunas acciones de educación para la salud, el acceso a agua segura de red, y la educación básica para la salud sexual y reproductiva constituyen buenos ejemplos de este tipo de prestaciones.

Para este trabajo y en la identificación de los conjuntos de prestaciones se entiende que los mismos son identificables bajo la óptica de la CUS cuando el Conjunto Universal de Prestaciones resulta del proceso de definición de servicios y debe cumplir con determinadas condiciones que lo convierten en un instrumento al servicio del avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Estas características se enumeran y explican sintéticamente a continuación:

1. *Universalidad*: Los servicios o prestaciones seleccionadas y definidas para ser administrados por un servicio de salud deben estar dirigidas al total de la población del País. No es posible, desde la perspectiva del avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, establecer el derecho a la salud para todos, mientras que las garantías en salud se diferencian o segmentan según capacidad de pago, o cualquier otra características de las personas. Es también importante tener en cuenta que la universalidad implica no solo la definición de servicios destinados a los problemas que las personas sufren en común, sino también a aquellos problemas específicos de grupos determinados o vulnerables, de la sociedad.
2. *Progresividad*: La gestión de la definición de servicios o prestaciones de salud es una actividad continuada y dinámica. Un conjunto de prestaciones no debiera ser un instrumento estático. Debe variar racionalmente en función de cambios en las necesidades, en las capacidades del sistema, etc. El principio de progresividad, propio del derecho a la salud, debe ser observado en esta actividad. Un listado o conjunto de servicios o prestaciones que se convierten en garantía para un sistema debiera tener asegurada su sustentabilidad y su progresividad, tendiendo a que siempre se muevan hacia zonas de mejora y ampliación de servicios.
3. *Integralidad*: Como se expresó antes, los servicios definidos a garantizar, deben comprender la promoción de la salud, la prevención, la atención de problemas de salud, la rehabilitación y los cuidados paliativos.
4. *Factibilidad*: Un conjunto de prestaciones o servicios debe ser factible desde el punto de vista de su financiamiento como también desde el de las capacidades del sistema.
5. *Fundamento científico*: La utilización de la medicina basada en la evidencia, la evaluación de tecnologías de salud y otras disciplinas científicas permitirán que los criterios técnicos para la priorización y definición de servicios de salud se realice de

manera racional y orientada a maximizar el resultado en términos de salud para la población.

6. *Validación social*: Un programa universal que contiene garantías explícitas o un conjunto de prestaciones garantizadas debe ser diseñado mediante procesos con alto grado de transparencia y rendición de cuentas. Asimismo, es necesario que se convoque a los actores sociales interesados para la discusión de las propuestas de servicios a definir de modo tal que el diálogo social se haga presente en dicha definición.

Si se tiene en cuenta a los conjuntos de prestaciones o servicios según su estructura o formato, se puede observar que estos pueden ir desde un simple listado plano de tecnologías a cubrir, hasta un complejo instrumento de guía para la prescripción y utilización de prestaciones. Esto responde al hecho de que los dispositivos tecnológicos sanitarios (drogas, equipos, procedimientos etc.) en general, tienen indicaciones específicas, es decir se deben indicar ante determinadas condiciones o nivel de probabilidad de que una condición de salud esté presente. De esta manera, un conjunto universal de prestaciones de salud de ampliación progresiva "ideal" pudiera responder a las siguientes preguntas: Qué?, para quién?, Cuánto?, y a qué costo?

Qué?: Referido a cuáles servicios se definen para ser garantizados. El conjunto de prestaciones o servicios debe ser un listado con el mayor grado de especificidad posible.

Para quién?: Esta pregunta se responde estableciendo bajo qué condiciones de salud se debe utilizar un determinado servicio o prestaciones.

Cuánto?: Muchos servicios o prestaciones requieren también que se especifique con qué periodicidad o con qué dosis se utilizará dicho recurso.

A qué costo para el sistema?: La definición de servicios o prestaciones cumple también un rol importante para conocer los costos de los procesos que integran un sistema de salud. Para ello es necesario tener en cuenta que el o los costos de un determinado conjunto de prestaciones variará según el modelo de atención con el que se organicen dichos procesos.

Finalmente se puede recordar que la acción de definir servicios de salud constituye un paso clave para la construcción explícita de derechos y garantías referidas a la salud. Así se denomina servicio o prestación de salud a aquella acción o conjunto de ellas, brindada por proveedores sanitarios, conducentes a mejorar el estado de salud de un individuo o comunidad.

Una aclaración necesaria es que cuando se habla de Conjuntos de Prestaciones no se refieren a "canastas básicas esenciales" ni a "paquetes mínimos" como propugnaban las políticas de reformas del sector salud de los años 90, sino a conjuntos de servicios o prestaciones universales, garantizables, comprehensivas, progresivas e

integrales aplicadas a la búsqueda de mejor cobertura y mayor acceso efectivo a la salud, entendidas como un derecho de las personas.

Por otra parte, es necesario poner en claro que la definición de servicios de salud es una tarea continuada. No se realiza una sola vez y para siempre. Cuando el sistema de salud cuenta con un conjunto definido de servicios o prestaciones requiere del análisis continuado orientado a la incorporación progresiva de nuevos servicios e incluso la eliminación de servicios del listado en la medida en que no resulten adecuados. Como se expresó anteriormente, el conjunto de prestaciones o servicios de salud es un instrumento dinámico y progresivo y para este trabajo se valoró esencialmente aquellos que tuvieran mecanismos definidos de revisión.

Por otro lado la expresión de la tarea de definición de servicios de ampliación progresiva se constituye, habitualmente, en la forma de un conjunto o listado clasificado de prestaciones. Dicha clasificación puede hacerse mediante diferentes criterios. Según Antoñanzas, Rovira y Badía (Rovira.1999) la clasificación puede hacerse siguiendo uno de los siguientes criterios o combinando dos o más de ellos:

a. Las diferentes enfermedades, condiciones de salud o factores de riesgo. Constituye el más clásico de los criterios de clasificación. Las enfermedades se agrupan por sistemas o aparatos. El concepto de condición de salud permite incluir estados vitales relacionados con la salud que no son necesariamente "enfermedad", lo cual redundaría en un enfoque más integral y ligado al concepto de "cuidados de salud".

b. Las tecnologías de salud o procedimientos terapéuticos específicos: Siguiendo este criterio, se agrupan las prestaciones según el tipo de dispositivo tecnológico que conllevan.

c. Los pares de estado de necesidad-tecnología, también llamados condición-respuesta: El objetivo principal de la aplicación de este criterio consiste en que se incorpore la utilización de determinada tecnología o prestación, sólo para cierta condición, necesidad, o problema de salud específico y no en cualquier situación. De este modo, se introduce en el listado que constituye el Conjunto de Prestaciones un criterio simple de guía para la racional y adecuada utilización de los recursos.

d. Criterios relacionados con la población objetivo, la modalidad de prestación o la forma en que se produzca la enfermedad

4.4.3. Variables relacionadas con el eje de financiamiento

Descripción de los indicadores

- A) Gasto total en salud como porcentaje del Producto Bruto Interno. El gasto total en salud como porcentaje del PIB se define como la relación porcentual que existe entre los gastos público y privado en salud y el Producto Interno Bruto en un país, territorio o área geográfica en un año determinado. Este indicador determina la importancia relativa que tiene el sistema de salud en el nivel de riqueza de un país, territorio o área geográfica.
- B) Gasto total en salud per cápita (Ajustado por poder de paridad de pago en dólares Internacionales). El gasto total en salud per cápita se define como el gasto total en salud, público y privado, dividido por la población total de un país, territorio o área geográfica en un año determinado, ajustado por poder de paridad de compra en dólares internacionales. El ajuste por poder de paridad de pago se tiene que realizar para hacer comparaciones internacionales más realistas ya que toma en cuenta el nivel de la población (los precios) de los diferentes países. Este indicador señala el nivel de inversión promedio que realiza el sistema de salud de un país, territorio o área geográfica por cada uno de sus habitantes independientemente de su sexo, edad y condición socioeconómica en un año determinado. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.
- C) Gasto de Bolsillo. El gasto de bolsillo se refiere a los pagos de salud realizados por los hogares en el punto que reciben servicios de salud. Normalmente, estos incluyen los honorarios de consulta del médico, las compras de facturas de medicamentos y de hospitalización. Aunque el gasto en medicina alternativa y / o tradicional está incluido en los pagos directos, los gastos de transporte relacionados con la salud y la nutrición especial están excluidos. También es importante tener en cuenta que los pagos de bolsillo son los pagos netos fuera de cualquier reembolso del seguro.
- D) Porcentaje de gasto del sector público. Este indicador capta indirectamente el nivel de inversión y la importancia que adquiere la salud pública en un país y debería ser inversamente proporcional al gasto de bolsillo o al nivel de aseguramiento.

Variables relacionadas

Gasto catastrófico en salud

Los gastos catastróficos relevan el gasto ocurrido cuando el total de los gastos de bolsillo en salud son iguales o superiores al 40% de la capacidad de los hogares

para pagar todos los gastos .El umbral del 40% podría ser cambiado de acuerdo a la situación específica de los países.

La variable sobre los gastos catastróficos en salud se construye como una variable ficticia con valor 1 indica un hogar con gastos catastróficos, y 0 sin gastos catastróficos.

El gasto catastrófico es la evidencia de ausencia de cobertura y está íntimamente ligado a la Línea de Pobreza y el gasto de subsistencia de los hogares.

El gasto de subsistencia de los hogares es el requisito mínimo para mantener la vida básica en una sociedad. Para calcular la línea de pobreza se utiliza en el análisis de los gastos de subsistencia.

Hay muchas maneras de definir la pobreza. Ninguna de ellas es perfecta teniendo en cuenta la solidez en la teoría y la viabilidad en la práctica. Aquí se utiliza el concepto de línea de pobreza como una cuota definida a partir de los ingresos de los hogares y se establece si éstos tienen capacidad de satisfacer por medio de la compra de bienes y servicios un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales. El procedimiento parte de utilizar una Canasta Básica de Alimentos (CBA) , hay países que han definido una Canasta Básica Total (CBT) con la inclusión de bienes y servicios no alimentarios como vestimenta, transporte, educación, salud, pero en general se refieren a la CBA con el fin de obtener el valor de alimentos en base de estimación de la subsistencia del hogar. Esta línea de pobreza se define como el gasto en alimentos de los hogares y se calcula en el percentil 50 en el país.

El gasto de subsistencia en tanto, se puede calcular de la siguiente manera: Generar la proporción del gasto en alimentos para cada hogar dividiendo el gasto en alimentos de los hogares por su gasto total.

5.Análisis de la variables por país

5.1 ARGENTINA

5.1.1 Aspectos socio demográficos del país

Argentina tiene una población de 41,846 millones de habitantes (Estimación sobre censo 2010 para el año 2015) datos who.int/gho/countries, con una relación varón/mujer de 49 a 51, el 92% de la población es urbana y tiene un crecimiento anual de 0,9 . junto a Chile y Uruguay lideran el rango de países que presentan un estadio avanzado de transición demo-epidemiológica. Los menores de 15 años representan el 24% de su población y los mayores de 60 años representan el 15,8 % con un rango que se distribuye entre 17,6 % para el distrito más envejecido y 7,3% para el menos envejecido. En comparación, Chile presenta el 9,1%, Uruguay el 13,3 % y Brasil el 6,4 %. La tasa de fecundidad es de 2,23 por mujer en edad fértil, la tasa de mortalidad infantil se ubica en 13,4 por 1000 nacidos vivos contra 14,6 de Brasil, 17 de Peru y 8 de Chile. 2013.

En el 2012 la razón de mortalidad materna fue de 6,9 por 10.000. La esperanza de vida en 2013 era de 76 años, 72,6 para varones y 79,1 para mujeres. La transición demo-epidemiológica se acompaña por un aumento de las enfermedades no transmisibles y se evidencian en los datos referidos a las 10 principales causas de muerte representando la enfermedad cardíaca isquémica el 15,9% de todas las causas seguidas por los ACV, EPOC y Neoplasias para dar una idea de esto el primer tercio de causas de muerte los constituyen solo cuatro patologías, en mujeres estaría constituido por insuficiencia cardíaca, patología cerebro-vascular, cáncer de mama y patología isquémica del corazón, le siguen en importancia fuera del primer tercio, las infecciones respiratorias agudas, septicemias y diabetes. Entre los hombres son la insuficiencia cardíaca, la patología isquémica del corazón y la patología cerebro vascular son las 3 primeras causas de muerte, siguiendo las infecciones respiratorias agudas, el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón y las septicemias. Para el rango de edad entre los 18 y los 45 años figuran los accidentes de tránsito como una de las principales causa de muerte.

5.1.2 Contexto económico

Argentina tiene un PBI de 540.000 millones de dólares según datos del 2013, ajustado a Paridad de Poder Adquisitivo (PPA). Es la tercera economía latinoamericana y ocupa el puesto 27 a nivel mundial, para el mismo año el PBI per cápita es de u\$s 14.560, situación que la ubica junto a Chile y Uruguay entre los mejores países por ingreso per cápita de la región.

5.1.3 Información sanitaria resumida

Argentina asigna el 9,4 % de su PBI al sistema sanitario (2012) muy por encima del promedio regional calculado para ese año en 6,80 %, para el mismo año el gasto per cápita se situó en u\$s 995, que sumado al gasto de bolsillo es uno de los más altos para Latinoamérica.

El Sistema de salud está construido sobre un sistema extensamente fragmentado derivado de la estructura política federal y de la profunda descentralización en la provisión y administración de sistemas de salud. Por un lado y teniendo en cuenta las 24 provincias que componen el país y por el hecho que las mismas no delegaron en la nación todas sus incumbencias, y conservaron algunas funciones entre ellas la atención de la salud de sus poblaciones, de esa manera se ocasiona hacia adentro del sistema fragmentación derivada la autonomía de cada uno de los estados federales, de las normas que los rigen, del modo de conducción que de ellos se hace, de las características de las poblaciones y de la amplia heterogeneidad de las 24 provincias, dado que el país es extenso y diverso en sus regiones, existiendo algunas zonas más pobres y con menos recursos, así con sus diferencias y con total independencia y autonomía, estas circunstancias y realidades se expresan luego en una variabilidad de resultados en los indicadores y cada vez que se analizan algunos indicadores promedio, es conveniente abrir el indicador por provincia para observar la dispersión.

El sector público entonces está conformado por un nivel nacional, con escasas unidades de efectores propias, el nivel provincial y el municipal con la mayoría de las unidades, los tres subsectores se incluyen como un sistema poco relacionado, a pesar de poseer coexistencia territorial o a veces en función de su financiamiento.

En tanto desde el aseguramiento y cobertura el sistema cuenta con los 3 componentes clásicos: el sector público, sector de la seguridad social y sector privado. Para algunos autores los dos primeros están considerados como sistema público, si bien en este trabajo se asume tal taxonomía, a partir del origen de los fondos el sistema público se definiría como aquel que se financia de fondos de rentas generales y la seguridad social lo hace desde los aportes y contribuciones del trabajo. Así el subsistema público, financiado mediante carga impositiva nacional, provincial y municipal, es administrado por los ministerios y secretarías de dichos niveles, y cuyos beneficiarios son todos los habitantes que requieran acceder a dichos servicios (aún los extranjeros). El sistema es subsidiario y transfiere recursos e información y asiste a la población derechohabiente dado que todos los ciudadanos pueden ser asistidos por la cobertura pública, pero esta cobertura es distinta y dispar en las diferentes jurisdicciones. El sistema público a su vez cuenta con programas de transferencias y coberturas específicas como es el caso del Programa Incluir Salud Ex PROFE que funciona como una obra social para pensiones no contributivas. O el Plan Nacer-Sumar con transferencias de recursos, y que en realidad es un programa de incentivos para población nominalizada.

El subsistema de la seguridad social o las denominadas Obras Sociales, cubren a empleados del sector formal de la economía, es un sistema contributivo social y solidario administrado por gremios que se constituyen en obras sociales nacionales y regionales, y cuyos beneficiarios son los asalariados y sus familias (aunque también incluye a los trabajadores independientes aportantes y sus grupos familiares). Está constituido por 261 OSN obras sociales nacionales o agentes de Seguro Nacional de Salud, regidas por 2 leyes, las Leyes 23.660 y 23.661 y controladas por la Superintendencia de Servicios de Salud, a su vez existen 24 Sistemas de Seguros Provinciales que asisten a los empleados provinciales y algunos municipales, El Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados PAMi que asiste a los jubilados derivados de las distintas ramas de actividad y la Obra social de las Fuerzas Armadas como así también una veintena de obras sociales autárquicas de las Universidades Nacionales.

El Subsistema Privado es financiado por un lado mediante gasto de bolsillo (habitualmente mensualizado), su administración está a cargo de empresas de medicina prepaga y mutualidades, y sus beneficiarios suelen ser aquellos que deciden aportar en forma particular para acceder a dicha cobertura. Alrededor de 2 millones de personas son afiliados puros pero también hay personas que a modo suplementario a su cobertura social aportan a este sistema llegando a 6 millones de afiliados. Este segundo grupo de aportantes en este sistema provienen de los quintiles más altos de los trabajadores en relación de dependencia que optan por medicina de prepaga aparte de su obra social, estos aportes configuran transferencias cruzadas. Este subsistema de las

empresas de medicina prepaga cuenta con mas de 600 empresas pero las primeras siete empresas concentran mas de 70 por ciento de esa población.

5.1.4 Recursos estructurales

Existen 3.118 proveedores que prestan servicios de internación: 1.275 proveedores públicos, 8 administrados por el gobierno nacional, 930 por las autoridades provinciales y 337 por los gobiernos municipales y comprenden tanto hospitales generales como especializados (incluidos los hospitales materno infantiles, pediátricos, psiquiátricos, de traumatología y de rehabilitación); 1.789 clínicas privadas (incluidas las clínicas materno infantiles, pediátricas, psiquiátricas, de traumatología y de rehabilitación, entre otras); y cerca de 52 hospitales o clínicas de propiedad de las Obras Sociales nacionales y provinciales. No se cuenta con datos sobre el número de médicos especialistas que prestan servicios en consultorios privados. Además, existen 2.083 centros de diagnóstico por imágenes y laboratorios clínicos, que en su mayoría son privados (el 98%). El número de camas de hospital en el sector público asciende a 85.743 y 99.185 en el sector privado (Sanguinetti, 2012).

5.1.5 Recursos humanos

Según datos de la OMS, Argentina cuenta con 30 médicos por 10.000 habitantes (2002-2007), ostentando de esta forma uno de los indicadores más altos de la región (solo superado por Uruguay con 37/10.000). La misma fuente refiere que la cantidad de enfermeras es de 5 cada 10.000 hab. (uno de los índices más bajos de la región).

5.1.6 Resumen de indicadores de cobertura Poblacional

Cobertura Poblacional: Con una población de 41.846.786 de personas (2015), Argentina al igual que otros países de la región sostiene una sistema de salud fragmentado y segmentado esto significa que los diferentes grupos poblacionales aportan a fondos alternativos y a veces no excluyentes para la cobertura de servicios de salud. En algunos casos estos fondos tienen naturaleza social, otros son de característica voluntaria y otros provienen del estado que da cobertura a aquellos que no aportan y otras el estado brinda servicios cruzados, ejemplo de ellos son las vacunas o en otros casos se identifican subsidios cruzados entre obras sociales nacionales y empresas de medicina prepaga por ejemplo en la cobertura de enfermedades de alto costo y baja incidencia. Como Argentina posee un sistema de salud segmentado a su vez esto implica la existencia de distintos tipos o modos de cobertura y distintas oportunidades y coberturas frente al mismo derecho.

La existencia de 24 Ministerios de Salud provinciales y un número equivalente de obras sociales provinciales, sumados a aproximadamente 261 fondos de seguridad social, 600 prepagas y múltiples fondos municipales de gestión y gasto en salud, plantean un enorme desafío a la política pública: determinar prioridades que puedan ser consensuadas y llevadas a cabo por los más de 1000 fondos intervinientes configura un

verdadero desafío.

En este contexto, desde la perspectiva de las familias, los niveles de ingreso y de acceso a las distintas modalidades se constituyen a veces como mecanismos de autoselección. Según datos de la encuesta de hogares INDEC 2012, aproximadamente 56% de la población cuenta con algún mecanismo de seguro social, ya sea obra social sindical, provincial o PAMI, en tanto 10% de los individuos cuenta con una cobertura prepaga de seguro individual. Aproximadamente 31% no tiene seguros formales y, por lo tanto, su cobertura se realiza a través del sistema público (que posee servicios en todos los niveles hospitales de tercer nivel, de segundo nivel y el primer nivel de atención).

Sin embargo, y dadas las características del sistema y del modelo de aseguramiento, el modo de acceso y calidad de los servicios varían significativamente entre quintiles de ingreso. Por ejemplo, 39,5% de la población del primer quintil posee cobertura de la seguridad social.

Paralelamente, el sistema privado cubre aproximadamente 3,5% de la población más pobre del país, mientras que 25,63% del sector más rico posee un seguro privado de salud. En el extremo opuesto, el sistema público otorga cobertura a más de 61% de la población más desprotegida, valor que se reduce hasta llegar a 12,02% en los grupos más ricos.

Cobertura	Quintiles	I	II	III	IV	V	Total
Público		56,44	43,76	33,22	21,01	12,02	33,32
Obra Social		39,5	50,98	60,41	67,8	62,1	55,98
Privado		3,53	4,73	5,86	10,52	25,63	10,13
Ns/Nc		0,53	0,53	0,51	0,67	0,25	0,36
Total		100	100	100	100	100	100

Tabla 2. Características de la cobertura Sobre la base de datos Gasto de consumo de hogares urbanos en ARG 2012. Fuente INDEC MECON

Finalmente se puede decir que Argentina cuenta con una cobertura nominal del 100 de la población, que es derechohabiente de cobertura pública como base del resto de los subsistemas si le compete y le pertenece.

Población con cobertura social por provincia		
Provincia	Población censo 2010	% con Seguro Social
CABA	2.891.082	26
Buenos Aires	1.,594.428	49
Catamarca	367.820	45
Chaco	1.050.466	66
Chubut	506.668	40
Córdoba	3.304.825	46
Corrientes	993.338	62
Entre Ríos	1.236.300	49
Formosa	527.895	66
Jujuy	672.260	54
La Pampa	316.940	46
La Rioja	331.847	41
Mendoza	1.741.610	51
Misiones	1.097.829	58
Neuquén	550.344	49
Rio Negro	633.374	50
Salta	1.215.207	60
San Juan	680.427	53
San Luis	431.588	52
Santa Cruz	272.524	29
Santa Fe	3.200.736	42
S. del Estero	896.461	64
T del Fuego	126.190	30
Tucumán	1.448.200	48
Total	40.091.359	48

Tabla 3. Poceraje de cobertura social por provincias en Argentina sobre censo 2010 INDEC

5.1.7 Resumen de indicadores de cobertura de servicios

ARGENTINA

Los conjuntos de prestaciones identificados y analizados en este caso son tres:

- Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad (Ley nº 24.901)
- Programa Medico obligatorio (PMO)
- Plan Nacer

Si bien se han identificado otros conjuntos de prestaciones en Argentina tanto a nivel público (como el programa Remediar) como semi-privados o privados (como la cobertura de obras sociales regionales o de la defensa), se ha propuesto incluir los tres seleccionados por ser representativos de los distintos modelos de cobertura de servicios existentes, y por su amplitud geográfica y de prestaciones incluidas.

Nombre del CPS	Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad (Ley nº 24.901)
Año de puesta en marcha	1997
Puerta de entrada	Todas las personas que acrediten su condición de discapacidad mediante certificación específica
Población cubierta por el CPS (% del total)	Todas las personas con discapacidad del país en aquellas provincias que adhirieron a la ley. Actualmente acreditaron discapacidad un estimado de 68% de todas las personas con discapacidad (datos referidos por muestreos del Servicio Nacional de Rehabilitación).
Objetivos	Instituye un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos sanitarios y sociales.
Estructura	Los servicios son provistos por prestadores públicos o por prestadores privados habilitados a tal fin en un registro nacional
Jerarquía normativa	Ley 24.901 y decreto reglamentario
Entidad reguladora	Ministerio de Salud del país (MSAL)- Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas (CONADIS)
Tipo de servicios que comprende	Prestaciones diagnósticas y terapéuticas integrales para resolver el diagnóstico que motivó la discapacidad, limitar su extensión y resolver sus secuelas Prestaciones de rehabilitación y educativas, de formación laboral, centros de día y hogares. Transporte institucional y prestaciones de apoyo a la integración escolar Dispone de guías de procedimientos (marco básico) y especificaciones de recursos humanos y materiales (infraestructura) y de uso en tecnologías de salud.
Mecanismos de revisión	Incorporación por medio de nuevas normativas No se dispone de metodología formal de revisión
Mecanismos de evaluación de impacto	No referido
Financiamiento	Aportes y contribuciones al sistema por parte de los trabajadores formales y empleadores, aporte de seguros públicos (PROFE), presupuesto del MSAL y gobiernos regionales, presupuesto de seguros sociales y privados (Obras Sociales y Medicina Prepaga)
Coseguros	No permite coseguros
Fuentes de Información	http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=47677 www.conadis.gov.ar

Tabla 4 Indicadores de servicios Argentina 1

Nombre del CPS	Programa Médico obligatorio – PMO
Fecha de puesta en marcha	1995
Puerta de entrada	Trabajadores y directivos en relación de dependencia y sus grupos familiares, adherentes y trabajadores independientes. Ingresan como afiliados a Obras Sociales comprendidas dentro de las Leyes 23660 y 23661 (SNSS). Afiliados voluntarios a Empresas de Medicina Prepaga
% Población cubierta por el CPS	Mas de 22 millones (19,9 millones del SNSS). 49% de la población del país
Objetivos	Original, servir de garantía explícita básica de servicios a los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS). Actualmente incorpora la garantía básica de servicios de la Medicina Prepaga y de algunas obras sociales jurisdiccionales
Estructura	Los servicios son provistos por prestadores públicos o por prestadores privados habilitados a tal fin en un registro nacional
Jerarquía normativa	Leyes nacionales nº 23.660 y nº 23.661 Resolución MSAL nº 1991/05 y modificatorias
Entidad reguladora	Ministerio de Salud del país (MSAL)
Tipo y organización los servicios que comprende	Atención por niveles de cuidados (todos los niveles). No dispone de guías específicas de cuidados Listado amplio y explícito de prestaciones diagnósticas y terapéuticas con algunos criterios de cobertura. Insumos incluidos en las prestaciones clínico-quirúrgicas. Listado amplio y explícito de prestaciones farmacéuticas para todos los niveles de cuidados
Mecanismos de revisión	Incorporación por medio de nuevas normativas No se dispone de metodología formal de revisión
Mecanismos de evaluación de impacto	No referido
Financiamiento	Aportes y contribuciones al sistema por parte de los trabajadores formales y empleadores, aportes voluntario de adherentes y trabajadores independientes Aportes voluntarios de afiliados a empresas de medicina prepaga
Coseguros	Explícitos para atención en ambulatorio y medicamentos. Cuantía variable según servicio No hay coseguros para atención materno-infantil, adultos mayores ni cuidados en internación
Fuentes de Información	www.sssalud.gov.ar/index/index.php?cat=beneficiarios&opc=pmoprincipal

Tabla 5. Indicadores de servicios Argentina 2

Nombre del CPS	Plan Nacer
Fecha de puesta en marcha	2005
Puerta de entrada	Niños menores de 6 años y mujeres embarazadas sin cobertura socio-sanitaria
% Población cubierta por el CPS	1.934.388 mujeres embarazadas, puérperas, y niños/as menores de 6 años de edad al 12/13
Objetivos	El Plan tiene como finalidad disminuir los índices de morbi-mortalidad materno infantil fortaleciendo la red pública de atención primaria de la salud.
Estructura	Es un programa federal del Ministerio de Salud del país Se trata de en un esquema de financiamiento basado en resultados, a través del cual la Nación transfiere recursos a las provincias por la inscripción de beneficiarios y el cumplimiento de resultados sanitarios mediante convenio de prestación de servicios
Jerarquía normativa	Decreto 2724/02 crea el Seguro de Salud Materno-Infantil Resolución Ministerial 1976/06 define al Plan Nacer como basado en el Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial
Entidad reguladora	MSAL
Tipo de servicios que comprende	Atención primaria de la salud, controles de salud del niño, control de la embarazada, laboratorio, radiología y ecografía, atención del parto, pesquisa neonatal, inmunizaciones según protocolos.
Mecanismos de revisión	Monitoreo continuado
Mecanismos de evaluación de impacto	No refiere
Financiamiento	Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial - Préstamo BIRF 7225-AR y Préstamo BIRF 7409-AR
Coseguros	No tiene
Fuentes de Información	www.plannacer.msal.gov.ar

Tabla 6. Indicadores de servicios Argentina 3

5.1.8 Variables relacionadas con el eje de financiamiento

a) Gasto total en salud como porcentaje del Producto Bruto Interno.

De acuerdo con un cálculo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD Argentina- OPS-CEPAL), el gasto total del sector de la salud representa el 9,40 del PIB total, para el año 2012 del cual un 33,9% se financia con recursos de los hogares, un 38,7% con recursos del sector de seguridad social y el 27,3% restante lo financia el sector público nacional, provincial y municipal (Cetrángolo y Goldschmit. 2012). Para el año 2013 se produce un ajuste a 9,2% . Cuando se analiza el gasto público total en salud al nivel de las provincias se identifica que el mismo aumentó proporcionalmente de modo considerable, al pasar de US\$ 7.300 millones en 2003 a US\$ 30.000 millones en 2009 y a 36.700 en 2013 y continuó siendo la segunda inversión de mayor importancia, después del gasto en educación. En promedio, cerca del 16% del gasto total provincial se dedicó a la salud entre 2003 y 2009 aunque existen diferencias significativas entre provincias. Por ejemplo, mientras que la ciudad de Buenos Aires gastó un promedio del

24% de su presupuesto en salud entre 2002 y 2009, Misiones gastó solo un 7%. Las provincias restantes variaron entre un 8% y un 13%. En general el gasto público provincial en salud cubre los gastos relativos a personal, bienes, servicios y otros costos, en su mayoría administrativos. En 2010, los gastos de personal representaron el 61% del gasto total provincial en salud. Se gastó cerca del 27% en bienes y servicios, y el monto restante cubrió otros costos.

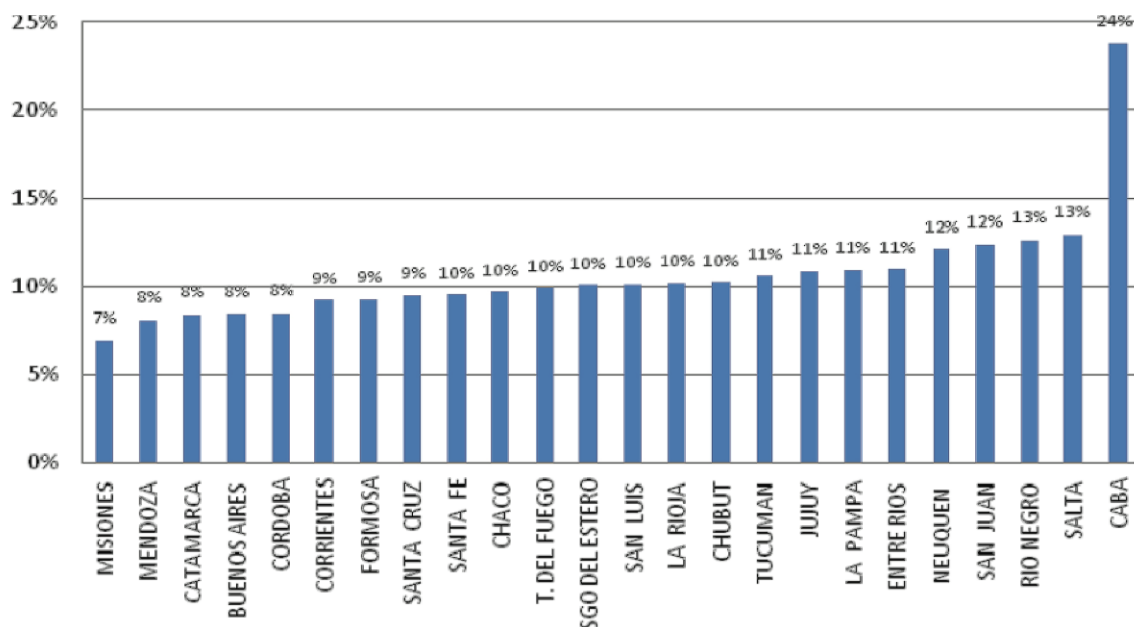


Gráfico 5. Porcentaje de distribución del gasto Público en salud por distritos Fuente MECON 201

	% of GDP	%
<i>Gasto público en salud (1)</i>	2,57	27,3
Nacional	0,47	
Provincial	1,75	
Local	0,35	
<i>Gasto de las Obras Sociales (2)</i>	3,64	38,7
<i>Obras Sociales Nacionales</i>	1,87	
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP)	0,90	
<i>Obras Sociales Provinciales</i>	0,87	
<i>Sector Público y Obras Sociales Subtotal (1)+(2)</i>	6,21	66,1
<i>Gasto privado en salud (3)</i>	3,19	33,9
<i>Gasto total en salud (1) + (2) + (3)</i>	9,40	

Tabla 7. Porcentaje del gasto por fuente de financiamiento. Fuente: Cetrángolo y Goldschmit, 2012

B) Gasto total en salud per cápita (Ajustado por poder de paridad de pago en dólares Internacionales)

El gasto total en salud per cápita para 2012 correspondió a 967 US\$ dólares para Argentina, sin embargo en 2009 en un interesante estudio de Banco Mundial se identificaron las brechas existentes dentro del gasto para las distintas modalidades de aseguramiento existiendo un promedio de 732 US\$ pero llegando a 3108 US\$ para el ISSJP-Pami y de 1812 US\$ para los asegurados en Obras Sociales Provinciales. (Cetrángolo y Goldschmit, 2012)

Gasto per cápita

Población beneficiaria	Sector Público	Obras sociales Nacionales	PAMI ISSJyP	Obras sociales Provinciales	Sector Privado
Población derechohabiente	Todo ciudadano puede asistir en los hospitales públicos	Nómina de trabajadores en blanco y sus familias y algunos jubilados que optan	Jubilados de todas las ramas de actividad y jubilados nacionales	Nómina de trabajadores provinciales y municipales, dependientes y jubilados provinciales	Personas que contratan seguros privados o que desregulan a través de EMP de Med Prepaga
Cantidad	41,098.80	18.685.052	3.987.898	5.678.000	3.800.450
% de población	100%	46%	9%	14,30%	9,10%
Gasto per cápita por mes	Us\$ 61	Us\$ 96	Us\$ 259	Us\$ 151	Sin Datos

Tabla 8. Gasto total de salud mensual per cápita de acuerdo al sector que financia
Fuente: Banco Mundial datos 2012

C) Gasto de Bolsillo

El gasto de bolsillo se refiere a los pagos de salud realizados por los hogares en el punto que reciben servicios de salud.

Para Argentina el gasto de bolsillo puede llegar 65% considerando todos los gastos fuera de la coberturas de seguros, pero es inversamente proporcional al modo de cobertura, así el promedio impacta en los que menos tienen.

Mientras que los seguros privados tienen muy poco gasto, los asegurados por el estado tienen una incidencia enorme, sobre todo en los eventos de hospitalización. Sin embargo frente a otros países el gasto de bolsillo es alto y se eleva en la incidencia cuando el jefe del hogar es mayor a 65 años, cuando existen 3 o más eventos hospitalarios al año y en la presencia de adultos mayores con patologías crónicas. A su vez los gastos catastróficos están asociados a eventos hospitalarios. Los gastos de bolsillo por eventos hospitalarios segmentan a los países en tres grupos. En Chile y México un hogar que experimenta un evento hospitalario puede ver crecer su razón gasto a capacidad de pago en 5 y 6 veces respectivamente. En Argentina, Brasil, Colombia y Ecuador, esta razón crece entre 2 y 3 veces. Finalmente, en Costa Rica o Uruguay, un hogar que experimenta un evento

hospitalario ve aumentar su razón de gasto a capacidad de pago en apenas un 20%. La mayor incidencia esta dada por el gasto de medicamentos, seguido por copagos de servicios anexos como laboratorio, Rx, etc y patologías invalidantes. (Perticara, 2010)

Para dar una idea de lo que significan los pagos directos, los mismos corresponden al 1,89% del PBI o sea que son cercanos a una cifra de 12.478 millones de dólares.

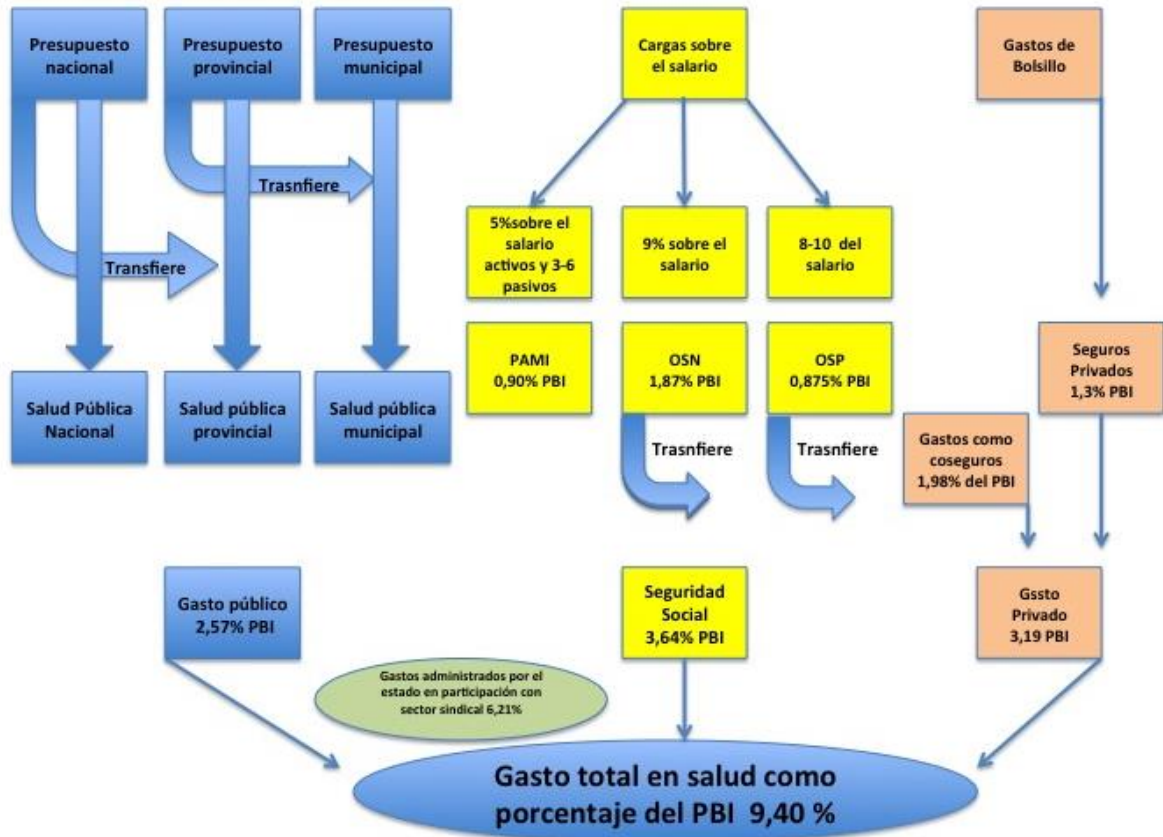


Figura 8. de Análisis del Gasto total de salud como parte del PBI. Elaboración Propia Fuente: Cetrángolo y Goldschmit, 2012.

5.2 BRASIL

5.2.1 Aspectos socio demográficos

Brasil tiene un población de 202.382 millones de habitantes (2014) de los cuales 49,3% son varones y 50,7 son mujeres. El 85% de la población es urbana, la tasa de crecimiento anual es de 0,98% (2014) y es inferior al promedio de la región (1,12%), y cerca de la mitad observada hace tan solo 20 años en el periodo 1985-1990 que fue de 1,88.

La distribución etárea es de 24% para menores de 15 años y 11% para mayores de 60 años. La tasa de fecundidad fue de 1,8 hijos por mujer en edad fértil. La tasa de mortalidad infantil se encuentra en 14,8 por cada 1000 nacidos vivos (2014) habiendo superado en casi 10 puntos porcentuales en el ultimo decenio cuando se ubicaba en 24,9 aun asi que contrasta con la de Chile de 7,2.

En el año 2013 la tasa de mortalidad materna fue de 69 mujeres por cada 10.000 nacidos vivos, inferior a la media de Latinoamérica que se ubica en pero muy superior a la de Argentina y Chile. La esperanza de vida es de 74 (69,9 para varones y 77,1 para mujeres).

En cuanto a las principales causas de muerte, Brasil presenta una característica particular: el 10% de las muertes registradas obedecen a causas de accidentes isquémicos cardiacos, los cerebro vasculares 9%, y la tercera causa más importante esta referida a patologías infecciosas entre las que se destacan infecciones respiratorias, septicemia y sepsis perinatales 10%, en el cuarto lugar se ubica la diabetes mellitus y en quinto lugar las causas de muertes por lesiones violentas 4,8 %.

5.2.2 Contexto Económico

En 2013 el PBI de Brasil fue de 2,345 billones de u\$s con un crecimiento interanual de 0,2%. Es la primera economía latinoamericana y ocupa el puesto 7 a nivel mundial en términos del tamaño de su economía. El PBI per cápita fue de u\$s 11.760 (2014) correspondiendo al puesto 67 en el mundo.

5.2.3 Información sanitaria resumida

El gasto total en salud como porcentaje del PBI fue del 9,3% para el 2013. Esta cifra es superior al promedio de la región (6,7), Sin embargo el gasto per cápita fue de u\$s 1056 PPA para el mismo año, valor superior a la media latinoamericana tambien y muy superior a hace un quinquenio en donde se ubicaba en 735 u\$s.

En los últimos 20 años, Brasil ha experimentado profundos cambios económicos, políticos y demográficos. Después del período de la dictadura militar (1964-1985), la estabilidad política y económica se logró a mediados de la década de 1990. generando un solido crecimiento económico y una reducción de la desigualdad de ingresos, frente a este desafío fue uno de los primeros países de América Latina que decidió

establecer una modalidad de cobertura universal de salud como un derecho fundamental, basada en los principios constitucionales que el cuidado de la salud es un derecho individual y un deber del Estado y en la misma carta magna especifica que debe ser gratuita en el punto de dispensación. Así la reforma a finales de 1980 creó el Sistema Único de Salud (Sistema Único de Saúde, o SUS). Este sistema se estableció oficialmente en un apartado específico la Constitución de 1988, y se le otorgó categoría de Ley superior en las Leyes 8.080 y 8.142 de 1990. El impulso para el SUS se produjo en parte por el aumento de los costos y una crisis en el sistema de seguridad social, pero también obedeció a un reclamo político de amplia base reclamando volver a la democratización y la mejora de los derechos sociales. En el sector salud, el movimiento sanitario defendió profundas reformas del sistema de salud.

El sistema de salud anterior tenía varios sistemas verticales, independientes y no coordinados, cada uno con su propia fuente de financiación de esta manera SUS integró estos sistemas en un único sistema de financiación pública para toda la población, conformando un fondo mancomunado que se nutre de los aportes y contribuciones de las nóminas salariales y de financiamiento público derivado de rentas generales a través de impuestos generales.

De esta manera la reforma se argumentó como un sistema de financiamiento público que en base a un sistema de desarrollo en red y con financiamiento asegurado que garantizaría a cada ciudadano brasileño servicios de salud, si bien de hecho el sistema aumentó el acceso y uso de los servicios públicos, sobre todo a través de la expansión de la atención primaria de salud (APS). Sin embargo, el acceso a la atención especializada y servicios de diagnóstico que fue un reclamo ciudadano, difícilmente llegó a completarlo en todo el territorio y para toda la población, fue así que este camino se reglamentó otro régimen denominado Sistema de Salud Suplementar y regulado por la Agencia Nacional de Salud Suplementar. Esta introducción significó la introducción del mercado de seguros de salud privados y aunque se configura como un sistema complementario, el mismo se ha extendido ampliamente en los últimos 15 años, y el número de personas con planes privados de salud ha aumentado progresivamente y da cuenta de ello que en 2012 se contaban con que más de 50 millones de brasileños estaban cubiertos por algún tipo de plan de salud privado correspondiendo al 25% de la población.

Los principios fundacionales de SUS tal como fueron consagrados en la misma constitución y en sus leyes básicas incluyeron tres principios fundamentales:

- a) Acceso universal a los servicios de salud.
- b) La definición de la salud como un derecho básico del ciudadano y una obligación del Estado de cubrirla.
- c) La igualdad de acceso a la atención médica; y la exhaustividad y la continuidad de la atención.

Estos conceptos fueron respaldados por otros atributos, se favoreció el compromiso de todos los estados federados y municipios como responsables del sistema en

forma compartida, lo que se materializó en la descentralización de la mayoría de las responsabilidades de ejecución en los estados y en los municipios y con amplios acuerdos de financiamiento en conjunto y aumento de la participación en las decisiones con la comunidad y reorganización del sistema para mejorar la integración y coordinación, y así reducir la duplicación. Mas recientemente se incluyeron acuerdos referidos al consentimiento informado, la autonomía del paciente y los derechos de los pacientes.

Aun así, dadas las características del país en extensión y en diversidad de situaciones sociales contrastantes, veinte años después de la reforma SUS, aún hoy no se cuenta con un acceso igualitario y mucho menos universal, quedando grandes áreas de territorio y núcleos poblacionales con dificultades en el acceso a la salud, por otro lado la proporción del gasto total en salud financiado por sigue siendo inferior al de los países que cuentan con sistemas nacionales de salud como los de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y en muchos países de ingresos medios.

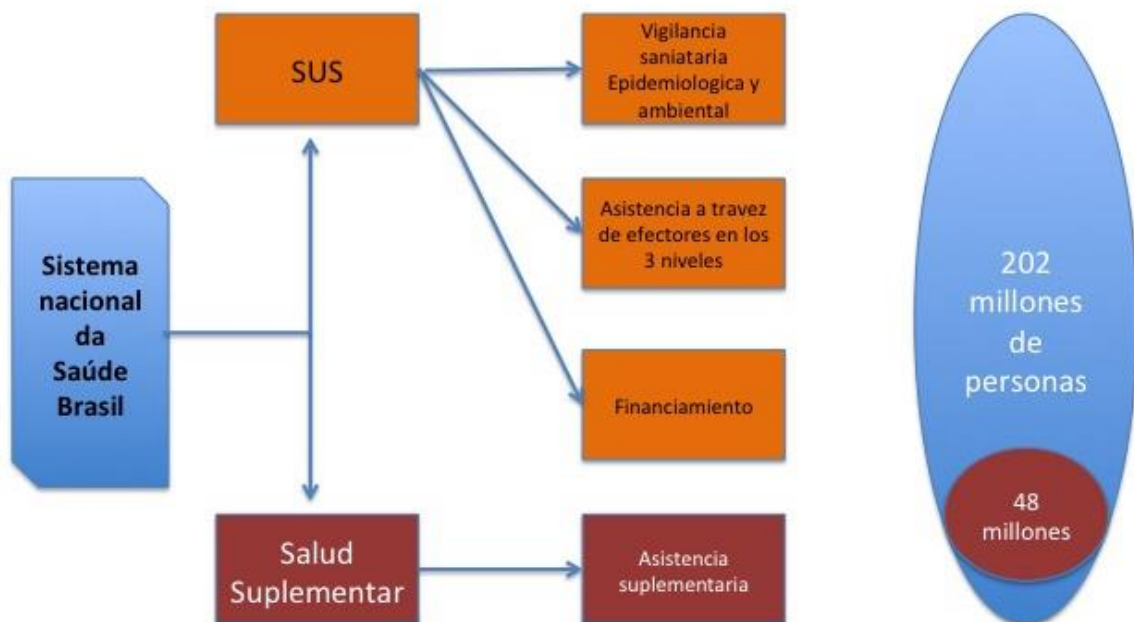


Figura 9. Segmentación en el Sistema Nacional de Salud de Brasil. Elaboración propia

Por otro lado el continuo crecimiento del gasto privado, y el número de personas cubiertas por el seguro de salud privado, ha dado lugar a un sistema de salud de dos niveles. Los que tienen los medios suficientes o cuyos empleadores proporcionan cobertura suplementaria de salud en torno a un 25 por ciento de la población y el resto de la población que recurre al sistema público con dificultades en la prestación de servicios, sobretodo en el segundo y tercer nivel. El acceso sigue siendo un problema importante, en particular, para la atención de media y alta complejidad. Al igual que en Argentina en tanto, este sistema privado recibe transferencias y subsidios cruzados para las vacunas,

servicios de alto costo, y los procedimientos complejos, como la hemodiálisis y el trasplantes.

Los logros del SUS son indiscutibles, pero el sistema de salud se enfrenta a retos importantes, los más significativos relacionados con las brechas de cobertura restantes en la atención primaria, las barreras de acceso a especialistas y atención de alta complejidad, calidad y coordinación de la atención. Por ejemplo, existe una amplia evidencia de que los largos tiempos de espera son una fuente de considerable frustración entre los usuarios del SUS (Gragnotati et al. 2013). Así mismo las distancias y los costos de distribución de medicamentos y acceso a los mismos por parte de poblaciones aisladas.

También existen problemas reconocidos en el acceso a los procedimientos de diagnóstico y atención especializada. Tomando el ejemplo de tratamiento contra el cáncer, retrasos en el diagnóstico significa que el 60 por ciento de los pacientes de cáncer se diagnostican en una fase muy avanzada, un problema agravado por los retrasos en el acceso al tratamiento (Gragnotati et al. 2013). Hay varios factores que contribuyen al problema, incluyendo la falta de capacidad en el sistema, la insuficiencia de personal con calificaciones en las especialidades pertinentes (por ejemplo, patólogos), deficiencias en los sistemas de referencia y contra-referencia, y los copagos.

Aunque las reformas del SUS no establecieron ningún objetivo explícito para el gasto privado, los reformadores del SUS sugirieron que el sistema de salud suplementario disminuiría una vez que el SUS otorgara más y mejores servicios como esto no ha ocurrido, y de hecho, a pesar de las intenciones ha ocurrido lo contrario, el gasto privado se ha mantenido en lento pero implacable ascenso. Un dato interesante está relatado con respecto al desarrollo de grandes conglomerados de producción de medicamentos que suplieron las drogas importadas por producción nacional y que llevó a disminuir el gasto de bolsillo por abaratamiento, pero aún así el mismo es de alrededor del 30%.

Evidencias recientes sugieren una incidencia de gastos catastróficos del 2,2 por ciento si se considera todo el gasto de bolsillo (Magnus, Lindelow, Araujo 2004)

Una gran parte de esta carga se puede atribuir al gasto en medicamentos, que afecta más a los pobres, de hecho hay evidencia de que para los deciles inferiores de la distribución del ingreso brasileño, el gasto de medicamentos representa el 60 a 70 por ciento del gasto total en salud, mientras que para el extremo superior representa sólo 25-35 por ciento (Gragnotati et al. 2013).

Otro interesante dato es que los oferentes de medicamentos generan innovación espúrea tratando de generar demanda fuera de la lista de medicamentos esenciales SUS, típicamente por proveedores fuera de SUS o automedicación.

En tanto se puede decir que Gasto público en salud se caracterizan por una considerable complejidad institucional, lo que refleja los acuerdos definidos en la

reforma de salud allí la atención de la salud se concibe como una responsabilidad compartida y tripartita con los municipios que deben asumir un papel de liderazgo en la prestación de servicios de salud, los estados y el gobierno federal que mantienen la responsabilidad de derivación y la financiación que se comparten en los tres niveles.

Los fondos se recogen y se agruparon en cada nivel de gobierno. La cantidad mínima de recursos que se asignan a la Secretaría de Salud (Minsa) y las secretarías de salud estatales y municipales ha sido definidos por la Enmienda Constitucional N° 29/2000, que define niveles mínimos de gasto en salud por esfera nacional de gobierno. Entre 1980 y 2009, la participación de los municipios y estados en la financiación sanitaria aumentó, sobre todo a partir de la década de 1990, alcanzando el 28 por ciento y 27 por ciento respectivamente en 2009. La participación del gobierno federal se redujo de más del 70 por ciento a 45 por ciento en el mismo período. Este cambio en el patrón de financiamiento es coherente tanto con el proceso de descentralización de la prestación de servicios, uno de los principios de organización del SUS, y con la nueva estructura financiera definida por la Enmienda Constitucional No. 29.

Si bien el gasto en salud se ha incrementado sustancialmente en términos absolutos y por términos per-se, la participación del gasto público en el PIB ha crecido más lentamente, y hay un fuerte vínculo entre el gasto público en salud y el ciclo económico, con aumentos durante las expansiones y fuertes recortes durante las recesiones. Esta había sido una característica típica de la financiación pública antes de la existencia del SUS y se mantuvo después de su fundación.

Finalmente y como introducción del análisis estructural queda claro que el SUS fue resultado de un largo trabajo de sanitaristas de sólida formación comprometidos con los derechos humanos, que tuvieron como premisa la universalidad del acceso a la salud como derecho de los ciudadanos y como un deber del Estado su asistencia y atención, y esto se fundamentó también en el entendimiento que al Estado le cabe el deber de ejercer control sobre las actividades en el campo de la asistencia sanitaria, y que todo que el proceso debe ser administrado por un sistema de co-gestión entre el estado federal, los estados miembros y los Municipios, y sometido al control social representado por Consejos de Salud, que instituidos formalmente en las tres instancias del gobierno debieran asegurar el sistema. En síntesis las metas del SUS pueden ser entendidas de la siguiente manera: universalidad, equidad, integralidad y control social. Para una mejor comprensión de las condiciones que permitieron la elaboración del ideario del SUS, como proyecto de la sociedad brasileña, es necesario conocer la realidad política de la época y la importancia de los movimientos sociales que condujeron el proceso. Ningún partido político u organización internacional, ni siquiera las autoridades gubernamentales de aquella época, tuvieron participación alguna en la construcción del proyecto. Al contrario, durante la dictadura militar se practicó una internacionalización de la economía, se defendía la tesis de que antes de invertir en programas sociales era necesario promover un robusto crecimiento de la economía, para después dividir la riqueza entre toda la sociedad. Sería necesario primero "agrandar la riqueza" y después distribuirla con el fin de atender a las demandas sociales. Solo con la 8a Conferencia Nacional da Saude, llevada a cabo ya en el periodo de transición a la democracia, la instalación de la Asamblea General Constituyente y la proclamación de

una nueva Constitución en 1988, se estableció que la salud sería un derecho de todos los ciudadanos y una obligación del Estado. Hasta esa fecha, apenas existía el Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que ofrecía una atención médica precaria.

Asimismo, la oferta de seguros de salud privados empezó en esta época y mostró el camino equivocado que asumirían las relaciones entre los intereses públicos y el mercado de los seguros de salud. Actualmente estos seguros tienen un porcentaje de cobertura de cerca del 25% del total de brasileños, lo que significa una población de alrededor de 48 millones de personas, que están en su mayor parte ubicadas en la región sudeste, la más rica del país. La administración de estos seguros mantiene un rígido control sobre los procedimientos médicos, cobran de sus usuarios altas mensualidades y pagan a los profesionales de salud honorarios mediocres. Brasil, actualmente, se ha convertido en un objetivo de gran interés para el mercado de salud privado; un ejemplo de esto es la compra de la compañía de seguros AMIL por la empresa norteamericana United Health Group, transacción evaluada en 10 mil millones de reales. Esta transacción fue confirmada en Octubre de 2012 y significa la transferencia a una compañía de seguros norteamericana de 5,9 millones de nuevos afiliados. Se percibe, además, un creciente interés de la iniciativa privada en el área de la enseñanza universitaria, incluyendo la formación de profesionales de la salud. Ejemplo reciente de este negocio fue la compra de varias universidades brasileñas por la transnacional Kroton, que tiene entre sus accionistas al poderoso fondo de inversión Advent International Corporation.

5.2.4 Recursos Estructurales

El modelo de atención del SUS está basado en un programa de salud familiar que organiza 32.029 equipos de salud constituidos por 246.976 agentes distribuidos en 1429 núcleos de atención. La atención básica es el principal atributo siendo un servicio de primer contacto con organización longitudinal hacia la responsabilidad del paciente a lo largo de la vida. Es un sistema nominado orientado hacia la promoción, prevención y atención de las personas y decide las implicancias según la complejidad de la atención en centros familiares o en equipos de salud de segundo y tercer nivel.

La prestación de servicios se realiza a través de la organización de Redes de Atención de Salud denominadas RAS. Las RAS coordinan el cuidado, distribuyen los recursos y derivan los pacientes de acuerdo a criterios demográficos, epidemiológicos y sanitarios hacia cualquiera de las unidades del SUS. En si y en cuanto a la prestación de servicios ya sea por necesidad y demanda como por oportunidad de acceso, según datos del Ministerio da Saude el número de personas que buscaron atención primaria de salud en las clínicas aumentaron alrededor de un 450 por ciento entre 1981 y 2008. Entre 1990 y 2009, el número de consultas médicas por habitante también se incrementó en un 70 por ciento, y el volumen de procedimientos de atención básica per cápita pasó de alrededor de 2,5 a más de ocho. (Paim 2011).

El crecimiento de los centros de atención ambulatoria proporciona un indicador del creciente énfasis en la atención primaria en el último par de décadas. Un factor clave ha sido el rápido despliegue de la Estrategia Salud de la Familia (FSE) y el Programa de Agentes Comunitarios de Salud–(PACS). El FSE ha crecido rápidamente: entre 1998 y 2010, los equipos del FSE aumentaron de 4.000 a más de 32.029 y la inscripción y nominación de personas se expandió de 10,6 millones a más de 100 millones de personas, es decir poco más del 50 por ciento de la población sin embargo aun no se llega a la nominación del 100%.

Otro de los problemas que el servicio presentaba y fue corregido fueron los servicios de atención inmediata o de urgencia que implantó centrales de atención móvil de urgencia con recepción de clasificación de riesgo e implantación de redes móviles que dieron respuesta sobre todo en las grandes urbes.

En Brasil la red hospitalaria se caracteriza por poseer hospitales de baja complejidad a nivel local y hospitales especializados de alta complejidad en los grandes centros urbanos. Para dar una idea de la complejidad de este sistema, el Sus genera 472.000.000 de consultas médicas por año, 3.400 millones de procedimientos ambulatorios, 11.300.000 admisiones en los hospitales, atiende 2.000.000 de partos al año y realiza 21.000 trasplantes al año.

Pese a todos los avances registrados luego de mas de 21 años de existencia del sistema, las dificultades que persisten son; financiación insuficiente, heterogeneidad en la capacidad gestora entre estados y municipios, insuficiencia de oferta de acciones principalmente de media y alta complejidad, dificultades en la contratación de personal en regiones alejadas, dificultades en la integración de la red de atención y déficit de camas especialmente en clínica médica y cuidados intensivos.

Estructura y funcionamiento del SUS. Un sistema unico que esconde un sistema paralelo.

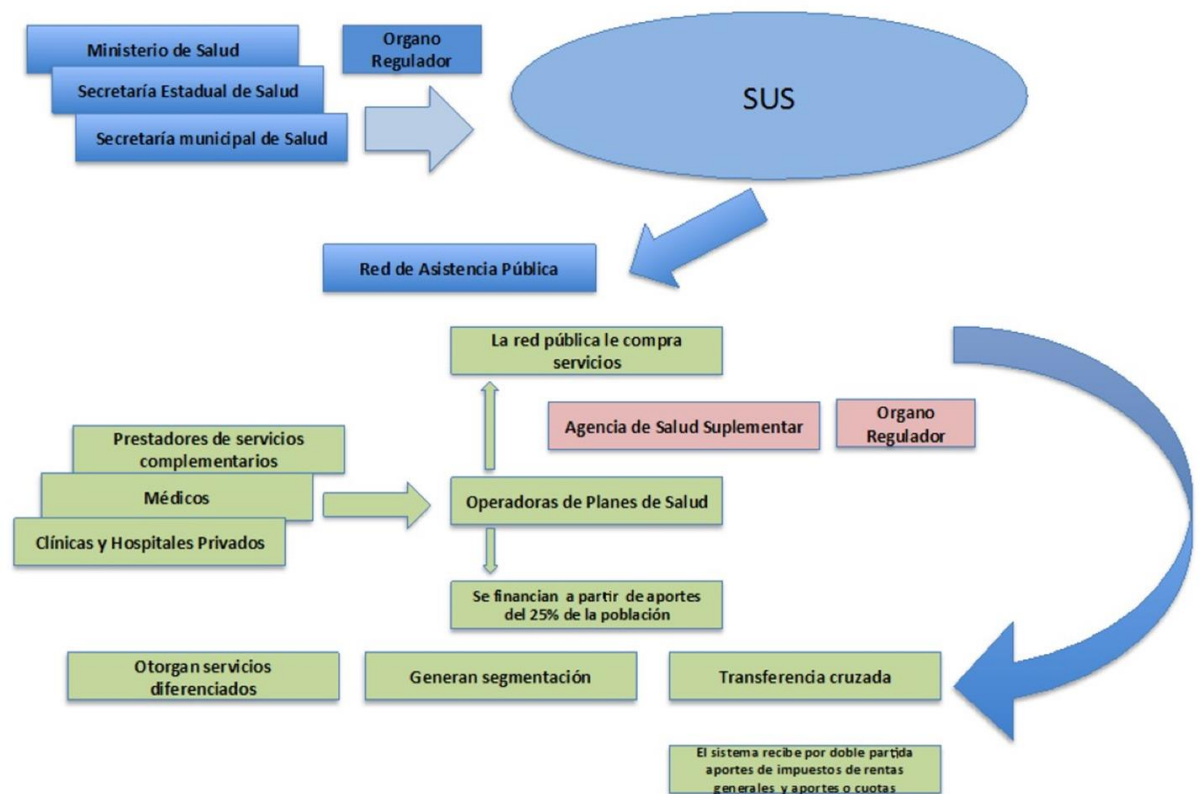


Figura 10 Sistema único de Salud y Agencia de Salud Suplementar-Elaboración Propia

Brechas en cobertura poblacional y cobertura de servicios:

Entre las principales barreras para el acceso universal de salud se plantean los problemas de gestión de áreas de trabajo, insuficiencia de profesionales en las zonas desfavorables, existencia de amplia cobertura nominativa pero escasa cobertura efectiva con dificultades en la garantía de acceso oportuno a la atención integral y sobre todo a la atención especializada.

Existen vacíos y desigualdades en la cobertura existiendo marcadas brechas de equidad.

5.2.5 Financiamiento

Las fuentes de financiamiento del sistema de salud brasileño están constituidas por recursos provenientes del presupuesto y recaudados desde el cobro de

aportes y contribuciones de los trabajadores que constituyen el 35 % de los fondos, la contribución sobre el lucro neto de las empresas que conforma otro 35 % del monto total y un 20 % constituido por un fondo fiscal de impuesto a la renta. Desde allí los fondos son transferidos a los estados y municipios conformando el 44,8 % de los gastos y los estados y municipios aportan el 25 % (estados) y el 29 % (municipios). Sin embargo el gasto porcentual de PBI que Brasil hizo en 2008 correspondió solamente al 3,67 % del PBI. y debió aumentarse al 8,7 actual para dar respuesta al financiamiento del sistema.

5.2.6 Recursos Humanos

De acuerdo con datos de OMS, en 2006 Brasil contaba con 17 médicos por cada 10.000 habitantes, cifra mayor al promedio latinoamericano (10,6) pero su distribución es crítica existiendo una alta concentración de RRHH, y la media de enfermeras profesionales se ubicaba en 5,4 por 10.000 habitantes para el mismo año.

Una de las dificultades de Brasil es la concentración de actividad económica industrial y de servicios en los grandes conglomerados urbanos del sudeste del país, fundamentalmente en las regiones de mayor desarrollo los estados de Sao Paulo, Rio de Janeiro, Paraná y Minas Gerais que concentran recursos humanos y asistenciales coexistiendo escasez y mala distribución en las regiones del nordeste y noroeste, lo que representa un obstáculo importante para el logro de los objetivos de CUS.

Brasil posee menos médicos que los países del cono sur y del Mercosur. Además, la distribución geográfica y sectorial de los médicos está marcada por las desigualdades, ya que muchos médicos trabajan en las zonas urbanas en el sector privado o en atención especializada. En 2010, 1.304 municipios tenían escasez de médicos, especialmente los de las zonas rurales y suburbanas, o de difícil acceso (Girardi et al .2011); (Dal Poz. 2013).

Las disparidades en las densidades de los trabajadores de salud se han reducido en gran medida a través de la expansión de los servicios de salud de la familia, pero el reclutamiento y la retención sigue siendo un problema, especialmente en los estados rurales del norte y noreste. El gobierno presentó el Programa de Mejoramiento de Profesionales de Atención Primaria de Salud denominado Programa de Valorização dos Profissionais na Atención Básica -PROVAB en 2011, para el desarrollo de diversos incentivos para los profesionales de la salud, algunos son monetarios, así como puntos de bonificación en los exámenes de admisión en los programas médicos de residencia y los cursos de especialización en salud familiar como contrapartida los postulantes deben trabajar durante un mínimo de un año de la APS en las áreas designadas como desatendidos por el gobierno federal.

Recientemente, dada la persistencia de puestos vacantes en áreas remotas y desatendidas, y en respuesta a una ola de protestas populares contra la baja calidad de la atención, el gobierno brasileño decidió contratar a los médicos formados en el extranjero a través de los programas "Mais Medicos". Este programa busca reclutar a miles de médicos extranjeros y locales a zonas desatendidas, donde los brasileños no quieren trabajar. El programa, que ha atraído a los médicos de países tan diversos como Argentina,

Cuba, Portugal y España, así como los brasileños formados en el extranjero, ofrece un contrato de tres años en medicina familiar en el valor de mercado (10.000 reales / US \$ 4.250 al mes), más vivienda y educación continua. También proporciona formación médica y mejoras de infraestructura. Hasta ahora, la gran mayoría de los médicos matriculados son de Cuba a través de un acuerdo que implica a la Organización Panamericana de la Salud, y los gobiernos de Cuba y Brasil.

En tanto al igual que con otros países, Brasil se enfrenta también a los costos y las limitaciones de recursos humanos para hacer frente a los problemas crecientes relacionados con las enfermedades crónicas.

5.2.7 Resumen de indicadores de cobertura de servicios

BRASIL

Los conjuntos de prestaciones identificados y analizados en este caso son :

- Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) - SUS
- Rol de Procedimientos y Eventos en Salud (RPES)- Salud Suplementar

Si bien se han identificado otros conjuntos de prestaciones en Brasil (como el programa Farmácia Popular), se ha propuesto incluir los dos seleccionados por ser representativos de los distintos modelos de cobertura de servicios existentes, y por su amplitud geográfica y de prestaciones incluidas.

Nombre del CPS	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) – SUS
Fecha de puesta en marcha	2011
Puerta de entrada	Condición de ciudadano
% Población cubierta por el CPS	100 % de la que accede al SUS (180 millones de personas)
Objetivos	Se define al SUS como una estrategia de reorientación del modelo asistencial operacionalizada mediante la implantación de equipos multiprofesionales en unidades básicas de salud, para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de las enfermedades y problemas de salud más frecuentes, así como la manutención de la salud de la comunidad. El RENASES se define como la explicitación de los servicios a proveer en la estrategia SUS
Estructura	Sistema federal, estadual y municipal de provisión de servicios integrales de salud
Jerarquía normativa	Ley 8080 Ley de Salud - Ley 8142 Sistema Único de Salud Portaria nº 2048 03/09/09 Portaria nº 841 02/05/12
Entidad reguladora	Ministerio de Salud. Consejos de Salud –Nacional, Estatal, y Municipal
Tipo de servicios que comprende	Acciones y servicios de atención primaria Urgencias servicios de 1 , 2 y 3 nivel Las actividades y servicios descritos en RENASES incluirían toda la tabla de procedimientos, aparatos ortopédicos, prótesis y medicamentos del SUS. La estrategia se define como programática con inicio en la salud familiar y programas en las áreas de asistencia odontológica, de la salud de la mujer, del adulto mayor, del trabajador, de las ETS/SIDA, medicamentos genéricos, desnutrición, TB, lepra, tabaquismo y otros
Mecanismos de revisión	La Portaria 841 refiere que las adiciones, supresiones y modificaciones de las acciones y servicios serán de acuerdo con las regulaciones específicas de la Comisión Nacional Incorporación de la Tecnología en el SUS (CONITEC), la que debe proporcionar las rutinas de solicitud de análisis, de decisión y la publicidad, en el proceso administrativo para la incorporación, exclusión y evolución de las tecnologías en SUS.
Mecanismos de evaluación de impacto	No referido
Financiamiento	Impuestos federales con transferencias a estados y municipios y complementariedad con presupuestos de los estados y los municipios.
Coseguros	No refiere
Fuentes de Información	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_acoes_saude.pdf

Tabla 9. Indicadores de Servicios Brasil 1

Nombre del CPS	Rol de Procedimientos y Eventos en Salud - Salud Suplementar (RPES)
Año de puesta en marcha	2000
Puerta de entrada	Adhesión voluntaria a planes de cobertura del sistema de Salud Suplementar brasileño
Población cubierta por el CPS (% del total)	100 % de la población que adhiere al sistema a través de planes totales o parciales. A diciembre de 2011 se refieren 47,6 millones de beneficiarios de planes de salud integral y 16,8 millones de salud dental.
Objetivos	El objeto del Rol de Procedimientos es explicitar una lista mínima de las consultas, cirugías y pruebas de que un plan de salud debe ofrecer. Las normas refieren que el cuidado de la salud en los seguros de salud deben observar los siguientes principios básicos: - Perseguir la atención multidisciplinaria; - Usar de la epidemiología para el monitoreo de la calidad y las acciones de gestión de la salud, y la adopción de medidas para prevenir la estigmatización y la institucionalización de los enfermos mentales, con el fin de aumentar la autonomía.
Estructura	Refieren dos tipos de cobertura: la integral por plan de referencia y la integral por segmento de referencia (ambulatorio, hospital, dental u hospitalario con la obstetricia). En ambos casos para el conjunto o el segmento elegido deben cubrir de base el Rol de Procedimientos y Eventos en Salud La ley no impide la comercialización de planes con cobertura y características superiores al Plan de Referencia tales como aquellos con diferentes tipos de alojamiento o con cobertura para no obligatorios (como la cirugía estética).
Marco Normativo	Resolución Normativa – RN nº 262 de 2011
Entidad reguladora	Agencia Nacional de Salud Suplementar (ANS)
Tipo de servicios que comprende	Clasificados en cuatro grandes capítulos: Procedimientos Generales; Procedimientos Clínicos, Ambulatorios y Hospitalarios; Procedimientos Quirúrgicos e Invasivos y Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos. Estos contienen 3.132 procedimientos dispuestos de acuerdo con la segmentación de los planes ambulatorio, hospitalar u hospitalar con obstetricia Incluye Odontología en planes con esta cobertura No incluye medicamentos en ambulatorio (excepto programáticos)
Mecanismos de revisión	Corresponde a la Administración Salud - GEAS de la Dirección General de la Junta de Asistencia Regulatoria Normas y de Calificación de Productos el revisar periódicamente el listado lo cual sucede cada uno dos años. El proceso de revisión se basa en el papel de la constitución de un Grupo Técnico compuesto por representantes de las organizaciones de consumidores, operadores de los planes de salud, profesionales de la salud que trabajan en los planes de salud. La propuesta inicial del Grupo Técnico fue sometida a consulta pública con participación de la sociedad, refiriendo cerca de 8.000 contribuciones, de los cuales 70% eran usuarios
Mecanismos de evaluación de impacto	No refiere
Financiamiento	Pago mensual al seguro responsable de la cobertura
Coseguros	Variables según servicios y planes
Fuentes de Información	http://portal.saude.gov.br/portal/saude http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/materiais-por-tipo-de-publicacao/765-livros http://info.worldbank.org/etools/docs/library/48304/30803.pdf

Tabla 10. Indicadores de Servicios Brasil 2

5.2.8 Variables relacionadas con el eje de financiamiento

a) Gasto total en salud como porcentaje del Producto Bruto Interno.

De acuerdo con datos de Banco Mundial el gasto total en salud como porcentaje del PBI en Brasil se encuentra en amplia expansión habiendo llegado al 8,7 % para el año 2014. Las autoridades sanitarias están en una encrucijada o seguir expandiendo el SUS que por proyección por los crecientes costos que ya representarían en proyección 2016 un 11 por ciento del PBI. Según los niveles actuales y debidos a la ineficiencia del sistema de salud, el gasto total en salud podría aumentar al 12 por ciento del PIB para 2017, mientras que el gasto familiar en salud como porcentaje del ingreso podría elevarse del 5 al 11 por ciento. Aumentar la eficiencia y efectividad en el uso de los recursos de salud para detener los costos crecientes es quizás, el desafío más grande que enfrenta el sistema de salud brasileño.

Muchos de los desafíos que enfrenta el sector salud están vinculados a una gobernanza deficiente, en especial, la falta de incentivos y sistemas de rendición de cuentas que garanticen que los servicios puedan ser costeados y mantengan una calidad razonable. El gasto público constituye una herramienta eficaz para influir en el desempeño de los proveedores que reciben fondos públicos. Y Este es el camino que pareciera debiera comenzar a transitar al expandirse el sistema brasileño que esta comprando aceleradamente servicios privados. En materia de salud, la gobernanza también se refiere a los medios a través de los cuales se responsabiliza a una organización proveedora (como un hospital), sus administradores y personal, por sus acciones (como administración de los recursos, planificación, supervisión del servicio, gestión financiera, etc.).

El Sistema Único de Salud (SUS), financiado con fondos públicos, cubre nominalmente a toda la población brasileña con una gama completa de servicios gratuitos. En la práctica, es el único servicio de salud que recibe más de la mitad de la población, y es el principal proveedor de cuidados de salud para los pobres.

Es claro que la estructura federal de Brasil y el carácter descentralizado del SUS, dificulta la supervisión y el seguimiento de los flujos financieros, lo que a su vez complica y dificulta el atribuir responsabilidades.

b) Gasto total en salud per cápita (Ajustado por poder de paridad de pago en dólares Internacionales)

El gasto total en salud per cápita para 2013 correspondió a 1056 US\$ dólares pero sin embargo en 2007 se había identificado como de 678 US\$ dólares este crecimiento no tiene correlato con el crecimiento de PBI y esto significaría que el costo de

la salud en Brasil comienza a erosionar el presupuesto de las familias expandiéndose mas allá del crecimiento del país.

C) Gasto de Bolsillo

El gasto de bolsillo como en toda Latinoamérica significa un distintivo y es correlato de la debilidad del sistema para evitar el impacto en los quintiles mas bajos, en Brasil para el año 2013 el gasto de bolsillo se ubico en el 57,8 % aquí no se puede discriminar la fuente ya que el sistema toma como gasto privado todo lo que pasa por fuera del SUS, para Araujo (Araujo. 2014) el elevado gasto de bolsillo se pone en evidencia sobre todo la imposibilidad de brindar cobertura en medicamentos y en tercer nivel y configura un dato duro de la realidad de un macrosistema de salud como el SUS.

5.3. CHILE

5.3.1 Aspectos socio demográficos

Chile tiene una población de 17.620.345 habitantes con una distribución de mujeres de 50,5% el 88% de su población es urbana, en el último quinquenio 2009-2014 la población creció a un ritmo anual de 0,99% por debajo del promedio regional de 1,15% y muy por debajo al que se observa hace 20 años (1,77 para el quinquenio 1985-1990). Chile se encuentra en una etapa avanzada de la transición demo-epidemiológica los menores de 15 años representan poco mas del 21,2% mientras que los mayores de 60 años superan el 14% (Argentina 15,8%, Uruguay 16,3% y 11% para Brasil) sin embargo la tasa de fecundidad aún es de 1,8 por mujer en edad fértil.

Junto a Uruguay y Costa Rica, Chile presenta los mejores indicadores de salud de Latinoamérica: la tasa de mortalidad infantil se ubica en 7,81 por 1000 nacidos vivos y contrasta con la de Brasil de ,14 por 1000, en tanto la mortalidad materna fue de 22 por 100.000 nacidos vivos, lo cual es considerablemente inferior al promedio latinoamericano. Además muestra una mejora sustancial en una esperanza de vida pasando de 63,5 en 2000 a 80,2 años en 2013 (82 para mujeres y 78 para hombres).

Como en todos los países que cursan la transición la misma se ha acompañado de un aumento considerable de las enfermedades no trasmisibles. La carga de enfermedad y la encuesta nacional de salud de pone en evidencia que las enfermedades del aparato circulatorio, los tumores y las enfermedades respiratorias en el 2012 supusieron el 32,9, 21,4 y el 7,3 % del total de muertes.

5.3.2 Contexto Económico

Chile es una de las economías que se identifica como medianamente estables dentro del contexto latinoamericano con un crecimiento anual del PBI para 2013

de 4,1%. El PBI para 2013 fue de 277,1 mil millones de dólares (valor ajustado por paridad de poder adquisitivo PPA) la economía de Chile ocupa el sexto lugar de Latinoamérica y el puesto 45 a nivel mundial en términos del tamaño de su economía. El PBI per cápita (2013) fue de 15.900 lo que la coloca en el puesto 73.

El gasto total en salud, que corresponde al 7,2% del PIB, hace 4 años era de 6,9 está compuesto por: el aporte público con el 3,1%, las contribuciones a la seguridad social obligatoria con el 2,56% y el gasto privado con el 1,54% del PIB. Los principales rubros del gasto privado son las cotizaciones voluntarias y copagos con el 59% y medicamentos con el 30%. El presupuesto de salud proviene de: recursos fiscales nacionales y municipales; la contribución del 7% sobre el salario de los asegurados en el régimen obligatorio de FONASA y los copagos; y la cotización del 7% obligatorio de los asegurados a las ISAPRE.

5.3.3 Información sanitaria resumida

El sistema de salud de Chile esta compuesto por dos sectores: el público y el privado. El sector público aglutina a todos los organismos que se constituyen como el Sistema Nacional de Servicios de Salud ellos son: el Instituto Nacional de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, la Superintendencia de Salud y el Fondo Nacional de Salud (FONASA), con una cobertura que alcanza al 72% de la población (cifra que estaría en continuo aumento).

En tanto el sistema privado se financia con contribuciones obligatorias y se reúne en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) que cubren alrededor del 17 por ciento de la población en los quintiles más altos de ingreso, los trabajadores chilenos pueden optar por pertenecer a FONASA o a ISAPRES de acuerdo a su poder contributivo y prima de riesgo. El 87% de la población chilena cuenta con aseguramiento de la salud. En el año 2008 FONASA tenía a su cargo al 71% de la población e ISAPRE alrededor del 16%.

Una de las características de este sistema dentro del concierto de naciones latinoamericanas es el origen del mismo, luego de la desaparición de un sistema de salud socializado, en tiempos de la Dictadura de Pinochet nace este sistema, en contraposición en la misma época la mayoría de los países habían adoptado el modelo de seguro social para lograr ampliación de la cobertura de salud en el que aplicaron un enfoque gradual: primero inscribieron a los empleados del estado y a los trabajadores del sector formal y luego ofrecieron cobertura a los pobres. En cambio Chile, que alcanzó una cobertura casi universal por medio del seguro social de salud a mediados del siglo XX y que había para los pobres cobertura subsidiada con recursos públicos en las primeras etapas de la evolución del seguro social; lo pierde en la época de la Dictadura pasando al sistema privatista y centrado en las posibilidades de aportes salariales y al sistema de seguros privados tradicionales.

Otro tema distintivo es que Chile contaba también con una red pública de hospitales y centros de atención primaria que abarcaba todo el país. Y que en un intento privatista en algún momento se desestructura, es recién después de la

promulgación de la ley AUGE Acceso Universal de Garantías Explícitas en el año 2005 y a partir de allí que se opera un sistema que está ahora más cerca del objetivo de universalidad ya dicha ley dispuso que las aseguradoras del seguro social debían adoptar un plan de beneficios definido por medio de garantías legales explícitas para todos los beneficiarios.

Esta reforma innovadora es una política que surgió en reacción a la que existía previamente en Chile y está extendida en muchos países en desarrollo, según la cual los derechos de los ciudadanos en materia de salud siguen siendo en buena parte implícitos o no definidos. Los limitados recursos públicos en esos países implican que el acceso a la atención sanitaria se raciona mediante listas de espera, derivación de los pacientes, tarifas establecidas por mandato legal o encubiertas y servicios de baja calidad o altos coseguros.

Así la reforma del AUGE vino a suponer que todas las aseguradoras del sistema social de salud debían de ofrecer garantías de salud de tipo preventivo y curativo para enfermedades prioritarias, de acuerdo con protocolos de tratamiento, dentro de límites de tiempo específicos y con topes en los copagos.

La ley AUGE entonces rige todo el sistema de seguro social chileno. Por lo tanto, se aplica a los indigentes a quienes cubre el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), la gran aseguradora pública, a los afiliados no indigentes de Fonasa y a los beneficiarios de mayores ingresos de las aseguradoras privadas del sistema de seguro social que se conocen como Isapres (Bitrán 2009)

5.3.4 Recursos Estructurales

Chile cuenta con 4174 establecimientos dedicados al cuidado de la salud (2013) en el (2008) esto solo alcanzaban la cifra de 3454, de estos 2.398 corresponden al sector público y la gran mayoría 1.776 corresponden a centros de atención ambulatoria de especialidades, centros de atención primaria y puestos de salud rural.

La atención hospitalaria de segundo y tercer nivel se realiza en un total de 207 unidades clasificadas en cuatro tipos de hospitales de acuerdo al nivel de complejidad y capacidad resolutoria. El sector privado cuenta con 179 establecimientos, 45 hospitales de mutuales de empleadores y 134 hospitales y clínicas privadas categorizadas, sin embargo existe una red no cuantificada de consultorios y pequeñas clínicas de médicos no agrupados.

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas del país (INE), la disponibilidad de camas hospitalarias es de 2,4 por 1000 habitantes superior a la recomendada desde OMS.

5.3.5 Recursos Humanos

Según datos disponibles para 2012 (OMS), Chile contaba con 12,6 médicos por cada 10.000 habitantes, similar al promedio de la región sin embargo un dato

interesante es que según el Colegio Médico de Chile el 58,6% de todos los médicos están en la región metropolitana de Santiago de Chile y el 56% de los mismos eran especialistas. En tanto las enfermeras se cuentan en un total de 6,8 por cada 10.000 habitantes muy por debajo del 9,98 promedio para la región comparando datos de OMS para el 2012.

5.3.6 Recursos Financieros

El gasto en salud representaba hace una década en Chile el 5,2% del PBI (2004), apenas por debajo del promedio regional y muy por debajo de los otros 2 países del cono sur Argentina y Uruguay. En el 2013 el gasto de PBI es de 7,2 pero sin necesidad de aumentar demasiado, el sistema logra mantener buenos indicadores sanitarios al lado de sus vecinos. Esto particularmente se debe a un buen manejo y una extendida red de servicios de primer nivel y una APS fuerte dentro del sistema. Sin embargo el gasto de bolsillo es elevado casi del 62,5 y se traslada desde el rubro medicamentos principalmente.

5.3.7 Resumen de indicadores de cobertura de servicios

CHILE

Caso seleccionado para análisis:

- Garantías Explícitas en Salud (AUGE-GES)

Aún cuando se localizó un conjunto de prestaciones adicional en Chile para situaciones particulares (la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas-CAEC de las ISAPRES), se ha revisado solo el AUGE-GES por su universalidad, por no incorporar exclusivamente parámetros de financiamiento, y por ser un excelente ejemplo de expresión de garantías.

El sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) es un complejo mecanismo que permite al Estado chileno otorgar prestaciones específicas para las personas. Para ello, las patologías acogidas al Acceso Universal a Garantías Explícitas AUGE-GES se han agrupado según género, edad y tipo de afección; destacando los procedimientos que deben realizarse y los plazos máximos que deben cumplirse.

Nombre del CPS	Garantías Explícitas en Salud (AUGE-GES)
Año de puesta en marcha	2005
Puerta de entrada	Cotizantes de Fonasa e Isapres
Población cubierta por el CPS (% del total)	La cobertura llega al 87% de la población que adhiere al sistema a través de cotizaciones con sus dos modalidades de seguro: el obligatorio en su mayoría dentro de los ISAPRE y FONASA, y el subsidiado de protección social a través de FONASA. Este cubre al 70% de la población, en tanto las ISAPRE cubren el 16% solo bajo el régimen obligatorio. El 2,7% está cubierto por otras modalidades de aseguramiento y el 11,5% no está asegurado.
Objetivos	La Cobertura AUGE-GES asegura la garantía de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de 80 Problemas de Salud. Según el Ministerio de Salud los 80 problemas de salud contemplados dentro del AUGE-GES darían cuenta del 82% de la carga de enfermedad y del 62% de las hospitalizaciones. Se señala además que el AUGE- GES no debería excluir la atención del resto de los padecimientos pero está sujeta a tiempos de espera.
Estructura	Sistema Nacional de Servicios de Salud y una red de efectores para el FONASA. Centros privados para las ISAPRE
Marco Normativo	Ley Nacional N° 19.966, Ley 18.933 (1985) Reglamentan el derecho constitucional de protección de la salud y crean el régimen de prestaciones de salud. En 1994 a través de la ley 19.966 Plan Auge, se establece una garantía universal que explicita un nomenclador accesible y sustentable de servicios explícitos por problemas de salud
Entidad reguladora	Superintendencia de Salud
Tipo de servicios que comprende	Servicios de APS sin costo y cobertura universal, y de segundo y tercer nivel para 69 problemas de salud (a la fecha). Tanto los insumos como las prácticas y tecnologías están especificados en las guías de cobertura en las prestaciones clínico-quirúrgicas. Posee listado explícito de prestaciones farmacéuticas para todos los niveles de cuidados
Mecanismos de revisión	A través del Consejo Consultivo previsto en la ley marco del Régimen General de Garantías de Salud. Última revisión establecida por DECRETO SUPREMO N° 1 Año 2010, Ministerio de Salud. Con normativas de garantía de oportunidad, Garantía de Protección Financiera y ajuste financiero ,Garantía de Calidad con acreditación y evaluación de prestadores como así también la categorización, Notificación del Diagnóstico GES o AUGE Medicamentos Garantizados
Mecanismos de evaluación de impacto	Cumplimiento de metas y medición de niveles de salud con los componentes de mortalidad y discapacidad (AVISA) Estudios de carga de enfermedad con datos muestrales y cruce de estadísticas de notificación de patologías y problemas de salud AUGE-GES, tasas de uso e impacto en seguimiento de patologías en los grupos georeferenciados.
Financiamiento	Las cotizaciones del sistema se basan en unidades móviles de acuerdo al ingreso de los cotizantes estableciéndose una variable de aporte progresivo El valor del GES a contar desde junio 2010 es de 0.164 U.F. mensuales por cada beneficiario Una limitación del AUGE, en cuanto al acceso equitativo, es que el paciente paga el 20% del costo del tratamiento y generalmente los medicamentos. Este obstáculo es general para todos los seguros ya que,

	con excepción de la APS, toda la atención y los medicamentos tienen un copago establecido sobre la base de las condiciones socioeconómicas de la persona, la modalidad del seguro y la institución tratante. Sigue habiendo un gasto de bolsillo considerable del orden de 30% del gasto total en salud.
Coseguros	No hay coseguros explícitos para atención en ambulatorio y medicamentos No hay coseguros para salud materno-infantil, adultos mayores ni cuidados en internación Variables según planes en ISAPRES
Fuentes de Información	www.supersalud.cl/normativa www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-channel.html

Tabla 9. Indicadores de Servicios Chile

La reforma de la salud de 2005, por la cual se creó el AUGE formuló un paquete explícito de beneficios para todos los afiliados de Fonasa y de las Isapres. El paquete de beneficios del AUGE buscaba inicialmente cubrir 56 problemas de salud prioritarios y definía explícitamente cuatro garantías legales para los beneficiarios, que comprendían:

- El derecho a la atención sanitaria para los problemas prioritarios
 - La definición los protocolos de tratamiento y la definición explícita de las intervenciones garantizadas
- por ley para cada problema de salud
- La adopción de periodos máximos de espera para recibir tratamiento
 - La adopción de límites a los gastos que desembolsa el beneficiario por la atención.

La importancia de esta reforma se deriva en parte, por su definición dado que la ley de derechos explícitos de salud es para todos los beneficiarios de Fonasa, sean pobres o no. También se debe a la obligación legal de las Isapres de adoptar como mínimo las mismas garantías legales que ofrece Fonasa. Aunque las Isapres han tenido desde su creación contratos de salud con sus beneficiarios que son explícitos y reglamentados por ley, y una proporción elevada de los beneficiarios recibía más cobertura de la que exige el AUGE, la aprobación del AUGE también significó la definición de beneficios mínimos para estas aseguradoras. Por lo tanto, ningún beneficiario de una Isapre puede obtener menos cobertura de la que exige el AUGE. Es decir que el AUGE ha establecido un mínimo o estándar de cobertura al que deben ceñirse todas las aseguradoras que participen en el sistema de seguro social. A mediados de 2007, el AUGE incluía 56 problemas de salud prioritarios con sus respectivas garantías; esta cantidad aumentó a 69 para mediados de 2010; actualmente se cubren 80.

Contenido del AUGE:

A comienzos de este siglo, el ex presidente Ricardo Lagos estableció una comisión interministerial para la reforma del sistema de salud que concibió la política sobre el AUGE y estuvo a cargo del proceso que llevó a la formulación de sus primeros 56 problemas de salud prioritarios. Los Ministerios de Salud y Hacienda determinan el contenido del plan de beneficios del AUGE teniendo en cuenta varios criterios, entre ellos la carga de morbilidad, la proporción de la población que padece la enfermedad, el costo previsto por beneficiario, la capacidad de oferta de la red de salud y la eficacia de las intervenciones. Los Reformadores Vargas y Poblete (Vargas y Poblete 2008) explican los criterios que aplicó la comisión reformadora para fijar las prioridades.

La ley exige que, una vez que se adopte una decisión sobre posibles adiciones al plan de beneficios del AUGE o eliminaciones de servicios del mismo, se lleve a cabo un estudio de costos para determinar las consecuencias de los cambios en los costos del AUGE para Fonasa y las Isapres. Si el nuevo costo está dentro del rango definido por ley y determinado por la llamada "prima universal," que la ley fija en este momento en US\$ 177 anuales por beneficiario del seguro social, el Ministerio de Salud expide un decreto en el cual se especifica el plan de beneficios revisado.

Variables referidas al Financiamiento

a) Gasto total en salud como porcentaje del Producto Bruto Interno.

Chile es uno de los países que hace uso adecuado de los recursos que utiliza y los resultados que obtiene, destinando un 7,7 por ciento del PBI obtiene mejores resultados en indicadores básicos de salud con los mejores resultados en mortalidad materna, y mortalidad infantil, sin embargo no cuenta con buenos indicadores de protección social. El gasto de bolsillo es elevado y aun quedan problemas referidos a la atención de patologías crónicas y discapacitantes. Su sistema de salud no es totalmente progresivo y los fondos de financiamiento están aun muy fragmentados.

En 2005, el Congreso aprobó una ley según la cual la principal fuente de financiamiento público para los beneficios del AUGE que presta Fonasa sería un aumento de un punto porcentual al impuesto al valor agregado, que pasó del 18% al 19%. Aunque algunos estudios han demostrado que el impuesto al valor agregado de Chile tiene un efecto regresivo, otros dicen que tiene un efecto progresista por los beneficios que financia (Engel, Galetovic y Raddatz, 1997). Aunque no se han realizado estudios específicos, es probable que este aumento del impuesto sea progresivo si se los mira desde la ganancia en años de vida en salud. Fonasa compra la mayoría de los beneficios del AUGE a entidades

públicas proveedoras en los tres niveles de atención.

Esto se ajusta a una política explícita adoptada por Fonasa, que consiste en minimizar el gasto en el AUGE obteniendo la proporción más alta de los servicios que sea posible de proveedores públicos relativamente menos costosos. Sin embargo, en aquellas situaciones en las cuales existe una oferta pública insuficiente, Fonasa puede verse obligada a comprar servicios del AUGE a un proveedor privado, a un precio más alto. En 2010, Fonasa respondió a las lista de espera por servicios del AUGE con una nueva política que se conoce como el bono AUGE, la cual ofrece a los beneficiarios un bono nominal que les permite obtener los servicios del AUGE de proveedores privados cuando los proveedores públicos no se los presten en el tiempo establecido por las garantías. Sin embargo, evidencias limitadas muestran que el uso del bono ha sido moderado, porque su valor es demasiado pequeño como para resultar atractivo para los proveedores privados. A fines de 2011, Fonasa aseguró que todos los problemas relativos a las listas de espera para recibir servicios del AUGE se habían resuelto, una afirmación con la cual han estado en desacuerdo muchos y que sigue siendo tema de controversia cuando se discuten las políticas.

B) Gasto total en salud per cápita (Ajustado por poder de paridad de pago en dólares Internacionales)

El gasto total en salud per cápita para 2013 correspondió a 1204 US\$ dólares pero sin embargo en 2007 se había identificado como de 978 US\$ dólares este crecimiento tiene correlato con el crecimiento de PBI del país.

C) Gasto de Bolsillo

Uno de los problemas mas evidentes del sistema Chileno es el referido a los copagos por los servicios del AUGE. La reforma permite la adopción de copagos por parte de Fonasa y de las Isapres por los servicios del AUGE. Pero para prevenir el empobrecimiento y los grandes impactos financieros derivados de eventos relacionados con la salud, establece un límite a la magnitud de esos copagos. En Fonasa se hace una taxonomía de acuerdo al ingreso familiar y en base a la línea de pobreza, los indigentes del Grupo A y los beneficiarios de bajo ingreso del Grupo B están exentos de los copagos. En cambio, los de los grupos C y D deben realizar copagos máximos del 10% y el 20% respectivamente, que se computan partiendo de una lista de precios de Fonasa. Además, la suma de todos los copagos durante cualquier período de 12 meses no puede exceder dos salarios mensuales si la familia tiene un problema de salud de los que cubre el AUGE, y tres salarios mensuales si tiene dos o más problemas de salud incluidos.

Una vez que se alcanza ese deducible, Fonasa y las Isapres cubren todo el costo de cualquier servicio adicional del AUGE, con lo cual las familias quedan exentas de todo copago adicional hasta que se complete el periodo anual. Lo que sería un seguro para gastos catastróficos.

Otro elemento interesante desde el sistemas esta dado en lo que se da en llamar "Sistema de referencias". Los beneficiarios de Fonasa, ya sean indigentes o no,

que deseen obtener atención para uno de los problemas médicos que cubra el AUGE, deben recibir la atención de un proveedor de servicios primarios o APS, lo cual les da entrada al AUGE. Este mecanismo se instala como una puerta de entrada al sistema y ejerce una suerte de mecanismo de priorización.

De esta manera el médico actuante en el sistema de APS hace las derivaciones necesarias a niveles superiores del sistema de acuerdo con los protocolos del AUGE. Los beneficiarios pueden solicitar la confirmación de su diagnóstico relacionado con el AUGE por medio de reconocimientos médicos, como lo estipula la ley. Los beneficiarios de las Isapres que deseen obtener beneficios del AUGE deben obtener un certificado de su médico según el cual tienen un problema médico que cubre el AUGE. Luego deben presentarlo a su Isapre, que les indica cuáles son los proveedores preferidos de su red para que les presten el tratamiento apropiado. Si el beneficiario se niega a acudir a esos proveedores puede salir del AUGE y seleccionar libremente a un proveedor diferente, con lo cual tendrá la cobertura estándar (copagos, deducibles y topes) de su plan de salud. En caso de urgencias vitales, tanto los beneficiarios de Fonasa como los de las Isapres pueden obtener atención en el establecimiento más cercano, público o privado, y deben informar con prontitud a su aseguradora, que luego trasladará al paciente estabilizado a un establecimiento de su red de proveedores preferidos. El Ministerio de Salud (2009) ha mostrado pruebas de que la mayoría de los beneficiarios de Fonasa escogen recibir los servicios del AUGE de los proveedores preferidos de la entidad, que en su mayoría son entidades públicas, y que la mayoría de los beneficiarios de las Isapres tienden a salir del AUGE para recibir lo que consideran mejor atención de proveedores que no participan en el AUGE, con la cobertura estándar de la Isapre.

Los pagos por el cumplimiento del AUGE por parte de Fonasa genera en muchos casos arreglos de financiamiento de pagos a los hospitales públicos con una combinación de pagos prospectivos por caso y tarifas por cada servicio. Fonasa les paga a los centros de salud mediante una combinación de capitación, tarifas por cada servicio y pago anual por caso tratado (por ejemplo, por el tratamiento ambulatorio de enfermedades crónicas). Las Isapres les pagan a los proveedores privados que les prestan servicios de salud del AUGE principalmente por medio de tarifas por cada servicio cuando se trata de atención ambulatoria y una combinación de pago por caso tratado y tarifas por cada servicio cuando se trata de hospitalización.

Uno de los elementos interesantes en los sistemas de salud estudiados están referidos a que el Minsa en Chile ha divulgado el funcionamiento del AUGE por medio de campañas masivas de comunicación. Desde su lanzamiento en 2005, los chilenos se han estado enterando de sus derechos de salud en el marco del AUGE, y su creciente utilización de los servicios del programa lo demuestra.

Los médicos que trabajan para el sector público y para el privado tienen la obligación legal de informar a sus pacientes por escrito que su problema de salud está cubierto por el AUGE.

Por otro lado y sin embargo los mayores retos de los sistemas de salud están dados por la asignación mediante la justicia distributiva, la eficacia en la atención y

la eficiencia en el gasto para que aquella justicia distributiva tenga sentido y ejecute adecuadamente presupuestos para mas personas. Un financiamiento equitativo ideal se hace cargo de la administración transparente de los prepagos y de los pagos anticipados recaudados de forma progresiva de manera de responder adecuadamente frente a los gastos catastróficos en salud, los cuales pueden llegar a ser empobrecedores.

Frente a un sistema de salud segmentado como lo es en el chileno, y en virtud de los resultados obtenidos y del análisis realizado en esta investigación, no es posible validar adecuadamente los hallazgos que permitan concluir acerca de la justicia financiera del sistema de salud chileno como un todo, debido esencialmente a que las conclusiones son muy distintas al observar en forma separada los dos subsistemas de aseguramiento en salud que conviven en el. De esta forma, estas diferencias son tan marcadas que se comportan como 2 sistemas de salud. En el siguiente cuadro comparativo se evidencian así .

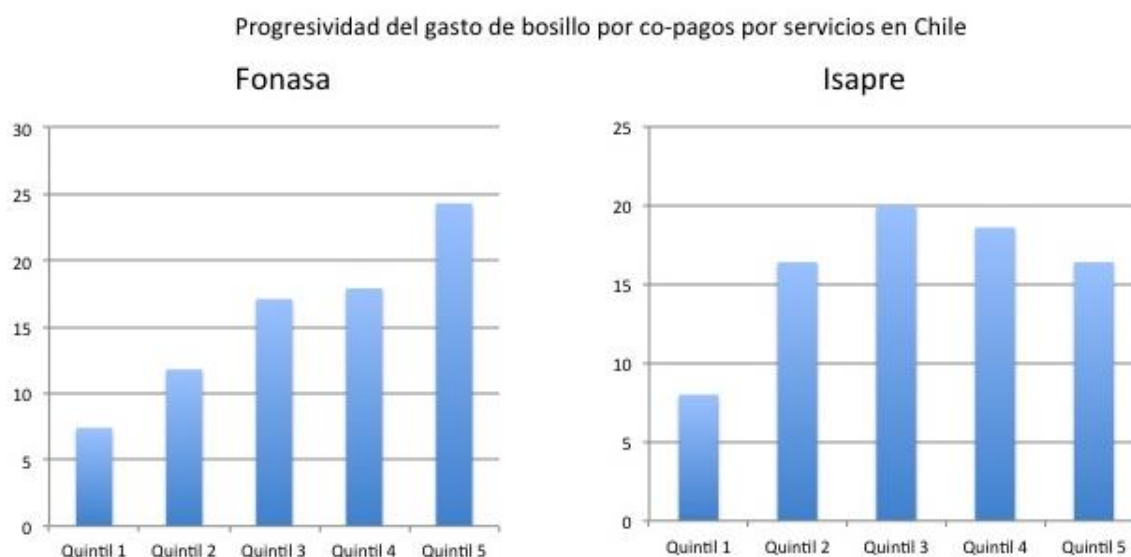


Grafico 6. Grafico comparativo en relación al gasto de bolsillo en Chile . Fuente Ricardo Britan

Subsistema FONASA

Las fuentes de financiamiento analizadas en este trabajo, presenta una tendencia progresiva, de esta forma la conclusión es que un sistema solidario en su financiamiento logra en mayor medida el objetivo de lograr un sistema de salud más justo en su financiamiento.

Los hogares FONASA presentan problemas de acceso a los servicios de salud, y en mayor medida, estos afectan a los hogares más pobres, debido a la falta de dinero y a la insuficiente oferta de la red de prestadores públicos de salud con que cuenta este Seguro en su Modalidad Institucional.

Lo anterior, conlleva a que los hogares pobres no estén gastando porque no cuentan con los recursos para hacerlo y por ende postergan su atención de salud, lo cual claramente incide en la cuantía y tendencia del gasto de bolsillo en salud. Asimismo, claramente se está frente a un subsistema en que coexiste progresividad en el gasto de bolsillo con inequidad en el acceso a los servicios de salud.

Los gastos empobrecedores afectan principalmente a FONASA, y esencialmente a los hogares más pobres, lo cual patentiza que este Fondo de Salud acoge a las personas más enfermas y/o más pobres o más vulnerable de caer en la pobreza. Los gastos catastróficos en salud tienen mayor incidencia en los hogares más ricos, y esto podría explicarse debido a que estos hogares contemplan menores niveles de cobertura financiera del Plan de Salud que ofrece el Seguro Público. Sin embargo, que sean los hogares más ricos los afectados por este tipo de gasto contribuye a que la tasa de incidencia de tener un gasto catastrófico y a su vez empobrecedor sea moderada. Los gastos catastróficos no asociados a grandes sumas de dinero, pero que en muchas ocasiones llevan a los hogares a caer en la pobreza, es factible que se relacionan a gastos de salud derivados para tratar enfermedades crónicas o eventos agudos recurrentes de algún integrante del hogar.

Como era esperable, lejos el componente más relevante dentro de los gastos de bolsillo en salud es el gasto en medicamentos. La importancia de este ítem es transversal a todos los hogares, pero afecta en mayor medida a los hogares más pobres. De ahí que podamos afirmar que se trata de un gasto cuya tendencia es regresiva.

En efecto, la falta de cobertura dentro del plan de salud de FONASA, especialmente los medicamentos de uso ambulatorio, explicaría que este componente sea el más incidente dentro del gasto de los hogares.

Subsistema ISAPRES

Las fuentes financieras aquí presentan una tendencia regresiva, por lo cual la conclusión más obvia es que estamos ante la presencia de un sistema individual inequitativo en su financiamiento. Acá, las personas que cuentan con recursos pueden contratar el mejor plan de salud, en tanto los más pobres adquieren planes más precarios, los cuales son caros en relación a, su ingreso y a si optaran por FONASA, y como tal obtienen menores niveles de coberturas, lo que a larga los lleva a gastar más de su bolsillo dado lo que les cubre su plan de salud.

Con respecto al acceso, su desempeño es mejor al presentado en FONASA, y el obstáculo principal es la falta de dinero y no a la insuficiencia de oferta de prestadores. Nuevamente son los hogares más pobres quienes en mayor medida se ven afectados, y su explicación estaría en los menores niveles de cobertura financiera que presentan los planes de salud contratados.

Los hogares más humildes, cuentan con planes de salud más limitados en términos de cobertura y los hace más vulnerables de caer en la pobreza frente a una enfermedad o en

la necesidad de hacer mayores erogaciones no cubiertas por los planes dato que revela la no progresividad.

El gasto catastrófico en salud tiene mayor incidencia en los hogares más pobres, y su explicación nuevamente se establece en que estos presentan bajos niveles de protección financiera en relación al resto de los quintiles especialmente los más ricos. Sin embargo, no todos los gastos catastróficos llevaron al empobrecimiento de hogares. En efecto, casi en su totalidad, los hogares que enfrentaron este tipo de gasto, lograron no caer en la pobreza dado que básicamente en la base de la pirámide de estas poblaciones no hablamos de pobres puro sino de clase media.

También se visualiza que los gastos catastróficos no estarían asociados a grandes sumas de dinero, y que la respuesta más asequible, es que se trata de gastos de salud asociados a enfermedades crónicas o episodios agudos recurrentes.

Al igual que FONASA, los medicamentos son el principal ítem del gasto de bolsillo en salud. La falta de cobertura explicaría esta relevancia dentro del conjunto del gasto de bolsillo en salud.

Finalmente en Chile dada la coexistencia de dos subsistemas de salud tan altamente distintos y segmentados, se hace difícil pensar en términos de universalismo ya que en la coexistencia de esta segmentación se está vulnerando el concepto de igualdad frente al derecho de salud.

En un sistema de salud que es equitativo la atención de salud se distribuye de acuerdo a las necesidades y se financia según la capacidad de pago. Pero por otro lado el sistema debería ofrecer la misma calidad equivalente de beneficios.

De esta forma, la reflexión en este punto lleva a afirmar que para evaluar la progresividad de un sistema de salud es necesario integrar en el análisis la equidad del financiamiento del sistema con la equidad en la provisión de los servicios. Esto debido a que, para el caso particular chileno, los hogares más pobres, los cuales mayoritariamente están en FONASA, si bien presentan gratuidad en la atención de salud, deben enfrentar el no acceso a ciertos servicios de salud, ya sea por problema en la oferta o por falta de cobertura de parte de sus seguros de salud. Así, los problemas de las personas no acaban cuando se encuentran en un sistema de salud cuyo financiamiento es progresivo sino que sus problemas comienzan cuando estas no tienen acceso real a servicios de salud de calidad.

Por lo demás, la metodología usada en este estudio devela de subsidios cruzados en cada uno de los subsistemas de salud, Asimismo, el análisis de las dos fuentes de financiamiento, fue del tipo transversal, es decir para un momento en el tiempo, por lo cual se aconsejaría profundizar, en futuros estudios, el análisis del gasto y las cotizaciones a través del tiempo, ya que, en especial el gasto de bolsillo no refleja la carga permanente y los gastos catastrófico y no solo dependen de la cuantía, sino también del tiempo en que se sobrellevan estos.

Como resumen se pueden analizar los contratos de salud de ambos sistemas en donde se pone en evidencia también la mayor solidaridad a los mas pudientes.

	FONASA	ISAPRES
<i>Tipo de institución.</i>	El Fondo Nacional de Salud, es un organismo público encargado de otorgar cobertura salud.	Las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES son aseguradoras privadas de salud.
<i>Se consideran beneficiarios del seguro de salud.</i>	Son beneficiarios de Fonasa tanto las personas que cotizan como sus dependientes el 7% de sus ingresos mensuales para la salud, como aquellas que carecen de cobertura	Son beneficiarios de isapres: el cotizante, Y sus adherentes En cuanto al recién nacido: Para que este nuevo beneficiario pueda contar desde la fecha de su nacimiento con los efectos del contrato, puede ser inscrito en la isapre con antelación a su nacimiento, o antes de cumplir un mes de vida.
<i>Afiliación.</i>	La afiliación a Fonasa es automática al incluirse en un trabajo , los carentes de recursos no tienen copagos asociados para las atenciones de salud que requieran. a ellos de los denomina categoría A. Tampoco las categorías B donde el ingreso es menor al sueldo mínimo, tampoco tiene copago asociado. Los ingresos mayores al sueldo mínimo, tienen copagos establecidos.	La afiliación a una isapre se realiza mediante la suscripción de un contrato privado, sujeto a determinadas normas que son vigiladas por la Superintendencia de Salud. Cuando se trata de la primera incorporación, previo a la suscripción del contrato, se debe completar la Declaración de Salud, documento que es sometido a la evaluación de la contraloría médica de la Isapre, la que podrá establecer limitaciones a la cobertura de determinadas patologías preexistentes, e incluso rechazar la incorporación de una persona como nuevo afiliado por tales motivos .
<i>Contrato.</i>	No se requiere firmar un contrato para estar afiliado a Fonasa.	Para incorporarse a una isapre se debe necesariamente firmar un contrato donde se estipule en forma precisa las prestaciones, beneficios incluidos
<i>Cotizaciones.</i>	Al cotizar en Fonasa se debe destinar obligatoriamente el 7% del sueldo bruto mensual	Al cotizar en isapres, se debe destinar el 7% del sueldo mensual bruto. Ahora bien, si el plan que se desea contratar tiene un valor superior al de cotización legal obligatoria , ya sea porque entrega mayores bonificaciones o prestadores se debe pagar un costo adicional.
<i>Servicios</i>	En modalidad en atención Institucional MAI en la red pública de salud los beneficios entregados en instituciones públicas y consultorios de atención primaria. Para tramos A, B y mayores de 60 años:	Las isapres cuentan con las siguientes modalidades para la atención del beneficiario: Plan de libre elección en que el beneficiario puede elegir lo que el mercado le ofrece, y cancelar los copagos de acuerdo a la cobertura pactada en su plan. Plan cerrado (es una opción más económica), en éste los beneficiarios podrán utilizar sólo algunos prestadores de salud,

	<p>la atención es gratuita. Para grupo C: Fonasa le dará una cobertura del 90%. Para grupo D: Fonasa cubrirá un 80%. En Modalidad libre elección (MLE), se puede optar por atención en establecimientos privados de salud. Se puede hacer si tiene Fonasa grupo B, C o D y mediante el pago con bonos, esto genera un mayor costo de bolsillo</p>	<p>expresamente identificados en el plan, si se atiende en un prestador distinto no tendrá cobertura alguna por parte de la Isapre.</p> <p>Plan con prestadores preferentes, es una combinación de los dos anteriores, ya que el afiliado puede optar por atender en los prestadores preferentes que señala el plan de salud, con un copago de menor valor para las prestaciones amparadas por esta cobertura preferencial, o atenderse en cualquier otro prestador de su elección, con un copago más alto.</p>
<i>Plan de salud.</i>	<p>Fonasa tiene solamente un Plan único con dos modalidades de atención: Modalidad Libre Elección (MLE) o Modalidad Atención Institucional (MAI).</p>	<p>Planes con diferentes modelos de atención, montos de bonificación, cobertura y prestadores.</p> <p>Es importante destacar que el plan de salud, no necesariamente implica que se otorgue cobertura a todas las prestaciones, ya que algunas de ellas pueden encontrarse excluidas.</p>
<i>Modalidades de pago.</i>	<p>En la modalidad de libre elección, la modalidad de pago es a través de bonos y estos van de acuerdo al nivel de atención (Nivel 1, 2 y 3) que tiene cada afiliado. Fonasa también cuenta con algunos programas, como el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), y el Pago Asociado a Emergencias (PAE). Fonasa no cuenta con un sistema de reembolsos, o devoluciones de dineros, una vez realizada la prestación requerida.</p>	<p>Las posibilidades en cuanto a modalidades de pagos:</p> <p>Los bonos u órdenes de atención, deben ser emitidos, previo pago del copago respectivo, antes de que se realice la atención médica.</p> <p>El reembolso de una boleta o devoluciones del valor cobrado, se entregan una vez realizada la prestación.</p> <p>En algunos casos los bonos serán emitidos con posterioridad a las atenciones -por ejemplo, tratándose de cirugías- previa emisión de un Programa Médico por parte del prestador.</p>
<i>Prestaciones o servicios de atención médica.</i> <i>(Las prestaciones de salud están codificadas y valorizadas según Arancel).</i>	<p>En Fonasa las prestaciones de salud se identifican con un código determinado y un valor que lo acompaña (ambos datos conforman el arancel). En Fonasa, el financiamiento de las prestaciones (es decir, lo que aporta Fonasa tiene progresividad en relación al tramo de ingreso y a la prestación</p>	<p>Las prestaciones de salud funcionan sobre la base de planes, y pueden ser diferentes dependiendo de la cotización que pacte cada afiliado.</p> <p>En los contratos las prestaciones se identifican con un arancel determinado, cada uno con sus respectivos valores (similar a un catálogo con nombre de artículos y sus precios).</p> <p>El valor de cada prestación se expresará en pesos (\$), Unidades de Fomento (UF) o valor arancel (VA).</p> <p>Y el copago a cancelar por cada prestación depende del plan contratado por el afiliado a la isapre.</p>
<i>Las bonificaciones</i>	<p>Cada prestación tiene una bonificación o monto de dinero que es financiado por la Aseguradora. Y otro que es copago</p>	<p>Cada prestación que tiene contemplada cobertura en el plan, tiene una bonificación. Y un Copago y casi todas las prestaciones cuentan con copagos.</p>
<i>Cobertura de la aseguradora.</i>	<p>En la Modalidad Institucional, Fonasa cubre a las personas que cotizan un 7% de su renta, pero también cubre a las personas carentes de recursos con un aporte directo del Estado.</p>	<p>La isapre tiene la obligatoriedad de otorgar la cobertura pactada en el plan de salud contratado, y al menos ésta debe ser de un 25% de cobertura de lo pactado en el plan (o lo que bonifica Fonasa en Modalidad Libre Elección, nivel 1). Es decir, no podrán tener una bonificación inferior</p>

	◦	a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura en esta modalidad. No todas las prestaciones de salud tienen cobertura, ya que el plan sólo está obligado a incorporar las que se encuentran en el Arancel de Referencia del Fonasa, pudiendo existir otras que no tendrán cobertura si no ha expresamente así en el plan.
<i>Topes.</i>	Es muy importante considerar que las Normas Técnicas del Arancel del FONASA, contemplan topes para algunas de sus prestaciones. Por ejemplo, un tope de 30 anuales para consultas médicas en modalidad libre elección.	Las isapres contemplan en sus distintos planes, topes de cobertura por prestación, y topes generales anuales por beneficiario.
<i>Restricciones</i>	En Fonasa no se contemplan restricciones de Cobertura en atención a enfermedades anteriores al ingreso.	En isapres existen restricciones de cobertura para las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes, las que se limitan al plazo de tiempo que la Isapre señale al analizar la respectiva Declaración de Salud.
<i>Las enfermedades preexistentes</i>	Fonasa no considera las preexistencias como un impedimento para ingresar a la aseguradora ni limita las coberturas a otorgar por este motivo.	En el caso de que el beneficiario o sus cargas presenten una enfermedad preexistente, esto deberá ser declarado en un formulario llamado "Declaración de salud", pudiendo la isapre condicionar su ingreso, luego de ser evaluado por esta institución. Pero si la enfermedad se adquiere con posterioridad a la firma del contrato de salud, la isapre no puede dar término al contrato ni limitar las coberturas a otorgar, por este motivo.
<i>Atenciones de urgencias</i>	Las urgencias médicas deben ser atendidas, idealmente, en un establecimiento público de salud. Si ingresa prestador privado y la situación es de urgencia vital o riesgo de secuela funcional grave, el prestador debe certificar dicha urgencia, y luego notificar al Centro Regulador de Emergencias, para que el paciente sea trasladado a un prestador de la Red Pública, donde continuará su hospitalización.	Las atenciones de urgencias deben ser atendidas idealmente en el prestador indicado previamente .
<i>Seguro catastrófico.</i>	Fonasa ofrece un seguro Catastrófico (por diagnóstico) que cubre adicionalmente algunas enfermedades específicas. En ese caso la bonificación de Fonasa será de un 100% (de financiamiento del total de gastos), siempre que sea atendido en los establecimientos médicos	Algunas isapres (no todas) ofrecen un seguro que cubre adicionalmente las enfermedades que por alto costo se consideran catastróficas (CAEC). Este cubre el 100% de los gastos efectuados que excedan el deducible que corresponde pagar como cotizante, siempre que se atiendan en los establecimientos médicos que la Isapre destine para ello.

	que Fonasa destine para ello.	
<i>Término del contrato por parte de la aseguradora</i>	En Fonasa no hay causales para término del contrato.	Las isapres están facultadas para poner término al contrato: Porque el beneficiario haya entregado información falsa en la Declaración de Salud, a menos que haya existido una justa causa de error. -En el caso de que hubiere un término del contrato porque el afiliado quedara sin trabajo, la isapre mantiene la vigencia del contrato hasta el mes siguiente del aviso por parte del afiliado.

Tabla 11. Comparación contratos Fonasa - Isapres CHILE Fuente. Superintendencia de Salud Chile

5.4 PERU

5.4.1 Aspectos socio demográficos

Según los últimos datos registrados en 2013, Perú contaba con una población de 30.376,345 de personas de las cuales el 50,4 % eran mujeres. Es el 5º país más poblado de la región detrás de Brasil, México, Colombia y Argentina. Como característica particular desde lo demográfico, presenta un crecimiento variable pero sostenido de la población que llevó a que en los últimos 50 años la población se multiplicara por cuatro. La fuerza productiva del país está compuesta por quienes nacieron entre los años 1960 y 1980. En 2013 la tasa bruta de natalidad era de 19,28 por mil y la tasa global de fecundidad se ubicó en 2,4 hijos por mujer en el año 2013.

En los últimos 20 años la esperanza de vida se incrementó de 67 a 74 años, favoreciendo a las mujeres con 76 años y a los hombres con 72.

La mortalidad infantil presentó una reducción de 58 a 17,62 por cada 1.000 nacidos vivos entre los años 1990 y 2013. Los adultos mayores de 60 años pasaron del 4 al 9% en la estructura poblacional entre los años 1990 y 2013, y los menores de 15 años participan en un 29 %. Estos datos mostrarían que Perú ha iniciado la transición demográfica y la está transitando en forma acelerada.

Una característica importante es que de la población económicamente activa (37%), solamente un 49,5 trabaja dentro del sector formal, y el salario mínimo en Perú es relativamente bajo (u\$s 294), lo que promueve la instalación en el país de muchas empresas.

Perú es un país multilingüe y pluricultural, con cerca de 70 grupos etno-lingüísticos agrupados en 16 zonas culturales, constituyendo un total de 8.793.295 personas: 8.000.000 quechua-andinos, 603.000 aimaras y 190.295 indígenas amazónicos, distribuidos en todo el territorio nacional. Las poblaciones indígenas están organizadas mayoritariamente en comunidades, reconocidas por la Carta Magna del País como personas jurídicas autónomas protegidas (5.666 comunidades campesinas y 1.450 comunidades indígenas). Las poblaciones indígenas se encuentran principalmente en las zonas rurales (con una importante proporción de quechua hablantes).

5.4.2 Contexto Económico.

El PBI para el año 2013 fue de u\$s 202.003 millones (PPA). Con un crecimiento interanual de los más altos de Latinoamérica de alrededor del 5,8%, la economía peruana ocupa el lugar 45 entre las economías mundiales. El PBI per cápita es de u\$s 6.270 y esto ubica a Perú en el puesto 119 a nivel mundial, siendo el ingreso mucho más alto en relación a Bolivia y Guatemala. Pero el más bajo de los países analizados en este estudio.

5.4.3 Información sanitaria resumida

Perú presenta un complejo y fragmentado sistema de prestaciones de servicios de salud (el prestador estatal, la seguridad social y el mercado privado).

El seguro público o Sistema Integral de Salud (SIS) diseñado antiguamente para cubrir las necesidades en salud de las poblaciones en situación de pobreza básicamente niños y embarazadas, disponía un modelo de seguro puesto que para acceder a sus prestaciones la persona debía afiliarse en un lugar donde luego realizaría su atención de salud fuese público o privado. Se reunieron de este modo las consultas ambulatorias y la resolución del primer nivel de atención en la red de prestadores con baja complejidad. Su financiamiento dependió principalmente del Presupuesto General (94%).

Hacia el año 2006 se creó el SiSalud, un seguro semi-contributivo para población con un mejor nivel socioeconómico pero no el suficiente para adquirir un seguro privado, con una cobertura inicial de 100.000 trabajadores independientes (taxistas, cerrajeros, panaderos, albañiles, trabajadores de mercados, entre otros – Ministerio de Salud de Perú 2006).

Este seguro extiende las prestaciones a servicios de atención especializada, cirugías, hospitalización y medicamentos. El SiSalud fue la base para la reorganización iniciada en el año 2009, que incluyó los siguientes actores:

- Régimen de Seguridad Social - ESSALUD: dispone como organización a la ESSALUD, prestando servicios a través de establecimientos de salud propios y privados con los que tiene convenios. Incluye a trabajadores en relación de dependencia formal y sus familiares, trabajadores retirados y trabajadores independientes con capacidad de pago. Refiere cubrir todas las enfermedades.
- Régimen de Seguridad Social - EPS: dispone como organización a las EPS y entidades vinculadas, prestando servicios a través de establecimientos de salud propios y privados con los que tiene convenios. Incluye a trabajadores en relación de dependencia formal y sus familiares, trabajadores retirados y trabajadores independientes con capacidad de pago. Refiere cubrir servicios por planes de capa simple y planes completos.
- Servicios de salud subsidiados por el Estado - Ministerio de Salud y sus establecimientos de salud. Cubre población no asegurada, con bajos recursos o en una edad en la cual no genera ingresos, y población en condición en extrema

pobreza. Refiere cubrir todas las enfermedades dependiendo del nivel de complejidad del establecimiento de salud local.

- Servicios de salud subsidiados por el Estado - Ministerios de Defensa e Interior y sus establecimientos de salud. Oficiales activos y retirados y familiares. Refiere cubrir todas las enfermedades dependiendo del nivel de complejidad del establecimiento de salud local.
- Mercado privado - Seguros privados de salud. Población no afiliada a una EPS y que puede pagar seguros privados o las atenciones médicas en establecimientos privados. La cobertura es de acuerdo con el plan que adquieran con la capacidad de bolsillo.

5.4.4 Recursos Estructurales

En el año 2009 Perú realizó un censo de infraestructura sanitaria y recursos humanos del sector salud. Según estos datos el sector público disponía del 51% del total de los hospitales, del 65% de los centros de Salud y del 99% de los puestos de salud ubicados en zonas rurales y zonas marginales urbanas.

Aproximadamente el 90 % de los hospitales a cargo del Ministerio de Salud se encuentran en áreas urbanas y el 3 % en áreas rurales, el 7% restante se encuentra en zonas urbanas marginales. En las zonas rurales la infraestructura consiste en centros y puestos de salud que brindan atención primaria y derivan a centros de mayor complejidad, una dificultad evidente es la accesibilidad.

Los departamentos con mayor índice de pobreza como Cajamarca, Loreto y Huancavelica cuentan con 0,9 , 1,0 y 0,4 centros por cada 100 mil habitantes y los de menor tasa de pobreza como Madre de Dios, Ica y Moquegua cuentan con 2,8 , 2,1 , y 3 hospitales por cada 100 mil habitantes respectivamente.

En 2010 se contabilizaron 38.431 camas lo que implica 0,9 camas por cada 1000 habitantes. De todas ellas el 50% pertenecen al Ministerio de Salud (representando éste el mayor porcentaje de camas hospitalarias estatales de la mayoría de los sistemas latinoamericanos), 21, 6 son del sector privado y 20,7 de la seguridad social.

Sólo una cuarta parte de la población está cubierta por el seguro social salud: 20.1% en ESSALUD (seguro público); 4% posee seguros privados y 1.9% son cubiertos por la sanidad militar o policial,

En el 2010, en zonas rurales sólo el 21.5% de los partos fueron atendidos por un profesional de salud, la cobertura de cesáreas fue de 3.7%, la de vacunación completa en niños entre 18 y 29 meses fue de 59% y sólo el 46.3% de los niños menores de 5 años con fiebre accedieron a los servicios (Encuesta Nacional Demográfica y de Salud - ENDES 2010).

5.4.5 Recursos Humanos

Perú tiene 10,4 médicos cada 10.000 habitantes y similar proporción de enfermeras profesionales además de 1.2 odontólogos para igual cantidad de personas. Cuenta con 8.617 establecimientos de atención ambulatoria de salud y una razón de 1.5 camas hospitalarias cada mil habitantes. Se producen en sus establecimientos 45 egresos cada 1000 personas.

5.4.6 Resumen de indicadores de cobertura de servicios

PERU

Caso seleccionado para análisis:

- Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

Se seleccionó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), porque fue el único conjunto de prestaciones de servicios de salud de alcance nacional que se localizó en Perú.

A partir del año 2009 se puso en marcha el Plan de Aseguramiento Universal, denominado Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) como estrategia para reorganizar la provisión, cobertura y financiamiento del sector. Fue un proceso consultado y consensuado que adquirió forma de Ley N° 29344 denominada Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

La Ley Marco establece un listado priorizado de condiciones asegurables y de intervenciones explícitas garantizadas en oportunidad y calidad cuya provisión será dada en todos los establecimientos de salud públicos y privados en función a su nivel de complejidad. Los grupos de condiciones asegurables (luego cada una posee un listado de patologías y necesidades de atención asegurables) son: Población Sana (población por grupos de edad), Condiciones Obstétricas y Ginecológicas, Condiciones Pediátricas, Condiciones Neoplásicas (tumores), Condiciones Transmisibles, y Condiciones No Transmisibles (incluye patologías mentales). De este modo, el Sistema de Salud en Perú se organiza en torno a garantías explícitas, financiadas por Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), la atención es brindada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. La información acerca de garantías, aseguramiento y metas está disponible en Internet al igual que la carta compromiso por la transparencia de gestión, y el listado de condiciones cubiertas.

Nombre del CPS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)
Año de puesta en marcha	2009
Puerta de entrada	Todos los asegurados públicos y privados y población nominada a cargo del Ministerio de Salud.
Población cubierta por el CPS (% del total)	Todos los trabajadores formales públicos y privados, 56% de la PEA, y sus dependientes, y población nominada a cargo del Ministerio de salud.
Objetivos	Asegurar el acceso a servicios de salud de los residentes en Perú independientemente de su nivel de ingresos y de la forma de financiación de la prestación.
Estructura	La reorganización a partir de la Ley Marco se extiende en todo el territorio con una importante red de APS y prestadores de distinto nivel de complejidad.
Marco Normativo	Ley 29.344 "Ley Marco Aseguramiento Universal en Salud"
Entidad reguladora	Ministerio de Salud a través de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
Tipo de servicios que comprende	APS y 2º y 3er nivel, con atención de 50 problemas de salud correspondientes a las causas principales de carga de enfermedad
Mecanismos de revisión	A cargo del Ministerio de Salud y Superintendencia
Mecanismos de evaluación de impacto	Sistema de monitoreo de metas con tablero de indicadores.
Financiamiento	Aporte estatal, deducción salarial y gasto voluntario para otras formas de cobertura privada.
Coseguros	Para medicamentos, con un gasto de bolsillo entre el 30 y 50 %
Fuentes de Información	www.digemid.minsa.gob.pe/normatividad/LEY2765702.HTM ftp://ftp2.minsa.gob.pe/aus/archivos/PEAS.pdf www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/saludenelperu.pdf www.minsa.gob.pe/ http://new.paho.org/per/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=959&Itemid=824 ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/12GestInstitucional/Informes/2011/Inf_Gestion_2011_final.pdf

Tabla 12. Indicadores de Servicios Brasil 1

5.4.7 Variables relacionadas con el eje de financiamiento

El gasto de bolsillo es uno de los mas altos de la región representando el 86,9. El gasto como porcentaje de la renta general de Perú o para decirlo de otra manera la inversión que el país hizo en salud en el año 2013 fue del 5,1%, nivel al que llega a pesar de tener un crecimiento mucho mas interesante en el PBI, en realidad el gasto en salud en Perú se ha mantenido relativamente estable desde mediados de los años noventa (MINSa, 2008). No obstante, a pesar del incremento registrado en los últimos años, cabe señalar que este valor aun se encuentra por debajo del promedio de la región, y de las recomendaciones para lograr una buena cobertura en un esquema universal para lo que se calcula un piso de 6,6 % del PBI . A partir de los datos brindados por la OMS para el año 2010, se observa que el Perú se ubica, junto con el Estado Plurinacional de

Bolivia (4,8% del PBI) y la Republica Bolivariana de Venezuela (4,9% del PBI) entre los países de América del Sur con menor gasto en salud, una inversión que resulta ser la mitad de la establecida por los países de la región con mayor gasto total en salud (Costa Rica con 10,9% del PBI y Cuba con 10,6% del PBI) y, a la vez, muy por debajo de países como Brasil o Argentina que están por encima del 9,0% del PBI .

El gasto per cápita ha manifestado una tendencia creciente desde principios de los años 2000. Luego de haber permanecido estancado en un nivel cercano a los USD 100 entre 1995 y 2003, el gasto per cápita comenzó a incrementarse a partir de 2004, hasta alcanzar en 2010 los US\$ 268,8 lo que implica un incremento del 161% para el periodo 2004-2010. Y llegó a US\$ 337 en 2013. Por otro lado este gasto no es equitativo; así, mientras que ESSALUD asigna u\$s 154 por asegurado, los seguros privados efectúan un gasto de u\$s 245, la diferencia al gasto total esta encerrada en el gasto de bolsillo que es muy alto. Del total del gasto, 63% se dedica a servicios de salud, 32% a medicamentos y 5% a inversión. La distribución por prestador fue la siguiente: 27,9% en el Ministerio de Salud; 0,4% en otro servicio público; 25,1% en ESSALUD; 3,8% en la sanidad militar y policial; 20,3% en el sector privado y 22,5% en las farmacias.

Este nivel de gasto per cápita resulta superior a los estándares mínimos estimados por la OMS para brindar ciertos servicios básicos de salud (USD 34) y a aquellos estimados para extender la cobertura en los países pobres (entre USD 40 y USD 80) (OMS, 2010), sin embargo, Perú ya esta catalogado como un país de ingresos medios.

El gasto de bolsillo se ubica como uno de los mas altos de la región 86,9% y represente gasto de los hogares en servicios de salud que se efectúa, dado que el gasto en mecanismos de aseguramiento es bajo. Esto genera inequidades debido a que el acceso a los servicios de salud está asociado con la posibilidad que tengan los individuos de pagar por ellos (OMS, 2012).

En 2010, de los recursos que destinaron los hogares al financiamiento de la salud, el 43,3% del gasto estuvo destinado a la compra de servicios a prestadores privados; el 40,1%, a la compra de medicamentos.

Entre los financiadores en tanto la inversión pública, como el aporte de los empleadores están equilibrados pero no alcanzan a asegurar al 100% de la población que en muchos casos esta población esta aislada o fuera del sistema del sistema en proporciones muy importante sobre todo en las poblaciones aborígenes, el Gobierno (con recursos del Tesoro publico) y los empleadores (a través de sus contribuciones patronales), financiaron el 30,7% y el 30,5% del gasto en salud en las poblaciones de fuera del conglomerado urbano de Lima y la provincia constitucional del Callao respectivamente. (MINSAL, 2008). En general en Perú se observa que el acceso a salud está limitado tanto por restricciones presupuestarias del hogar como por las barreras culturales de sus miembros. Un porcentaje importante de la población peruana suele auto recetarse o curarse con remedios caseros cuando presenta algún malestar. Lo más resaltante es que la información de la ENAHO muestra que este hecho también se observa en los hogares de los quintiles más ricos y que reciben financiamiento cruzado del estado y tienen mejores

coberturas pero que recurren a la automedicación, este dato es muy particular y se repite en otros países de Mesoamérica.

La estructura de financiamiento de los gastos de salud en los hogares peruanos tiene las características observadas en los países en desarrollo en los que quienes acceden a cuidados de salud, financian sus gastos principalmente (más del 50% de su gasto de salud) con desembolsos directos, que en su mayoría resultan ser no planeado. Las donaciones públicas y programas sociales llevadas a cabo por el gobierno sobretodo el SIS son la segunda fuente de financiamiento más importante de los gastos de salud, sobre todo en los hogares de los quintiles más pobres y de áreas rurales. Asimismo, a pesar que la población afiliada a algún seguro de salud distinto al SIS ha aumentado; la participación de los seguros en el gasto de salud es poco significativa, prácticamente nula en los hogares más pobres.

La decisión de acceder a cuidados de salud mediante pagos de bolsillo depende en gran medida del nivel de ingreso per cápita del hogar, por ello la mayor parte de hogares que no reporta GBS positivo son hogares de los quintiles más pobres. Esto se debe a que el GBS en salud se hace a expensas del consumo de otros bienes y servicios, debido a que se caracteriza por ser un gasto no planeado, que surge cuando el estado de salud se resquebraja esto refleja que la vulnerabilidad a empobrecimiento por GBS no ha disminuido. El porcentaje de hogares que empobrecen por GBS se ha mantenido cercano a 2%. Además aquellos hogares en situación de pobreza no extrema que enfrentan cargas de GBS superiores al 22% de su capacidad de pago tienen mayores probabilidades de volverse pobres extremos a causa de pagos por gastos de bolsillo en salud. Estos configuran una línea limítrofe que cae en la pobreza o que puede salir de ella con políticas sociales de escaso financiamiento pero de gran repercusión

6. Discusión

La Resolución CD53/5 de OPS-OMS, recientemente aprobada en Octubre de 2014 ha definido una Estrategia Regional para el "Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud" como línea de trabajo para los próximos 5 años. La Resolución hace referencia a los conceptos vertidos en el marco teórico del presente trabajo y se refiere a que la estrategia *"Implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que asegura que el uso de esos servicios no exponga a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad"*.

En primer lugar y como ya se ha mencionado, en la mayoría de los países y por las posturas que ha sido refrendada tanto en los acuerdos internacionales de los cuáles los países relevados son firmantes, como así en sus cuerpos legales, ya sea en marcos constitucionales o de leyes específicas, se refieren a que: La salud es asumida y

comprendida como un *derecho humano fundamental* y consagrado como tal por sus marcos jurídicos. Esta concepción de la salud, así como la orientación hacia el logro de mayor equidad y la búsqueda de mecanismos solidarios para la utilización de recursos, constituyen los valores nucleares sobre los que se ha construido esta estrategia.

Un segundo tema está referido a ejecución de ese derecho y es indudable que constituye el centro del presente trabajo; entonces del concepto de CUS debería desprenderse el concepto de acceso oportuno a los servicios de salud requeridos, y no solo a la mera enunciación del derecho aludido. Es decir, la cobertura en sí misma no tiene significado si no se traduce en utilización de los servicios. Esta cuestión es clave porque tiende a haber una disociación entre cobertura, acceso y utilización al suponer que siempre van juntos; suposición que en la mayoría de los casos es equivocada no solo en LAC sino en la mayoría de los países de ingresos medios o bajos. Este tema también lo analizaron pormenorizadamente Achara y colaboradores. (Achara, Vellakkal, Taylor, et al, 2013). Y concluyeron que hay una confusión, deliberada o no, entre cobertura poblacional y cobertura de servicios.

Y en tercer lugar, el tema más preocupante para los administradores es el debate actual referido al financiamiento de los sistemas de salud universales, dicho debate está centrado en el grado de mancomunación de fondos y capacidad de dilución de riesgos. Así hay una discusión sobre cuál es la fuente más apropiada que permite lograr la fórmula óptima para la mancomunación y el modo de lograrla, o sea, una apuesta que supone la sustentabilidad en el manejo de los recursos financieros, y pero a su vez también pensando en la utilización específica de ellos a los fines evitar el gasto empobrecedor y catastrófico y como lograr el mayor grado de la cobertura frente al riesgo financiero para las personas.

Tal vez aquí nace la primera conclusión de cambio paradigmático, hablar de administración de recursos financieros en el marco de la CUS no tiene el mismo sentido de rentabilidad que tendría en el sistema de administración de seguros privados.

Y un cuarto punto trascendental desde el orden de la salud pública está referido a considerar que el cuidado de la salud se extiende en múltiples y diversas estrategias que sobrepasan a los sistemas y que se evidencian en la identificación, atención y resolución de los determinantes sociales de la salud lo cual implica que la intersectorialidad se halla atravesada por el concepto de cuidado colectivo de la salud.

Es por ello y en este mismo marco es que las cuatro líneas sustanciales de la estrategia entonces están referidas a:

1. *Ampliar el acceso equitativo* a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.
2. *Fortalecer la rectoría y la gobernanza.*
3. *Aumentar y mejorar el financiamiento*, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación de pago de bolsillo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.

4. *Fortalecer la coordinación intersectorial* para abordar los determinantes sociales de la salud.

Como se puede observar se da por sentado que la cobertura poblacional está dada por la garantía del marco normativo, situación que pudiera considerarse parcialmente establecida, pero al momento lo que se necesita explicitar o sea valorar es hasta donde llega la cobertura efectiva, es allí donde los escollos son de los más evidentes. Además este hecho es particularmente evidente en el momento que persisten los sistemas fragmentados.

Uno de los componentes planteados para el avance en la línea estratégica 1 o sea aquella referida a "*Ampliar el acceso equitativo*" está en la definición de los servicios de salud integrales, de calidad, universales y de ampliación progresiva, de acuerdo con las necesidades y prioridades de salud, la capacidad operativa y financiera del sistema y el contexto nacional. Sin embargo como se ha visto esta línea está influenciada por la segmentación en los sistemas.

Desde otro lugar y sin duda, el desafío principal de los sistemas de salud en el mundo actual es la administración de recursos limitados a fin de atender las necesidades y demandas de salud, potencialmente ilimitadas. La aceleración en la producción de tecnologías aplicadas al campo de la salud y la enorme y creciente oferta de recursos tecnológicos destinados a salud en el mercado, hace imprescindible que los sistemas de salud asuman una tarea de selección, priorización y definición de aquellos servicios que van a ser puestos a disposición de la población y bajo determinadas condiciones para su utilización racional. No es posible para cualquier sistema de salud ofrecer todo. Tampoco sería, probablemente la alternativa con mejor resultado, ni la de mayor eficiencia.

El requerimiento urgente entonces está referido a la definición de listados de prestaciones y de conjuntos de prestaciones, entendiendo a estos no solo como un listado de problemas de salud, sino como un complejo de necesidades, recursos y procedimientos de severidad analítica y científica que permitan la adecuada resolución de problemas de salud y que sean permeables a los cambios epidemiológicos, técnicos y financieros pudiendo ser susceptibles a adecuaciones y ampliación progresiva. Pero también que permitan la valoración, adaptación e inclusión de tecnologías, con un enfoque de utilidad basada en la evidencia y en la información apropiada para que un sistema de salud pueda ser efectivo, eficaz y eficiente y este debería ser el horizonte anhelado.

En este último sentido y en la muestra de este estudio quedó evidenciado que en Brasil y Chile se usaron ampliamente los enfoques analíticos a los fines de definir los CPS, en el resto de los sistemas se observó que se utilizaron solo adaptaciones de listados existentes y en todos se han detectado poca implementación de enfoques democráticos participativos para la definición de CPS. Tal vez esta situación se pueda deber a la falta de replanteos organizacionales más profundos.

Así es que frente a mirar los 4 países estudiados bajo los listados de prestaciones (CPS) explicitadas y garantizadas podemos concluir que ninguno de los países encuentra bien delimitado un camino hacia la CUS.

Un problema detectado entre los aporte de la bibliografía consultada cuando se habla de Cobertura Universal de Salud se tiende a confundir conceptos que debieran estar aclarados. Hablar de CUS no significa que se deba pensar en un sistema único de salud, o en un único proveedor o en aseguramiento único, un sistema bajo el concepto CUS es aquel que puede brindar servicios de calidad al universo de la población y que mediante un esquema justo de financiamiento y que logre cubrir las necesidades de la población sin generar gasto empobrecedor y catastrófico, y que al eliminar barreras permite el uso de los servicios y llega a la población para garantizar salud para todos.

Desde este punto y en base a los sistemas presentados se ha visto que en relación a los datos relevados fue de interés encontrar los elementos sustantivos para el análisis comparado, los valores adquirieron valor bajo el concepto de la CUS en la significancia que pudieran garantizar salud universal por ello se priorizaron solo aquellos CPS que implicaban a mayor población, o servicios, como se vió en la muestra, todos los países están atravesados por objetivos dispares que traducen realidades sanitarias distintas, a veces congruentes con las trayectorias de los países y sus sistemas de salud y revelan la importancia que tiene aquello de que cada país sobre sus necesidades, pueda evaluar la ruta y trazar su propia bitácora de viaje hacia la CUS.

Por otro lado los datos aquí analizados están han traducido algo que se discute hace años, y es que las necesidades de salud están conformadas por la interacción biológica con los procesos sociales, y por lo tanto van a variar según las circunstancias demográficas y socioeconómicas.

Hoy sin embargo se puede afirmar que en base a la evidencia científica, epidemiológica y económica, de que una buena salud es una inversión necesaria, la ausencia de políticas activas a los fines de lograr mayor y mejor salud para las poblaciones debe ser juzgada mas como ausencia de las obligaciones de los estados frente a los ciudadanos Ferrajoli desde finales de siglo XX sostiene que es necesaria una nueva mirada de los ciudadanos y hacia ellos. (Ferrajoli 1999).

Por otro lado el acceso desigual y no oportuno significa que los grupos menos favorecidos acceden y usan menos atención de la salud de las que sus necesidades requieren, lo que ocasiona pérdidas particulares y sociales en salud. Una sociedad enferma no solo gasta más, sino que produce menos, cerrando el círculo del empobrecimiento.

Lamentablemente, se ha demostrado una y otra vez que los más acomodados tienden a recibir más y mejor calidad de servicios a pesar que aquellos que no se encuentran protegidos tienen mayor necesidad de atención, a esta se la pudiera denominar como la ley de atención inversa. La salud hoy es un constructo social que

influenciado por las condiciones de vida o los condicionantes de la salud generan e inciden directamente en el desarrollo de los países.

El siguiente grafico ejemplifica el concepto de cobertura universal bajo el concepto de proteccion social y pone e evidencia la apertura de las brechas.

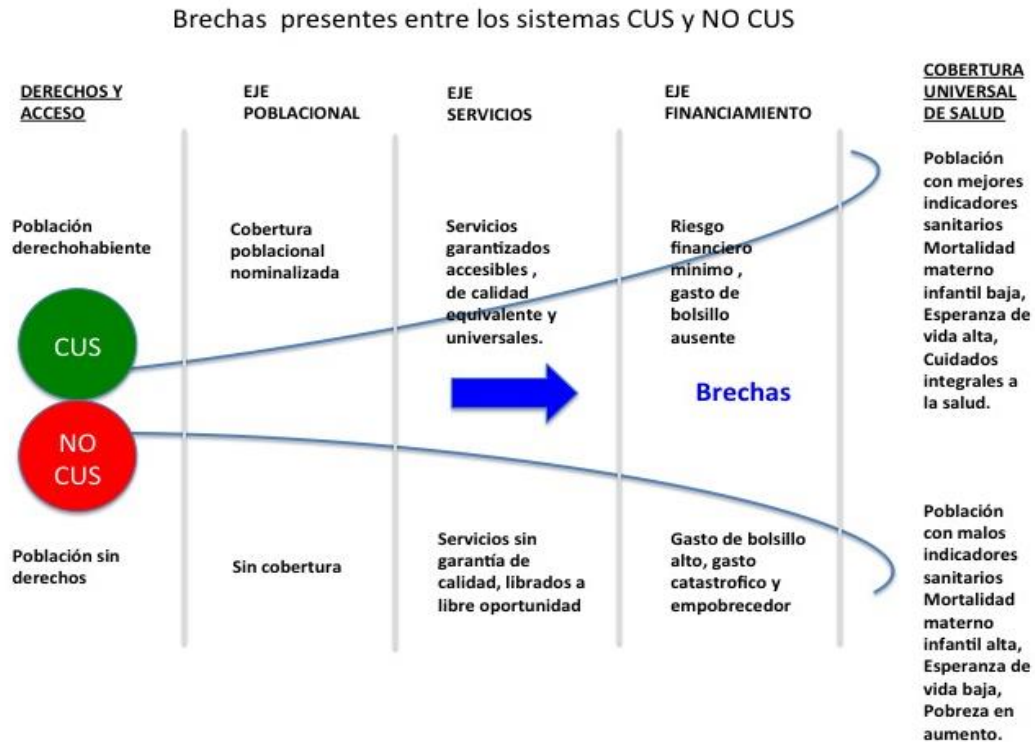


Figura 10 . Brechas presentes en los sistemas CUSy NO CUS.

Las causas de las necesidades de salud diferenciales y la desigualdad de acceso se encuentran en las desigualdades sociales más amplias, y se relacionan directamente con el reconocimiento de derechos, el acceso eficaz y la solución asequible. Los sistemas de salud pueden ser equalizadores poderosos para garantizar plenamente el derecho a la salud, en la medida en que desarrollen un acceso universal y equitativo a la atención de la salud, con especial consideración a las poblaciones desfavorecidas y marginadas pero sin perder la óptica que también deben ser universales. Por otro lado la política sanitaria se debe abrir e influir positivamente en los factores de los determinantes socioeconómicos y políticos que posibilitan desarrollo de índices sanitarios más útiles y más justos, la salud y la equidad parecen desarrollarse de la mano.

Como se ha visto en este trabajo en el Cubo de Evans nominar cobertura no es los mismo que cobertura efectiva para toda la población, esto último se

considera el ancho del Cubo de Evans y refiere a un horizonte de igualdad frente al derecho. En la cantidad y calidad de beneficios de los conjuntos de prestaciones que se consideran se expresa la profundidad del cubo, esto nos refiere como y hasta donde un sistema llega a cubrir efectivamente las necesidades de salud o dicho de otra manera hasta donde llega la cobertura específica. Y finalmente la altura esta dando cuenta del nivel del costo y la protección con la que cuentan los individuos, en esta dimensión se incluyen la solidaridad, la garantía de precios asequibles y en que condiciones y como se evitan la ruina financiera accediendo a sistemas de prepago y cobertura de riesgos.

Para la actual directora de la Organización Panamericana de la Salud *"Los sistemas de salud promueven la equidad en salud, cuando su diseño y gestión consideran al derecho a la salud como el fundamento básico y para las condiciones de America Latina en particular y específicamente las circunstancias y necesidades de las personas socialmente mas desfavorecidas y las poblaciones marginadas, que configuran el nucleo de desigualdad histórica y que será difícil erradicar en el corto plazo. Así el reaseguro de una buena salud para todos desarrollará las bases sólidas para sociedades mas justas"* (Etienne, C. 2012) .

Como se evidenció en la muestra de países de este trabajo, varios han elegido un paquete de servicios de salud prioritarios basados en focalizaciones como el Plan Nacer de Argentina y que en realidad no extienden en ancho el cubo, en tanto que en la profundidad del cubo ofrecen un servicio básico garantizado pero el alto esta condicionado por los gastos de bolsillo sobre todos los referidos a copagos o gastos en medicamentos. Otros basándose en la carga de la enfermedad consideran mas importante la amplitud y limitan la profundidad que está limitada en la búsqueda de una mayor eficiencia y eficacia dentro de las limitaciones presupuestarias, como el caso de Chile. Otros están tratando de aumentar la escala de a través de los programas universales, que abordan las condiciones que son especialmente importantes para los grupos desfavorecidos, como los programas de salud materno-infantil, salud pública preventiva o la APS resolutive como el caso de Brasil con intervenciones basadas en la población y lo que persiguen es una estrategia de amplitud y profundidad, pero con dificultades en el acceso.

Se ha argumentado que existen básicamente dos grandes modelos por los cuales se organizan los sistemas de salud: Los sistemas nacionales de salud, generalmente financiados por los ingresos generales, y por lo general cubren a toda la población con la provisión pública directa de servicios comúnmente conocido como modelo Beveridge; y Seguros Sociales de Salud (SSS) sistemas que normalmente prevén cobertura para la población trabajadora, segmentados de acuerdo a la participación de la población en el mercado laboral y por lo general, financiadas por impuestos sobre la nómina o aportes y contribuciones comúnmente conocido como el modelo Bismarck. Las diferencias entre estos modelos han incluido tradicionalmente cómo se asignan los beneficios, cómo se organizan los proveedores, y cómo se compran y se pagan los servicios, muchos autores han podido categorizar estas diferencias ellos pudieron hacer trabajos descriptivos pormenorizados. (Lameire, Joffe, y Wiedemann 1999; Sigerist 1999; van der Zee y

Kroneman 2007). Sin embargo, varios autores han argumentado que la dicotomía Beveridge / Bismarck ya no es adecuada para describir los sistemas de salud modernos, ya que los sistemas de salud son mucho más diversos y complejos, y las diferencias van más allá de los que se destacan por la dicotomía Beveridge / Bismarck (Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H, Calonge S, Christiansen T. 1999)

Frente a este marco de definiciones, en la muestra de países seleccionados es evidente que la definición de servicios y prestaciones para ser garantizados por el sistema han tenido dispar grado de desarrollo entre países y también en desde el punto de vista cronológico.

A partir de los primeros años del presente siglo, como consecuencia de las reformas constitucionales que incorporaron o modificaron la formulación del derecho a la salud, varios países han necesitado avanzar en la implementación de distintos tipo de instrumentos sean estos definiciones de Conjuntos de prestaciones o beneficios, programas de expansión de coberturas poblacionales o inclusión de financiamiento a través de programas focalizados. En algunos de ellos, probablemente los que cuentan con sistemas de salud más integrados, se utilizan listados de servicios o prestaciones que se encuentran incluidos en programas o planes universales por ejemplo Brasil con el SUS. En otros, se han definido conjuntos de prestaciones o servicios que adquieren distintos grados de jerarquía según el marco legal de garantías desarrollado a nivel nacional.

Un ejemplo de esto puede ser visualizado en el siguiente cuadro donde a modo de resumen se rescatan las principales características de los conjuntos de prestaciones o beneficios de referencia. En el cuadro se ve una conjunción de lo que llamaríamos cobertura efectiva y que pudiera considerarse al producto de la cobertura poblacional con el alcance de la cobertura de servicios garantizada en un modo normativo.

PAIS	Denominación	Año de imple..	Poblac.Nominal cubierta	jerarquía normativa	Entidad reguladora	Cantidad y tipo de servicios
ARGENTINA	<i>Programa Médico Obligatorio (PMO).</i>	1995	66%	LEY 23660 y 23661	Superintendencia de Servicios de Salud. Ministerio de Salud	<i>Todos los niveles de atención Listado amplio y explícito Con algunos criterios de cobertura.</i>
BRASIL	<i>Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES)</i>	2011	100%	LEY 8080 N 8142 SUS	Ministerio de Salud Consejos de salud (Nac, estadual y Municipal)	<i>Serv. De atención primaria Serv. De urgencia y emergencia Servicios psicosociales Servicios de atención especializada Servicios de vigilancia de la SP (Se complementa con RENAME que es el listado de medicamentos)</i>

CHILE	<i>Garantías Explícitas en Salud AUGE GES</i>	2005	88%	N 19.966 N 18933	Superintendencia de Salud. Ministerio de Salud	<i>Servicios de primer nivel sin costo. Servicios de segundo y tercer nivel para 80 problemas de salud a la fecha. Posee guías de cobertura y listado de medicamentos.</i>
PERU	<i>Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)</i>	2009	<i>Trabajadores cubiertos por la SS y por el seguro público 38% de la población y un sistema semicontributivo que llega al 12% mas</i>	LEY 29344 de Aseguramiento Universal	superintendencia de salud. Ministerio de Salud	<i>Primero, segundo y tercer nivel con atención de 50 problemas de salud seleccionados por carga de enfermedad</i>

Tabla 13. Comparación entre sistemas de la Muestra . Elaboración Propia

Frente a esto la muestra de países refleja una poderosa evidencia, 2 países federales con estados subnacionales independientes han construido sus rutas frente a bases conceptuales distintas, Argentina y Brasil el primero con un sistema muy consolidado desde los años 50 en donde el modelo bismarkiano ha definido su limitación, la expansión de la cobertura basada en el mecanismo de aseguramiento contributivo está severamente limitado por el crecimiento de la población económicamente activa (PEA) y del trabajo formal y para arrojar crecimiento recurre al desarrollo de mayor fragmentación y segmentación y la generación de políticas provinciales fragmentadas en seguros provinciales propios o en la necesidad de generar programas focalizados para corregir o proteger y brindar asistencia a grupos vulnerables como es el caso del Plan Nacer o de su continuidad el Sumar. Y por otro lado Brasil con un enorme sistema universal de salud que recurre a una política de transferencia y administración conjunta y expande su asistencia al 100% de la población recurriendo a la mancomunación de fondos con los provenientes de la recolección del esquema contributivo y de la financiación por rentas generales con aporte federal, estadual y municipal.

A pesar de todas las argumentaciones en la muestra de este trabajo sin embargo se distinguen claramente los dos sistemas con bastante variabilidad. Por un lado está Brasil con su SUS (Sistema Unico Da Saude) que otorga cobertura nominal expresada en la misma constitución, y por otro lado Argentina que basa sus sistema en un esquema contributivo y que lo suma al cálculo de cobertura como una parte fundamental, por esto se dice que tal vez es el sistema latinoamericano mas cercano al que originalmente diseñara Von Bismarck.

Por otro lado esta el sistema Chileno que otorga cobertura nominal a toda la población, pero no sobre una garantía constitucional sino sobre una ley específica que también otorga uno de los sistemas mas priorizados de la región y que en base a tener

que reconstruir alguna cobertura mas amplia, luego de los recortes de la dictadura de Pinochet que se privatizó la salud convirtiéndola en un mercado, hoy extiende la ley de Acceso Universal de Garantías Explícitas AUGE GES expandiendo la cobertura a todos los chilenos con un fuerte desarrollo del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Para el caso de Peru si bien la nueva constitución establece la aspiración proteger la salud no alcanza a estructurar aun un sistema de garantías.

En este camino de la CUS lo que subyace es que hay un consenso amplio sobre la necesidad de realizar reformas a los sistemas de salud, pero existen dos grandes corrientes de pensamiento respecto al contenido de estas reformas. Una propone que la reforma introduzca la competencia y el mercado en este sector al igual que en el resto de la economía. O sea, es la expresión en salud de la economía neoclásica y la ideología neoliberal ya que introduce la mercantilización, en este modelo lo que prima es como frenar el alto costo que se genera y que tan sustentable es para un país latinoamericano y como se implica el alto porcentaje del PIB que necesitaría invertir. Para ello opta por el aseguramiento con múltiples administradores de fondos/compradores de servicios y proveedores de los servicios y la canalización de cuantiosos subsidios fiscales para sostenerlo, como se vio en la muestra de países los casos de Argentina y Chile y aun Brasil con el crecimiento de la medicina Prepaga en Argentina y subsidios cruzados para las Isapres y o en el crecimiento sostenido de Salud Suplementar en Brasil que ya llega al 25 % de la población. Este modelo se conoció bajo distintos nombres, por ejemplo competencia administrada (Enthoven, 1988) o Pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1997). La mayoría de los adherentes a esta corriente enfatizan casi exclusivamente en el aseguramiento en salud, o sea en una de las formas de financiamiento. Los ejemplos latinoamericanos destacados de este tipo de reformas fueron las de Chile, Colombia y México .

La otra corriente plantea el establecimiento de un sistema o servicio único y público de salud. Es decir, se inspira en el estado social donde los servicios de salud son públicos para garantizar el acceso igualitario, oportuno y gratuito a los servicios requeridos a toda la población ante la misma necesidad (Whitehead y Dahlgren, 2006). Este planteamiento propone así la des mercantilización del ámbito de salud y reivindica el papel redistributivo del estado bajo la forma de prestación de servicios sociales. Los ejemplos latinoamericanos más destacados son Costa Rica y Cuba y la teoría del SUS en Brasil y esta concepción subyace en las reformas de Bolivia, y Ecuador entre otros. Las referencias internacionales históricas son el Servicio Nacional de Salud (National Health Service) de Inglaterra, los países nórdicos y España entre otros. (Garrin, G. 2008)

Llegados a este punto de la discusión y con el fin de despejar el debate sobre los sistemas universales de salud y sus retos es necesario reconocer :

En primer lugar que en este trabajo hizo hincapié en el marco jurídico para descubrir el sustento jurídico de las normas, sobre todo en aquellas referidas a la obligación del estado en dar cobertura y la arquitectura sobre la cual estaban desarrollados los planes de beneficios o conjuntos de prestaciones de salud (CPS).

Reconociendo que la mayor parte de los países han asumido el derecho a la salud ya sea en sus constituciones y normas menores o como adhesión en las normas internacionales desde la Declaración de los Derechos Humanos de la ONU en 1945 y en pactos y resoluciones posteriores, y que es un valor social muy arraigado, es difícil pensar que hoy aun persistan razones plenamente individualistas y utilitaristas que no busquen el bien común y que estos se alinea con el concepto de la CUS más fácilmente.

Un segundo tema es indudablemente que de la cobertura universal debería desprenderse el acceso oportuno a los servicios de salud requeridos. Es decir, la cobertura efectiva ya que en sí misma no tiene significado si no se traduce en utilización de los servicios. Esta cuestión es clave porque tiende a haber una disociación entre cobertura, acceso y utilización y en vez de suponer que siempre van juntos; suponen como acciones separadas visión que en forma equivocada llevan varios países (Acharya, Vellakkal , Taylor, et al, 2013).

Y en tercer lugar el tema sobresaliente en el debate actual es el financiamiento de los sistemas de salud universales centrado en el grado de mancomunación de fondos y riesgos y a esto generalmente se le otorga poca valía en las discusiones.

De hecho el eje financiero, el referido a la altura del cubo de Evans es el menos desarrollado, en primer lugar porque la economía de la salud rara vez a ha incidido sobre temas macroeconómicos en la política sanitaria, sin embargo la misma no pudiera ser posible sin el financiamiento y en segundo lugar una ventaja no adecuadamente utilizada en los países latinoamericanos y es la subutilización de la economía de la salud que hoy cuenta con el desarrollo de indicadores mas precisos que el simple conteo de costos.

A pesar de que en este trabajo se ha citado algunos hitos de referencia histórica para cada sistema, se considera que cada país ha trazado su ruta de acuerdo a un proceso histórico de constitución/construcción de los sistemas de salud y que el mismo ha sido el contexto que ha modelado al mismo. Aun así y aunque cada sistema tiene sus particularidades la mayoría de los sistemas de salud latinoamericanos comparten algunos problemas estructurales.

La primera característica es que son sistemas segmentados y/o fragmentados. A la seguridad social aparte se la considera como segmento público pero con una cobertura poblacional y médica variable dependiendo de las características del pacto corporativo en cada país. El caso mas emblemático en esta muestra es el Argentino con 361 agentes dentro del Sistema Nacional de Seguro de Salud, por cambio en otros sistemas como en el Perú, el Minsa es generalmente débil y debería de atender a la población sin seguro social pero en algunos casos sólo es responsable de las acciones de salubridad. Es de subrayar que los ministerios suelen tener poca capacidad regulatoria sobre el sistema en su conjunto a pesar de que son la autoridad sanitaria legal, los problemas de rectoría se asumen como la poca capacidad regulatoria o la existencia de normas contradictorias o con escasa integración, dificultad mas evidente en los sistemas

federales como Argentina y en menor incidencia Brasil.

“La mirada en espejos ajenos pudiera llamarse al desarrollo del sistema de salud argentino”. Desde sus orígenes marcados por constantes miradas externas es tal vez uno de los mas viejos sistemas de salud del continente mirando a EEUU y a Inglaterra ya que en el siglo 19 aparecen algunos indicios del sanitarismo clásico abierto por las presidencias de Mitre y Sarmiento 1862-1874. Pero es a principios del siglo 20 donde aparecen unos actores muy particulares, la fuerte inmigración europea trae consigo a la industrialización del país y con un modelo mutualista aparecen los hospitales de comunidad y los primeros sistemas solidarios. Sin embargo allí ya esta presente la diferencia en la economía alemana o la inglesa en donde la formalización del trabajo alcanzaba entre el 80 y el 90 % y el esquema de protección se expandía y redefinía. Desde la unificación de Alemania, en la década de 1870, hasta la década que transcurre entre 1930 y 1940 se registró un dinámica económica que promovió una gran formalización del mercado de trabajo de modo que alrededor del 90% de la población económicamente activa pertenecía al sector asalariado formal. Es así que Argentina toma e impone el sistema Bismarkiano como horizonte pero a lo largo del tiempo no puede expandir su cobertura.

A pesar de esto en el ámbito de la salud, la década de 1940-1950 es escenario de un doble nacimiento: el del Estado “responsable-garante” del derecho a la salud, y el de la seguridad social a cargo de sindicatos y organismos para-estatales. Para dato interesante en ese decenio se construyen 35 grandes policlínicos y se logran 130.000 camas hospitalarias, esta situación originó formas de solidaridad diferentes a las tradicionales que impulsaron a los esquemas de protección asistencialista y del seguro social. Se formulan conceptualizaciones de la salud como un derecho universal y el acceso a los servicios pasa a ser garantizado y financiado con recursos públicos. Esta forma de organización de los sistemas de salud se tornó hegemónica en LAC y aun en Europa a partir de los años cincuenta. Pero en Argentina se pierde esa lógica progresivamente, desde el punto de vista de la financiación, la universalización de la protección de la salud que surge en la postguerra se apoya en cierta facilidad para lograr solventar a esa porción minoritaria de la población que no contaba con ninguna forma de protección social. Financiar esa nueva obligación del Estado y a través de recursos fiscales obtenidos vía impuestos y contribuciones laborales no resultaba muy difícil en países que pasaban por una fase de franca recuperación económica, no siendo así en aquellas que habían quedado con un modelo industrial frustrado como Argentina. El mirarse continuamente en el espejo de Europa sin poder en la autocrítica y en no poder corregir los errores, tarde o temprano generaría otro estado de situación, mientras en la posguerra el PBI de los países del viejo continente crecía de forma sostenida a razón de cuatro al cinco por ciento al año, las tasas de inflación eran muy bajas, el desempleo era mínimo y los sindicatos conseguían negociar condiciones salariales adecuadas a sus necesidades. En Argentina se perdía la rienda solidaria del estado y los sindicatos que acumulaban poder y definían una férrea posición. Luego la inestabilidad política y los vaivenes entre democracia y gobiernos autoritarios hicieron el resto.

El modelo de Estado burocrático-autoritario que se instala en la Argentina a partir de 1976 asume características fundacionales y desarrolla todos sus

esfuerzos en erradicar las bases del Estado de compromiso que asumía funciones de intervención y de mediación de intereses conflictivos, con un fuerte rol en la distribución del ingreso a través de instrumentos fiscales, que asumía un compromiso activo con el desarrollo industrial y donde las políticas sociales tenían un papel fundamental. Las Fuerzas Armadas incorporan el discurso neoliberal que da fundamento a su equipo económico. Esto repercute en la esfera de salud primando los componentes liberales y tecnocráticos, avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado, y su traspaso a la actividad privada. Principios modernizadores como la jerarquización de la red sanitaria, el desarrollo de redes y de sistemas locales aparecen esbozados en el discurso oficial. Aunque en la práctica esto no ocurre y lo que se opera es una descentralización de los hospitales que transfieren el conflicto a la esfera provincial liberando al presupuesto fiscal de toda responsabilidad por la salud de la población, inclusive del sostenimiento del hospital público, al que se otorga la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación con las obras sociales. En ese camino Argentina pierde el liderazgo en política sanitaria y aun hoy coexisten tres modelos de liderazgo en políticas de salud. El primero es un estado fragmentado con políticas superpuestas desde los tres niveles nacional, provincial y municipal, un sector de la seguridad social fuertemente consolidado pero estancado y un sector privado que es el gran proveedor de tecnología.

El modelo neoliberal es incorporado en la formulación de políticas públicas bajo el régimen autoritario. El mismo incorpora el espíritu de la contención del gasto, la focalización, la descentralización de los servicios aun como medida contencionista e intenta introducir una cuña en el sistema solidario de seguridad social, con la desregulación de Obras Sociales.

Los Gobiernos nacionales y locales que se sucedieron en los periodos de transición y consolidación de la democracia luego de 1983 no consiguieron encontrar aun formulas superadoras de las recetas básicas centradas en la contención del gasto, en la fragmentación de los derechos, en la privatización de los servicios y en la desvinculación de la esfera central de cualquier compromiso de gestión que pudiera involucrar conflictos. Se consolidan así las tendencias hacia la descentralización y la desmercantilización mínima de los servicios, incorporando la tercerización y la compra y venta de servicios desde la esfera publica.

Así hoy Argentina se enfrenta al desafío de la CUS con un sistema de salud que pudiéramos decir que es continente, pero que adolece de lógica alguna, con gasto duplicado a veces con un financiamiento atomizado, con segmentación de la oferta, superposición de acciones y despilfarro de recursos que no puede expandirse bajo el concepto de seguros, pero tampoco como un sistema nacional, fuertes presiones de los actores que concentran poder económico y político y falta de liderazgo nacional que pueda en el campo de la salud liderar una política intersectorial.

Para dar cuenta de lo anteriormente expuesto se eligieron tres conjuntos de prestaciones que sin ser tales en una definición clásica de CPS son los que se asemejan a tales, de esta manera podemos decir que se estudió el listado mas amplio y que cubre a un poco mas de 18 millones de personas, que si bien el PMO no es un

Conjunto de Prestaciones se pudiera considerar que el mismo se establece como un listado garantizado. Dadas las características de gran fragmentación y segmentación del sistema Argentino y la diáspora en los múltiples fuentes de financiamiento y los marcos normativos que lo regulan, también se pudiera decir que el camino hacia la cobertura universal se necesitaría reformular profundamente el sistema, con un gasto elevado para la media de países latinoamericanos y comparable al de los países desarrollados esconde dentro de sí una serie de inequidades difíciles de ocultar, regiones donde la mortalidad materna e infantil llegan a índices de los más altos que la media de los países analizados o con normas que regulan servicios sin interés sanitario específico y prioridad, como pudiera ser una ley de fertilización asistida.

El sistema asegura sin embargo situaciones de alta complejidad, patologías de alto costo y baja incidencia y estarían cubiertas al igual que la discapacidad en todo el ciclo de la vida.

Los recursos que una sociedad pone en juego para la atención de la salud se caracterizan por ser variables, no solo merced a las decisiones de gobierno del sistema, sino también por condiciones dinámicas detentadas por la oferta y demanda de servicios en la relación entre prestadores y usuarios. La evaluación continua de estas variaciones permite actuar de modo tal que se mantenga la sustentabilidad financiera mediante la búsqueda de equilibrio entre recursos y necesidades. Por ejemplo el sistema argentino no tiene monitoreo continuo y el PMO es rara vez modificado salvo inclusiones que al listado se hacen a veces en forma asistemática, y por mera normatividad.

Se sabe que las necesidades en salud que presenta una población determinada no son estáticas, sino que varían en cantidad y calidad a lo largo del tiempo. Parte de esta variación también se suscita por la oferta de nuevas soluciones (tecnologías sanitarias) creando nuevos estados de necesidad objetivables (reales o ficticios) donde antes no existían. La evaluación continua de necesidades debiera permitir valorarlas con la finalidad de adecuar las respuestas de manera tal, de seguir asegurando la equidad en el acceso. Esto no ocurre con el PMO y la inclusión asistemática puede poner en peligro el financiamiento y el fin último del sistema que es el diluir el riesgo, por otro lado las transferencias cruzadas en el sistema están generando en el mismo el desfinanciamiento. Así también el monitoreo de necesidades sirve, en determinadas ocasiones, para responder efectivamente cuando se producen variaciones bruscas de los estados de necesidad en un grupo particular dentro de la población blanco. Esto tampoco se puede monitorear en el sistema argentino y lamentablemente se pierden oportunidades de intervención.

Tal como sucede con los recursos disponibles y las necesidades en salud, los costos y su relación con los resultados en la práctica, de hecho se ha visto que la utilización de determinados dispositivos tecnológicos, se modifican con el transcurso del tiempo. Estos cambios pueden determinar que cierta tecnología que no presentaba valor suficiente para ser incluida en un conjunto de prestaciones o beneficios en un momento dado, lo haga en otro momento, permitiendo su financiamiento para determinadas situaciones de necesidad. Este conjunto de acciones, propias de la gestión continuada de los conjuntos de prestaciones o beneficios, requieren un detallado y sistemático

seguimiento de los costos al interior del sistema, aún cuando no haya existido información suficiente sobre los mismos al momento inicial en de diseño del mismo.

En cuanto a la universalidad para el caso de Argentina y para la mas importante canasta o conjunto de prestaciones con listado normatizado o sea el PMO observamos que solo alcanza al 46 % de la población y visto desde la mirada del cubo de Evans se podría graficar de la siguiente manera :

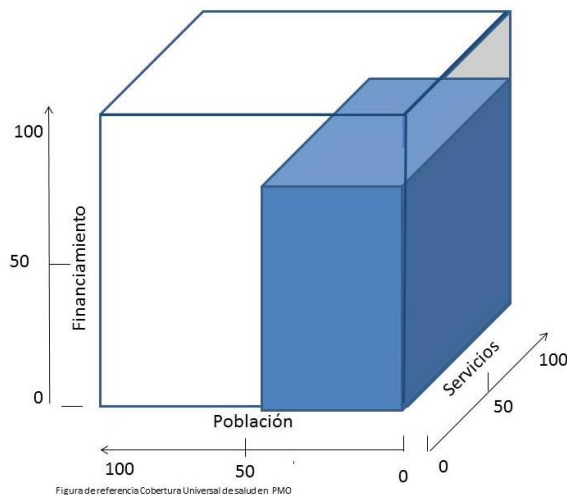


Figura 11. Cubo de Evans para PMO. Argentina

En la figura 11 se observa que si bien en el orden de los servicios el PMO tiene una cobertura prácticamente universal, ello se debe mas a una razón de descontrol, que de control, ya que la inclusión asistemática permitió incluir prácticamente todos lo problemas de salud, pero solo para el 46 % de la población, a este porcentaje se le pueden agregar 2 grupos poblacionales mas, los jubilados de INSSJP-Pami con un poco mas de 4 millones de beneficiarios y los 2 millones de afiliados genuinos de la empresas de medicina prepaga, aun así hay un sinnúmero de seguros entre los que se encuentran los seguros provinciales que no adhieren o lo hacen en forma parcial al PMO, generan asimetría y desigualdad frente al derecho a la salud, esto origina otro evento adverso en el sistema, que es el alto grado de judicialización.

Desde la perspectiva de poder ampliar el eje poblacional, este CPS es dependiente de un típico sistema Bismarkiano y como ya se expresó en este trabajo estos sistemas al estar ligados al trabajo formal tienen pocas posibilidades de expandirse. Desde el eje de financiamiento se evidencia poca posibilidad de expansión en la medida de que no se abandonen los copagos, los sistemas en argentina tiene muy arraigada la idea de limitación de uso a través del copago por servicios, y mucho mas para medicamentos, los que configuran una brecha que impacta en los quintiles mas bajos, pero que no necesariamente es exclusivo de la población mas empobrecida dado que esta situación también estaría impactando en los quintiles medios en situaciones de patologías crónicas en clases medias de trabajadores asalariadas. Aun viendo esto aparece otro programa

vertical y focalizado que es el Programa Remediar que cubre medicamentos esenciales para las personas sin cobertura o de bajos recursos, pero sigue quedando una brecha muy importantes con aquellos que tiene pre pagado con su aporte un servicio de salud pero que deben abonar un alto porcentaje a la hora de expendio del medicamento.

Como se ha visto la Cobertura Universal de Salud pudiera ser para todos los países un objetivo codiciado y una meta en salud pública ya que el concepto encarna la profunda valoración de tres elementos básicos de toda política pública 1) Persigue el bien común. 2) Actua sobre toda la población derecho-habiente y 3) Recurre a la sustentabilidad desde el concepto de evitar la ruina financiera de unos, tomando recursos de la mancomunación de esfuerzos y aportes para salir en cuidados de todos. Es desde este punto que la política sanitaria en Argentina no parece haber argumentado nunca en pos de la mancomunación de esfuerzos, es más las leyes que rigen a las obras sociales como las Leyes 23660 y 23661 y que debieran regular el Seguro Nacional de Salud establecen las bases solidarias pero en su ejecución han perdido conciencia de la solidaridad como base fundacional del sistema. Una mirada hacia la CUS que encarna los valores globales compartidos y principios igualitarios, como también se expresan en el derecho internacional y en los tratados de derechos humanos y las teorías subyacentes de la justicia distributiva, tal vez, refrescarían el sistema solidario en Argentina.

Por otro lado la CUS valora la equidad e igualdad de acceso, reconoce que toda persona tiene derecho a la asistencia sanitaria y esto configura un reaseguro al desarrollo de los pueblos. Pero garantizar a poco mas de la mitad de la población derechos distintos a la otra mitad habla de un problema a la hora de hablar de cobertura universal.

El otro caso tomado del sistema argentino esta dado en el caso de la ley 24.901 este sistema es el único en LAC y garantiza a todas las personas con discapacidad de todo el país salvo 3 provincias que no adhirieron al sistema, el financiamiento se halla asegurado desde distintas fuentes, desde la Obras Sociales Nacionales a travez de un fondo específico denominado fondo solidario de redistribución, desde el Minsa a travez del Programa Incluir Salud ex Profe, y desde el resto del sistema a travez del cumplimiento de la ley y su nomenclador.

Los beneficiarios deben acreditar la discapacidad a travez de un sistema estandarizado y normatizado y el sistema nomina entonces a la población y le brinda una canasta de prestaciones. En realidad funciona como un sistema universal focalizado en discapacidad resguardando riesgo financiero y proveyendo cobertura integral. Cubre a toda la población discapacitada y certificada que es alrededor del 11 % de la población. Es el sistema mas cercano al concepto de CUS.

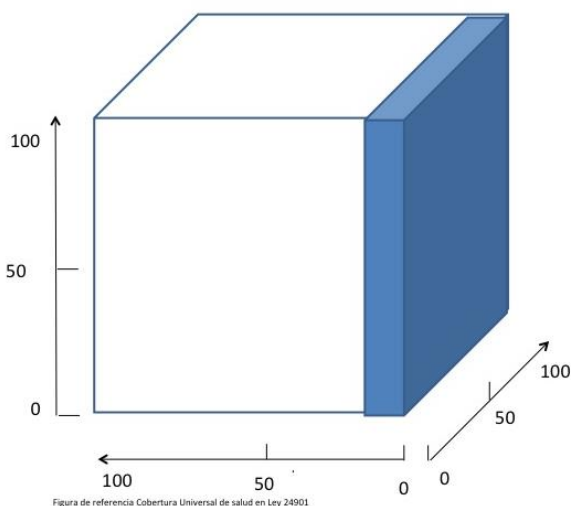


Figura 12. Cubo de Evans para Sistema de Prestaciones Ley 24901 Discapacidad. Argentina

Uno de los argumentos en contra del sistema es la acreditación a través del certificado de discapacidad, sin embargo el mismo se realiza en forma estandarizada a través de una codificación específica a través de la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 y el listado debería estar disponible como población nominalizada.

Un segundo argumento y este podría tener mayor asidero es el escaso seguimiento que se hace a nivel epidemiológico de los datos que podría la nominalización hacer y que favorecería el control atendiendo a la efectividad y la eficacia.

Un tercer conjunto asimilado como muestra en el caso de Argentina lo configura un programa focalizado denominado Plan Nacer que ahora se ha extendido en uno denominado Sumar, que en realidad es un programa de transferencia condicionada y un programa de incentivos para reducir la mortalidad materna e infantil. Este programa tampoco configura una canasta de prestaciones si bien incluye algunas, al Plan Nacer se lo creó a los fines de transferir recursos en dos vías, desde el ámbito nacional recursos e infraestructura, y desde los niveles regionales ofertar prestaciones equivalentes en todo el territorio. Si bien es un programa interesante, es parcial y no debería existir como tal, lo que nos lleva a repensar las funciones de gobernanza del sistema.

Aun así el programa no garantiza toda la medicación y siendo un programa que prevé una serie de prestaciones que como canasta básica asegura el eje de los servicios contemplados y deja librado un porcentaje no menor al 20 % en el eje de financiamiento, ahora bien, los indicadores han mejorado pero no es universal ni igualitario en aquello de garantizar el mismo derecho porque solo están involucrados los individuos inscriptos previamente. Por ende si una persona no es censada no ingresa al sistema.

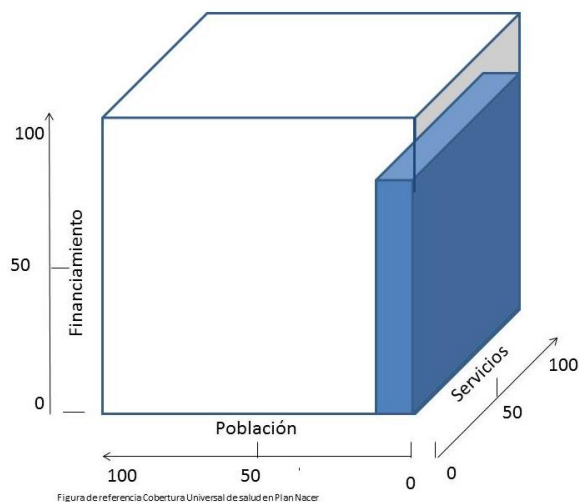


Figura 13. Cubo de Evans para Plan Nacer . Argentina

En la figura se observa la limitación que esta referenciada hacia distintos aspectos y es "universal" para aquellos a los que se les otorga nominalización pero no es obligatoria.

El plan funciona en tanto un programa de financiamiento por resultados y partió en el año 2003 con un acuerdo entre la nación y todas las jurisdicciones provinciales, por el cual el Ministerio de Salud de la Nación transfiere fondos a las provincias sobre la base de que la población sin cobertura social que sea identificada y empadronada, la salud de estas personas queda a cargo del Estado y se les provee una cartilla indicando qué servicios tienen garantizados. Cuando la provincia ha efectuado este empadronamiento, se le transfiere el 60 por ciento de los recursos previstos de acuerdo a las necesidades relevadas, el 40 por ciento restante se transfiere en la medida en que las metas acordadas se vayan cumpliendo. Las provincias sólo pueden destinar los fondos a centros de salud y hospitales que firmen compromisos de trabajo, los recursos van a las instituciones, y no a los profesionales, pero el uso de estos fondos es decidido por el equipo de cada centro de salud. Esto implica un compromiso muy fuerte de cada equipo. Pero también una dispersión de recursos en elementos estructurales, gastos en infraestructura y allí es donde residen las críticas que recibe el plan, y las que están básicamente referenciadas a la discrecionalidad, aun así el plan ha reducido índices de mortalidad materna e infantil, y ha homogeneizado cierto manejo de indicadores en los efectores, pero solo en aquellos que tiene convenio. Otra crítica que se hace al plan, es si en realidad se están alineando sólo de esta manera y bajo incentivos las prestaciones, la normatividad queda fragmentada por la utilización de los compromisos y solo con los efectores que tienen convenio, lo que supone que solo acceden los que han sido relevados y en los centros de salud comprometidos, por otro lado la modalidad de incentivos pareciera ser el norte de la gobernanza en el sistema y dicho de otra manera cada problema de salud debiera entonces contar entonces con un plan similar. De hecho al Plan Nacer se lo ha extendido como Plan Sumar y esto pareciera confirmar la última presunción. Pero ¿Cómo se materializa el requisito de cumplimiento de metas?

De distintas maneras, por ejemplo pudiendo ser en los controles de embarazo donde se busca un estándar de cinco controles durante el embarazo, y que empiezan tempranamente: el primero debe ser antes de la semana 13. Lo mismo para controles infantiles por ejemplo en talla peso o cumplimiento del calendario de vacunación, control de la transmisión de madre a hijo de enfermedades como el HIV y el Chagas. En adolescentes, se evalúa la medida en que acceden a consejería sobre salud sexual y reproductiva. Para el Programa Sumar, la mamografía bianual en mujeres de 45 a 65 años y el PAP anual es lo que se halla garantizado. Y así la transferencia de fondos del estado nacional a las provincias, y de las provincias a los centros de salud, depende de estos cumplimientos.

Otro aspecto referido a la discrecionalidad y que se encuentra pobremente estructurado dentro de la región es lo referido a la evaluación de innovaciones tecnológicas aplicadas al campo de la salud y en el sistema argentino las mismas constituyen una actividad no continua. Desde OMS se trabaja denodadamente en pos de la creación de Agencias de Evaluación de tecnologías y seguimiento de la introducción de tecnologías médicas y que la misma debe ser analizada dentro del marco de la política sanitaria de los países y de apoyo a la toma de decisiones de gestión, de los los que resulta de la introducción de información y evidencia científica en el proceso. Esto en el plan nacer se monitorea pobremente.

Analizando el caso de Brasil se puede decir que: Brasil es un caso notable ya que en este país se hizo un ajuste y cambio estructural de corte neoliberal sin que se extendiera a la política de salud (Cohn, 2008). Esto se debe en gran medida a la existencia del Movimiento Sanitario (Escorel, 1999), cuando la nueva constitución se aprobó en 1988. Ese movimiento encabezó la construcción de consensos desde los estados y en los distintos ámbitos de la salud que culminaron en la VIII Conferencia Nacional de Salud donde se fijaron las posiciones a los fines de garantizar la salud como un derecho de todos y un deber del Estado que se garantiza a través de un Sistema Único de Salud SUS, público y descentralizado al nivel municipal, con la obligación de proporcionar gratuitamente los servicios requeridos y los medicamentos correspondientes. Esto significó la disolución de la previsión o seguridad social en su vertiente del seguro de salud y su absorción por el Ministerio de Salud que se constituyó en el gran regulador y planificador del SUS y el distribuidor del presupuesto federal de salud.

Al inicio, el principal problema del SUS fue el grave déficit de infraestructura pública y de de servicios debido a que la previsión social había funcionado como un seguro que contratava la mayor parte de los servicios médicos con el sector privado, al tiempo que el Minsa se ocupaba principalmente de acciones de salud pública y no de una atención integral en salud como prestador. A fin de resolver este problema se realizó un esfuerzo extraordinario de construcción de infraestructura de baja y media complejidad. Hoy el SUS tiene 5,900 hospitales acreditados, 64 mil unidades de atención primaria y 28 mil Equipos de Salud de la Familia (Ministerio de Saúde, 2012)

Otro rasgo sobresaliente de la reforma brasileña fue la incorporación sistemática y organizada de los ciudadanos en la supervisión y conducción del SUS a través

de consejos de salud tripartitos, constituidos por ley, en los distintos niveles del sistema. Este hecho fue muy auspicioso y casi único en toda la región de LAC.

Sin embargo parece haber un consenso de que el SUS está subfinanciado lo que ha promovido el crecimiento de los seguros de salud privados debido a la carencia de servicios de calidad y de mayor complejidad (Cohn, Fleury. 2008) ; (Ocké-Reis. 2012).

Por otro lado se calcula que el 28-30% de los brasileños tiene algún tipo de plan privado de salud, contratado paradójicamente por la administración pública para sus empleados, por los grandes sindicatos y por los sectores económicamente acomodados, y como sigue vigente la deducción en el pago de impuestos de estos seguros, esto configura un subsidio importante para los aseguradores.

Adicionalmente se han señalado otras paradojas consistentes en que el gobierno nacional, en vez de fortalecer y refinanciar el SUS, parece considerar los planes privados como un recurso para descomprimir la demanda en el SUS y que una parte importante de los recursos públicos se usan para pagar la atención faltante en el SUS a los prestadores privados. Otros temas polémicos son los modelos de gestión y la promoción de empresas administradoras y prestadoras de los servicios al SUS. (Cohn, 2009). constiyuyendo también subsidios cruzados que fortalecen a los seguros privados.

Por otra parte se han perfilado varios problemas ligados a la descentralización a nivel municipal. Aunque los municipios grandes con una base presupuestaria y poblacional importante no tuvieron dificultades muy serias para funcionar descentralizadamente, los municipios medianos o pequeños se vieron en graves dificultades para cumplir su responsabilidad de prestación de servicios (Cohn, 2008).

Actualmente hay una discusión intensa sobre el SUS, donde se está revisando y debatiendo hasta que punto fue afectado por las políticas económicas y qué falta por desarrollar para hacer cumplir el mandato constitucional sobre el derecho a la salud como responsabilidad del Estado CEBES(2012). Este debate parece prefigurar una segunda reforma del SUS no para revertirlo sino para fortalecerlo y avanzar en la garantía del derecho a la salud como deber del Estado.

Como se ha visto los sistemas únicos en general son por naturaleza públicos lo que no impide que puedan existir relaciones contractuales con prestadores privados, tanto con profesionales en ejercicio liberal como con empresas médicas, para cubrir las carencias de recursos físicas y humanos. Sin embargo el o los administradores de fondos y compradores de servicios son públicos. El sistema de Canadá funciona de esa manera.

Si bien el SUS configura un modelo muy interesante aun persisten contradicciones a su interior en ese lugar es donde como cuña los sistemas privados de seguros contemplados en los Sistemas de Salud Suplementar parecen estar creciendo en forma exponencial.

Aun así en el sistema brasileño un tema a favor, fue la construcción de

un sistema universal en un país federal y esto habla en relaciona un buen nivel de gobernanza y alineamiento de política sanitaria , mas valorable aun teniendo en cuenta el quasi nivel continental que tiene 200 millones de beneficiarios en la mitad del territorio de un continente como el de América del Sur.

Mirando al SUS bajo es esquema de Evans se puede decir que el mismo representa un típico sistema en crecimiento hacia adentro del mismo se develan los desafíos.

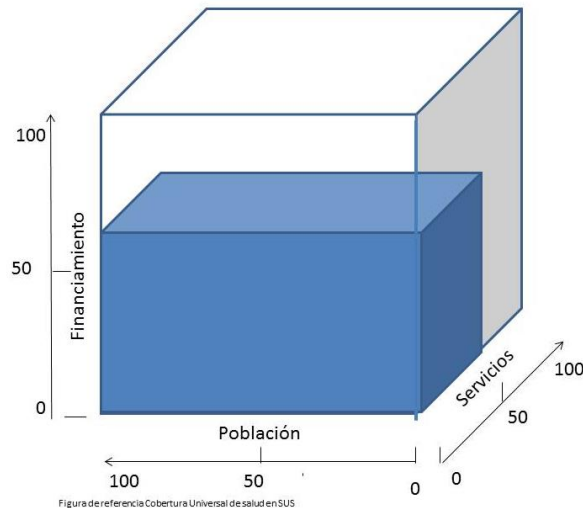


Figura 14. Cubo de Evans para Sistema Unico da Saude . Brasil

Si se hiciera un ejercicio pensando que que la cobertura poblacional esta asegurada, se observa que los ejes de servicios y financiamiento se hallan severamente retrasados.

Dos circunstancias confluyen en esta situación; en primer lugar el gasto de bolsillo es desmesuradamente alto, si bien programas de trasferencias condicionadas han aportado para impedir el gasto catastrófico y empobrecedor, pero existen severas dificultades en el expendio y entrega de medicamentos, que por otro lado configura el mayor gasto, allí pequeños programas sociales comunitarios hacen su aporte, pero dadas las características territoriales y poblacionales de Brasil la llegada a muchos puntos distantes y particularmente en el noreste y noroeste del país parecen constituir las brechas mas importantes, en segundo lugar lo contituyen los déficit de recursos humanos y materiales y la concentración de segundos y tercer nivel de atención focalizados en grandes urbes, esto se evidencia en la profundidad del cubo.

En relación a esta situación es que aparece Salud Suplementar a cubrir el desfasaje para dar cuenta de esto se han construido 2 cubos superpuestos en la siguiente figura.

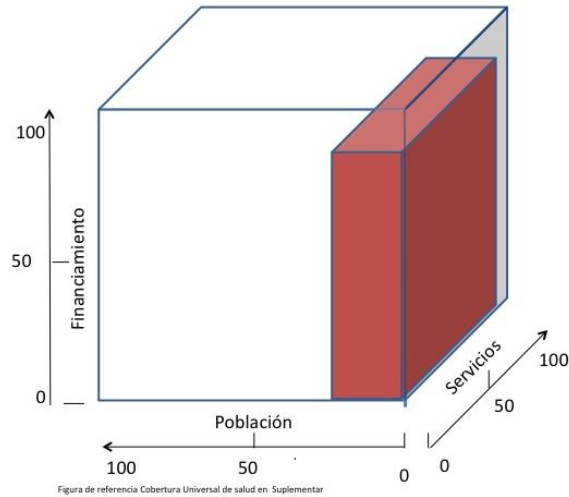


Figura 15. Cubo de Evans para Saude Suplementar. Brasil

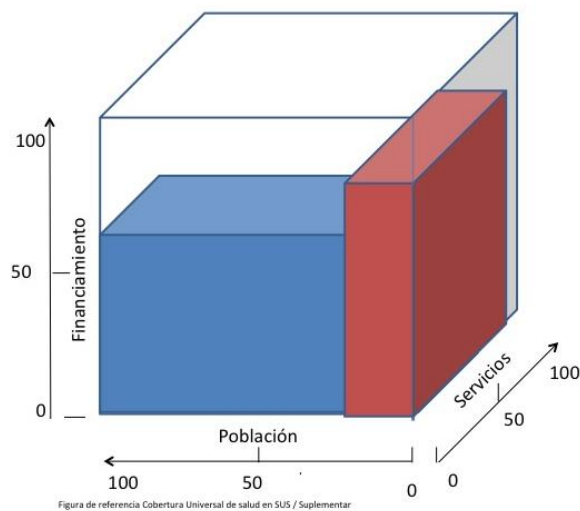


Figura 16. Cubo de Evans para Sistema Unico da Saude Vs Saude Suplementar . Brasil

Como se puede observar los seguros privados están solo ofreciendo lo que el SUS no hace y ese solo argumento les es válido para justificar su crecimiento.

Para identificar mejor esta situación de brecha en el SUS, se puede decir también siguiente manera, obsérvese en la figura la complejidad que adquiere un sistema único para 200.000.000 de personas y que es el mas grande del continente y que solo es superado por el sistema de salud de China e India a nivel global.

Este megasistema de salud presenta dificultades en la articulación intersectorial, escaso acceso a medicamentos y tecnologías en zonas alejadas de los grandes centros urbanos, alto costo de medicamentos, deficiencia en los servicios de alta

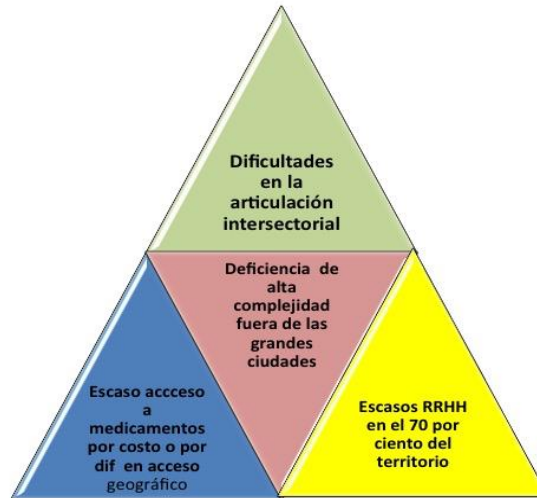


Figura 17. Principales dificultades del SUS . Brasil

Por otro lado se ha visto el sistema Chileno que fue tal vez el más involucrado en las reformas neoliberales de los años 80 y 90 y han dejado su huella en la historia latinoamericana. Para muestra el modelo chileno de reforma fue uno de los primeros en América Latina. En esta reforma se tenían por lo menos dos intenciones: debilitar el importante y simbólico Servicio Nacional de Salud y favorecer la entrada del sector privado a la administración de los fondos de salud y así se estableció la obligatoriedad del seguro de salud cuya prima fue como mínimo 7% del ingreso de la persona asegurada, simultáneamente se constituyeron dos sistemas paralelos de administradores de fondos/compradores de servicios, las ISAPRES privadas a los que los aportantes contribuyeron al igual que al público denominado Fondo Nacional de Salud FONASA y este a su vez también recibió subsidios menores para las personas pobres y que se convalidó y constituyó con sus respectivos prestadores de servicios. Tetelboin (2003). Aquí los asegurados tenían la libertad de elegir a que sistema afiliarse. Inicialmente las ISAPRE también tenían libertad de seleccionar a sus asegurados y a vender paquetes de servicios en equivalencia con el pago; condiciones que actualmente están más reguladas.

Los resultados más importantes de este arreglo institucional fueron:

1) El crecimiento acelerado de un sector privado asegurador y prestador muy rentable, con prácticas extendidas de riesgo moral y concentrador de un porcentaje desproporcionado del gasto en salud; 2) Varios subsidios cruzados favorables para el sector privado; 3) El debilitamiento y desfinanciamiento del sector público encargado de la mayoría de la población y de los más enfermos expulsado de los seguros privados; y 4) El desfinanciamiento de la salud pública y de los prestadores públicos. Vergara, 2006; Unger et al (2008).

Al inicio del siglo los dos gobiernos democráticos que siguieron a la Dictadura introdujeron una serie de cambios en el sistema de salud encaminados a regular y fiscalizar a las ISAPRE y a fortalecer el sistema público, incrementando su presupuesto y recursos físicos y humanos. Sin embargo no se intentó eliminar la estructura dual y se mantuvo como arreglo organizacional al aseguramiento con derechos diversificados según el asegurador, el monto del pago o el subsidio y con copagos por servicios y medicamentos.

El gobierno de la Presidenta Bachelet formuló una política de protección social en salud entendida como la equidad y oportunidad en el acceso; calidad y eficiencia en el uso de los recursos; y participación-cohesión social. En esta política el estado tiene la responsabilidad de alcanzar la cobertura universal mediante la regulación y los subsidios, de regular las prácticas y contenidos de los planes de los seguros, y de fortalecer la salud pública (FONASA, 2007). La presencia de la doctrina de la segunda reforma del Estado y de la competencia administrada saltan la vista.

La innovación más conocida como Plan AUGE (Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud) fue legislada en 2005. El propósito del AUGE fue garantizar universalmente el acceso en plazos perentorios a la atención integral de determinados problemas de salud, planteamiento que difiere de los paquetes de intervenciones específicas que tienden a fracturar los procesos de atención. AUGE establece además prioridades con base en preferencias sociales y la calidad de vida aparte de cálculos costo-beneficio. El AUGE es obligatorio tanto para las ISAPRE como FONASA y contemplan un subsidio para aquellos en riesgo de incurrir en gastos catastróficos por el pago del 20% del costo del tratamiento y los medicamentos.

Un problema importante del AUGE es la limitada capacidad de atención del sector público por lo que los pacientes de FONASA son atendidos por prestadores privados mediante el pago por servicio a éstos. Persiste además un obstáculo económico al acceso aun con el AUGE. Este obstáculo es general para todos los seguros ya que, con excepción de la Atención Primaria de Salud Municipal, toda atención y los medicamentos causan un copago establecido sobre la base de las condiciones socio-económicas de la persona, la modalidad del seguro y la institución tratante. Esto explica que sigue habiendo un gasto de bolsillo considerable, un 30% del gasto total en salud, que es causado por las cotizaciones voluntarias a las ISAPRE y por los copagos en servicios y en medicamentos. La disparidad entre la población cubierta y el presupuesto disponible sigue siendo sustancial ya que el gasto per cápita es 2.2 veces mayor en las ISAPRE que en el FONASA.

Si se mira el sistema chileno bajo la perspectiva del cubo de Evans observamos que :

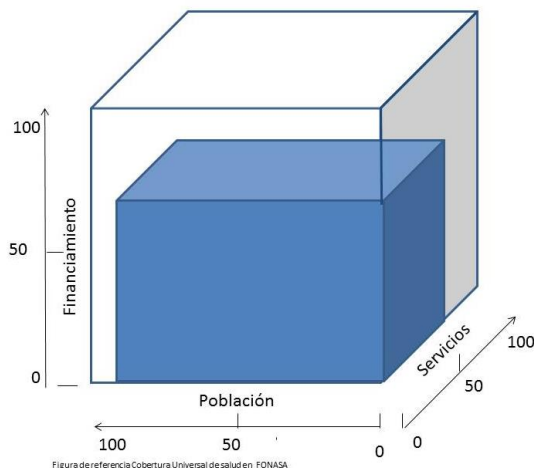


Figura 18. Cubo de Evans para Fonasa. Chile

A pesar de treinta años de aseguramiento obligatorio, uno de cada diez chilenos carece de él. La cobertura médica ha incrementado con el AUGE pero persiste el obstáculo económico al acceso. La política de Bachelet de impulso al sector público y la prioridad dada a salud han sido cruciales para este avance. Sin embargo en el ancho del cubo aun no se logra cobertura universal tampoco en el alto y esto esta dado por los copagos tan arraigados en el sistema chileno. Y con respecto a la cobertura de servicios ya se ha visto las dificultades que presenta el sistema con la limitación de 80 problemas de salud garantizados por el AUGE.

No obstante la permanencia de las ISAPRE y el modelo de libre elección de administrador de fondos/prestador de servicio impone una lógica mercantil al sistema de salud en su conjunto. La razón es que este arreglo institucional generó fuertes intereses económicos. Por otro lado los afiliados a ISAPRE difícilmente aceptarían un servicio público de salud único y son adversarios de una regulación estatal fuerte. El plan de salud presentado por el gobierno de derecha posterior al primer gobierno de Brachlette revierte los avances del sistema público y propone la profundización de la participación privada para que administre los hospitales públicos y la sustitución de FONASA por varios administradores públicos. Sin embargo, esto no llegó a concretarse, pero da cuenta de la intención de mantener un sistema de seguros privados avalados por parte de la sociedad.

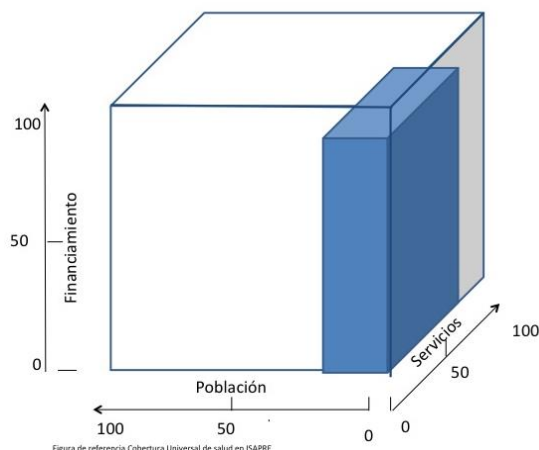


Figura 19. Cubo de Evans para Isapres. Chile

Según lo propuesto por la últimas reformas de salud se pretende que el sistema tome a toda la población en el 2019, sin embargo un largo camino queda aun para lograr la cobertura universal.

Por último otro caso de este trabajo comparado lo constituye el Perú, país que ostenta el crecimiento económico sostenido mas estable y alto por más de una década, y con auspiciosas perspectivas hasta el 2020, pero que sin embargo es el país que menos inversión en salud realiza dentro de los países elegidos y que no ha logrado hasta el momento consolidar una política fuertemente activa y un argumento convincente a la hora de mejorar el acceso al derecho a la salud, pero en cambio si lo ha hecho como un destino atractivo para la inversión privada, el sector de salud peruano en ese mismo crecimiento han puesto en evidencia también las brechas en recursos humanos, infraestructura y equipamiento, que el estado Peruano tarde o temprano deberá compensar la inversión en salud para consolidar su desarrollo.

Tal vez es por esto que la reforma de Salud en el Gobierno de Ollanta Humala (periodo 2013-2014) está intentando desarrollar un sistema mas oportuno para el ciclo que el país transita. Para esto presidente Humala mediante la Resolución Suprema N°001-2013 encargó al Consejo Nacional de Salud la tarea de formular y proponer medidas y acciones necesarias que permitan la reforma del Sector Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional conducentes a asegurar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud y la cobertura progresiva de atenciones de salud. En Mayo 2013 se aprobó en el Consejo nacional de Salud (CNS) el documento técnico de la Reforma de salud por mayoría (incluyendo el voto a favor del Colegio Médico), recién allí y luego de una década se da el paso mas importante que es comprometer un proyecto de inversión pública a cargo del MINSA financiado con recursos provenientes del endeudamiento con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Banco Mundial (BM) y del Tesoro Público, y que inicialmente apuntó a dos objetivos: uno sanitario contribuir a la mejora de la salud materno infantil, priorizando las zonas más pobres del país y otro institucional reforma sectorial que institucionalice y haga sostenible el logro sanitario.

Los lineamientos y propuestas de política planteados por el Consejo Nacional de Salud (CNS) están vinculados al derecho que tiene toda la población de gozar de buen estado de salud junto con el compromiso de hacer realidad el derecho a la salud, a este derecho que no está explicitado en la constitución como en el resto de los países de la región y se le agrega una cualidad nueva y es lo que se denomina corresponsabilidad, al de promover el principio que se expresa en el deber que tiene la persona, la familia y la comunidad en el cuidado de su propia salud, evitando las conductas de riesgo que pueden afectarla o afectar la de otras personas.

Sin embargo definen al sistema como solidario con el compromiso por una construcción de un sistema de protección en salud universal, equitativo y orientando sus acciones y organizando los esfuerzos de toda la sociedad (personas, sectores y niveles de gobierno) para elevar y proteger el estado de salud de la población y su bienestar. El CNS se ha comprometido a fortalecer el sistema de financiamiento para garantizar el acceso efectivo de toda la población a servicios de calidad y la protección financiera frente a los riesgos de empobrecimiento que pudiera generar un evento de enfermedad.

Muchas son las brechas que el sistema peruano tiene referido a una realidad en dicotomía de lo que es Lima y la Provincia Constitucional del Callao y el resto del país. Los desafíos más importantes se encuentran referidos: (a) mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, (b) responder a las características culturales de la población, (c) garantizar un trato digno e igualitario al usuario, (d) proveer de información oportuna para la toma de decisiones acertadas por parte del usuario. Para cerrar las brechas de infraestructura, de recursos humanos y de gestión, la estrategia del estado Peruano está centrada en sus esperanzas en las asociaciones público-privadas.

Frente a esto el gobierno peruano no ha aumentado la inversión en salud, siendo el país que más se ha beneficiado del crecimiento latinoamericano, el total de gasto en salud asciende aproximadamente a 5.1 % del PBI, lo que resulta aún insuficiente para que el sistema de salud pueda cubrir las necesidades de salud pública e individual. El nivel de gasto en el Perú es inferior en 2.5 puntos porcentuales del PBI al promedio registrado en los países latinoamericanos. Ello implica que durante este período de crecimiento de la renta nacional no se ha podido reducir la carga financiera que tienen los hogares en el financiamiento de la salud, representando el gasto de bolsillo más alto de Latinoamérica. El desafío es diseñar e implementar una estrategia que aumente los recursos y deberá establecer una movilización de recursos que permita ampliar la disponibilidad para el sector y a su vez, avanzar hacia una estructura sostenible y progresiva de financiamiento, que según la evidencia internacional corresponde a una relación 80/20. Es decir, que al menos el 80 % de los recursos sea canalizado al sistema de salud, bajo financiamiento público o esquemas de aseguramiento basados en la Seguridad Social, y no más de 20 % mediante el financiamiento directo a través del gasto de bolsillo. Stuckler, D.et.al. (2010). Este reto muestra los deseos explícitos de la CNS de aliviar los gastos de salud de las familias para superar la contradicción de minimizar el gasto de bolsillo sin un incremento sustantivo en el % del PBI asignado al sector salud.

Una de las dificultades particulares que presenta Perú es el referido a la multiculturalidad y las distintas concepciones filosóficas y sociológicas que la salud tiene, la multiétnica juega a veces a favor o a veces en contra de la adhesión de la población al sistema de salud, hecho que genera no desde el sistema, sino desde la sociedad una segmentación inversa. De allí que una de las tareas más importantes están centradas en planificación multisectorial e inter gubernamental.

Visto el PEAS bajo el diagrama de Evans las dificultades del sistema se evidencian en los servicios y en el eje de financiamiento, con un sistema de salud escasamente integrado; las dificultades de acceso son las más importantes, el sistema peruano nunca fue desarrollado en una economía que básicamente fue agrícola hasta hace poco tiempo, el trabajo informal sumados a la multiculturalidad y a la concentración económica en la zona media y costera del país integran junto a la escasa inversión pública una brecha importante para el desarrollo de un sistema basado en CUS.

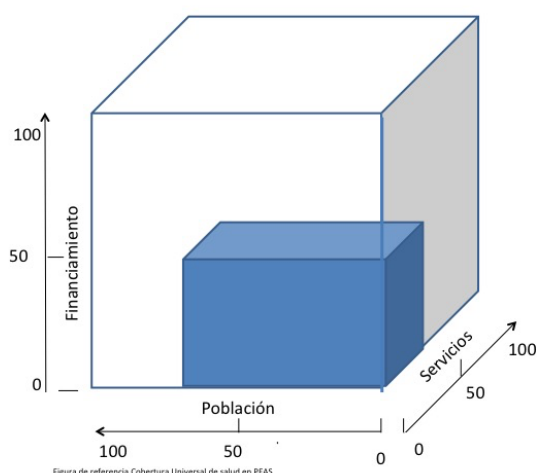


Figura 20. Cubo de Evans para PEAS. Peru

Perú se enfrenta a grandes desafíos si lo que persigue es mantener el desarrollo alcanzado, para ello el camino pareciera que recién comienza y sin duda es el país que más lejos está en esta muestra para alcanzar la CUS.

Sin embargo en Perú uno de los conflictos más importantes con los que se enfrenta la reforma actual está referido a las características de querer extender el sistema contributivo y el determinar cuáles son las personas que entran en un sistema subsidiado. Para este objetivo se están aplicando estrategias de focalización geográfica en zonas rurales para facilitar la afiliación de población pobre y redefiniendo población objetivo del régimen subsidiado sobre la base de criterios de vulnerabilidad que trascienden la dimensión de pobreza. Asignación al fondo intangible solidario en salud (FISSAL) y el rol de financiador de segundo piso de las intervenciones de alto costo como mecanismo asegurador de patologías catastróficas.

Una de las críticas más importantes que recibe el sistema Peruano esta referido a la poderosa presencia no regulada del sector privado que lógicamente aumenta el gasto de bolsillo, pero a lo que también se le reconoce públicamente, y es que el estado peruano no ha invertido en una red pública que pueda dar respuestas a las necesidades de su población lo suficiente y que dadas las necesidades de inversión de la red hospitalaria, es el sector privado quien detenta la delantera y reconocimiento público. Por ello es que el camino posible parece estar en la asociación publico-privada y lo que pretende es una planificación articulada y conjunta a nivel sectorial e inter-gubernamental (MINSA, Essalud, sanidades, gobiernos regionales). *“La situación se repite en muchas economías emergentes y en la puja de poder económico sin normas de gobernanza claras”*. Ravishankar N (2009).

Otra situación es la disponibilidad de medicamentos accesibles que están muy lejos de la población pobre. Para esto se ha sugerido el poder contar con una línea o listado más amplio para poblaciones sin recursos, que si bien el MINSA distribuye, aun quedan amplios sectores de la población sin acceso oportuno a medicamentos y tecnología segura. (Montero, J., Télles A., Herrera C. 2010).

En resumen los países incluidos en este estudio tienen muchos elementos distintivos, pero muchos puntos en común, la realidad macroeconómica del continente los ha tocado de distinta manera, comparten trayectorias sociales comunes y puestos en el lugar de garantizar la salud de sus poblaciones encuentran escollos similares. Sus sistemas de salud han sufrido un largo proceso de desfinanciamiento a raíz de las crisis, de las políticas de ajuste y del cambio estructural. Por ello tienden a tener recursos físicos e humanos insuficientes con una desigual distribución territorial y social de los servicios y de personal, esto ocurrió en Chile en el proceso de la dictadura y dejó su secuela habiendo resquebrajado el primer nivel de atención hasta nuestros días y muy particularmente en el sur del país. Las condiciones de desfinanciamiento y falta de recursos físicos y humanos frecuentemente han llevado al extravío del propósito institucional de mejorar las condiciones de salud de la población y una tendencia al predominio de los intereses particulares, legítimos o ilegítimos, sobre el interés general.

Por otro lado en este contexto el sector privado ha crecido rápidamente en los intersticios de los sistemas públicos y gozan de subsidios cruzados regresivos, por ejemplo vía la exención del pago de impuestos o la transferencia de fondos públicos a los privados cuando el principal prestador de servicios no es el sistema de seguro social. Como caso más emblemático esta la Argentina con los mecanismo de desregulación de las obras sociales.

La importancia de tener presente este panorama es que las deficiencias de los servicios públicos han sido el sustrato, real e ideológico de las reformas, un aprendizaje útil debería ser no cometer el mismo error a la hora de desarrollar políticas más activas del estado y garantizar que el mismo no pierda capacidad de desarrollo e innovación continua.

Las reformas han tenido además distintas trayectorias cuando se introducen en sistemas públicos sólidos, en los cuasi públicos (obras sociales o administrados por los sindicatos), o en sistemas con un tercer sector importante o cuando el sector privado, de seguros y prestadores, es poderoso.

Se ha visto en esta muestra que en el seguro de salud respecto a la universalidad se refiere presenta importantes problemas para expandirse, que los sistemas públicos siguen dirigidos a sostener las inequidades de los que menos tienen, se encuentran supeditados a brindar lo que pueden y rara vez logran calidad o la misma esta limitada a determinadas poblaciones focalizadas. Que las nóminas se expanden en el eje poblacional incluyendo personas en los programas pero que a veces no existe correlación con el eje de servicios. Es de señalar que ningún país en América Latina y el Caribe que ha logrado la cobertura universal como tal y si bien hay casos emblemáticos como Costa Rica o Cuba, la Salud en si misma no configura un tema central en las agendas políticas, pero es sensible en la conciencia ciudadana.

En cuanto a la cobertura de servicios, esta alternativa se basa en la definición y financiamiento de paquetes de beneficios o de CPS (conjuntos de prestaciones de salud), como se ha visto muchos se traducen programas focalizados, otros segmentan prestaciones y otros las nominan y definen, pero difícilmente las financian en su totalidad generando gastos de bolsillo.

Como toda la economía latinoamericana en general 2 problemas plantean una instancia compleja en Chile, Argentina, Perú y Brasil los sistemas privados se han expandido y nada indica que no lo sigan haciendo por otro lado si bien la pobreza se ha reducido en base a programas sociales mas activos y amplios, los mismos no logran reducir sustancialmente los índices de trabajo informal y la desocupación real relacionado a veces directa o indirectamente con la pobreza dura o sea aquella que está atravesada no solo por lo económico, sino por lo educativo y lo social; lo que constituye un duro ejemplo de la desigualdad estructural y por otro lado hay un núcleo de personas que están mínimamente calificadas para entrar en el mercado formal de trabajo a futuro, y que son generaciones que difícilmente puedan ser recuperadas.

Un estudio de la informalidad publicada en 2010 para una muestra de países en Latinoamérica estimó el empleo informal utilizando diversas fuentes de datos de 2003 a 2009 representaba el 36 por ciento de la fuerza laboral (Peticara y Celhay 2010). Los datos mas ajustados de Peticara daban esta distribución en el grupo de países estudiados, Paraguay (84%), Guatemala (77%) y Perú (70%), mientras que en Chile la tasa de informalidad es inferior al 40%, independientemente de la definición utilizada. Algunos países como Uruguay, Colombia, Chile, y Argentina) eportan una leve o moderada reducción en la tasa de informalidad en el periodo 1998-2008. En Venezuela la tasa de informalidad creció en forma sostenida a lo largo de los años '80 y '90, para recién comenzar con una tendencia descendente a partir del año 2004 hasta el 2008 cuando comienza nuevamente a subir. Las estimaciones más recientes realizadas por este autor, basadas en la Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica o en las encuestas de Hogares en 2012 indican que la informalidad puede haber caído a 28 por ciento a nivel

regional empujados por Brasil, Uruguay y Chile. Mientras que Perú continua con altísimo grado de informalidad.

Algunas consideraciones a destacar en este trabajo son las referidas a los casos de Brasil y de Chile ya que ambos toman caminos muy dispares para la construcción de sus sistemas. Y si bien las bases fundacionales son distintas ambos están disociando sus sistemas, uno antes y otro después ambos tienen sistemas privados que no desaparecerán en tanto que los sistemas públicos sean débiles, la aspiración de la gente es mejor salud y en ello los sistemas basan sus estrategias y esto habla de debilidad del estado en dar respuesta e interpretar lo que los pueblos quieren y necesitan. En tanto en Argentina la segmentación es distinta, muy dispar y diversa y da cuenta de grietas sociales asumidas, hay cuasi conciencia generalizada que para tener una buena salud hay que tener una cobertura de empresa prepaga y en los hechos no debería ser así, este mecanismo es lo que ha consolidado el decrecimiento de las obras sociales y el traspaso de los mayores ingresos del sistema solidario de las obras sociales al sector privado.

Otra brecha compartida en los sistemas analizados falta de optimización en la gestión de la inversión pública para ampliar la capacidad resolutive de la red de atención primaria y hospitalaria y la incorporación de APS renovada. Dificultades respecto a la articulación intersectorial, mecanismos ordenados en el uso de recursos y dilapidación de esfuerzos son comunes en los sistemas. Si bien se ha visto un mayor grado de nominalización y georeferenciamiento de la población a servicios, los mismos aun son limitados, o por lo menos no equivalentes, no pudiendo brindar los mismos servicios a toda la población. Por otro lado la alta concentración del desarrollo en las grandes ciudades latinoamericanas fortalece la asimetría de servicios respecto a ciudades mas pequeñas o alejadas, los casos mas acuciantes se presentan en Brasil y Peru.

En ambos países también se presentan problemas en el manejo de RRHH, aún así una metodología interesante se observa en Perú y es que se está recurriendo a la aplicación de esquemas de incentivos monetarios y no monetarios para reclutar y retener al personal que trabaja en las zonas de menor desarrollo, lo mismo que ocurre en Brasil que es sin duda uno de los problemas mas acuciantes.

Un hecho interesante se esta dando respecto a la valoración de los RRHH y es que en la región se esta promoviendo la meritocracia para mejorar el escaso recurso humano, de este hecho se da cuenta con una nueva política integral de remuneraciones basada en mérito, desempeño y riesgo según el nivel de atención y regulación de la formación de pregrado de recursos humanos en salud para satisfacer las necesidades de atención de salud de la población. (Cuba E . 2014).

Siempre se ha proclamado por la equidad en salud, aquí pareciera que la CUS encarna el principio de equidad general cual sería pretender el cuidado de la salud en el momento oportuno y para todos, por lo tanto los que tienen mayores necesidades deberían acceder más rápidamente configurando así equidad vertical, sin dejar de atender a todos lo cual plantea mayor equidad horizontal. En otras palabras, la necesidad es el factor relevante para la equidad en la distribución de la asistencia sanitaria y las diferencias

en el acceso explicadas por factores socioeconómicos no relacionados con la necesidad parecería ser multicausales.

Algunos puntos de vista hacen hincapié en que las diferencias debidas a la desinformación en los derechos y decisiones libres informadas juegan un papel negativo en el acceso a los servicios, aunque cabe señalar que esta explicación podría ocultar los problemas de accesibilidad o la aceptabilidad, especialmente desde los grupos en desventaja social e indirectamente esta alertando que los condicionantes educativos y sociales hacen fracasar el acceso a la salud en extensos grupos poblacionales.

Entender el acceso equitativo, a fin de formular, implementar y medir el cumplimiento de los objetivos de la política, requiere definiciones precisas de los términos "acceso" y "necesidad". Sin embargo, estas expresiones han sido objeto de debate desde hace al menos 40 años.(Backman G . 2009).

Los primeros enfoques considerados de acceso a la salud como el "grado de ajuste" entre el sistema de salud y la población a la que sirven parecen inconclusos y el acceso pareciera ser un resultado, o como Donabedian (Donebedian 1998) observó al respecto que: "*La prueba de acceso es el uso de servicio, no sólo la presencia de una instalación*" Desde este punto de vista, la disponibilidad del servicio es un paso necesario para el acceso potencial que se suma en un proceso de interacción, influenciado por elementos facilitadores y por las barreras ya sean estas financieras, organizacionales y contextuales como así por las expectativas, aspiraciones y características de la población.

Aunque existe un acuerdo general de que la igualdad de acceso es un concepto multidimensional, más comúnmente el aspecto que se estudia es la equidad de la utilización, sobre todo porque es más fácil de medir. La cobertura de servicios de salud es un concepto que expresa el grado de interacción entre el servicio y las personas a las que se destina, y no se limita a un aspecto particular de la prestación de servicios, sino que va por todo el proceso de asignación de recursos para el logro de la atención, no basta con tener estructura entonces , sino que hay que producir salud.

El Modelo de acceso de servicios de salud de Tanahashi (Tanahashi, G. 2009) evaluó diferentes ámbitos o dimensiones, incluyendo la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, el contacto o la utilización y la cobertura efectiva. El objetivo en su trabajo era la cobertura efectiva, que se definió como la proporción de la población que requiere de una intervención y que recibe una intervención eficaz, una definición que se plantea en términos de equidad. Este modelo fue especialmente útil para un análisis de la equidad, ya que facilitó la identificación de los grupos con necesidades insatisfechas. Los servicios pueden no estar disponibles, pueden ser de difícil acceso o ser inaceptables para determinados grupos. Pero detectó individuos que nunca se pondrán en contacto con el sistema de salud o lo haran con tan poca frecuencia, puesto que están socialmente excluidos de los servicios de salud, estos grupos han "desaparecido" o quedados "ocultos" del sistema y no se incluyen en las estadísticas de rutina sobre la utilización. Esta situación

es muy común en el Noreste de Brasil, en el Norte de Argentina y en el sur de Chile. Estos grupos ocultos también representan la inequidad del sistema.

En síntesis, las conceptualizaciones recientes han revigorizado entendimientos mayores de acceso como un proceso multidimensional de la interacción entre los sistemas de atención a la salud, los individuos, las familias y las comunidades, influenciado por diversos factores y dependientes de empoderamiento y capacidades.

Con respecto a los sistemas basados en la CUS, un gran grupo de estudios por lo general con base en datos de encuestas de hogares ofrece una amplia visión de las desigualdades en la utilización de una amplia gama de servicios generales de salud, como la atención primaria y especializada y la atención curativa y preventiva, relacionada a la arquitectura general del sistema de salud a niveles agregados nacionales.

En la Literatura internacional se encuentra un interesante trabajo sobre equidad (Hanratty et al 2007), estos autores realizaron revisiones sistemáticas e identificaron 26 estudios en 12 países y en las comparaciones entre países examinaron la equidad en la distribución de los servicios curativos en los sistemas de salud que se decían universales, en todos concluyeron que los servicios eran accesibles solo para aquellos que entendían y llegaban al sistema quedando gente fuera del mismo. Van Doorslaery otros autores (Van Doorslaer et al. 2006), compararon 21 países de la OCDE, la búsqueda de las más altas desigualdades de uso fueron los servicios médicos en los EE.UU. y México, seguidos por Finlandia, Portugal y Suecia. En todos los países en los que se disponía de datos, la atención especializada tuvo una distribución favorable a los ricos, teniendo en cuenta la necesidad expresada, pero mostraban profundas fallas en los sistemas de APS.

Estudios recientes en Canadá, Australia y varios países europeos, confirman los hallazgos sobre la equidad en general para las visitas de medicina general y la inequidad para la atención de especialistas, que al ser ajustados por necesidad es evidente, y se sabe que generan mayores costos y mayor inequidad, que favorecen las listas de espera y se perjudica el funcionamiento del sistema (Allin et al 2010),(Allin . 2008), Van Doorslaer et al (2008); (Bago d Uva et al 2009); (Allin y Mossialos . 2005) (Bourke et al (2009); (Layte y Nolan .2004) .Esto da cuenta que la implementación de un sistema de cobertura universal debe estar basado en una poderosa APS renovada y comprehensiva.

Otro interesante trabajo de Habicht y otros autores (Habicht et al.2009) se exploraron la utilización de APS y atención hospitalaria, así como las barreras financieras, de educación, ingreso y residencia en 3 países bálticos : Estonia, Letonia y Lituania y después de la transición al pasar del sistema de salud socialista a los sistemas de seguros actuales y descubrieron después de 8 años de reformas, importantes desigualdades favorables a los ricos en el uso de los servicios de salud, con peor salud actual y una selección adversa e inversa por parte de los usuarios. Estas desigualdades eran más grande de Letonia, posiblemente explicada por mayores copagos. O sea que el

copago generaba peor salud y mas pobreza al igual que en nuestros paises de Latinoamerica y el Caribe .

En un interesante trabajo de evaluación de los programas de CUS en el sudeste de Asia Somoktra y colaboradores (Somoktra et al 2010) revelaron que después de la implementación de la política de CUS en Tailandia y cuando la misma llego a 90% de cobertura efectiva tendió a favorecer a los pobres, en particular en las instalaciones públicas y especialmente en el nivel de atención primaria.

En LAC el uso de servicios preventivos, visitas médicas y la atención hospitalaria para las personas mayores fue estudiada por Balsa y colaboradores (Balsa et al 2009), utilizando el índice de desigualdad horizontal y develaron que las inequidades socioeconómicas favorecieron a los ricos en el uso de los servicios en todas las ciudades estudiadas. Las desigualdades en los servicios preventivos al menos duplicaron las desigualdades que se encuentran en otros servicios. En la mayoría de los casos, las ciudades con mayores desigualdades también presentaron los niveles más bajos de acceso.

Al igual de lo que se vio en esta muestra, aquellos que accedieron a sistemas complementarios como Salud Suplementar en Brasil, Prepagas como desregulación de Obras Sociales Nacionales en Argentina o planes suplementarios en Isapres en Chile, no solo pagaron menos transaccionalmente por las prestaciones y recibieron subsidios cruzados, sino que su aporte tampoco fue progresivo.

Por si mismo y examinando el eje financiero en forma comparada se pudiera inferir que en todos los países el gasto de bolsillo es muy elevado y traccionado fundamentalmente por los gastos en medicamentos y coseguros pero en cada caso también se observaron particularidades del lado de Argentina los recursos son dilapidados con un sistema tan fragmentado y dividido y con mas de 1000 fondos financiadores, consumiendo una importante cantidad de recursos en administración y gasto espureo.

En Brasil con una reforma interesante pero con difícil concreción de una dimensión universal y con un enorme gasto de bolsillo regresivo, Chile que compite el estado con el sistema privado para ver quien gana la batalla de la hegemonía y Peru con su escaso involucramiento medido en la baja inversión pública y con ausencia de protagonismo en las reformas de salud.

Resumen Indicadores de eje financiamiento				
PAIS	ARGENTINA	BRASIL	CHILE	PERU
Crecimiento PBI	2,9	2,5	4,1	5,8
Población	41.846.000	202,167.000	17,624.670	30.376.756
Gasto en Salud como % de PBI	9,6	8,7	7,2	5,1
Gasto en Salud en sector público % de PBI	69,2	46,4	48,6	58,9
Gasto total per cápita	995	1056	1103	337
Gasto de bolsillo	55,3	57,8	62,5	86,9

Tabla 14. Resumen indicadores de eje financiamiento

7. Conclusiones

“La disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida. Esto se cumple más intensamente donde la atención médica está más expuesta a las fuerzas del mercado, y menos donde la exposición esté reducida”.

(Julián Tudor Hart, 1971) NHS

Las evidencias desnudadas en este trabajo dan lugar a que se puntualicen siete verdades que pudieran constituirse en 7 pecados capitales frente a la CUS.

1. Derecho declamado versus derecho efectivo, en otras palabras la letra de los marcos constitucionales y legales debiera ser el norte de la brújula hacia la CUS pero siempre dando lugar al derecho respetado.
2. No se puede en la realidad Latinoamericana apostar a un sistema contributivo en base al trabajo, los sistemas bismarkianos no se pueden expandir en una franca mayoría para lograr CUS en LAC , se deberá apostar a sistemas por lo menos mixtos.
3. Innovación y adaptabilidad de los sistemas: Los sistemas deberán apostar a la innovación y a la redefinición de objetivos si lo que desean es avanzar a la CUS.
4. Aumento de porcentaje de inversión como parte de PBI, no es posible avanzar al desarrollo sin mayor inversión en salud.
5. Compromisos sociales. El cuidado de la salud se debe construir como un objetivo de toda la sociedad y no solo de gobiernos paternalistas o populistas.
6. Calidad de los servicios. No es posible lograr salud como producto si no se hace con calidad.
7. Mancomunación de fondos. Los esfuerzos en los estados democráticos exigen de mancomunar esfuerzos para lograra el bien comun .
Fondos de reaseguro y un análisis del concepto de riesgo por más que se trate de un Sistema Nacional de Salud siempre deberá ser sustentable y preveer la posibilidad de estar reasegurados ya sea por fondos especiales, por distribución de presupuestos, y por fórmulas justas de dilución de riesgos.

Un seguro social de salud como una opción para ampliar la cobertura universal resulta ser uno de los caminos posibles hacia la CUS, otro camino es un sistema nacional de salud con financiamiento de rentas generales y el otro es la integración de todos los sistemas vigentes y mancomunación de fuentes de financiamiento, esto resume el concepto que para llegar a la CUS puede haber distintos caminos, lo que no debiera existir es un concepto de CUS parcial.

Básicamente el concepto esta pensando constantemente en lo individual y lo colectivo así, la CUS busca evitar el riesgo financiero en las personas, pero en la mancomunación de fondos reasegura el sistema, si busca calidad en los servicios lo que persigue son mejores logros sanitarios y si esto es dispensado a todos los servicios de salud que necesiten, de esa manera la justicia distributiva y la igualitaria estarán finalmente en la misma senda.

El objetivo de la CUS está formado por dos componentes interrelacionados: una cobertura con los servicios sanitarios necesarios y una cobertura con una protección frente a los riesgos financieros. Si además se añade la cláusula "para todos" a cada uno de estos componentes, se obtiene el famoso "cubo de Evans " con esto se pretende decir que las tres dimensiones se pueden sintetizar en el porque no existe CUS con solo una dimensión, CUS es COBERTURA NOMINAL, ACCESO EFECTIVO, CALIDAD de SALUD PARA TODOS, Y SEGURIDAD FINANCIERA.

Poco se ha hablado, sin embargo, acerca de las maneras viables y sostenibles de aumentar la calidad de servicios dentro de un sistema sanitario nacional. Si el camino hacia la CUS no tiene unos valores claros como base, existe el riesgo de que el cubo se convierta en la caja negra en la que cualquier intervención sanitaria pueda ser tipificada como parte de la CUS. Por ello, estos valores deben incluir el compromiso de reducir la desigualdad y promover los derechos humanos a través de la ampliación de los servicios sanitarios.

La práctica de centrarse en el objetivo de cubrir más servicios y descuidar los medios para conseguirlos ya fue uno de los problemas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La resolución de estrategia regional de OPS, como así también los documentos de OMS referidos a CUS recalcan todos, que es competencia nacional el implementar la CUS y establece que cada país tiene libertad para decidir la mejor manera de conseguir el logro de la CUS. Así, parece que no importa si un país pobre crea muchos programas verticales, puesto que ésta es la manera más rápida de llegar a mucha gente, si amplía la red de servicios y, si hay un fondo de financiación internacional disponible, si reduce así la carga financiera para el ciudadano y le brinda mas y mejores servicios, esa es una manera de llegar a la CUS.

Ahora bien ¿Quién debe definir las necesidades y las prioridades sanitarias?. ¿Y qué pasa con la aceptación en un entorno local de soluciones promovidas a nivel nacional o mundial?. Una de los elementos que se esta discutiendo ahora muy fuertemente es el referido a la intersectorialidad y es que CUS persigue un esquema de construcción participativa al igual que la APS Renovada.

La experiencia demuestra que el éxito no depende solo de los recursos económicos y de los planes generales nacionales y mundiales, sino también en la implicación por parte de las personas: esos actores que, en nombre de su propia salud, pueden enfrentarse a los problemas desde la base.

En la situación actual, la CUS tan solo se refiere a las tareas de los gobiernos y la definición de políticas, en esta muestra se ha visto un caso paradigmático y es Brasil que comienza a construir un verdadero sistema universal consensuado. Las personas y las comunidades deberían poder expresar su opinión en este ámbito, como ciudadanos, actores y propietarios de los sistemas sanitarios, y no deberían ser consideradas únicamente como clientes y beneficiarios.

La supervisión del progreso hacia una CUS no debería tan solo referirse al resultado; debería asimismo incluir la supervisión del proceso mediante indicadores tales como la satisfacción y la participación de los ciudadanos.

Todos los sistemas son complejos y deberían ser flexibles y a su vez se enmarcan en otros sistemas culturales (y educativos), sociales y económicos más amplios pero también complejos. Los cambios que se esperan con la CUS también cambiarán inexorablemente aspectos más profundos de las sociedades.

La OMS ha declarado con fuerza y convicción que la CUS es un proceso dinámico, y no meramente un paquete fijo de mínimos cambios en los sistemas, que contribuye a reducir las desigualdades sociales entre los países y dentro de ellos. Sin embargo el mensaje debe ser claro y respetuoso por ejemplo un mensaje difundido por México "Nosotros ya conseguimos la CSU" desmotiva y engaña, obstruye la dinámica de inversiones en la salud pública y en los sistemas sanitarios nacionales.

El camino de CUS en la región recién comienza y se necesitan de intervenciones e investigaciones múltiples.


Algunas de ellas están referidas a :

1. La forma sistémica de abordar las crisis de los sistemas de salud .
2. La integración de los sistemas de salud .
3. La CUS y la calidad y la efectividad de los sistemas.
4. El camino de los países de renta baja y media y de los países frágiles hacia la CUS.
5. Las barreras culturales en el camino hacia la CUS.

Por otro lado salvados los problemas de conocimiento, uno de los riesgos que se corre es que el concepto de CUS sea entendido como un sinónimo de planes de seguros médicos que cubran un paquete limitado de servicios y permitan la infiltración del sector privado en los sistemas sanitarios nacionales, debilitando potencialmente el

sector público. Para evitarlo, la CUS debería tener como objetivo el incremento de la proporción de la asistencia sanitaria propiedad del sector público y gobernada y financiada por él .

No hay ningún país en el mundo que haya hecho progresos sustanciales hacia la CUS basándose en las contribuciones voluntarias o en los planes de seguros. Así, no solo el prepago es importante, sino el prepago obligatorio por medio de los impuestos (sobre la renta, la nómina, el valor añadido...), combinadas en ocasiones con contribuciones obligatorias.

Por otro lado la evidencia demuestra que la realidad fiscal es inmutable y que solo dentro de esta realidad fiscal los países encuentran el espacio político necesario para conseguir la CUS. La cuestión es si todos aquellos países que dan apoyo a la CUS estén dispuestos a progresar en las reformas de sus políticas fiscales con el objetivo de modificar las limitaciones presupuestarias actuales .

Lo cierto es que el camino hacia la CUS no es un camino fácil. pero posible .

8. Reflexiones finales y recomendaciones.

Aristóteles entendía la política como el camino para construir una sociedad justa. Distante del modelo imaginado por el estagirita, los sociólogos modernos la consideran como el arte de administrar conflictos. Y nunca fue tan necesaria la intervención del Estado para preservar la dignidad del ser humano. La realidad mundial nos muestra una perversa disparidad en los índices de salud pública.

Al mismo tiempo que la calidad de vida de las naciones desarrolladas alcanzó índices muy elevados, los habitantes de los países de África subsahariana presentan un promedio de vida de más o menos 40 años, una expectativa similar lo que se observaba en la Edad Media. Incluso en países desarrollados como los EUA, se calcula que 40 millones de personas no tenían ningún seguro medico y constituyendo un enorme contingente de marginados sociales han presionado activamente para la reforma del sistema en EEUU, y que aunque vivan en el país que posee las más avanzadas tecnologías medicas del planeta, tiene la mayor cantidad de "marginados sanitarios".

Analizando el momento histórico actual, Amartya Zen retoma la propuesta de Habermas y sugiere que, para alcanzar la condición de sociedad equitativa, deberemos hacerlo *"bajo las presuposiciones comunicativas de un discurso público ampliado, en el cual puedan tomar parte todas las personas implicadas"*, incluyendo los más vulnerables; solamente así, por medio del ejercicio democrático, de un dialogo amplio, alcanzaremos la justicia en el campo sanitario.

En lo que parece existir consenso entre los sanitaristas es que la política del Estado Mínimo, tal como la plantean los filósofos utilitaristas, no permitirá alcanzar el

nivel de salud pública deseado por los países democráticos. Cuando se considera la salud como un derecho fundamental de todo ser humano, estamos afirmando que la misma no puede figurar como una simple variable de mercado, o aun, cualquier sociedad que pretende ser reconocida como una auténtica democracia deberá considerar la salud como un derecho universal, por lo que la participación del Estado como instancia reguladora se torna esencial. No quiere esto decir que se está defendiendo un estado autocrático, sino un estado que tenga poder para promover una justa distribución de recursos en el campo sanitario.

9. Bibliografía.

1. WHO. Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal .(citado 23 de mayo 2015) Disponible en internet.
<http://www.who.int/whr/2010/es/>
2. WHO. What is universal health coverage ? Reviewed December 2014. (citado 23 de mayo 2015) Disponible en internet.
http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/index.html
3. WHO. 58 Asamblea Mundial de la salud .OMS. (citado 23 de mayo 20015). Disponible en internet. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/A58_2005_REC1-sp.pdf
4. UN. Asamblea General 14 de marzo 2013. 67/81. Salud mundial y política exterior. (citado 23 de mayo 2015). Disponible en internet.
<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/67/81>
5. World Bank. Informe Anual Banco Mundial 2013. 30 de Junio de 2013 .(citado 23 de Mayo 2013). Disponible en internet.<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/16091/9780821399446SP.pdf?sequence=7>
6. PUYANA, David Fernández. El régimen jurídico para la protección de las minorías nacionales, conforme al Derecho previsto en Naciones Unidas. Editorial de Cuadernos constitucionales de la Cátedra Fadrique Furió Ceriol. serie 43 (2004): p 125-132.
7. PUYANA, David, FARFAN , Gabriel. Desarrollo, equidad y ciudadanía: las políticas sociales en América Latina. Mexico Editorial Flacso Plaza y Valdés (2003). p 65-67

8. ACEMEGLU, Daron. Democracy, Redistribution and Inequality. Working Paper. National Bureau of Economic Research Cambridge, December 2013 (Citado 25 de mayo 2015) Disponible en Internet. <http://www.nber.org/papers/w19746.pdf>.
9. CECHINI, Simone, MADARIAGA, Aldo. Programas de transferencias condicionadas: balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe. Ed CEPAL (citado 25 de Mayo 2015) Disponible en internet <http://www.cepal.org/es/publicaciones/27854-programas-de-transferencias-condicionadas-balance-de-la-experiencia-reciente->
10. FUKUYAMA, Francis, Our Poshuman Future, World Bank Series, ed Picador, 2004 ISBN 0-312-42171-0. P. 117-119
11. EVANS, David B., MARTEN Robert, ETIENNE Carissa. Universal health coverage is a development issue. The Lancet, Mayo 2012, vol 380.9845: p. 864-865.
12. GASPER, Dan. (2000). Development as freedom: taking economics beyond commodities—the cautious boldness of Amartya Sen. Journal of International Development, June 2000 .12. p. 989-1001.
13. SEN, A. Freedom of choice: concept and content. European Economic Review, April 1988. 32(2), 269-294.
14. ATKINSON, Antony. Is Rising Income Inequality Inevitable" A Critique of the Transatlantic Consensus. Wider Annual Lectures 3, Ed. World Institute for Development Economics Research , November 1999. P 19-23
15. SEN, A. Development as Freedom. New York . Ed Anchor Books 1999. ISBN 0-385-72027-0. p. 69-85.
16. BORDA, Luis . V. (1998). Derechos humanos, responsabilidad y multiculturalismo. Contraste. Rrevistainternacional de filosofía, ISSN 1136-4076, Nº 3, 1998, p 283-305.
17. FRIDMAN, M. The South Bank: Real Opportunities for Development and Financial Autonomy? A Fiscal Analysis Contexto, Revista de Derecho y Economía .2008 (26). p. 231-232
18. CABALLERO GARCIA , Francisco. La Teoría de la Justicia de John Rawls. Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, vol. I, núm. II, 2006, p. 1-22.

19. LOAYZA, Norman. Riesgo y oportunidad La administración del riesgo como instrumento de desarrollo. Noviembre 2013. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial (citado 28 de mayo 2015). Disponible en internet http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/10/11/000333037_20131011125952/Rendered/INDEX/817850WDR0SPAN00Box379841B00PUBLIC0.txtU.
20. UN. Art 25 of Universal Declaration of Human Rights (Consultado el 30 de Mayo 2015). Disponible en Internet . <http://www.un.org/en/documents/udhr/>.
21. WHO. Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal .(citado 30 de mayo 2015) Disponible en internet. <http://www.who.int/whr/2010/es/>
22. DIDERICHSEN, Finn . Resource Allocation for Health Equity issues and methods Diderichsen. HNP Discussion Paper .World Bank .september 2004.(Citado el 1 de junio 2015) Disponible en internet. <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/2816271095698140167/HealthSystemsAnalysisForBetterHealthSysStrengthening.pdf>.
23. HSIAO, William. SIADAT, Banafsheh , In Search of the common Conceptual Framework for Health System Strengthening. june 23 , 2009. (Citado 2 de Junio 2015) Disponible en internet . <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/376278-1114111154043/10118341246449110524/HsiaoSiadatInSearchOfaCommonConceptualFrameworkForHSSDraft62309.pdf>.
24. MURRAY, Christopher. FRENK Julio A WHO Framework for Health System Performance Assessment .Evidence and Information for Policy World Health Organization 2006 (citado 30 de mayo 2015) Disponible en Internet. <http://www.who.int/healthinfo/paper06.pdf>
25. Londoño ,JL., FRENK, Julio . Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. En Pubmed .org,(citado 30 de mayo 2015) Disponible en internet. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10169060>.
26. KUTZIN, Joseph. Towards universal health care coverage- A Goal-oriented Framework for Policy Analysis . HNP Discussion Paper .World Bank. july 2000.(Citado el 1 de junio 2015). Disponible en internet. <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Kutzin-TowardUniversal-whole.pdf>.

27. KUTZIN, Joseph. CASHIN, Cheryl. JAKAB MelittaJakab. Implementing Health Financing Reform Lessons from countries in transition .World Health Organization 2010, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (citado 1 de junio2015) Disponible en internet.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120164/E94240.pdf.
28. WHO Library Cataloguing in Publication Data
The World health report 2000 : health systems : improving performance.
Policies (citado 1 de junio2015) Disponible en internet
http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
29. BITRAN R, GEIDION U, Muñoz R. (2004). Fondos de Riesgo, Ahorro y Prevención: Estudio Regional de Políticas para la protección de los más pobres de los efectos de los choques de salud – Estudio de caso de Chile. Washington, DC: World Bank.
[https://books.google.com.ar/books?id=JXIQHXi_crAC&pg=PA212&lpg=PA212&dq=Bitr%C3%A1n+S,+Giedion+U,+Mu%C3%B1oz+R.+\(2004\).+Fondos+de+Riesgo,+Ahorro+y+Prevenci%C3%B3n:+Estudio+Regional+de+Pol%C3%ADticas+para+la+protecci%C3%B3n+de+los+m%C3%A1s+pobres+de+los+efectos+de+los+choques+de+salud+%E2%80%93+Estudio+de+caso+de+Chile.+Washington,+DC:+World+Bank.&source=bl&ots=m1IFc-vz1x&sig=-azefTKk1d6qS7-](https://books.google.com.ar/books?id=JXIQHXi_crAC&pg=PA212&lpg=PA212&dq=Bitr%C3%A1n+S,+Giedion+U,+Mu%C3%B1oz+R.+(2004).+Fondos+de+Riesgo,+Ahorro+y+Prevenci%C3%B3n:+Estudio+Regional+de+Pol%C3%ADticas+para+la+protecci%C3%B3n+de+los+m%C3%A1s+pobres+de+los+efectos+de+los+choques+de+salud+%E2%80%93+Estudio+de+caso+de+Chile.+Washington,+DC:+World+Bank.&source=bl&ots=m1IFc-vz1x&sig=-azefTKk1d6qS7-)
30. CAVAGNERO E, GARRIN G, XU K. (2006). Health Financing in Argentina: an Empirical Study of Health Care Expenditure and Utilization. Innovations in Health Financing WorkingPaper No.8. Mexico, DF: Fundación Mexicana para la Salud, and Instituto Nacional de Salud Pública. (citado 1 de Junio 2015) Disponible en internet.
http://www.who.int/health_financing/documents/argentina_cavagnero.pdf
31. GARRIN , G. , James,. Social Health Insurance: Key Factors Affecting the Transition Towards Universal Coverage. International Social Security Review, 58. 2005. pag: 45–64. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-246X.2005.00209.x/pdf>
32. LONDROÑO. JL, FRENK, J. Structural pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 1997; 41:1-36. (citado 1 de Junio 2015) Disponible en internet.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851097000109>

33. KUTZIN, J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. WHO 2001 Jun; 56:pag171-204.(Citado 1 de junio 2015)
Disponible en internet
http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_Financing.pdf
34. KUTZIN, J .A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements.HealthPolicy. 2001 Jun;56(3):171-204 (citado 1 de junio 2015) Disponible en Internet.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11399345>
35. DI MCINTIRE, D. WHR 2000 to WHR 2010: what progress in health care financing? 2010 (citado 2 de junio 2015) Disponible en internet
<http://heapol.oxfordjournals.org/content/25/5/349.full#ref-12>
36. CEPAL NU. Panorama Social de América Latina
Colección: Ed. CEPAL LC/G.2326-PISBN: 9789213229729 .Pág 24-29
(Citado 3 de Junio) Disponible en internet
http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/27480/PSE_2006.pdf
37. WAGSTAF, A. Measuring Equity in Health Care Financing: Reflections on and Alternatives.2001 Word Bank (citado3 de junio 2015) Disponible en internet.
https://books.google.com.ar/books?hl=en&lr=&id=saxFe1F6eG4C&oi=fnd&pg=PP2&ots=U8QM6HGbo2&sig=o7rLtrYVQp2brrNlgDZuW2FfEcQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
38. WHO OMS. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. 2010(Citado 4 de junio 2015).Disponible en internet.http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf
39. FUCH, Victor. Economics, values, and Health Reforms. The American EconomicsReview, Volume 86, March 1996 pag 1-24 (Citado 6 de junio 2015).
Disponible en Internet.
http://web.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture01/fuchs_health_survey.pdf
40. WHO OMS. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. 2010 (Citado 4 de junio 2015).
Disponible en internet. www.who.int/whr/2010/es/

41. RAWLS , J . Theory of Justice. Second Edition. Harvard University Press ISBN 0674000773, 1999 Sixth Edition (Citado 5 de junio 2015) Disponible en internet. <https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=kvpby7HtAe0C&oi=fnd&pg=PR11&dq=rawls+1971+theory+of+justice&ots=ti9vy6Fc60&sig=XTYbRUz1lmXCYP27pxPrf9ZxKT4#v=onepage&q=rawls%201971%20theory%20of%20justice&f=false>
42. KNAUL, Felicia Marie et al. Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. Salud pública Méx. 2007, vol.49, suppl.1, pp. s70-s87. ISSN 0036-3634.
43. KIMANI, D. 2015. Catastrophic Health Expenditures and Impoverishment in Kenya. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project. ISBN: 978-1-59560-070-. (Citado 5 de junio 2015) Disponible en internet http://www.healthpolicyproject.com/pubs/522_CatastrophicExpendituresReportFINAL.pdf
44. SAKSENA P, HSU J, EVANS D .Financial Risk Protection and Universal Health Coverage: Evidence and Measurement Challenges.PLoSMed. 2014 Sep. Review.(Citado 5 de junio 2015). Disponible en internet. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4171370/>
45. LONDROÑO J, FRENK, J .Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America.(citado 5 de junio 2015). Disponible en internet.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10169060>
46. KNAUL, Felicia, M . WONK, Rebeca. ARREOLA H .Household Spending and Impoverishment. (citado 5 de junio 2015). Disponible en internet. <http://www.funsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/Documentos/IDRC/IDRC-2DA%20EDICION.pdf>
47. MUSHKIN, Selma. Health as an Investment. Journal of Political Economy Vol. 70, No. 5, Part 2: Investment in Human Beings Oct., 1962, pp. 129-157 (citado 5 de junio 2015). Disponible en internet. <http://www.jstor.org/discover/10.2307/1829109?uid=2&uid=4&sid=2110615968504>

48. BLOOM, David. CANNIN, David. JAMISON, Dean T. Salud, riqueza y bienestar .Rev Finanzas y desarrollo, marzo 2004.pag 10-15 (Citado 5 de junio 2025) Disponible en internet. <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2004/03/pdf/bloom.pdf>
49. SUAREZ BERENGUELA, Juan. La Salud en las Americas 2002 .Organización panamericana de la salud ISBN: 92 75 11587 7 Diciembre 2002 (Citado 6 de junio 2015) Disponible en internet. https://books.google.com.ar/books?id=xN7nNRr4IGIC&pg=RA1-PA111&lpg=RA1PA111&dq=SuárezBerenguela+RM,+2001&source=bl&ots=7Tsu_f9Zce&sig=fm7ftsRkAAeqFMEMf_4TB8YwoCU&hl=es-419&sa=X&ei=pXU9VerXNtHOsQS0jYDIBg&ved=0CCYQ6AEwAg#v=onepage&q=Suárez-Berenguela%20RM%2C%202001&f=false
50. PERRY, Guillermo. MALONEY William F. et al Informality Exit and Exclusion 2007 ED .The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank 1818 H Street, NW Washington, DC 20433 (Citado 6 de Junio 2015) Disponible en internet. http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2007/06/19/000090341_20070619143652/Rendered/PDF/400080Informal101OFFICIAL0USE0ONLY1.pdf
51. WAGSTAFF, Adam. VAN DOORSLAER, Eddy. Equity in health care financing and delivery. Handbook of Health Economics, Volume 1, Part B, 2000, Pages 1803-1862 (Citado el 7 de de junio de 2015). Disponible en internet <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574006400800475>
52. WAGSTAFF, Adam. VAN DOORSLAER, Eddy Income Inequality and health. What does the literature tell Us..Annual Reviews of public Health .Volume 21 may 2000. (citado 8 de junio de 2015) Disponible en internet <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.publhealth.21.1.543>
53. XU, Ke. EVANS, David .MURRAY, Christopher, J, et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis .The Lancet. Vol 362 • July 12, 2003 (Citado 9 de Junio 2015) Disponible en internet http://www.who.int/health_financing/documents/lancet-catastrophic_expenditure.pdf

54. KNAUL F, FRENK J. Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. *HealthAff* 2006;24(6):1467-1476. (citado 10 de Junio 2015) Disponible en internet
<http://content.healthaffairs.org/content/24/6/1467.short>

55. EVANS, D. TANDOM Ajay, MURRAY, Christopher. The comparative efficiency of National Health in producing Health, An analysis of 191 countries. GPE Discussion Paper Series: No. 29 EIP/GPE/EQC . Mayo 2005 World Health Organization (citado 10 de junio 2015) Disponible en Internet <http://www.who.int/healthinfo/paper29.pdf>

56. WAGSTAFF, Adam. VAN DOORSLAER, Eddy. Equity in health care financing and delivery may 2000 Worldbank.org (citado 10 de junio 2015). Disponible en internet.
<http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Publications/459843-1195594469249/HealthEquityCh15.pdf>

57. KNAUL F, ARREOLA-ORNELAS H, et al .Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *Lancet* 2006;368:1828-41

58. KNAUL F, ARREOLA-ORNELAS H, et al Gasto catastrofico y empobrecedor en Mexico. 2010 FunsaludMexico(citado 10 de Junio 2015) Disponible en internet.
<http://www.funsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/Documentos/Working%20paper%20uno/Mexico%20WPI.pdf>

59. O'DONNELL, O. A. WAGSTAFF, A. (2008). *Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation*. World Bank Publications.(citado 10 de Junio 2015) Disponible en internet.
https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=8krsjfKv2vgC&oi=fnd&pg=PR3&ots=Rv146Sb2gL&sig=kzomWbCxOJoTwqj2xEXRBTjdel&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

60. ROVIRA, Joan . Conjuntos de Prestaciones de Salud, Objetivos, Diseño Y Aplicación. 2003 Paho-OPS publications.ISBN 92 75 32443 3(citado 10 de Junio 2015) Disponible en internet.
<http://www.paho.org/hq/documents/conjuntosdeprestacionesdesaludobjetivosdisenoyaplicacion-ES.pdf?ua=1>

61. XU, Ke .Distribution of health payments and catastrophic expenditures Methodology. Department "Health System Financing" (HSF) Cluster "Evidence and Information for Policy" (EIP) World Bank. 2005.(citado 10 de Junio 2015) Disponible en internet.
http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_05_2distribution_of_health_payments.pdf
62. SANGUINETTI, Florentino .Etica y equidad sanitaria. 2012, Boletín del Consejo de ética en medicina Vol. 9-1 2012 ISSN 1852 5768 (citado 10 de Junio 2015) Disponible en internet. <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/bcaem/article/view/1583>
63. OPS- PNUD Aportes para el desarrollo humano en argentina 2011, El sistema de salud argentino y su trayectoria a largo plazo.PNUD, 2011. 88 p. ISBN 978-987-1560-32-5 (citado 10 de Junio 2015) Disponible en internet.<http://new.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf>
64. CETRANGOLO, Oscar et al .La descentralización y el financiamiento de políticas sociales eficaces: impactos, desafíos y reformas. El caso de la Argentina. 2013.ED. CEPAL. ISSN1680-8843 .(citado 10 de Junio 2015) Disponible en internet <http://www.cepal.org/es/publicaciones/35886-la-descentralizacion-y-el-financiamiento-de-politicas-sociales-eficaces-impactos>Worldbank.
65. PERTICARA, Marcela .Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos , ED CEPAL 2008 ISBN 9789213231876 (citado 10 de Junio 2015) Disponible en internet . <http://www.cepal.org/es/publicaciones/6146-incidencia-de-los-gastos-de-bolsillo-en-salud-en-siete-paises-latinoamericanos>
66. SCHMIDTMI. ET AL. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. 2011 Lancet, 377:1949- 1961.
67. CONFERENCE Health and Health Care Country Paper Brazil 21 June, 2013 University Hall, NUS (citado 10 de Junio 2015) Disponible en internet http://www.ilcbrazil.org/wpcontent/uploads/2014/03/health_and_health_care_country_Brazil.pdf

68. GRAGNOLATI, M., B. Et al .“20 years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde.” 2012 ed World Bank.
69. LINDELOW Magnus. ARAUJO Edson . Universal Health Coverage. Health, Nutrition and Population Global Practice World Bank Group Report. September 2014. (citado 10 de Junio 2015) Disponible en internet
<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/20732/912140WP0UHC0C0Box385329B00PUBLIC0.pdf?sequence=1>
70. PAIN Jamielson .TRAVASSOS, Claudia , ALMEIDA Celia .The Brazilian health system: history, advances, and challenges. TheLancetMay 21, 2011.Volume 377.Number 9779p177 9-1806 (citado 10 de Junio 2015) Disponible en internet.
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/)
71. ARAUJO, C, L. CAVALLINI, S. Et al .La contratación de la Atención Primaria de Salud en Brasil los casos de Río de Janeiro y Bahía. Banco Mundial, Washington, DC. 2014pg 35-37 . (citado 17 de Junio 2015) Disponible en internet.<https://www.openknowledge.worldbank.org/handle/10986/20728>
72. URRIOLOA Rafael, Protección Social en Salud en Chile ,RevPanam Salud Publica/Pan Am J PublicHealth20(4), 2006 .(citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet.<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v20n4/a13v20n4.pdf>
73. VARGAS V Et al .Health prioritization: the case of Chile.Health Affairs2008 May-Jun;27(3):782-92 Volume 34, PUB MED .(citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18474972>
74. Inter-American Development Bank , Report Economic and Social progres in Latin America en 1999 ISBN 1886938699781.(citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet.
[https://books.google.com.ar/books?id=csEOWhv1MLEC&pg=PA187&lpg=PA187&dq=Engel,+Galetovic+y+Raddatz,+1997%29.&source=bl&ots=JZW-zAvj1-&sig=vded9cGoyLUiGEIz9FqoJZw7jIM&hl=es-419&sa=X&ei=TKU0VYXYBYe0sASbyIH4Ag&ved=0CEAQ6AEwBg#v=onepage&q=Engel%2C%20Galetovic%20y%20Raddatz%2C%201997\).&f=false](https://books.google.com.ar/books?id=csEOWhv1MLEC&pg=PA187&lpg=PA187&dq=Engel,+Galetovic+y+Raddatz,+1997%29.&source=bl&ots=JZW-zAvj1-&sig=vded9cGoyLUiGEIz9FqoJZw7jIM&hl=es-419&sa=X&ei=TKU0VYXYBYe0sASbyIH4Ag&ved=0CEAQ6AEwBg#v=onepage&q=Engel%2C%20Galetovic%20y%20Raddatz%2C%201997).&f=false)

75. ACHARYA, Arnab. VELLAKKAL Sukumar.TAILOR, Fiona Taylor. The Impact of Health Insurance Schemes for the Informal Sector in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review World Bank Res Obs (2013) 28 (2): 236-266.(citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet.<http://wbro.oxfordjournals.org/content/28/2/236.full>
76. ANGEL J, . RONALD J.Hispanic Families at Risk: The New Economy, Work, and the Welfare State, 2009 .ED SPRINGER ISBN 9781441904744 Pg 36 -44.(citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet https://books.google.com.ar/books?id=ccPrAKMEIpcC&pg=PA2&lpg=PA2&dq=Sigerist+1999&source=bl&ots=KQxWAL_tZf&sig=YHMa5r5x_QqKpglRdBSs9XGT1UU&hl=es-419&sa=X&ei=PkM0VaP-AqjnsASdzoBw&ved=0CEAQ6AEwBQ#v=onepage&q=Sigerist%201999&f=false
77. VAN DER ZEE ,Juoke et al .Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. Ed. Biomedcentralvol 7 pg 23-41 2006. (citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/94>
78. WAGSTAFF A, van Doorslaer E, van der Burg H, Calonge S, Christiansen T, Citoni G, Gerdtham UG, Gerfin M, Gross L, Hakinnen U, Johnson P, John J, Klavus J, Lachaud C, Lauritsen J, Leu R, Nolan B, Peran E, Pereira J, Propper C, Puffer F, Rochaix L, Rodriguez M, Schellhorn M, Winkelhake O, .Equity in the finance of health care: some further international comparisons.2006 Ed. Martin Gulliford, Myfanwy Morgan. (citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet <https://books.google.com.ar/books?id=rpKu649mPusC&pg=PA173&dq=WAGSTAFF+A,+van+Doorslaer+E,+van+der+Burg+H,+Calonge+S,+Christiansen+T,+Citoni+G,+Gerdtham+UG,+Gerfin+M,+Gross+L,+Hakinnen+U,+Johnson+P,+John+J,+Klavus+J,+Lachaud+C,+Lauritsen+J,+Leu+R,+Nolan+B,+Peran+E,+Pereira+J,+Propper+C,+Puffer+F,+Rochaix+L,+Rodriguez+M,+Schellhorn+M,+Winkelhake+O,+.:+Equity+in+the+finance+of+health+care:+some+further+international+comparisons.&hl=es-%20some%20further%20international%20comparisons.&f=false>
79. RESTREPO AVENDAÑO, Rubén Dario. El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia 2012 ED. Universidad del Valle. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas Medellín Colombia. (citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=co/co-006&d=D8431&cl=CL1>

80. WHITEHEAD M. WHO A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health 2006. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health. University of Liverpool (citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet.
http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf
81. WHITEHEAD M. WHO Concepts and principles for tackling social inequities in health 2007. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health. University of Liverpool (citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet.
<http://nccdh.ca/resources/entry/concepts-and-principles-for-tackling-social-inequities-in-health>
82. GARRIN G, MATHAUER I, Xu K. EVANS, DB. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. Bull World Health Organ. 2008 Nov 1;86(11):857-63. (citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=19030691
83. SALINAS FIGUEREDO, Dario. TETELBOIN HENRION, Carolina. Social and political condition in Latin America 2005 Universidad Iberoamericana/Universidad Autónoma Metropolitana México (citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet
http://papelesdepoblacion.uaemex.mx/pp44_Ing/DARIO.pdf
84. VERGARA ITURRIAGA, M .MARTINEZ GUTIERREZ, M,S. Financiamiento del sistema de salud chileno 2006 .Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Salud pública Méx vol.48 no.6 Cuernavaca nov./dic. 2006. (citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342006000600010&script=sci_arttext&tlng=pt
85. UNGER J-P, DE PAEPE P, Et al (2008) Chile's Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique. PLoS Med 5(4): e79. doi:10.1371/journal.pmed.0050079 (citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet
<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0050079>

86. COHN, W. ON INEQUALITY IN CANADA. Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie, 15: 399–401. University of British Columbia. WileyLibrary (citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1755-618X.1978.tb00683.x/pdf>
87. FONTES, A Et al. Sector Informal y Políticas Públicas en América Latina 2010. Fundación Konrad Adenauer, ISBN 978-85-7504-147-5 (citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet. <http://www.kas.de/wf/doc/1382-1442-4-30.pdf>
88. ZIONI, Faviola. Exclusão social: noção ou conceito? Saude soc. vol.15 no.3 São Paulo Sept./Dec. 2006 (citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000300003
89. REICH, Michael. TAKEMI Keizo. Governing Health Systems: For Nations and Communities Around the World. Harvard College. Ed Lamprey & Lee 2015 (citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet <https://books.google.com.ar/books?id=6z73BgAAQBAJ&pg=PT117&lpg=PT117&dq=Cohn,+2008;+Fleury,+2008;&source=bl&ots=e3frV2T0G6&sig=Nr0E8oqjYf9MFqJcJvB6ioMH76g&hl=es419&sa=X&ei=t6wyVdfLKKz7sASMnoDIBg&ved=0CEkQ6AEwBg#v=onepage&q=Cohn%202008%3B%20Fleury%202008%3B&f>
90. OCKE REIS, Carlos. Brasil em desenvolvimento 2014 : estado, planejamento e políticas públicas. 2014 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet <http://cebes.org.br/2014/12/carlos-ocke-escreve-sobre-gasto-tributario-em-saude/>
91. COHN, Amelia. Reflections on Brazilian National Health Reform after 20 years of experience with the Unified National Health System 2009. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(7):1614-1619, jul, 2009. (citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/20.pdf>
92. CARVALLO SOPHIA, Daniela Notes about the participation of CEBES in the organization of the 8th National Health Conference: the role of Revista Saúde em Debate. Saúde debate vol.36 no.95 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2012 (citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042012000400007&script=sci_arttext

93. KENTIKELLENIS Alexander et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *TheLancet*, 10 October 2011 doi:10.1016/S0140-6736(11)61556 .(citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet <http://www.ygeianet.gr/box/cal/25355.pdf>
94. RAVISSHANKAR N, GUBBINS, P. Et al. Financing of global health: Tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *TheLancet*. 2009;373(9681):2113-24.
95. BRAHM, Sofia .Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno .Temas de la agenda Pública .Pontificia Universidad católica de Chile Año 9 Vol 67 Abril 2014. ISSN 07189745. .(citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet <http://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/fortalecimiento-de-la-atencion-primaria-de-salud-propuestas-para-mejorar-el-sistema-sanitario.pdf>
96. HENDERSON,J . Health Economics and Policy 6th Edition 2013 Ed Cengage (citado 17 de Junio 2015). Disponible en internet. https://books.google.com.ar/books?id=4QhtBAAAQBAJ&pg=PA454&lpg=PA454&dq=Enthoven,+1988&source=bl&ots=nLJtxzstSZ&sig=y3_pm6W5m5Hz2Y4d36sAcBxVCoc&hl=es419&sa=X&ei=O40yVe67N8XDggSG2oGQAQ&ved=0CCQQ6AEwAQ#v=onepage&q=Enthoven%2C%201988&f=false
97. BACKMAN G, HUNT P, KOHOSTA R, JARAMILLO-STROUSS Et al. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *The Lancet* 2008; 372(9655):2047-2085
<http://www.milbank.org/uploads/documents/QuarterlyCentennialEdition/Eval.%20Quality%20of%20Med.%20Care.pdf>
98. HANTATTY, B., et Al. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *Int J Health Serv*, 2007. 37(1): p. 89-109

99. WAGSTAFF, Adam. VAN DOORSLAER, Eddy. Equity in health care financing and delivery. Handbook of Health Economics, Volume 1, Part B, 2000, Pages 1803-1862 (Citado el 7 de de junio de 2015). Disponible en internet <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574006400800475>
100. ALLIN, S. GRIGNON M, Le Grand J. Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? SocSci Med. 2010 Feb;70(3):465-72
101. ALLIN S., Does Equity in Healthcare Use Vary across Canadian Provinces? Health Policy, 2008. 3(4): p. 83-99
102. VAN DOORSLAER, E MASSERIA C. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. OECD Health Equity Research Group CMAJ 2006; 174:177–183
103. BAGODÚVA T, JONES E. Measurement of horizontal inequity in health care utilisation using European panel data. J Health Econ. 2009 Mar;28(2):280-9
104. ALLIN, S. MOSSIALOS E. Equity and Inequality in Health Care Use Among Older People in the United Kingdom. Paper presented to the British Household Panel Survey 2005 conference, Institute for Social and Economic Research, Essex, 2005. (Citado 2 de setiembre) Disponible en Internet www.iser.essex.ac.uk/bhps/2005/docs/pdf/papers/allin.pdf
105. BOURKE, J. Income-related inequalities and inequities in Irish healthcare utilization. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2009 Aug;9(4):325-31
106. HABICHT ,J . et al. Social inequalities in the use of health care services after 8 years of health care reforms – a comparative study of the Baltic countries. Int J Public Health 54 (2009) 250–259

107. SOMKOTRA T. Measurement and Explanation of Horizontal. Equity in Health Care Utilization Among Thais After Universal Coverage Policy Implementation. Asia Pac J Public Health. 2010 May 10.

108. Balsa, A. et al Horizontal inequity in access to health care in four South American cities. Society for the Study of Economic Inequality. ECINEQ 2009- 131

10. Anexos.

Se anexa en este apartado la Resolución 53-5 de la OPS.



53.^o CONSEJO DIRECTIVO

66.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014

Punto 4.3 del orden del día CD53/5, Rev. 2 2 de octubre del 2014 Original: español

ESTRATEGIA PARA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

Introducción

1. En la Región de las Américas hay millones de personas que no pueden acceder a servicios de salud integrales para lograr una vida saludable y prevenir la enfermedad, y recibir servicios de salud cuando están enfermos, incluso cuidados paliativos en la fase terminal de su enfermedad. Esta Región continúa siendo una de las más inequitativas del mundo. Lograr que todas las personas y las comunidades tengan acceso a los servicios de salud integrales que necesitan, es un reto fundamental para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la razón de ser de esta Estrategia.

2. Los países de la Región han utilizado distintos abordajes y formas de organización de sus sistemas de salud para responder a este reto. Estas experiencias, y la evidencia disponible, permiten identificar elementos orientadores para el avance progresivo hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, los cuales se plasman en esta Estrategia. Sin embargo, cada país debe definir, tomando en cuenta su contexto nacional, histórico, económico y social, la manera más eficiente de organizar su sistema de salud y utilizar sus recursos para asegurar que todas las personas tengan acceso a servicios integrales de salud cuando los necesitan.

3. El acceso es la capacidad de utilizar servicios de salud integral, adecuada, oportuna y de calidad, en el momento en que se necesitan. Servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, se refiere a acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica,

y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, paliativo y rehabilitación) y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios.

4. Acceso universal se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa.

5. La cobertura de salud se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población. La cobertura universal no es suficiente por sí sola para asegurar la salud, el bienestar y, la equidad en salud, pero sienta los fundamentos necesarios (2).

6. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.

7. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar.

8. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son necesarios para mejorar los resultados de salud y otros objetivos fundamentales de los sistemas de salud, y se basan en el derecho de toda persona al goce del grado máximo de salud, la equidad y la solidaridad, valores adoptados por los Estados Miembros de la OPS.


9. Tal cual lo define la Constitución de la OMS "El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social" y es el valor central para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Este derecho debe ser promovido y protegido sin distinción de edad, etnia, sexo, género, orientación sexual, idioma, origen nacional, lugar de nacimiento, o cualquier otra condición. Promover y proteger este derecho exige una articulación con otros derechos relacionados. Este derecho y otros derechos relacionados con la salud, están contemplados en muchas de las constituciones nacionales y en tratados internacionales y regionales.

10. La ampliación del acceso a los servicios para los grupos en situación de vulnerabilidad, priorizando las intervenciones que respondan a las necesidades insatisfechas y a los desafíos en salud, tales como mortalidad materna e infantil, enfermedades crónicas, infección por el VIH, tuberculosis, violencia, urbanización, falta de acceso a agua potable y

servicios ambientales, impacto del cambio climático, entre otros, es crítico en la medida que los Estados Miembros avanzan hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

11. La salud es un componente central del desarrollo humano sostenible y el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son clave para el logro de mejores resultados en salud, a fin de asegurar la vida saludable y promover el bienestar de todos. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud protegen a los individuos contra el empobrecimiento debido a gastos en salud.

12. Esto requiere de políticas, planes y programas de salud que sean equitativos y eficientes, y que respeten las necesidades diferenciadas de la población. La equidad en salud se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a servicios de salud integrales, oportunos, y de calidad, en la contribución financiera, y en el acceso a entornos saludables. El género, la etnia, la edad y la condición económica y social, son determinantes sociales específicos que impactan de forma positiva o negativa a la inequidad en salud. Las políticas sociales y económicas contribuyen a que haya diferencias en cuanto a las oportunidades y pueden afectar la capacidad tanto de hombres como de mujeres para otorgar prioridad a la salud. Eficiencia se refiere a la utilización óptima de recursos para el alcance de objetivos sociales determinados.

13. Las estrategias de salud que aseguren el acceso oportuno y de calidad para todas las personas, en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, requieren solidaridad para promover y suministrar la protección financiera. Para ello es necesaria la mancomunación solidaria de los fondos y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios. Véanse los documentos CD50/12 del 50. ° Consejo Directivo de la OPS/OMS (2010), La salud y los derechos humanos y CD52/18 del 52. ° Consejo Directivo de la OPS/OMS (2013), Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y transexuales. 

La mancomunación solidaria de fondos significa la unificación en un fondo único de todos los estamentos del financiamiento (seguridad social, presupuesto estatal, contribuciones individuales y otros fondos), con carácter solidario, es decir, cada quien aporta según su capacidad y recibe servicios según su necesidad. En este esquema, el presupuesto público asume las contribuciones para aquellos individuos que no tienen capacidad para aportar (pobres e indigentes)

14. Los sistemas de salud eficientes y participativos requieren del compromiso de la sociedad, con mecanismos claros de inclusión, transparencia y rendición de cuentas, de participación multisectorial, de diálogo y consenso entre los diferentes actores sociales, así como del compromiso político firme y de largo plazo de las autoridades a cargo de formular políticas, legislaciones, reglamentaciones, y estrategias para acceder a servicios integrales, oportunos y de calidad.

15. Este compromiso debería incluir, según sea apropiado, un marco conceptual y jurídico que permita el acceso equitativo a los servicios y coloque a la salud como prioridad fiscal permitiendo un nivel de financiamiento suficiente, sostenible, solidario y eficiente. La evidencia sugiere que la inversión en salud es un motor para el desarrollo humano sostenible y el crecimiento económico.

16. La estrategia aquí presentada articula las condiciones que permitirán a los países orientar y evaluar sus políticas, y medir el progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Sin embargo, cada país tiene la capacidad de definir su plan de acción, teniendo en cuenta su contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural, al igual que los retos actuales y futuros en materia de salud.

17. En la estrategia se establecen cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes: a) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; b) fortalecer la rectoría y la gobernanza; c) aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios; y d) fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal.

Antecedentes

18. En las últimas décadas, se han formulado importantes políticas e iniciativas estratégicas de fortalecimiento de los sistemas de salud a nivel nacional, regional y mundial, muchas de las cuales contaron con la participación activa y el apoyo de la OPS/OMS y de otros socios. Las más recientes son la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud del 2011, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20) del 2012, la resolución de las Naciones Unidas A/RES/67/81 (diciembre 2012), la Declaración de Panamá para Reducir las inequidades en salud reproductiva, materna e infantil (2013) y la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA67.14 (2014) sobre La salud en la agenda para el desarrollo después del 2015 donde se plantea la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio no alcanzados como factores importantes para la equidad y el desarrollo humano. Actualmente, el debate está orientado hacia asegurar vidas más saludables y la promoción.

Los mandatos, resoluciones, estrategias y planes de acción de la OPS/OMS que respaldan esta estrategia se encuentran citados en el anexo IV del Plan Estratégico de la OPS.

19. Los países de la Región reafirmaron su compromiso con la cobertura universal de salud en el 52.º Consejo Directivo de la OPS (2013), al otorgarle a la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) el mandato de formular una estrategia que será presentada en el 53.º Consejo Directivo (2014). Este compromiso de los Estados Miembros se expresa a través del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, en el que se reconoce la cobertura universal de salud como un pilar articulador junto con los determinantes sociales de la salud.

20. La voluntad política y el compromiso de los Estados Miembros para el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud se manifiesta además en el proceso altamente participativo que resultó en la formulación de este documento de Estrategia. Los Estados Miembros, con el apoyo de la Oficina, realizaron 31 consultas que convocaron más de 1200 personas de diversas instituciones y sectores, lo cual permitió un debate de calidad y con diferentes perspectivas de análisis. Los informes de las consultas reflejan la riqueza y profundidad del debate efectuado en la Región, así como el compromiso de los diversos sectores con el abordaje de los temas críticos para la consecución del mejor estado de salud de la población de las Américas.

Análisis de la situación actual: desafíos para el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud

21. Se han logrado importantes avances en torno a la salud en esta Región como consecuencia del desarrollo económico y social de los países (el producto bruto interno [PIB] per cápita se ha triplicado entre 1980 y el 2012), la consolidación y el fortalecimiento de los sistemas de salud, y la capacidad para incorporar y aplicar la tecnología a fin de mejorar la salud. El compromiso político de los países para responder a las necesidades de salud de la población ha sido un factor fundamental que ha contribuido a alcanzar estos logros.

22. A pesar de los avances y el crecimiento económico, la pobreza y las inequidades siguen siendo un reto para la Región, entre los países y en el interior de ellos. Algunos datos recientes indican que América Latina y el Caribe sigue siendo una de las regiones más inequitativas del mundo, con un 29% de la población que vive por debajo del umbral de pobreza y 40% de la población más pobre que recibe menos de 15% del total de ingresos. Estas inequidades se reflejan en los resultados de salud; por ejemplo, la Región de las Américas no logrará alcanzar la meta de disminución de la mortalidad materna de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el 2015 y, a pesar de reducciones importantes en la mortalidad infantil, existen diferencias muy marcadas entre los países. Sin acciones específicas que busquen mejorar los sistemas de salud, el crecimiento económico no es suficiente para reducir las inequidades.

23. El abordaje para reducir la inequidad en salud se hace más complejo por los patrones epidemiológicos y demográficos emergentes. La coexistencia de las enfermedades transmisibles, las no transmisibles, la violencia, incluida la violencia de género, el aumento de la esperanza de vida, y la urbanización, demandan respuestas diferentes e innovadoras de los sistemas y servicios de salud. En el 2012, había más de 100 millones de personas mayores de 60 años de edad en la Región. Se prevé que para el 2020 esta cifra se duplicará. Se calcula que entre 1999 y el 2009, murieron más de 5,5 millones de personas por causas externas.

24. Al mismo tiempo, persisten problemas de exclusión y falta de acceso a servicios de calidad cultural y lingüísticamente apropiados para amplios sectores de la población. La falta de universalidad al acceso y cobertura apropiada tiene un considerable costo social, con efectos catastróficos sobre los grupos poblacionales en mayor situación de vulnerabilidad. La evidencia indica que la mala salud, cuando el acceso a los servicios está comprometido, no solo implica mayores gastos sino también pérdida de ingresos lo que genera un círculo vicioso de enfermedad y pobreza en las familias. Un 30% de la población de la Región no puede tener acceso a la atención debido a razones financieras y 21% se ve disuadido de buscar atención debido a barreras geográficas. Las poblaciones en situación vulnerable, en extremos de la vida, las mujeres, los niños y niñas, las minorías étnicas, las poblaciones indígenas y afrodescendientes, los migrantes, los pacientes con enfermedades crónicas o incapacitantes, entre otros, son los grupos más afectados por este problema.

25. La segmentación y fragmentación que se observan en la mayoría de los sistemas de salud de la Región resultan en inequidad e ineficiencias que comprometen el acceso universal, la calidad y el financiamiento. La segmentación y fragmentación se perpetúan por la falta de capacidad regulatoria dentro de los sistemas de salud, al igual que por la verticalidad de algunos programas de salud pública y la falta de integración de los mismos a nivel de la prestación de los servicios.

26. En los países de la Región los modelos de atención a menudo no responden de manera adecuada a las necesidades diferenciadas de salud de las personas y las comunidades. El modelo de atención predominante en algunos países está basado en la atención episódica

de condiciones agudas en centros hospitalarios, a menudo con uso excesivo de tecnologías y médicos especialistas. Las inversiones y reformas de los sistemas de salud no siempre se han dirigido a los nuevos desafíos ni se ha logrado la incorporación adecuada de nuevas tecnologías e innovación en la gestión y la prestación de los servicios.

Al 2010, 36 millones de personas en la Región no tenían acceso al agua potable apta para el consumo humano. Alrededor de 120 millones carecían de servicios mejorados de eliminación de aguas residuales y alcantarillado, y casi 25 millones de personas en América Latina y el Caribe defecan al aire libre. ^[SEP]

La Política de igualdad de género de la OPS reconoce que entre hombres y mujeres hay diferencias en cuanto a las necesidades en materia de salud, al acceso y control de los recursos, y que estas diferencias deben abordarse con el fin de corregir el desequilibrio entre hombres y mujeres. ^[SEP]

27. La capacidad resolutoria y la articulación de los servicios, en especial los relativos al primer nivel de atención, son limitadas y no responden a las necesidades emergentes en materia de salud, en especial las necesidades cada vez mayores de una población que envejece y el aumento de la carga de las enfermedades no transmisibles en toda la Región.

28. Persisten profundos desequilibrios y brechas en la disponibilidad, distribución, composición, competencia y productividad de los recursos humanos de salud, que se acentúan en el primer nivel de atención. Once países de la Región enfrentan un déficit absoluto de personal de salud (menos de 25 médicos, enfermeras y parteras certificadas por 10.000 habitantes). Aun en los países que han superado este umbral, muchas zonas no metropolitanas y jurisdicciones de salud están por debajo, lo que genera problemas serios para el acceso a servicios integrales de salud.

29. El acceso y uso racional de medicamentos y otras tecnologías de salud segura, eficaz y de calidad, así como el respeto de la medicina tradicional, continúan siendo un reto para la mayoría de los países de la Región, lo que afecta la calidad de la atención. Los problemas de suministro, la subutilización de medicamentos genéricos de calidad, sistemas regulatorios débiles, sistemas inadecuados de gestión de compras y suministros, impuestos a los medicamentos, el pago de precios de los medicamentos superiores a lo esperado, y el uso inapropiado e ineficaz de los medicamentos y otras tecnologías de salud constituyen retos adicionales hacia el logro de la cobertura universal de salud y el acceso. La capacidad de regulación de los medicamentos y las tecnologías de salud, aunque está mejorando en toda la Región, sigue siendo un reto, en especial con respecto a las nuevas y más complejas tecnologías de salud.

30. La falta de financiamiento adecuado y la ineficiencia en el uso de los recursos disponibles representan retos importantes en el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Mientras el gasto público promedio en salud respecto del PIB de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) llega a un 8% del PIB, en el 2011, el gasto público en salud en los países en América Latina y el Caribe respecto del PIB fue de apenas 3,8%. A menudo se intenta resolver la falta persistente de recursos financieros para el sector de la salud a través del uso del pago directo en el momento de la prestación de servicios. Este tipo de estrategias financieras crea obstáculos para acceder a los servicios y tiene consecuencias negativas en los resultados de salud para las personas y comunidades. Además, aumenta el riesgo de que las personas deban incurrir en gastos catastróficos al acceder a los servicios de salud, lo que a su vez puede llevar al empobrecimiento.

31. Muchos países de la Región tienen disposiciones en la Constitución y/o son signatarios de instrumentos internacionales relacionados con el derecho de toda persona

La "capacidad resolutoria" se define en este contexto como la capacidad de los servicios de salud de brindar una atención de salud que se adapte a las necesidades y exigencias de las personas, en consonancia con el conocimiento científico y tecnológico actual, que arroje como resultado una mejora del estado de salud.

Al goce del grado máximo de salud. Sin embargo, son necesarios esfuerzos adicionales para el fortalecimiento y el desarrollo de políticas, planes, y estrategias nacionales que permitan el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

32. Para las autoridades de salud es un reto poder establecer una coordinación eficaz con otros sectores y generar capacidad de liderazgo para la ejecución exitosa de iniciativas intersectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud. Algunas de las experiencias más exitosas de la transformación de los sistemas de salud hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud han sido sustentadas por un debate y diálogo abiertos en los que participa toda la sociedad.

33. Lo anterior determina el nivel de urgencia para la mayoría de los países en fortalecer sus sistemas de salud incluso desde la perspectiva del derecho a la salud donde sea nacionalmente reconocido y promoviendo el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, teniendo como objetivos fundamentales el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Se requieren acciones estratégicas e integrales que se implementen de manera progresiva y sostenida. Además, a medida que se consolidan los procesos democráticos en la Región, el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud se convierten en una demanda social cada vez más creciente y estructurada (1).

Estrategia hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud

34. Reconociendo que hay muchas maneras para la realización del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y que cada país deberá definir su plan de acción, teniendo en cuenta su contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural, así como sus prioridades y retos actuales y futuros en salud, las líneas estratégicas propuestas debieran ser usadas por los Estados Miembros, en colaboración con la Oficina y otros socios, para guiar, según sea pertinente, el fortalecimiento de sus sistemas de salud hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Es necesario señalar que todos los elementos de las líneas de acción propuestas están sujetos al contexto nacional y tienen aplicabilidad a nivel nacional, según sea apropiado.

Línea estratégica 1: Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.

35. Fortalecer o transformar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, el aumento de la capacidad resolutoria del primer nivel, articulado en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y basado en la estrategia de atención primaria de salud (18). Es fundamental identificar las inequidades en salud entre grupos poblacionales a través del análisis pormenorizado de la situación de salud, encuestas e investigaciones específicas y profundizar en sus determinantes. Para esto se requiere de sistemas sólidos de información, tal como se señala en la línea estratégica.

36. Avanzar en la definición de los servicios de salud integrales, de calidad, universales y

de ampliación progresiva, de acuerdo con las necesidades y prioridades de salud, la capacidad del sistema y el contexto nacional. Estos servicios de salud, integrales y de calidad, son importantes a fin de promover el derecho a la salud donde sea nacionalmente reconocido y el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Por consiguiente, estos servicios deben extenderse a todas las personas, sin diferencias en la calidad, sin distinción de su condición económica y social. Además, la definición de estos servicios debe considerar las necesidades diferenciadas e insatisfechas de todas las personas, y prestar atención a las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad.

37. Incrementar la inversión en el primer nivel de atención, según corresponda, a fin de mejorar la capacidad resolutive, aumentar el acceso y ampliar progresivamente la oferta de servicios para cubrir de manera oportuna las necesidades de salud insatisfechas, en conformidad con los servicios que deben ser accesibles a todos para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

38. Ampliar las opciones de empleo, especialmente en el primer nivel de atención, con incentivos y condiciones laborales atractivas, particularmente en áreas subatendidas. Estructurar o consolidar equipos multiprofesionales colaborativos de salud y fortalecer la capacidad resolutive con acceso a la información de salud y a servicios de tele salud (incluida la telemedicina). Fortalecer los perfiles profesionales y técnicos de los recursos humanos para la salud y/o introducir nuevos perfiles, en coherencia con la transformación o fortalecimiento del modelo de atención que será implementado para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

39. Los medicamentos esenciales y las tecnologías de salud son una parte fundamental del acceso universal a la salud. Es importante definir los procesos que

El diseño de servicios de salud integrales, de calidad, debe incluir evaluación de tecnologías de salud según sea necesario. Se requiere de mecanismos de participación social y transparencia en las diferentes fases del proceso y el acompañamiento de guías de prácticas asistenciales en red, que permitan disminuir la variabilidad, desintegración de la práctica clínica y falta de coherencia entre necesidades y decisiones e inversión, asegurando así la calidad técnica, efectividad y continuidad de la atención.

40. Facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades de manera que tengan un mayor conocimiento acerca de su situación de salud, sus derechos y obligaciones, para la toma de decisiones informadas, de acuerdo a su contexto, a través de la implementación de mecanismos formales de participación y de programas de promoción, prevención y educación relativos a la salud. La participación de las personas y las comunidades puede fortalecer procesos sólidos de formulación de políticas relacionadas con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

41. Es importante reconocer la importancia particular en torno a la contribución y el valor de la prestación de servicios de cuidado a personas enfermas, discapacitadas y adultos(as) mayores que no pueden valerse por sí mismos en los hogares, que realizan principalmente las mujeres, y sin remuneración. Esta situación se agudiza por el envejecimiento de la población en la Región y la creciente prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas. Esta Estrategia identifica la necesidad de la valoración y medición del trabajo no remunerado en salud dentro del hogar, con un abordaje multisectorial y profundizará la atención de las necesidades específicas de salud. Esta estrategia no puede ignorar la contribución y el valor del trabajo no remunerado en el cuidado de la salud.

Línea estratégica 2: Fortalecer la rectoría y la gobernanza.

42. Fortalecer la capacidad de rectoría de las autoridades nacionales garantizando las funciones esenciales de salud pública, y mejorando la gobernanza para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

43. Fortalecer la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud mediante el establecimiento de nuevos mecanismos o utilizando los existentes, según corresponda, para la participación social y el diálogo con las autoridades responsables de salud y otros sectores relevantes del gobierno para promover la formulación y ejecución de políticas que sean inclusivas, y de garantizar la rendición de cuentas y transparencia en el camino hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Con el fin de promover la equidad y el bien común, el diálogo y la participación social en el proceso de formulación de las políticas deberían garantizar que todos los grupos estén representados y que no prevalezcan intereses particulares en detrimento de los intereses de salud pública.

44. Formular políticas y planes en los que se manifieste de manera clara y explícita la voluntad del Estado de fortalecer o transformar su sistema de salud, según corresponda, con el fin de avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Estos planes deberían incluir metas definidas que se monitoreen y evalúen. Instituir mecanismos para la participación social en el monitoreo y la evaluación, promoviendo la transparencia. Así mismo, se deberán instituir mecanismos para la ampliación de las capacidades para el monitoreo.

45. El marco legal y regulatorio debe reflejar el compromiso nacional de cada Estado Miembro con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, según sea apropiado. Debe establecer las medidas y recursos necesarios para el logro de este compromiso. Esto requiere una adaptación del marco regulatorio y legal de acuerdo con los instrumentos internacionales de derechos, incluyendo los derechos humanos, y otros instrumentos relacionados con la salud que sean aplicables.

46. La toma de decisiones con respecto a los servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, y de calidad, que deben ser universales y procurarse progresivamente, debe basarse en la evidencia y considerar la perspectiva ética, cultural y de género, de acuerdo al contexto nacional.

47. Fortalecer y desarrollar la reglamentación y las entidades, como instrumentos y mecanismos eficaces para promover el acceso y la calidad de los servicios de salud; la formación y capacitación, la distribución y desempeño adecuado de los recursos humanos; la movilización y la asignación de recursos financieros a fin de promover la equidad y el acceso, y ofrecer protección contra dificultades financieras; la calidad y uso de las tecnologías de salud en beneficio de las personas; y la participación de todos los sectores, en el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (23).

48. Fortalecer los sistemas nacionales de información a fin de hacer el monitoreo y evaluar el progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, incluyendo la medición de los resultados de salud, de los servicios integrales de salud, así como de las inequidades y los determinantes sociales de la salud. Es necesario garantizar la calidad e integralidad de los datos, que sean oportunos y confiables, lo que comprende la interoperabilidad con otras instancias, así como el desarrollo de indicadores que permitan el monitoreo y evaluación de la situación de salud, de la equidad y sus determinantes. Los datos deben desagregarse a fin de facilitar el monitoreo de los avances en torno a la

equidad. El análisis de la información debe utilizarse para el desarrollo y orientación de las políticas y planes para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

49. La elaboración de una agenda de investigación, financiada adecuadamente, y una mejor gestión del conocimiento son elementos esenciales para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, para asegurar el acceso a servicios de calidad, la incorporación de la tecnología y la evaluación de la efectividad de las acciones y los programas que se implementen.


Línea estratégica 3: Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.

50. Mejorar y fortalecer la eficiencia del financiamiento y la organización del sistema de salud. La eficiencia en la organización de los servicios implica, entre otros, la implementación de modelos de atención centrados en las personas y las comunidades y la provisión de servicios de calidad; alinear los mecanismos de pago con los objetivos del sistema; racionalizar la introducción y el uso de medicamentos y otras tecnologías de salud con un enfoque integrado y multidisciplinario, basado en evidencias; mejorar los mecanismos de abastecimiento de dispositivos médicos, medicamentos y otras tecnologías de salud, optimizar la gestión del suministro, aprovechar las economías de escala y adoptar procesos transparentes para la adquisición y luchar contra la corrupción .

51. Aumentar y optimizar el financiamiento público de la salud, según corresponda, de una manera eficiente, sostenible y fiscalmente responsable para ampliar el acceso, reducir inequidades en salud, incrementar la protección financiera e implementar intervenciones eficientes. Una asignación eficiente del gasto público destinado a la salud es una condición necesaria para reducir las inequidades en el marco del acceso universal a la salud. Reconociendo las particularidades de los países, una adecuada asignación de los recursos debe estar orientada a aumentar la equidad al dirigirse de forma prioritaria al primer nivel de atención, para mejorar su capacidad resolutoria y su capacidad de articulación de las redes de servicios. Un gasto público destinado a la salud de 6% del PIB es una referencia útil en la mayoría de los casos y una condición necesaria —aunque no suficiente— para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud .

52. Avanzar hacia la eliminación del pago directo, entendido como el costo que enfrentan los individuos por las tarifas de los servicios de salud, que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios evitando el empobrecimiento y la exposición a gastos catastróficos. Aumentar la protección financiera disminuirá la inequidad en el acceso a los servicios de salud. El reemplazo del pago directo como mecanismo financiero debe planificarse y lograrse progresivamente. Según el Informe mundial sobre la salud en el mundo 2010 de la OMS, las pérdidas de eficiencia son la causa de entre 30 y 40% del gasto total de salud. Es por lo tanto un imperativo ético el asegurarse de que los recursos financieros para la cobertura universal de salud se gasten en forma adecuada y transparente; lo que permite ofrecer más servicios, de mejor calidad a toda la población y en particular a los grupos en condiciones de vulnerabilidad. ^{SEPA} Asegurar que respondan a las necesidades de la población, que sean coherentes con el modelo de atención y se inscriban en la provisión de los servicios integrales de calidad. ^{ISEP}

Este aumento del gasto público debería comenzar con el mejoramiento en la recaudación

de fondos (para disminuir la elusión y combatir la evasión impositiva); así mismo, y considerando que la Región tiene una presión fiscal relativamente baja, se debe valorar la introducción de fuentes de financiamiento innovadoras dada la poca prioridad fiscal actual asignada a la salud. 

Avanzar hacia mecanismos mancomunados solidarios que consideren, de acuerdo al contexto nacional, fuentes de financiamiento diversas como contribuciones a la seguridad social, impuestos e ingresos fiscales puede ser una estrategia efectiva para reemplazar el pago directo como mecanismo de financiamiento y aumentar la equidad y la eficiencia del sistema de salud. .

Línea estratégica 4: Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

53. Establecer o fortalecer mecanismos intersectoriales de coordinación y la capacidad de la autoridad nacional de salud para implementar con éxito políticas públicas¹⁵ y promover legislaciones, regulaciones y acciones más allá del sector salud que aborden los determinantes sociales de la salud.

54. Evaluar las políticas, planes, programas y proyectos de desarrollo, incluidos aquellos de otros sectores, a nivel nacional que tengan un impacto en la salud de las personas y las comunidades, lo que generará evidencia para apoyar la coordinación hacia la acción multisectorial con la sociedad civil y la participación social para el acceso universal.

55. Fortalecer el liderazgo de la autoridad nacional de salud en la definición de los componentes relacionados con la salud de las políticas públicas de protección social y los programas sociales, incluidos los programas de transferencias condicionadas de dinero, según corresponda; compartir buenas prácticas y experiencias en salud relacionadas con programas contra la pobreza y el aumento de la equidad, ejecutados por gobiernos e instituciones de la Región.

56. Fortalecer la articulación entre salud y comunidad, mediante la promoción de la participación activa de municipios y organizaciones sociales en las mejoras de las condiciones de vida y el desarrollo de entornos saludables para vivir, trabajar y jugar. Facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades mediante la capacitación y participación activa y el acceso a la información de miembros de la comunidad, para asumir un papel activo en la formulación de políticas, en las acciones para abordar los determinantes sociales de la salud, y en la promoción y protección de la salud.

