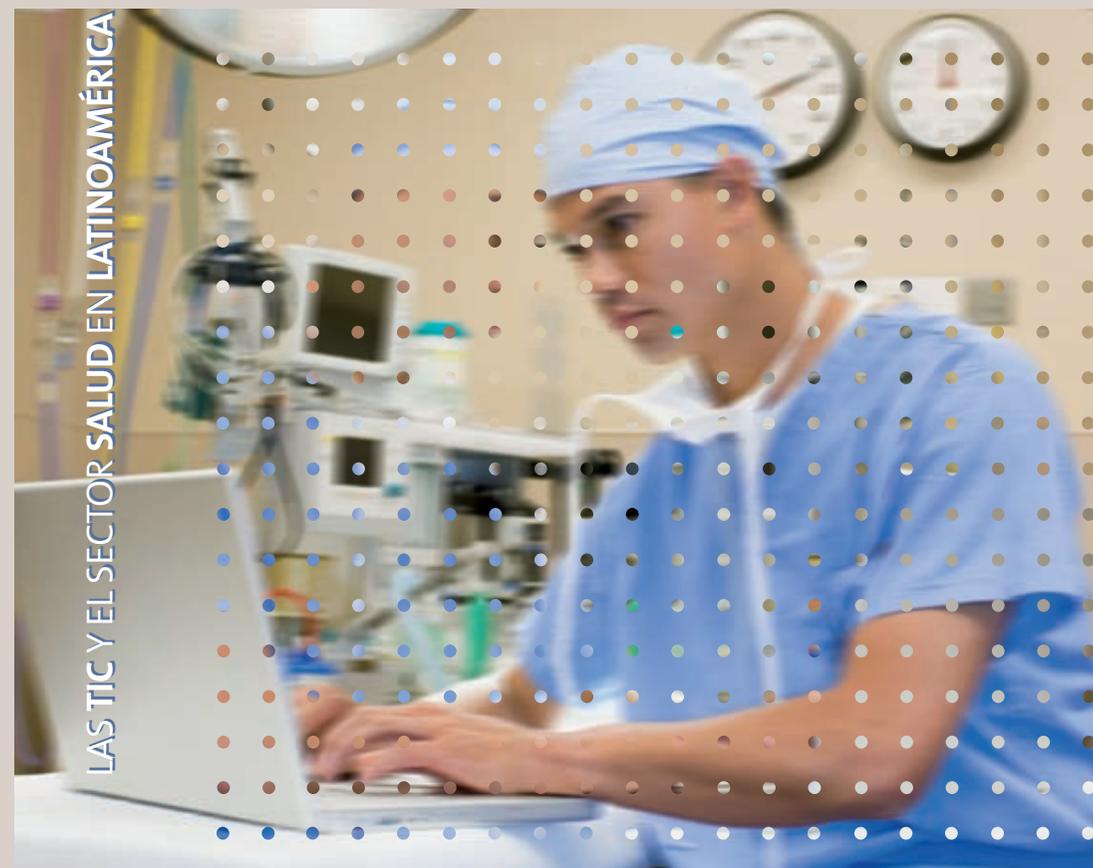


El sector salud en Latinoamérica se enfrenta a importantes desafíos que marcan su futuro más inmediato y a largo plazo. El objetivo de este informe es presentar una visión sobre los retos de la salud en algunos países de Latinoamérica –Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú, Uruguay y Venezuela–, destacando cómo las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) pueden contribuir a dar respuesta a estos desafíos.

Éste es uno de los objetivos de la Cumbre del Milenio del año 2000, en el que se plantea «velar para que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular las tecnologías de la información y de las comunicaciones» para terminar con la extrema pobreza del mundo entero para el año 2015. En el informe se recogen diferentes tecnologías, experiencias e iniciativas en fase de evaluación que deben cimentar la mejora de los servicios y la salud de la población en estos países.



LAS TIC Y EL SECTOR SALUD EN LATINOAMÉRICA

LAS TIC Y EL SECTOR SALUD EN LATINOAMÉRICA

LAS TIC Y EL SECTOR SALUD
EN LATINOAMÉRICA

Ariel

COLECCIÓN
Fundación Telefónica

Esta obra ha sido editada por Ariel y Fundación Telefónica en colaboración con Editorial Planeta, que no comparten necesariamente los contenidos expresados en ella. Dichos contenidos son responsabilidad exclusiva de sus autores.

© Fundación Telefónica
Gran Vía, 28
28013 Madrid (España)

© Editorial Ariel, S.A., 2008
Avda. Diagonal, 662-664
08034 Barcelona (España)

© de los textos: Fundación Telefónica

Diseño cubierta: Departamento de diseño de Editorial Planeta
Fotografía de cubierta: © Cover/Corbis

Primera edición: abril de 2008

ISBN : 978-84-08-07757-2

Depósito legal: B-16.767-2008

Impresión y encuadernación: Grafos, Arte sobre papel

Impreso en España – *Printed in Spain*

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares de *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

www.fundacion.telefonica.com

Informe realizado por Telefónica, S. A.

Con la colaboración técnica de 

Con la participación de los siguientes expertos:

Argentina

Expertos externos

- Carlos Sanguinetti
- Martín Silverman
- Rafael Aragón
- Enrique Camerlinckx
- Horacio Barros
- Giselle Ricur
- Alberto Jorge Goldberg
- Fernán González Bernaldo de Quirós
- Enrique Soriano
- Miguel Ángel Restucci
- Carlos Vassallo

Personal de Telefónica

- Raúl Arturo Urrutigoity
- Enrique Fornonzini
- Javier Roldán
- Carmen Grillo
- José Luis Rodríguez
- Gabriel Darío Wrobel
- Eduardo Bonal

Brasil

Expertos externos

- Ana Estela Haddad
- Cairo Freitas
- Fábio Leite
- Marcos Boulos
- Luis Fernando Rolim
- José Carlos Morais
- Jerry Laforge
- Michel David Filho

- Cho Lung Wen
- Paulo Roberto Lopes
- Nacine Salomão

Chile

Expertos externos

- Ricardo Fábrega
- Verónica Rojas Villar
- Rodrigo Caravantes Fuentes
- Manuel Inostroza Palma
- Enrique Ayarza Ramírez
- Carlos Gómez Ewert
- Pablo Wagner San Martín
- Jacques E. Girard
- Santiago Venegas Díaz
- Werther Araya Menghini
- Renato Orellana Muermann
- Sergio König
- Luis Castillo Fuenzalida
- Osvaldo Artaza Barrios
- Antonio Muzzio Castelletto
- Carolina Cerón Reyes

Colombia

Expertos externos

- Antonio José Salazar
- Javier Roldán Velásquez
- Manuel Martínez Niño
- Ericc Sánchez
- Juan José García
- María Eulalia Arteta
- María Isabel Mejía
- Juan Pablo Uribe
- Roosevelt Fajardo
- Mauricio Parra

Personal de Telefónica

- Juan Pablo Bolaños
- Leonardo Urrea
- Gustavo Gómez

Ecuador

Expertos externos

- Patricio Gavilanes
- Manuel Minaya
- Teodoro Maldonado Riera
- Jorge Hurel Prieto
- Paulina Pazmiño Zaldumbide
- Diego Vaca
- Geovana Méndez Gruezo
- Villie Morocho Zurita
- René Orellana
- Alfredo Borrero Vega
- Silvana Ortiz

México

Expertos externos

- Mauricio Derbez del Pino
- Nancy Gertrudiz Salvador
- Anna Kydd
- Mónica Rodríguez

Perú

Expertos externos

- Luis Cordero Muñoz
- Isabel Guadalupe Sifuentes
- Humberto Guerra Allison
- Patricia García Funegra
- Fabiola León Velarde Servetto
- Walter Curioso
- Roly Pacheco
- Milton Ríos Julcapoma

Uruguay

Expertos externos que participaron en el foro de relevamiento de la información

- Anabella Marchese
- Mónica Brauer
- Álvaro Luongo
- Mario Guerrero
- Jorge Pouso
- Javier Vilar
- Alicia Ferreira
- Álvaro Villar
- María Julia Muñoz
Ministra de Salud Pública

Venezuela

Expertos externos

- Constanza Álvarez
- Luis Ceballos
- Berenice del Nogal
- José Manuel San Miguel
- Jorge Luis Berrizbeitia
- José Francisco
- Boris Sohit
- Rubén Araujo
- Gerardo Briceño
- Thais Bracho
- Iván E. Rubio
- Zuleima Carrillo
- Akim R. Molina
- Edgardo Arma
- Leonardo González
- Denise Behrens

Personal de Telefónica

- José Luis Díaz de Mera
- Hernán Ordóñez
- David Olgado
- Dagmar Thiel
- Yiria Jaramillo

Personal de Telefónica

- Carolina Ramírez
- Hugo Alberto Vázquez
- Jimena Lobo del Campo
- José Antonio Fernández

Personal de Telefónica

- José Pedro Derregibus
- Bruno Berchesi

Personal de Telefónica

- Miriam Herz
- Irama Collet
- Roraima Castillo
- Giovanna Bruni

ÍNDICE

Prólogo	XIII
I. Los sistemas de salud en Latinoamérica y sus retos	
Introducción	3
1. Los sistemas de salud en Latinoamérica y sus retos	5
1.1. Argentina	5
1.1.1. El ciudadano como eje central del sistema de salud	5
1.1.2. Organización y estructura del sistema de salud	10
1.1.3. Políticas y gestión de los servicios de salud	14
1.1.4. Financiación del sistema de salud	15
1.1.5. La provisión de servicios de salud	18
1.1.6. Recursos humanos	21
1.2. Brasil	25
1.2.1. El ciudadano como eje central del sistema de salud	25
1.2.2. Organización y estructura del sistema de salud	28
1.2.3. Políticas y gestión de los servicios de salud	32
1.2.4. Financiación del sistema de salud	33
1.2.5. La provisión de servicios de salud	35
1.2.6. Recursos humanos	37
1.2.7. Desafíos del sistema de salud de Brasil	39
1.3. Chile	41
1.3.1. El ciudadano como eje central del sistema de salud	41
1.3.2. Organización y estructura del sistema de salud	47
1.3.3. Políticas y gestión de los servicios de salud	49
1.3.4. Financiación del sistema de salud	52
1.3.5. La provisión de servicios de salud	55
1.3.6. Recursos humanos	59
1.4. Colombia	60
1.4.1. El ciudadano como eje central del sistema de salud	60
1.4.2. Organización y estructura del sistema de salud	65
1.4.3. Políticas y gestión de los servicios de salud	68
1.4.4. Financiación del sistema de salud	69
1.4.5. La provisión de servicios de salud	70
1.4.6. Recursos humanos	72
1.5. Ecuador	73
1.5.1. El ciudadano como eje central del sistema de salud	74
1.5.2. Organización y estructura del sistema de salud	78

1.5.3.	Políticas y gestión de los servicios de salud	79
1.5.4.	Financiación del sistema de salud	81
1.5.5.	La provisión de servicios de salud	83
1.5.6.	Recursos humanos	86
1.6.	México	87
1.6.1.	El ciudadano como eje central del sistema de salud	87
1.6.2.	Organización y estructura del sistema de salud	91
1.6.3.	Políticas y gestión de los servicios de salud	95
1.6.4.	Financiación del sistema de salud	98
1.6.5.	La provisión de servicios de salud	100
1.6.6.	Recursos humanos	102
1.7.	Perú	104
1.7.1.	El ciudadano como eje central del sistema de salud	104
1.7.2.	Organización y estructura del sistema de salud	108
1.7.3.	Políticas y gestión de los servicios de salud	111
1.7.4.	Financiación del sistema de salud	111
1.7.5.	La provisión de servicios de salud	114
1.7.6.	Recursos humanos	116
1.8.	Uruguay	117
1.8.1.	El ciudadano como eje central del sistema de salud	117
1.8.2.	Organización y gestión del sistema de salud	121
1.8.3.	Políticas y gestión de los servicios de salud	122
1.8.4.	Financiación del sistema de salud	124
1.8.5.	La provisión de servicios de salud	126
1.8.6.	Recursos humanos	129
1.9.	Venezuela	131
1.9.1.	El ciudadano como eje central del sistema de salud	131
1.9.2.	Organización y estructura del sistema de salud	136
1.9.3.	Políticas y gestión de los servicios de salud	138
1.9.4.	Financiación del sistema de salud	140
1.9.5.	La provisión de servicios de salud	143
1.9.6.	Recursos humanos	146

II. Aplicaciones de las TIC en el sector de la salud del futuro

Introducción	151
2. Contexto en el desarrollo de las TIC en salud	153
3. Tendencias y previsiones de crecimiento e inversión en tecnologías de la información en el entorno de la salud	173
3.1. Situación actual de la implantación de las TIC en el sector salud	177
3.2. Inversión en TIC en el mundo de la salud	179
4. Aplicación de las TIC en el sector de la salud del futuro	183
4.1. Concepto de Red de Información en el sector de la salud	186
4.2. La aplicación de las TIC en los centros del sector salud	191
4.3. La aplicación de las TIC en emergencias	222

4.4. Aplicación de las TIC en el hogar	226
4.5. Aplicación de la TIC en el ámbito de la Salud Pública	239
4.6. Aplicación de las TIC en el apoyo a la formación, la investigación y el intercambio de información	244
4.7. <i>Roadmap</i> de implementación de aplicaciones TIC en el sector de la salud a corto, medio o largo plazo	250
5. Análisis del impacto de las TIC en el sector salud	253
5.1. El impacto en los principales agentes del sector salud	254
5.2. Casos de estudio	258
6. Los retos en la implantación de las TIC en el sector salud	267

III. Oportunidades de desarrollo de proyectos TIC de alto impacto en el entorno de la salud en Latinoamérica

Introducción	273
7. Argentina	275
7.1. La sociedad de la información en Argentina	275
7.1.1. Situación de Argentina en el logro de las Metas del Milenio	275
7.1.2. Marco político	276
7.2. Sistema integral de almacenamiento y gestión de imágenes y señales digitales diagnósticas para el área de tocoginecología	278
7.2.1. Contexto del proyecto	278
7.2.2. Mercado y tendencias similares	279
7.2.3. Descripción del proyecto	280
8. Brasil	285
8.1. La sociedad de la información en Brasil	285
8.1.1. Situación de Brasil en el logro de las Metas del Milenio	285
8.1.2. Marco político	286
8.2. Implantación de un Sistema Integral de Información Asistencial para el Estado de Goiás	287
8.2.1. Contexto del proyecto	287
8.2.2. Mercado y tendencias similares	290
8.2.3. Descripción del proyecto	290
8.2.4. Factores críticos de éxito	296
9. Chile	299
9.1. La sociedad de la información en Chile	299
9.1.1. Situación de Chile en el logro de las Metas del Milenio	299
9.1.2. Marco político	299
9.2. Proyecto Data Warehouse	302
9.2.1. Contexto del proyecto	302
9.2.2. Mercado y tendencias similares	303
9.2.3. Descripción del proyecto	304
10. Colombia	309
10.1. La sociedad de la información en Colombia	309
10.1.1. Situación de Colombia en el logro de las Metas del Milenio	309

10.1.2. Marco político	312
10.2. Sistema avanzado de teledermatología	313
10.2.1. Contexto del proyecto	313
10.2.2. Mercado y tendencias similares	316
10.2.3. Descripción del proyecto	318
10.2.4. Factores críticos de éxito	322
11. Ecuador	325
11.1. La sociedad de la información en Ecuador	325
11.1.1. Situación de Ecuador en el logro de las Metas del Milenio	325
11.1.2. Marco político	326
11.2. Reingeniería y mejora del Sistema Nacional de Información para la Vigilancia Epidemiológica	329
11.2.1. Contexto del proyecto	329
11.2.2. Mercado y tendencias similares	331
11.2.3. Descripción del proyecto	332
12. México	337
12.1. La sociedad de la información en México	337
12.1.1. Situación de México en el logro de las Metas del Milenio	337
12.1.2. Marco político	338
12.2. Zumbido. Sistema virtual de apoyo a personas afectadas por el VIH/SIDA	340
12.2.1. Contexto del proyecto	340
12.2.2. Mercado y tendencias similares	341
12.2.3. Descripción del proyecto	342
13. Perú	349
13.1. La sociedad de la información en Perú	349
13.1.1. Situación de Perú en el logro de las Metas del Milenio	349
13.1.2. Marco político	349
13.2. Red de apoyo a la Promoción y Atención de la Salud Rural	352
13.2.1. Contexto del proyecto	352
13.2.2. Mercado y tendencias similares	353
13.2.3. Descripción del proyecto	355
14. Uruguay	359
14.1. La sociedad de la información en Uruguay	359
14.1.1. Situación de Uruguay en el logro de las Metas del Milenio	359
14.1.2. Marco político	359
14.2. Plataforma Multicanal Nacional para la Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades	362
15. Venezuela	365
15.1. La sociedad de la información en Venezuela	365
15.1.1. Situación de Venezuela en el logro de las Metas del Milenio	365
15.1.2. Marco político	366
15.2. Sistema virtual de aprendizaje en salud	368
15.2.1. Contexto del proyecto	368
15.2.2. Mercado y tendencias similares	370
15.2.3. Descripción del proyecto	372

PRÓLOGO

Este Informe trata del impacto de las Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) sobre la salud pública en Latinoamérica y pretende estimular el despliegue de soluciones y procesos innovadores para el cuidado de la salud de todos los ciudadanos. Las instituciones, tanto públicas como privadas, se enfrentan hoy en día a unas inversiones y gastos en aumento para atender las necesidades de salud pública que requiere el incremento de las demandas de los ciudadanos.

La introducción de la e-Salud puede ayudar, de diferentes formas, a moderar estos costes crecientes y a mejorar la eficiencia y calidad de los servicios prestados. Sin embargo, existen muchas barreras para su introducción en los sistemas de salud pública, su aceptación por los pacientes y su utilización óptima. El Informe propone una visión del cuidado de la salud pública como una oportunidad de crecimiento económico y de cohesión social, en lugar de que sea considerada sólo como una fuente de gasto.

En este contexto, el Informe proporciona nuevas recomendaciones para desarrollar soluciones innovadoras de e-Salud para Latinoamérica.

Los ciudadanos y pacientes están cada vez más informados sobre todo aquello que se refiere a la salud y expresan una creciente demanda de servicios mejores y más seguros, así como una mejor calidad de vida. Principalmente sus expectativas radican en: una mayor cobertura de la atención médica que reduzca la brecha social, una mayor seguridad de los pacientes, una disminución de los accidentes evitables y los errores médicos, una mayor capacidad de detección y prevención de los brotes epidémicos, una creciente coordinación de las instituciones de salud pública y de los cuidados domiciliarios, incluyendo los tratamientos crónicos, la introducción de técnicas de recuperación rápida con un impacto reducido sobre la calidad de vida, la protección de los datos médicos de acceso no autorizado y la consecución de que los mejores cuidados que se prestan en las áreas urbanas se extiendan a todas aquellas que hoy están más desprovistas.

Los gobiernos nacionales deben hacer frente a duros desafíos en el área de los cuidados de salud pública provocados por las expectativas crecientes de los ciudadanos, una población que aumenta a buen ritmo y la carga incesante de las enfermedades crónicas. El resultado es un gasto en salud pública que no deja de aumentar.

La reacción generalizada de los gobiernos debe ser aumentar las inversiones, pero, al mismo tiempo, emprender acciones que contengan el gasto para evitar el despilfarro ineficaz. El sector de

la salud debe ser abordado como cualquier otro sector económico y no únicamente como un gasto social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concluía en un reciente informe que un 10% de aumento en la expectativa media de vida en el momento de nacer, se traducirá en una tasa de crecimiento económico del 0,35% anual, considerando así a la salud como un dinamizador del crecimiento y de desarrollo económico así como uno de los componentes de la creación de empleo y, por lo tanto, situándola como una palanca muy importante para el cumplimiento de los objetivos políticos de todas las naciones de la región.

Así pues, el sector salud debe ser considerado en la planificación regional de la misma forma que otros sectores como el transporte, la energía o las comunicaciones y se necesita un adecuado equilibrio entre los intereses públicos y privados para conseguir los beneficios básicos de los cuidados sanitarios dentro del contexto de las prioridades sociales.

Esto supone definir un alineamiento estratégico, combinando incentivos, recursos, responsabilidades, estructuras y normativa, cuyo objetivo no debería minimizar el coste de los cuidados de salud como un porcentaje del PIB, sino concentrar el esfuerzo presupuestario en las áreas donde se obtiene un mayor beneficio social.

La e-Salud, definida como la aplicación de las TIC a los cuidados de salud pública en un sentido amplio, constituye una herramienta clave para proporcionar una mejor calidad y una mayor eficiencia en el sistema de salud pública.

Existen diferentes tecnologías que pueden, fácilmente y a precios razonables, sentar las bases para servicios de e-Salud que cubran la aparición de nuevos modelos de atención sanitaria como la telemedicina, la telemonitorización, la videoasistencia, la atención remota mediante llamada y la educación asistencial de pacientes y facultativos a distancia.

Consiguiendo el máximo potencial de las TIC en los servicios de e-Salud, se permite el despliegue de procesos eficientes de atención médica y se obtienen considerables ventajas gracias a una mejor cobertura, una mayor interacción entre paciente y facultativo, una reducción de las listas de espera, mejores diagnósticos, etc.

En los diferentes «ejemplos de caso» se pone de manifiesto que, allí donde se han introducido las TIC, se ha mejorado el acceso a los servicios de salud, así como la calidad y eficiencia de todos los sistemas de salud consiguiendo considerables beneficios económicos y sociales.

En el Informe se recogen ejemplos que se han puesto en marcha o se están llevando a cabo en la actualidad en Latinoamérica y que cubren áreas tan diversas como:

- Mejora de la calidad y reducción de los costes de los procesos de atención médica mediante la integración sin barreras de la información entre y a través de los sistemas de salud.

- Detección de efectos secundarios perniciosos gracias a la utilización de la historia médica al prescribir un fármaco.
- Mejora del cuidado de los pacientes crónicos.
- Mejor gestión de las situaciones de crisis y pandemias.
- Acceso inmediato a facultativos especializados.
- Acceso a distancia a los historiales médicos por facultativos especializados
- Proporcionar educación continua y eficaz para la formación de facultativos y pacientes.

Desgraciadamente, un cierto número de barreras dificulta la introducción de soluciones basadas en la e-Salud o impide que se proporcionen los beneficios óptimos.

Por ejemplo, la fragmentación de responsabilidades dentro y entre organizaciones del sistema de salud dificulta el ponerse de acuerdo sobre soluciones que componen el ciclo asistencial completo, tanto por razones presupuestarias como de confianza mutua.

Asimismo, algunas veces resulta difícil percibir desde el principio cuál va a ser el retorno de la inversión en e-Salud, ya que son necesarios recursos financieros estructurales y cuyos resultados, sin embargo, se encuentran en la mejora de la relación entre el proveedor de los servicios y el paciente. Los proyectos piloto deberían servir para alinear ventajas y requisitos y poner de acuerdo a todas las partes involucradas.

Desde Fundación Telefónica esperamos que este trabajo, que ha contando con la aportación brillante y desinteresada de los mejores expertos en salud pública de los países de Latinoamérica y con el respaldo de las autoridades nacionales a través de su participación activa en los talleres de trabajo que se han celebrado para la preparación de este informe, contribuya a promocionar soluciones innovadoras para mejorar la prestación de los servicios de salud en la región.

No quisiera terminar esta breve introducción sin agradecer una vez más a todos los expertos que han participado en la elaboración de este Informe y a nuestros colegas de Telefónica y Fundación Telefónica en la región, su trabajo y afecto, aspectos y actitudes que han contribuido decisivamente a que este proyecto pudiera cumplir sus objetivos.

ANTONIO CASTILLO HOLGADO
Director del Área Fórum
de Fundación Telefónica

I. LOS SISTEMAS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA Y SUS RETOS

INTRODUCCIÓN

En esta primera parte del informe se hace una revisión de la situación actual de los sistemas de salud en nueve países de Latinoamérica: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú, Uruguay y Venezuela.

En cada uno de ellos, se hace un repaso sobre la situación del ciudadano como eje central del sistema de salud, la organización y estructura del sistema de salud, las políticas y gestión de los servicios de salud, la financiación del sistema, la provisión de los servicios de salud y los recursos humanos en el sistema de salud.

Asimismo se exponen algunos de los desafíos de futuro a los que se enfrentan cada uno de los sistemas de salud, no pretendiendo ser un análisis exhaustivo de cada sistema, sino más bien un acercamiento a los principales retos donde la aplicación de las nuevas tecnologías,

especialmente de las relacionadas con la sociedad de la información, pueden representar una herramienta de mejora del sistema. Posteriormente, es en el Capítulo II donde se profundiza y se analizan las oportunidades de aplicación de las TIC en cada ámbito del sistema.

Así, por ejemplo, se analiza cómo la revisión del modelo asistencial, empezando por la definición explícita de las prestaciones cubiertas por el sistema, la mejora en la forma de provisión, la adecuación a las demandas actuales y la mejora en la gestión de los recursos del sistema, alcanzando mayores cotas de eficiencia y efectividad, continúan siendo asignaturas pendientes en muchos de los países, a pesar de los innegables esfuerzos y reformas llevadas a cabo en los últimos años por los diferentes gobiernos.

1. LOS SISTEMAS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA Y SUS RETOS

1.1. Argentina

Argentina es una república representativa y federal, organizada territorialmente en 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en donde se encuentra la sede del gobierno federal. A excepción de la provincia de Buenos Aires, que divide su territorio en partidos con carácter municipal, las demás lo hacen en departamentos que, en general, no tienen función administrativa.

Todas las provincias, salvo la de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, han firmado tratados interprovinciales de integración, conformando cuatro regiones para diversos fines:

- Región del Norte Grande Argentino, formada por las provincias de: Catamarca, Corrientes, Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones, Tucumán, Salta y Santiago del Estero.
- Región del Nuevo Cuyo, formada por las provincias de: La Rioja, Mendoza, San Juan y San Luis.
- Región Patagónica, formada por las provincias de: Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.
- Región Centro, formada por las provincias de: Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe.



1.1.1. El ciudadano como eje central del sistema de salud

1.1.1.1. Demografía y condiciones socioeconómicas

Según el censo nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado a finales del año 2001, la

población en Argentina se elevaba a 37.944.014 habitantes, con una tasa anual media de crecimiento del 1%, uno de los valores más bajos de su entorno. En 2006, la población total del país se estimó en 38.970.611 habitantes. Se observa un envejecimiento progresivo de la población, estimándose que en 2015 aproximadamente el 65 % de la población tendrá una edad comprendida entre los 15 y 64 años, mientras que el 10,9 % tendrán más de 65 años (Gráfico 1-1).

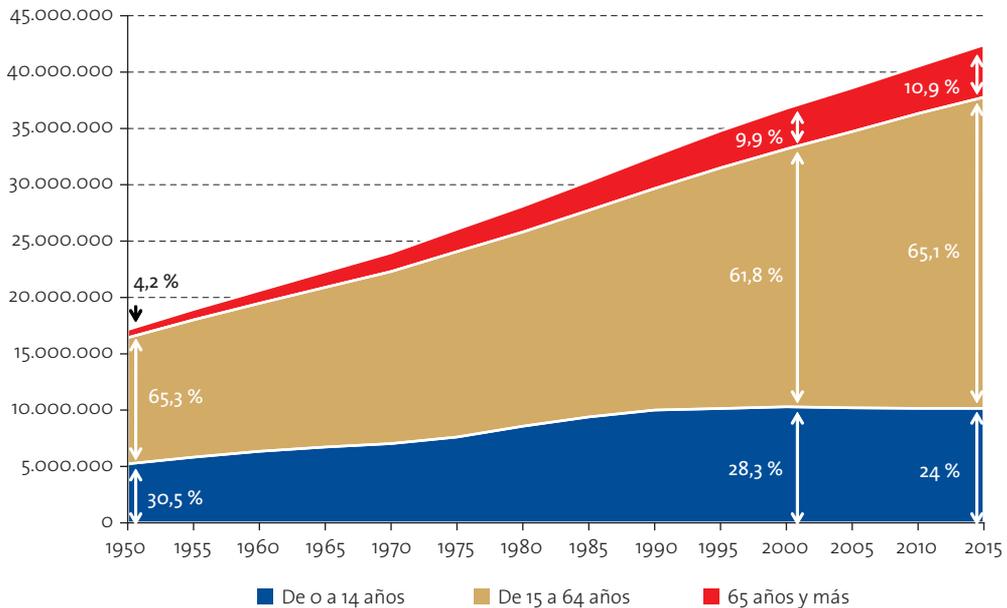
El 89 % de la población es urbana, existiendo una gran variabilidad entre las regiones, con rangos que van desde el 100 % en la ciudad de Buenos Aires (3.053.030 habitantes en total) hasta el 66,1 % en Santiago del Estero (735.936 habitantes en total).

La crisis económica, social y cultural iniciada en 2001 ha deteriorado las condiciones de

vida de la población, con una notable caída de los ingresos reales y un aumento considerable de la desocupación y la pobreza. Aunque los índices de empleo y pobreza muestran una mejoría, continúan siendo muy elevados y constituyen la preocupación central del gobierno. No obstante, desde finales de 2003 la economía argentina presenta síntomas de recuperación.

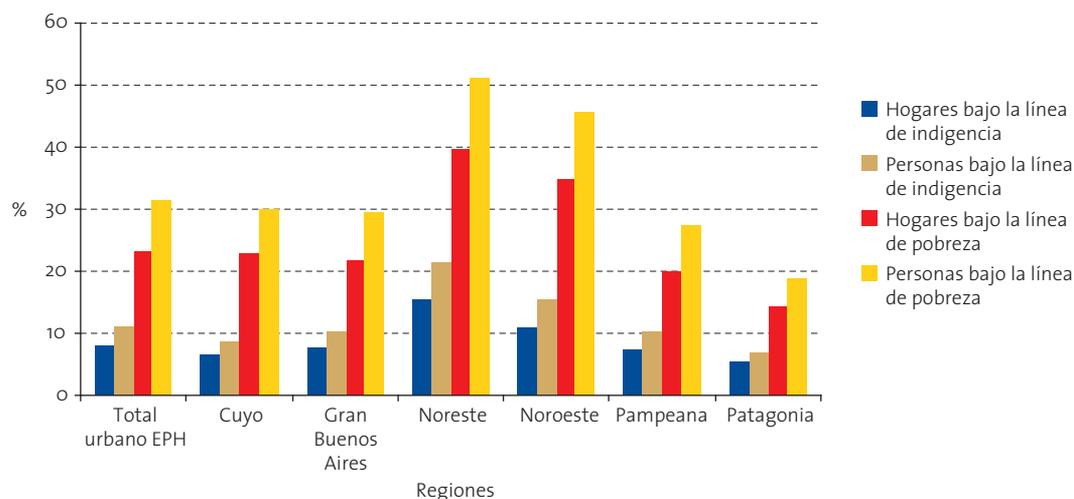
Según los datos de la EPH (Encuesta Permanente de Hogares), a fecha del 2006 el 31% de la población urbana se encuentra bajo la línea de la pobreza. En algunas regiones este hecho es más acusado, como es el caso del Noreste, donde más del 50 % de la población se encuentra bajo la línea de la pobreza. Es además importante destacar la evolución de la pobreza en Buenos Aires, donde desde el año 2000 este índice se ha incrementado llamativamente (52 %

GRÁFICO 1-1: EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD (1950-2015 EST.)



Fuente: Estimaciones y proyecciones nacionales de población por sexo y edad 1950-2015. Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC)

GRÁFICO 1-2: INCIDENCIA DE LA POBREZA E INDIGENCIA EN EL TOTAL URBANO EPH Y POR REGIÓN ESTADÍSTICA (PRIMER SEMESTRE 2006)



Fuente: INDEC, Encuesta Permanente de Hogares Continua

en 2003), coincidiendo con la etapa más recesiva de la economía del país.

El incremento de la indigencia fue aún peor: del 6,9 % de la población en octubre de 1998 se ha pasado al 27,7 % en octubre de 2003. Existe además una gran variabilidad por regiones, siendo la región del Noreste la que presenta las tasas más altas de pobreza e indigencia¹ (Gráfico 1-2).

La crisis vivida en el país no sólo ha afectado a la pobreza, también la desigualdad se ha visto incrementada. En el periodo 1999-2004, el índice de Gini, que mide el grado de desigualdad en la distribución de los ingresos, se ha visto incrementado de 0,54 a 0,58; aunque los últimos datos indican una mejoría, viéndose reducido en el último semestre de 2006 a 0,48 (Gráfico 1-3).

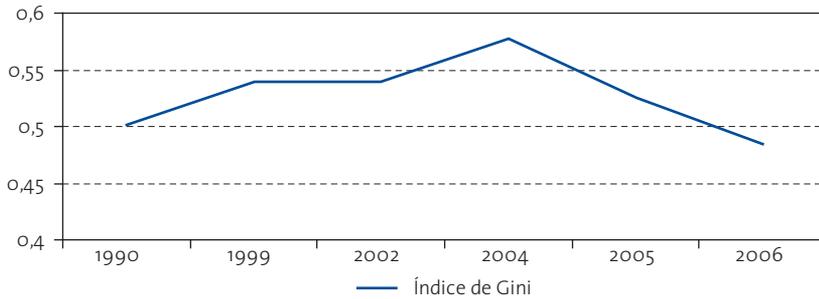
1.1.1.2. Principales problemas de salud

Argentina está atravesando actualmente el denominado proceso de «transición epidemiológica» que se da en países donde mejora el nivel de vida de algunos sectores de la población y las enfermedades crónicas comienzan a tener más peso que las transmisibles. En este sentido, debemos destacar:

- *Mejora de la salud argentina en general*, que se ha traducido en un descenso de la tasa de mortalidad infantil, pasando de 25,8 por mil nacidos vivos en 1985 a 16,3 por mil en 2001; a la vez que la tasa de mortalidad materna decreció un 32 % entre 1990 y 2001.²
- *Cambio en el perfil de mortalidad de la población*. Las enfermedades cardiovasculares, con

1. Organización Panamericana de la Salud. Perfiles Básicos de Salud de Países en las Américas: Argentina.
 2. Informe: Situación de Salud en Argentina, 2003, del Ministerio de Salud de la Nación y la representación en Argentina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS).

GRÁFICO 1-3: EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE GINI DE ARGENTINA



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de Latinoamérica, 2006

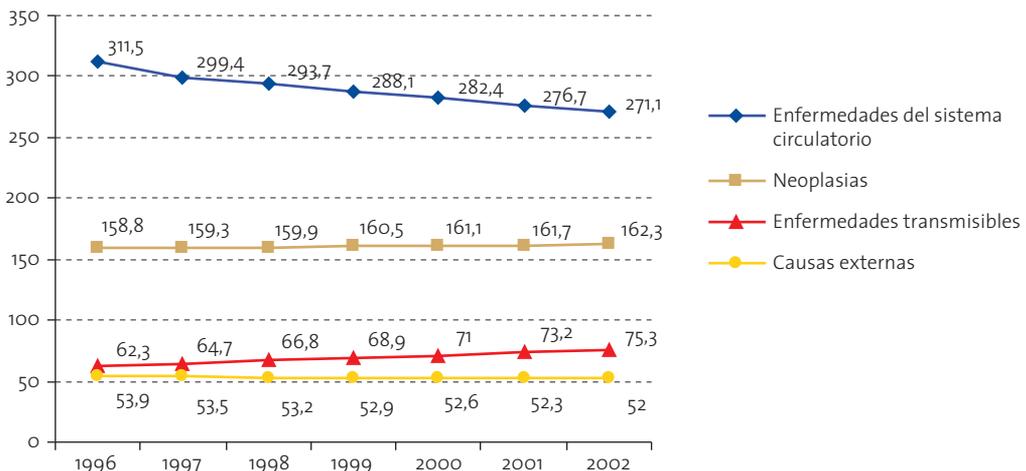
una tasa de mortalidad de 271,1 por 100.000 habitantes, son la principal causa de muerte en Argentina (Gráfico 1-4), seguidas por el cáncer, las infecciones y las causas externas (accidentes, suicidios y muertes violentas). Los perfiles de mortalidad son diferentes según los estratos socioeconómicos de las jurisdicciones. Las enfermedades cardiovasculares ocasionan el 36,1% de las muertes en

las jurisdicciones de más alto nivel, mientras que en las más deprimidas sólo ocasionan el 24,4% de las defunciones.

Por el contrario, la mortalidad por causas externas varía entre el 4,9% en las regiones más favorecidas y el 9,5% en las de más bajo nivel.

- *Presencia de enfermedades infecciosas emergentes*, lo que pone de manifiesto que Argen-

GRÁFICO 1-4: EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR 100.000 HABITANTES DE LAS CUATRO PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE EN ARGENTINA (1996-2002)



Fuente: OPS, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información de la Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington DC, 2005

tina no ha dejado atrás los riesgos en salud de los países en vías de desarrollo.

La aparición de brotes de *hantavirus*, *leishmaniasis* y dengue están relacionadas con el deterioro del medio ambiente, y otros, como la triquinosis y el síndrome urémico hemolítico, con los hábitos alimentarios. En definitiva, todas en general son indicadores de una baja calidad de vida en ciertas regiones y en determinados sectores de la población.

El mosquito vector del dengue (*Aedes aegypti*) está presente en 17 de las 24 provincias y a su vez, 117 municipios del Norte y Noroeste se consideran zonas de alto y muy alto riesgo, tanto por su población de vectores como por ser limítrofes con países donde se han producido brotes de la enfermedad, como Brasil, Paraguay y Bolivia. Pese a que el registro de casos anuales es bajo en comparación con otros países de la región, cabe destacar el incremento de casos detectado en 2004, cuando se superaron los 3.000 casos (Gráfico 1-5).

La malaria parece estar controlada, aunque no deben cesar las labores de prevención y control. El número de casos registrados en

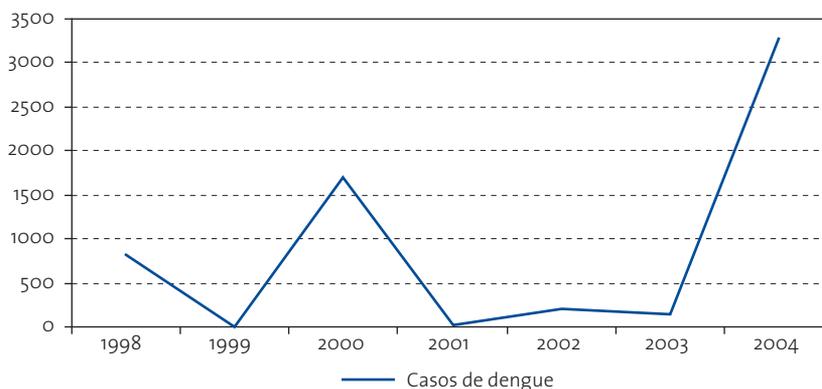
los últimos años supera los 200 anuales, muy alejado de otros países de Latinoamérica (Gráfico 1-6).

A este panorama es preciso sumar enfermedades como la tuberculosis y el mal de Chagas (tripanosomiasis americana), que siguen siendo una realidad en ciertas partes del país. El SIDA, al igual que ocurre en otros países, supone un importante desafío para la salud de los argentinos pese a contar con una tendencia descendente; en 2003 se registraron más de 40 casos por un millón de habitantes (Gráfico 1-7).

Ante este panorama, los principales retos de la sanidad argentina son superar la emergencia en salud y reducir las desigualdades entre los sectores más ricos y los más desfavorecidos. Pese al buen nivel de recursos en salud del país, los indicadores de salud presentan diferencias notables entre provincias, lo que señala la existencia de importantes inequidades.

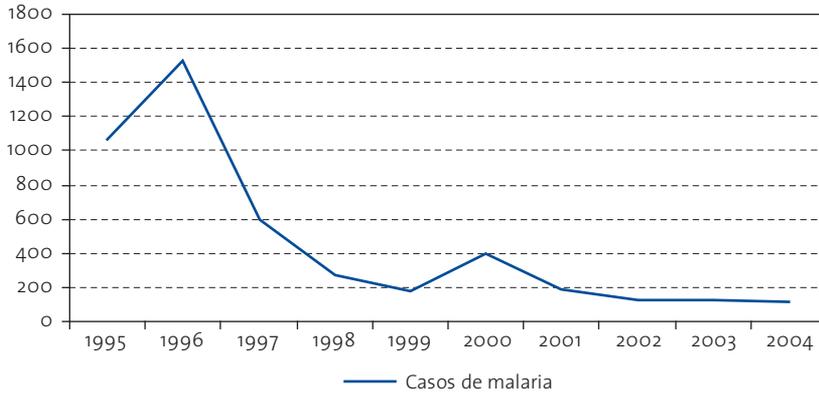
Debido a la heterogeneidad de las provincias argentinas en cuanto a su grado de desarrollo económico, las necesidades de la población

GRÁFICO 1-5: EVOLUCIÓN DE LOS CASOS DE DENGUE (1998-2004)



Fuente: OPS, Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud

GRÁFICO 1-6: EVOLUCIÓN DE LOS CASOS DE MALARIA (1998-2004)



Fuente: OPS, Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud

son muy variadas, lo que requiere el desarrollo de diferentes políticas en materia de salud.

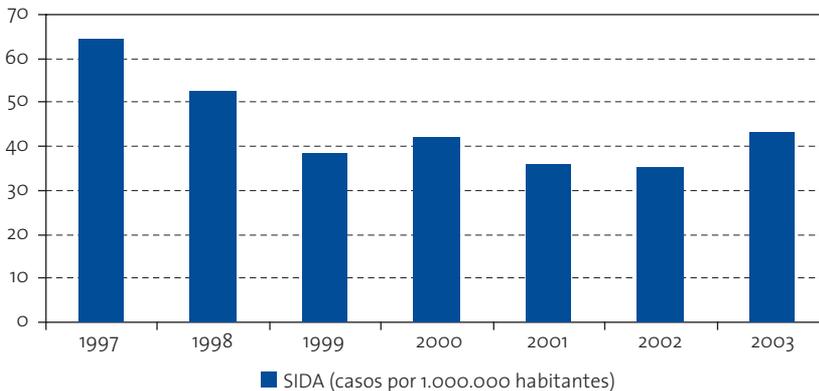
1.1.2. Organización y estructura del sistema de salud

El sistema de salud argentino se caracteriza fundamentalmente por la descentralización del sistema público hacia el nivel provincial y la importancia de la financiación de la salud por

parte de las denominadas Obras Sociales dependientes de las entidades sindicales (Ilustración 1-1).

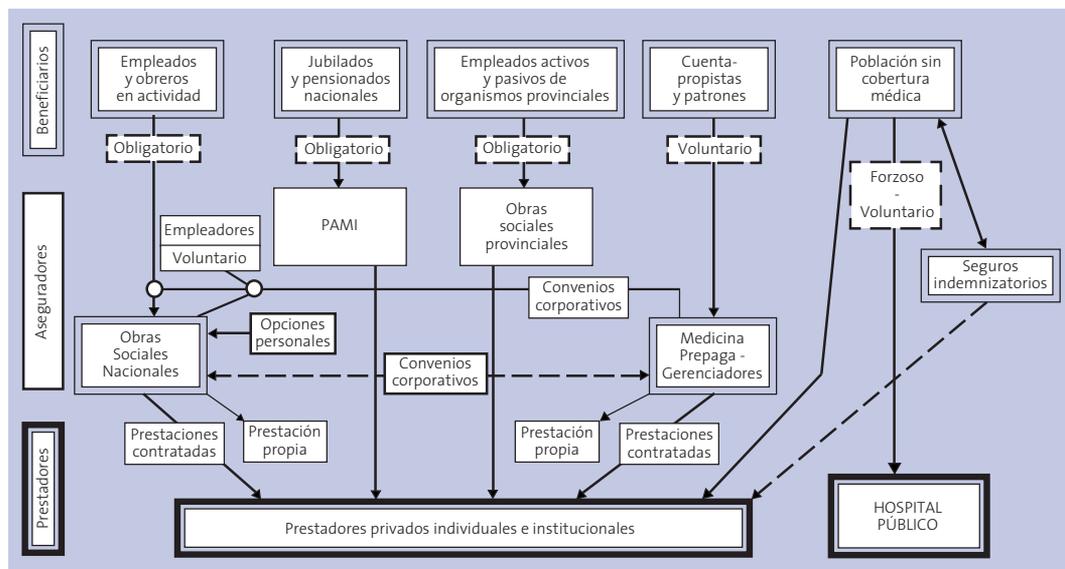
El Ministerio de Salud está representado en las provincias por las delegaciones del Ministerio de Salud, Superintendencia de Servicios de Salud, la Superintendencia de Riesgos de Trabajo y la Superintendencia de las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones. El Consejo Federal de Salud (COFESA) constituido por los

GRÁFICO 1-7: INCIDENCIA DE SIDA (POR 1 MILLÓN DE HABITANTES)



Fuente: OPS, Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud

ILUSTRACIÓN 1-1: ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA



Fuente: Informe sobre desarrollo humano en la provincia de Buenos Aires

ministros de Salud de todas las jurisdicciones del país es la institución encargada de establecer consensos, metas y políticas y decisiones compartidas entre sectores y jurisdicciones.

El sistema en general resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el público (nación, provincia y municipios), el de Seguridad Social a través de Obras Sociales y el privado (aseguradores y prestadoras), que difieren en cuanto a la población objetivo, los servicios que prestan y las fuentes de financiación.

- *Subsistema público.* Presta servicios de salud de forma gratuita a través de la red de hospitales públicos y centros de salud. Sus recursos provienen del sistema impositivo. En la práctica, la demanda de este subsistema está compuesta por grupos sociales de bajos in-

gresos que carecen de cobertura por alguno de los otros dos subsistemas. Se estima que aproximadamente un tercio de la población accede sólo a los servicios proporcionados por el sector público.³

Este subsistema opera a través de los ministerios de Salud a tres niveles:

- A nivel nacional, el Ministerio de Salud realiza funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica. Sin embargo, el porcentaje de presupuesto que maneja es pequeño y el mayor peso de la gestión del sistema de salud se realiza a través de los ministerios y secretarías de Salud provinciales a las que se han transferido competencias de manera secuencial y que en la actualidad gestionan muchos de los hospitales públicos nacionales.

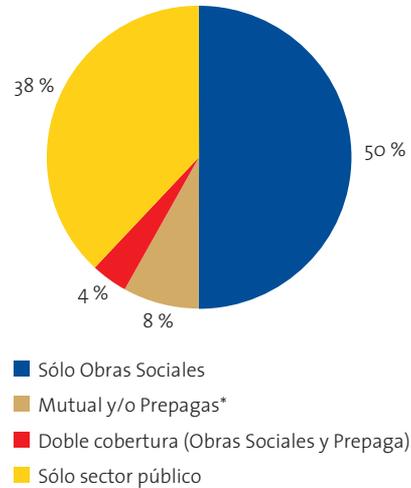
3. Encuesta de Desarrollo Social (EDS), 1997.

- A nivel provincial hay que destacar que cuentan con autonomía en decisiones relacionadas con asuntos de salud. El hecho de que el 67 % de los centros de salud y el 76 % de las camas públicas sean dependientes del nivel provincial da idea de su importancia frente al nivel nacional.
- El nivel municipal es importante en jurisdicciones como la provincia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe.
- **Subsistema de Obras Sociales.** Es un sistema de seguro social obligatorio organizado por entidades de agrupaciones de trabajadores de diferentes ramas denominadas Obras Sociales (OS). Da protección a trabajadores asalariados y a sus familiares directos, y la aportación se realiza tanto por los trabajadores como por los empleadores. Cubren también a los jubilados (91 % de la población mayor de 65 años) del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI).

Las OS se clasifican en Obras Sociales Nacionales, Provinciales y el INSSJP (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados). En conjunto, cubren aproximadamente al 50 % de la población del país (Gráfico 1-8).

El INSSJP se creó (mayo de 1971) con el objetivo de dar respuesta a la falta de atención médica y social prestada a la tercera edad por parte de las obras sociales originales. Como instrumento de acción contó con el PAMI (Programa de Atención Médica Integral) que se convertiría en la obra social de los jubilados y pensionistas. El aporte de fondos procede de los jubilados y de los trabajadores en activo. Actualmente el PAMI cuenta con 36

GRÁFICO 1-8: COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO POR SUBSECTORES (2001)



* Incluye medio millón de personas que sólo tiene plan de emergencia médica.

Fuente: Fundación Isalud. Año 2001

unidades de gestión local y agrupa en torno a los 3.200.000 afiliados, siendo la obra social más grande del país. Las prestaciones ofertadas por el PAMI son complejas y variadas, adaptadas a la problemática y necesidades específicas de los mayores.⁴

Existe un gran número de instituciones, pero la mayoría de los asegurados y recursos se concentran en un pequeño número de ellas. Sobre un total de 290 entidades (excluyendo el PAMI), las 20 primeras agrupan el 65,7 % de los beneficiarios. Los organismos públicos, las Fuerzas Armadas y el poder legislativo y judicial tienen sus propias OS. También existen OS a nivel provincial que cubren fundamentalmente a empleados públicos de su jurisdicción.

4. Página oficial del PAMI. INSSJP.

La mayoría de las OS prestan servicios a través de la contratación a terceros. Este sistema constituye un eje importante del sistema de salud y su vinculación a los sindicatos ha provocado la priorización de objetivos políticos sobre las necesidades en materia de salud.

- *Subsistema privado.* Encuentra su principal cartera de clientes en los estratos medios y altos de la población. Actúa como asegurador (mediante las llamadas Empresas de Medicina Prepaga) y como prestador de servicios, agrupando a los establecimientos de salud privados (hospitales privados, clínicas...) que atienden a pacientes particulares, así como a los asegurados de las OS mediante acuerdos individuales o colectivos que contemplan diferentes modalidades de pago por servicios. Según un estudio del año 2001, en el país operan un total de 196 Prepaga, las cuales se agrupan en dos cámaras empresariales: la Cámara de Instituciones Médico-Asistencial de la República Argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (empresas sin servicios propios). El 65 % son asociados particulares y el resto afiliaciones corporativas.

Este subsistema se financia con aportaciones voluntarias de los usuarios que en general presentan un perfil de ingresos medio-alto y que en muchas ocasiones tienen doble cobertura de seguridad social (Prepaga más Obras Sociales). El porcentaje de población con doble filiación se sitúa en el 4,2 % de la población (Gráfico 1-8).

El crecimiento del sector en los últimos años lo sitúa como el principal prestador de servicios del sistema de Obras Sociales a través del establecimiento de contratos prestacionales. El 17 % del padrón accede a la red de prestaciones de Empresas de Medicina Prepaga a través de estos convenios y a su vez

estas empresas acceden a un mercado de varias OS, que supone el 34 % de los ingresos del sector.

La competencia entre Empresas de Medicina Prepaga ha dado lugar a la diversificación de sus servicios, lo cual impacta en una permanente ampliación de la cobertura.

La crisis económica, el incremento de la desocupación y la ineficacia de la cadena de pagos entre el subsistema privado y la seguridad social, ha incrementado la demanda del sector público en los últimos años.

Las características propias del sistema de salud argentino han provocado una conformación histórica con problemas de eficiencia y equidad. La existencia de tres subsistemas de salud (público, seguridad social y privado) y la falta de coordinación y de articulación entre ellos, atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. Esta falta de equidad no sólo se manifiesta entre los distintos subsectores, sino que hacia el interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación: la división del sistema público según jurisdicciones nacional, provincial y municipal y el elevado número de instituciones heterogéneas que integran los sistemas de seguridad social y el privado.

La gran crisis económica, social y cultural acaecida durante los últimos años y de la que el país comienza a emerger no ha hecho sino agravar la situación del sistema de salud, especialmente a los subsectores de la seguridad social y el público. El primero, por tener sus ingresos asociados al salario, y el segundo por la fuerte restricción fiscal. Por su parte, el total de población sin seguro ha aumentado durante y después de la crisis, y además una parte importante

de esta población, integrada por los habitantes más pobres de las zonas urbanas y de las áreas rurales de las provincias más atrasadas, no usa los servicios o lo hace de manera parcial, bien por opción o bien por dificultad en el acceso.

A modo de conclusión, cabe reseñar los siguientes aspectos:

- La política de salud de Argentina se encuentra atomizada bien por las provincias, por los municipios, o bien por esfuerzos privados, sin que se produzca una integración de todos los subsectores del sistema de salud.
- La eficiencia en la gestión del sistema de salud, tanto de la calidad como de los recursos económicos, pasa por la continuidad de los cuidados y la integración de los tres subsectores en una red única de salud.

1.1.3. Políticas y gestión de los servicios de salud⁵

Las políticas y la gestión de los servicios de salud en Argentina reflejan la heterogeneidad y falta de coordinación general del sistema, existiendo diferentes marcos regulatorios para cada uno de los tres subsistemas que provocan superposiciones y vacíos en las instancias de control, acreditación y regulación.

Tras la crisis por la que atravesó el país en 2001 y 2002, el Ministerio de Salud de la Nación inició un importante trabajo de consensos sectoriales y transversales en el marco del Diálogo Argentino. De manera simultánea, todos los ministros y secretarios de salud recrearon el Consejo Federal de Salud (COFESA), lo que conformó una clara señal de fortalecimiento insti-

tucional, devolviendo visibilidad a la autoridad del sector y posibilitando la adopción de rápidas medidas por consenso pleno frente a la emergencia.

En este contexto, se promovieron las bases del Plan Federal de Salud 2004-2007, que propusieron una serie de reformas planificadas hasta el año 2007, con el objetivo fundamental de modificar el modelo de atención, orientándolo más hacia la prevención y universalizando el acceso al sistema.

Este nuevo modelo de sistema de salud está basado en la construcción de redes de atención que reconocen su base primordial en la estrategia de atención primaria, orientada a asegurar la cobertura efectiva para la población de cada territorio, propiciando su participación responsable y privilegiando acciones en salud.

El nuevo rol del gobierno supone un proceso de consenso entre los diferentes actores del sector. La implantación del plan no se basa en la definición de un paquete único y predeterminado de políticas a ser impulsadas con igual énfasis en todas las regiones, sino que reconoce la necesidad de articular sistemas diferentes y brindar soluciones adaptadas a las características de cada jurisdicción.

De manera contraria a la tradición hospitalocéntrica del sistema de salud argentino, la atención primaria pasa a ser la prioridad absoluta y las acciones de promoción y prevención obtienen una asignación creciente de recursos. Los gobiernos locales son los encargados de desplegar la estrategia de atención primaria, así como las acciones de promoción y prevención, limitándose la asistencia desde la nación al diseño de un modelo de atención adecuado y

5. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación y Consejo Federal de Salud. Mayo de 2004.

a garantizar la provisión de medicamentos y el acceso a los mismos por parte de la población con más bajos recursos (programa Remediar).

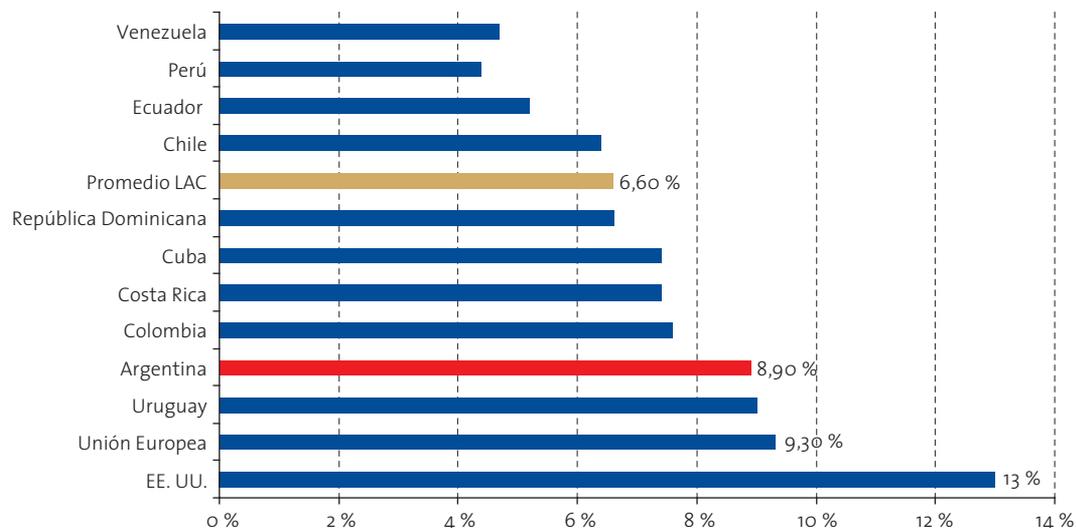
El Plan Federal de Salud 2004-2007 propone una serie de instrumentos de política que pretenden dar respuesta a los desafíos planteados, organizados desde la perspectiva de atención, gestión y financiamiento:

- *Modelo de atención:*
 - Jerarquización y acreditación de las acciones de promoción y prevención.
 - Compromiso federal sobre cobertura y acceso para proveer de una cobertura mínima de servicios de salud a la población que no cuenta con cobertura de obras sociales nacionales o prepagas.
 - Redes de servicios. El modelo que se persigue es el de un sistema en el cual las personas acceden a una red y no a servicios aislados, cuyos componentes están organizados por niveles de atención y localizados con criterios de necesidad nacional.
 - Población bajo responsabilidad nominada. La red tendrá a su cargo una población definida, cuyos integrantes individuales estarán identificados y asignados.
 - «Habilitación categorizante» de los prestadores de servicios de salud para asegurar la calidad de los servicios de salud.
 - Fortalecimiento de los hospitales públicos, constituyéndose como los nodos centrales de las redes dentro de la estrategia de atención primaria.
 - Estrategia de construcción de seguros provinciales de salud.
 - Programa de accesibilidad a medicamentos, bajo el marco de la Política Nacional de Medicamentos (PNM).
- *Modelo de gestión:*
 - Implementación de acuerdos de gestión Nación-Provincias.
 - Desarrollo de sistemas de información en áreas estratégicas para la gestión de la salud, que implica la reformulación del Subsistema de Estadísticas de Prestaciones, Rendimientos y Morbilidad Hospitalaria y del Subsistema de Estadísticas de Recursos y Servicios de Salud.
 - Adopción de instrumentos de gestión de calidad, entre los que destacan la elaboración, promoción y difusión de guías de práctica clínica, así como la evaluación de resultados intermedios en salud a través de indicadores.
 - Regularización de los Recursos Humanos, transformando el sistema de oferta y demanda y planificando la formación y el ejercicio profesional.
 - Regulación de Tecnologías de Salud, con la creación de la Agencia de Regulación de Tecnologías.
- *Modelo de financiación:*
 - Establecimiento de un Seguro Nacional de Enfermedades Especiales, para organizar y socializar el tratamiento de enfermedades catastróficas o especiales.
 - Asignación per cápita ajustada según riesgo a los agentes de los seguros de salud.
 - Establecimiento de un Fondo Federal Compensatorio, para paliar las carencias de los sistemas provinciales.
 - Estandarizar y racionalizar la gestión y financiación de las Obras Sociales.

1.1.4. Financiación del sistema de salud

El gasto en salud de Argentina (8,90% del PIB en 2004) se sitúa por encima de la media de los

GRÁFICO 1-9: GASTO EN SALUD EN AMÉRICA LATINA 2004 (% DEL PIB)



Fuente: OPS 2005

países de su entorno y sólo es superado por Uruguay (Gráfico 1-9).

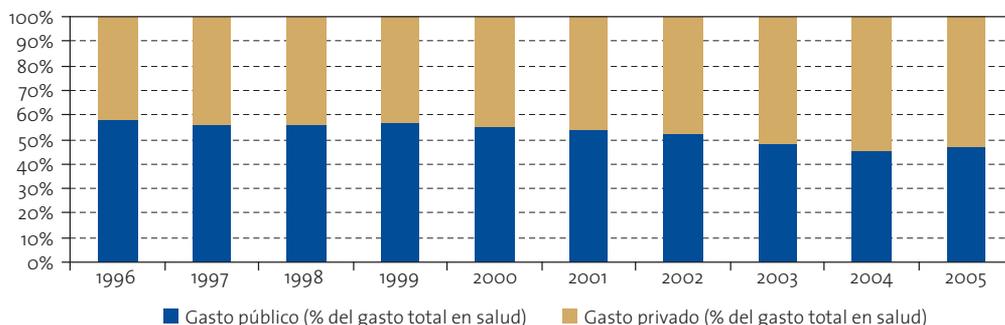
A la vista de los datos, el gasto actual en salud del gobierno argentino es inferior al realizado por el sector privado, el cual en 2005 se situó en 53,1% del gasto total en salud (Gráfico 1-10).

Al analizar la procedencia del gasto priva-

do, destaca el gasto directo de los hogares o gasto de bolsillo, que, aunque sigue siendo mayor al realizado por las aportaciones de fondos o prepagos, ha sufrido un notable descenso en los últimos años (Gráfico 1-11).

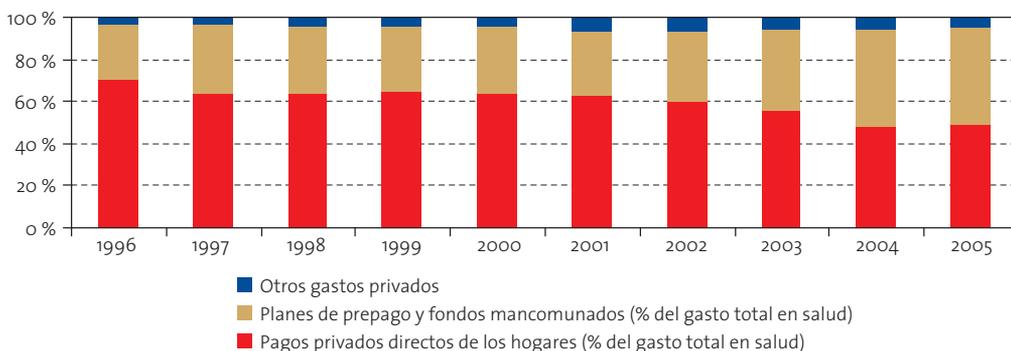
La financiación del sistema de salud argentino, como reflejo de su organización heterogénea, es bastante compleja.

GRÁFICO 1-10: DISTRIBUCIÓN DEL GASTO TOTAL EN SALUD DE ARGENTINA



Fuente: Organización Mundial de la Salud

GRÁFICO 1-11: DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PRIVADO EN SALUD



Fuente: Organización Mundial de la Salud

- El subsistema público se financia a través de ingresos procedentes de impuestos o recursos fiscales. Se ejecutan a través de los gobiernos, en los tres niveles jurisdiccionales (nacional, provincial y municipal):
 - El gobierno nacional obtiene los recursos para financiar su gasto en salud de los impuestos, así como de financiación internacional. Estos recursos se distribuyen en diversas partidas, principalmente: transferencias a los gobiernos provinciales para ejecutar distintos programas de salud, ejecución directa por parte del propio gobierno central de ciertos programas de salud, transferencias a los hospitales públicos que dependen directamente de él y compra de medicamentos que serán entregados a estos hospitales o a las provincias.
 - Los gobiernos provinciales obtienen recursos de la coparticipación federal, de sus propios impuestos y de financiación externa, que gastan en la ejecución de los programas de salud, en transferencias a los establecimientos públicos que dependen de ellos y en la compra de medicamentos para estos hospitales.
 - Los gobiernos municipales financian su gasto en atención de la salud por medio de recursos propios y también con los provenientes de la coparticipación federal.
 - Las Obras Sociales provinciales reciben recursos principalmente de los aportes y contribuciones que realizan tanto el gobierno de la provincia como el de los municipios a los que se encuentran adheridas.
 - El INSSJP (PAMI) y las Obras Sociales nacionales obtienen sus recursos de las contribuciones realizadas por los trabajadores activos y los aportes realizados por sus afiliados. A su vez, las Obras Sociales contratan prestaciones con proveedores privados y compran medicamentos para sus afiliados.
 - Por último, el subsistema privado se financia a través del gasto privado o gasto de las familias, que está constituido en pagos directos y en cuotas de seguros voluntarios.
- Existe el Fondo Solidario de Redistribución que garantiza una disponibilidad mínima de recursos por beneficiario a las Obras Sociales. Este fondo es la otra fuente de financiación de alguna de las Obras Sociales nacionales.

Si se realiza un análisis del total de gasto efectuado por los distintos sectores del sistema de salud en cada una de las provincias, se observan notables diferencias: el mayor gasto per capita se registra en la ciudad de Buenos Aires con 913 pesos, siendo la provincia de Formosa la de menor gasto per cápita con 245 pesos (Tabla 1-1).

Uno de los principales retos para la financiación del sector salud de Argentina será resolver las inequidades entre jurisdicciones intraprovinciales en la asignación de recursos, y de esta forma, terminar con la fragmentación e ineficiencia existente en el uso de los recursos.

TABLA 1-1: GASTO DE LOS DISTINTOS NIVELES DE GOBIERNO Y DE LOS SEGUROS DE SALUD POR JURISDICCIÓN (EN MILLONES DE PESOS)

	Gasto gobierno nacional				Gastos gob. subnacionales		Gasto seguros de salud				Gasto per cápita
	Transf. sector público	Atención de la madre y el niño	Programa de lucha contra el SIDA	Otros gastos gobierno nacional	Gasto atención salud provincias	Gasto atención salud municipalidades	Gasto PAMI	Gasto OSP	Gasto OSN	Gasto total	
Buenos Aires	43.1	1.9	11.0	74.0	1063.5	3228.7	898.2	641.3	1853.2	7771.7	565
Catamarca	1.0	0.1	0.1	0.4	42.8	13.3	12.2	40.8	24.1	133.8	404
Córdoba	5.6	0.4	4.0	4.9	204.8	296.6	192.9	216.5	280.4	1200.5	393
Corrientes	2.7	0.3	0.4	1.1	63.0	56.0	34.6	36.4	58.4	250.2	270
Chaco	5.3	0.4	0.4	0.0	103.5	0.0	36.8	63.6	65.9	270.6	276
Chubut	1.2	0.1	0.1	0.0	70.2	0.0	17.9	45.5	53.1	186.8	458
Entre Ríos	2.5	0.2	0.7	2.4	125.9	37.9	66.4	65.0	106.0	404.5	351
Formosa	1.9	0.2	0.1	0.0	60.3	0.0	9.3	32.2	17.7	119.8	245
Jujuy	4.4	0.2	0.3	0.0	60.9	0.0	24.0	43.8	52.5	181.7	298
La Pampa	0.4	0.0	0.1	0.6	60.0	0.0	17.2	27.9	31.7	137.6	460
La Rioja	1.0	0.1	0.1	3.0	60.1	0.0	10.7	32.6	21.5	128.1	445
Mendoza	2.7	0.3	1.0	1.4	129.1	44.9	79.8	70.0	128.0	454.6	289
Misiones	4.0	0.3	0.2	1.0	71.7	20.9	31.4	32.1	87.1	244.7	255
Neuquén	1.0	0.1	0.3	2.9	127.9	0.0	14.7	91.6	43.8	281.2	596
Río Negro	2.0	0.2	0.3	0.8	70.3	0.0	22.2	39.9	66.2	199.8	364
Salta	3.4	0.3	0.8	3.1	112.7	0.0	37.9	84.9	80.8	320.6	301
San Juan	1.0	0.1	0.5	2.0	94.1	1.1	28.7	39.7	54.6	220.8	358
San Luis	0.7	0.1	0.1	0.0	39.4	0.0	14.9	20.1	37.1	111.6	304
Santa Cruz	0.3	0.0	0.3	0.0	71.9	6.0	7.5	60.7	17.6	163.9	833
Santa Fe	3.6	0.4	6.0	4.5	200.7	209.4	237.6	152.6	323.3	1134.5	381
Stgo. del Estero	1.9	0.2	0.1	0.0	77.8	12.5	36.8	61.3	35.5	224.1	282
Tucumán	3.5	0.4	0.8	1.5	96.4	44.7	60.8	55.7	102.2	362.4	272
Tierra del Fuego	0.2	0.0	0.1	0.0	34.8	0.0	2.1	19.8	15.4	72.3	721
	133.3	6.6	54.8	380.3	3858.8	3972.0	2476.9	2111.6	3796.0	16657.0	

Fuente: El funcionamiento del sistema de salud argentino en un contexto federal. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Septiembre 2002

1.1.5. La provisión de servicios de salud

El sistema de sanidad en Argentina ha estado históricamente muy centrado en el hospital, entendido éste como una organización entrópica que satisface sus demandas sin recurrir a otras áreas. Este modelo ha persistido a lo largo del tiempo y, a pesar de los avances tecnológicos y de gestión, se mantiene vigente en muchos hospitales.

No obstante, y como se indica en el Plan Federal de Salud 2004-2007, la necesidad de articular una continuidad en los procesos asistenciales, independientemente del lugar donde se presten y concentrando los recursos disponibles de manera ordenada, ha llevado a la aparición de redes de salud como acuerdo de colaboración entre los componentes de las organizaciones de salud (hospitales, centros de atención primaria, emergencias, centros de diagnóstico, laboratorios, farmacias, atención domiciliaria, etc.) bajo una misma estructura ejecutiva.

La red tiene a su cargo una población definida de cuya atención en salud es responsable. Los beneficiarios del subsistema público deben ser identificados y referenciados, para lo cual debería proponerse como meta ambiciosa que todos los ciudadanos argentinos dispusieran de una clave única de salud que permitiese su identificación unívoca en todo el sistema de salud nacional.

Cada ciudadano tiene asignado un CAPS (Centro de Atención Primaria de la Salud), que es el primer responsable de la salud del ciudadano y funciona como puerta de entrada al sistema.

El hospital es el responsable de la cobertura ordenada del segundo y tercer nivel de aten-

ción y se constituye como el nodo central de la red. Se propugna la conveniencia de avanzar en la descentralización de la gestión hospitalaria, proceso que comenzó en la década de los 70 con la creación de los llamados Hospitales Públicos de Autogestión (denominados desde 2000 Hospitales de Gestión Descentralizada).

Para poder compatibilizar la autonomía de gestión de los hospitales con el modelo asistencial en redes se precisa una correcta definición y asunción del rol asignado al hospital en la red prestacional y un mecanismo adecuado de toma de decisiones basado en la relación entre la oferta y la demanda.

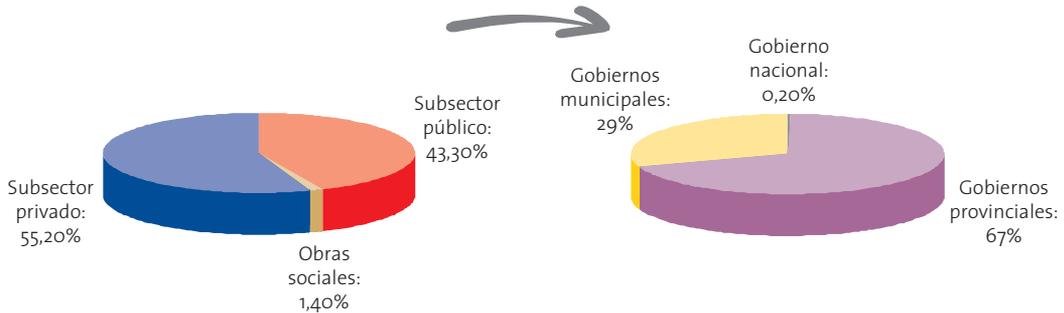
En el año 2000 había 16.085 establecimientos hospitalarios, de los cuales el 43,3% pertenecían al subsector público; dentro de estos, el 67% pertenecían a los gobiernos provinciales y tan sólo el un 0,2% dependían del gobierno nacional⁶ (Gráfico 1-12).

Dentro del subsector privado, cabe reseñar la presencia de los hospitales de comunidad, fundamentalmente nacidos como resultado a las necesidades no resueltas de los inmigrantes en los años 1850 y 1900. Entre estos hospitales cabe destacar el Hospital Italiano (con presencia en varias provincias), Hospital Alemán, H. Británico, H. Español, Centro Gallego, H. Israelita, H. Sirio-Libanés y el H. Francés que recientemente ha pasado a gestión estatal.

En lo referente a la acreditación de los centros y clínicas privadas, cabe destacar que ésta recae sobre los colegios médicos, no estando controlados los colegios por ningún órgano estatal, si bien éstos tienen atribuciones en el ámbito de lo público. Los criterios de acreditación presentan ciertas carencias, pues parece que la antigüedad de los centros cuenta con un

6. *Guía de establecimientos asistenciales*, actualizada en el año 2000.

GRÁFICO 1-12: DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS SEGÚN SUBSECTORES.



Fuente: Guía de Establecimientos Asistenciales, año 2000

gran peso frente a criterios relativos a la calidad de las prestaciones y de las instalaciones.⁷

Tal y como ocurre en muchos de los países de Latinoamérica, la distribución de los hospitales a lo largo del país es muy irregular, existiendo grandes diferencias entre las regiones más desarrolladas y las que cuentan con menos recursos. La provincia de Buenos Aires tiene el 40,5 % de sus establecimientos asistenciales dependientes del sector público municipal, lo que la ubica en el valor más alto, seguida por la provincia de Entre Ríos, en la cual el 13 % de sus centros asistenciales dependen de las municipalidades. Por otra parte, el 73 % de los establecimientos asistenciales de la provincia de La Rioja dependen del gobierno provincial, mientras que sólo el 3,1 % de los establecimientos de la Ciudad de Buenos Aires dependen de dicho nivel de gobierno (Tabla 1-2).

Respecto al total de camas hospitalarias, en el año 2005 en Argentina se contabilizaron 153.000, con una media de dos camas por cada 1.000 habitantes; media que es inferior a otros países latinoamericanos.

El número de camas disponibles en hospitales públicos por cada 1.000 habitantes varía mucho entre las diferentes provincias, situándose entre valores que alcanzan las 4,1 camas por 1.000 habitantes en la Ciudad de Buenos Aires y 1,5 camas por 1.000 habitantes en Misiones, la provincia que cuenta con menos recursos.

La calidad de los servicios de salud en Argentina no se conoce en términos sistemáticos. Debe destacarse que tanto el gobierno nacional, a través del Programa Nacional de Calidad de la Atención Médica, como organizaciones privadas (tales como ITAES, Sociedad Argentina de Auditoría Médica, Programa de Calidad por Educación a Distancia, la Fundación Donabedian y Medicina y Sociedad) dedican recursos para mejorar la atención. Los resultados en términos de la relación gasto/beneficio indican que el impacto de los esfuerzos debería ser potenciado.

Un ejemplo de la apuesta que el sector salud hace por la calidad es el caso del Instituto Zaldívar, que fue el primer Instituto Oftalmológico de Argentina, y uno de los primeros a nivel

7. Centro de Estudios para el Desarrollo Nacional, *El Funcionamiento del Sistema de Salud Argentino en un Contexto Federal*. Septiembre 2002.

TABLA 1-2: DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES SEGÚN JURISDICCIÓN Y DEPENDENCIA (% DEL TOTAL. AÑO 2000)

Jurisdicción	Nacional	Provincial	Municipal	Obras Sociales	Sector privado
Capital Federal	0.3	3.1	-	5.0	90.6
Buenos Aires	0.2	2.5	40.5	1.1	55.5
Catamarca	0.2	67.2	2.6	0.4	29.5
Córdoba	0.1	35.7	10.1	0.6	53.0
Corrientes	-	36.5	0.2	-	55.8
Chaco	-	37.9	-	-	62.1
Chubut	-	48.7	-	0.9	50.0
Entre Ríos	0.2	47.1	12.7	0.2	39.6
Formosa	-	76.0	-	-	24.0
Jujuy	-	63.4	-	-	36.6
La Pampa	-	48.1	-	-	51.9
La Rioja	-	72.8	-	-	27.2
Mendoza	-	38.7	7.6	8.3	45.0
Misiones	-	46.5	2.3	-	51.0
Neuquén	-	57.8	-	1.4	40.8
Río Negro	-	50.8	-	1.5	47.7
Salta	0.2	54.4	-	0.9	44.5
San Juan	-	57.9	0.4	0.8	40.2
San Luis	-	71.8	1.4	-	26.8
Santa Cruz	-	42.4	5.4	5.4	44.6
Santa Fe	0.1	11.3	3.7	1.4	72.4
Santiago del Estero	-	61.5	3.0	0.2	34.9
Tierra del Fuego	-	26.8	-	14.6	53.7
Tucumán	-	35	3.3	-	59.6

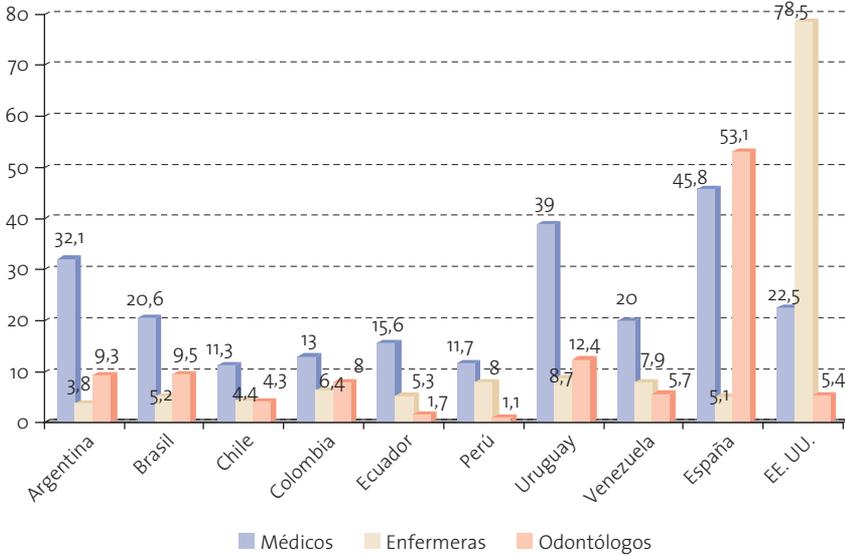
Fuente: Censo Hospitalario. Año 2000. Ministerio de Salud

mundial, en obtener la certificación ISO 9001 (septiembre 1999).

Como ya se ha indicado anteriormente, el modelo al que tiende la ordenación de los servicios de salud es una red con continuidad asistencial entre los diferentes niveles: atención primaria, atención especializada y emergencias. Los componentes de la red son, en primera instancia, instituciones de gestión pública, y complementariamente, de gestión privada.

También se ha señalado al analizar los cambios que propone el Plan Federal de Salud 2002-2007, alguno de los retos que se plantea el sistema de salud argentino, consistente en la definición del modelo prestacional y consolidación de la estrategia de atención primaria de la salud como base de organización del sistema de salud. Además, se necesitaría asignar más recursos a la prevención.

GRÁFICO 1-13: RAZÓN DE MÉDICOS, ENFERMERAS Y ODONTÓLOGOS POR 10.000 HABITANTES



Fuente: OPS, Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud, 2001-2005

1.1.6. Recursos humanos

En Argentina hay una media de 32,1 médicos, 3,8 enfermeras y 9,3 odontólogos por cada 10.000 habitantes. Como se observa en el Gráfico 1-13, la media de médicos es mayor que en muchos países latinoamericanos.

La situación que atraviesan los recursos humanos del sector salud en Argentina se caracteriza por:

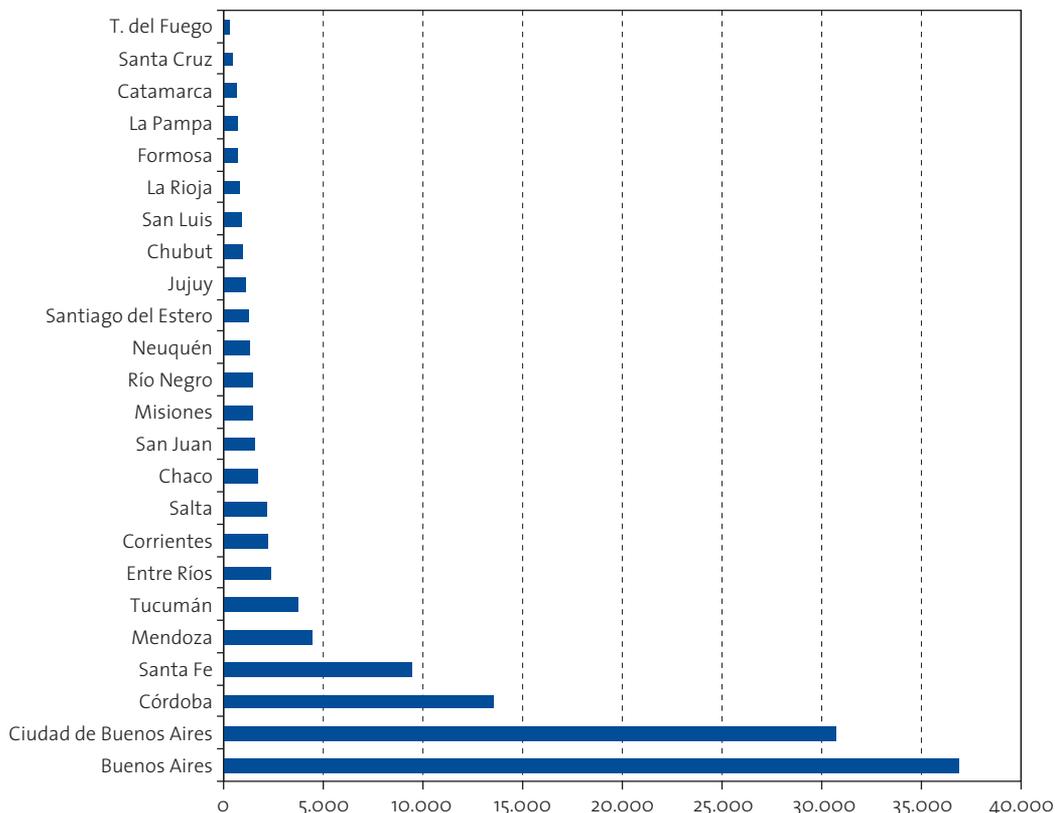
- *Elevada concentración de recursos en los núcleos de población más importantes.* Los datos correspondientes al año 2001 indican que en Argentina existían algo más de 120.000 médicos⁸ (Gráfico 1-14), de los que más del 60 % se agrupaban en tres jurisdicciones (Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires y Córdoba).

- *Distribución irregular.* La media para el país en 2001 se situaba en 299 habitantes por médico, mientras que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se contabilizaban un total de 90 habitantes por médico; en el otro extremo se sitúan las jurisdicciones de Santiago del Estero, Misiones y Formosa en las que se contabilizaron 635, 668 y 677 habitantes por médico respectivamente (Gráfico 1-15).

En cuanto a la distribución de los enfermeros, la situación si cabe es aún más alarmante. En 2001 se contabilizaron un total de 12.614 enfermeros, lo que supone una media para el país de 2.875 habitantes por enfermera. La jurisdicción de Formosa es la más favorecida en este sentido, pues cuenta con 1.550 habitantes por enfermero, frente a los 5,705

8. Ministerio de Salud. Indicadores Básicos Argentina 2006.

GRÁFICO 1-14: DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS SEGÚN LA JURISDICCIÓN (ARGENTINA 2001)



Fuente: Ministerio de Salud. Indicadores Básicos Argentina 2006

habitantes por enfermero de Santiago del Estero.⁹

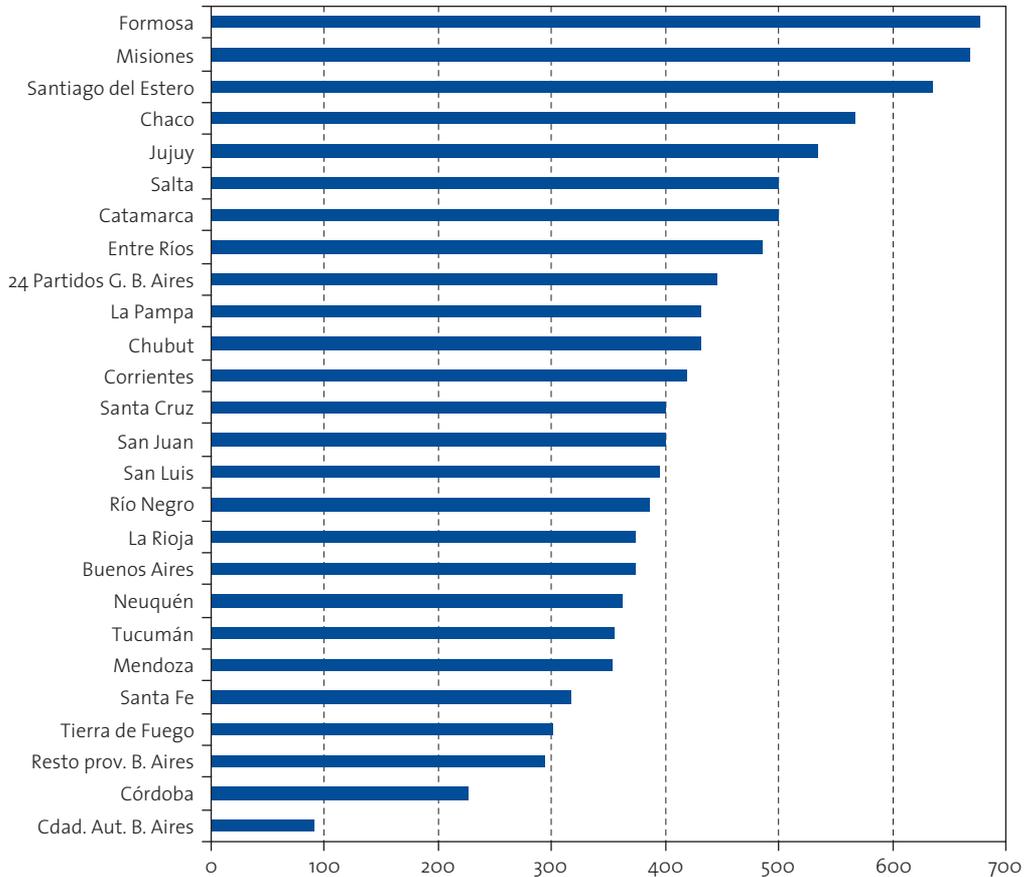
- *Falta de metas e indefinición de necesidades en la formación de grado y especialización de posgrado*, que se traduce en una saturación de oferta y oferta innecesaria desde la perspectiva de la salud. La concentración de los recursos en torno a centros de alto desarrollo tecnológico, el exceso de especialidades y subespecialidades, y la falta de consenso a nivel nacional, generan una falta de recursos

en atención primaria con las consecuentes ineficiencias e incrementos del gasto por la demanda inducida.

Es reseñable el creciente y progresivo cierre del sistema de residencias médicas, reduciéndose los cupos hasta cubrir, en muchos casos, menos del 20% de médicos que aspiran a continuar su formación en una residencia. Lo que implica que una gran cantidad de profesionales tienen que ejercer sin la realización de

9. OPS. Argentina: Recursos Humanos en Salud 2004.

GRÁFICO 1-15: HABITANTES POR MÉDICO (ARGENTINA 2001)



Fuente: OPS. Argentina: Recursos Humanos en Salud 2004

la residencia médica, lo que supone un doble riesgo: primero, sobre la salud de la población, pues carecen de experiencia cualificada, y segundo, la devaluación que se produce sobre el médico y su formación profesional.

Además, ciertas especialidades, entre las que destaca anestesiología, tienen un gran déficit de profesionales, debido principalmente al descenso en el número de estudiantes matriculados, lo que provoca una gran demanda y una fuga de profesionales hacia el sector privado, donde los

sueldos son más competitivos. También se debe destacar la fuga de profesionales al extranjero, especialmente Europa y Norteamérica.

Supondría, por tanto, un reto para el sistema de salud argentino el establecimiento de una planificación de recursos humanos, originada por la indefinición de metas y necesidades en la formación.

En el año 2005, en la Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud realizada en Canadá, representantes del Ministe-

rio de Salud y Ambiente de Argentina analizaron el caso de su país, identificando una serie de problemas y políticas que desarrollar.¹⁰ Entre los principales problemas detectados cabe destacar:

- Descuido de la función esencial de desarrollo de los recursos humanos.
- Relativa y desarticulada coordinación intersectorial e interinstitucional.
- Falta de consenso para la adecuación de la oferta al perfil de demanda y el modelo de atención.
- Falta de información gerencial.
- Alta fragmentación normativa y de regímenes de fiscalización.

1.2. Brasil

Brasil es una república federal, organizada territorialmente en 26 Estados y un Distrito Federal. A excepción del Estado Federal, los Estados se dividen en municipios con autonomía administrativa. A su vez, Brasil está organizado en las siguientes regiones:

- Región Norte, formada por los Estados de: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima y Tocantins.
- Región Nordeste, formada por los Estados de: Bahía, Alagoas, Sergipe, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande del Norte, Ceará, Piauí y Maranhão.
- Región Sudeste, formada por los Estados de: São Paulo, Río de Janeiro, Minas Gerais y Espírito Santo.
- Región Centro-Oeste, formada por los Estados de: Mato Grosso, Mato Grosso del Sur y Goiás y por el Distrito Federal.



- Región del Sur, formada por los Estados de: Paraná, Santa Catarina y Río Grande del Sur.

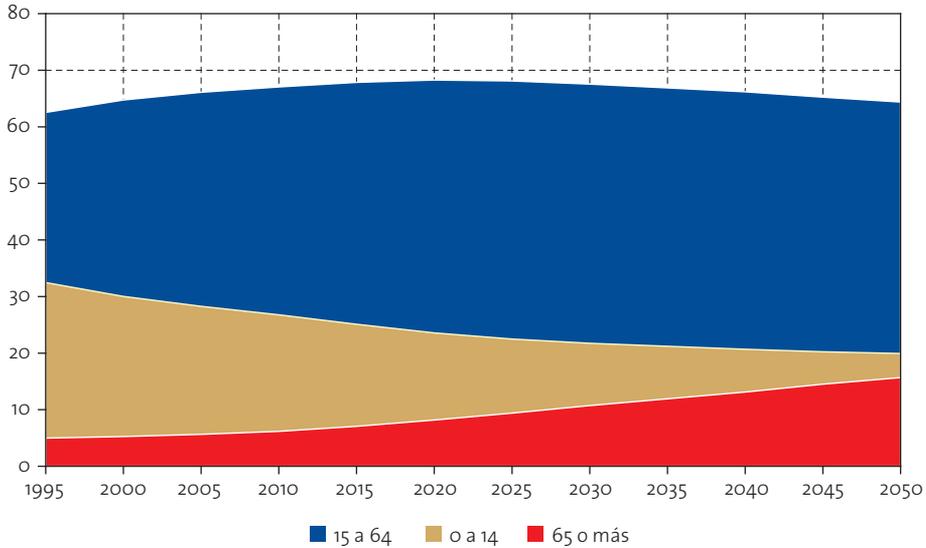
1.2.1. El ciudadano como eje central del sistema de salud

1.2.1.1. Demografía y condiciones socioeconómicas

De acuerdo con el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), existe un descenso de la tasa de crecimiento de la población, concretamente de un incremento anual del 2,9 % registrado en la década de los 60 se ha pasado a un crecimiento anual del 1,3 % en la primera mitad de la década de los 90. Asociado a una reducción progresiva de la tasa de mortalidad, la proporción de personas mayores está progresivamente aumentando, estimándose que en 2050 más del 15 % de la población tendrá una edad de 65 años o más.

10. Claudia Viviana Madies, *Política de recursos humanos en salud. Desafíos prioritarios*.

GRÁFICO 1-16: EVOLUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD (1995-2050 EST.)



Fuente: CEDEPLAR (1999), Proyección de población según sexo y grupos de edad, por unidad. Brasil, 1990-2020

Cerca del 81 % de la población reside en áreas urbanas, existiendo grandes diferencias entre las distintas regiones; por ejemplo, en la Región Sudeste el 90,5 % (72.412.411 habitantes) de la población es urbana, mientras que en la Región Noreste tan sólo un 69,1% de la población (47.741.711 habitantes) residen en zonas urbanas.

En Brasil, el 50 % de la población más pobre posee cerca del 14,1 % de la renta generada, mientras que el 10 % de los más ricos poseen el 45,1%.¹¹

Según los datos del IBGE,¹² en el año 2005, el 78,23 % de la población contaba con una renta inferior a dos salarios mínimos. En algunas regiones este hecho es aún más significativo, como en el caso del Noreste, donde más del 90 % de la población tiene rentas por debajo de este valor.

En cuanto al nivel de desarrollo de la población, cabe destacar que el coeficiente de Gini en el año 2003 era de 0,593, siendo el segundo mayor de América Latina y el octavo mayor del mundo (PNUD). Si bien existe cierta tendencia a la reducción de este índice, situándose en 2005 en 0,568, todavía existe una notable desigualdad social (Néri, 2007).

1.2.1.2. Principales problemas de salud de Brasil

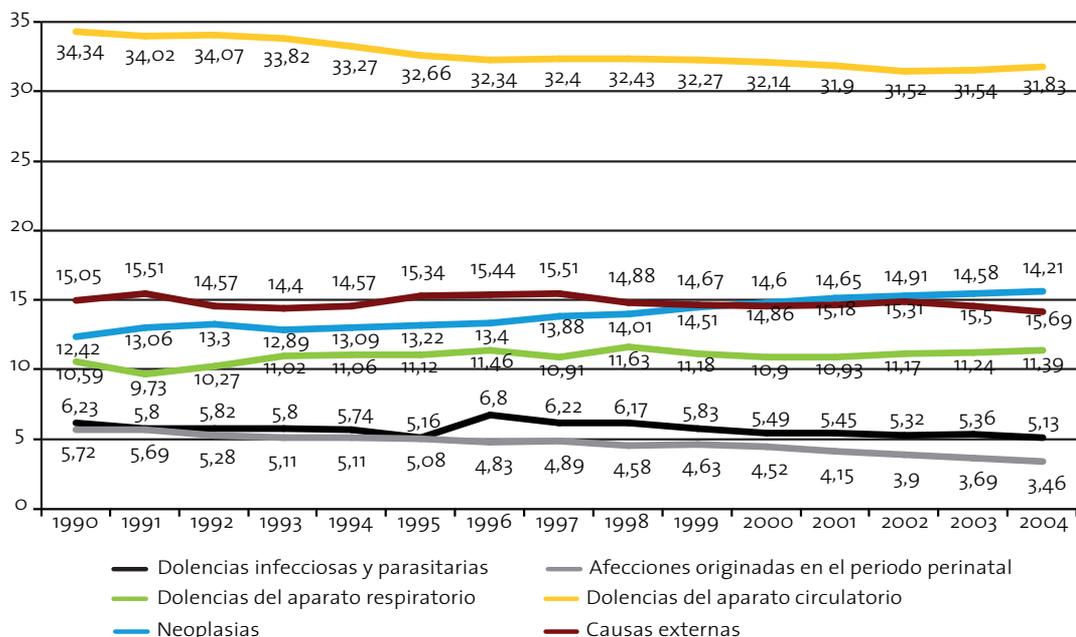
La salud de la población brasileña ha mejorado en los últimos veinte años. La tasa de mortalidad infantil, por ejemplo, ha caído progresivamente de 22,8 en 1998 a 26,6 por mil nacidos vivos en 2004,¹³ si bien la tasa de mortalidad materna ha

11. Néri, MC (2007) *Miséria, desigualdade e estabilidade: o segundo Real*. Rio de Janeiro: FGV.

12. Encuesta Nacional de Domicilios 2005.

13. Ministerio de Salud, 2006.

GRÁFICO 1-17: EVOLUCIÓN DE LAS SEIS PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE EN BRASIL EN PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE MUERTES (1990-2004)



Fuente: Ministerio de Salud/ SVS – Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM)

aumentado, pasando de 51,61 en 1996 a 76,09 por 100.000 nacidos vivos en 2004.¹⁴ Este incremento puede deberse, también, a una mejora en el registro de datos sobre defunciones.

El patrón de transición epidemiológica de Brasil presenta una progresiva sustitución de las dolencias infecciosas por dolencias crónico-degenerativas. Su especificidad en relación a la mayoría de los países de su entorno, el crecimiento de las muertes por causas externas y la persistencia de altos niveles de muertes peri-natales. Otra característica es la distribución desigual del ritmo y características de la transición entre varios grupos socioeconómicos. Las dolencias cardiovasculares son las principales causas de

muerte en Brasil provocando en 2004 el 31,83% del total de defunciones;¹⁵ seguidas por neoplasias, causas externas y dolencias respiratorias.

La presencia de enfermedades infecciosas emergentes evidencia que Brasil aún no ha superado los riesgos de salud propios de países en desarrollo. La creciente tasa de incidencia del dengue, la endemia de malaria de la Región Norte, los altos niveles de ocurrencia de infecciones de SIDA, se relacionan con el deterioro medioambiental y de las condiciones de vida. Todos estos son, por tanto, indicadores de una baja calidad de vida en ciertas regiones y, en especial, para los sectores más pobres de la población. Por ejemplo: el mosquito vector del den-

14. Ministerio de Salud/OPAS, 2006.

15. Ministerio de Salud/OPAS, 2006.

gue (*Aedes aegypti*) está presente en todos los estados del país, registrándose una incidencia superior a 100 casos por 100.000 habitantes en 14 estados.¹⁶ A este panorama hay que añadir enfermedades como el SIDA, la tuberculosis, la hepatitis C, etc.

Al comparar los perfiles de mortalidad entre las regiones del país se aprecian algunas diferencias. Llama la atención que en algunos estados existe un aumento significativo de las muertes por causas externas, siendo la primera causa de muerte en dos Estados (Rondônia y Roraima).

Ante este panorama, los principales retos del sector salud en Brasil pasan por superar la emergencia de dolencias, combatir las grandes epidemias y reducir las grandes diferencias de accesibilidad a servicios de salud existente entre las diversas regiones del país.

Debido a la heterogeneidad entre los patrones epidemiológicos y entre los Estados, e incluso entre municipios, las necesidades de la población son muy variadas, lo que requiere el desarrollo de diferentes políticas en materia de salud.

1.2.2. Organización y estructura del sistema de salud

A raíz de la aprobación de la Ley Orgánica 8.080 se instauró el Sistema Único de Salud (SUS), lo que implicó la unificación institucional federal y la descentralización del sistema.

Dentro del sistema coexisten dos subsistemas: el público (Unión, Estados y municipios) y

el privado (operadores de salud, aseguradoras, cooperativas y autogestores).

El proceso de implementación del SUS tuvo como objetivo establecer una red pública a nivel regional, jerarquizada, de acuerdo con los principios constitucionales de universalización, integridad de la atención, descentralización, participación social e igualdad en cuanto al derecho de acceso de todos los ciudadanos al servicio de salud en todos sus niveles de atención. La red privada puede actuar de forma complementaria al SUS, con preferencia a entidades sin ánimo de lucro y ONGs.¹⁷ La actividad privada es libre, estando fiscalizada por una agencia gubernamental específica, la Agencia Nacional de Salud Complementaria (ANS).¹⁸

El sistema federal se basa en la autonomía de los entes federales. La gestión del sistema de salud depende, a nivel nacional, del Ministerio de Salud y en el ámbito municipal de las Secretarías Municipales de Salud. Cada Estado posee una división administrativa propia, y los municipios poseen Secretarías Municipales de Salud.

1.2.2.1. El subsistema público

El Sistema Único de Salud (SUS) es uno de los mayores sistemas públicos de salud del mundo, siendo el único que garantiza asistencia integral y totalmente gratuita para la totalidad de la población, incluyendo a los pacientes portadores de VIH, sintomáticos o no, a los pacientes con problemas renales crónicos y a los enfermos de cáncer. La red ambulatoria del SUS

16. Ministerio de Salud / Secretaría de Vigilancia de la Salud. Sistema de Información SINAN.

17. Ministerio de Salud – Saúde Brasil 2004 Uma Análise da Situação de Saúde - BSB, 2004.

18. SIS/Ministerio de Salud - Estimativas de Impacto da Vinculação Constitucional de recursos para a saúde: Cadernos de Economia da Saúde 1 - BSB – 2001.

está constituida por 63.662 unidades, realizándose más de 2,37 billones de procedimientos en 2006¹⁹ (consultas, vacunaciones, análisis de laboratorio, análisis de imagen, sesiones hemodiálisis, etc.). Esta asistencia abarca desde atención primaria a atención en ambulatorios de alta especialidad. En 2006 se atendieron más de 281 millones de consultas solamente en atención básica, más de 380 millones de análisis de laboratorio, 11 millones de análisis mediante ultrasonografías, 42 millones de intervenciones de alta complejidad (tomografías, análisis hemodinámicos, resonancias magnéticas, sesiones de hemodiálisis, de quimioterapia y de radioterapia).

La red es atendida por 6.493 hospitales públicos, privados y sin ánimo de lucro, con un total de 487.058 camas, donde en 2006 se produjeron más de 11 millones de ingresos. Estos ingresos comprenden un universo que abarca desde la menor complejidad, tales como ingresos de niños con diarreas, hasta los más complejos, como trasplantes de órganos y cirugías cardíacas, entre otras, que requieren una alta tecnología y suponen un elevado coste.

Toda esta atención está organizada desde 1990 en un sistema de información denominado SIH / SUS (Sistema de Información Hospitalaria) constituido por la mayor casuística hospitalaria del mundo, mantenida por un mismo proveedor. A modo de ejemplo, en 2006: 1,49 millones de partos normales, 215 mil cirugías cardíacas en adultos, 1,6 millones de ingresos de pediatría, 790 mil atenciones de emergencias por causas externas, más de 14 mil trasplantes de órganos sólidos y más de mil de médula ósea.

En 2006, los gastos del SUS ascendieron a R\$21,9 billones, de los que R\$ 12,9 billones se dedicaron a medicina de alta complejidad, R\$ 6,8 billones a atención básica y R\$ 2,2 billones a acciones estratégicas.²⁰ En 1995 el SUS registró 13,2 millones de ingresos hospitalarios, mientras que en el 2006 se registraron 11,3 millones. El valor medio de internación aumentó un 116 % para una tasa de inflación acumulada de 256 % (IPC-IBGE) en el mismo periodo. Asimismo, el número absoluto de ingresos cayó progresivamente desde los 14 millones por año en el inicio de los 90, a niveles cercanos a 11 millones en 2006. Este descenso se ha registrado en todas las regiones excepto en la Región Centro-Oeste y Norte, que presentan una ligera tendencia positiva provocada, probablemente, como resultado de un mejor acceso a los servicios de salud, consecuencia del incremento de los recursos financieros en los Estados de estas regiones. La reducción del número de ingresos se debe a diferentes motivos, entre los que podemos destacar: la mejora en la atención básica, la puesta en marcha de programas de salud de la familia y la propia evolución de la medicina, que está posibilitando la atención de forma ambulatoria de procedimientos antes necesariamente hospitalarios.

La remuneración pagada por el SUS, tal y como se verá más adelante, es insuficiente para el coste de una parte significativa de los procedimientos, en especial para los de media complejidad. Para suplir esta deficiencia, los estados complementan esta dotación con suplementos a los hospitales propios. Esta acción, normalmente no está relacionada con ningún tipo de contrapartida, ya sea cuantitativa o cualitativa.

19. Sistema Único de Salud.

20. Datos del SUS.

1.2.2.2. El subsistema privado

El subsistema de salud privado brasileño se refiere a la atención del ciudadano cuando el pago no es realizado por el SUS.

En el sistema de salud brasileño se ha producido una migración de la población con mayores recursos a planos de asistencia médica suplementaria (especialmente en ingresos hospitalarios, cirugías y análisis complementarios), normalmente llamados de «convenios médicos». Las diferentes modalidades de asistencia médica complementaria combinan la función de asegurador con la de prestador de servicios de atención médica; e incluyen, como principales formas institucionales la medicina de grupo, las cooperativas médicas, los planes propios de las empresas y los seguros de salud.

La **medicina de grupo** fue la modalidad pionera de este segmento en la escena brasileña. Desde los años 60 se presentó como una modalidad de atención a las necesidades médico-hospitalarias constituida por empresas médicas. Estaban divididas en dos grupos: las que poseen servicios propios, siendo los profesionales de la salud sus empleados, y las que utilizan servicios concertados. Estas últimas, que son la mayoría, contratan servicios médicos a terceros, participando en la acreditación de médicos, de hospitales y de servicios auxiliares de diagnóstico o terapéuticos. El acceso de los clientes a estos servicios está vinculado al prepago de planes de empresa, planes individuales o familiares, con diferentes niveles de cobertura o de calidad de servicio, de acuerdo con los contratos firmados. Estas empresas médicas funcionan como administradoras de planes de salud de diversos tipos y para contratantes diferentes (empresas, individuos o familias).

Las **cooperativas médicas** son organizacio-

nes regidas por las leyes del cooperativismo. En ellas, los médicos (y otros profesionales del área de la salud) de la cooperativa son, simultáneamente, socios y prestadores de servicios, recibiendo una remuneración proporcional al tipo y volumen de servicio prestado, aumentado a partir de un valor del prorrateo del lucro final de las unidades de un municipio dado. Aquí, la vinculación de los usuarios también se realiza mediante prepagos de planes individuales, familiares o de empresa. Estas cooperativas, están presentes en cerca de 80% del territorio brasileño. Casi la totalidad de este segmento está constituido por las cooperativas de trabajo médico UNIMED, organizadas, a nivel nacional, en la Confederación de las UNIMED de Brasil. El sistema UNIMED está organizado en niveles crecientes de asociación de trabajo médico, que son: cooperativas de primer grado, denominadas singulares, que poseen un área de actuación exclusiva en uno o más municipios; cooperativas de segundo grado o federaciones, que puede ser intrafederativas, cuando actúan dentro de un Estado o región, e interfederativas; cooperativas de tercer grado constituidas por la confederación UNIMED de Brasil.

Los **planes propios de las empresas** son otra modalidad asistencial del subsector, en el que las empresas pueden tanto administrar programas de asistencia médica para sus trabajadores (autogestión), como contratar a terceros para administrar dichos planes (planes de administración). En el primer caso, no existen intermediarios entre el usuario (empleados y dependientes) y el prestador de servicios de salud, y las empresas administran programas de asistencia directamente. Estos planes adoptan regímenes de acreditación (convenios) o de libre elección (reembolso). La empresa que implanta el sistema de autogestión (o de planes de administra-

ción), establece un formato de plan, define la acreditación de los médicos y de los hospitales, y establece las carencias y las coberturas. Las empresas de autogestión generalmente son grandes empresas privadas o públicas.

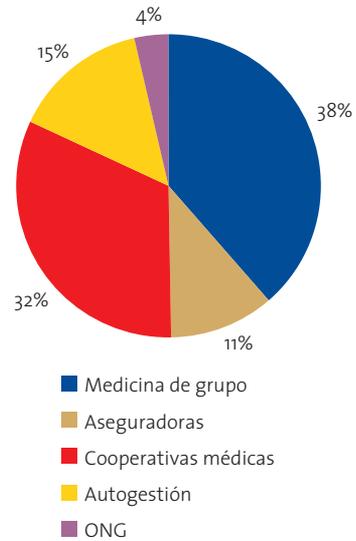
Por último, están los **seguros de salud**. En estos, existe intermediación financiera de una entidad aseguradora, que aunque no presta directamente asistencia médico-hospitalaria, cubre (dependiendo de los términos de la póliza del asegurado) los costes de asistencia. El seguro puede realizarse tanto por personas físicas como jurídicas (empresa a favor de personas físicas). La financiación de esta modalidad también se da mediante un sistema de prepago, en el que el asegurado paga por anticipado los servicios de asistencia médica y tiene cubiertos los eventos previstos en la póliza firmada.

La financiación del sistema se realiza a través de:

- Los pagos efectuados por los usuarios a los planes y seguros de salud, que pueden comprender planes de prepago o pospago.
- Los pagos realizados por las empresas (financieras y no financieras) gestoras de planes y seguros de salud a las empresas contratadas (o con las que se ha firmado un convenio) para la prestación de servicios de naturaleza médica, hospitalaria y de servicios de diagnóstico terapéutico para aquellos usuarios del sistema.

Hasta 1998, los operadores tenían la posibilidad de: excluir o limitar la atención a determinadas patologías o procedimientos de alto coste; instituir sus propios periodos de carencias y excluir pacientes mayores o crónicos, generando descontento entre los asegurados y

GRÁFICO 1-18: DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN TIPO DE OPERADOR



Fuente: Cuaderno de Información de Salud Suplementar – ANS 2007

forzando una movilidad intensa entre los planes y el SUS. En el mismo año fue aprobada la Ley 9656, que regula la actuación de los planes de salud, creando la Agencia Nacional de Salud Suplementar (ANS). La nueva legislación alteró sustancialmente la relación de los clientes con el sector, promoviendo y garantizando los derechos de los clientes de los planes de salud.

El sistema privado está creciendo debido a una insatisfacción de los ciudadanos en relación a la calidad del servicio prestado por el SUS. En diciembre de 2006 había cerca de 44,7 millones de usuarios, de los que el 82,7% estaban vinculados a un plan médico (con o sin servicios de odontología) y el resto de usuarios estaba exclusivamente vinculado a planes odontológicos.²¹ Este crecimiento se debe principalmente

21. Cuaderno de Información de Salud Suplementar – ANS 2006.

al incremento de las cooperativas médicas y de las empresas de medicina de grupo, mientras que el resto se mantienen estables.

En 2006, con relación a la capilaridad del sector salud suplementar, de los 5.564 municipios del país, el 70 % tienen a menos del 5 % de su población cubierta por un plan privado de salud y el 2 % de los municipios no poseen ningún beneficiario. Los beneficiarios están concentrados en aproximadamente el 30 % de los municipios del país que concentran a cerca del 70 % de la población. Las mayores tasas de cobertura en los municipios de mayor actividad económica, situados principalmente en la Región Sudeste, en especial en el estado de São Paulo.

1.2.3. Políticas y gestión de los servicios de salud

El SUS fue regulado a partir del 19 de septiembre de 1990 a través de la Ley 8.080, que define el modelo operacional del SUS, proponiendo su organización y su forma de funcionamiento.

El SUS está concebido como el conjunto de acciones y servicios de salud, prestados por órganos e instituciones públicas federales, estatales y municipales, de administración directa e indirecta y de fundaciones mantenidas por el poder público. La iniciativa privada podrá participar en el SUS con carácter complementario.

Se definieron como principios o doctrinas del SUS, la universalidad, la equidad y la integridad. De éstos derivan algunos de los principios organizativos: jerarquización, participación popular y descentralización política.

La existencia de desequilibrios socioeconómicos entre regiones, provocaron que la implantación del SUS no haya sido uniforme en todos los Estados y municipios de Brasil, pues para que esto fuera posible era necesario una gran disponibilidad de recursos financieros, de

personal cualificado y de una política federal, estatal y municipal efectiva y capaz de hacer viable el sistema.

La Ley 8.080 estableció que los recursos destinados al SUS se tomen del Presupuesto de la Seguridad Social. Así como la forma de transferir esos recursos a los Estados y municipios, que debería estar basado en los siguientes criterios: perfil demográfico, perfil epidemiológico, red de servicios instalada, desempeño técnico, compensación de servicios prestados. Este artículo fue sustancialmente modificado con la edición de las Normas Operativas Básicas (NOB) que regulan la aplicación de esta Ley.

A pesar de las dificultades encontradas, se puede afirmar que la atención primaria del SUS ha mostrado progresos significativos en el sector público, incluso tras haber sufrido grandes problemas con el sector privado, que cuenta con la mayoría de los servicios secundarios y terciarios más complejos y de referencia. Estos sectores no se han interesado en integrar el modelo vigente actualmente en virtud de la baja remuneración pagada por los procedimientos médicos realizados, o que no hace viable la propuesta de jerarquización de los servicios.

En 1994, durante la gran crisis del sector asistencial brasileño, éste dejó de contribuir al SUS, que pasó a recibir recursos únicamente del Ministerio de Salud, lo que le llevó a una crisis de financiación, provocando una escasez de camas en los grandes centros urbanos, especialmente porque los prestadores de servicios privados que atendían al SUS pasaron a dirigir su oferta al sector privado. Con el fin de resolver esta crisis, en 1996 se publicó la NOB-SUS 01/96, que promovía la transferencia de responsabilidades y de recursos para la atención básica a los municipios. Así, los municipios pasaron a recibir un Salario Asistencial Básico (SAB) que consiste en un

montante de recursos financieros destinados a costear procedimientos y acciones de asistencia básica, de responsabilidad típicamente municipal. Este salario se define mediante la multiplicación de un valor per cápita nacional (actualmente) por la población de cada municipio y es transferido de forma regular y automática al fondo de salud o a la cuenta especial de los municipios. Además de esto, el municipio podrá recibir incentivos para el desarrollo de determinadas acciones de salud añadiendo valor al SAB. Las acciones de salud que dan valor son: Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS), Programa de Salud de la Familia (PSF), Asistencia Farmacéutica Básica, Programa de Combate de las Carencias Nutricionales, acciones básicas de vigilancia sanitaria, acciones básicas de vigilancia epidemiológica y ambiental.

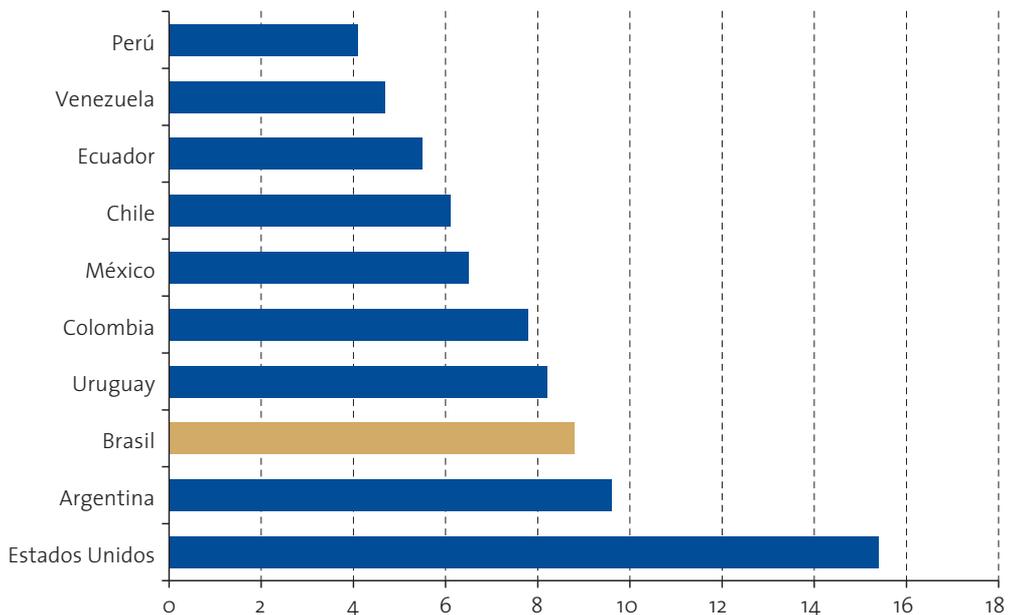
1.2.4. Financiación del sistema de salud

La financiación del sistema de salud brasileño es bastante compleja, y su organización no es similar en todos los Estados.

Las estimaciones más recientes sobre el gasto total en salud de Brasil son de 1998 y fueron realizadas por el IPEA, tomando como base diferentes fuentes de información:

- Gasto público: sistema de información sobre Presupuesto Público en Salud (Cepos).
- Gasto de las familias: estimado por las informaciones de la Encuesta Nacional por Muestra de Domicilios (PNAD del IBGE).
- Gasto en planes y seguros de salud: elaborado a partir de la facturación de las empresas del sector.

GRÁFICO 1-19: GASTO EN SALUD EN AMÉRICA LATINA 2004 (% DEL PIB)



Fuente: OMS, 2007

Estas estimaciones indican que el gasto total fue, en ese año, de R\$ 72 billones. El gasto privado representó casi dos terceras partes del total, correspondiendo al 4,6% del PIB y con una fuerte participación del gasto de las familias (*out of pocket*), responsable del 60% del gasto privado. La participación del gasto público fue del 41,2%, significando el 3,3% del PIB y resultando un gasto público per cápita de R\$ 183,00. El gasto en salud en Brasil (8,8% del PIB en 2004) es superior de la mayoría de los países de América Latina, aunque menor que el de los países más desarrollados.²²

Las fuentes de financiación del sistema de salud fueron previstas en la Constitución e incluyen recursos ordinarios del tesoro (en las tres esferas del gobierno) y contribuciones sociales de la seguridad social, recaudadas por las autoridades federales. No se ha definido una fuente específica de financiación para el sector salud ni han sido definidos porcentajes de vinculación que aseguren la transferencia proporcional a lo recaudado de los contribuyentes. La Constitución también establece un parámetro a definir que «hasta que sea aprobada la ley de directrices presupuestarias, el treinta por ciento, como mínimo, del presupuesto de la seguridad social, excluido el seguro de desempleo, será destinados al sector salud». En octubre de 1999 se aprobó una enmienda constitucional que introdujo modificaciones en varios artículos del texto constitucional, con objetivo de establecer reglas para la provisión regular de recursos para acciones y servicios públicos de salud. Esta enmienda involucra también al área económica del gobierno federal, siendo excluida la Unión del deber de distribuir un porcentaje de los impuestos recaudados, teniendo que

asegurar la distribución de los recursos correspondientes al valor de lo invertido el año anterior, corregido por la variación nominal del PIB. Los efectos del cambio constitucional fueron rápidamente perceptibles. El incremento de recursos más significativo se registró de inmediato en el entorno estatal, una vez que el impacto en el presupuesto federal fue menor, dadas las condiciones macroeconómicas que determinaron pequeñas tasas de variación del PIB y, en el ámbito municipal, el porcentaje mínimo ya había sido superado por un gran número de municipios. Las estimaciones realizadas a partir de las informaciones del Siops indica que en 2001 el montante global de recursos públicos dedicados a las acciones y servicios públicos de salud por las tres esferas del gobierno superaron los R\$ 40 billones, correspondiendo: R\$ 22,5 billones a la Unión, R\$ 8,9 billones a los Estados y R\$ 8,5 billones a los municipios.

Mientras tanto, esta «protección» al presupuesto del Ministerio de Salud ante las oscilaciones observadas en la década anterior, provocó una reducción de su participación relativa en el total de la hacienda federal. De 1995 a 2001 la participación del presupuesto federal cayó de 14,5% al 11,4%.

Existen iniciativas provinciales de mejora de la calidad de la atención a través de la operación de hospitales públicos por empresas privadas, por Contrato de Gestión. Estos servicios son conocidos como OSS (Organizaciones Sociales de Salud). Según un estudio realizado por la Secretaría de Estado de Salud de São Paulo (primer Estado en adoptar este modelo), las unidades operadas por OSS tenían un 20% más de productividad a un coste un 15% menor que los hospitales de administración directa.

22. OMS, 2007.

En este modelo de contratación, la dotación presupuestaria está predefinida y vinculada a la consecución de las metas, tanto cuantitativas como cualitativas.

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud, en 2004 el gasto privado en salud representaba el 45,9 % del gasto total en salud de Brasil. El subsistema privado se financia fundamentalmente por:

- El gasto del ciudadano, a través del pago de los planes de salud individuales o familiares.
- Las empresas privadas que contratan seguros para sus trabajadores como beneficio.
- Los autogestores.

Cerca del 10,7 % de los planes son pagados solamente por el empresario, 46 % por el empresario y el empleado y el 33,3 % sólo por el empleado.²³

Hasta 1994, una parte significativa de los beneficios de las operadoras procedían de la especulación financiera, ya que existe un retardo de 60 a 90 días en el pago a los prestadores (sin corrección monetaria). Hasta este periodo Brasil vivió las tasas más altas de inflación de su historia. La estabilización de la economía a través del Plano Real, el progresivo envejecimiento de la población y la prohibición de exclusiones contractuales, provocó un rápido incremento de la tasa de siniestralidad de las operadoras. Según los datos de la ANS, en 2006 la tasa de siniestralidad media fue de: autogestores 81,2 %, aseguradoras del 84 %, empresas de medicina de grupo 75,8 % y de las cooperativas del 77,7 %. Según los datos de la Fundación Nacional Escola de Seguros, para la viabilidad del negocio la tasa de siniestralidad debe permanecer por debajo del 75 %. En los últi-

mos 10 años, muchas operadoras han quebrado debido a las dificultades de administrar tasas de siniestralidad de baja viabilidad negociadora y a la imposibilidad de obtener ganancias a grandes escalas. Como consecuencia, estas operadoras quebradas se veían obligadas a traspasar sus carteras de clientes a otras operadoras.

1.2.5. La provisión de servicios de salud

Tal y como ya se ha comentado, el modelo descentralizado organiza los servicios de salud en una red con continuidad asistencial entre los diferentes niveles de atención: Atención Primaria, Atención Especializada y Emergencias. Los miembros de esta red son, principalmente, organizaciones públicas y, de forma complementaria, entidades privadas.

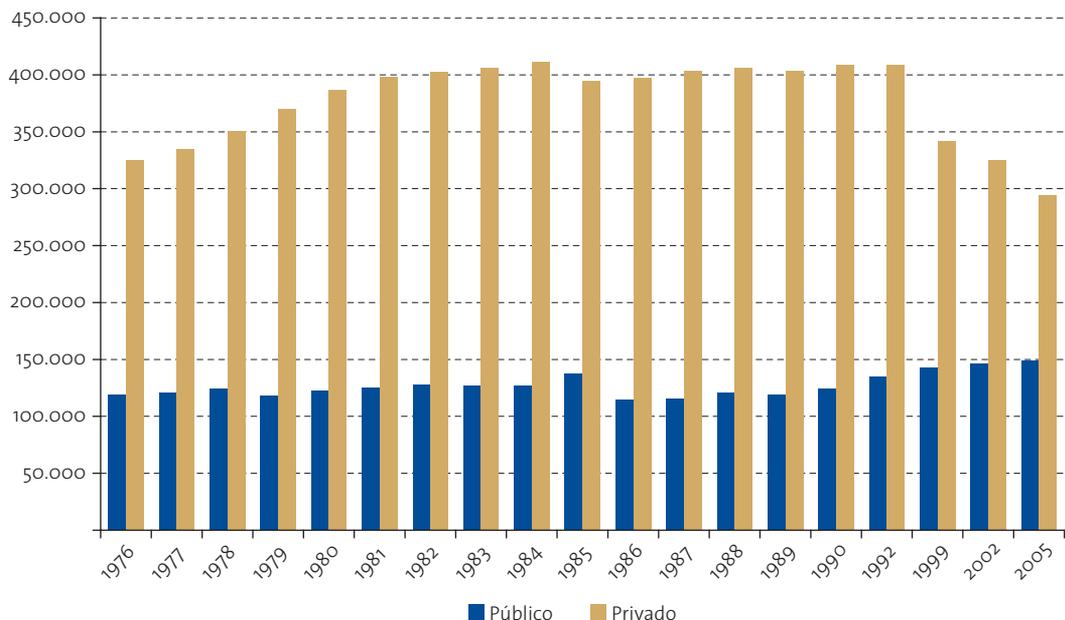
Históricamente el sistema brasileño se ha centrado mucho en los hospitales, aunque la mayor parte de las inversiones del SUS se hayan dirigido a la atención ambulatoria. Actualmente, las grandes «puertas de entrada» del ciudadano al sistema son los Puestos de Socorro, especialmente en las localidades con estructura de atención primaria insuficiente (OPAS).

En 1996, cerca del 85 % de los gastos en acciones y servicios de salud se dedicaron a la asistencia ambulatoria y hospitalaria, correspondiendo los restantes 15 % a acciones básicas y otros programas. En 2005 esta relación de gasto pasó a ser, aproximadamente, de 48 % contra 52 %, con gran sacrificio en el área asistencial. Esto causó un perjuicio a las acciones curativas, que pasaron a convivir con una subfinanciación sin precedentes en la historia de la salud pública.

Regular la oferta por la demanda de servicios es competencia exclusiva de los gestores

23. IBGE (2005) PNAD 2003: *Acesso e utilização de serviços de saúde*. Suplemento. Río de Janeiro: IBGE.

GRÁFICO 1-20: NÚMERO DE CAMAS POR SECTOR (PÚBLICO/PRIVADO)



Fuente: IBGE, 2005

del SUS. Es su responsabilidad organizar y ejecutar las centrales de regulación de camas o el sistema de referencia y contrarreferencia, evitando que los hospitales continúen siendo «puerta abierta». Los establecimientos hospitalarios continúan siendo un complejo en el que se realizan acciones ambulatorias, emergencias y hospitalizaciones. Las acciones curativas básicas y de media complejidad, son financiadas por el SUS que rebaja valores, de media un 65 % menores de los costes habituales. Esto provocó una crisis financiera sin precedentes en los prestadores de servicios.²⁴

El análisis de la producción hospitalaria muestra que en 2004, de los 11.492.855 ingresos

realizados por el SUS, el sector privado fue responsable del 58,6 %. De éstos, la gran mayoría ocurre en hospitales sin ánimo de lucro. Según la encuesta nacional realizada por el ENSP/FIOCRUZ, el 56 % de los hospitales se localizan en municipios de hasta 30.000 habitantes y se constituyen como el único establecimiento de salud. Con la subremuneración este sistema está progresivamente cerrando camas al SUS y ofreciéndoselas a las operadoras privadas.

Brasil cuenta con 7.806 hospitales, de los que casi el 21 % no realizan ningún tipo de atención al SUS. En 2005 había 443.210 camas hospitalarias en Brasil, de las que el 66 % son privadas y el resto pertenecen a concertadas o al SUS.²⁵

24. OPAS.

25. IBGE, Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS) de 2005.

Al analizar la evolución temporal del número de camas, se observa una reducción progresiva en las camas privadas, a costa de un proceso de «externalización» de los procedimientos. El discreto incremento de las camas del SUS es el resultado de la disponibilidad de camas públicas y reducción de compra de servicios privados.

Cuando se compara el número de camas por 10.000 habitantes, Brasil (con 26 camas por 10.000 habitantes) tiene uno de los mayores ratios de América del Sur, por debajo de Argentina.²⁶ Aun así, este ratio se encuentra muy por debajo del de Estados Unidos, Canadá o la Unión Europea.

Existen grandes desigualdades en la distribución de las 333.538 camas del SUS; casi el 40 % están en la Región Sudeste, 30 % en la Región Nordeste, 16 % en la Región Sur y el 7 % en las Regiones Norte y Centro-Oeste.

1.2.6. Recursos humanos

En 2005, en Brasil había una media de 16,8 médicos, 6,4 enfermeras, 11,3 odontólogos, 32,8 auxiliares y técnicos de enfermería, 2,1 nutricionistas y 5,4 farmacéuticos por cada 10.000 habitantes. La distribución de estos recursos humanos por regiones es más o menos heterogénea, aunque existe una mayor concentración de profesionales y recursos en las regiones metropolitanas. En el gráfico 1-21, se muestra la densidad de profesionales médicos en las diferentes regiones del país.

Una falta de estímulos y la heterogeneidad de las condiciones locales de vida y la disponibilidad de recursos para ejercer la profesión, determinan la saturación de la oferta o la oferta

innecesaria en algunas regiones asociada con la carencia de otras.

Por eso, un desafío para la salud en Brasil es el establecimiento de una política de planificación de recursos humanos.

La creación de los Programas de Salud de la Familia (PSF), la mejor remuneración y la dificultad de establecerse en los grandes centros, ha atraído en los últimos años profesionales a las regiones más distantes del país.

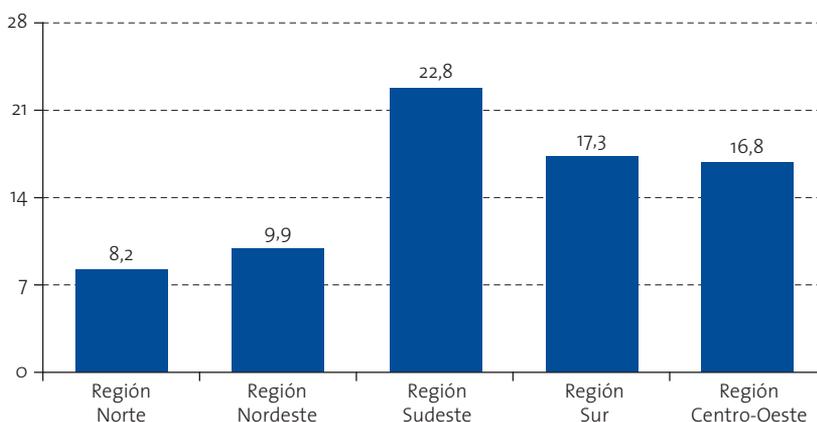
Existe un claro problema de formación de los profesionales de nivel superior, especialmente en los médicos. Desde mediados de la década de los años 80 hubo un *boom* de aperturas de facultades de medicina, llegando en 2006 a 121 facultades autorizadas. Actualmente, se forman en Brasil 11 mil médicos al año, con solamente 5.000 vacantes para residencias médicas. Esto provoca la colocación en el mercado de profesionales mal preparados y sin especialización.²⁷

Las modificaciones recurrentes del intenso proceso de cambio experimentado por los sistemas nacionales de salud en todo el mundo occidental, principalmente a partir de los años 80 del siglo pasado, se iniciaron principalmente sobre el área de gestión del trabajo y de la educación, imponiendo transformaciones importantes, tales como: nuevas funciones y áreas de competencia; cambios en la organización del trabajo y en la conformación de los equipos de salud; cambios en los sistemas de incentivo; énfasis en el desempeño y evaluación. Al mismo tiempo, se estableció una importante competencia institucional, buscando una mayor resolución, productividad y equidad en el servicio, con énfasis en la necesidad de perfeccionar

26. OMS.

27. Consejo Federal de Medicina y Federación Nacional de Médicos.

GRÁFICO 1-21: DENSIDAD DE MÉDICOS POR 10.000 HABITANTES EN LAS REGIONES DE BRASIL (2005)



Fuente: Indicadores de Datos Básicos-IDB 2006

las funciones de regulación de los procesos de desarrollo del personal.

Entre los desafíos derivados de las reformas ocurridas y de la consolidación del Sistema Único de Salud, en el Brasil, destacan diferentes demandas, en distintos escenarios. En el escenario del trabajo, la gestión compleja de múltiples sistemas de contratación y gestión, el imperativo de gestión descentralizada, el incentivo para incrementar la calidad y la productividad, la flexibilidad contractual, la relevancia del trabajo en equipo y la gestión emprendedora orientada al reconocimiento de los derechos de los usuarios tornan visible la importancia de, por un lado, concebir, implementar e institucionalizar alternativas de educación permanente tanto para la formación de profesionales como para su perfeccionamiento del servicio; por otro lado, explicitan el notable aumento de la demanda por la mejoría de la calidad del trabajo, por la nueva «certificación» del profesional y las nuevas modalidades de «acreditación» y reconocimiento.

A partir de esa concepción, cabe al ministro de Salud, a partir de 2003, con la creación de la

Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud, la introducción de propuestas nacionales que respondan a problemas comunes del Sistema Único y, por tanto, con problemas similares en todo el país. En el área educacional, el Departamento de Gestión de la Educación en Salud (DGES), trató de organizar su intervención en grandes éxitos, para atender respectivamente a los desafíos de la formación técnico-profesional; a la adecuación de la graduación; la regulación de la especialización; el énfasis en la atención primaria, vía residencias y especializaciones, y la capacitación para la gestión y gerencia del SUS. Se buscó contemplar la necesidad de permanente diálogo con los trabajadores y con los sectores educacionales y del trabajo.

Temas más sensibles a los trabajadores desde el propio proceso educativo, hasta cuestiones específicas de la gestión que incluye la negociación del trabajo, las condiciones de trabajo, los planes de carrera, jornadas de trabajo, regulación del trabajo, son responsabilidad de esta Secretaría. La construcción de consenso de estos temas entre gestores y trabajadores, para

la perfecta actuación del SUS, exige un diálogo permanente que se viene produciendo en el ámbito de la Secretaría y las confederaciones, federaciones, sindicatos, consejeros profesionales y demás representantes de los trabajadores. Es lo que trata el Departamento de Gestión y la Regulación del Trabajo en Salud (DEGRETS).

1.2.7. Desafíos del sistema de salud de Brasil

1.2.7.1. Desafío del sistema público

Según el propio Ministerio de Salud, el SUS, a pesar de los avances en lo que se refiere a sus principios orientativos y a la descentralización de la atención y de la gestión, hoy en día aún se enfrenta a grandes retos:

- Fragmentación del proceso de trabajo y de las relaciones entre los diferentes profesionales: éstos están mal remunerados, muchas veces trabajan en condiciones precarias y precisan satisfacer una gran demanda de los ciudadanos.
- Fragmentación de la red asistencial que dificulta la complementariedad entre la red básica y el sistema de referencia: en muchas localidades están presentes unidades de salud regidas por diferentes administraciones (municipal, estatal o federal), que no colaboran entre sí porque no existe una coordinación que las integre. Por ello puede haber una demanda no satisfecha asociada con una oferta no cubierta. Además, el paciente puede estar presente en diferentes posiciones, en varias listas de espera. No existe una unificación del planeamiento, por eso generalmente no se realizan acciones coordinadas.
- Remuneración por sistemas de tabla de procedimientos: la remuneración de los prestadores se realiza a través de guías específicas (AIH y SIA). Los valores establecidos están basados en tablas de procedimientos. Por otro lado, la existencia de un límite para el número máximo de procedimientos cobrados (techo) es un desfase en los valores de pago, como ya se ha discutido anteriormente, sobre todo para los procedimientos de media complejidad ya que provocan un volumen de atención insuficiente generando listas de espera, especialmente en este nivel de atención. Para algunos tipos de procedimientos electivos la lista de espera puede tener años de duración. Para la resolución de algunas de estas listas, ocasionalmente el SUS organiza, normalmente en hospitales universitarios, «mutirões» de atención. Las «mutirões» ocurren cuando se realiza un gran volumen de intervenciones de patologías con gran lista de espera (cirugía correctiva de hernia, cataratas, varices, etc.) en un corto periodo de tiempo con remuneración procedente de la dotación extraordinaria.
- Remuneración basada exclusivamente en el volumen de la producción, sin compromiso con la calidad.
- Gestión ineficiente de los gastos: según un informe del Banco Mundial la falta de planificación de las políticas públicas de salud, el exceso de burocracia (que genera atrasos en las compras de equipamientos y en la contratación de personal) o el exceso de funcionarios poco capacitados, combinado con un pequeño número de personas cualificadas y la falta de inversión en mantenimiento preventivo de equipamiento (reduciendo su vida útil), entre otros factores, son los responsables de la falta de calidad de los servicios y el aumento evitable de los gastos.
- Organización del acceso al sistema: la carencia de consultas ambulatorias, tanto en la

atención primaria como en la atención médica más compleja, provoca un aumento de la demanda de atención en emergencias, ya sea por quejas de carácter ambulatorio, por falta de opción, o por quejas de carácter real de emergencia provocadas por la falta de tratamiento de los problemas ambulatorios.

- La implantación del sistema de sociedades público-privadas para el área de salud: la Ley de las PPPs sancionada el 30 de diciembre de 2004 permite la realización de concesiones administrativas (esto es, sin pago por el ciudadano por el servicio prestado): el gran desafío del sistema público será adecuar este modelo de gestión a la complejidad del sistema de salud. Existen modelos europeos bien desarrollados y tal vez sirvan como *benchmarking*.
- Implantación del Qualisus: según el Ministerio de Salud se trata de «un conjunto de cambios que pretenden proporcionar mayor confort al usuario, atendiendo al grado de riesgo, atención más efectiva por los profesionales de salud y menor tiempo de permanencia en el hospital». La inversión necesaria ha sido elevada y aún no se han observado resultados.

1.2.7.2. Desafíos del sistema privado

El sistema privado pasó por un periodo turbulento en la década de los 90, tal y como ya se ha indicado. Algunos problemas aún permanecen y deben ser adecuadamente afrontados.

- Sobreutilización de los servicios: aunque este problema también está presente en el sector público, es más evidente en el privado. La aparente gratuidad en la prestación de servicios, dado que la existencia de planes de co-

participación aún es pequeña, hace que el usuario demande asistencia, muchas veces innecesariamente, y hasta una solicitud exagerada de exámenes complementarios y procedimientos.²⁸

- Compartir los sistemas de información que permitan realizar un *benchmarking* entre las operadoras.
- Reducción de la siniestralidad. Como ya se ha discutido, la siniestralidad media de las operadoras es muy elevada, sobre todo para las que no poseen servicios propios. Las aseguradoras están impedidas a hacerlo por fuerza de ley, pero hay que encontrar alternativas viables. Para las categorías que cuentan con servicios propios, las alternativas que comienzan a despuntar en el mercado son: internación domiciliaria, monitorización intensiva de pacientes de alto riesgo, inversión en el diagnóstico precoz, entre otras cosas, son tendencias que comienzan a aparecer en el mercado.
- Mejora de la imagen ante los prestadores y clientes. Las estrategias de mejora de gestión de las operadoras pasan por: un exhaustivo programa de control de costes, reducción de las trabas burocráticas para la liberación de procedimientos, glosas (recusación de pago al prestador) injustificadas. En lo que se refiere a las ganancias administrativas, estas medidas, muchas veces, estimularán los conflictos entre los principales agentes del subsistema: operadoras, prestadores de servicio y cliente. Medidas de carácter dudoso, como la congelación de la tabla de honorarios médicos, llevarán los conflictos profesionales como estos al paroxismo. Un 2,54% de las quejas presentadas ante los servicios de protección al consumidor corresponden a las

28. Cedelar UFGM.

operadoras. En 2006, las principales quejas fueron debidas a reajustes por alteración de franja etaria, negativa de cobertura, rescisión / sustitución / alteración del contrato.²⁹

- Presencia de muchos hospitales pequeños: este problema que también está presente, en menor escala, en el SUS, dificulta las economías de escala y aumenta los costes indirectos de la atención en salud.

1.3. Chile

Chile es un Estado unitario de gobierno democrático. El país se divide política y administrativamente en 15 regiones, cuya máxima autoridad es el intendente que encabeza el Consejo Regional. Las regiones se subdividen a su vez en 51 provincias regidas por un gobernador y en 344 comunas administradas por alcaldes.

1.3.1. El ciudadano como eje central del sistema de salud

1.3.1.1. Demografía y condiciones socioeconómicas

La población chilena ha sufrido en los últimos años un proceso de transformación demográfica caracterizado por:

- *Un descenso de la fecundidad.* La tasa de natalidad es más baja que en la mayoría de los países latinoamericanos, situándose en el año 2003 en 15,6 nacimientos por cada 1.000 habitantes (Gráfico 1-22).
- *Incremento de la esperanza de vida.* En el año 2000 la esperanza de vida ya se situaba en 75 años, lo que supone 17 años más que el año

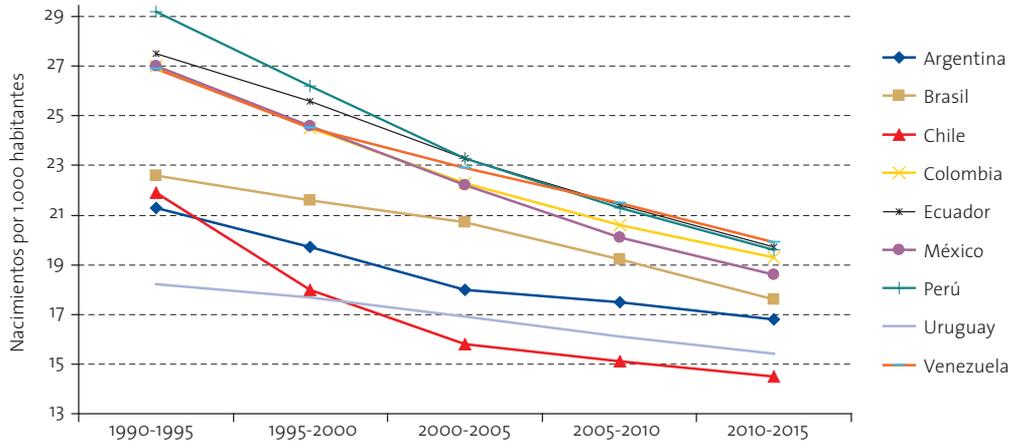


1965. Por sexo, la esperanza de vida para los hombres se situaba en 73 años y 79 para mujeres (Gráfico 1-23).

Esta transformación y la velocidad a la que se ha producido el incremento de población han provocado que en una generación se haya duplicado la población en Chile, estando previsto en las proyecciones que este incremento se estabilice en los próximos años (Gráfico 1-24). A este incremento de la población y de la esperanza de vida hay que sumarle las expectativas de la población en relación a la atención de la salud de cara a diseñar las políticas y estrategias en salud.

29. Fundação Procon de São Paulo.

GRÁFICO 1-22: TASA DE NATALIDAD DE CHILE



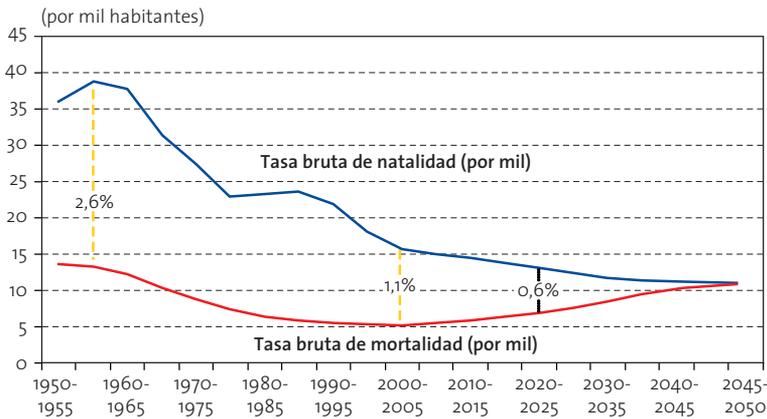
Fuente: *Boletín demográfico* n.º 69. *América Latina y Caribe, Estimaciones de Proyecciones de Población*

La principal consecuencia de esta transición demográfica experimentada en Chile se ha caracterizado por una creciente tendencia hacia el envejecimiento de la población. La edad media en Chile se sitúa en 32 años. Los menores de 15 años representan en el año 2005 cerca del 25 % de la población y los de 65 y más

años el 8 %. Se estima que en el año 2050 estos porcentajes se situarán alrededor del 16 % para los menores de 15 años y en el 21 % para los mayores de 65 años (Gráfico 1-25).

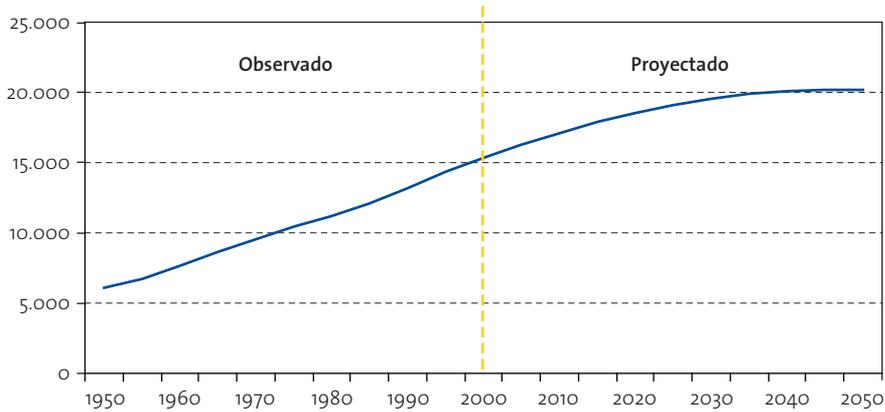
En lo que a desigualdades sociales se refiere, en Chile se han realizado durante los últimos años grandes esfuerzos encaminados a la

GRÁFICO 1-23: EVOLUCIÓN DE LA TASA BRUTA DE NATALIDAD Y MORTALIDAD EN CHILE



Fuente: INE. Chile hacia el 2050. *Proyecciones de Población*

GRÁFICO 1-24: EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN (MILES DE PERSONAS)



Fuente: INE. Chile hacia el 2050. Proyecciones de Población

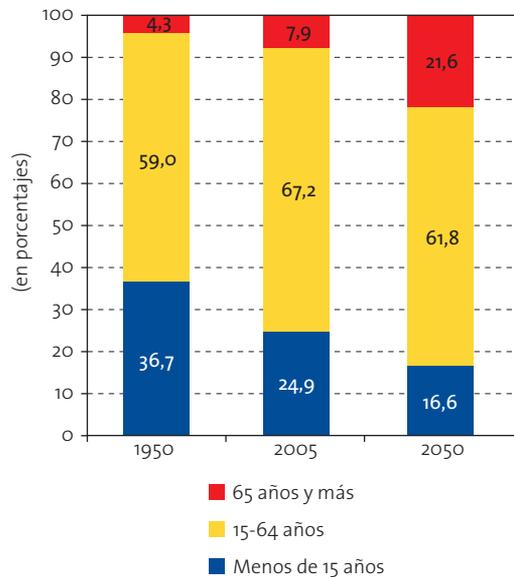
reducción de las diferencias existentes. En menos de 15 años el porcentaje de personas pobres se ha visto reducido en más de 20 puntos porcentuales (Gráfico 1-26). Los últimos datos indican que esta situación continúa mejorando, pues se ha pasado de una incidencia de la pobreza del 18,8 % en 2003 a 13,7 % de 2006.³⁰

1.3.1.2. Principales problemas de salud

Los cambios demográficos en Chile han estado acompañados en los últimos años por cambios en la epidemiología de la región. Las enfermedades infecciosas que en otros países de América Latina aún son un problema han quedado relegadas a un segundo plano, dando paso a problemas de salud que están asociados a un estilo de vida moderno y relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), tales como los trastornos cardiovasculares, obesidad, y otras.

En este sentido, la principal causa de muerte en Chile en el año 2003 fueron las enferme-

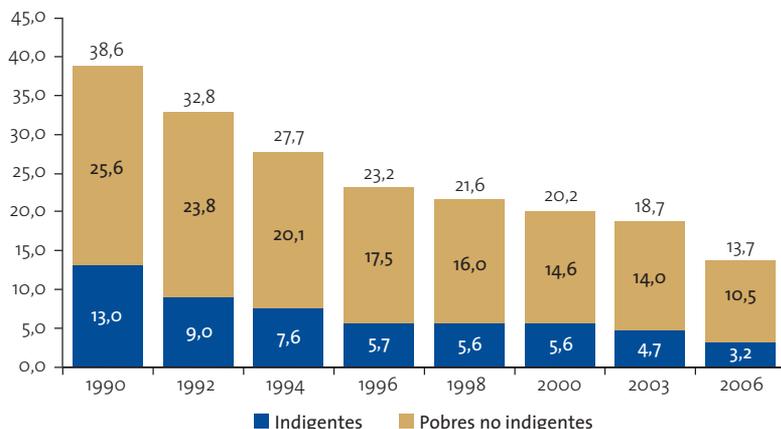
GRÁFICO 1-25: ESTIMACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN POR AÑOS.



Fuente: INE. Chile hacia el 2050. Proyecciones de Población

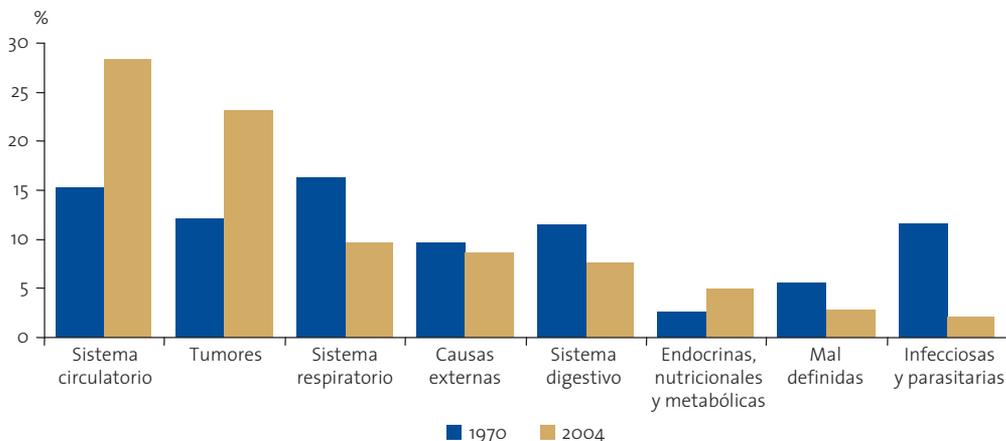
30. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2006.

GRÁFICO 1-26: EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE PERSONAS POBRES (1990-2006)



Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, Chile 2006

GRÁFICO 1-27: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIÓNES POR GRANDES GRUPOS DE CAUSA DE MUERTE (CHILE. 1970-2004)



Fuente: Ministerio de Salud de Chile, Objetivos sanitarios para la década 2000-2010

dades del sistema circulatorio, que supusieron el 28 % del total de muertes.

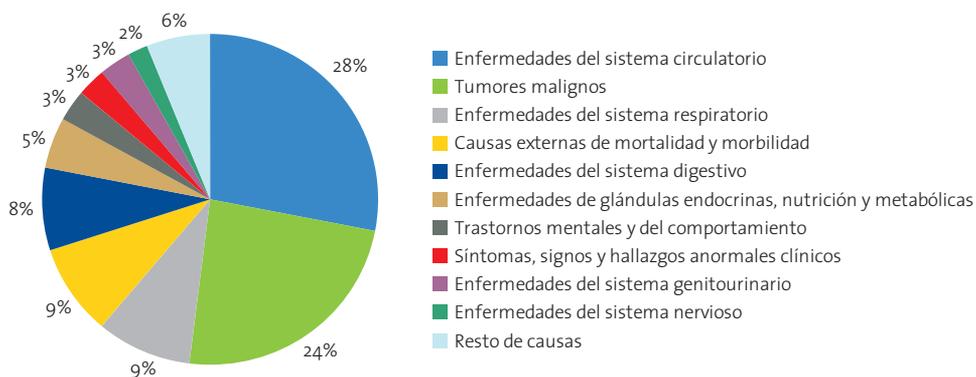
En segundo lugar se sitúan los tumores malignos (24 % del total de muertes). Por tanto, entre las dos primeras causas de muerte suman más del 50 % del total.

Le siguen en relevancia las enfermedades del sistema respiratorio, las muertes debidas a

causas externas y las enfermedades del sistema digestivo.

Frente a esta situación, las autoridades chilenas están potenciando los esfuerzos en prevenir, tratar y rehabilitar aquellos problemas de salud que explican la mayor proporción de años de vida saludables perdidos y que, por tanto, son causa de mortalidad o discapacidad

GRÁFICO 1-28: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE (CHILE. 2003)



Fuente: Anuario de Estadísticas Vitales. 2003. INE Chile

evitables. Éste es el caso del Plan AUGE cuyo objetivo es llegar a garantizar la asistencia de los principales problemas de salud de la población (cubriendo actualmente un total de 56 problemas de salud).

Respecto a los cambios más relevantes que se están produciendo en la sociedad chilena y que afectan directamente a la incidencia de estas enfermedades, cabría destacar los siguientes:

- **Tabaquismo:** Históricamente la prevalencia del tabaquismo en Chile ha sido elevada. En los últimos años, su prevalencia se ha mantenido estable y superior al 40 %. Es importante resaltar el alarmante consumo en los adolescentes y adultos jóvenes, en quienes la prevalencia sería superior a 55 %. Se observa además, un incremento de este hábito entre

las mujeres y sectores socioeconómicos bajos y una disminución en la edad de inicio de su consumo.³¹ El tabaquismo constituye la principal causa previsible de numerosas enfermedades y problemas de salud como diferentes tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

- **Obesidad:** El crecimiento económico, la urbanización y la globalización han modificado profundamente el estilo de vida de los chilenos asimilándose al de los países desarrollados. Este fenómeno ha provocado un incremento en el consumo de alimentos altamente calóricos (ricos en grasas y azúcar), conjuntamente con un aumento significativo del sedentarismo en todos los grupos etáricos. En la actualidad, la obesidad constituye un problema importante de salud pública en todos los grupos etáricos de la población chilena.³²

31. Alvarado, R., Talavera, G.: «La epidemia de tabaquismo en Chile: evolución durante la última década». *Revista Chilena de Salud Pública* 2003; 7: 69-73.

32. Albala, C., Vio, F., Kain, J., Uauy, R.: «Nutrition transition in Chile. Determinants and consequences. *Public Health Nutrition* 2002»; 5: 123-8.; Kain, J., Vio, F., Albala, C.: «Obesity trends and determinant factors in Latin America». *Cad Saude Pública* 2003; 19 (Sup 1): S77-S86.

TABLA 1-3: 56 PROBLEMAS DE SALUD CONSIDERADOS EN EL PLAN AUGE

56 problemas de salud considerados en el Plan AUGE	
1. Atención del parto con analgesia	29. Hipoacusia
2. Todos los cánceres infantiles	30. Hiperplasia benigna de la próstata
3. Cáncer cérvico-uterino	31. Neumonías en el adulto mayor
4. Cáncer de mama	32. Ortesis adulto mayor (bastones, silla de rueda, otros)
5. Leucemia (adultos)	33. Hemofilia
6. Linfoma (adultos)	34. Fibrosis quística
7. Cáncer de testículo	35. Escoliosis
8. Cáncer de próstata	36. Depresión
9. Cáncer gástrico	37. Dependencia del alcohol y las drogas
10. Cáncer de vesícula y vías biliares	38. Psicosis (trastornos psiquiátricos severos)
11. Cánceres terminales (cuidados paliativos)	39. Asma bronquial
12. Enfermedad isquémica (infarto de miocardio)	40. EPOC
13. Trastornos de conducción	41. Hipertensión arterial
14. Cardiopatía congénita operable	42. Accidente vascular encefálico
15. Defectos del tubo neural	43. Diabetes Mellitus Tipo I y II
16. Labio leporino y fisura palatina	44. Prematuridad
17. Insuficiencia renal crónica	45. Retinopatía del prematuro
18. VIH / Sida	46. Dificultad respiratoria del recién nacido
19. Cataratas	47. Accidentes que requieren UTI
20. Gran quemado	48. Artritis reumatoidea
21. Politraumatizado con y sin lesión medular	49. Artrosis
22. Hernia núcleo pulposo	50. Epilepsia (mejoramiento programa manejo infantil)
23. Tumores y quistes SNC	51. Trauma ocular
24. Aneurismas	52. Desprendimiento de retina
25. Retinopatía diabética	53. Estrabismo (menores de nueve años)
26. Vicios de refracción	54. IRA (menores de 15 años)
27. Pérdida de dientes en el adulto mayor	55. Salud oral integral
28. Cirugía que requiere prótesis	56. Urgencias odontológicas

Fuente: Plan AUGE. Gobierno de Chile

La obesidad se considera factor de riesgo de enfermedades relevantes como la diabetes mellitus, dislipidemias, hipertensión arterial, arteriosclerosis, problemas osteomusculares.

- **Sedentarismo:** En la misma línea que la obesidad, el porcentaje de sedentarismo entre la población chilena es elevado, situándose en el 91% entre la población mayor de 15 años.
- **Problemas medioambientales:** En Chile constituyen un grupo de factores importantes re-

lacionados con daño a la salud. En las áreas urbanas se relaciona con la mala calidad del aire, especialmente en invierno y otoño. En algunas zonas rurales los principales problemas se asocian a la falta de agua potable (que afecta especialmente a la población indígena). Otros problemas medioambientales con impacto en la salud son la contaminación del suelo, alimentos y la aparición de enfermedades por reservorios animales o vectores.

- *Otros problemas ligados al desarrollo urbano:* Como consecuencia del proceso de urbanización, se observa un aumento de problemas psicosociales como el estrés, la drogodependencia, los trastornos emocionales y la violencia.

Al igual que sucede en otros países de América Latina, la población chilena es fundamentalmente urbana, emplazándose en el 2005 un 86,8% del total de la población según datos del INE en áreas urbanas.

1.3.2. Organización y estructura del sistema de salud

El sector salud de Chile es un sistema mixto compuesto por dos subsectores, el sector público y el privado, que participan tanto en el ámbito de los seguros de salud como en la provisión de servicios de salud.

Ambos sectores son regidos por el Ministerio de Salud (MINSAL), que coordina el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y supervi-

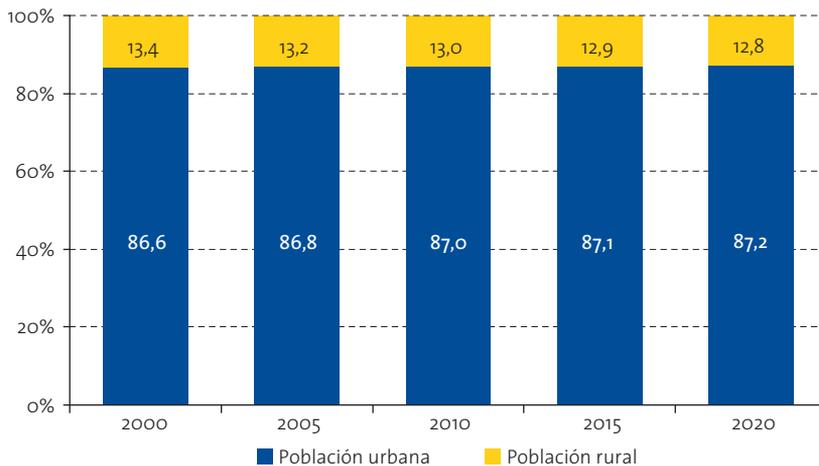
sa al sistema de seguros privados y al Fondo Nacional de Salud (FONASA) a través de la Superintendencia de Salud. Las principales funciones desarrolladas por el MINSAL se centran en su actividad rectora, de diseño de políticas y programas, de coordinación de las entidades del área y de supervisión, evaluación y el control de políticas de salud.

1.3.2.1. El subsector público de salud chileno

El mayor peso del sistema de salud chileno recae sobre el sector público, que es el que da cobertura a la población más pobre, de mayor edad y con mayor carga de enfermedad. En estos momentos un 80% de la población chilena es atendida por prestadores del sistema público.

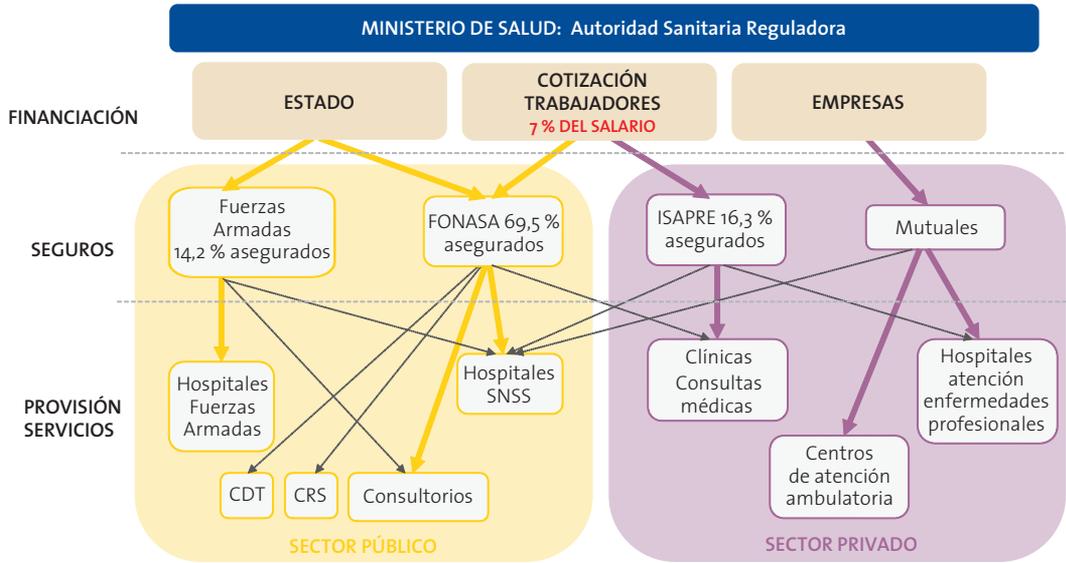
El Ministerio de Salud (MINSAL) tiene a su cargo 29 servicios de salud descentralizados territorialmente, cada uno de los cuales gestiona sus propios hospitales, con varios niveles de complejidad y centros de atención abierta. Del MINSAL dependen de la Subsecretaría de Salud

GRÁFICO 1-29: EVOLUCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN URBANA Y RURAL



Fuente: INE. Chile hacia el 2050. Proyecciones de Población

ILUSTRACIÓN 1-2: EL SISTEMA DE SALUD CHILENO



Pública, responsables de la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades que afectan a la población; y las subsecretarías de Redes Asistenciales, responsables de la coordinación de las mismas.

Su principal organismo de financiación es el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que actúa como proveedor de seguro público de salud y que atiende al 63 % de la población.

FONASA ofrece dos posibilidades de acceso a los servicios de salud:

- Una modalidad institucional orientada a la población indigente y en la que la prestación se restringe a la red pública de servicios.
- Una modalidad de libre elección, para cotizantes y beneficiarios, en la que éstos tienen la opción de elegir entre los prestadores públicos y una lista de prestadores privados que tienen convenio con FONASA.

La financiación procede del aporte fiscal y de aquellos asalariados que eligen esta opción, los cuales realizan una aportación obligatoria del 7% de su sueldo.

Otros organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud son:

- Instituto de Salud Pública (ISP): Servicio público descentralizado, con autonomía de gestión, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Depende del Ministerio de Salud. Sus funciones son la de contribuir a la mejora de la salud de la población, garantizar la calidad de servicios y bienes, la fiscalización y normalización.
- Central de Abastecimiento (CENABAST): provee de fármacos y dispositivos médicos a los establecimientos del sector público de salud, actuando mediante mandato o en representación de éstos a través de convenios en los que se establece una comisión por los servicios

prestados por CENABAST. La misión del CENABAST consiste en intermediar con eficacia, transparencia y eficiencia, los requerimientos de fármacos, insumos médicos y bienes públicos de la red asistencial de salud, mediante el liderazgo de información, tecnología y conocimiento, garantizando la disponibilidad oportuna de los productos requeridos.

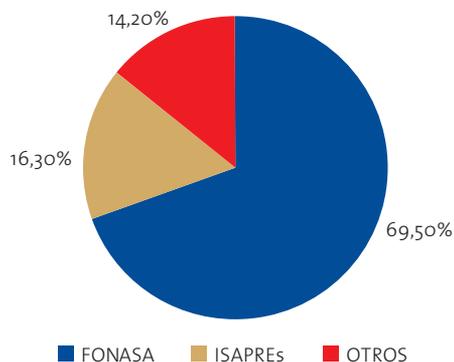
- Superintendencia de Salud es la encargada de:
 - Supervisar y controlar a las ISAPREs y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como régimen de garantías en salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.
 - Supervisar y controlar al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la Ley n.º 18.469 en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y lo que la ley establezca como régimen de garantías en salud.
 - Fiscalizar a todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, así como el mantenimiento del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación.

1.3.2.2. El subsector privado de salud chileno

En Chile, los trabajadores pueden elegir entre realizar su contribución del 7% del salario a FONASA o a las aseguradoras privadas denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs). La afiliación a una ISAPRE requiere el pago de una prima fijada por cada una de ellas en función del tipo de seguro y las características del asegurado.

En la actualidad operan en Chile 14 ISAPREs que trabajan fundamentalmente con presta-

GRÁFICO 1-30: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SISTEMAS DE SEGURO



Fuente: OPS. Análisis de situación y tendencias de salud

dores privados (algunas de ellas disponen de una red propia de servicios)

Estas instituciones proporcionan cobertura a más de 3,4 millones de personas. Debido a la alta competencia que existe entre ellas, éstos han desarrollado productos de servicios más completos y a menor precio entre los que destacan planes colectivos, servicios para enfermedades catastróficas y tercera edad.

Desde el punto de vista del sector privado proveedor de servicios, éste está compuesto por clínicas, centros médicos, consultas médicas, laboratorios, farmacias gestionadas por sociedades privadas que se ubican en su mayoría en las zonas de mayor concentración de población. La presencia de las ONGs es escasa, si bien se han implantado instituciones caritativas como Cruz Roja o Cáritas Chile.

1.3.3. Políticas y gestión de los servicios de salud

A continuación se incluye un artículo escrito por don Ricardo Fábrega Lacoa, subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud,

con el que se pretende introducir la reforma en salud realizada en Chile.

«Chile cuenta con un sistema de salud que, desde la década del 50, viene construyendo una historia de graduales y significativos logros sanitarios que lo han ubicado en un sitio de excelencia en relación a los índices de salud de su población. Estos logros y el actual cambio del perfil epidemiológico de nuestra población han dado paso a nuevos desafíos. En el contexto de un Estado que dispone de un servicio para las necesidades de sus habitantes, se ha iniciado un proceso de transformaciones profundo en el sistema sanitario, el que se ha plasmado en la Reforma del sector que se lleva a cabo en Chile desde el año 2002.

El objetivo esencial de la Reforma del sector ha sido mejorar la calidad de vida de toda la población; ello se funda en la definición de metas sanitarias acordes a las necesidades de las personas, las que se orientan a disminuir las desigualdades y proveer servicios adecuados a las necesidades y expectativas de la salud de la población. Para ello, las innovaciones del sistema sanitario se basan en tres ejes fundamentales: instalación de un modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, fortalecimiento de la red de atención e incorporación de un sistema de acceso universal y garantías explícitas en salud.

Este proceso de Reforma impone un desafío de modernización de la organización de información para la gestión en salud, a fin de entregar el mejor cuidado y realizar una adecuada utilización de los recursos disponibles. Esta modernización considera la incorporación de herramientas como las Tecnologías de Información y Comunicaciones en el quehacer cotidiano de los establecimientos de salud de toda la red asis-

tencial, así como en los procesos de integración de esta red y en la interacción con la población.

En el convencimiento de que “información es cuidado”, el Ministerio de Salud impulsa iniciativas con el fin de implementar nuevas herramientas de gestión en la información del sector.

El presente documento reseña el sistema de salud chileno, su organización y prioridades y contiene aquellas iniciativas de TIC que son más significativas para el logro de los objetivos de la Reforma en el mediano y largo plazo».

En estos momentos Chile es el único país en Latinoamérica que está haciendo una política de Estado en salud, la cual tiene su origen en la Reforma de Salud aprobada por el Congreso de la República en el año 2004 y cuyo principal objetivo es la adecuación del sistema de salud a los cambios previstos. Esta transformación se está llevando a cabo tanto a nivel público como privado.

Desde el año 2000 se ha aprobado en Chile un conjunto de leyes que regulan la reforma de salud y que están encaminadas a alcanzar una serie de metas durante el periodo 2000-2010. Las principales leyes que se han desarrollado son:

- La Ley del Régimen General de Garantías en Salud (Ley n.º 19.996, septiembre de 2004), conocida también como la Ley AUGE. Es el instrumento de regulación de la salud creado para garantizar el **A**cceso **U**niversal para prestaciones integrales y **G**arantías **E**xplícitas. Su objetivo es garantizar por ley la atención en salud oportuna, de calidad, a todos los chilenos, sin discriminación de edad, género o capacidad de pago, promoviendo la calidad y el acceso a la salud. El sistema garantiza la protección financiera para un conjunto de problemas de salud prioritarios.

Esta ley establece un Régimen General de Garantías de Salud que se aplica a todos los asegurados, sean de FONASA o ISAPREs, marcándose el objetivo de garantizar asistencia a un total de 59 problemas de salud (objetivo alcanzado en julio de 2007). Este listado (incluido en el apartado de «Principales problemas de salud») es revisado periódicamente por una comisión experta y modificado según lo requieran las circunstancias.

- La Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión (Ley n.º 19.937, febrero de 2004), que nace con la finalidad de:
 - Separar las funciones de provisión de servicios de salud y regulación del sector.
 - Fortalecer la autoridad en materia de salud.
 - Crear un sistema de acreditación de prestadores públicos y privados.
- Por ejemplo, el modelo de autogestión de hospitales que establece esta ley, por el cual los 56 hospitales de Tipo I y II que existen en Chile tendrán como plazo máximo el año 2009 para entrar al régimen de autogestión, está funcionando y obteniendo buenos resultados. En estos momentos hay en Chile siete hospitales autogestionados.
- La Ley sobre Instituciones de Salud Previsional (Ley n.º 20.015 de 2005), que modifica los artículos de la Ley Instituciones de Salud que creó la SISP y que dictaba las normas para el otorgamiento de prestaciones por ISAPRE.
 - La Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, regula el cumplimiento de los derechos de salud y protege a los pacientes.

Esta reforma de la Seguridad Social de Salud en Chile, que está encaminada a la mejora de salud de su población, se plantea sobre una serie de principios que son:

- *Reducir las desigualdades a partir de un incremento de la participación social, de la equidad y la solidaridad en salud.* El cumplimiento de la Ley del Régimen General de Garantías en Salud es el elemento más esencial de la reforma desde el punto de vista de la percepción del ciudadano y el que en la actualidad está teniendo mayores dificultades para su implementación. El éxito del proceso de reforma va a depender en gran medida de cómo la población perciba que se han garantizado sus derechos de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para el conjunto de problemas de salud definidos.
- *Garantizar el derecho a la salud de la población, proveyéndola de servicios acordes con sus expectativas.* Los ciudadanos chilenos están mejor informados, son conscientes de sus derechos, valoran más una buena salud y un buen servicio, son capaces de comparar y elegir alternativas, y por eso progresivamente se han vuelto cada vez más exigentes y demandan una mayor calidad.
- *Mejorar el nivel de salud de la población a partir de un uso más eficiente de los recursos.* Para ello en Chile se ha planteado el desarrollo de un nuevo modelo de atención que permita enfrentarse a los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad a un coste asumible. El excesivo número de pacientes adultos mayores sin recursos requiere llevar a cabo cambios en el modelo de cuidados y de control social en colaboración con otros sectores. En este sentido, el nuevo modelo de atención que promueve la reforma se sustenta en dos pilares:
 - *Una atención centrada en el paciente,* donde las actividades de promoción y prevención de la salud cobran una vital importancia. El objetivo es poder incrementar las

capacidades de autocuidado de las poblaciones de menos recursos y evolucionar hacia una atención basada en potenciar las capacidades de la familia (modelo de salud con orientación familiar y comunitaria).

- *La potenciación de la atención primaria.* El fortalecimiento de la atención primaria mediante un incremento de sus recursos y capacidades permitirá controlar el aumento de los costes del sistema y aportarle una mayor capacidad resolutive a todos los pacientes.

Un ejemplo de este nuevo modelo de atención son los 60 «Centros Comunitarios de Salud Familiar» que se han implantado en Chile, una forma diferente de prestación de salud al usuario que tiene como base al denominado Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario. Su punto de generación es la propia comunidad, buscando estimular en ella una respuesta activa que favorezca la participación del beneficiado, de manera que éste asuma un rol como agente de cambio en su propia situación de salud. Con la implantación de estos centros se pretende compartir la responsabilidad de la atención de adultos mayores y personas dependientes a la comunidad, minimizando la presión asistencial, además de avanzar hacia dos grandes propósitos del sistema: la promoción de la salud y la prevención de las patologías como forma de generar las esperadas mejoras de la salud pública en Chile.

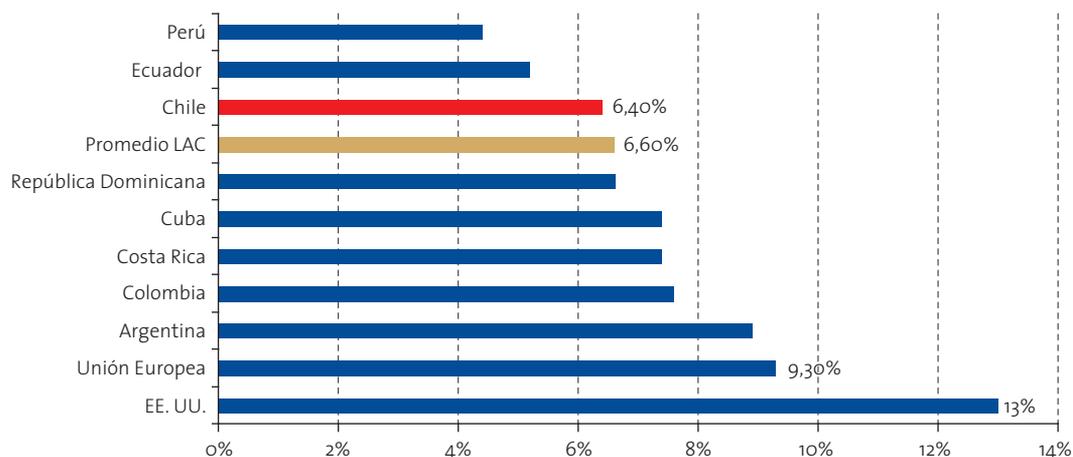
En definitiva, la Reforma de Salud en Chile está cambiando la organización del sistema sanitario de forma drástica y significativa, un cambio que es profundo y que se está llevando

de forma acelerada, lo que implica un nivel de exigencia muy alto para todos los actores involucrados. Además, su implementación supone un cambio cultural importante como consecuencia del cambio de roles de los actores implicados y los cambios en el modelo de atención al paciente.

Por tanto, para poder alcanzar todas estas metas será necesario que los distintos actores públicos y privados actúen de forma alineada y correcta. Cabe resaltar que en el desarrollo de la reforma se ha avanzado todavía muy poco en temas de salud pública, siendo un campo en el que será imprescindible conseguir un mayor nivel de involucración por parte del sector privado.

Por otro lado, la implementación de instrumentos y herramientas adecuadas como son las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) es esencial para la reforma del sistema de salud en Chile. Así, de cara a la consecución de los objetivos marcados, será clave la implantación de sistemas de información que faciliten la interlocución con la población y la relación del profesional con el paciente en este nuevo modelo de atención o sistemas de información que aporten una mayor evidencia e información, que ilustre a los planificadores y a quienes tienen que tomar las decisiones. La falta de información provoca que la capacidad para la toma de decisiones adecuadas sea deficiente. Un ejemplo de esto es un hospital en la zona urbana de Santiago, inaugurado en el año 2002, donde se estimó un exceso de camas en el servicio de pediatría que hoy están ocupadas por pacientes adultos, por una insuficiente información adecuada para la planificación y por el desfase temporal entre la definición del perfil del proyecto hospitalario y la puesta en marcha de éste.

GRÁFICO 1-31: GASTO EN SALUD EN AMÉRICA LATINA (2004)



Fuente: OPS, Organización Mundial de la Salud

1.3.4. Financiación del sistema de salud

Según los datos publicados por la Organización Panamericana de Salud (OPS), el gasto en salud de Chile en el año 2004 fue del 6,4 % del PIB, gasto que se sitúa próximo a la media de los países de Latinoamérica (6,6 %) y por debajo del gasto de la Unión Europea (9,3 % del PIB) y de EE. UU. (13 % del PIB). En el año 2006, este gasto se ha visto ligeramente incrementado, ascendiendo al 8,3 % del PIB.

La tabla 1-4 muestra la evolución que ha te-

nido el gasto total en salud y el porcentaje de gasto público y privado en Chile en los últimos años.

Desde el punto de vista de las principales fuentes de financiación que sufragan los gastos de las atenciones de salud percibidas por los beneficiarios chilenos, éstas se dividen en:

- Los *impuestos generales* o aporte fiscal, que representan aproximadamente el 54 % de la financiación del subsector público (FONASA y Fuerzas Armadas).

TABLA 1-4: CHILE: GASTO PÚBLICO Y PRIVADO EN SALUD

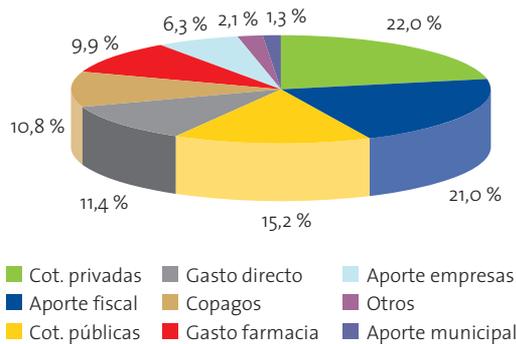
	2002	2003	2004	2005
Gasto total en salud (millones de US\$)	4.538	4.470	5.102	6.422
Gasto público (millones de US\$)	2.183	2.160	2.397	3.022
Gasto privado (millones de US\$)	2.355	2.310	2.705	3.400
Gasto público (%)	48,10 %	48,31 %	46,99 %	47,06 %
Gasto privado (%)	51,90 %	51,69 %	53,01 %	52,94 %

Fuente: World Health Organization, National Health Accounts Series

- La *cotización legal*, que representa el 7% del salario de los contribuyentes o ingreso imponible, supone un 39% de la financiación del sistema público. En el caso del subsistema ISAPRE las cotizaciones legales, más las adicionales y voluntarias suponen alrededor del 68%.
- Los *copagos* de las personas inscritas en el sistema público en la modalidad de libre elección representan alrededor del 7% de la financiación de este subsector. En el caso del subsector privado esta financiación se estima en un 32%.
- El *aporte de las empresas*, destinado a cubrir las enfermedades del trabajo. Supone un 0,95% del ingreso imponible.
- Los *aportes municipales*, a través de los desembolsos de los gobiernos comunales.

La distribución actual de estas fuentes de financiamiento se corresponde con la siguiente distribución porcentual:

GRÁFICO 1-32: Fuentes DE FINANCIACIÓN DEL SECTOR SALUD EN CHILE.



Fuente: World Health Organization. National Health Accounts Series

Partiendo de la base de que los resultados en materia de salud que se han alcanzado en

Chile en los últimos años son sorprendentes, teniendo en cuenta los recursos para la salud existentes, el sector salud en Chile se enfrenta en los próximos años a grandes desafíos desde la perspectiva de su financiamiento y sostenibilidad. En este sentido los principales retos a los que se enfrenta el sistema son:

- *Hacer un uso más eficiente de los recursos.* Las patologías derivadas del cambio demográfico y epidemiológico, junto con los avances tecnológicos, están provocando presiones en los costes del sistema de salud chileno. Ello provoca importantes desafíos a la capacidad de financiar los servicios de salud, en la medida en que aumenta la importancia relativa de los problemas de las personas de la tercera edad y de los enfermos crónicos. Por ello, mejorar la eficiencia a partir de una adecuada asignación y gestión de los recursos es fundamental para la sostenibilidad futura del sistema de salud. En este sentido, la reforma de salud está focalizando sus esfuerzos en el desarrollo de modelos de gestión en red para favorecer el uso compartido de los recursos de forma que éstos estén disponibles para todos y en la generación de incentivos para hacer de ellos un uso más eficiente. Por otro lado, el incremento previsto del gasto en salud en atención primaria permitirá incrementar su nivel de resolución y maximizar los resultados globales del sistema.

Desde la perspectiva de la provisión de servicios, la oferta de valor que existe actualmente en Chile en cuanto a prestaciones no está adecuada ni en el sector público ni en el privado, en términos de coste-eficiencia, a las necesidades en salud. Los problemas geriátricos y crónicos se resuelven con la misma oferta y recursos que otras necesidades.

- *Incrementar la colaboración público-privada* para poder asumir y financiar el incremento del coste del aseguramiento. Esta mayor colaboración del entorno público y privado, puede desarrollarse, entre otros posibles caminos, por:
 - Incrementar la compra de servicios del sector público al privado mediante la compra de los excesos de demanda, una vez se haya conseguido maximizar previamente la eficiencia de ambos sectores bajo estándares similares de calidad.
 - Establecer mecanismos y protocolos de actuación entre el sector público y el privado, donde la relación de agente-prestador, asegurador y cliente esté más equilibrada.
 - Externalización de las concesiones, a partir de la promoción de iniciativas de financiación público-privadas que incluyan la construcción de centros y la explotación de servicios por parte de los agentes más preparados en ámbitos como la gestión del equipamiento, los sistemas de información, la gestión de los gases medicinales y la prestación de cualquier otro servicio clínico o no clínico (limpieza, mantenimiento, seguridad, etc.). De esta forma se evitará retrasar las necesidades de inversión por falta de presupuestos.
 - Trabajar en esquemas que permitan compartir el riesgo de las carteras tanto de los seguros privados como del seguro público, evitando así el fenómeno del desceme y de reaseguro implícito que tiene el FONASA con relación a las ISAPREs. Asimismo, potenciar que los seguros privados puedan sostener planes adecuados a sus beneficiarios de mayor riesgo a lo largo de toda su vida. Por otra parte, hay que señalar que no existe el consenso de todos los actores respecto a

las propuestas de subsidio de la demanda que generen sistemas de planes públicos, privados o mixtos mediante la creación de modelos en los que se establezca una mayor participación del mercado de los seguros.

Hay que tener en cuenta que FONASA actúa como un seguro de salud no discriminatorio, solidario y obligado a dar cobertura a todas las personas que quieran afiliarse. Este hecho permite a las ISAPREs establecer una serie de restricciones de acceso a las personas de mayor riesgo como la tercera edad, enfermos crónicos y los sectores con menores ingresos, por lo que el aseguramiento de estos grupos recae sobre FONASA, recibiendo un subsidio del Estado. Al no haber mayor conexión entre FONASA e ISAPREs, éstas no le traspasan ningún mayor coste, siendo las tasas de crecimiento de los gastos de salud muy similares en ambos casos.

- *Incrementar las inversiones en centros especializados en patologías o complejidades específicas.* Una mayor especialización de los centros va a permitir que se consigan optimizar los costes de las prestaciones.

1.3.5. La provisión de servicios de salud

El Sistema Nacional de Servicios de Salud chileno ha establecido una red asistencial basada en tres niveles, dependiendo del grado de cobertura y complejidad asistencial:

Nivel Primario

Se caracteriza por su mínima complejidad y amplia cobertura. Se gestiona a nivel municipal y deben coordinarse con los servicios de salud estatales. Es el nivel encargado de realizar atenciones de carácter ambulatorio en las Postas Rurales de Salud y en los Consultorios Ge-

nerales, Urbanos y Rurales. En este nivel se desarrollan los Programas Básicos de Salud de las Personas (promoción y prevención de la salud y la canasta de prestaciones). El personal asignado a cada centro depende de la población adscrita que debe ser atendida, así como de la naturaleza de las actividades que se realizan en el mismo.

Las principales actividades que se realizan en este nivel de atención son: controles de salud (que representan dos tercios del total de atenciones de este nivel y que incluyen los controles de embarazo, del niño sano, del adulto mayor y, en forma relevante, de las personas con patologías crónicas), consultas de morbilidad, visitas domiciliarias, educación de grupos, vacunaciones y alimentación complementaria. Los servicios realizados en este nivel están muy orientados a la prevención, así como a la atención centrada en el modelo de salud familiar y comunitaria.

Nivel Secundario

Su complejidad es intermedia y su cobertura media. La característica fundamental de este nivel es que actúa por referencia y que sus acciones involucran tanto atención abierta como cerrada en establecimientos hospitalarios. Principalmente incluye mayor participación profesional de especialidades, con cierto grado de diferenciación y mayor proporción de elementos de apoyo diagnóstico y terapéutico.

Nivel Terciario

Al contrario que los casos anteriores, su complejidad es alta y su cobertura reducida. Actúa como centro de referencia con carácter regional, suprarregional y, en ocasiones, nacional. Le corresponde realizar prioritariamente acciones de atención cerrada aun cuando también realiza prestaciones ambulatorias. Sus recursos hu-

manos son de alta especialización y los elementos de apoyo clínico diagnóstico y terapéutico, tienen mayor complejidad técnica.

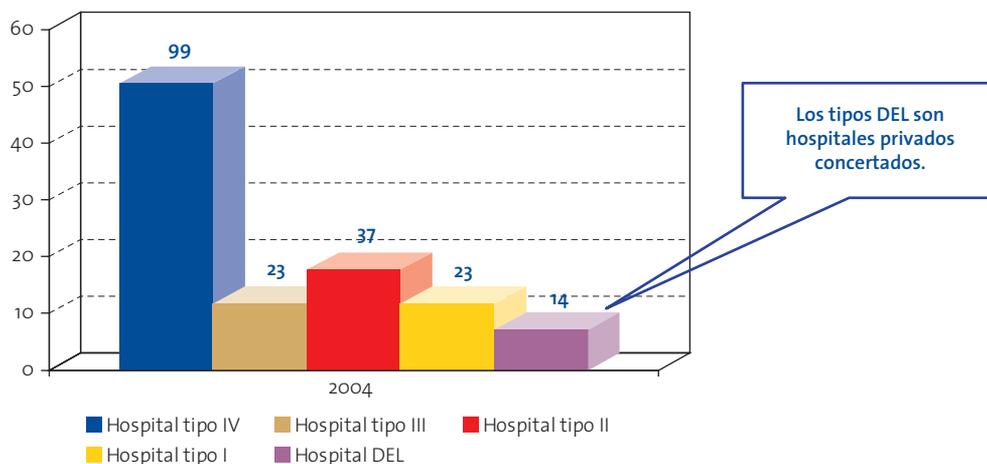
Según los datos ofrecidos por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud, en el año 2004 en Chile existían un total 196 centros hospitalarios. Estos hospitales están organizados según cuatro niveles, dependiendo de su tamaño, complejidad y población a la que atienden. Los de tipo IV son los más sencillos y se localizan en ciudades de aproximadamente 10.000 habitantes y cuentan con menos de 100 camas. Por el contrario, los clasificados como tipo I son los hospitales más complejos, se encuentran en ciudades con más de 500.000 habitantes, cuentan con más de 500 camas y poseen servicios de urgencia, residencia interna y unidades de tratamiento intensivo.

TABLA 1-5: ORGANIZACIÓN DE LOS HOSPITALES EN CHILE

Nivel de complejidad	Subsistema de atención	
	Ambulatorio	Hospitalario
Baja	Posta Rural Consultorio Rural Consultorio General Urbano CECOF Centros de Salud Familiar	Hospital tipo IV
Media	Centro Referencia Salud	Hospital tipo III
Alta	Centro Diagnóstico Terapéutico	Hospital tipo II Hospital tipo I

La distribución de los hospitales por tipo de complejidad, se muestra en el siguiente gráfico:

GRÁFICO 1-33: DISTRIBUCIÓN DE HOSPITALES EN CHILE



Fuente: DEIS, indicadores hospitalarios por servicios de salud, 2004

El número total de camas hospitalarias en Chile es de 39.790, lo que supone tres camas por cada 1.000 habitantes,³³ proporción que se sitúa por encima de la media de los países en Latinoamérica. Del total de camas, aproximadamente el 70 % son camas públicas.³⁴

Los centros clasificados dentro del subsistema de atención ambulatoria son centros fundamentalmente incluidos en el nivel de atención primaria, con una infraestructura de medios simples de apoyo diagnóstico y un arsenal terapéutico determinado. En Chile existen un total de 526 centros de atención primaria municipal.

En este marco de provisión, los principales retos a los que se enfrenta el sistema de salud chileno se resumen en:

- *Incrementar el nivel de resolución de las patologías de menor complejidad en los centros de*

atención primaria, combinado con la colaboración de especialistas que den soporte a la atención primaria, ya sea de forma remota o presencial.

- *Fomentar la ambulatorización de los servicios clínicos*, que, además de reducir los costes de la hospitalización, disminuir los efectos adversos y mejorar la calidad percibida por el paciente, permitirá que las necesidades de camas no aumente más allá del incremento que está provocando el crecimiento de la población con mayores niveles de dependencia.
- Teniendo en cuenta la insuficiencia de la oferta total y la capacidad de resolución actual, es fundamental *evolucionar en el modelo de ordenación, coordinación y comunicación de las redes*. Para poder alcanzar con éxito los objetivos de la reforma, es necesario generar una verdadera visión de red asistencial, donde los hospitales piensen en red y

33. Banco Mundial. Base de Datos 2005.

34. DEIS, indicadores hospitalarios por servicios de salud, 2004.

donde se alcance una auténtica coordinación inter e intrahospitalaria. Esto va exigir cambios culturales importantes y una mayor responsabilidad social por parte de todos los agentes implicados.

En esta línea hay dos desafíos a tener en cuenta:

- La necesidad de potenciar junto con un mayor desarrollo de la oferta, una mayor interrelación entre los centros de los proveedores públicos y privados, que, entre otras causas, puede en la actualidad estar provocando algún nivel de ineficiencias en la asignación global de los recursos. Tal como se ha señalado anteriormente, la interacción público-privada que está vigente actualmente en Chile genera problemas de eficiencia, junto con una mala gestión de los recursos públicos, no sólo en cuanto al financiamiento sino también a la provisión. Se requiere de una mayor profundización de una sana mezcla de competencia/cooperación en la provisión de servicios entre el sector público y privado. Esto es, la capacidad del sector público para brindar atención a los beneficiarios del sector privado y a su vez, cuando se requiera, subcontratar servicios en el sector privado.
- De cara a la mejora de la coordinación de los recursos y el desarrollo de las redes, va a ser indispensable la disponibilidad de tecnologías de la información que faciliten el manejo y la gestión compartida de todos los recursos de la red, teniendo en cuenta que éstos ya no van a ser recursos de un solo centro, sino que deben considerarse recursos de todo el sistema. En este sentido, el sistema de salud chileno ya está implementando redes para la mejora de la coordinación y comunicación entre sus centros, donde el mayor reto se encuentra en

el tránsito entre la atención primaria y los centros de mayor complejidad.

- *Potenciar el uso del Examen de Medicina Preventiva Público/Privado del MINSAL*, principal componente preventivo del Régimen General de Garantías en Salud. En una encuesta realizada recientemente en Chile, el 50 % de la población conocía la existencia de este examen, habiendo hecho uso efectivo del mismo solamente un 10 % de la misma, a pesar de la evidencia sobre los resultados que están cosechando iniciativas similares en Brasil o Gran Bretaña, por ejemplo. En este sentido, las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) pueden contribuir y facilitar en gran medida el despliegue de estrategias eficientes de prevención personalizada.
- *Implementar un sistema de acreditación de prestaciones en salud*, que garantice la calidad de las mismas. El sistema de acreditación tanto de los prestadores institucionales como de los profesionales que se establece en la reforma, estará habilitado en el año 2008. En este ámbito es importante que exista un interés por mejorar la calidad tanto por parte de los prestadores como de los propios financiadores. Al igual que sucede con el desarrollo de un modelo de redes, la mejora de la calidad pasa también por un cambio de cultura, donde además de ser un tema que tener en cuenta tanto por la red de salud pública como por la privada, debe verse más como una oportunidad que como una amenaza. Actualmente existe un gran temor por parte de algunas instituciones en relación al despliegue del modelo de acreditación; pero que puede cambiar, en la medida en que se vayan alineando las visiones y sus alcances, y además se pongan los incentivos correctos hacia la excelencia y calidad.

- *Implementar sistemas de información* que ayuden a generar mapas georeferenciados y que permitan gestionar más eficientemente los procesos y la información de los pacientes en control, en su mayoría pacientes crónicos o epidemiológicos y que suponen en la actualidad el 70 % del gasto en salud de la Atención Primaria en Chile.
- *Mejorar la formación de los médicos extranjeros* que ejercen su actividad en Chile. Si bien el nivel medio de los médicos chilenos es en general bastante bueno, en la actualidad solamente el 28 % de los médicos extranjeros que se someten al Examen Médico Nacional pasan las pruebas, frente al 65 % de los médicos chilenos.

1.3.6. Recursos humanos

En Chile existe una carencia de profesionales de la salud que se identifica en la relación de médicos y enfermeras por cada 10.000 habitantes, porcentaje sensiblemente inferior a otros países como Argentina, Uruguay o España. Mientras que en Chile están registrados 11,3 médicos, 4,4 enfermeras y 4,3 odontólogos por cada 10.000 habitantes, en países como Argentina la proporción es de 32,1, 3,8 y 9,3.³⁵

En el año 2004 se registraron un total de 25.542 médicos, de los cuales el 42,3 % ejerce su actividad dentro del sector público. Del total de médicos acreditados, el 56 % son especialistas frente al resto, que ejerce su actividad como médicos generales.

Los grandes retos que se plantean desde la perspectiva de los profesionales del sistema chileno de salud son:

- Hacer frente a la *carencia importante de determinados especialistas*, entre los que se encuentran los geriatras, tanto en cuanto a su número como a su distribución. Asimismo, se pueda revisar y liberar al sistema de ciertas restricciones respecto a desarrollar una oferta amplia y no condicionada a limitación de cupos en ciertas especialidades (radiólogos, oftalmólogos, etc.)
- *Mejorar la formación de los médicos extranjeros* que ejercen su actividad en Chile. Si bien el nivel medio de los médicos chilenos es en general bastante bueno, en la actualidad solamente el 28 % de los médicos extranjeros que se someten al Examen Médico Nacional pasan las pruebas, frente al 65 % de los médicos chilenos.
- *Implantar un sistema de acreditación de las universidades*, que debe por cierto contener a sus propias escuelas de medicina.
- *Establecer soluciones que hagan frente a la escasez de gestores de salud*. En este sentido, las Fuerzas Armadas han realizado un gran esfuerzo por preparar a sus profesionales y crear modelos de gestión colegiados, pasando de un modelo donde los profesionales médicos gestionaban a incorporar gestores de fuera del entorno de la salud.

Oportunidades del sector salud en Chile en relación a las TIC:

Actualmente Chile se sitúa en una posición comparativamente ventajosa en relación a la mayoría de los países de Latinoamérica. Esto se debe a su alta y relativamente económica disponibilidad de acceso a las TIC, lo que ha permitido que tanto el sector público como el privado avancen aceleradamente hacia la informatización de sus servicios y procesos; desde los más simples hasta los de mayor complejidad.

Estas oportunidades han empezado a rendir sus frutos, tímidamente primero en el sector privado, pero actualmente se encuentra en pleno desarrollo una innumerable cartera de proyectos en los diferentes servicios de salud (públicos) a lo largo del país y que tienden a utilizar las TIC como la poderosa y eficiente herramienta

35. OPS, Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud, 2001-2005.

ta de gestión, monitorización y explotación en salud y que adecuadamente desarrollada marcará definitivamente un antes y un después en el progreso y la excelencia de los sistemas de salud en Chile.

1.4. Colombia

Colombia es uno de los cuatro países que surgió del colapso, en 1830, de lo que entonces se denominaba la Gran Colombia. Se localiza en el norte de Sudamérica, bordeando el mar Caribe, entre Panamá y Venezuela, y bordeando el norte del Océano Pacífico, entre Ecuador y Panamá. Además de colindar con Panamá, Venezuela y Ecuador, tiene límites también, en la región sur y sur oriental, con los países de Perú y Brasil.



Actualmente Colombia está dividida, administrativamente hablando, en 32 departamentos y un distrito capital (Bogotá). El idioma hablado es el español y los grupos étnicos que predominan son mestizo 58 %, blanco 20 %, mulato 14 %, negro 4 %, mezcla de negro-amerindio 3 % y amerindio 1 %.

En los últimos años la estabilidad del país ha estado amenazada por la presencia de las guerrillas y su lucha contra las fuerzas gubernamentales.

1.4.1. El ciudadano como eje central del sistema de salud

1.4.1.1. Demografía y condiciones socioeconómicas

En el año 2005, Colombia realizó un censo nacional de población en el que se contabilizaron un total de 41.468.384 habitantes, de los que el 49 % eran hombres (20.336.117) y el 51 % mujeres (21.132.267). Igualmente, según estos datos, el 28,08 % de la población habita en zonas rurales.

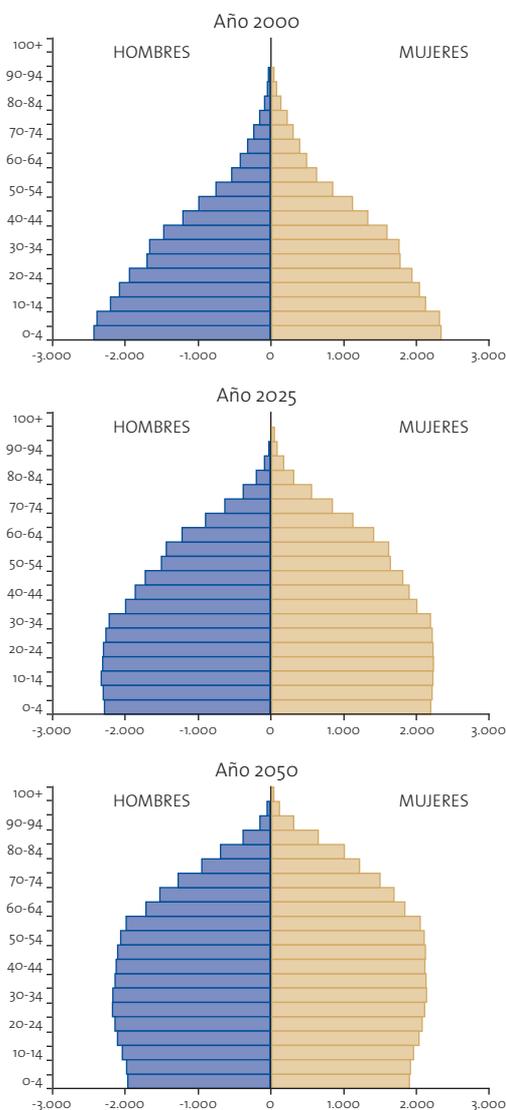
En 2006 se estimó una tasa de crecimiento de la población del 1,46 %, tasa que se sitúa por encima de la media de los países de su entorno.

En materia de demografía y socioeconomía la situación del país se caracteriza por:

- *Elevada tasa de natalidad.* La tasa estimada para el 2006 se situó en 20,48 nacimientos por cada 1.000 habitantes, una de las tasas más elevadas de su entorno. Pese a ello, Colombia se encuentra en una fase de decrecimiento, ya que en el periodo 1997-2002 la tasa de natalidad del país fue de 23,58.
- *Envejecimiento de la población.* Pese a la elevada tasa de natalidad y al igual que otros países de Latinoamérica, Colombia atraviesa un proceso de envejecimiento de la población, aunque no tan acusado como en otros países. Según los datos del Censo General de 2005,³⁶

36. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

GRÁFICO 1-34: EVOLUCIÓN DE LA PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE COLOMBIA



Fuente: Naciones Unidas

aproximadamente el 32 % de la población es menor de 15 años y poco más del 60 % de ella se encuentra entre los 15 y 64. La evolución esperada de la pirámide de población de Colombia se muestra en el gráfico 1-34.

- *Descenso de la pobreza.* La situación de inestabilidad y de enfrentamientos entre las guerrillas y las fuerzas gubernamentales ha perjudicado seriamente la situación de pobreza del país a lo largo de los años y, especialmente, en el periodo 1995-2001. Este hecho ha motivado un gran número de desplazados, que huyen del entorno rural hacia los suburbios de las ciudades. Sin embargo, en el año 2005 se ha visto una mejoría de la situación y la pobreza cayó 3,5 puntos, lo que se traduce en el índice de pobreza más bajo desde 1991. Este hecho se debe principalmente a un crecimiento del ingreso per cápita y a una mejor distribución del ingreso.

En el periodo transcurrido entre los años 1992 y 2002, el índice de Gini de Colombia no ha sufrido grandes cambios; situándose en el año 2002 en 0,575,³⁷ cercano al coeficiente medio en Latinoamérica (0,56).³⁸

1.4.1.2. Principales problemas de salud

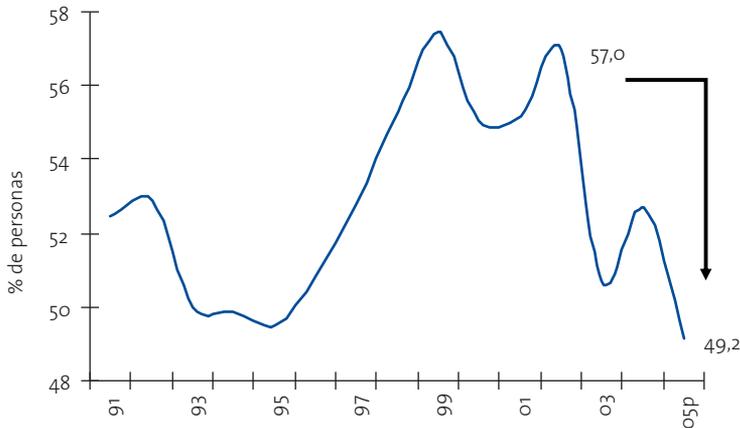
Los problemas de salud en la población colombiana han mejorado en los últimos años, pese a que aún cuenta con riesgos en salud típicos de países en vías de desarrollo y de un entorno tropical.

En este sentido cabe destacar:

37. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social y Naciones Unidas, Panorama de la gestión pública, 2004.

38. Estrategia de Cooperación País. Uruguay 2006-2011, Salud en el Uruguay y desafíos a la cooperación de OPS/OMS con el País.

GRÁFICO 1-35: EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE PERSONAS POBRES (1991-2005)

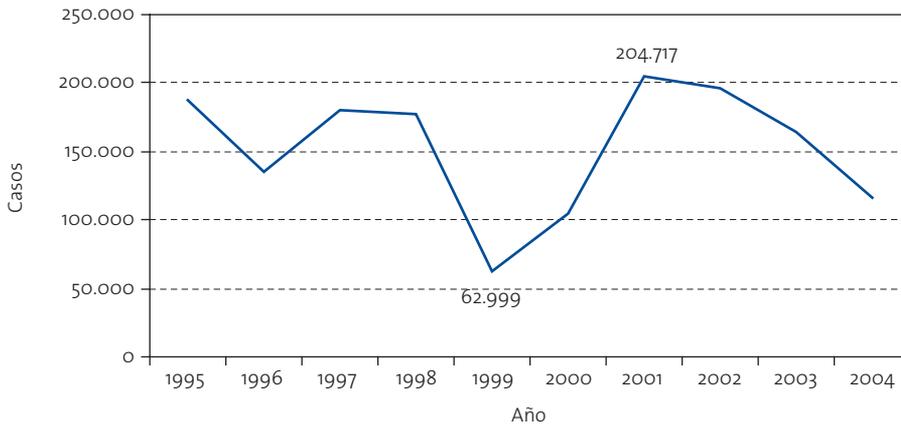


Fuente: Departamento Nacional de Planeación. Estimaciones de pobreza e indigencia en Colombia, 2005

- *Las enfermedades infecciosas o de transmisión vectorial siguen siendo una amenaza.* Dentro de ellas destaca el caso de la malaria, pues, a pesar de haberse implementado la Estrategia de Control Global de la Malaria, Colombia ocupa un lugar prominente con un número de casos estimados de 150.000 al año y picos epidémicos que se presentan cada 3 ó 4 años.

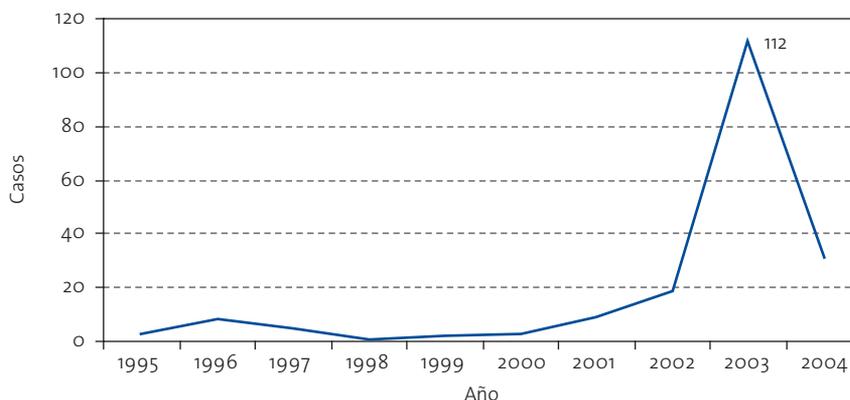
La transmisión está focalizada en aproximadamente 100 municipios, de los cuales el 50 % se ubican en la región Pacífica y región del Urabá, y que son los que aportan el 95 % de los casos registrados anualmente. La fiebre amarilla también sigue siendo una causa de preocupación en el país; entre los años 80 y 90 la incidencia de la fiebre amari-

GRÁFICO 1-36: CASOS REGISTRADOS DE MALARIA



Fuente: OPS, Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud

GRÁFICO 1-37: CASOS REGISTRADOS DE FIEBRE AMARILLA



Fuente: OPS, Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud

la selvática se situó entre 1 y 10 casos al año. Desde 2003, Colombia se encuentra inmersa en una de las peores epidemias de fiebre amarilla de los últimos 50 años.

Del mismo modo, también se ha detectado un incremento en la incidencia del dengue hemorrágico, pasando de 0,1 en 1990 a 16,2 por cada 100.000 habitantes en 2003. Cabe destacar que este aumento ha ido acompañado de cuadros clínicos de mayor severidad y de la expansión de áreas geográficas afectadas. Los datos referentes a 2005 indican un incremento significativo en la incidencia del dengue hemorrágico, situándose la tasa de incidencia por 100.000 habitantes en 18,6.³⁹ La tuberculosis continúa amenazando la salud pública en Colombia. Su incidencia ha sufrido un pequeño incremento, pasando de una tasa de incidencia de 20,1 por 100.000 habitantes en 1997 a 26,3 en 2003. En 2005 la tasa de morbilidad por tuberculosis fue de

25,2 por cada 100.000 habitantes;⁴⁰ respecto a años anteriores, la tasa de incidencia de todos los tipos de tuberculosis en 2002 y en 2003 fue de 26 casos por 100.000 habitantes, lo que supone un leve incremento en relación a los 20,1 casos por cada 100.000 habitantes registrados en 1997.

El VIH-SIDA se ha convertido también en un problema que debe ser controlado. La incidencia de SIDA para el 2002 se registró en 10,62 por cada 100.000 habitantes, con un incremento de casos notificados de 13 % con respecto a 2001.

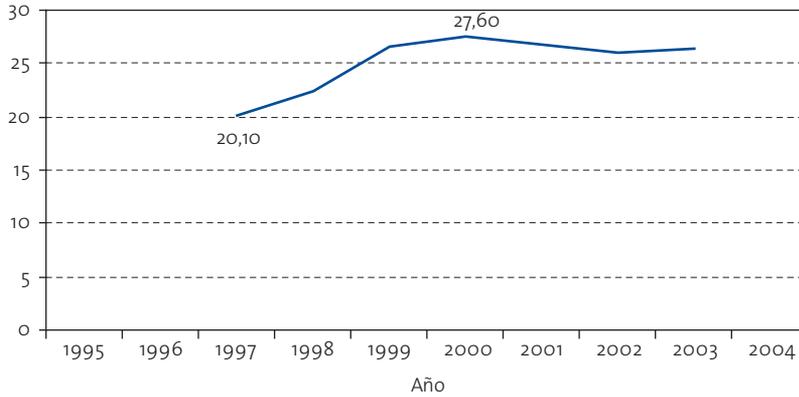
- *Cambio en el perfil de mortalidad, incrementando la importancia de enfermedades no transmisibles.* En los últimos años las principales causas de mortalidad en Colombia han sufrido cambios importantes, siendo muy similares a las de Estados Unidos y Europa. En el año 2004 las principales causas de mortalidad fueron las siguientes:⁴¹

39. OPS. Situación de Salud en Colombia 2006.

40. OPS. Situación de Salud en Colombia 2006.

41. DANE. Indicadores de Salud 2006.

GRÁFICO 1-38: INCIDENCIA DE LA TUBERCULOSIS (CASOS POR 100.000 HABITANTES)



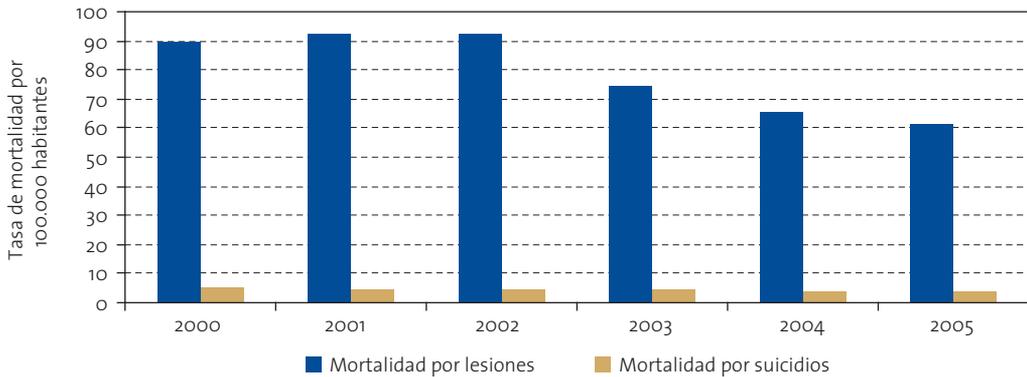
Fuente: OPS, Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud

- Enfermedad isquémica del corazón en personas mayores de 45 años y más, con una tasa de 254,1 defunciones por 100.000 habitantes.
 - Enfermedades cerebrovasculares en personas de 45 años y más, con una tasa de 137,5 defunciones por 100.000 habitantes.
 - Enfermedades del aparato circulatorio, con 119,8 defunciones por 100.000 habitantes.
 - Neoplasias malignas de los órganos digestivos y peritoneo en mayores de 45 años de edad, con una tasa de 106,4 defunciones por 100.000 habitantes.
 - *Elevada tasa de muertes violentas*, dato que cobra mayor importancia cuando se analiza por sexo y grupos de edad, siendo la primera causa de muerte en hombres entre 15 y 44 años, con una tasa de 214,8 por 100.000 habitantes.⁴² La tendencia descendente en los últimos ha sido consistente, pero continúa siendo un problema de salud pública.
 - *Descenso de la mortalidad infantil y materna*. La tasa de mortalidad infantil ha disminuido en los últimos años, aunque se continúan registrando grandes diferencias entre regiones. Por estadísticas vitales se estima que en 2005 la tasa de mortalidad en menores de un año fue de 15,54, frente al 20,41 de 2000. En el año 2000 la tasa de mortalidad materna se situó en 104,94, mientras que en el año 2005 se logró una tasa de 68,45 por cada 100.000 nacidos vivos.⁴³ La tasa de mortalidad materna muestra una tendencia decreciente, si bien continúa siendo elevada en comparación con otros países del entorno.
- Con todo ello, la tasa de mortalidad general en Colombia para el periodo 2000-2005 se estimó en 5,5, lo que la sitúa en una de las más bajas en comparación con el resto de países de Latinoamérica. En este sentido, las previsiones apuntan a que esta tasa de mortalidad se mantenga sin grandes variaciones.

42. OPS. Situación de Salud en Colombia 2003.

43. Estado Mundial de la Infancia 2007, UNICEF.

GRÁFICO 1-39: MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal

Como conclusión, cabe destacar que en las causas de enfermedad y muerte del país, más que existir un perfil de transición, podemos decir que se trata de un perfil de heterogeneidad estructural, en el que se combinan de una forma desigual las «enfermedades de la pobreza» con las «enfermedades del desarrollo». Por lo que uno de los retos que debe resolver Colombia es el de enfrentarse a las enfermedades tradicionales proporcionando respuestas a las enfermedades derivadas del actual desarrollo de la sociedad, dando una mayor relevancia a la prevención y a la educación como elementos clave en la mejora de la salud de la población colombiana.

1.4.2. Organización y estructura del sistema de salud

El gobierno nacional dirige, orienta, regula, controla y vigila el servicio público esencial de salud que constituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)⁴⁴ y mediante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

(CNSSS) tiene la potestad de regular, entre otros, los siguientes elementos:

- El monto de las cotizaciones y la proporción del subsidio a cargo de los empleadores.
- El valor del subsidio fiscal y de los subsidios cruzados.
- Los mecanismos para focalizar los subsidios.
- El valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y los mecanismos para ajustarla.
- El valor y funcionamiento de copagos y cuotas moderadoras.
- El contenido del plan de beneficios.
- La entrada de los agentes al mercado (autorizaciones, licenciamientos y acreditación para Empresa Promotora de Salud –EPS– e Instituciones Prestadoras de Servicios –IPS).
- La fijación de gastos operativos y parámetros de eficiencia de las EPS.

En lo que a operatividad se refiere, el sistema de salud colombiano está estructurado en dos regímenes, contributivo y subsidiado.

44. Ley 100 de 1993, art. 155.

- **Régimen contributivo.** Funciona bajo la modalidad de afiliación obligatoria de todo individuo a una Empresa Promotora de Salud (EPS), la cual puede ser elegida libremente. Mediante un pago (cotización que proviene de un impuesto al salario o un aporte proporcional a sus ingresos, o un subsidio público) el individuo que cotiza y su familia se hacen acreedores a un plan de beneficios: El Plan Obligatorio de Salud (POS).

Las EPS pueden ser públicas, privadas o mixtas, y tienen como funciones afiliar a las personas, recaudar las cotizaciones y organizar y administrar la prestación de los servicios comprendidos en el POS.

- **Régimen Subsidiado.** Dentro de este subsistema se encuentran las familias con menos recursos. Los integrantes deben afiliarse a una Administradora de Régimen Subsidiado (ARS), las cuales a diferencia de las EPS funcionan en un ámbito local, y son las encargadas de gestionar la prestación de los servicios. La financiación del subsistema se realiza a través de: un 1% de los ingresos solidarios del régimen contributivo, de los impuestos de armas

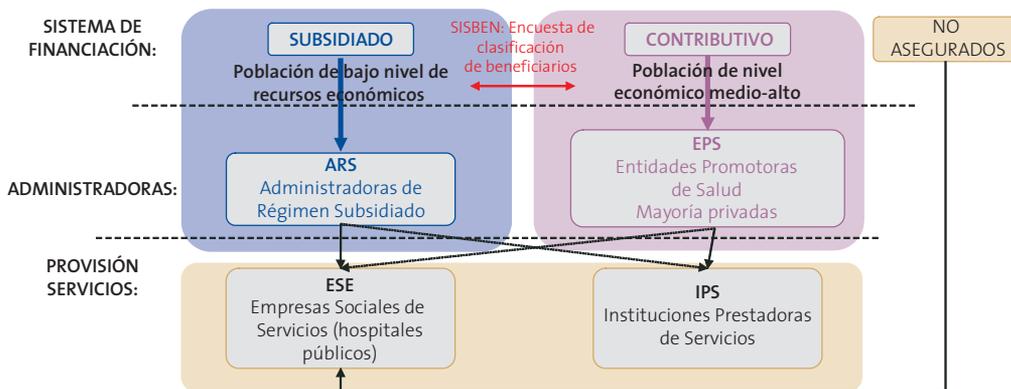
y explosivos, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), las Cajas de Compensación Familiar, recursos del situado fiscal y un 15% de inversión de los municipios.

Los afiliados a este régimen tienen acceso al Plan Obligatorio de Salud del régimen Subsidiado (POSS), que es el conjunto básico de servicios de atención en salud y que están obligadas a garantizar las ARS.

Los servicios de salud requeridos por los afiliados, tanto para el régimen subsidiado como para el contributivo, son provistos por Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Estos servicios pueden ofrecerse a través de una red propia de proveedores o mediante el sistema de contratación con personas naturales o jurídicas que cumplen los requisitos legales para la prestación de servicios en los procesos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

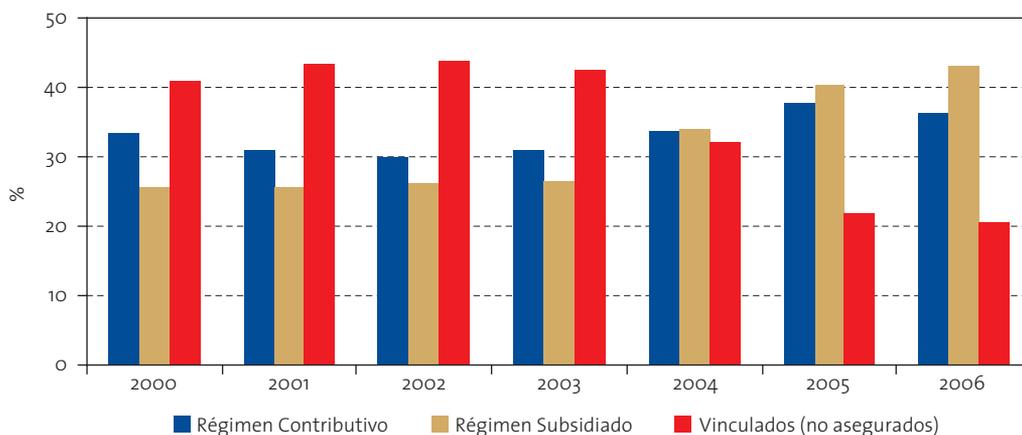
A su vez, las Empresas Sociales del Estado (ESE), denominación de los hospitales públicos, son entidades públicas descentralizadas con personalidad jurídica propia y autonomía administrativa, que ofrecen sus servicios a las

ILUSTRACIÓN 1-3: EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA



Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 1-40: AFILIACIONES



Fuente: Ministerio de la Protección Social-DANE

personas no incluidas (vinculadas) en ninguno de los dos regímenes.

Con la aprobación de Ley de la Seguridad Social en Colombia (Ley 100 de diciembre de 1993) el gobierno impulsó una reforma del sistema, marcándose la meta de universalizar el sistema en un periodo de siete años, lo que se traduce en que el Régimen Subsidiado debería tener un número de afiliados igual al 30 % de la población total del país, mientras que la afiliación al Régimen Contributivo debería ser del 70 %. Los datos presentados por el Ministerio de la Protección Social muestran que a finales de 2006, al Régimen Contributivo se encontraba afiliado el 36,28 % de la población (16.971.311 habitantes)⁴⁵ y al Régimen Subsidiado el 42,99 % (20.107.223 habitantes).

Pese a que los datos de afiliación han aumentado en los últimos años, aún existe un 20 % de la población que carece de afiliación (vinculada).

Ante este panorama, el gobierno colombiano y sus responsables en materia de salud se enfrentan a los siguientes retos:

- Continuar trabajando para incrementar la cobertura en salud hasta lograr los objetivos marcados.
- Reducir las inequidades existentes en los servicios de salud, haciendo esfuerzos para alcanzar una igualdad en la oferta de servicios de las EPS, a la vez que se mejora el acceso al sistema en aquellas zonas más rurales del país.

Con el fin de mejorar la prestación de servicios en salud y fomentar un incremento en las afiliaciones, en 2005 el Ministerio de la Protección Social lanzó la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, cuyos objetivos incluían mejorar el acceso a los servicios de salud. En este sentido, las estrategias propuestas pasaban por:

45. Proyecciones de población con base en el censo de 1993, DANE.

- El desarrollo y fortalecimiento de las redes de prestación de servicios de salud, para garantizar disponibilidad, continuidad e integridad en la atención.
- La ampliación de las coberturas de aseguramiento, reconociendo la necesidad de mantener subsidios de oferta en los lugares que por condiciones territoriales y de mercado lo requieran.

1.4.3. Políticas y gestión de los servicios de salud

El sistema de salud de Colombia, como en otros países latinoamericanos, presentaba palpables desigualdades en materia de seguridad Social, con un Sistema Nacional de Salud de corte asistencial y estatal, incapaz de dar una cobertura adecuada a toda la población. Ante esta situación nació una nueva y ambiciosa propuesta dirigida a:

- Lograr la cobertura en salud de todos los ciudadanos, tratando de llegar a los 10-12 millones de colombianos que carecían de acceso al sistema, ofreciéndoles un plan de protección integral de salud y resolviendo así los problemas de baja cobertura, ineficiencia y desarticulación de las instituciones.
- Alcanzar una prestación de servicios de calidad, incorporando una nueva modalidad de subsidio a la demanda, frente al subsidio ya existente a la oferta.

En este contexto surgió la Ley de la Seguridad Social en Colombia (Ley 100 de diciembre de 1993), la cual marca un profundo cambio en el sistema de salud del país. Mediante esta ley

se propone lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad, proporcionando cobertura integral de contingencias a toda la población. Se concibe un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyos objetivos son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.⁴⁶

La reforma propuesta por esta nueva ley está basada en el aseguramiento, la competencia de aseguradoras de salud y de instituciones prestadoras de servicios de salud, con un enorme componente de solidaridad y eficiencia distributiva para financiar y atender a los ciudadanos más pobres y vulnerables.

En los últimos años se han detectado cambios positivos a raíz de la entrada en vigor de la Ley 100 de diciembre de 1993. Es así como dentro del SGSSS de Colombia la equidad en la atención en salud para los colombianos pasa a contemplarse como un punto fundamental. Conscientes de que la escasez de recursos define los lineamientos que desde el gobierno central se den sobre la cobertura asistencial a la que tiene derecho la población residente en el país, se define un Plan de Atención Básica (PAB) y un Plan Obligatorio de Salud (POS), que contiene las actividades, procedimientos e intervenciones en salud a las que tienen derecho los colombianos.

Después de algo más de diez años desde que se iniciase la reforma del sistema de salud mediante la Ley 100 de diciembre de 1993, parece que los grandes retos existentes en el sistema aún no han sido subsanados. Concretamente, los datos apuntan a que todavía siguen existiendo grandes problemas en cobertura de aseguramiento, acceso a los servicios de salud y

46. Ley 100 de 1993.

el gasto de bolsillo en salud aún es elevado, tal y como se verá en apartados siguientes.

Es así como en enero del año 2007 se aprobó la Ley 1.122 con reformas a la Ley 100 de 1993 y que ha introducido cambios significativos en la estructura y en el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Uno de los nuevos puntos introducidos por la nueva ley es la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES). Ésta se define como una unidad administrativa especial, adscrita al Ministerio de la Protección Social, con entidad jurídica e independencia administrativa, técnica y patrimonial. La CRES está integrada por el ministro de la Protección Social (con funciones de presidencia), el ministro de Hacienda y cinco comisionados expertos. La CRES asumirá las funciones que hasta el momento ha desarrollado el CNSSS y tendrá un papel central en la definición de las principales variables del sistema de salud y, tal y como su nombre indica, en la regulación del mismo.

Entre las modificaciones introducidas cabe destacar también, entre otras, el cambio de denominación de las ARS por EPS del régimen subsidiado, el establecimiento de límites a la contratación de las EPS con sus prestadores propios, el aumento del porcentaje de cotización al régimen contributivo, la disminución de los periodos de carencia o de cotización para acceder a algunos servicios de alto costo de 100 semanas a 26.

1.4.4. Financiación del sistema de salud

La administración y financiación del sistema de salud se articula bajo los dos regímenes de afiliación indicadas anteriormente: régimen con-

tributivo y régimen subsidiado. Asimismo, existe una categoría especial creada temporalmente para personas no afiliadas, denominada «vinculados».

- *Régimen contributivo.* La recaudación de las cotizaciones es responsabilidad del SGSSS-Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), quien delega en lo pertinente esta función en las EPS. Por cada afiliado, la EPS recibe del FOSYGA una suma fija de dinero que cubre el costo promedio del POSS y se denomina Unidad de Pago por Capitación (UPC), que es establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). Adicionalmente existen aportaciones por parte de los afiliados y sus beneficiarios a través de cuotas moderadoras y de copagos.
- *Régimen subsidiado.* Se financia con aportes fiscales de la nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el FOSYGA y recursos de los afiliados según su capacidad.
- *Vinculados.* Se financia con un subsidio a la oferta en los hospitales públicos.

En la atención inicial de urgencias el costo es asumido por la EPS, por la ARS o con cargo al FOSYGA, según el caso.

En el año 2004, el gasto en salud del país fue del 7,6% del PIB, lo que situó a Colombia como el segundo país de Latinoamérica que más gasto en salud realizó, siendo sólo superado por Argentina, con un gasto en salud del 8,9% del PIB.

Analizando la financiación del sistema colombiano durante el periodo 1996-2003,⁴⁷ se aprecian los siguientes aspectos:

47. Cuentas de salud de Colombia, 1993-2003. Ministerio de Protección Social.

- *Disminución del peso relativo del gasto de las familias.* Actualmente el mayor peso relativo (28,6 %) corresponde a las familias, que lo hace mediante el pago de los aportes a la seguridad social en salud y el gasto de bolsillo.
- *Incremento del gasto público.* Representado fundamentalmente por los Presupuestos Generales de la Nación, que pese a haber sufrido un leve descenso en los últimos años, se ha incrementado notablemente, pasando del 11,9 % en 1993 al 22,6 % en 2003.

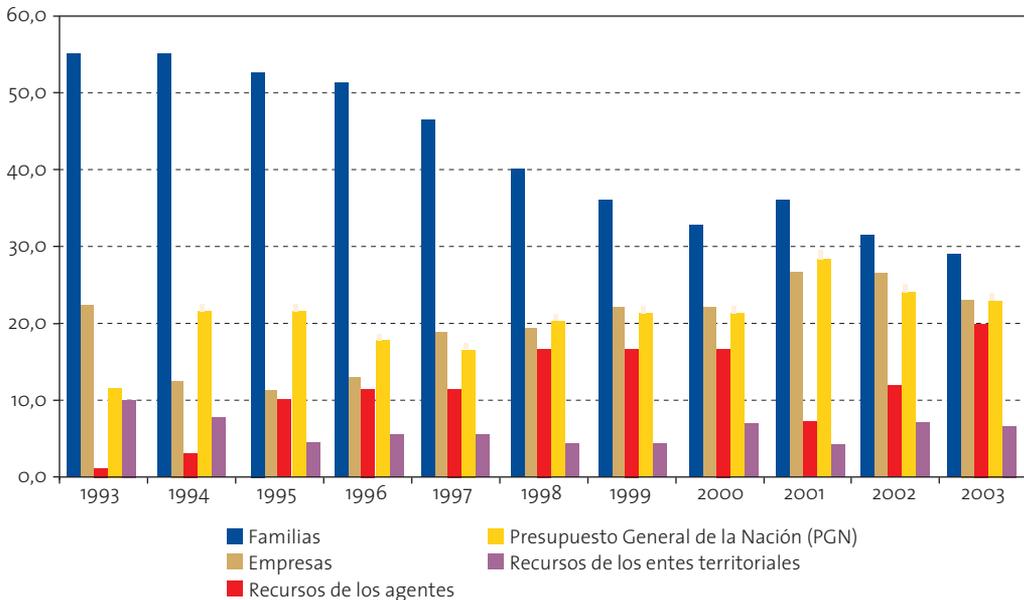
En este momento no se realiza una adecuada distribución de los recursos, existiendo casos concretos en los denominados territorios nacionales en los que no se recibe el dinero destinado a salud. Aunque existe un organismo controlador, la Superintendencia Nacional de Salud, se debe hacer un gran esfuerzo en la vi-

gilancia y control para que los recursos lleguen a toda la población, reduciéndose así el atraso existente en ciertas regiones y lugares del país. Igualmente, el gasto público en salud debe incrementarse, en detrimento del gasto de las familias, el cual continúa siendo muy elevado, especialmente para los sectores más desfavorecidos de la población.

1.4.5. La provisión de servicios de salud

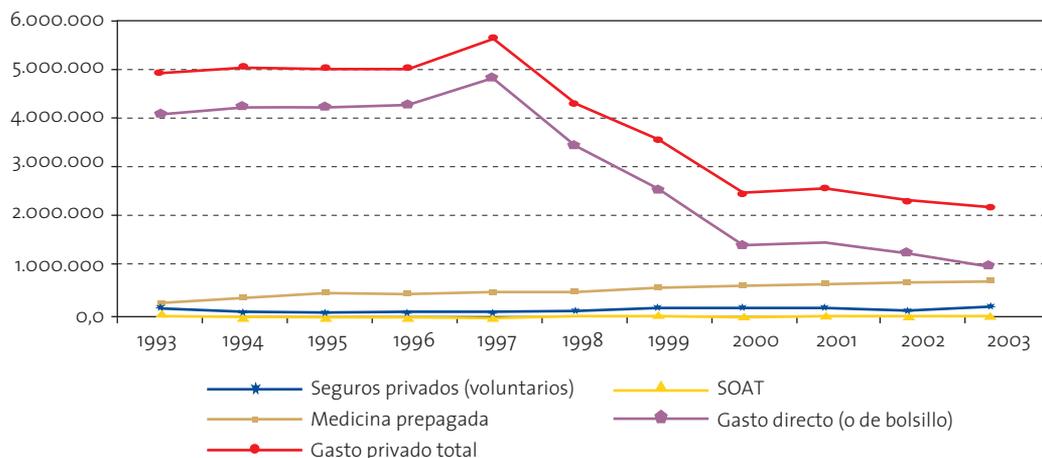
En Colombia la provisión de los servicios de salud está en manos de las IPS y de las ESE (hospitales públicos). Las IPS ofrecen sus servicios a todas aquellas personas incluidas en los regímenes contributivos y subsidiados, mientras que las ESE lo hacen a toda la población (Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado y a los vinculados o personas no aseguradas).

GRÁFICO 1-41: FINANCIACIÓN DEL GASTO TOTAL EN SALUD 1993-2003 (COMPOSICIÓN PORCENTUAL)



Fuente: Cuentas de Salud en Colombia, 1993-2003. Ministerio de la Protección Social

GRÁFICO 1-42: GASTO TOTAL PRIVADO (MILLONES DE PESOS CONSTANTES DE 2000)



Fuente: DNP-DDS/SS y MPS/PARS. Proyecto Cuentas de Salud

Algunas IPS son propias de las aseguradoras, otras son privadas con o sin ánimo de lucro, y en ocasiones también prestan servicios a través de las ESE (hospitales públicos), especialmente en aquellos municipios más pequeños y alejados, en los cuales es mucho mayor la oferta pública.

En 2004 se contabilizaron un total de 54.952 centros prestadores de servicios de salud en todo el territorio colombiano,⁴⁸ de los cuales el 25,24 % (13.849 centros) eran IPS (32,3 % públicas y 67,7 % privadas) y el resto correspondía a profesionales independientes (74,96 %).

La atención en salud está estructurada en tres niveles según el grado de complejidad, tal y como se indica a continuación:

- *Primer nivel:* dedicado fundamentalmente a actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (vacunación, cito-

logías cervicouterinas y planificación familiar, entre otras), las cuales son responsabilidad del Estado. Cuenta con consulta externa y hospitalización en medicina general. Está compuesto por cerca de 3.000 puestos y centros de salud y hospitales locales. De las IPS públicas reportadas, el 84 % se encuentran en este nivel de atención.

- *Segundo nivel:* se centra en consulta externa, cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría y especialidades quirúrgicas con requerimiento intermedio de hospitalización. Enmarcados dentro de este nivel de atención existen aproximadamente cien hospitales regionales. El 13,45 % de las IPS públicas existentes se encuentran en este nivel de prestación.
- *Tercer nivel:* en él se encuentran las consultas externas, cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría y todas

48. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, edición 2005.

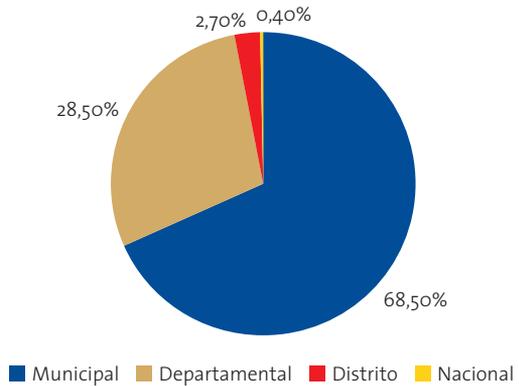
las especialidades y subespecialidades de nivel más avanzado de hospitalización. Doce hospitales universitarios y cuarenta instituciones especializadas integran esta categoría. Del total de IPS públicas existentes, sólo el 2,3 % pertenecen a este nivel.

Una de las trabas que se detectan en el sistema de provisión de servicios de salud colombiano radica en la irregular distribución de los prestadores de salud, localizándose más del 50 % de los prestadores en tres distritos: Bogotá D.C. (26,75 %), Antioquia (16,05 %) y Valle (11,83 %).

Asimismo, se detecta una significativa descentralización del sistema, en el que los municipios adquieren un importante peso (cerca del 70 % de las IPS son municipales), dando lugar a que existan grandes diferencias en la prestación (hospitales subutilizados, inexistencia de servicios esenciales, etc.) entre ellos. En este sentido, los esfuerzos deben centrarse en lograr una mejor distribución de los recursos, acompañado de la implantación de un sistema de información a nivel nacional que permita conocer la situación y disponibilidad de cada centro.

Con la finalidad de poder dotar a aquellas zonas más desfavorecidas y aisladas del país de una mejor asistencia en materia de salud se han impulsado diferentes iniciativas, como es el caso de la red de telemedicina puesta en marcha en el año 2001, en la cual se incluyeron Bogotá y municipios lejanos como son Amazonas y Guaviare. Tras más de cuatro años de funcionamiento, en 2006 también se unió a la red el municipio de Guajira, para servicios de radiología, dermatología, medicina tropical y cardiología.

GRÁFICO 1-43: DISTRIBUCIÓN DE LAS IPS SEGÚN PERTENENCIA



Fuente: Política Nacional de Prestación de Servicios. Ministerio de la Protección Social, 2005

1.4.6. Recursos humanos

Según la información publicada por el Ministerio de la Protección Social,⁴⁹ en 2004 Colombia contaba con uno de los ratios de médicos, enfermeras y odontólogos por cada 1.000 habitantes más bajos de Latinoamérica (1,3, 0,64 y 0,79 respectivamente).

Destaca especialmente la situación que atraviesan las enfermeras, correspondiendo una enfermera por cada 2-3 médicos, lo que sitúa el dato muy por debajo de otros países de su entorno. Esta circunstancia es debida fundamentalmente a una baja remuneración, escasa existencia de carrera profesional, etc.

En 2001, el gobierno colombiano, consciente de la situación en la que se encontraban los recursos humanos del sector salud, lanzó el Plan de Largo Plazo para el Desarrollo y Fortalecimiento de los Recursos Humanos en Salud, en el cual se identifican una serie de problemas y sus áreas de intervención, tal y como se muestra en

49. Boletín de Indicadores Básicos 2005 del Ministerio de la Protección Social.

TABLA 1-6: PROBLEMAS Y POLÍTICAS EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Problemas y políticas	Áreas de Intervención			
	i) Mercado laboral del sector	Sistema de Educación Superior		Sector servicios de salud
		ii) Las instituciones encargadas de la formación y capacitación del recurso humano del sector	iii) Los programas específicos de capacitación y formación formal y no formal del recurso humano que requiere el sector	iv) Las condiciones de todo orden que intervienen en un adecuado desempeño laboral
El problema de información sobre las características de los recursos	X	X	X	X
Problemas de calidad	X	X	X	X
Problemas de disponibilidad y distribución espacial	X	X	X	X
El problema de productividad	X	–	–	X
El problema de la equidad en la oferta	X	X	X	X

Fuente: Plan de Largo Plazo para el Desarrollo y Fortalecimiento de los Recursos Humanos en Salud

la tabla 1-6. Asimismo, en el plan se formularon una serie de políticas y estrategias por desarrollar (política de información, calidad, disponibilidad y distribución, equidad, etc.) destinadas a subsanar las situaciones identificadas.

1.5. Ecuador

La República del Ecuador está localizada en el occidente de Sudamérica, bordeada por el Océano Pacífico, en la zona Ecuatorial, entre Colombia y Perú. Aunque Ecuador cumplió 25 años de gobierno civil en 2004, se ha caracterizado por la inestabilidad política, con expulsiones del gobierno a medio término en las últimas tres elecciones presidenciales democráticas.

Siendo un país productor de petróleo, las fluctuaciones del precio mundial del crudo pro-

ducen un impacto sustancial en la economía doméstica del país. A finales de los años 90, Ecuador sufrió su peor crisis económica, con desastres naturales y una baja aguda en los precios del petróleo, llevando al país a una recesión de su economía en 1999. En el año 2000, el Congreso aprobó una serie de reformas estructurales en-



tre las cuales se encontraba la dolarización que logró mejorar y mantener la economía.⁵⁰

Los grupos étnicos que habitan en Ecuador son el mestizo (mezcla de amerindio y blanco) 65 %, amerindio 25 %, españoles y otros 7%, y negros 3%. La lengua oficial es el español y se hablan también lenguas amerindias como el quechua.

Ecuador, con una superficie total cercana a los 290.000 km², está dividido administrativamente en 22 provincias, todas ellas continentales, a excepción de la formada por las Islas Galápagos, también llamadas Archipiélago de Colón.

1.5.1. El ciudadano como eje central del sistema de salud

1.5.1.1. Demografía y condiciones socioeconómicas

Según estadísticas del 2006, Ecuador cuenta con 13.408.270 habitantes,⁵¹ de los que el 50,1 % son hombres y el 49,9 % mujeres. En el área rural habita el 36,6 % de la población, mientras que en áreas urbanas lo hacen el 63,4 % restante. La distribución poblacional no es homogénea y se encuentra concentrada en las provincias más desarrolladas: Guayas 26 % y Pichincha 15 %, y en especial en las ciudades de Quito 12 % y Guayaquil 17%.⁵²

La edad media de la población total es de 23,6 años (hombres 23,1 años y mujeres 24 años) y la esperanza de vida al nacer para el to-

tal de la población, según estimaciones del año 2006, se sitúa en 76,42 años (en hombres 73,55 años y en mujeres 79,43 años).

Los aspectos demográficos y socioeconómicos más reseñables de Ecuador son:

- *Elevada tasa de natalidad.* Pese al pronunciado descenso sufrido en los últimos años, Ecuador cuenta con una de las tasas de natalidad más elevadas de su entorno. En el periodo 1990-1995 se registró una tasa de natalidad de 27,5 nacimientos por cada 1.000 habitantes, mientras que las estimaciones para el 2015-2020 apuntan a una tasa de natalidad cercana a 20 nacimientos por cada 1.000 habitantes.⁵³
- *Envejecimiento de la población no tan acusado como otros países de su entorno.* En el año 2006, la estructura poblacional por edad era la siguiente: el 33 % de la población se encontraba entre los 0-14 años, el 62 % entre los 15-64 años y el 5 % tenía 65 o más años; lo que la confiere como una de las poblaciones más jóvenes en comparación con otros países de Latinoamérica y el Caribe.
- *Notable incremento de la pobreza.* La crisis política y económica vivida en el país en los últimos años ha provocado un aumento del desempleo y subempleo, afectando especialmente a los grupos más desprotegidos, lo que se ha traducido en un incremento de la pobreza en el periodo 1999-2000 del 69 %. En 2001 la población con necesidades básicas insatisfechas era el orden de 4,5 millones de

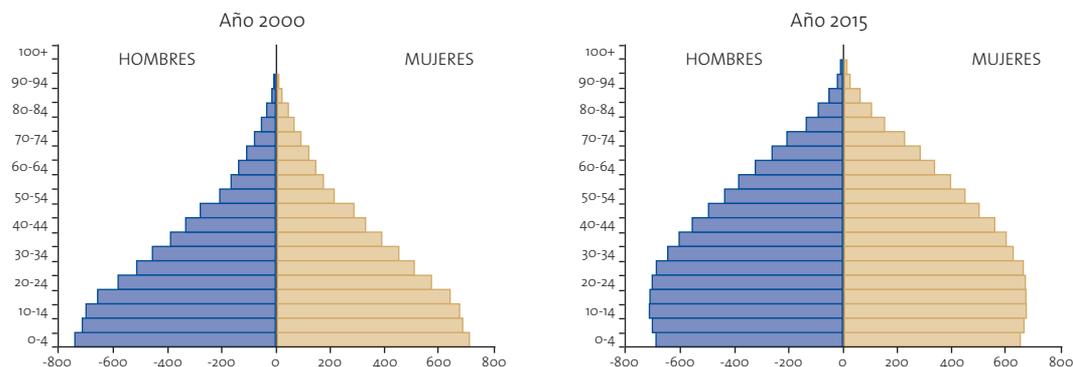
50. INCEC. Indicadores básicos de salud 2006.

51. Situación de Salud Ecuador 2006. OPS/OMS – Representación de Ecuador. Noviembre de 2006.

52. Situación de Salud Ecuador 2006. OPS/OMS – Representación de Ecuador. Noviembre de 2006.

53. OPS, Boletín Demográfico No. 69. América Latina y Caribe Estimaciones y Proyecciones de Población. 1950-2050.

GRÁFICO 1-44: EVOLUCIÓN DE LA PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN



Fuente: Naciones Unidas. Proyecciones Mundiales de Población (rev. 2004) y Proyecciones Mundiales de Urbanización (rev. 2003)

habitantes, distribuidos en el sector rural y urbano marginal de las grandes ciudades.⁵⁴ En 2003, la población por debajo de la línea de la pobreza era del 41 %.

- *Empeoramiento de la situación de desigualdad.* El índice GINI, se estimó en 1998 en 0,54,⁵⁵ mientras que para el año 2003 se estimó en 0,42,⁵⁶ lo que confirma un aumento de la desigualdad y sitúa al país por debajo de la media de Latinoamérica y el Caribe, situada en 0,56.⁵⁷
- *Inadecuadas condiciones de vida para gran parte de la población.* Ecuador tiene graves factores de riesgo para la salud, como son: el hacinamiento de las viviendas, la contaminación ambiental, la mala calidad de agua, las deficiencias nutricionales y el incremento de la violencia y la inseguridad.

1.5.1.2. Principales problemas de salud

En la actualidad en Ecuador coexisten problemas de salud relacionados con el subdesarrollo y con los nuevos hábitos de vida de la sociedad más avanzada. En este ámbito se hace necesario reseñar:

- *Persistencia de enfermedades vectoriales y contagiosas.* La malaria es uno de los objetivos primordiales en temas de salud para Ecuador. El área de riesgo de transmisión es de aproximadamente 183.000 km², lo que en el año 2004 supuso más del 60 % del territorio nacional. El 52 % de la población total del país tiene riesgo de contraer esta enfermedad. En el año 2004 se registraron 28.698 casos de malaria. En 2005, el mayor porcentaje de ca-

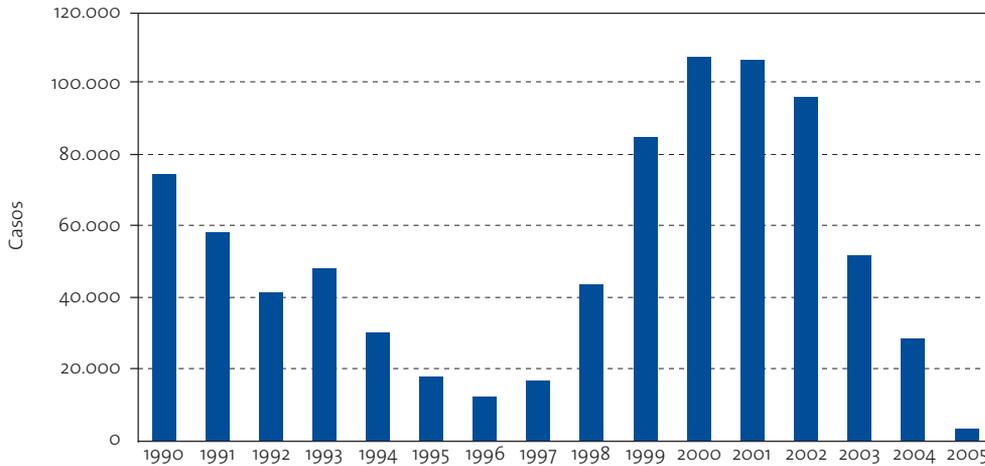
54. Situación de Salud Ecuador 2006. OPS/OMS – Representación de Ecuador. Noviembre de 2006.

55. WDI – Banco Mundial.

56. CIA. World Factbook.

57. Estrategia de Cooperación País. Uruguay 2006-2011, Salud en el Uruguay y desafíos a la cooperación de OPS/OMS con el País.

GRÁFICO 1-45: EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA MALARIA (ECUADOR 1990-2005)



Fuente: Situación de Salud en Ecuador 2006. OPS/OMS – Representación de Ecuador. Noviembre de 2006

Los casos se registró en la provincia de Esmeraldas. El grupo de edad más afectado lo constituye la población económicamente activa de 15 a 44 años, con el 65 % del total de casos.

Una de las razones por las que en el año 2005 descendió la incidencia de malaria ha sido la adopción de esquemas de tratamiento combinado de artesunato y sulfadoxina pirimetadina, con una efectividad del 100 % de los casos tratados.

El dengue sigue siendo un problema en las regiones más desfavorecidas del país, y las previsiones apuntan a un ligero incremento. En el periodo 2001-2005 se registraron dos importantes brotes de dengue, uno en 2003 con 10.723 casos clínicos y 206 casos de dengue hemorrágico; el segundo brote ocurrió en 2005, y se registraron un total de 1.110 casos de dengue clásico y 64 de dengue hemorrágico,⁵⁸ siendo las provincias más afectadas en estos brotes Guayas y Manabí. Aunque la

tendencia de ambos dengues se ha mantenido en aumento, en el año 2006 se apreció un pequeño descenso, principalmente como resultado de las políticas de prevención y control vectorial y de manejo de casos en el nivel hospitalario.

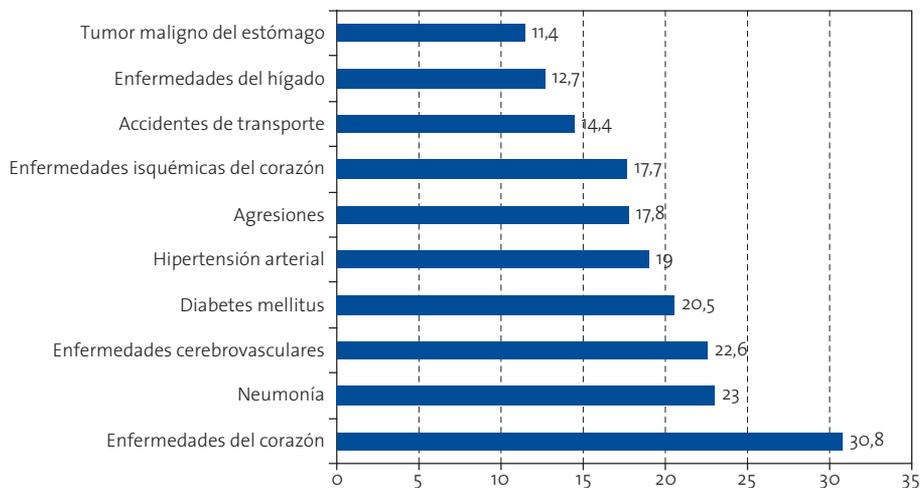
En todo caso, los datos indicados se relativizan si consideramos que justamente estas políticas han contribuido a que se registre mejor la información sobre el dengue, por lo que parece lógico que los nuevos casos aumenten respecto a años anteriores.

El registro permanente de dengue y la potenciación de la cultura de prevención plantean retos importantes para los gestores de la salud del país.

Respecto a la tuberculosis, cabe decir que continúa siendo una amenaza para la salud de la población ecuatoriana, especialmente para aquella más pobre y marginal. En el año 2005, el número total de casos nuevos de tu-

58. Situación de Salud Ecuador 2006. OPS/OMS – Representación de Ecuador. Noviembre de 2006.

GRÁFICO 1-46: DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN ECUADOR EN 2004 (TASA POR 100.000 HABITANTES)



Fuente: INEC, Estadísticas Vitales 2004

berculosis notificados, en todas sus formas, fue de 4.818. En el año 2006, el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis implementó la estrategia con el Tratamiento Acortado Directamente Observado (TAES) en las provincias de Guayas, Pichincha, Azuay, El Oro, Manabí, Tungurahua y Los Ríos, entre otras, con el fin de continuar un tendencia descendente en el número de casos.

La cobertura del TAES en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública (MSP), según datos obtenidos hasta el año 2005, alcanzó hasta el 100 % en las siguientes provincias: Azuay, Pichincha, Guayas, Tungurahua, El Oro, y el 90 % en Manabí; lo que significaba más del 70 % de la población, meta definida por el Programa de Control de la Tuberculosis, con una cobertura de 93 áreas de salud, 833 unidades operativas intervenidas y 3.236 personas capacitadas en TAES.

La incidencia del VIH/SIDA, al igual que ocu-

rre en muchos países de Latinoamérica, está aumentando y en especial en ciertas regiones con menos recursos. Del total acumulado de casos de VIH/SIDA, el 81 % (lo que supone 4.285 casos) se concentran en las provincias de la costa ecuatoriana, donde el 71 % se focalizan en Guayaquil. El 75 % del total nacional de casos en niños menores de 10 años y 83 % de las muertes por VIH/SIDA se concentran en la provincia de Guayas.

- *Mayor peso relativo de las muertes por causas no transmisibles.* Las muertes por enfermedades y problemas no transmisibles continúan aumentando, desplazando a las enfermedades infecciosas como primeras causas de defunción. Las principales causas de muerte en 2004 fueron las enfermedades del corazón (30,8 por 100.000 habitantes) seguidas por la neumonía (23 por cada 100.000 habitantes), causas que no han variado significativamente respecto al año 2003.⁵⁹

59. INEC, Estadísticas Vitales 2004.

- *Descenso de la mortalidad infantil.* Según los datos recopilados por el INEC la tasa de mortalidad infantil ha mantenido una tendencia a la disminución y en 2005 se situó en 22,1 por 1.000 nacidos vivos.⁶⁰ Entre las primeras causas de muerte en menores de un año se encuentran: trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal; neumonía, gripe y sepsis bacteriana del recién nacido. Como ya se ha dicho, aunque la tasa de mortalidad infantil mantiene una tendencia descendente, aún no ha llegado a los niveles esperados, debido principalmente a que las muertes se han concentrado en el periodo neonatal, lo cual dificulta aún más la reducción, ya que depende de las respuestas de los servicios de salud, además de otras acciones a nivel comunitario.
- *Baja tasa de mortalidad.* En los últimos años se ha registrado un descenso de la tasa de mortalidad, pasando de 5,52 muertes por 1.000 habitantes en el año 2.000 a 4,24 en 2005, lo que sitúa a la tasa de mortalidad de Ecuador como una de las más bajas de Latinoamérica.

1.5.2. Organización y estructura del sistema de salud

Tal y como ocurre en la mayoría de los países del entorno, el sistema de salud ecuatoriano está segmentado en un subsector público y otro privado.

El subsector público está conformado por las siguientes entidades:⁶¹

- El Ministerio de Salud Pública: es el ente rector del sector salud, siendo también el mayor

ejecutor de prestaciones sociales de salud. Cuenta con la más amplia red de servicios (más de la mitad de la infraestructura instalada en el país), con servicios organizados en tres niveles según el grado de complejidad resolutive de los problemas de salud en los que debe intervenir. Tiene dos niveles de descentralización: el provincial y el cantonal.

- El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el cual atiende mediante afiliación personal a los trabajadores formales (el 28 % de la población económicamente activa perteneciente tanto al sector público como a empresas privadas) y al sector rural, mediante el Seguro Social Campesino.
- El Servicio de Salud de las Fuerzas Armadas y el Servicio de Salud de la Policía. Las Fuerzas Armadas y la Policía disponen de servicios ambulatorios y de hospitalización para sus miembros y familiares y funcionan bajo la modalidad de seguro de salud.
- Se puede considerar dentro del sector público a las instituciones que, aun siendo autónomas y de carácter privado, realizan prestaciones con finalidad social: la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil; la Sociedad de la Lucha contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana.
- También se considera parte del subsector público de salud a la Subsecretaría de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda y a los municipios que regulan y ejecutan acciones en materia de salud.

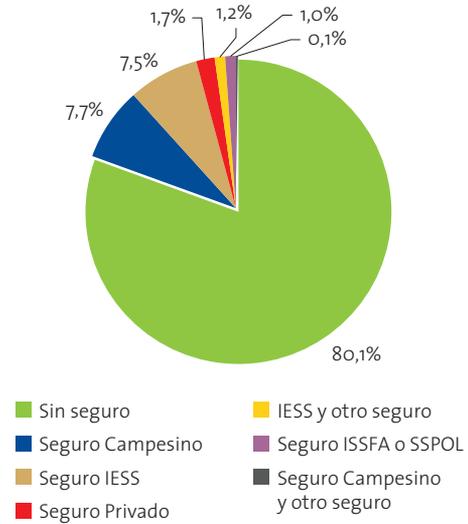
60. Situación de Salud Ecuador 2006. OPS/OMS – Representación de Ecuador. Noviembre de 2006.

61. Ecuador: Perfil Demográfico y Social, 1999 – Centro de Información y Documentación Empresarial sobre Iberoamérica (CIDEIBER).

ILUSTRACIÓN 1-4: SECTOR SALUD EN ECUADOR



GRÁFICO 1-47: AFILIACIÓN DE LA POBLACIÓN AL SEGURO DE SALUD



Fuente: ENDEMAIN 2004. Uso de Servicios de Salud

El subsector privado acoge a todos aquellos ciudadanos que, al tener un mayor poder adquisitivo, deciden adherirse a una entidad aseguradora privada.

Según los datos de 2004, en Ecuador el 80,1% de la población no tiene ningún seguro de salud.⁶² El subsector público tan sólo cubre al 17,5% de la población, siendo el Seguro Campesino el que agrupa a un mayor número de personas (7,7%). Respecto a los seguros privados, destacar que tan sólo dan cobertura a un 1,7% de la población.

El sistema de salud de Ecuador es, al igual que en la mayoría de los países andinos, un sistema segmentado en el que coexisten múltiples financiadores y proveedores que actúan independientemente. Así, coexisten un sistema de seguridad social financiado por las cotizaciones de los trabajadores del sector formal, sistemas privados para la población con capaci-

dad de pago, redes asistenciales públicas y ONGs para los más pobres.

1.5.3. Políticas y gestión de los servicios de salud

A comienzos de la década de los 90 se inició un proceso de Reforma del Sector Salud, sobre la base de la descentralización (del Sistema Nacional de Salud en Sistemas Cantorales de Salud) y transferencia de funciones. En 1994 la presidencia de la República planteó la reforma del IESS, incluyendo prestaciones de salud. Las leyes sobre las que se apoyó la reforma son:

- Ley de la Seguridad Social (2001).
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

62. ENDEMAIN 2004: Uso de servicios de salud.

- Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano.
- Programa Nacional de Nutrición y Alimentación.
- Ley de Descentralización y de Participación Social.

La implementación de estas leyes se ha visto reducida a causa de la inestabilidad política sufrida en los últimos años.

En el año 2002 se consolida la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (aprobada finalmente en noviembre del 2006), que define el Plan Integral de Salud en los siguientes términos:

- Rectoría y competencias del nivel nacional, provincial y cantonal.
- Aseguramiento.
- Provisión de servicios de salud.
- Financiación.

Igualmente, define las líneas a seguir en cuanto a promoción de la salud, prevención de la enfermedad, sistemas de información de vigilancia epidemiológica y vigilancia de la salud; acciones de recuperación de la salud y de rehabilitación; y promoción del desarrollo sectorial (talento humano, provisión de recursos materiales, tecnológicos y financieros).

La política de salud busca establecer mecanismos para lograr el acceso equitativo a los servicios y la extensión progresiva de cobertura de atención. También contempla el aseguramiento universal.

En el año 2003 se lanzó el Plan Nacional de Salud (2003-2007), en el que se definieron las siguientes prioridades:

- Extensión de cobertura y aseguramiento universal.
- Fortalecimiento del Ministerio de Salud como autoridad sanitaria.
- Descentralización.
- Fortalecimiento de la vigilancia de las condiciones para la salud.
- Fortalecimiento de la promoción de la salud.
- Disminución de la mortalidad materna e infantil.
- Prevención y control de enfermedades.
- Vigilancia de riesgos ambientales a la salud.
- Prevención y mitigación de desastres.
- Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Medicamentos e insumos básicos en salud pública.
- Seguridad alimentaria y nutricional.

En el año 2004, por medio del Decreto 2.345, se declara el Programa de Extensión de Cobertura en Salud (PROECOS), que pretende llegar a la población más pobre y residente en zonas aisladas mediante la estrategia de Atención Primaria en Salud y licenciamiento de la Red de Servicios de Salud.

En el año 2005 se diseña el Modelo de Aseguramiento Universal de Salud para Ecuador y se crea la Secretaría Nacional de Objetivos del Milenio (SODEM), quien a su vez se encarga de la implementación del aseguramiento universal de salud.

En las últimas décadas ha persistido en Ecuador un modelo de atención de salud centrado en lo curativo, hospitalario e individualista.⁶³ Por eso las políticas tienden a la gestión descentralizada de los servicios, orientándose a desarrollar modelos de atención más acordes con la realidad local, fortaleciendo la Atención

63. OPS. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Ecuador.

Primaria en Salud, con énfasis en la Promoción de la Salud y participación de los individuos, familias y comunidades. Se han buscado también políticas de Estado que permitan la organización de un Sistema Nacional de Salud que además de promover la cobertura universal logre la participación de todos los entes involucrados.

Con el fin de mejorar la situación del sistema de salud de Ecuador, el Ministerio de Salud Pública definió el Plan Estratégico del Ministerio de Salud Pública (2006), en el que se incluyeron los siguientes objetivos:

- Fortalecer la rectoría del MSP.
- Desarrollar la primera fase del aseguramiento universal en salud dirigida a la población más pobre.
- Desarrollar el Sistema Nacional de Salud.
- Controlar las enfermedades de alto impacto epidemiológico, social y económico.
- Fortalecer la red de servicios de salud del MSP, en especial en las provincias y cantones correspondientes a las parroquias donde vive la población más pobre del país.
- Desarrollar acciones intersectoriales para la protección y promoción de la salud, principalmente en temas relacionados con ambiente, escuelas, alimentación y nutrición.

El MSP es la autoridad competente en la acreditación de los establecimientos de salud. En este sentido, desde el MSP se está trabajando en establecer un programa de gerencia de calidad que se relacione con los estándares nacionales e internacionales y con todas las operaciones de los bancos de sangre, depósitos de sangre y servicios de transfusión.

En lo que a calidad técnica se refiere, en algunos hospitales del MSP se han comenzado

programas de control de calidad con sus respectivos comités, así como la realización de entrevistas sobre satisfacción.

En este sentido, en el IESS se han iniciado aplicaciones de protocolos de estandarización normativa para ciertas patologías.

En marzo de 2007, el presidente del país declaró la situación de emergencia del sistema de salud, para así poder hacer frente a la difícil situación en la que se encuentra el sector. Con ello, se desviaron unos 40 millones de dólares, destinados a pagar la deuda exterior, para mejorar las infraestructuras hospitalarias y crear 4.500 nuevas plazas de médicos y enfermeras.

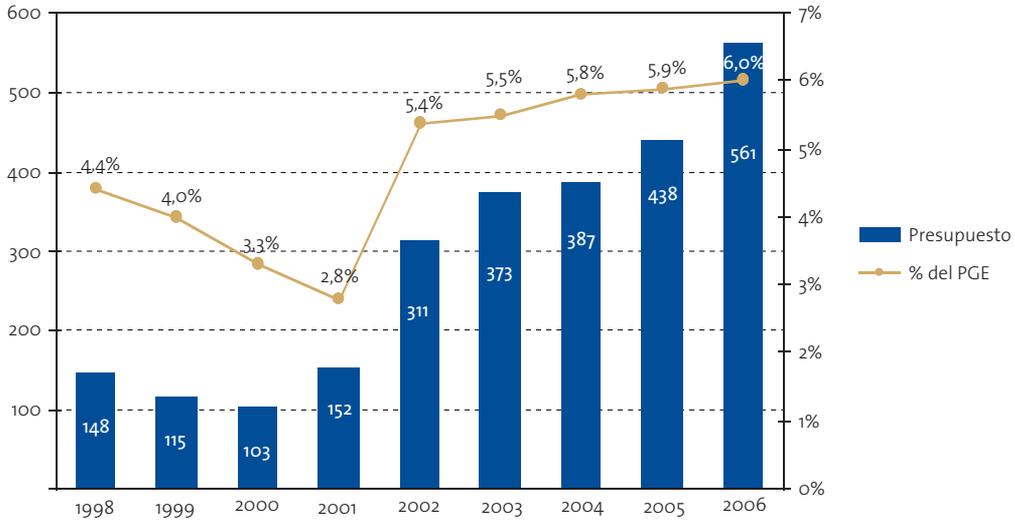
1.5.4. Financiación del sistema de salud

El análisis de la financiación del sector salud ecuatoriano debe realizarse según los dos subsectores en los que se divide, público y privado.

La financiación del subsector público se estructura de la siguiente forma:

- Ministerio de Salud Pública. Proviene principalmente de recursos fiscales de la nación (aproximadamente 8% del presupuesto general del Estado), un porcentaje proviene de las tasas de funcionamiento cobradas a establecimientos sujetos a vigilancia de la salud y a lo recaudado por el registro de profesionales de la salud, y cerca del 7% lo asumen los usuarios de los servicios.
- IESS y Seguro General Campesino. Se financia con los aportes de los empresarios y de los trabajadores. El Seguro Social Campesino es un régimen financiado en forma tripartita por un porcentaje de la nómina de los asegurados urbanos del Programa General del IESS, un porcentaje de los empresarios y un aporte del Estado.

GRÁFICO 1-48: TENDENCIA DEL PRESUPUESTO DEL MSP FRENTE AL PRESUPUESTO GENERAL DEL ESTADO (1998-2006)



Fuente: MSP, Indicadores básicos de Salud, 2006

- Servicio de Salud de las Fuerzas Armadas y el Servicio de Salud de la Policía. Se financian con aportes del Presupuesto General del Estado y la venta de servicios a personas no relacionadas con las Fuerzas Armadas ni con la Policía, así como con las contribuciones del régimen de aseguramiento.

Por su parte, el sector privado se financia mediante las aportaciones de los afiliados de los distintos seguros.

En los últimos años, Ecuador ha incrementado considerablemente su gasto en salud. Tomando como referencia el porcentaje sobre los Presupuestos Generales del Estado (PGE), en 2001 el gasto destinado a salud fue del 2,8 %, mientras que en 2006 éste ascendió al 6 % del PGE.⁶⁴ Aun con todo, el gasto en salud de Ecuador se encuen-

tra por debajo del gasto medio de los países de Latinoamérica y el Caribe (6,6 % del PIB en 2004).⁶⁵

Por su parte, el gasto privado en salud ha sido superior al gasto público, aunque la tendencia muestra que esta situación se está poco a poco invirtiendo.

Respecto a la composición del gasto privado, hay que destacar que la mayor aportación es la realizada por el gasto de bolsillo, que supone más del 80 % del total del gasto privado frente al 6 % que representa la aportación a planes de prepago y fondos mancomunados.

Por último, hay que señalar que como se ha visto antes, la tendencia en los últimos años ha ido encaminada hacia una mayor inversión de recursos en la salud y mayor cobertura de aseguramiento, con el fin de garantizar acceso a los servicios y esfuerzos en las estrategias para

64. INEC, Estadísticas Vitales 2004.

65. OPS, Perfil de Ecuador, 2005.

TABLA 1-7: GASTO NACIONAL EN SALUD (ECUADOR 2002-2005)

	2002	2003	2004	2005
Gasto total en salud (millones de US\$)	1.229	1.525	1.661	1.793
Gasto público (millones de US\$)	463	538	676	742
Gasto privado (millones de US\$)	766	986	984	1.051
Gasto público (%)	37,67	35,28	40,7	41,38
Gasto privado (%)	62,33	64,66	59,24	58,62

Fuente: Organización Mundial de la Salud

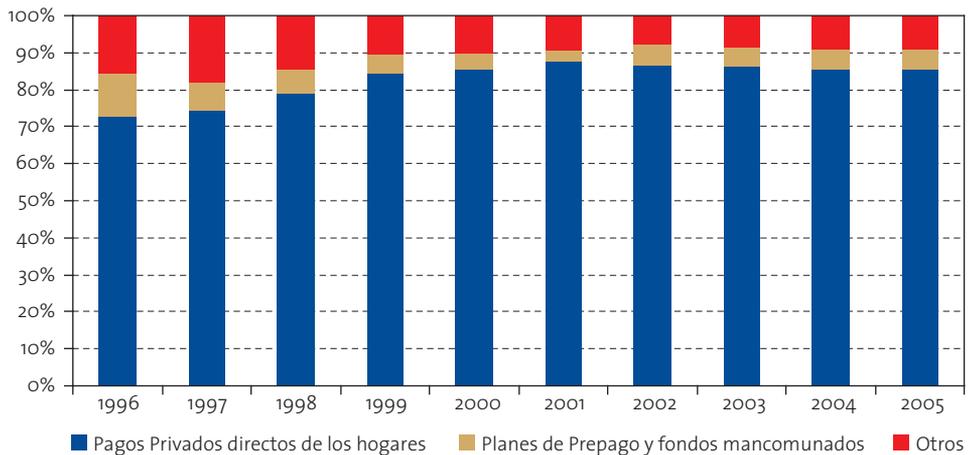
impactar los principales problemas de salud pública. Sin embargo, los recursos han sido insuficientes y los cambios constantes en las políticas de salud, derivados de los cambios políticos del país, han impedido que los procesos se llevaran a cabo con mayor agilidad y eficiencia.

1.5.5. La provisión de servicios de salud

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador ha establecido tres niveles de atención según el grado de complejidad de los centros:

- El primer nivel agrupa los centros de menor complejidad, entre los que se encuentran los puestos, subcentros y centros de salud; éstos ofrecen una atención ambulatoria de promoción, fomento, prevención y recuperación de la salud.
- En el segundo nivel se encuentran los centros de complejidad media, que incluyen servicios del primer nivel, así como hospitalizaciones de corta estancia. Los centros incluidos en el segundo nivel son:

GRÁFICO 1-49: COMPOSICIÓN DEL GASTO PRIVADO EN SALUD (1996-2005)



Fuente: Organización Mundial de la Salud

TABLA 1-8: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON O SIN INTERNACIÓN POR ENTIDAD DE PERTENENCIA (2004)

Entidad	Total	Con interacción hospitalaria	Sin interacción hospitalaria
Ministerio de Salud	1.732	126	1.606
Ministerio de Defensa	81	14	67
Ministerio de Bienestar Social	24	0	24
Ministerio de Gobierno	38	2	36
Otros ministerios	105	0	105
IESS	81	19	62
Anexos IESS	329	0	329
SSC	577	0	577
Municipios	68	8	60
SOLCA	8	8	0
Otras entidades	43	11	32
Privados con fines de lucro	490	488	4
Privados sin fines de lucro	214	26	188
TOTAL	3.790	702	3.090

Fuente: INEC. Anuario de Estadísticas Hospitalarias. 2005

- El hospital básico, ofrece atención ambulatoria y hospitalaria de medicina general, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia.
- El hospital general, que además ofrece atención especializada de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia y emergencias, y dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- El tercer nivel se corresponde a una atención más compleja en la que se encuentran los hospitales especializados y de especialidades de referencia, que atienden a la población local, regional o nacional. Estos centros también se caracterizan por realizar docencia e investigación en salud.

En 1993, más del 60% de los establecimientos hospitalarios pertenecían al sector privado, dato que en 2003 se incrementó hasta superar el 70%.⁶⁶

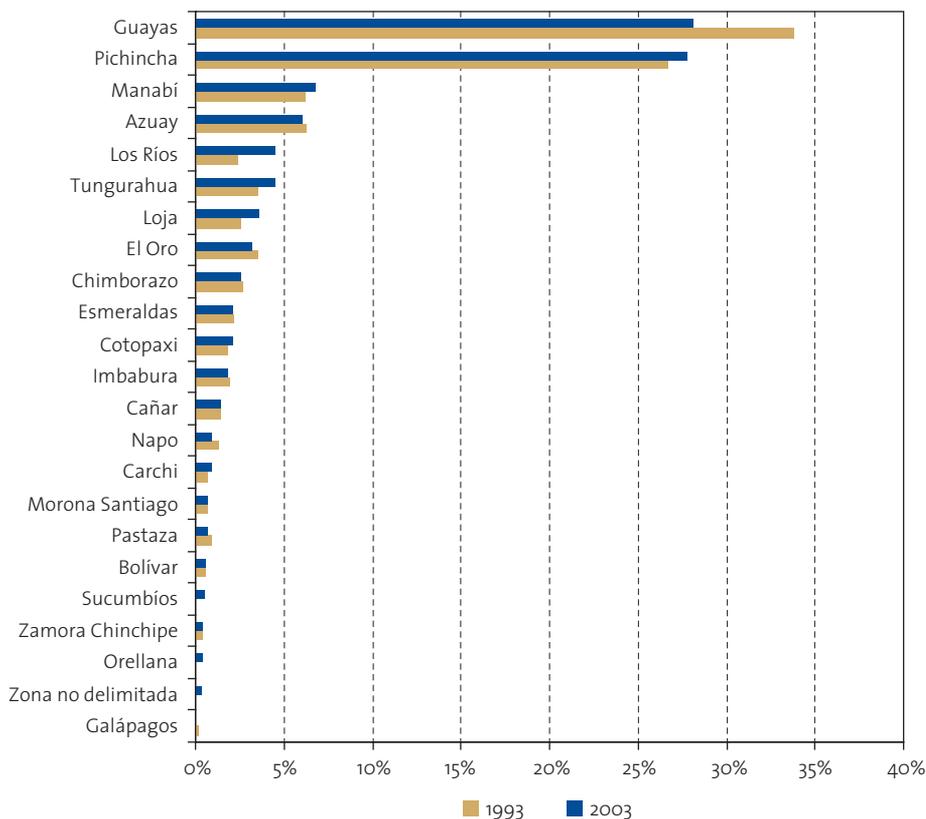
Según datos de 2004, Ecuador dispone de 3.790 establecimientos de salud,⁶⁷ de los que el 18,5% (700) cuentan con internación hospitalaria (en su mayoría clínicas particulares, 492) y el 81,15% (3.090) sin internación.

En la tabla que se incluye a continuación se indican los centros existentes en Ecuador en 2004, diferenciando entre centros con y sin internación hospitalaria, tanto públicos como privados.

66. INEC.

67. INEC, Anuario Estadístico de 2004.

GRÁFICO 1-50: DISTRIBUCIÓN DE CAMAS SEGÚN PROVINCIAS (COMPARACIÓN 1993 - 2003)



Fuente: Situación de Salud. Ecuador 2006. OPS/OMS – Representación de Ecuador. Noviembre de 2006

En el año 2005 existían en Ecuador 169 áreas de salud del MSP,⁶⁸ las cuales contaban con 14 hospitales especializados, un hospital de especialidad, 23 hospitales generales, 90 hospitales básicos, 153 centros de salud, 348 subcentros urbanos, 774 subcentros rurales, 434 puestos de salud y 24 de otros, para un total de 1.861 unidades operativas y administrativas. La dotación normal de camas del MSP fue de 8.951.

Por su parte, el IESS se encarga de la administración de 5 hospitales de nivel I, 10 hospita-

les de nivel II, 3 hospitales de nivel III, 25 centros ambulatorios, 42 unidades ambulatorias y 348 dispensarios del Seguro Social Campesino.

En lo que a camas hospitalarias respecta, en 2003 se censaron un total de 18.544 en todo Ecuador. En cuanto a su distribución, hay que destacar que ésta es irregular, concentrándose más del 50 % de las camas en dos provincias: Guayas y Pichincha.

En 2004 se produjo un incremento del número de camas, contabilizándose un total de

68. Situación de Salud. Ecuador 2006. OPS/OMS – Representación de Ecuador. Noviembre de 2006.

21.200. Este esfuerzo se ha visto especialmente reflejado en zonas como Manabí, donde se ha duplicado la dotación total de camas.

En cuanto a equipamiento y tecnología, no existe un catastro nacional actualizado, ni se planifica la reposición de equipos, ni su mantenimiento.

Los equipos de alta tecnología se encuentran en los hospitales de referencia nacional de las tres principales ciudades del país.

1.5.6. Recursos humanos

Tal y como indica la OPS,⁶⁹ en el año 2005 Ecuador presentaba las siguientes tasas de personal de salud:

- Tasa de médicos: 15,6 por 10.000 habitantes.
- Tasa de enfermeras: 5,3 por 10.000 habitantes.
- Tasa de odontólogos: 1,7 por 10.000 habitantes.
- Tasa de obstetras: 1,8 por 10.000 habitantes.
- Tasa de auxiliares de enfermería: 9,8 por 10.000 habitantes.

Existen grandes variaciones de distribución del personal según las diferentes provincias. Se estima que en el medio rural existen menos de dos médicos de planta por cada 10.000 habitantes, correspondiendo el resto de médicos a residentes que realizan su año rural.⁷⁰

Tal y como se ha indicado, uno de los mayores problemas del sistema de salud de Ecuador radica en la poca accesibilidad existente en las

TABLA 1-9: DISTRIBUCIÓN URBANO-RURAL DE PROFESIONALES DE LA SALUD (ECUADOR 2002)

Profesionales	Urbano	Rural
Médicos	92 %	8 %
Odontólogos	95 %	5 %
Enfermeras	93 %	7 %
Obstetras	85 %	15 %
Personal administrativo estadística	98 %	2 %

Fuente: Situación de Salud Ecuador 2006. OPS/OMS – Representación de Ecuador. Noviembre de 2006

zonas rurales. En la actualidad el gobierno está inmerso en un proceso de creación de una nueva especialidad, la Medicina Comunitaria Familiar, para dar cobertura a estas áreas, incentivando a los profesionales a que trabajen en zonas rurales a través de un aumento considerable del salario.

Según un estudio realizado por cuatro universidades de Quito y Cuenca en el año 2004, el 9,8 % del total de médicos y enfermeras formados en el año 2001 había salido del país y el 34,8 % tenía planes para viajar al exterior. Por este motivo, uno de los principales retos en materia de recursos humanos es establecer políticas para inhibir la fuga del personal del sector salud.

La Política Nacional de Salud, con el fin de hacer frente a la situación de los recursos humanos en el sector salud y mejorar la atención a la población, se plantea:⁷¹

- La creación y desarrollo del Observatorio de Recursos Humanos en Ecuador (2001).

69. Situación de Salud. Ecuador 2006. OPS/OMS – Representación de Ecuador. Noviembre de 2006.

70. Situación actual del sector salud en Ecuador (2005). Ministerio de Salud Pública. Consejo Nacional de Salud (2002): Marco de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador.

71. Situación de Salud. Ecuador 2006. OPS/OMS – Representación de Ecuador. Noviembre de 2006.

- La realización del estatuto interno de la Comisión Nacional de Recursos Humanos (2005) y demás reglamentación vigente.
- La realización del anteproyecto de la Ley de Carrera Sanitaria (2006) presentada al CONASA y a las autoridades nacionales en salud.

1.6. México

Los Estados Unidos Mexicanos, conocidos como México, son una república federal democrática, donde los poderes de la Federación residen en la capital del país, México Distrito Federal, también llamada Ciudad de México.

México es un país localizado en América del Norte, que limita al norte con Estados Unidos de América, al sureste con Guatemala y Belice, al este con el Golfo de México y el mar Caribe, y al oeste con el océano Pacífico. En extensión territorial ocupa la quinta posición en América.



La Federación mexicana está compuesta por 31 entidades federativas o estados y un Distrito Federal. Cada uno de los estados es libre y soberano, y posee una constitución y un congreso propio. Los estados se dividen a su vez en municipios, existiendo en la actualidad 2.438. El

Estado con mayor número de ellos es Oaxaca, con 570 municipios, frente a los cinco que tiene Baja California.

El grupo étnico dominante es el mestizo (amerindio-español) correspondiendo al 60% de la población, siguiéndole los amerindios (30%), la raza blanca con el 9% de la población y otros con el 1%. La lengua hablada es el español, que coexiste con el maya, nahuatl y otras lenguas indígenas regionales, siendo el país con la mayor población hispanohablante en el mundo.

México sufrió una fuerte crisis económica por la devaluación del peso a finales de 1994, que le sumió en una grave recesión económica. Si bien el crecimiento de la economía ha promediado en los últimos diez años un incremento anual de aproximadamente el 4,85%, siguen existiendo altos niveles de desigualdad económica y social en el país, con un gran segmento de la población que tiene un empleo precario o que trabaja en la economía sumergida, con salarios reales bajos, sin derecho a la seguridad social o acceso a servicios de salud, etc., todos ellos hechos que se agravan especialmente en los estados sureños del país.

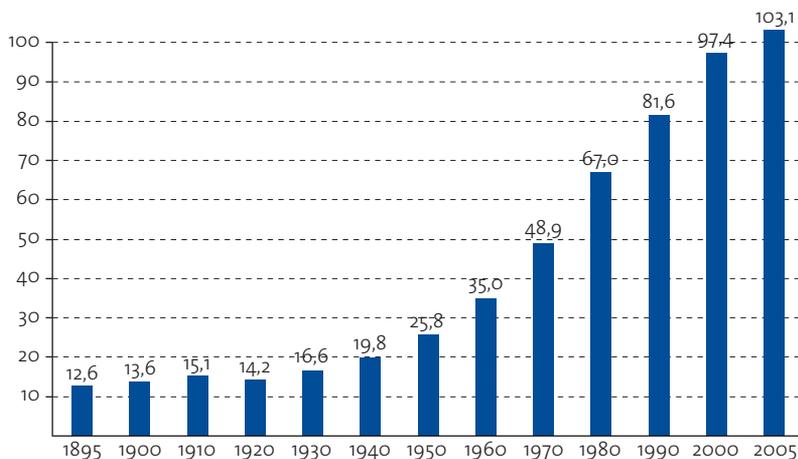
1.6.1. El ciudadano como eje central del sistema de salud

1.6.1.1. Demografía y condiciones socioeconómicas

La población mexicana, según datos de julio del año 2005,⁷² ha ascendido hasta los 107.449.525 habitantes, con una tasa de crecimiento anual del 1,16%. La edad media de la población total es de 25,3 años, siendo de 24,3 años para los hombres y 26,2 años para las mujeres.

72. CIA. *World Factbook* (actualizado a 8 de febrero de 2007).

GRÁFICO 1-51: POBLACIÓN DE MÉXICO: POBLACIÓN TOTAL



Fuente: Mier y Terán, Martha: *Evolución demográfica en México en el siglo xx*

Como ocurre en muchos otros países, México se encuentra inmerso en un proceso de envejecimiento de la población que con el paso del tiempo será más acusado y que va a ser necesario planificar adecuadamente.

Algunos datos significativos son:

- La tasa de fecundidad ha descendido significativamente de 6,8 nacidos vivos por mujer en 1960 a 2,1 en 2005.
- Durante el mismo periodo, la esperanza de vida aumentó de 57,5 a 75,4 años.
- Mientras que el número de menores de cinco años ha disminuido en números absolutos desde 1994, se espera que el crecimiento del grupo de la población de 65 años y más aumente a un ritmo de 4 % anual en la próxima década.
- Se estima que en el 2050, casi el 30 % de la

población mexicana será mayor de 65 años, casi diez puntos porcentuales más que en la actualidad.

Desde el punto de vista de la distribución de la población, en el año 2005 se estimó que el 70 % de la población mexicana residía en zonas urbanas, de las cuales casi el 30 % se concentraba en las principales áreas metropolitanas (Valle de México, Guadalajara, Monterrey, Puebla-Tlaxcala y Toluca).⁷³

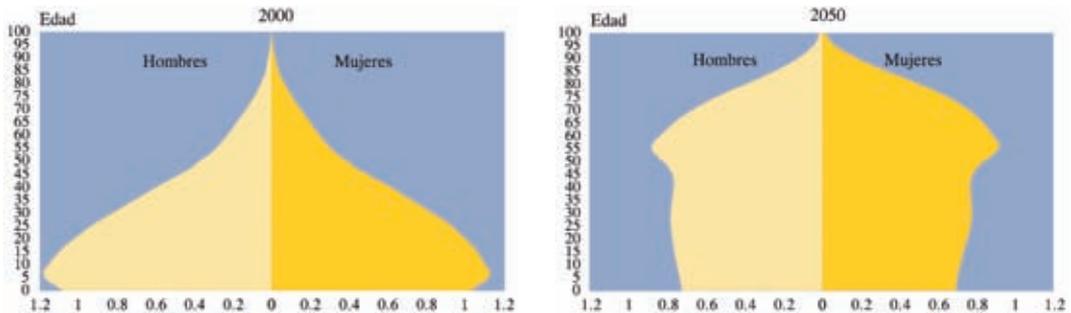
Según datos de la OPS,⁷⁴ en los últimos años se ha evidenciado un incremento de la población que vive en condiciones de pobreza, la cual se situó en el año 2000 en 40 millones y en cerca de 18 millones quienes vivían en condiciones de pobreza extrema. A esto hay que añadir que en el año 2002 el 4,4 % de la población mexicana vivía con menos de 1 US\$ al día.⁷⁵

73. Instituto Nacional de Estadística.

74. OPS, *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de México* (1.ª edición, octubre 1998. 2.ª edición, abril 2002).

75. Banco Mundial.

GRÁFICO 1-52: EVOLUCIÓN DE LA PIRÁMIDE DE POBLACIÓN



Fuente: Consejo Nacional de Población

Aun así, las desigualdades en el país están disminuyendo según revelan los datos del índice de GINI para México,⁷⁶ que en el año 1990 se calculó en un 53,5 %, mientras que para el año 2002 fue del 52 %. Pese a este descenso, siguen existiendo importantes diferencias entre las distintas regiones y estados.

1.6.1.2. Principales problemas de salud

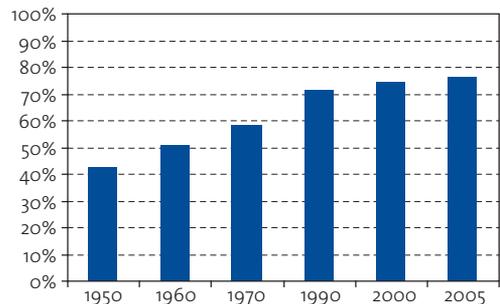
Además de la transición demográfica que está experimentando el país, que deriva en un importante incremento de la participación relativa de los adultos mayores en la pirámide de población y del proceso de urbanización, el proceso epidemiológico está también bastante avanzado. En este sentido cabría destacar:

- *El peso creciente de las enfermedades crónico-degenerativas, más complejas y relacionadas en su mayoría con cambios en los hábitos de la población, ya suponen la principal causa de muerte y discapacidad.*

76. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social.

77. Instituto de Estadística e Informática y Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud, México.

GRÁFICO 1-53: EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN URBANA EN MÉXICO

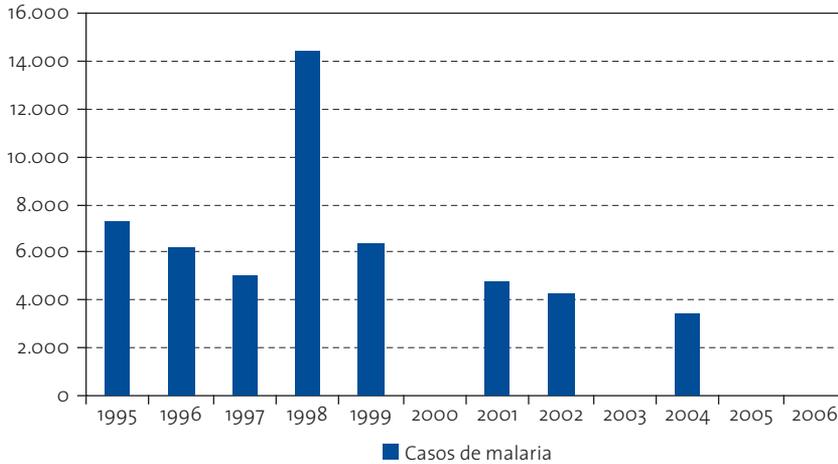


Fuente: INEGI. Estadísticas por tema

El perfil epidemiológico de México ha sufrido grandes transformaciones en los últimos años, incrementándose la presencia de conductas poco saludables (sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, malos hábitos nutricionales) que se reflejan en un aumento de patologías no transmisibles.

En el año 2003, de las 234.145 defunciones registradas en México,⁷⁷ las tres principales causa de muerte fueron:

GRÁFICO 1-54: CASOS DE MALARIA (MÉXICO 1995-2006)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

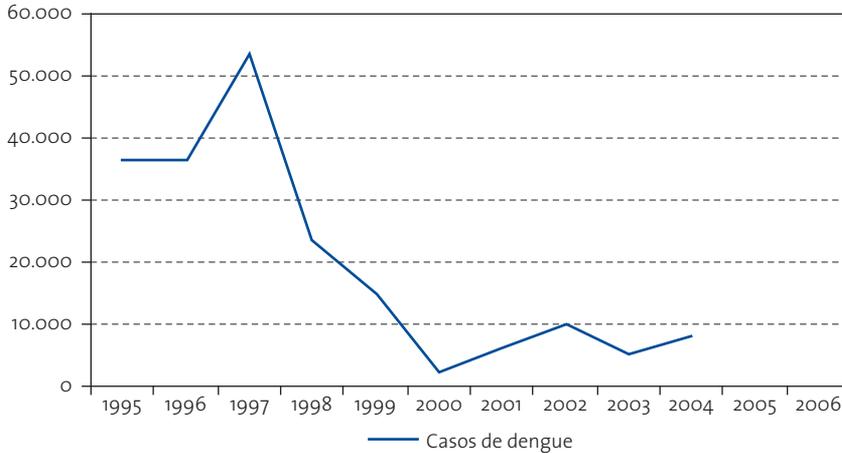
- La diabetes mellitus (25,23 %).
- Las enfermedades isquémicas del corazón (21,67 %).
- La cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (11,45 %).

En este sentido, cabe mencionar que las tasas de muerte por enfermedades de corazón han crecido en los últimos años a un ritmo del 3 % anual. Los estilos de vida y los patrones de alimentación que prevalecen entre la población mexicana están favoreciendo una epidemia de obesidad, que fácilmente se puede vincular al incremento de la mortalidad por diabetes mellitus. En esta línea, el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud está desarrollando programas de comunicación y prevención orientados a reducir el crecimiento que se está produciendo de las enfermedades no transmisibles.

- *Las enfermedades de transmisión vectorial siguen siendo una realidad* (malaria, dengue, etc.). Aunque estas enfermedades han disminuido notablemente en los últimos años y los datos indican que la situación en México es más estable que en el resto de los países latinoamericanos, sigue siendo una causa de preocupación, especialmente en aquellas zonas del país que se encuentran más desfavorecidas, aisladas y con menor cobertura en salud.
 - En 1998 se produjo en Oaxaca el mayor brote de malaria de los últimos años, con más de 14.000 casos. A día de hoy, el número de casos se encuentra por debajo de muchos de los países de Latinoamérica y el Caribe.
 - En el año 2004, se presentaron 8.202 casos de dengue clásico, frente a los más de 50.000 del año 1997.⁷⁸
 - Los casos de VIH/SIDA se han mantenido estables, al igual que su tasa de mortali-

78. Organización Panamericana de la Salud.

GRÁFICO 1-55: CASOS DE DENGUE. MÉXICO (1995-2006)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

dad, que entre los años 2.002 y 2.005 se situó entre 9,87 y 9,8 respectivamente.⁷⁹

En el año 2003, en México existía un 14 % de la población rural sin acceso sostenible a fuentes de agua mejoradas y aproximadamente un 25 % de la población total sin acceso sostenible a servicios de saneamiento. Aunque se aprecia una ligera mejoría en este sentido en los últimos años, aún queda camino por recorrer para mejorar estos factores que inciden directamente en la salud de la nación.

- *El rezago epidemiológico traza la pobreza.* Las diferencias que existen entre las regiones del país, los estados más ricos y más pobres, presentan comportamientos epidemiológicos muy desiguales. La mortalidad por enfermedades evitables como la desnutrición, las infecciones comunes y algunos padecimientos asociados a la reproducción muestran una concentración en los estados del sur de México.

Las cifras de daño a la salud se ubican en los grupos indígenas del país, donde la esperanza de vida es menor a la de la población nacional. La mortalidad infantil es más alta y el riesgo de morir de una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio es casi tres veces mayor que el de una mujer no indígena.

1.6.2. Organización y estructura del sistema de salud

La creación del actual sistema nacional de salud mexicano data de 1943, año en el que se constituye la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Unos años más tarde, en 1959, se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con el objetivo de cubrir a los empleados del sector público y a sus familias.

Este sistema de salud, se organiza con base en un modelo segmentado por grupos sociales,

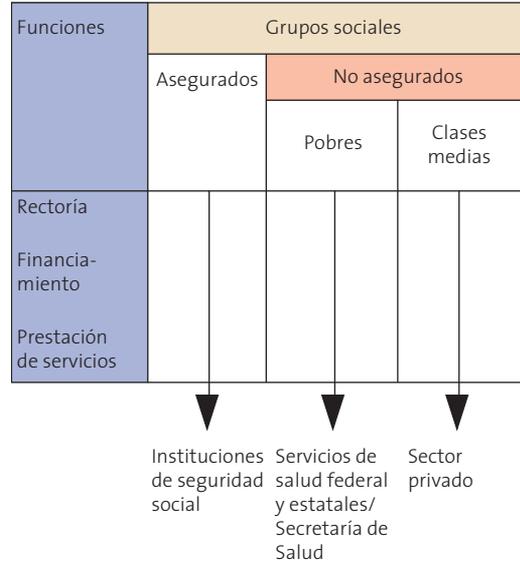
79. Proyecciones de población 2000 - 2050 del CONAPO 2002. Defunciones: SEED.

predominante en América Latina, marcado por la separación del derecho a la atención a la salud entre los «asegurados» del sector asalariado y los «no asegurados». Cada segmento de la población recibe los servicios de salud a través de instituciones integradas verticalmente, cada una de las cuales es responsable de la rectoría, la financiación y la prestación de servicios sólo para ese grupo de población.

En este sentido, el sistema de salud mexicano se divide en tres grandes grupos de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas, estando igualmente fragmentada la atención en varias instituciones:

- Las *instituciones de seguridad social* (Instituto Mexicano del Seguro Social –IMSS–, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado –ISSSTE–, Petróleos Mexicanos –PEMEX–, las Fuerzas Armadas –ISSFAM–, Marina y otros seguros para trabajadores de los gobiernos estatales), son responsables de atender a la población «asegurada». Todos los trabajadores públicos y privados de la economía formal en México deben afiliarse por ley a alguna de estas instituciones.
- Aquellos que no cuentan con un empleo formal son considerados dentro de la población «no asegurada», donde existen a su vez dos subgrupos:
 - El *sector privado*, al que acuden las clases medias y altas, ya sea a través de seguros de salud y/o pagando los servicios médicos privados de su bolsillo, que es la situación que se da en la mayoría de los casos. En muchas ocasiones, los ciudadanos que cuentan con un empleo formal en México y que pagan sus contribuciones a la seguridad social, no la utilizan y son atendidos

ILUSTRACIÓN 1-5: SISTEMA DE SALUD MEXICANO ANTES DE LA REFORMA



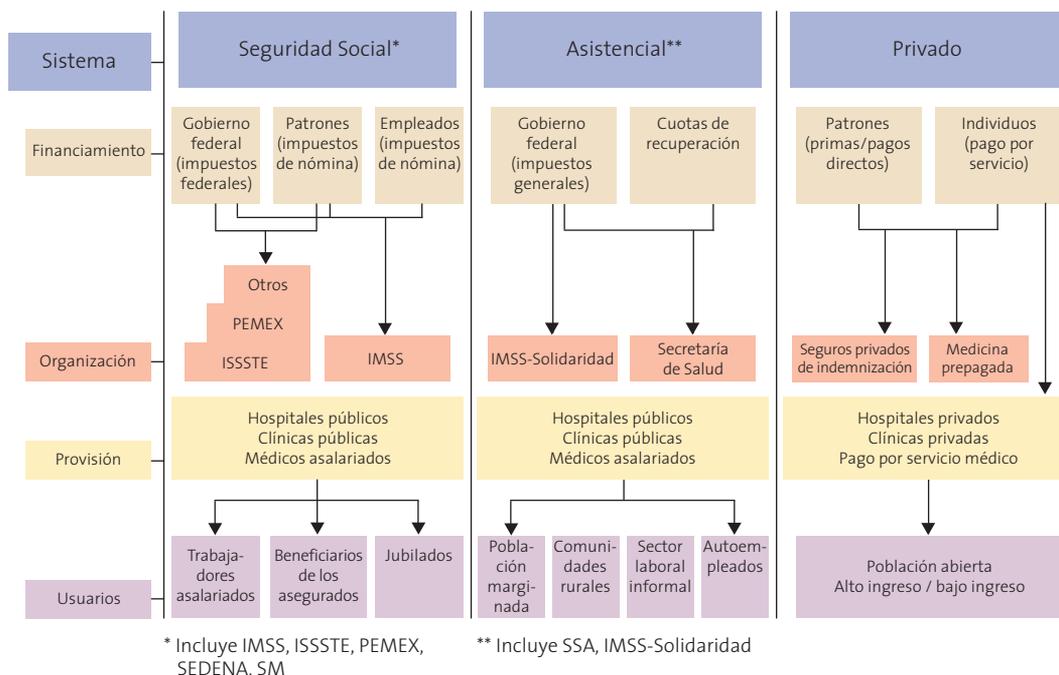
Fuente: *Salud pública de México* / vol. 49, suplemento 1 de 2007

por el sector privado. Es un entorno hasta ahora poco supervisado, ofrece una atención de calidad desigual, con precios variables y bastante fragmentados.

- La *Secretaría de Salud* (SS), que presta sus servicios a la población abierta o no asegurada y opera en las áreas más pobres, tanto urbanas como rurales. Para proteger a este grupo se crea, de acuerdo con la reforma a la Ley General de Salud de 2003, el Seguro Popular de Salud.

El Seguro Popular de Salud es un seguro voluntario de asistencia médica, destinado al segmento de la población que carece de seguro social, los cuales en términos generales son las clases más desfavorecidas y que están situados en las franjas más pobres de la población.

ILUSTRACIÓN 1-6: ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA MEXICANO DE SALUD



Fuente: Programa Nacional de Salud 2001-2006

Sus afiliados deben abonar una cuantía que en ningún caso será mayor a la capacidad de pago de la familia, la cual se define en términos del ingreso disponible. Este ingreso se calcula restando el ingreso total del hogar menos el gasto en alimentos. Las familias de los dos deciles de ingresos más bajos no realizan aportaciones financieras, pero su afiliación está condicionada a su participación en actividades de promoción de la salud.

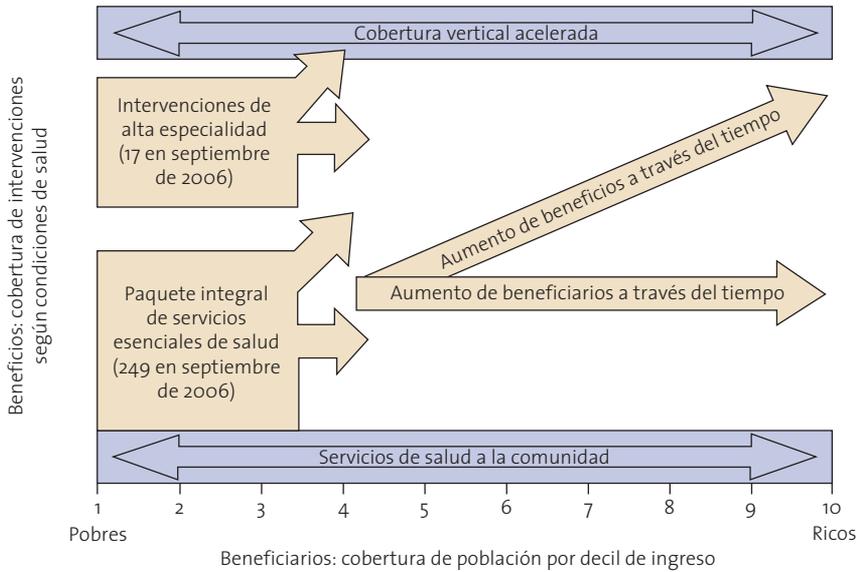
Como resultado de la afiliación al seguro, los inscritos recibirán un paquete básico de atención primaria y de segundo nivel, junto con alguna atención de tercer nivel de costo elevado.

La estrategia de cobertura del Seguro Popular está diseñada en dos dimensiones: hori-

zontal y vertical. La primera se relaciona con el número de familias afiliadas; la segunda se refiere a los beneficios que cubre.

- La cobertura horizontal se expande a partir de la aplicación de criterios para promover la equidad y la justicia, ya que la afiliación se inició entre los grupos más pobres de la población y se está extendiendo gradualmente hacia los de mayores ingresos. En el año 2005 por ejemplo, las familias con menos ingresos y que, por tanto, no pagaban el Seguro Popular suponían el 94,9 % de la población afiliada.
- La cobertura vertical se está ampliando en función de las prioridades explícitas en materia de intervenciones. En el año 2006, el paquete de servicios esenciales cubría aproxi-

ILUSTRACIÓN 1-7: ESTRATEGIA DE COBERTURA DEL SEGURO POPULAR

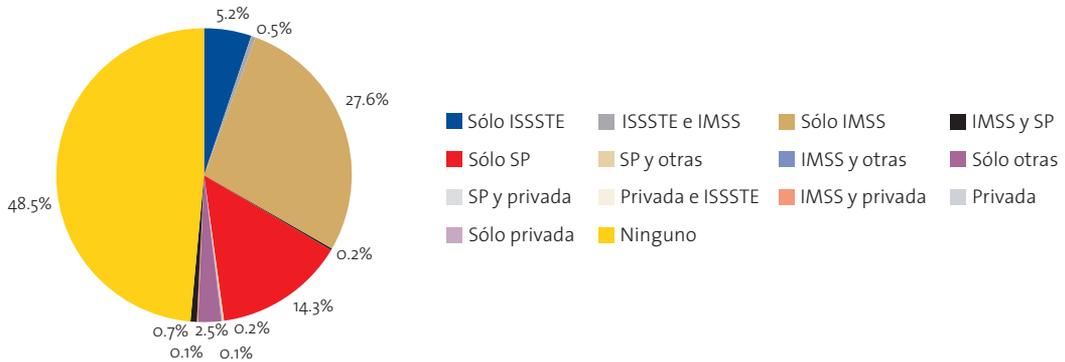


Fuente: *Salud pública de México*, vol. 49, suplemento 1 de 2007

madamente el 95% de todas las causas de hospitalización (lo que supone un total de 249 servicios esenciales) y un total de 17 intervenciones de alta especialidad eran cubiertas a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

Desde la perspectiva de la distribución de la población según las condiciones de aseguramiento, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2006 muestran los siguientes resultados:

GRÁFICO 1-56: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006

1.6.3. Políticas y gestión de los servicios de salud

México ha contado con varias limitaciones que han dificultado el avance y desarrollo de su sistema de salud, entre las que se podrían destacar:

- Las importantes desigualdades sociales que han caracterizado el proceso de desarrollo en México.
- La calidad, efectividad y grado de protección financiera de las prestaciones varía sustancialmente entre los grupos de población, siendo particularmente deficientes para los pobres. El sistema de salud no ha ofrecido protección financiera en el área de sanidad a la mitad de la población mexicana durante más de 60 años.
- El bajo nivel de gasto público frente al gasto de bolsillo.
- La insuficiencia crónica de inversión en infraestructuras de salud.

Frente a esta situación, desde el gobierno se han lanzado en los últimos años iniciativas como el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, que dejó una serie de datos muy positivos, aunque se mantuvieron las diferencias entre los estados:

- Impulsó la cobertura de la población rural, reduciendo la población sin acceso a servicios básicos de salud de 10 millones en 1995 a 0,5 millones en el 2000.
- Se disminuyó la morbilidad y mortalidad por cólera, malaria, dengue y enfermedades inmunoprevenibles.
- Se mantuvo la tendencia decreciente de mortalidad infantil, incrementándose el número

de nacimientos en hospitales y los esquemas de vacunación.

Con el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, se establece que para mejorar la salud de la población es necesario democratizar la atención a la salud, de manera que se creen las condiciones más idóneas para facilitar el acceso a los servicios de salud, se mejoren la calidad en los servicios prestados y se adecúe la financiación de los mismos, independientemente del lugar de residencia de la población y de su capacidad económica.

En este nuevo marco, el gobierno federal presenta el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006, cuyos contenidos son el resultado de una amplia consulta ciudadana realizada en 2001 y que plantea tres grandes retos para el sistema de salud: equidad, calidad y la protección financiera. Para afrontar estos desafíos se enuncian 10 estrategias de trabajo, que en conjunto se componen de 66 líneas de acción con 43 programas para llevarlas a efecto.

- *Equidad:* El objetivo primordial es abatir las desigualdades en salud existentes en el país. Para ello, desde el Plan se impulsan tres estrategias:
 - Vincular la salud con el desarrollo económico y social.
 - Reducir los rezagos que afectan a los pobres.
 - Enfrentar los problemas emergentes mediante definición explícita de prioridades.
 Para alcanzar estos objetivos específicos, se desarrollan una serie de programas de acción como son el «Programa de arranque parejo de la vida», «Programa salud y nutrición de los pueblos indígenas» y el «Programa Mujer y Salud».

ILUSTRACIÓN 1-8: RETOS Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD



- **Calidad:** El Plan se marca como objetivos específicos el mejorar las condiciones de salud y garantizar un trato adecuado. Para lograrlo se diseñó un programa de acción denominado Cruzada Nacional por la Calidad, consistente en:
 - Definir y aplicar los derechos de los usuarios y de los prestadores.
 - Establecer sistemas de reconocimiento del buen desempeño.
 - Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud.
 - Reforzar el arbitraje médico.
 - Ampliar la libertad de elección.
- **Protección financiera:** Como principio fundamental se plantea brindar protección financiera en materia de salud a toda la población mexicana. Dentro de este marco se ha diseñado un programa de acción denominado Protección Financiera, cuyos objetivos son:
 - Consolidar la protección básica de todos los mexicanos y promover un seguro de salud popular.
 - Extender la afiliación al seguro social.
 - Ordenar y regular los seguros privados.

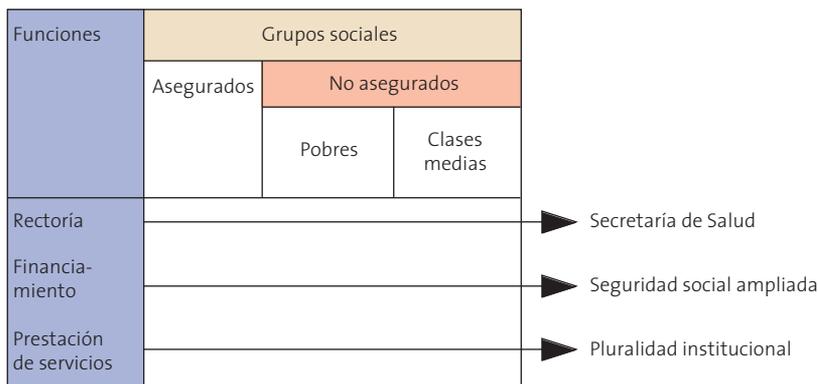
Ante la necesidad de emprender una profunda revisión del sistema de salud para hacer frente a todas las limitaciones y objetivos que se plantean, el 30 de abril de 2003 el Congreso aprueba la reforma a la Ley General de Salud.

La esencia de esta reforma es la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que introduce nuevas reglas para la financiación tanto de los servicios de salud pública como de los servicios personales de salud, siendo su componente de aseguramiento médico, el Seguro Popular de Salud.

Esta reforma sienta las bases para promover una mayor equidad en la financiación de la salud y para extender el aseguramiento público a la población sin acceso a la seguridad social, retos que se planteaban en el PNS 2001-2006.

Desde el punto de vista de la organización del sistema de salud, la reforma tiene la visión de reorganizar el modelo a través de la integración horizontal de sus tres funciones básicas: rectoría, financiación y prestación de servicios. Esta visión rompe con la situación previa que fragmentaba el sistema verticalmente por grupos poblacionales.

ILUSTRACIÓN 1-9: VISIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PARA LA REFORMA



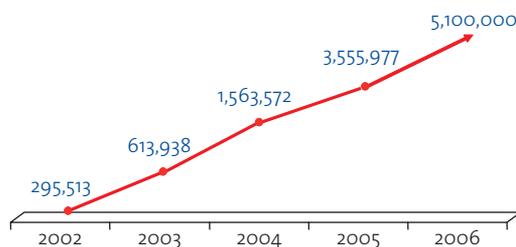
Fuente: *Salud pública de México*, vol. 49, suplemento 1 de 2007

Con este modelo, se pretende separar las funciones básicas de todo el sistema de salud (regulación/rectoría, financiación y prestación de servicios) creando un sistema que promueva la competencia y, con ello, la eficiencia y la calidad en la atención, además de fomentar la participación de los usuarios en su propia atención.

Algunos de los principales hitos que esta reforma está logrando alcanzar en México son:

- Reforzar el papel rector de la Secretaría de Salud, incluyendo la monitorización, evaluación del desempeño y regulación de todo el sistema de salud.
- Homogeneizar y universalizar el derecho de los ciudadanos a la financiación pública para la protección de la salud, pasando a ser la responsabilidad central de la seguridad social ampliada a los seguros privados. En septiembre de 2006 se habían afiliado al Seguro Popular de Salud más de cinco millones de familias, equivalente a casi 15 millones de personas,

GRÁFICO 1-57: EVOLUCIÓN DE LA AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR



lo que significa que es ya el segundo seguro de salud con más afiliados en México.

- Potenciar la capacidad de los consumidores para influir sobre la prestación de servicios de salud y fortaleciendo la oferta del sistema de salud bajo un modelo mixto de instituciones públicas y privadas.

En el ámbito de la salud pública, los esfuerzos llevados a cabo estos últimos cinco años están dando sus frutos. Por ejemplo, las coberturas de vacunación en niños de un año ya son mayores del 95%,⁸⁰ habiéndose mejorado tam-

80. Secretaría de Salud de México, informe «Salud México 2001-2005».

bién las coberturas de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en aquellas poblaciones con menos recursos económicos gracias al Seguro Popular en Salud.

1.6.4. Financiación del sistema de salud

El gasto total en salud en México, expresado como porcentaje del PIB, creció de 6,2% en 2002 a 6,5% en 2006. De hecho, entre el año 2001 y el 2006 el presupuesto de la Secretaría de Salud aumentó un 69% en términos reales, como consecuencia directa de la movilización de recursos públicos adicionales vinculados a la reforma de salud.

Actualmente la participación del gasto público en salud es menor a lo que se esperaría de acuerdo al grado de desarrollo de México, si bien está previsto que para el 2010 el sistema esté financiado en su mayoría por fondos públicos.

Asimismo, cabe destacar que del total del gasto privado más del 95% corresponde a gasto de bolsillo, mientras que sólo el resto se canaliza a través de seguros médicos privados.

Este peso desproporcionado del gasto de bolsillo trae asociadas consecuencias muy negativas para cualquier sistema de salud, como son:

- Genera ineficiencia al perderse la oportunidad de agrupar riesgos.
- Refuerza las desigualdades económicas.
- Afecta a la eficiencia distributiva de la atención preventiva, ya que los pacientes suelen posponer la atención médica hasta que su enfermedad se agrava, siendo el proceso mucho más costoso y en muchos casos de manera irremediable.

En relación al modelo de contribución para financiar la protección social universal en salud

TABLA 1-10: FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Gasto privado estimado	53,60
Gasto de bolsillo*	51,60
Prepago	2,00
Gasto de la seguridad social	31,84
IMSS	25,75
ISSSTE	4,08
PEMEX, SEDENA, SEMART y otros	2,01
Gasto asistencial público	14,56
SSA (Ramo 12, incluye IMSS-Oportunidades)	4,66
Aportaciones para entidades federales y municipios (Ramo 33)	7,58
Aportaciones estatales	2,32

* Como prepago se considera el 2% del gasto total en salud (destinado en seguros privados), estimación del PNS 2001-2006, SSA

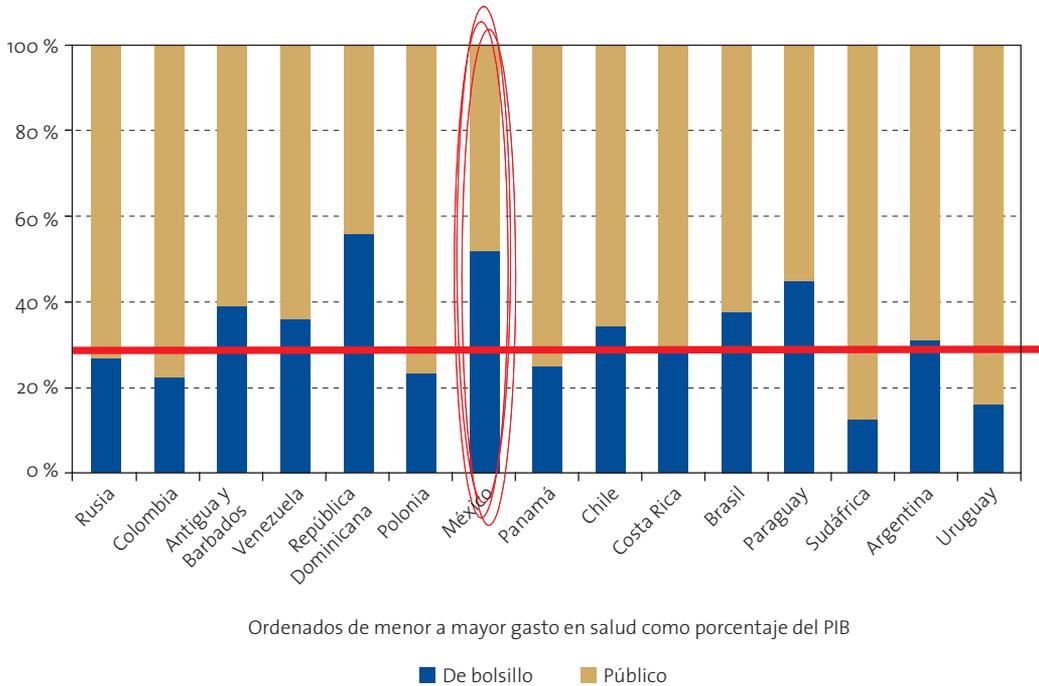
Fuente: *Informe sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002-2003*, IMSS

en México (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, etc.), ésta se basa en un modelo tripartito de derechos y responsabilidades que garantizan la solidaridad y corresponsabilidad entre los diferentes órdenes de gobierno y las familias. La estructura financiera incluye aportaciones de tres fuentes (el gobierno federal, el contribuyente corresponsable y el beneficiario), cuyo origen es distinto en cada tipo de seguro.

Ante esta situación, los grandes desafíos a los que se enfrenta la reforma de salud en México son:

- Incrementar el gasto público en salud que permita continuar remplazando el gasto de bolsillo. El incremento dedicado a salud proveniente de recursos públicos va a ser el único camino para poder responder de forma

GRÁFICO 1-58: GASTO DE BOLSILLO Y GASTO PÚBLICO EN SALUD PARA PAÍSES CON PIB PER CÁPITA SIMILAR (2002)



Fuente: *Financiamiento al Sistema Nacional de Salud de México, 2006*

TABLA 1-11: CONTRIBUCIÓN A LA PROTECCIÓN SOCIAL UNIVERSAL EN MÉXICO

Esquema de aseguramiento público	Contribuciones		
	Beneficiario	Contribuyente responsable	Gobierno federal
IMSS (empleados asalariados del sector privado)	Empleado	Empleador privado	Contribución social
ISSSTE (empleados asalariados del sector público)	Empleado	Empleador público	Contribución social*
Seguro Popular (empleados no asalariados, trabajadores independientes, y familias fuera de la fuerza de trabajo)	Familia	Contribución solidaria: Gobierno estatal/gobierno federal	Contribución social

* En el caso del ISSSTE, la contribución social todavía no se establece, ya que los cambios legislativos que se requieren están en desarrollo

Fuente: *Salud pública de México, vol. 49, suplemento 1 de 2007*

efectiva a las demandas de la población, alcanzar la cobertura universal del aseguramiento en salud y expandir el número de intervenciones a las que tienen derecho las familias afiliadas.

- Mejorar la distribución de los recursos públicos y garantizar un compromiso presupuestal sostenido por parte de las autoridades locales, con el objetivo de reducir las disparidades en los indicadores de salud entre las diferentes regiones del país. Por ejemplo, los indicadores actuales muestran diferencias de 8 a 1 entre el Estado con mayor gasto federal per cápita frente al de menor gasto.
- Alcanzar el equilibrio correcto entre las inversiones adicionales en promoción de la salud y prevención de enfermedades, por un lado, y en servicios personales de salud, por el otro.
- Promover una estructura general de financiamiento del sistema mexicano de salud más equitativa que haga frente a la fragmentación institucional. Es necesario promover la integración de las fuentes públicas de financiación con el fin de garantizar una mancomunación adecuada de los riesgos en el ámbito nacional, especialmente para la atención altamente especializada de tercer nivel.

1.6.5. La provisión de servicios de salud

El modelo de provisión de servicios de salud en México cuenta con tres niveles de atención claramente definidos:

- El primer nivel de atención médica el cual se desarrolla en los centros de salud urbanos y rurales. Los 18.295 centros de salud que

actualmente hay en México sirven como «puerta de entrada» al sistema de salud y su función principal es ofrecer atenciones de morbilidad y de control. Los centros de salud ofrecen servicios de consulta externa general, de urgencias, cuidados del embarazo y planificación familiar. Además, los urbanos ofrecen servicios más complejos como laboratorios (análisis de sangre), rayos X y servicio dental.

- En el segundo nivel se ofrecen servicios de hospitalización, cirugías, consulta de especialidades y subespecialidades, servicios auxiliares de diagnóstico y consultas de urgencias.
- En el tercer nivel asistencial se ofrece una atención especializada, centrada en los hospitales de referencia.

México cuenta con 1.120 hospitales para el segundo y tercer nivel de atención, de los cuales el 83 % ejerce funciones generales, identificadas con el segundo nivel asistencial y el 17 % restante presta servicios especializados a la población. Del total de centros, el 87 % pertenece al sector público y solamente el 13 % a instituciones privadas.⁸¹

El número total de camas hospitalarias en México en el año 2005 era de 112.574,⁸² lo que supone una media de una cama por cada 1.000 habitantes, una media bastante baja en comparación con otros países.

La asistencia primaria y de segundo nivel es proporcionada por cada uno de los gobiernos estatales, mientras que la asistencia de tercer nivel se organiza a nivel nacional a efectos de agrupar mejor el riesgo y de aumentar, por tanto, la eficiencia (de este modo cada Estado no

81. Sistema Nacional de Información en Salud, Unidades de atención por institución, 2005.

82. Ministerio de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud, 2005.

tiene que mantener la gama completa de instalaciones para la atención de tercer nivel). Esta atención de tercer nivel se financia mediante el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), al que se le asigna el 8% de las contribuciones que los gobiernos federales y estatal hacen al Seguro Popular de Salud.

En este contexto, como ya se ha comentado anteriormente, uno de los objetivos prioritarios en la agenda de salud mexicana es la ampliación y mejora de la cobertura, realizando un esfuerzo encaminado a ampliar la red de centros y proveer a sus centros asistenciales con las últimas tecnologías en salud. Para ello se han diseñado varias iniciativas, entre las que destacan:

- El *Plan Maestro de Infraestructura en Salud*, diseñado para proporcionar un marco de largo plazo para ampliar la disponibilidad y capacidad de las unidades que ofrecen los servicios de salud. Este Plan se ha marcado como objetivo la realización de 40 nuevas

obras y más de 100 fortalecimientos de hospitales, centros de salud y unidades de apoyo en aquellos municipios identificados con un menor índice de desarrollo humano, entre los que se encuentran entidades como Chiapas, Guerrero, Jalisco, Oaxaca, Veracruz, etc. Con el objetivo de alcanzar las metas marcadas, el gobierno ha apostado por impulsar un modelo de concesión, basado en proyectos de inversión de participación pública-privada denominados Proyectos para Prestación de Servicios (PPS).

Bajo este modelo de financiación se van a construir y explotar hospitales regionales de alta especialidad, en dos fases:

- Primera fase: Hospital regional de alta especialidad del Bajío y unidad de apoyo.
- Segunda fase: Hospitales regionales de alta especialidad en las ciudades de Acapulco, Guerrero, Culiacán, Sinaloa, Chihuahua, Ixtapaluca, Estado de México, Querétaro, Ciudad Victoria, Tamaulipas, Torreón y Coahuila.

TABLA 1-12: ACCIONES DEL PLAN DE FORTALECIMIENTO DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD EN LOS MUNICIPIOS DE MENOR IDH (2006)

Entidad federativa	Obra			Equipo	Total
	Nueva	Sustitución	Fortalecimiento		
Chiapas	18	0	0	26	44
Chihuahua	4	0	15	9	28
Durango	0	3	5	7	15
Guerrero	0	1	45	58	104
Jalisco	2	0	20	4	26
Nayarit	1	2	4	17	24
Oaxaca	8	0	1	29	38
Puebla	5	0	0	9	14
Veracruz	2	0	13	28	43
Número Acciones	40	6	103	187	336

Fuente: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES)

Hasta el año 2006 se han construido 1.792 nuevas unidades de salud, que incluyen cuatro hospitales regionales de alta especialidad en la región sur, la menos desarrollada del país.

- El *Plan de Inversión en Equipamiento Médico*, diseñado e implementado por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), tiene el objetivo de reforzar los procedimientos de mantenimiento del equipo médico y racionalizar la adquisición de nuevas tecnologías a través de la valoración de necesidades basadas en evidencias.

Por último, cabe reseñar que aunque México está realizando notables esfuerzos en mejorar la calidad de sus servicios de salud, aún debe continuar trabajando en este sentido, agilizando

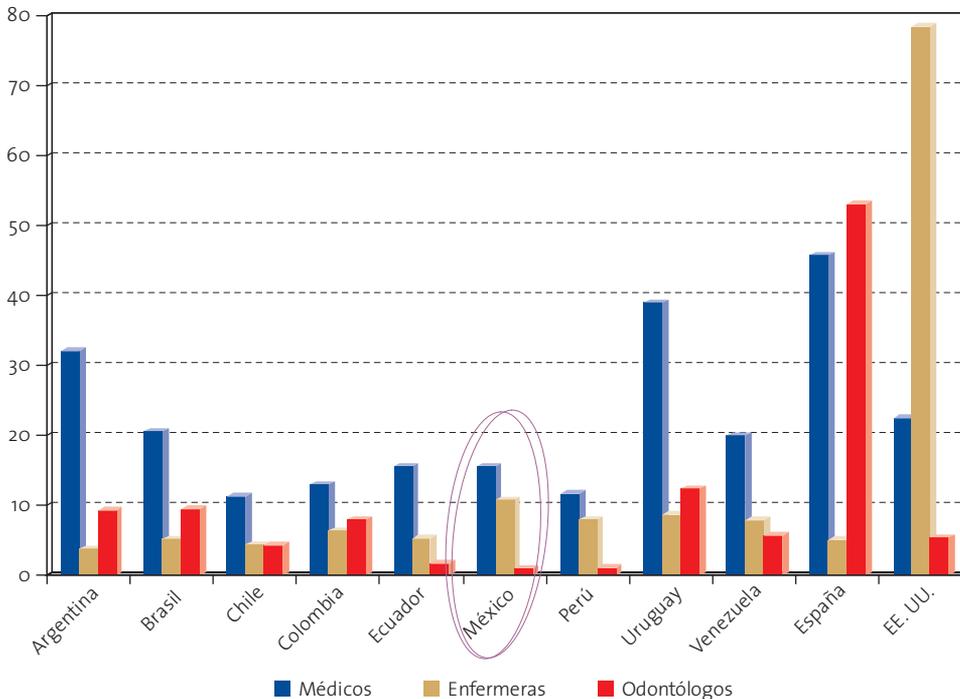
el acceso a nuevas tecnologías, ofreciendo servicios médicos con la misma calidad y disponibilidad en todo el país, prestando especial atención a las zonas más desfavorecidas y aisladas.

1.6.6. Recursos humanos

La tasa de médicos, enfermeras y odontólogos se encuentra por debajo de la de países de su entorno, con 15,6, 10,8 y 1 respectivamente.

Actualmente ejercen como profesionales un total de 157.385 médicos en México, de los cuales un 73 % presta sus servicios en el sector público y el 27 % restante en instituciones privadas. Hay que destacar que el 46 % de los médicos que ejercen lo hacen para las personas desfavorecidas o población no derechohabiente.

GRÁFICO 1-59: TASA DE MÉDICOS, ENFERMERAS Y ODONTÓLOGOS

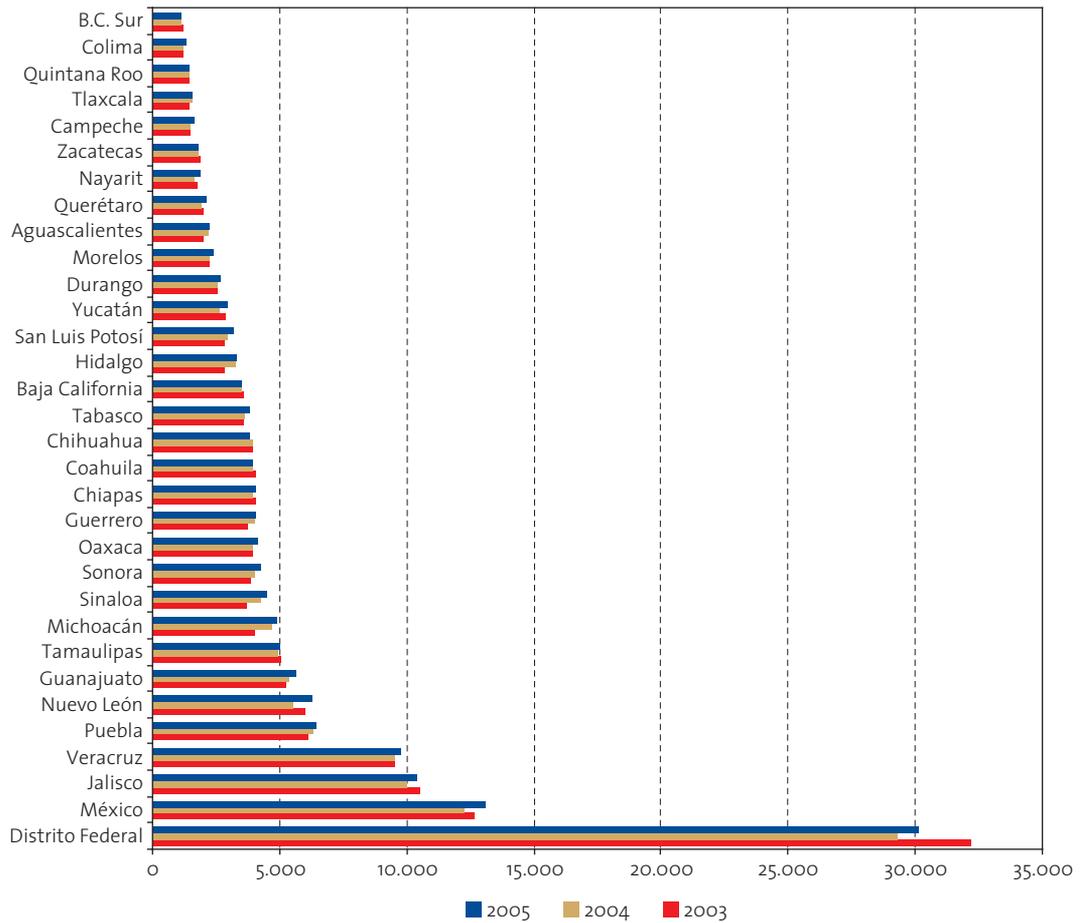


Uno de los principales problemas, desde el punto de vista de los recursos humanos de este sector, es que tienden a concentrarse en el Distrito Federal, produciéndose desequilibrios en la distribución de profesionales en el territorio mexicano y especialmente en los estados y poblaciones más pobres. Esto provoca una carencia importante de médicos especialistas y de profesionales preparados en determinadas zonas de México y que en las grandes ciudades

exista un exceso de personal médico que se traduce en desempleo y subempleo.

Como respuesta a estas necesidades, el gobierno ha diseñado el Plan Maestro de Inversión en Recursos Humanos, con el objetivo de desarrollar las capacidades médicas y de enfermería necesarias para satisfacer las cambiantes demandas asociadas con la transición epidemiológica y para atacar el problema de la distribución de los recursos humanos.

GRÁFICO 1-60: DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS (TOTAL) POR ENTIDAD FEDERATIVA



Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud

1.7. Perú

Perú es un país andino situado en la parte central y occidental de América del Sur. Limita al norte con Ecuador y con Colombia, al sur con Chile, al este con Brasil y Bolivia.

Tiene una superficie de 1.285.215 km² y está dividido políticamente en 25 regiones, 194 provincias y 1.828 distritos.

La población de Perú se distribuye en sus tres regiones naturales: la costa, la sierra y la selva. En el año 2002, la densidad demográfica era de 20,8 habitantes por kilómetro cuadrado.⁸³

Perú ha tenido grandes dificultades políticas y económicas antes y después del cambio de gobierno del año 2000, las cuales han repercutido inmensamente en el sector salud en general, en las políticas y en la Reforma de la Seguridad Social en Salud. A éstas se han sumado los problemas climáticos como el fenómeno del Niño.⁸⁴

1.7.1. El ciudadano como eje central del sistema de salud

1.7.1.1. Demografía y condiciones socioeconómicas

La población total de Perú para el año 2006 se estimó en 28.348.700, con una distribución muy desigual, localizándose la mayoría en zonas urbanas (74,2 %).⁸⁵

La tasa de crecimiento poblacional para el quinquenio 2000-2005 se calculó en 1,6 %, que



representa un incremento aproximado de 400.000 habitantes al año. Para el 2006 se estimó una tasa de crecimiento de 1,32 %, estabilizándose hasta el año 2010.⁸⁶

En el contexto demográfico y socioeconómico se debe reseñar:

- *Desaceleración de la tasa de natalidad.* Perú viene experimentando una reducción constante en la tasa bruta de natalidad que se aprecia desde el quinquenio 1980-1985, estimada en 33,4 nacimientos por cada mil habitantes, hasta alcanzar los 22,6 nacimientos por cada mil habitantes en el quinquenio 2000-2005. A pesar del descenso en los nacimientos que está experimentando, su tasa de natalidad es bastante más elevada que la de la mayoría de los países más desarrollados de Latinoamérica.⁸⁷

Uno de los factores con incidencia directa en la reducción de la tasa de natalidad es la disminución de la tasa global de fecundidad que se ha experimentado en el país y que, según

83. OEI – MINSA. Ministerio de Salud del Perú, 2005 y Naciones Unidas, División de Población, 2006.

84. *The World Factbook*; OMS, informe 2005; Control Ciudadano, Indicad. Soc. por países, 2007.

85. Estimaciones de población INEI, *Boletín Especial Demográfico*, n.º 16.

86. OEI – MINSA. Ministerio de Salud del Perú, 2005.

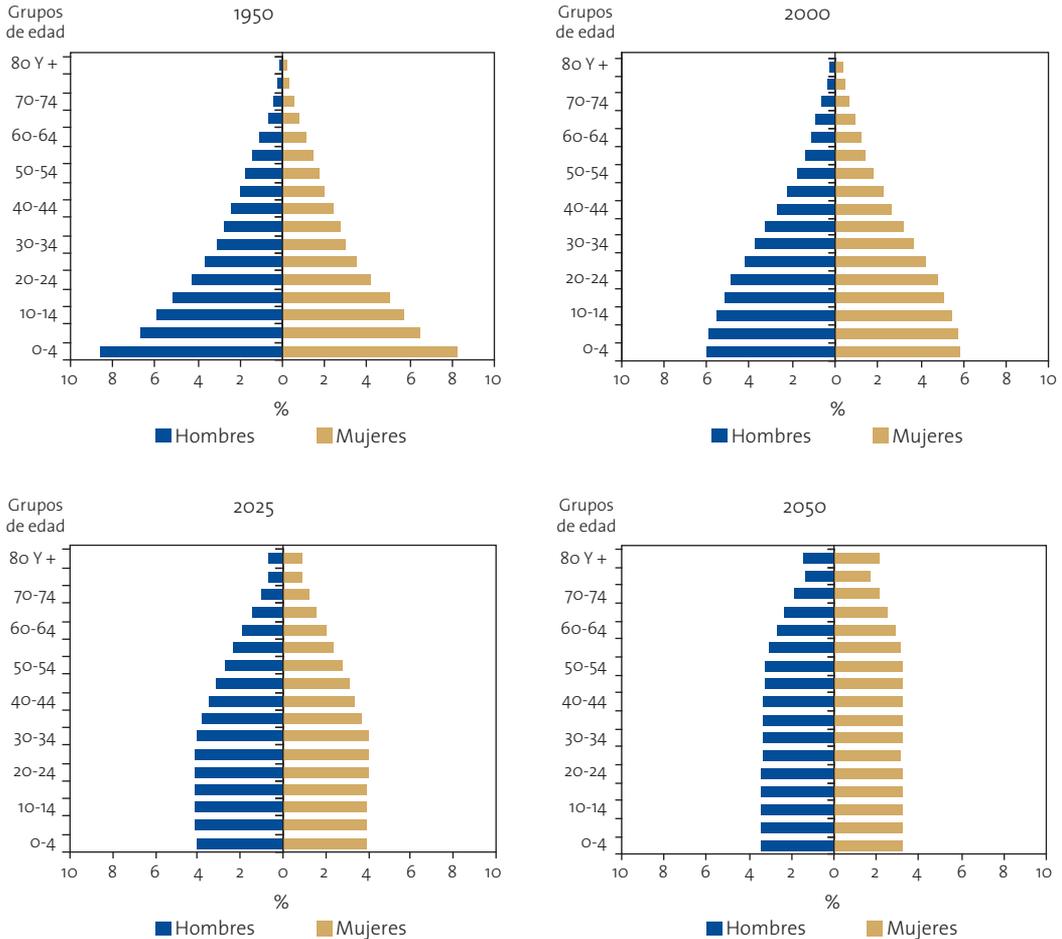
87. CEPAL. *Boletín Demográfico*, n.º 69. Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050.

la Encuesta Demográfica Nacional (ENDES) de 1986, era de 4,1 hijos. La ENDES 2000 calculó una tasa de 2,37 debido al incremento del uso de anticonceptivos, mayor acceso a los servicios de salud y una mejoría del nivel educativo de la población. En este punto es donde se aprecian grandes diferencias con el mundo rural, que no tiene acceso a la información y servicios de salud reproductiva y como consecuencia se aprecia que la tasa de

fecundidad rural asciende a 5,06 hijos por mujer.

- *Lento envejecimiento de la población.* En el contexto de Latinoamérica, el proceso de envejecimiento de Perú se ha retrasado varios años. En la pirámide poblacional del Perú para el año 2000 se observa un angostamiento de la base respecto a 1950, motivado principalmente por la disminución de la natalidad. Igualmente se aprecia un ensancha-

GRÁFICO 1-61: EVOLUCIÓN DE LA PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE PERÚ



miento en los peldaños superiores como resultado del incremento de la esperanza de vida, que para el año 2006 fue de 69,84 años para la población total y de 68,05 años para hombres y 71,71 años para mujeres. Los datos de 2006 indican que el 33,81% de la población tiene una edad de 15 años o menos y el 7,82% 60 años y más.

- *La pobreza y la desigualdad son problemas latentes en Perú.* La pobreza es un fenómeno muy amplio y extendido en el país, que involucra a más de la mitad de la población. En cualquier caso, cabe resaltar que la condición de pobreza ha experimentado una reducción desde el año 2001, en que representaba al 54,3% de la población, a un valor de 51,6% en 2004. Al analizar la pobreza extrema, se observa que, aunque también ha disminuido la población afectada desde el 2001, en el año 2004 ésta afectaba al 19,2% de la población. En relación a la desigualdad en la distribución de la riqueza, en el año 2001 el índice de Gini de Perú se situaba en 0,536 frente al 0,525 calculado en 2004,⁸⁸ siendo ambos datos inferiores al coeficiente medio de América Latina (0,56).⁸⁹ Pese a los esfuerzos realizados por el gobierno en esta materia, los índices aún se sitúan por encima de lo esperado.

Entre los problemas sociales y políticos que condicionan la situación de salud de la población peruana están la poca integración, la dispersión poblacional, las diferentes etnias y culturas y la pobreza, que es especialmente re-

levante en las comunidades andinas y amazónicas.

1.7.1.2. Principales problemas de salud

La salud de la población peruana ha experimentado una mejora en los últimos años a la vez que se ha producido un cambio en el perfil de mortalidad, tal y como ha ocurrido en la mayoría de países de Latinoamérica y el Caribe. En este ámbito, los hechos más destacables son:

- *Las enfermedades transmisibles o vectoriales continúan siendo un problema para la salud de los peruanos.* Así, la malaria constituye uno de los principales problemas de salud pública en Perú; se estima que 2,5 millones de habitantes viven en áreas de alto y muy alto riesgo de transmisión.⁹⁰ La incidencia de malaria ha aumentado considerablemente desde 1990, superando los 100.000 casos en 1994 y 200.000 en 1998. La *Plasmodium falciparum*, la cual era prácticamente inexistente, en 1990 supuso un problema en la parte norte del país, concretamente en el departamento de Loreto, donde causó casi la mitad de los casos de malaria detectados a nivel nacional. En 2003, se registraron 35.518 casos de *P. vivax* y 7.658 de *P. falciparum*; elevándose en 2004 a 68.617 y 13.658 casos respectivamente. A mediados de de 2005 la tendencia alcista continuaba, y en la semana 26 se habían registrado 41.768 casos de *P. vivax* y 8.091 de *P. falciparum*.⁹¹

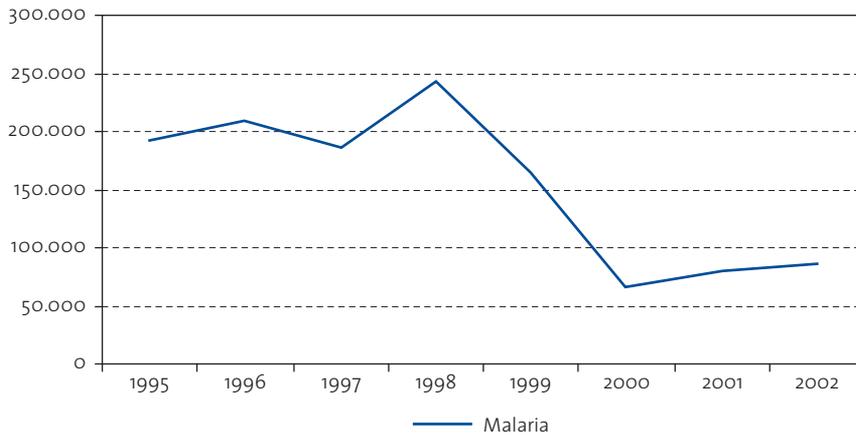
88. Waldo Mendoza y Juan Manuel García: *Perú 2001-2005: Crecimiento Económico y Pobreza*. 2006.

89. Estrategia de Cooperación con el País. Uruguay 2006-2011, Salud en el Uruguay y desafíos a la cooperación de OPS/OMS con el País.

90. Combatir el SIDA, la malaria y otras enfermedades, Objetivos de desarrollo del milenio, 2003.

91. Humberto Guerra: *Infectious and tropical diseases in Perú: a view from 2000 to 2005*.

GRÁFICO 1-62: EVOLUCIÓN DE CASOS DE MALARIA



Fuente: OPS, Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud

La leishmaniasis también está presente en Perú, concretamente en dos formas: cutánea y mucocutánea. La incidencia estimada es de 10.000 casos al año, aunque la enfermedad rara vez es declarada: 4.144 casos cutáneos y 241 subcutáneos en 2004 (hasta la semana 26), descendiendo a 3.002 y 133 casos respectivamente en 2005.⁹²

La enfermedad de Chagas igualmente constituye un problema importante de salud pública para la región sur del país. El área chagásica por infestación intradomiciliaria de *Triatoma infestans* es de 120.372 km² (9 % de la superficie nacional).

La tuberculosis continúa siendo un importante problema de salud, aunque gracias al esfuerzo y las políticas gubernamentales que se han llevado a cabo se ha conseguido que durante el año 2005 se haya diagnosticado y tratado gratuitamente a 35.541 personas enfermas con tuberculosis en todo el país, cifra que traducida en tasa de morbilidad es de

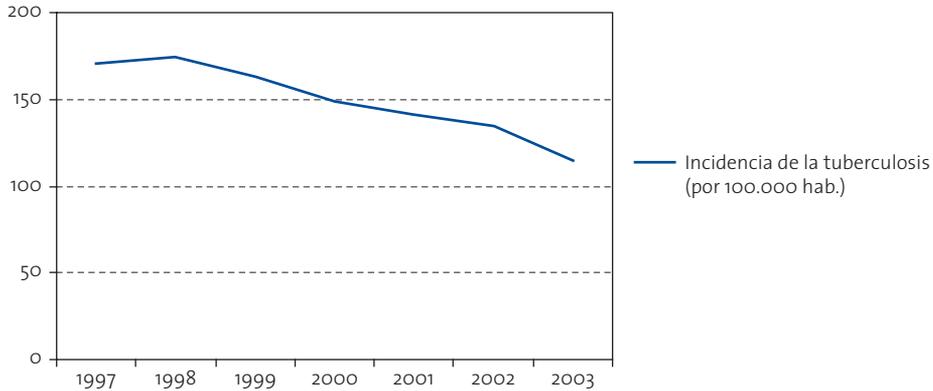
129,02 casos de tuberculosis pulmonar nuevos por 100.000 habitantes. Estos datos implican una disminución del 50,4 % en relación con el año 1992 (año de máxima tasa).

- *La salud de la población peruana está experimentando una tendencia sistemática en la reducción de la tasa de mortalidad infantil, alcanzando 24 fallecimientos por 1.000 nacidos vivos en 2004.* Aunque esta tendencia no ha podido acortar las grandes brechas entre las regiones del país, duplicándose la tasa en las áreas rurales en relación a las áreas urbanas. Esta inequidad se manifiesta a su vez en la población más pobre del país, pues durante el quinquenio 2000-2005 se observó cómo el 50 % de la población más pobre acumuló el 70 % de las muertes infantiles registradas en Perú.

La mortalidad por enfermedades transmisibles está especialmente presente en el segmento de población entre 1-4 años, siendo una de las primeras causas de muerte en

92. Humberto Guerra: *Infectious and tropical diseases in Peru: a view from 2000 to 2005*.

GRÁFICO 1-63: EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS



Fuente: OPS, Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud

Perú. En este sentido, el gobierno ha puesto en marcha la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones, la cual ha logrado grandes avances en la lucha contra la mortalidad infantil por enfermedades transmisibles.

- *En los últimos años se aprecian cambios en los perfiles de mortalidad, disminuyendo las muertes por enfermedades transmisibles e incrementándose las defunciones por neoplasias y enfermedad cardiovascular.* Ésta última se encuentra entre las primeras causas de muerte, con un 18,2% de las muertes registradas.⁹³ Igualmente, se observa que las enfermedades del aparato respiratorio (neumonía y enfermedad pulmonar obstructiva crónica especialmente) son la primera causa de mortalidad general.
- *Reducción sistemática de la tasa de mortalidad*, al igual que ocurre con la tasa de mortalidad infantil. Para el quinquenio 2000-2005 se estima que hubo 6,2 muertes por 1.000 habitantes. Cabe destacar la existencia de grandes

diferencias internas, por ejemplo el departamento de Huancavelica, con una tasa de 11,3 por 1.000 habitantes, y la provincia constitucional de Callao, con 3,9 por 1.000 habitantes, constituyen una clara referencia a los extremos de la tasa de mortalidad a nivel nacional.

1.7.2. Organización y estructura del sistema de salud ⁹⁴

El sistema peruano de salud se caracteriza fundamentalmente por la fragmentación en varios subsistemas de atención.

El sistema en general resulta de la coexistencia de dos subsistemas particulares: el público (MINSA, Seguridad Social y los servicios de salud de las Fuerzas Armadas y de la policía nacional) y el no público (clínicas, consultorios y ONGs), que difieren en cuanto a la población objetivo, los servicios que prestan y las fuentes de financiación.

93. OEI – MINSA (Ministerio de Salud del Perú), 2005.

94. OPS. Análisis de Situación del Perú, 2002.

GRÁFICO 1-64: MORTALIDAD INFANTIL (1970-2004)



Fuente: ENDES IV-INEI

- El subsistema público: este subsistema, cuyos recursos provienen del sistema impositivo, presta servicios de salud de forma gratuita a través de la red pública.
 - El subsistema público opera a través del Ministerio de Salud (puestos de salud, centros de

salud y hospitales) distribuidos en todos los departamentos del país. El Ministerio actúa como rector del sector a nivel nacional, realizando funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica. Ofrece asistencia a la población que carece de seguro social en salud.

GRÁFICO 1-65: PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN PERÚ



Fuente: OEASIST/OGE/MINSA, año 2000

- La Seguridad Social (EsSalud) presta atención a los trabajadores del sector formal y sus establecimientos se ubican en todo el país, especialmente en las ciudades capitales. La atención en EsSalud se oferta para los afiliados bajo diferentes modalidades, que incluye las actividades de promoción, prevención, recuperación, atención de accidentes y de enfermedades profesionales, así como prestaciones económicas.
- Los servicios de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional sólo atienden a sus trabajadores y familiares directos. Este seguro se financia con fondos del tesoro público.

La atención en salud está organizada por niveles de complejidad. Si bien los prestadores públicos se articulan local y provincialmente, no se integran con los prestadores de la seguridad social ni con los privados, ni con los prestadores de mayor complejidad.

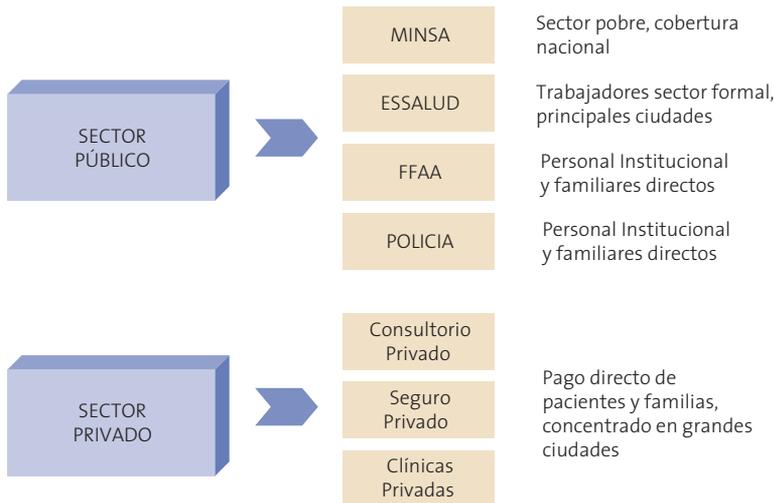
- El subsistema no público: actúa como asegurador (prepago) y como prestador de servi-

cios. Agrupa los establecimientos de salud privados (hospitales privados, clínicas...) que atienden a pacientes particulares, pero fundamentalmente a los asegurados de las obras sociales mediante acuerdos individuales o colectivos que contemplan diferentes modalidades de pago por servicios.

Este subsector se financia con aportaciones voluntarias de los empleadores y en menor medida directamente por las familias, las cuales en términos generales presentan un perfil de ingresos medio-alto y que en algunas ocasiones tienen doble cobertura de seguridad social. El porcentaje de población con doble afiliación se sitúa en torno al 2,5 % de la población.

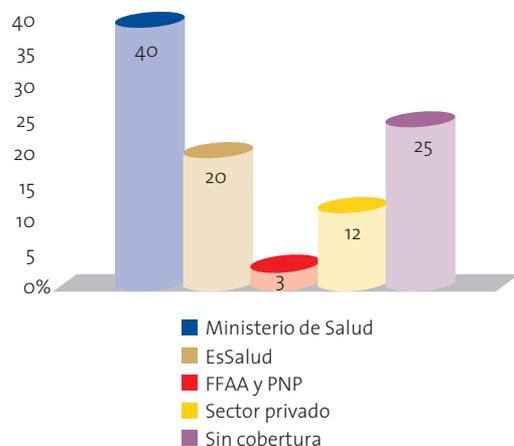
Al mismo tiempo también existen organismos intermedios que prestan atención en salud: Entidades Prestadoras de Salud (EPS), las cuales son entes públicos o privados distintos a la Seguridad Social y cuya finalidad es prestar servicios de atención de salud.

ILUSTRACIÓN 1-10: ESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD



Fuente: Ministerio de Salud

GRÁFICO 1-66: COBERTURA DE SALUD INSTITUCIONALIZADA ESTIMADA EN % DE LA POBLACIÓN



Fuente: Lineamientos de Políticas Sectoriales (2002-2012), MINSA

Esta subdivisión plantea retos relacionados con el grado de coordinación funcional entre sí, así como la transmisión de información dentro de cada uno de los subniveles.

Existen significativas barreras (económicas, geográficas, culturales, etc.) que limitan el acceso de los peruanos a los servicios de salud. Aproximadamente un 20 % de la población del país tiene posibilidades de acceder a los servicios del Seguro Social (EsSalud), sólo el 12 % accede a los servicios privados y 3 % es atendido por la Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA) y de la Policía Nacional del Perú (PNP). El otro 65 % depende de los servicios públicos de salud y se estima que un 25 % del total no tiene posibilidades de acceder a ningún tipo de servicio de salud.

Las características propias del sistema de salud peruano provocan una serie de proble-

mas de coordinación, integración y eficiencia. La existencia de dos subsistemas de salud (público y no público) y la falta de coordinación y de articulación entre ellos atentan contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. Esta falta de equidad no sólo se manifiesta entre los distintos subsectores, sino que hacia el interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación: la división del sistema público según jurisdicciones nacional, provincial y municipal y el elevado número de instituciones heterogéneas que integran los sistemas de seguridad social y privado.

1.7.3. Políticas y gestión de los servicios de salud⁹⁵

El Ministerio de Salud, en respuesta a los principales problemas de salud y del sector, ha marcado las líneas estratégicas y las áreas en las que el sistema de salud peruano hará hincapié en los próximos años mediante los «Lineamientos Generales que orienten las políticas de salud en el periodo 2002-2012».

1.7.4. Financiación del sistema de salud

La financiación del sistema de salud peruano, que es bastante compleja, se desglosa en los siguientes componentes:

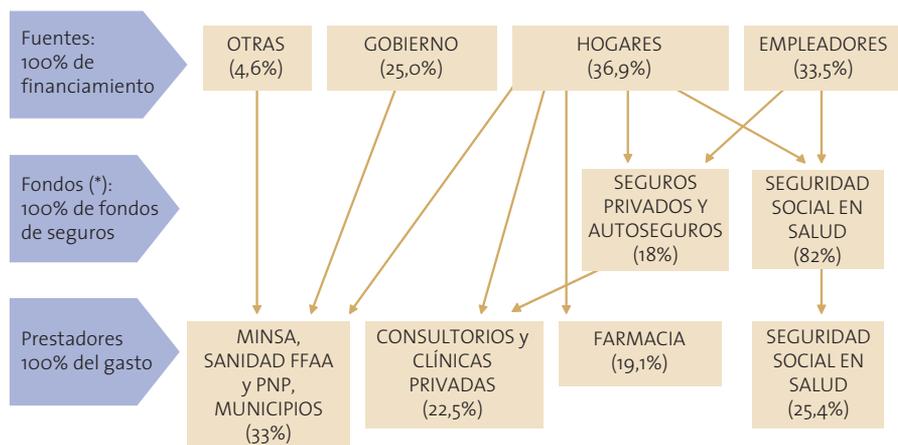
- Financiación pública.
- Seguridad Social.
- Financiación privada de los hogares y empresas.
- Donaciones internas y Cooperación Técnica no Reembolsable.

95. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación y Consejo Federal de Salud. Mayo de 2004.

TABLA 1-13: LINEAMIENTOS GENERALES QUE ORIENTEN LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL PERIODO 2002-2012

Lineamientos Generales 2002-2012	Principales problemas por resolver
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Deficiente salud ambiental, alta prevalencia de enfermedades transmisibles e incremento de las no transmisibles Elevada desnutrición infantil y materna Elevada mortalidad infantil y materna
Atención integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud (SIS, EsSalud, etc.)	Reducida cobertura y aumento de la exclusión
Política de suministro y uso racional de los medicamentos	Limitado acceso a los medicamentos
Política de gestión y desarrollo de RR.HH	Ausencia de política de recursos humanos
Creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de salud Impulsar el nuevo modelo de atención integral de salud	Segmentación e irrationalidad en el sector de la salud
Modernización del MINSAL y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial	Desorden administrativo y ausencia de rectoría del Ministerio de Salud
Financiación interna y externa orientada a los sectores más pobres de la sociedad	Financiación insuficiente e inequitativa
Democratización de la salud	Limitada participación ciudadana y baja involucración

ILUSTRACIÓN 1-11: FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y PRESTADORES EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD



Fuente: Proyecciones de Financiamiento de la Atención de Salud: Perú 2002-2006. Lima: OPS; 2002

Dichos componentes identifican dinámicas particulares de evolución del tesoro público en salud; de los ingresos derivados de aportaciones a la seguridad social; de los recursos «voluntarios» que los hogares y empresas destinan a la atención de su salud; y finalmente, de las donaciones nacionales y de la cooperación técnica no reembolsable proveniente del exterior. El conjunto de todos estos componentes conforman la financiación total en salud en Perú.

La composición financiera de la salud es tan o más importante que el monto total que se destina al mismo y en Perú en el año 2002 se concentra en tres ámbitos: el de los hogares (36,9%), el de los empleadores y trabajadores de la economía formal (33,5%), y el del Estado (25,0%). Los hogares son la principal fuente, con un financiamiento equivalente a 1,5 veces el otorgado por el tesoro público. Incluso la financiación proveniente de los empleadores y trabajadores, mayormente compuesto por las

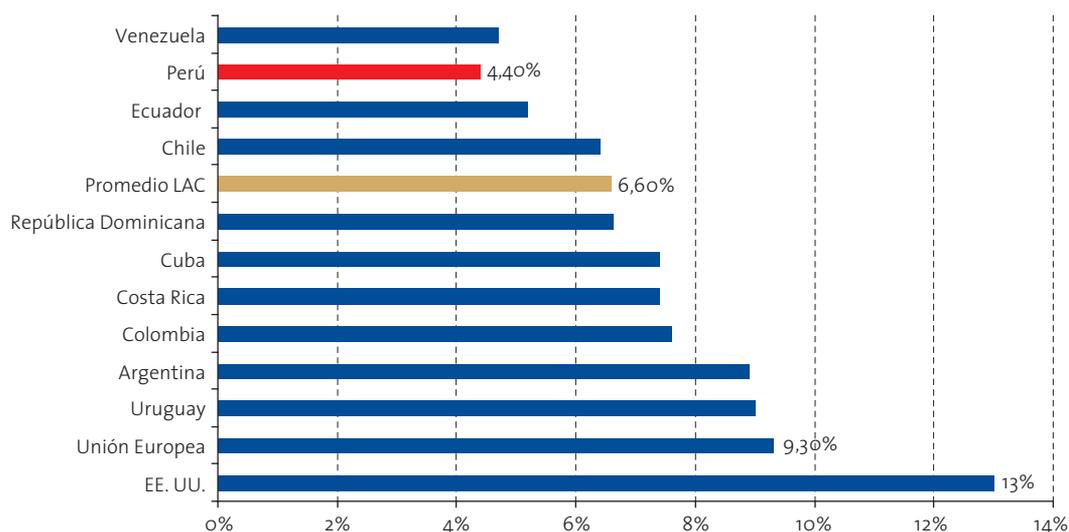
cotizaciones a la Seguridad Social, representa 1,3 veces el aporte de tesoro público.

Entre 1995 y 2000 el gasto en salud per cápita promedio fue de US\$ 102, cifra ligeramente superior a la registrada en el año 2000 (US\$ 99), pero inferior a la registrada en países de la región.

El gasto total en salud de Perú (4,40% del PIB en 2004) es significativamente más bajo que el de la media de Latinoamérica (6,60% del PIB para el 2004).

Perú tiene una financiación nacional insuficiente para hacer frente a las necesidades en atención de salud de la población en el país. Presenta una estructura financiera inequitativa, porque se restringe el acceso sólo a quienes tienen capacidad de pago, lo que contribuye a marginar a los grupos más pobres de la sociedad, e ineficiente porque descansa en recursos directamente provistos por los hogares, denominados «gasto de bolsillo».

GRÁFICO 1-67: GASTO EN SALUD EN AMÉRICA LATINA 2004 (% DEL PIB)



Fuente: OPS, 2005

Como respuesta a esta realidad, el Estado peruano ha puesto en marcha el Seguro Integral de Salud, con el objetivo de atender a la población pobre no asegurada, financiado a través del tesoro público. Para hacer realidad la cobertura efectiva en salud para la población pobre no asegurada con fondos de tesoro público, se requiere de un esfuerzo fiscal no sólo de índole asignativa, sino también una reforma tributaria.

El mayor desafío del sistema de salud peruano es el de llegar a la población que mayor necesidad tiene, sobre todo contando con un nivel de gasto insuficiente e ineficiente.

1.7.5. La provisión de servicios de salud

Para el acceso a los servicios de salud, la población peruana está dividida en tres grandes grupos:⁹⁶

- *Grupo no cubierto o no asegurado*: en el que se encuentran las personas que no poseen un seguro de salud (EsSalud o privado). Cuando requieren atención, acuden a cualquier establecimiento de salud dependiendo de la naturaleza de su necesidad. Las personas sin capacidad de pago son atendidas generalmente en los establecimientos del MINSA o buscan atención no profesional (farmacéutico, etc.). Las personas con capacidad de pago asisten a consultorios y clínicas particulares, corriendo con todos los gastos por las atenciones recibidas.
- *Grupo de asalariados*: Personas que mantienen una relación laboral de dependencia con sus empleadores, y aportan parte de su suel-

do a la Seguridad Social. Colectivamente tienen opción de elegir afiliarse a EsSalud o un régimen compartido entre EsSalud y una EPS.

- *Grupo de asegurados que no tienen relación laboral de dependencia*: Personas que tienen la opción de afiliarse a una EPS o a EsSalud, escogiendo alguno de los planes que ofrecen, los cuales son proporcionales a las primas pagadas.

En Perú, según la base de datos de infraestructuras del Ministerio de Salud, hay un total de 8.056 establecimientos de salud, los cuales están distribuidos en los siguientes niveles de atención:

- *Atención primaria*: en él se encuentran 5.670 puestos de salud (atendidos por técnicos con dos años de formación).
- *Atención secundaria*: 1.932 centros de salud, los cuales ofrecen servicios ambulatorios y atención de partos de bajo riesgo.
- *Atención terciaria*: 453 hospitales que prestan servicios ambulatorios, hospitalización, intervenciones quirúrgicas y otros servicios que dependen de la disponibilidad de recursos especializados.

En el año 2005 se contabilizaron un total de 41.802 camas en todo el país, lo que confiere una media de una cama por cada 1.000 habitantes;⁹⁷ esta media se sitúa por debajo de algunos países del entorno de Perú.

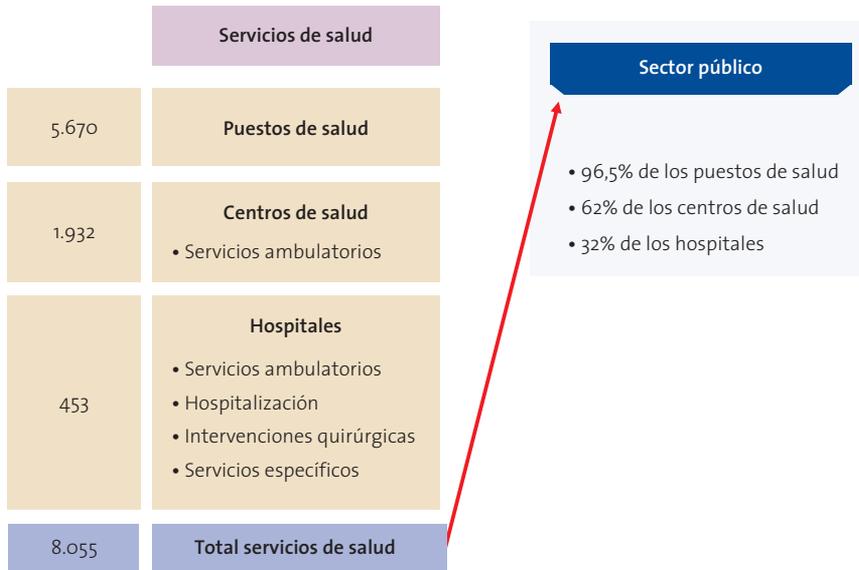
Del total de camas hospitalarias del año 2005 casi el 60 % (24.055) estaban en el sector público,⁹⁸ distribuidas en 2.385 establecimien-

96. Luis García Núñez: *Reforma de la Seguridad Social en Salud en el Perú: un análisis comparativo*, 2001.

97. Banco Mundial. Base de datos, 2004.

98. Ministerio de Salud, *Boletín de la Oficina General de Estadística e Informática*, n.º 5, 30-11-2005.

ILUSTRACIÓN 1-12: CUANTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE PERÚ



Fuente: MINSA, Base de datos de infraestructuras

tos. El 31,1% se encuentran en puestos y centros de salud para eventos de corta permanencia hospitalaria y baja complejidad. Las demás (68,9%), se encuentran en hospitales e institutos para atención de mediana y alta complejidad.

Entre los principales retos que el sector debe afrontar se encuentran:

- **Antigüedad de las infraestructuras.** El 42% de las infraestructuras de salud peruanas tienen más de 20 años de antigüedad, y otro 40% tienen entre 11 y 20 años. En el mismo sentido, se considera que el 63,7% de las instalaciones están en un estado mejorable.⁹⁹ Desde el Ministerio de Salud se están impulsando medidas encaminadas a renovar, fortalecer y adaptar las infraestructuras necesarias, para ofrecer

un servicio de calidad en materia de salud y que se adapte a las necesidades de la población, como aquellas medidas encaminadas a reforzar el primer nivel asistencial.

- **Muchas áreas del país en las que no tienen ningún tipo de recurso asistencial,** como por ejemplo las zonas amazónicas. En este sentido se considera una solución viable la instalación de equipos de radio en los establecimientos de salud ya que permite la atención remota al admitir la transmisión de voz y datos por un coste aproximado de 8.000\$ por instalación.
- **Poca estabilidad de los gobiernos regionales,** lo que supone un cambio constante de políticas e interlocutores.
- **Insuficiente incorporación de criterios de calidad.** Con el fin de mejorar esta situación se ini-

99. MINSA, Base de datos de infraestructuras.

ció un proceso de certificación de hospitales, pero debido al alto nivel de exigencia y nula contraprestación, ningún hospital se certificó.

1.7.6. Recursos humanos

En Perú hay una media de 11,7 médicos, 8 enfermeras y 1,1 odontólogos por cada 10.000 habitantes, datos que si se comparan con otros países del entorno de Perú delatan una importante carencia de profesionales de la salud.

Las instituciones centran sus esfuerzos en paliar la falta de profesionales de la salud que hay en el país, incrementando la oferta de las instituciones formadoras. Actualmente, la medicina y la enfermería figuran entre las diez primeras carreras universitarias con mayor número de alumnado, entrando anualmente al mercado laboral alrededor de 1.000 médicos y 1.200 enfermeras profesionales.

A pesar de las acciones llevadas a cabo por las instituciones, se está produciendo un retroceso en el número de médicos que ejercen en el sistema de salud peruano. En el año 2002 el número de médicos que ejercían era de 11.389 profesionales, mientras en el año 2004 se vio reducido hasta los 10.649 profesionales.¹⁰⁰

La carencia de médicos y profesionales de la salud se hace especialmente llamativa en las zonas más rurales del país. Con la intención de mejorar la atención en salud en aquellas zonas más desprotegidas, en 1997 el gobierno peruano puso en marcha el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS); programa de servicio a la comunidad orientado a desarrollar actividades preventivo-promocionales en centros y puestos de salud del MINSA o en estable-

cimientos equivalentes de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, principalmente en las zonas rurales y urbano-marginales consideradas de menos desarrollo del país.

Según los datos de 2007, gracias a los esfuerzos realizados por el Ministerio y la cooperación pública y privada, más de 3.000 profesionales de la salud participarán en el programa SERUMS, los cuales serán enviados a las zonas más alejadas y desfavorecidas del país, triplicando así el número de participantes respecto a años anteriores y permitiendo ampliar la cobertura de atención del Estado.

Con todo, se observan varias deficiencias en el desarrollo de los recursos humanos en el sector de la salud:¹⁰¹

- Existencia de un crecimiento no planificado en la formación del personal de salud, así como de un sistema integrado a nivel nacional y departamental de información de los recursos humanos.
- Una débil regulación y acreditación de la idoneidad de los profesionales médicos. Se observa un crecimiento desmesurado de facultades de medicina (en la actualidad existen 28 facultades que imparten medicina en el país). Tampoco el sector ha tenido mayor participación en la calificación de los profesionales médicos (certificación profesional).
- Existe una tendencia a la superespecialización de los profesionales médicos. Sin embargo, hay especialidades como la anestesiología y otras que presentan una estructura insuficiente para atender patologías regionales. Además, existe poco interés en la formación de médicos generales integrales y

100. Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática.

101. MINSA, Lineamientos de la política sectorial (2002-2012).

enfermeras generales, necesarios en el primer y segundo nivel asistencial.

- Pese a que la situación esta mejorando, el Servicio Rural Urbano y Marginal de Salud aún no cuenta con los recursos necesarios para poder desarrollar su función. Asimismo, no cumple con la función de vincular la práctica de los profesionales jóvenes con las necesidades de salud de la población.

1.8. Uruguay

La República Oriental de Uruguay es un país de América del Sur cuyo territorio es el segundo más pequeño del subcontinente, con una superficie de 176.215 km² y con una población de poco más de tres millones de habitantes en 2006. Es un Estado unitario democrático, de carácter presidencialista, conformado por 19 departamentos. Las principales ciudades son Montevideo, Las Piedras, Punta del Este, Ciudad de la Costa, Salto y Paysandú.



La población uruguaya es de origen europeo, sobre todo español e italiano, sin perjuicio de otras nacionalidades, todo ello producto de

una política social de puertas abiertas. El predominio de la raza blanca es casi absoluto, siendo reducida la presencia de la raza negra, que llegó al país procedente de las costas africanas en tiempos de la dominación española. En cuanto a la población indígena, hace más de un siglo que los últimos indios desaparecieron de todo el territorio nacional, hecho que diferencia a la población de Uruguay de los demás países de Latinoamérica.¹⁰² Además se debe agregar la actual corriente migratoria indígena de otros países, especialmente de Perú y Bolivia.

1.8.1. El ciudadano como eje central del sistema de salud

1.8.1.1. Demografía y condiciones socioeconómicas

Según el INE de Uruguay, el número de habitantes en junio de 2006 era de 3.314.466. La población uruguaya se agrupa esencialmente en torno a núcleos urbanos (el 91% de la población total se concentra en centros urbanos). El 42% de la población total reside en el departamento de Montevideo, donde se ubica la capital del mismo nombre, mientras el 58% restante se distribuye en los otros 18 departamentos, siendo el departamento de Canelones el más poblado entre estos, contando con el 14% del total y Flores el de menor población, con un porcentaje cercano al 1% de la población total.

La situación demográfica y socioeconómica de Uruguay se caracteriza, entre otras cosas, por:

- *Acelerado proceso de envejecimiento de la población.* El porcentaje de personas mayores de 65 años en el año 1996 era del 12,8%,

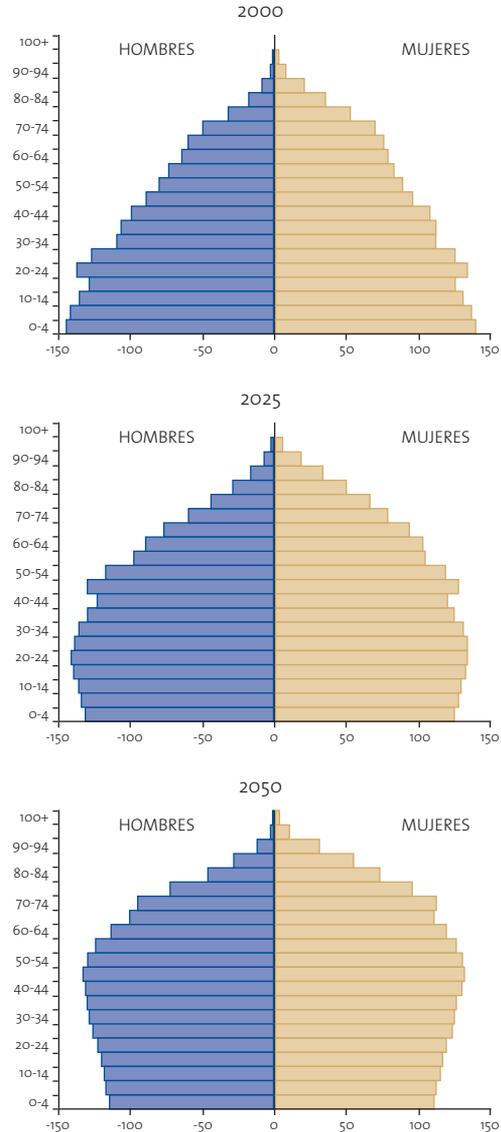
102. CIDEIBER, información de los países (Uruguay), 2001.

mientras que en el 2006 era del 13,4% del total de la población uruguaya. Asimismo, el porcentaje de población compuesta por personas menores de 15 años está experimentando un proceso de disminución pues durante el año 1996 el porcentaje era del 25,5% de la población, mientras que para el año 2006 descendió al 23,7%.

La disminución en la tasa de fecundidad junto a una mayor esperanza de vida han hecho que el envejecimiento de la población alcance una importancia sin precedentes; asimilándose la composición de edad poblacional en Uruguay a patrones europeos, netamente alejado al comportamiento demográfico de los países latinoamericanos vecinos.

- **Baja tasa de natalidad.** En el periodo 1990-1995 la tasa anual media de natalidad fue de 17,1 nacimientos por cada mil habitantes; en la zona de Latinoamérica y Caribe tan sólo Cuba tuvo una tasa inferior (14,9 nacimientos) en el mismo quinquenio.¹⁰³ Dicha tasa fue en el año 2006 de 14,76 nacimientos por mil, y las proyecciones realizadas por el INE indican un descenso gradual y continuado, previéndose una tasa de 13,03 nacimientos por cada mil habitantes para el año 2025.
- **Descenso de la indigencia.** El porcentaje de personas indigentes sufrió un aumento entre 2001 y 2004, pasando de una media en porcentaje para poblaciones de 5.000 habitantes o más del 1,32% al 3,92% de personas indigentes. En 2005 este dato presentó un ligero descenso (3,43%), que volvió a verificarse, e incluso mejorarse, en el primer semestre de 2006 (2,87%).
- **Descenso de la pobreza.** La incidencia de la pobreza evolucionó de manera similar, aunque con variaciones de mayor magnitud. Así, se

GRÁFICO 1-68: EVOLUCIÓN DE LA PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE URUGUAY (2000-2050)



Fuente: Naciones Unidas. Proyecciones Mundiales de Población (rev. 2004) y Proyecciones Mundiales de Urbanización (rev. 2003)

103. CIDEIBER, información de los países (Uruguay), 2001.

evidencia un crecimiento hasta 2004 (31,86 % para poblaciones de 5.000 habitantes o más) y un descenso a partir de 2005 (29,23 %). La última información disponible indica que el descenso de las personas en situación de pobreza es de casi dos puntos porcentuales (comparando el primer semestre 2006, con un 27,37 % de personas pobres, con el promedio del año 2005, con un 30,75 %). Pese a todo, cabe destacar que la incidencia de la pobreza se sitúa aún en niveles muy superiores a los registrados en los años anteriores a la reciente crisis económica del año 2002.¹⁰⁴

- *Índice de desigualdad inferior a la media de Latinoamérica.* Uruguay tiene un índice de Gini de 0,456,¹⁰⁵ siendo más bajo que el coeficiente medio de América Latina (0,56).¹⁰⁶

1.8.1.2. Principales problemas de salud

Los principales problemas de salud de la población uruguaya se caracterizan por:

- *Las enfermedades vectoriales o transmisibles están en su mayoría controladas.* Uruguay posee buenas condiciones de prevención, vigilancia y control, con altos porcentajes de cobertura de inmunoprevención, éxito en el control de patología regional (Chagas e hidatidosis) y acciones dirigidas al terreno de las enfermedades emergentes (hantavirus, leptospirosis, etc.) y potencialmente introducibles (*dengue/Aedes aegypti*, encefalitis) o reintroducibles (rabia). Si bien las patologías

transmisibles no figuran hoy entre las principales causas de mortalidad, pueden efectivamente incidir negativamente en la morbilidad y contribuir al descenso en la calidad de vida, fundamentalmente en aquellas poblaciones que se reconocen como de riesgo.¹⁰⁷

Sin embargo, el incremento en los últimos años de la población en situación de pobreza, especialmente en los grupos de menor edad, plantea la posibilidad de un incremento en la incidencia de enfermedades tradicionalmente vinculadas a la pobreza, como son las infecciosas y parasitarias.

Uruguay, pese a ser el único país de América junto con Canadá libre de dengue autóctono, al verse rodeado por países en los que la enfermedad es una realidad, en 2006 decidió poner en marcha el Plan Nacional de Contingencia de Uruguay para una Epidemia de Dengue. El plan plantea que la actitud de alerta en la comunidad y en el personal de salud es de suma importancia en el control de posibles brotes de dengue y en la mitigación de los efectos negativos de aquéllos, debiendo formar parte de una actitud participativa de toda la sociedad en la prevención de la enfermedad. El plan incluye dos objetivos fundamentales:¹⁰⁸

- Prevenir y mitigar el impacto de una epidemia de dengue en términos de morbilidad, eventual mortalidad en las formas complicadas, y su repercusión social y económica.
- Optimizar la capacidad de respuesta de los servicios de salud ante el evento adverso.

104. Pobreza y desigualdad en Uruguay, 2006. INE.

105. Pobreza y desigualdad en Uruguay, 2006. INE.

106. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, *La Democracia en América Latina*, 1998-2003.

107. OPS. Salud en Uruguay y Desafíos a la Cooperación OPS/OMS.

108. Ministerio de Salud Pública, Plan Nacional de Contingencia para una Epidemia de Dengue, 2006.

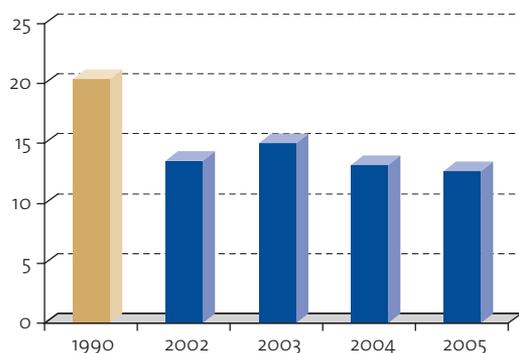
- *Los cambios en los hábitos de vida de la población han provocado un cambio en los perfiles de mortalidad.* Uruguay está atravesando actualmente el denominado proceso de «transición epidemiológica» que se da en países donde mejora el nivel de vida de algunos sectores de la población. Se aprecian nuevos problemas de salud a consecuencia de los cambios en el estilo de vida de la población, incrementando la aparición de enfermedades derivadas del sedentarismo, el estrés, tabaquismo, drogas, alcoholismo, etc. por lo que las enfermedades crónicas comienzan a tener más peso que las transmisibles. Con una tasa de mortalidad de 313,4 por 100.000 habitantes, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en Uruguay, seguido por los tumores malignos y los efectos adversos y accidentes (accidentes, suicidios y muertes violentas). La promoción en salud tiene aquí un amplio campo de acción, lo que supone un reto para el sector de salud uruguayo.
- *Reducción de la tasa de mortalidad infantil.* Gracias a los esfuerzos desarrollados por el gobierno en materia de salud y educación, se ha conseguido establecer una tendencia a la baja sobre la mortalidad infantil, llegando en 2005 a una tasa de 12,7 niños fallecidos por cada 1.000 habitantes. Las principales causas de mortalidad infantil son las relacionadas con la prematuridad y las enfermedades congénitas, lo que determina que la tasa de mortalidad neonatal sea mayor que la posneonatal en forma sostenida. Como consecuencia, uno de los objetivos en la agenda del ejecutivo es la disminución de la tasa de mortalidad infantil, donde pretende reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años a la tercera parte de la de 1990 para el año 2015. Además de combatir los indicadores sociales, desde la administración se están realizando políticas encaminadas a reducir las desigualdades entre provincias.
- *Reducción significativa de la tasa de mortalidad, fundamentalmente gracias a las políti-*

TABLA 1-14: PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE (2003)

Uruguay: principales causas de muerte	% sobre el total de defunciones	Tasa x 100.000 hab.
Enfermedades cardiovasculares	33,5	313,4
Tumores malignos	23,8	222,9
Accidentes y efectos adversos	3,8	35,4
Enfermedades respiratorias crónicas	4,1	38,6
Enfermedades respiratorias agudas y neumonías	3,4	31,7
Trastornos mentales y del comportamiento	2,4	22,2
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2,1	19,8
Diabetes mellitus	2,1	19,6
Suicidio	1,6	15,1
Afecciones del periodo perinatal	0,9	8,9
Insufic. renal crónica y no especificada	1,0	9,0
Cirrosis, fibrosis y enfermedades alcohólicas	0,7	6,7

Fuente: INE (2003)

GRÁFICO 1-69: MORTALIDAD INFANTIL EN URUGUAY (1990, 2002-2005)



Fuente: *La reforma de la Salud en Uruguay*, Dra. María Julia Muñoz (ministra de Salud Pública ADUR, 9 de noviembre de 2006)

cas de promoción y prevención de la salud desarrolladas por el gobierno. A raíz de la planificación estatal, Uruguay ha conseguido descender su tasa de mortalidad de 10,4 por mil habitantes en 1994 a 9,76 por mil habitantes en 2004.¹⁰⁹ A pesar de este descenso, Uruguay se sitúa como uno de los países con una mayor tasa de mortalidad de Latinoamérica.

1.8.2. Organización y gestión del sistema de salud

Como en otros casos del entorno de Uruguay, el sector salud está organizado en dos sectores: público y privado.

- El sector público está integrado por diferentes instituciones financiadas con recursos provenientes del Estado:

- Ministerio de Salud Pública. Es el órgano rector del sector salud que presta sus servicios a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) a población con escasos recursos. Aunque el país cuenta con un marco normativo para la descentralización de competencias a los gobiernos departamentales e instituciones del sector privado en la administración de sus servicios de salud, se aprecia como la ASSE mantiene un fuerte centralismo.

El MSP-ASSE (el mayor efector público del país) posee unos 65 establecimientos de salud, los cuales están clasificados según niveles de complejidad en policlínicas, centros de salud y hospitales (A, B, C y especializados). Cabe destacar que en aquellos núcleos en los que la asistencia pública no cuenta con suficiente presencia, la Administración contrata a instituciones privadas para poder ofrecer un servicio de salud de calidad a la población.

- Banco de Previsión Social (BPS). Es un ente autónomo del Estado cuya función es coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la Seguridad Social. El BPS actúa como intermediario, recibiendo el aporte de los trabajadores y de los empleadores y contratando a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). De igual manera, es un prestador directo de algunos servicios de salud, tales como atención al embarazo y a la infancia. Posee un hospital propio y 6 centros materno-infantiles en Montevideo. En el resto del país contrata servicios al MSP o a Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).

109. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones anuales ocurridas y registradas y tasa bruta de mortalidad. Período 1900 - al último dato disponible.

- La principal fuente de financiación son las retenciones de las contribuciones de los empleados y de los empleadores (aproximadamente un 90 % del total de la financiación). También recibe fondos del presupuesto quinquenal del gobierno (10 %).
- Universidad de la República (Hospital Universitario). Realiza funciones de docencia, investigación y asistencia; esta última a través del Hospital de Clínicas, que depende de la Universidad de la República.
 - Servicio de Salud de las Fuerzas Armadas (SSFFAA). Depende del Ministerio de Defensa y brinda asistencia a los funcionarios y ex funcionarios de las Fuerzas Armadas y sus familiares. Posee un Hospital Central y cuenta con un servicio de tercer nivel en policlínicas de las Fuerzas Armadas.
 - Servicio de Salud Policial (SSP). Depende del Ministerio del Interior y presta servicios a funcionarios, ex funcionarios y familiares de los mismos. Posee un hospital con 70 camas.
- El *sector privado* está integrado por organizaciones de distinto tipo cuya financiación proviene de sus usuarios. Se divide entre los organismos que prestan asistencia integral y los que lo hacen de manera parcial.
 - Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Brindan asistencia médica a casi la mitad de la población del país mediante un seguro de salud integral de prepago. Las IAMC están distribuidas por todo el país, existiendo por lo menos una en cada departamento. Pueden ser de tres tipos: asociaciones asistenciales (mutualistas) inspiradas en los principios de la solidaridad y que mediante seguros mutuos otorgan a sus asociados asistencia médica; cooperativas profesionales, que proporcionan asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el

capital social es aportado por los profesionales correspondientes; y servicios de asistencia, creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar sin fines de lucro atención médica al personal de dichas empresas y a sus familiares.

Las IAMC son organizaciones independientes y competitivas entre sí. El Estado ejerce algún control jurídico y técnico sobre ellas, pero poseen alto grado de autonomía. La principal fuente de financiación son las cuotas (75 % del total de los ingresos en 1998).

- Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular (IAMPP). Ofrecen asistencia parcial, y venden servicios médicos a particulares y a instituciones públicas y privadas.
- Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE). Son empresas públicas o privadas que realizan procedimientos establecidos como de alta tecnología e intervenciones de alto riesgo. Son financiados a través del Fondo Nacional de Recursos.

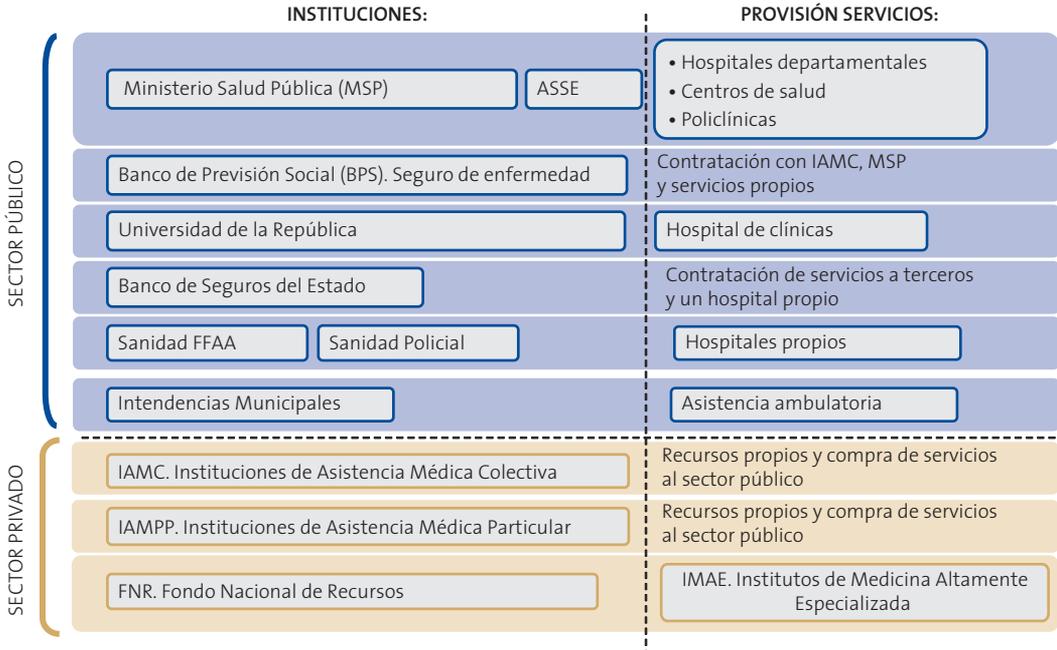
En términos de porcentajes poblacionales, el 33,7 % de la población está cubierto por los servicios del MSP-ASSE, el 46,6 % por las IAMC, el 4,2 % por la Sanidad Militar y el 1,8 % por la Sanidad Policial. Otros cubren al 1,2 %, habiendo además un 11,7 % de la población sin cobertura formal. Sobre el restante 0,9 % se desconoce la cobertura en salud de la que disponen.

1.8.3. Políticas y gestión de los servicios de salud

Uruguay se enfrenta a una reforma en su sistema de salud con la llegada de la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

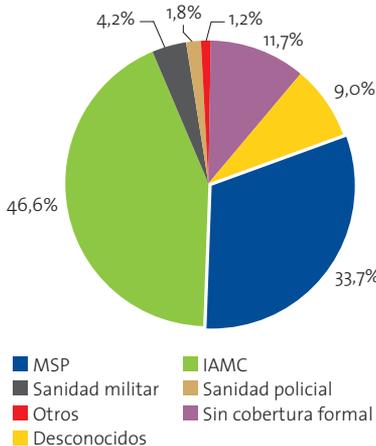
El objetivo fundamental de la reforma del sistema de salud es asegurar el acceso univer-

ILUSTRACIÓN 1-13: ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE URUGUAY



Fuente: Regional Core Health Data System, Country Profile Uruguay. Sistema de salud y proceso de reforma, Lilián Abracinskas y Alejandra López Gómez

GRÁFICO 1-70: COBERTURA SANITARIA DE LA POBLACIÓN SEGÚN INSTITUCIÓN



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

sal a servicios integrales de salud, para ello la nueva ley organizará el sistema en forma de red, a partir de la definición de los niveles conforme a los cuales se organizarán los servicios, los criterios de territorialidad para la coordinación de acciones, los de intersectorialidad y las normas que regirán la complementación entre prestadores integrados al sistema y entre éstos y terceros que sean ajenos al mismo.

Como ya se ha dicho, el reto planteado por la reforma es el de universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y la financiación, calidad asistencial y devolver la sostenibilidad del sistema.

Un primer eje de trabajo propuesto desde el gobierno es el cambio en el modelo de aten-

ción a la salud, reorientándolo de forma que se incluyan acciones de promoción y prevención de la salud, asegurando la capacidad de diagnóstico precoz de enfermedades y su oportuno tratamiento. Estas actividades se desarrollarán en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, asegurando una mayor capacidad resolutoria del primer nivel de atención.

Un segundo eje de trabajo hace referencia al rol del MSP como aquel responsable de conducir el proceso de construcción del sistema y de ejercer efectivamente la rectoría del sistema de salud.

Un tercer eje se refiere al cambio en el sistema de gasto y financiación, asegurando una cobertura universal, equidad y solidaridad a través de un Seguro Nacional de Salud.

Se creará una Junta Nacional de Salud como organismo descentralizado, en la integración de cuyo directorio coincidirán representantes del Poder Ejecutivo, de los prestadores, de los trabajadores organizados y de los usuarios del sistema. Esta Junta será la encargada de planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema y de administrar el Seguro Nacional de Salud que la Ley también crea y cuyo fondo constituirá el patrimonio de la Junta.

La descentralización del sistema tiene la ventaja de preservar al Ministerio de Salud Pública en su función de órgano rector, se evitarán duplicaciones, se promoverá que los recursos de salud de la sociedad se utilicen racionalmente y con el mayor grado posible de eficiencia y de economía de escala.

1.8.4. Financiación del sistema de salud

A la hora de analizar la financiación del sistema de salud uruguayo debemos tener presente la división del sistema en público y privado.

- En el sector público la estructura de financiación muestra un predominio de la vía impuestos. Las aportaciones por vías no tributarias son escasos (por venta de servicios y precios 0,9 % y 2,5 % respectivamente).
- En el sector privado, predomina la financiación a través de las cuotas de prepago por parte de la población afiliada (59 %). Gran parte de este aporte se realiza a través de transferencias de fondos de la Seguridad Social. Le siguen los precios abonados por la población a los seguros parciales, a las farmacias externas, a las casas de salud y residenciales y a la asistencia estrictamente privada, y los pagos por órdenes y tiques por parte de la población afiliada a las mutualidades. Entre estas dos modalidades se cubre el financiamiento del 92 % del sector privado.

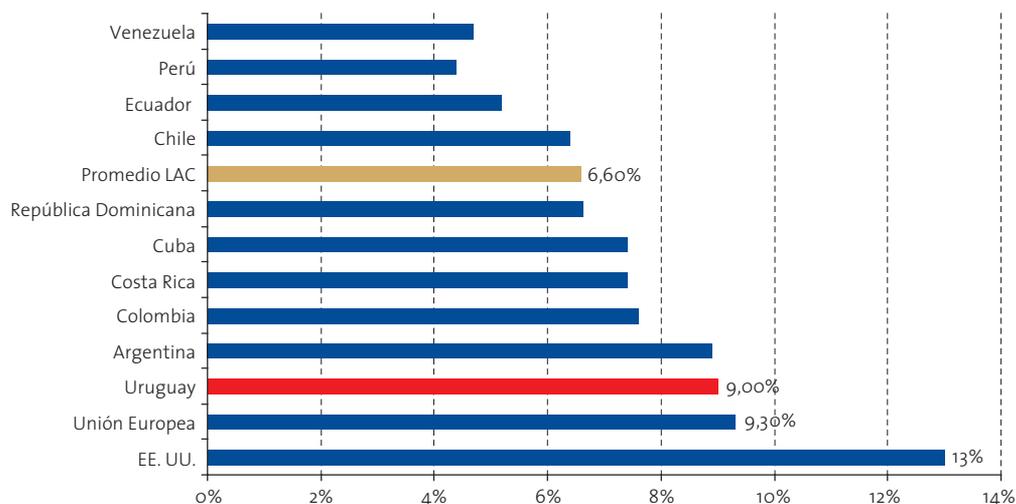
TABLA 1-15: FUENTES DE FINANCIACIÓN Y GASTO DEL SISTEMA DE SALUD DE URUGUAY

Fuente de financiación	% del gasto
Impuestos generales y contribuciones	21,9%
Precios de empresas públicas	2,3%
Seguridad Social	25,4%
FINANCIAMIENTO PÚBLICO	49,6%
Gasto privado en seguros	32,4%
Gasto privado «de bolsillo»	18%
FINANCIAMIENTO PRIVADO	50,4%

Fuente: *La reforma de la Salud en Uruguay*, Dra. María Julia Muñoz, ministra de Salud Pública ADUR, 9 de noviembre de 2006

El gasto en salud de Uruguay ha ido aumentando de manera progresiva, llegando en el año 2004 a representar alrededor del 9 % del PIB. Esta cifra es más alta que la media de inversión en Latinoamérica, cifrada en 6,60 % del PIB.

GRÁFICO 1-71: GASTO EN SALUD EN AMÉRICA LATINA (% DEL PIB, 2004)



Fuente: OPS, 2005

Desde el gobierno se está haciendo una apuesta de futuro para contar con una sanidad equiparable a los países más desarrollados. Uruguay tiene las mismas necesidades y gastos de mantenimiento del sistema de salud que los países más desarrollados, con una estructura económica más reducida, lo que exige unos mejores resultados con relación a la eficiencia y la efectividad.

Con la llegada en 2007 de la Reforma de Salud en Uruguay, se pretende un sistema único, en el que toda la población contará con un Seguro Nacional de Salud y un fondo único de financiación (Fondo Nacional de Salud). Esto implica que todos los uruguayos deberán aportar un porcentaje de sus ingresos. Existirán tasas, que serán menores o mayores dependiendo de dos factores:

- La retribución y el tamaño de la familia; este factor se incluye porque dicha tasa dará cobertura a la familia.

- La financiación del sistema público estará participada por el Estado y las empresas tanto públicas como privadas, que aportarán, al igual que lo hacen hoy en día, un cinco por ciento sobre sus salarios.

En cuanto a la financiación del sistema privado, el cambio sustancial será que las aportaciones personales a los seguros privados se realizarán al fondo, y éste a su vez será el encargado de pagar a las instituciones. Les pagarán de acuerdo a dos criterios: número de personas que atender y cuotas ajustadas por riesgo, edad, sexo y otras variables.

El contribuir al sistema de salud no será optativo para los ciudadanos uruguayos, sino obligatorio, de tal forma que todos van a ser contribuyentes a un Sistema Nacional de Salud y, por lo tanto, van a recibir un carné, con su foto, que les acreditará como miembros del sistema.

Para administrar el fondo público se creará una Superintendencia de Salud, órgano público

ILUSTRACIÓN 1-14: NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN DE LA SALUD URUGUAYA



que tendrá una estructura similar a la del BPS y en el que participarán usuarios, trabajadores y prestadores, con representaciones organizativas. Esa Superintendencia recibirá en una cuenta los recursos que el Estado y los hogares aporten a través de la Reforma Tributaria, y luego le pagará a los prestadores.¹¹⁰

A pesar de que Uruguay es un país muy pequeño, con poca capacidad de atraer inversores, es un lugar ideal para probar la implantación de modelos innovadores. La política debe orientarse a potenciar esta imagen de Uruguay de ser una buena plataforma de ensayo, o lo que es lo mismo, un laboratorio para los demás países más desarrollados.

En todo caso, será primordial hacer un uso eficiente de la inyección de dinero que se recibe para financiar la reforma, de tal forma que se maximice el impacto sobre las capacidades de la atención de salud.

1.8.5. La provisión de servicios de salud

El sistema de provisión de servicios de salud de Uruguay está organizado en tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria, dependiendo del grado de complejidad.

Mediante la nueva ley, el sistema se organizará en forma de red, a partir de la definición de los niveles conforme a los cuales se organizarán los servicios, los criterios de territorialidad para la coordinación de acciones, los de intersectorialidad y las normas que regirán la complementación entre prestadores integrados al sistema y entre éstos y terceros que sean ajenos al mismo. La formalización, regularidad y sustentabilidad de estas relaciones quedará bajo la supervisión de la Junta Nacional de Salud, que registrará y homologará los contratos que se celebren entre prestadores.

110. Ministerio de Salud Pública de Uruguay.

Uno de los principales objetivos que se plantean con la llegada del SNIS consiste en basar el modelo asistencial en la atención primaria. La atención primaria constituye el eslabón inicial de la cadena, siendo además relevante en el desarrollo de los programas de promoción de la salud de aquellas patologías de mayor relevancia en la población.

Para alcanzar ese objetivo se contemplan cambios en tres niveles:

- Modelo de atención a la salud, sustituyendo el actual por uno que favorezca la prevención y la promoción, basado en una estrategia de atención primaria en salud con énfasis en el primer nivel de atención.

El cambio en el modelo de atención supone fomento de hábitos saludables de vida, protección frente a riesgos específicos, capacidad de diagnosticar en forma precoz las enfermedades, de administrar tratamiento eficaz y oportuno, incluyendo rehabilitación y cuidados paliativos. Al efecto, el Ministerio de Salud Pública aprobará programas de prestaciones integrales, dotados de indicadores de calidad y trazadores de resultados.

- Modelo de gestión: Se asegura la coordinación y complementación de servicios públicos y privados en todos los niveles, la profesionalidad y la transparencia en la conducción de las instituciones y la participación activa de trabajadores y usuarios.

En el modelo de gestión, el cambio se concretará mediante la implementación de un Sistema Nacional Integrado de Salud, concebido como una articulación de servicios de salud públicos y privados, integrados en forma de red, con un órgano central de gobierno

(la Junta Nacional de Salud), niveles de atención definidos e interrelacionados y grados de administración regional y local.

- Sistema de gasto y financiamiento del sector: se busca asegurar una mayor equidad, a través de un fondo único administrado centralmente.

Como ya se ha mencionado en el apartado anterior, el Seguro Nacional de Salud contará con el Fondo Nacional de Salud, el cual recibirá y administrará los recursos que se destinen al pago de los prestadores integrales para dar cobertura al Plan Integral de Prestaciones (PIP). El PIP está diseñado para mejorar la atención en salud, por lo que garantizará:

- Actividades de promoción y protección específicas dirigidas a las personas de acuerdo a los antecedentes personales, familiares, sociales y comunitarios.
- Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los problemas de salud-enfermedad identificados.
- Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según corresponda.

Con el fin de evaluar la calidad del servicio ofrecido en el PIP, se han diseñado unos indicadores de calidad que permitan al MSP valorar la atención recibida por los usuarios, así como la asistencia brindada.¹¹¹ La intención del MSP es que esta información esté a disposición del público.

Según datos del INE de Uruguay, el número de hospitales en el año 2003 era de 107, de los cuales el 54 % pertenecía al sector público, 45 % al sector privado y el 1 % restante estaba representado por el Hospital Universitario, que brinda

111. Sindicato Médico del Uruguay. Sistema Nacional Integrado de Salud.

atención de tercer nivel a los usuarios del Ministerio mediante el pago de un arancel al resto de la población.

Los centros pertenecientes al sector público de salud están organizados de la siguiente forma:

- Ministerio de Salud Pública (MSP). Es el organismo con mayor capacidad instalada del país: cuenta con 47 hospitales generales, 12 hospitales especializados y 17 centros de salud. Para cada uno de los 18 departamentos del interior del país hay un Hospital Departamental que sirve de referencia para los demás establecimientos de ASSE en el departamento.
- Universidad de la República. Como ya se ha comentado, cuenta con el Hospital de Clínicas Doctor Manuel Quintela, que es un hospital de alta complejidad y que realiza asistencia, docencia e investigación. Cubre a la población usuaria del MSP y cuenta con 1.200 camas (400 en funcionamiento).
- Sanidad de las Fuerzas Armadas (MDN). Cuenta con un hospital de 433 camas, cubre a 175.000 usuarios integrantes de la Armada, Ejército y Fuerzas Aéreas.
- Sanidad Policial (MI). Hospital de 128 camas que cubre a 120.000 funcionarios policiales.
- Intendencias Municipales. Son los encargados de realizar la atención primaria en salud. Cuentan con policlínicas zonales, policlínicas móviles y odontológicas. No tiene servicios de internación.
- Banco de Previsión Social. De él depende el Sanatorio Obstetricio Perinatólogico de Montevideo, con cinco centros materno-infantiles en Montevideo y uno en Pando. Cubre el embarazo y parto del las esposas de los

trabajadores del sector privado, sus hijos hasta los seis años y pacientes con malformaciones congénitas hasta su rehabilitación.

- Entes autónomos y servicios descentralizados. Contratan servicios de internación.
- Banco de Seguros del Estado (BSE). Cuenta con un hospital de 160 camas en Montevideo. Atiende accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

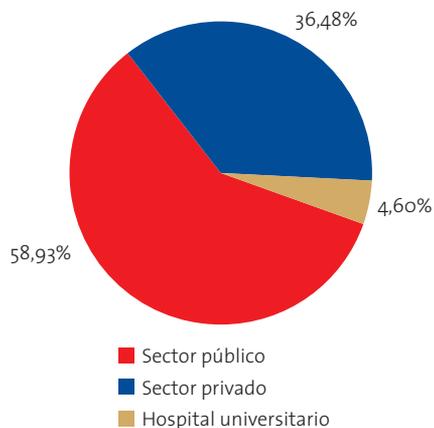
El sector privado requiere autorización del Ministerio de Salud Pública para la construcción de nuevos hospitales. Su capacidad asistencial es la siguiente:

- Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Existen un total de 46 centros en todo el país y cuentan con un total de 2.500 camas. Brindan cobertura integral al régimen prepago (47 % de la población).
- Instituciones que brindan atención particular privada. Existen un total de 25 sanatorios privados con 1.000 camas.
- Seguros parciales. Brindan cobertura parcial en emergencias móviles, técnicas de diagnóstico, atención en internación quirúrgica, atención e internación médica y atención odontológica.
- Instituciones de Medicina Altamente Especializada (IMAE). Prestan servicios en cirugía cardíaca, marcapasos, estudios hemodinámicos, diálisis crónica, transplantes renales, prótesis de cadera y rodilla y litroticia.

El total de camas hospitalarias en Uruguay en el año 2005 era de 10.423, con una media de dos camas por cada 1.000 habitantes, media que es inferior a otros países de Latinoamérica.¹¹² La

112. MSP, 2006.

GRÁFICO 1-72: DISTRIBUCIÓN DE LAS CAMAS EN EL SISTEMA DE SALUD URUGUAYO



Fuente: MSP, 2006

mayoría de las camas hospitalarias, casi el 60 %, pertenecen al sector público.

La política en materia de salud de Uruguay está fomentando la integración de técnicas médicas de última generación (cirugía mayor ambulatoria, cirugía mínimamente invasiva, etc.). Estas nuevas formas de proceder reducen significativamente la necesidad de camas, pudiendo reasignar esos gastos a otras necesidades de salud y sociales.

Un reto prioritario ha sido y sigue siendo el establecer una estrategia para aumentar la equidad en el acceso al sistema de salud. Un ejemplo de ello es el FNR (Fondo Nacional de Recursos), entidad pública no estatal que proporciona a toda la población, sin distinciones, cobertura financiera para procedimientos de medicina altamente especializada. Estos actos se efectúan a través de los IMAE.

Por otro lado, se plantea el reto de la mejora de la accesibilidad al sistema, mediante una bue-

na política orientada a adecuar la dotación de las policlínicas del barrio con recursos tecnológicos.

1.8.6. Recursos humanos

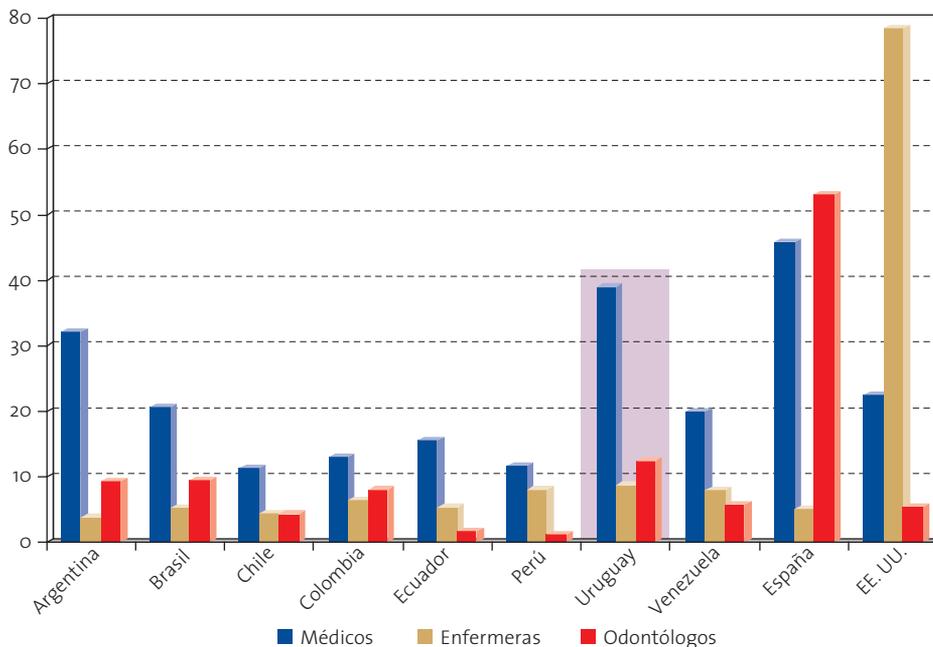
Según el Padrón Médico Nacional, en el año 2005 el número de médicos en actividad era de 13.299, estimándose que existía un médico por cada 249 habitantes,¹¹³ o lo que es lo mismo, 39 médicos por cada 10.000 habitantes. Esta proporción es superior a la mayoría de países de Latinoamérica. Al mismo tiempo, se aprecia una escasez de recursos en áreas como la de enfermería, principalmente debida a la falta de capitales presupuestarios, lo que a su vez ha generado un movimiento de profesionales hacia el sector privado y las zonas urbanas. En los hospitales especializados, existe una mayor ocupación al tratarse de hospitales de referencia, que fomentan el reconocimiento profesional.

Pese al alto número de médicos existente, su distribución en el territorio nacional es irregular, atestiguando grandes carencias en las zonas más aisladas del país. Por el contrario, cabe destacar el caso de Montevideo, que, con el 40 % de la población, concentra al 76 % de los recursos médicos del país (más de 10.000 médicos), lo que evidencia las desigualdades entre departamentos en la disponibilidad y acceso a la atención en salud.

En materia de recursos humanos también es importante señalar la subida experimentada por el salario médico mínimo durante el último año medio, que pasó de \$4.500 en marzo de 2005 a los \$8.640 en julio de 2006. La razón de esta subida salarial, es estimular la mayor dedicación de los profesionales, para poder contribuir a mejorar la calidad y cantidad de los servicios. El MSP

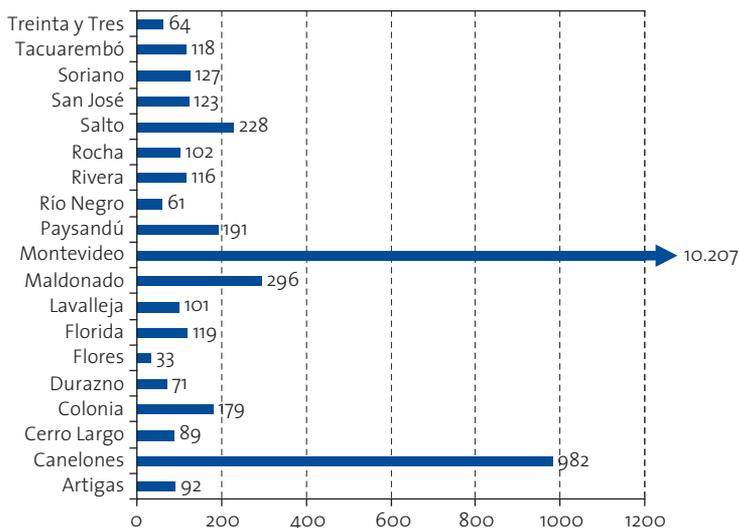
113. Datos del Padrón Médico Nacional, 2005.

GRÁFICO 1-73: RAZÓN DE MÉDICOS, ENFERMERAS Y ODONTÓLOGOS POR 10.000 HABITANTES



Fuente: OPS, Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud (2001-2005)

GRÁFICO 1-74: DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS POR DEPARTAMENTOS



Fuente: Datos del Padrón Médico Nacional 2005

aumentó el salario médico mínimo en un 92 % en el lapso de un año y medio, y propuso una nueva subida del 57 % para estimular la mayor dedicación por parte de los profesionales, lo que suponía un incremento total del 200 %.¹¹⁴

1.9. Venezuela

La República Bolivariana de Venezuela está situada al norte de América del Sur, limitando al norte con el mar Caribe y el océano Atlántico, al este con Guayana, al sur con Brasil y al suroeste y este con Colombia. El país cuenta con una superficie continental e insular de 916.445 km² y con una presencia marítima de 860.000 km². Estos extensos territorios se expresan en una compacta superficie continental, lo que contribuye a facilitar la integración y cohesión interna.

La división político-territorial de Venezuela está estructurada en 23 estados federales, un Distrito Federal (que comprende a la capital, Caracas), y 74 islas en el mar Caribe que constituyen las dependencias federales. En enero de 1980 se definieron por decreto las regiones administrativas:

- Región Capital: Distrito Federal y el Estado de Miranda.
- Región Central: Estados de Aragua, Carabobo y Cojedes.
- Región Insular: Estado de Nueva Esparta y dependencias federales.
- Región Nororiental: Estados de Anzoátegui, Monagas y Sucre.
- Región Guayana: Estados de Bolívar, Amazonas y Delta Amacuro.
- Región Centro Occidental: Estados de Falcón, Lara, Portuguesa y Yaracuy.

- Región Zuliana: Estado de Zulia.
- Región de Los Andes: Estados de Barinas, Mérida, Táchira, Trujillo y municipio de Páez del estado de Apure.
- Región de Los Llanos: Estados de Guárico y Apure.

Los estados están conformados por 333 municipios autónomos que constituyen la unidad primigenia de la administración política territorial.

1.9.1. El ciudadano como eje central del sistema de salud

1.9.1.1. Demografía y condiciones socioeconómicas

El número de habitantes en Venezuela en el año 2006 se estimó en 27.030.656, incrementándose en algo más de tres millones respecto a 2001.



114. Ministerio de Salud Pública, 04-01-2007.

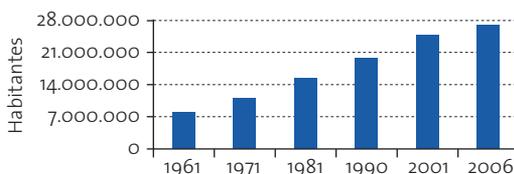
Durante muchos años Venezuela ha experimentado un proceso de redistribución de la población, con una marcada tendencia a la concentración en zonas urbanas, lo que ha dado como resultado que el 64% de los venezolanos se congreguen en 6 de los 23 estados federales.

La población concentrada en núcleos urbanos asciende actualmente al 88%, apreciando grandes desigualdades en la distribución territorial. El mayor porcentaje de población se encuentra repartido en la zona de costa-montaña del país, con casi el 70%, mientras que las zonas al sur del río Orinoco, de mayor superficie, albergan a un porcentaje mínimo de la población, un 5% del total.

La concentración en núcleos urbanos o áreas metropolitanas ha dado como resultado grandes ciudades verticales, que en la mayoría de los casos cuentan con una planificación pobre y falta de los servicios básicos.

Este fenómeno de traslado de las zonas rurales a las urbanas ha generado varios problemas para los habitantes en las urbes, tales como masificación, incremento de la violencia, inseguridad ciudadana, discriminación de gru-

GRÁFICO 1-75: POBLACIÓN TOTAL ESTIMADA (1961-2006)



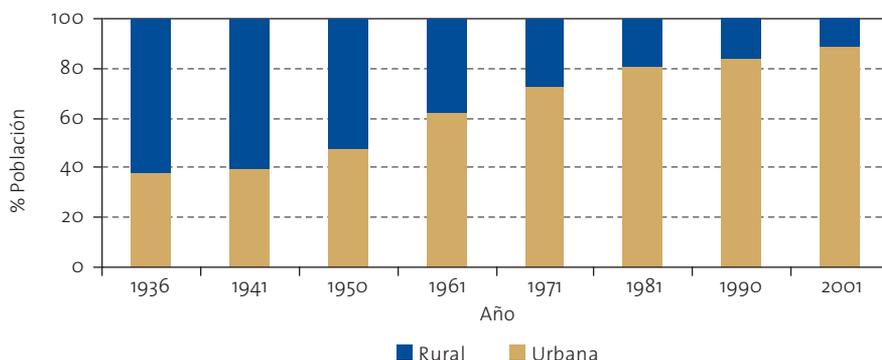
Fuente: INE, «Venezuela en cifras», Boletín n.º 3, 2006

pos sociales en el acceso a las prestaciones de salud, escasez de recursos para atender las necesidades de un número creciente de ciudadanos, etc.

Bajo este contexto, Venezuela está atravesando las siguientes situaciones en el ámbito demográfico y socioeconómico:

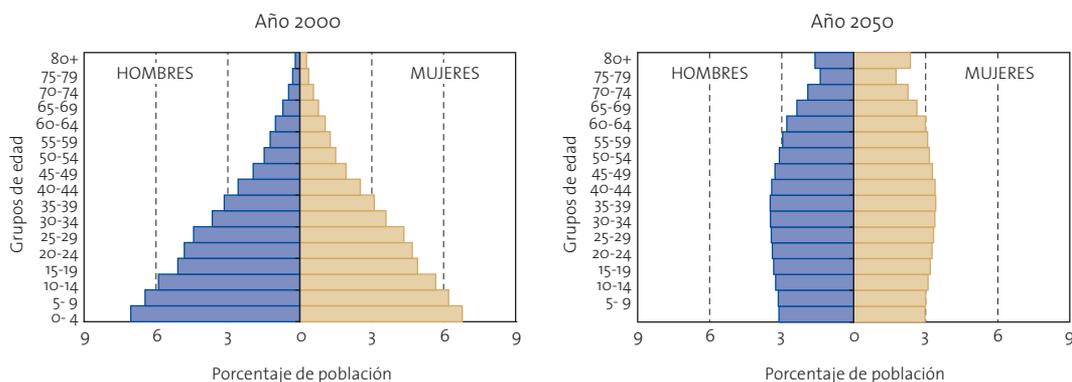
- *Envejecimiento de la población.* La principal consecuencia de la transición demográfica que experimenta Venezuela obligará a atender las necesidades sociales de una población avejentada cada vez más numerosa. El porcentaje de población de 60 años y más aumenta rápidamente y las previsiones estiman que para el 2050 el 22,1% de la población tendrá más de 60 años.

GRÁFICO 1-76: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN: URBANA Y RURAL



Fuente: OCEI. Censo Nacional e INE (Población total, por área y sexo, según grupo de edad, censo 2001)

GRÁFICO 1-77: ESTIMACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE VENEZUELA (2000-2050)



Fuente: INE, «Venezuela en cifras», *Boletín* n°3, 2006

La esperanza de vida también es un factor que juega un importante papel dentro de este campo. En este sentido, cabe señalar que la esperanza de vida de los venezolanos ha sufrido un aumento de 20 años desde la década de los cincuenta, estimándose en una media de 73,7 años en 2001. Las mujeres sobrepasan ligeramente esa media, alcanzando los 77,6 años de vida, mientras que los hombres se sitúan en los 72,6 años de vida.

- *Desaceleración en la tasa de natalidad*, pasando de una tasa de 24,3 nacimientos por mil habitantes en el 1999 a los 22,4 nacimientos por mil registrados en el 2002.¹¹⁵ A pesar del descenso experimentado, Venezuela sigue manteniendo una situación destacada respecto a otros países de Latinoamérica. Para abordar la problemática que representa la reducción de la tasa de natalidad se ha de identificar y estudiar la disminución que ha sufrido la tasa global de fecundidad, pasando de los 6,8 a los 2,6 hijos en 40 años. Esta dis-

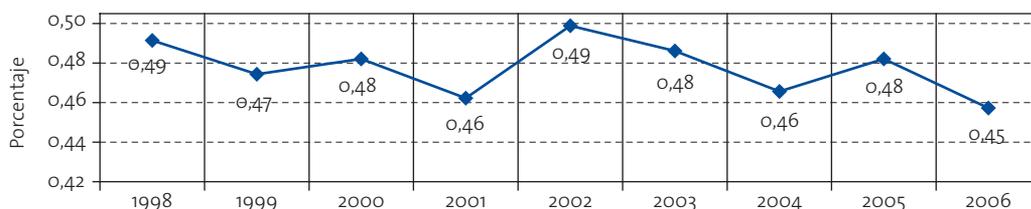
minución tan drástica es consecuencia de nuevas tendencias sociales:

- Incremento de núcleos familiares de menor tamaño.
- Incremento del nivel educativo de la sociedad.
- Inserción de la mujer en el mundo laboral.
- Tendencia de los venezolanos a ubicarse en los núcleos urbanos.
- *Descenso de la pobreza*. La pobreza es un fenómeno muy significativo de la realidad social venezolana. En 1998 el 55 % de la población estaba en situación de pobreza. Esta tasa ha descendido hasta alcanzar en 2006 un índice del 39,7 %.
- *Estabilidad de la desigualdad social*. Si se compara el índice de Gini con el de otros países de América Latina, se observa como Venezuela cuenta con uno de los índices más bajos (0,45),¹¹⁶ por debajo del coeficiente medio de América Latina (0,56).¹¹⁷ En los últimos años se ha mantenido estable la evolución de la

115. INE, Tasa bruta de natalidad, 2005.

116. ILCPE y Naciones Unidas, *Panorama de la gestión pública*, 2004.

GRÁFICO 1-78: EVOLUCIÓN DEL COEFICIENTE DE GINI. TOTAL NACIONAL (1998-1ER. SEMESTRE 2006)



Fuente: INE, «Venezuela en cifras», Boletín n.º3, 2006

desigualdad social en Venezuela, gracias a los grandes esfuerzos y políticas sociales encaminadas a la reducción de las diferencias existentes.

1.9.1.2. Principales problemas de salud en Venezuela

La salud de la población venezolana ha mejorado considerablemente en los últimos 15 años. En este sentido, cabe destacar los hechos siguientes:

- *Pese a la mejora general de la situación, Venezuela está sufriendo un rebrote de determinadas enfermedades infecciosas emergentes.* Tal es el caso de la malaria, pues en 2003 se diagnosticaron un total de 31.719 casos, con una zona de transmisión del 26 % de la superficie del país por debajo de 600 metros sobre el nivel del mar, donde viven cerca de 720.000 habitantes. Lo que significa un aumento considerable cercano al 45 % respecto a 1996. La transmisión de la malaria está muy concentrada en algunas regiones federales, en las cuales se ha originado el 97,8 % de todos los casos. La morbilidad se concentra en los estados de Sucre, Bolívar, Delta Amacuro, Zulia y Amazonas.

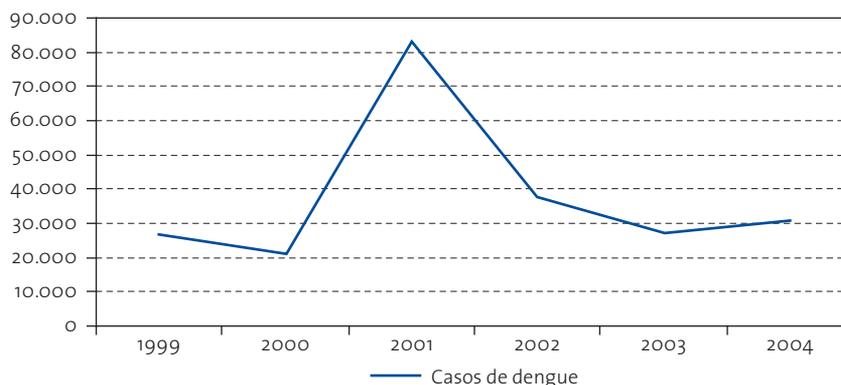
El dengue clásico y hemorrágico se comporta de manera endemoepidémica en todo el país. La tendencia que se viene registrando es de disminución, después del pico sufrido en 2001 (año en el que se superaron los 80.000 casos). La enfermedad de Chagas es considerada de riesgo en 198 municipios de 14 entidades federales (aproximadamente seis millones de personas). En el año 2000 el índice de seroprevalencia fue de 8,3 %, predominando en las regiones occidental y central.

A la vista de los datos expuestos en los párrafos anteriores, la mejora de la vigilancia epidemiológica supone un reto para la salud venezolana. En los últimos años la reaparición de enfermedades erradicadas del país, como la fiebre amarilla, la tuberculosis y la leishmaniasis ha provocado la reinstauración de Programas Nacionales del MPPS para la erradicación de determinadas enfermedades, con medidas educativas e informativas para la población, con protocolos de actuación en salud para los profesionales, así como programas específicos de vacunación (vacuna BCG a nivel nacional con una cobertura promedio por encima del 99,5 % en el 2000), etc.

- *Reducción considerable y de forma continuada de la tasa de mortalidad infantil, pasando*

117. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, *La Democracia en América Latina*, 1998-2003.

GRÁFICO 1-79: CASOS DE DENGUE REGISTRADOS EN VENEZUELA (1999-2004)



Fuente: OPS, Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud

de los 25 por mil nacidos vivos en 1990 a los 15,5 en el año 2005.

En este sentido las principales causas de muerte infantil en Venezuela son las afecciones originadas en el periodo perinatal, con 5.451 casos identificados en 2005. En segundo lugar son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con 1.544 casos en 2005.

Pese a la tendencia descendente de la tasa de mortalidad infantil del país, a nivel interno no se han podido acortar las brechas existentes entre los diferentes estados (Nueva Esparta 29,2 y Vargas 7,3).¹¹⁸ Desde el gobierno se han promulgado varias políticas para tratar de disminuir estas desigualdades, como por ejemplo el Proyecto Madre, la Estrategia Maternidad Segura, etc.

- *Nuevos problemas de salud a consecuencia de los cambios en el estilo de vida de la población*, incrementándose la aparición de enfermedades relacionadas con el sedentarismo, la farmacodependencia, el tabaquismo, etc. Con el

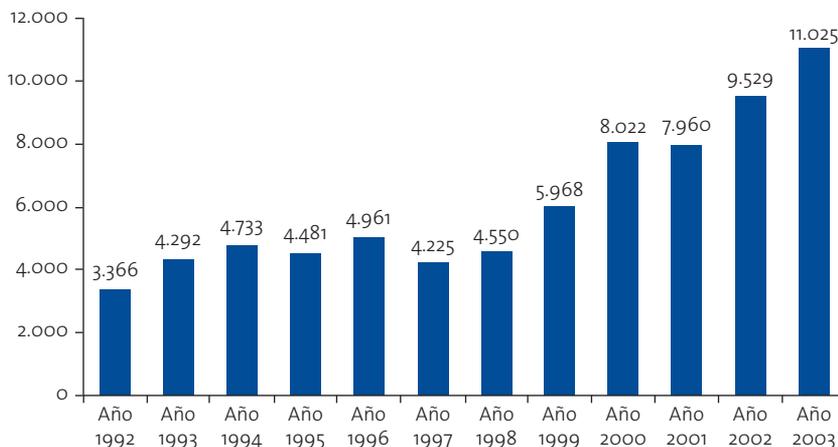
fin de combatir estas situaciones, las autoridades venezolanas están desarrollando campañas preventivas para la población, especialmente para aquella más joven y en situación de riesgo. A su vez, están realizando planes estratégicos de planificación de salud y social anticipando las repercusiones sobre las infraestructuras y especialidades de salud de estos comportamientos.

La principal causa de mortalidad en Venezuela en el año 2006 fueron las enfermedades del sistema circulatorio (manteniendo la tendencia creciente de años anteriores) ocasionando el 23,73 % de las muertes, debiéndose más de la mitad de ellas a infarto agudo de miocardio. Esta situación supone un reto para Venezuela, ya que se deberán prevenir y controlar las enfermedades cardiovasculares educando a la sociedad y fomentando hábitos de vida saludables.

En segundo lugar se sitúa el cáncer (15,45 % del total de las muertes), siendo el de útero y mama los de más importancia para las mujeres.

118. INE. MS, *Anuario de Mortalidad*, DGEAE 2006.

GRÁFICO 1-80: HOMICIDIOS (1992 -2003)



Fuente: *El Universal*, 27 de julio del 2003 / *El Universal*, 1 de febrero del 2004

res, mientras que en caso de los hombres el cáncer de bronquios o pulmón es el más significativo seguido por el de próstata.

La tercera causa de mortalidad masculina (11,25 %) fue por homicidio. En el caso de las mujeres la tercera causa de mortalidad está asociada a enfermedades cerebrovasculares (9,5 %).

Se observa un proceso de sobremortalidad masculina que afecta fundamentalmente a hombres de entre 15 y 34 años debido a causas violentas.

1.9.2. Organización y estructura del sistema de salud

El proceso de transición política, jurídica, económica y social de Venezuela se inició en 1999, afectando profundamente al sistema de salud que ha estado sometido a múltiples reestructuraciones y reorganizaciones en los últimos años.

El sector social y de salud está regido y regulado por el Gabinete Social del poder ejecutivo, formado por los ministros de Salud y Desarrollo Social, Planificación y Desarrollo, Educación, Cultura y Deportes, Producción y Comercio, Ambiente y Recursos Naturales y Ciencia y Tecnología.

El anteproyecto de Ley Orgánica de Salud contempla la creación del Consejo Nacional Intersectorial de Salud para coordinar e integrar las iniciativas TIC para el Estado. Las funciones descentralizadas se ejercerán a través de Consejos intersectoriales estatales y municipales.¹¹⁹

Desde la CNTI y apoyados en el Ministerio del Poder Popular para la Salud se quiere conseguir una ordenación acorde a las necesidades clínicas y de salud de Venezuela, buscando establecer una colaboración activa entre el Ministerio, los agentes involucrados en la gestión de los proyectos, los profesionales y los usuarios.

119. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación y Consejo Federal de Salud. Mayo de 2004.

El MPPS es el órgano rector del sector salud. Las acciones desarrolladas desde el Ministerio se alinean con las pautas marcadas por el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2001-2007 y el Plan Estratégico 2001-2007 del MPPS. Los principios que inspiran su funcionamiento se enmarcan dentro del proceso de reordenación de las estructuras institucionales de gestión y redes de atención gubernamentales que persiguen:

- Fomentar la equidad y derechos sociales en un orden social de justicia y bienestar para todos.
- Combatir las inequidades, reducir el déficit de atención y las diferencias entre grupos humanos y territorios.
- Fomentar lo público mediante el interés colectivo, potenciando a la ciudadanía con capacidad para definir políticas que redunden en el desarrollo social del país.

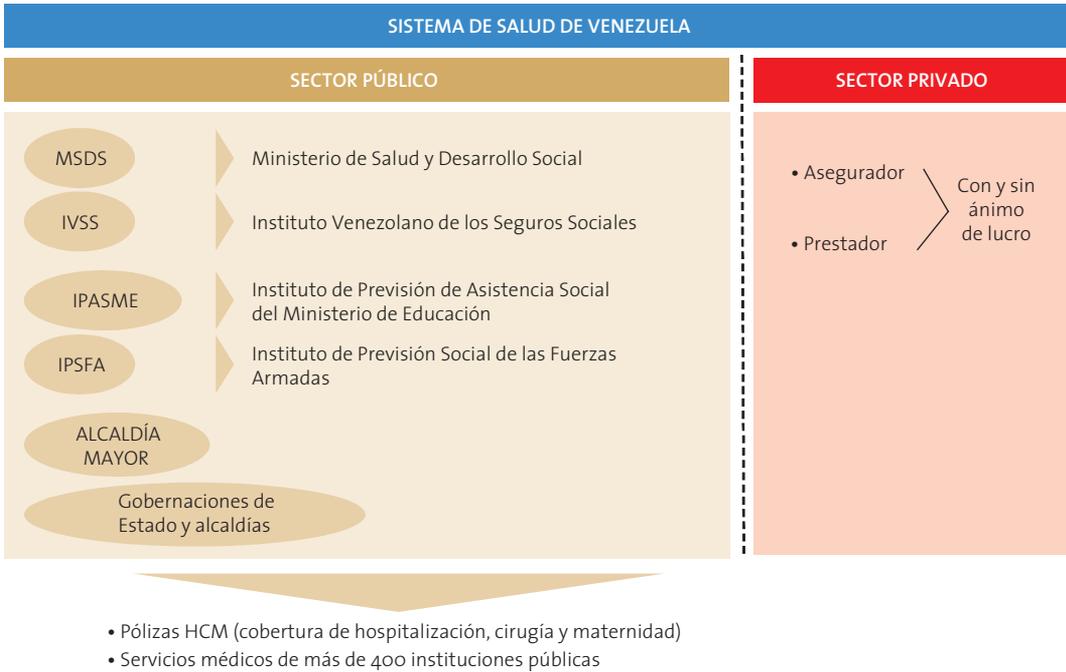
El sector salud de Venezuela está organizado en dos sectores, privado y público, tal y como se expone a continuación:

- El sector público soporta el mayor peso de prestación de servicios a la población. Se organiza en cuatro redes asistenciales: red de atención primaria, de especialidades ambulatorias, de emergencias y hospitalaria y está formado por las siguientes instituciones:
 - *Ministerio del Poder Popular en Salud (MPPS)*. Funciona como un sistema intergubernamental de salud desconcentrado y/o descentralizado, basado en niveles de atención, con direcciones estatales de salud y distritos de salud. Existen 23 Direcciones Regionales del MPPS en todo el país.

Es el organismo rector de políticas públicas y responsable de garantizar el derecho a la salud. También es el organismo encargado de regular los establecimientos de prestación de servicios públicos y privados.

- *Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)*. Es un organismo centralizado que garantiza el derecho a la Seguridad Social y cuyas funciones son la financiación, el aseguramiento y la provisión. Cuenta con una red de hospitales y ambulatorios.
- *Instituto de Previsión de Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME)*. Atiende a sus trabajadores y a familiares directos de estos. Sólo tiene ambulatorios y contrata otros servicios.
- *Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFSA)*. Proporciona la protección integral de la salud a los familiares inmediatos del personal de oficiales y suboficiales profesionales de carrera, en los hospitales de las Fuerzas Armadas o en organismos civiles similares existentes en el país o mediante contratación de pólizas de seguro o médicos especialistas.
- *Alcaldía metropolitana*. Cuenta con una red hospitalaria y ambulatoria dependiente de la Secretaría de Salud.
- *Gobernaciones de Estado y alcaldías*. Las gobernaciones prestan atención médica a través de la Dirección General de Salud de cada Estado, administrando la red hospitalaria y ambulatoria estatal. El Estado de Sucre cuenta con un hospital, mientras que otras cuentan con coordinadores de salud, que administran recursos.
- El sector privado está representado por compañías aseguradoras y prestadoras con y sin ánimo de lucro. Está regulado por el MPPS, y pone a disposición del MPPS y el IVSS recur-

ILUSTRACIÓN 1-15: ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD DE VENEZUELA



Fuente: Elaboración propia

... como una red de clínicas psiquiátricas y unidades de diálisis.

En 1997, el 65% de la población estaba cubierta con algún tipo de aseguramiento. El MPPS y las entidades federales cubren a las personas que no disponen de otro tipo de aseguramiento público (35% de la población). En la práctica, la red ambulatoria del MPPS atiende cerca del 80% de la población. La institución con mayor cobertura es el IVSS, que cubre al 57% de la población asegurada.¹²⁰

El 20% de las instituciones con competencias en salud son dependientes del Estado. El 75% son organizaciones no gubernamentales

(ONG) y/o privadas. El 5% restante agrupa diversas asociaciones entre las que predominan organismos gremiales y sociedades científicas.

1.9.3. Políticas y gestión de los servicios de salud

La estrategia de salud llevada a cabo por el gobierno venezolano está encaminada a establecer ambientes favorables para la salud, mejorar los estilos de vida y garantizar una atención integral y de calidad a toda la población. Las principales políticas de salud que se están poniendo en marcha para asegurar la consecución de estos retos son:

120. OPS/OMS. Sistema Nacional de Salud. Situación de Salud.

Plan Estratégico Social (PES)

Es una herramienta que orienta y organiza la política de salud y desarrollo social, puesta en marcha en el año 2000, con el propósito de hacer efectivos los principios y disposiciones de la nueva constitución, además de materializar en obras el plan sexenal en su eje de equilibrio social. Su objetivo es transformar las condiciones de calidad de vida del pueblo venezolano mediante la aplicación integral de los derechos garantizados constitucionalmente y el desarrollo de los objetivos del proyecto político nacional hacia la construcción de un nuevo orden de justicia social para todos y todas, sobre la base de una ciudadanía plena con poder de participación real en las decisiones públicas.¹²¹

Plan Barrio Adentro

Su objetivo es la puesta en marcha y coordinación del Programa Integral de Prestación de Atención Primaria en Salud. La iniciativa pretende situar la atención primaria como el eje prioritario en su política de salud, que dé respuesta a las necesidades sociales de la población, a través del desarrollo de programas de prevención y promoción en salud dirigidos a la atención de personas, familias y colectivos con difícil acceso y cobertura a los servicios de salud, ofreciendo un servicio de medicina de calidad totalmente gratuito.

Actualmente, con la colaboración entre médicos cubanos y venezolanos, se ofrecen servicios de salud a la población en las zonas pobres e inaccesibles lejos de los hospitales, en pequeños ambulatorios dotados de recursos médicos.

- **Barrio Adentro I** nace con el objetivo de garantizar el acceso a los servicios de salud de toda la

población, centrándose en los sectores más desfavorecidos y barrios de alta concentración, gracias a la construcción de consultorios, clínicas populares y Hospitales del Pueblo en todo el territorio nacional. Estos centros ofrecen atención en medicina general, pediatría, atención de niño sano y adulto mayor, control prenatal y posnatal, vacunación y odontología con una función esencialmente preventiva.

En la actualidad la Misión Barrio Adentro I tiene presencia en todo el territorio nacional con una cobertura cercana a los 17 millones de personas. El programa incluye 13.000 médicos, 4.600 odontólogos y 8.500 auxiliares de enfermería y 8.500 puntos de consultas.

- **Barrio Adentro II** se basa en la ampliación de los servicios de prestación de salud al nivel secundario, mediante la construcción de ambulatorios más grandes para proporcionar un servicio integral y gratuito a todos los ciudadanos a través de los Centros de Alta Tecnología (CAT), Centros de Diagnóstico Integral (CDI) y Salas de Rehabilitación Integral (CRI).
- En 2005 se creó **Barrio Adentro III**, enfocada en la modernización y actualización de los equipos médicos y electromecánicos que garanticen el funcionamiento de los hospitales. Esta actualización tecnológica lleva implícita la dotación de equipos de acuerdo a las necesidades de atención médica de la población, disponibilidad de servicios en el área de influencia, pertinencia tecnológica en relación al grado de complejidad de atención que brindan los hospitales y disponibilidad del personal para la operatividad de los mismos. Contempla la construcción de 600 Centros de Diagnóstico Integral y 600 Salas de Rehabilitación Integral.

121. María Magdalena Colmenares, *Exclusión social y diversidad racial y étnica en Venezuela*.

TABLA 1-16: LOS PRINCIPALES AVANCES DE BARRIO ADENTRO I

	Sistema convencional	Sistema Barrio Adentro
Médico/as en el primer nivel	1.500	13.000 (8.500 pts de consulta)
Cobertura	3,5 millones	17 millones
Establecimientos del MS en el primer nivel	4.400 (1.500 con médico/as)	1.050 (5.500 en construcción)
Odontólogo/as del primer nivel	800	4.600
Enfermero/as y/o aux. del primer nivel	4.400	8.500
Ópticas	0	441
Actividades de Promoción y Prevención	Variables, en consultorio	En consultorio y en terreno
Entrega de medicamentos	Variable según disponibilidad	103 medicamentos de las patologías comunes Boticas populares

- Barrio Adentro IV** contempla la construcción de 15 hospitales de alta resolución en un plazo de tres años, los cuales estarán ubicados en los estados de Miranda, Aragua, Anzoátegui, Barinas, Apure, Mérida, Cojedes, Carabobo, Guárico, Zulia, Bolívar y en el Distrito Capital. Estos centros estarán destinados a atender patologías que requieren un uso intensivo de tecnologías y que llevan implícito un gasto muy elevado para la sociedad. Bajo esta visión se creó el Hospital Cardiológico Infantil «Gilberto Rodríguez Ochoa» y el Instituto Nacional del Cáncer, inaugurados en el año 2006. En estos centros se contemplan especialidades como cardiología adultos, bancos de sangre y de cordón umbilical, oncología, oftalmología, nefrología y urología, gastroenterología, ortopedia, toxicología, neurocirugía, tratamiento de las adicciones, caumatología.

Plan de Hospitales Vitrina

Plan del MPPS para paliar la falta de recursos hospitalarios. Hasta el momento ha afectado a cinco hospitales: El Hospital Clínico Universitario de Caracas, el Pérez Carreño, el del Llanito, Pérez León y el Hospital Militar.

Misión Milagro

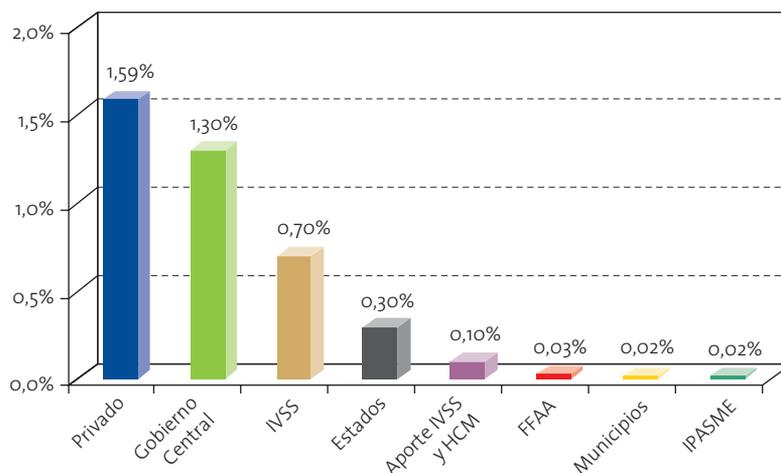
Es una línea política del Ejecutivo Nacional iniciada en 2004 bajo la rectoría del MPPS. Tiene como objetivo potenciar las capacidades y habilidades de las personas que padecen trastornos visuales incorporándolos a la vida social. Mediante este programa se busca solucionar los problemas relacionados con el área visual, respondiendo a estrategias promocionales de salud y calidad de vida, logrando la autonomía de las personas con problemas visuales.

Con estos programas el ejecutivo procura dar respuesta a los retos planteados en materia de atención y planificación, donde los aspectos más destacables son la planificación de las necesidades y mantenimiento de las infraestructuras de salud en el país, así como el desarrollo de los medios necesarios para ofertar los servicios de salud al conjunto de la sociedad.

1.9.4. Financiación del sistema de salud

La financiación del Sistema Público Nacional de Salud está constituida por los presupuestos fiscales nacionales, estatales y municipales, los ingresos de los Estados y municipios destina-

GRÁFICO 1-81: FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL SECTOR SALUD COMO % DEL PIB (1999)



Fuente: OCEPRE, Leyes de Presupuesto de cada año. Informe económico de CEPAL 1999-2000

dos a salud y las transferencias provenientes de los otros subsistemas de la Seguridad Social.

Los principales financiadores públicos son el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), los Estados y municipios, el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA) y el IPASME (Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación).

Los principales agentes de financiación del gasto privado en salud son los pagos privados directos de los hogares, planes de prepago y

fondos mancomunados, así como las instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares.

En el año 2004, el gasto total en salud de Venezuela se situó en el 4,70 % de su PIB, cifra más baja que la media de Latinoamérica (6,60 % del PIB para el 2004).

La siguiente tabla muestra la evolución que ha tenido el gasto total en salud, así como el porcentaje de gasto público y privado, de Venezuela en los últimos años.

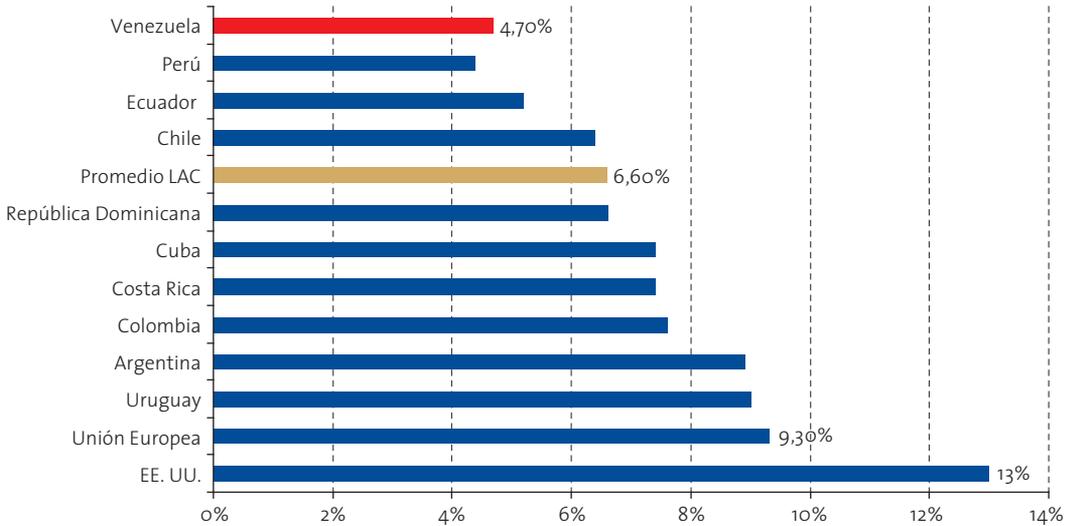
Desde el gobierno se está haciendo una apuesta de futuro para dotar a la población con

TABLA 1-17: GASTO EN SALUD PÚBLICO Y PRIVADO EN VENEZUELA

	2002	2003	2004	2005
Gasto total en salud (millones de US\$)	4.635,52	3.961,97	5.140,32	6.315,25
Gasto público (millones de US\$)	2.138,37	1.666,00	2.158,62	2.711,26
Gasto privado (millones de US\$)	2.497,15	2.295,97	2.981,70	3.604,00
Gasto público (%)	46,13	42,05	41,99	42,93
Gasto privado (%)	53,87	57,95	58,01	57,07

Fuente: World Health Organization, *National Health Accounts Series*, 2006

GRÁFICO 1-82: GASTO EN SALUD EN AMÉRICA LATINA (2004 % DEL PIB)



Fuente: OPS, 2005

una sanidad equiparable a la de países más desarrollados. Este esfuerzo se apreciará de manera más clara en los próximos años, cuando quede reflejado en indicadores internacionales.

Venezuela tiene las mismas necesidades y gastos del sistema de salud que los países más desarrollados. Así, el reto para el gobierno comienza con:

- La aparición de nuevas patologías, como consecuencia del cambio demográfico y epidemiológico, hace necesario un uso más eficiente y eficaz de las inversiones para poder hacer frente a las necesidades de financiación del sistema de salud. Para ello, el gobierno ha puesto en marcha políticas de planificación estratégica del sector salud, procurando alinear los presupuestos con la operatividad y las funciones que se desarrollan en las instituciones.

Se han desarrollado varios proyectos encaminados a surtir de recursos económicos los programas de salud y sociales, como por ejemplo el programa de «Siembra del petróleo», estrategia orientada a sustentar inversiones en diferentes áreas sociales, incluida la sanidad, en la explotación de recursos petrolíferos. La primera etapa de aplicación de este plan se desarrollará durante el periodo 2005-2012. Esta iniciativa ha supuesto una fuente importante de financiación para la atención de salud pública y las misiones sociales, incluyendo el Barrio Adentro 2005. En este sentido, desde el programa de Barrio Adentro se está implantado un modelo de provisión de servicios de salud en forma de red para poder compartir costes y estructuras, haciendo el sistema más eficiente y accesible.

- En el sistema venezolano de salud no está plenamente desarrollando un modelo de re-

ferencia para control de los pacientes (receta de fármacos, evolución de la enfermedad, etc.), ni la zonificación de la prestación asistencial de la población. Como consecuencia, han surgido algunas duplicidades en la prestación de servicios y en la prescripción de recetas.

Es necesario hacer un esfuerzo para unificar los criterios entre los distintos sistemas de atención y establecer elementos de control que permitan identificar y resolver esta situación.

- Establecer un modelo único de salud, que integre los prestadores de salud (Plan Barrio Adentro y MPPS), buscando optimizar las inversiones, evitando la creación de duplicidades y de una doble financiación. Un sistema potenciado que incluya todas las infraestructuras y los recursos humanos, facilitando a su vez el control y la planificación estatal de los recursos. La unificación ayudaría a establecer un seguimiento y control sobre gasto en salud (actualmente hay inversiones que no se ven reflejadas directamente en las partidas de gasto que el gobierno destina a la salud).

En los últimos años, el gobierno venezolano ha llevado a cabo inversiones muy importantes en salud mediante programas específicos como los de promoción y prevención de la salud, vacunación, los programas Barrio Adentro, recursos humanos, etc.

1.9.5. La provisión de servicios de salud

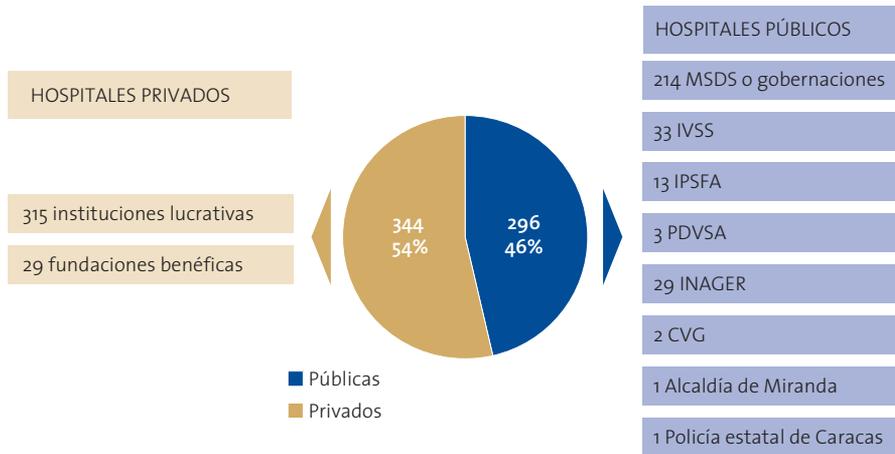
El Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela establece la asistencia de salud en tres niveles, según el grado de complejidad de los centros:

- El nivel primario de atención agrupa los centros de menor complejidad, entre los que se encuentran los ambulatorios rurales y urbanos tipo I. Ofrecen una atención ambulatoria de promoción, fomento, prevención y recuperación de la salud. Cuentan con equipamiento sencillo como soporte diagnóstico (estetoscopios, tensiómetros, equipos ORL). Proporcionan accesibilidad directa por parte de los usuarios, atendidos por médicos generales. Se considera que pueden resolver y atender adecuadamente entre el 60 y 70 % de la demanda de los pacientes.
- En el nivel secundario de atención se encuentran los centros de complejidad media, establecimientos simples y más amplios (ambulatorios urbanos tipo II y III). Estos centros están equipados con soportes diagnósticos más complejos (rayos X, laboratorio, equipos médicos especializados) y atendidos por médicos especialistas.
- El nivel terciario de atención se corresponde a una asistencia más compleja en la que se encuentran los hospitales (tipo I, II, III y IV). Sirven de referencia y contra referencia a los niveles anteriores, atienden a la población local, regional y nacional. Estos centros también se caracterizan por realizar una función docente e investigación en salud. Estos centros cuentan con complejos equipos de soporte diagnóstico (equipos computarizados, además de los electromédicos y radiaciones).

Respecto al número de hospitales existentes en Venezuela, cabe destacar que la red pública, con un total de 296 (46 % del total), es ligeramente inferior al de centros de carácter privado (344 centros).

El total de camas hospitalarias en Vene-

GRÁFICO 1-83: DISTRIBUCIÓN DE HOSPITALES ENTRE SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO



Fuente: OPS/OMS: Análisis preliminar de la situación de salud de Venezuela. 2002

zuela es de 75.224,¹²² con una media de 2,7 camas por cada 1.000 habitantes, superior a otros países de Latinoamérica.

El número de camas de titularidad pública es de 40.675. La suma de camas pertenecientes al MPPS y el IVSS suponen el 79 % de las camas totales. Tal y como se muestra en el gráfico 1-84, la distribución de camas por estados es irregular, existiendo grandes diferencias. Por ejemplo, el Estado de Zulia en 2003 contaba con aproximadamente 11.500, mientras que estados como el Delta Amacuro, Nueva Esparta o Vargas no llegaban a las 500 camas.

La política en materia de salud está fomentando la integración de técnicas médicas de última generación, que minimicen la estancia media en los hospitales:

- Apuesta por la ambulatorización; gracias a sus ventajas, permitirá disminuir las estancias en los hospitales, pudiendo utilizar esas

camas para pacientes con determinadas patologías. En este mismo sentido el gobierno no tendrá que aumentar la dotación de camas sociales destinadas a población dependiente.

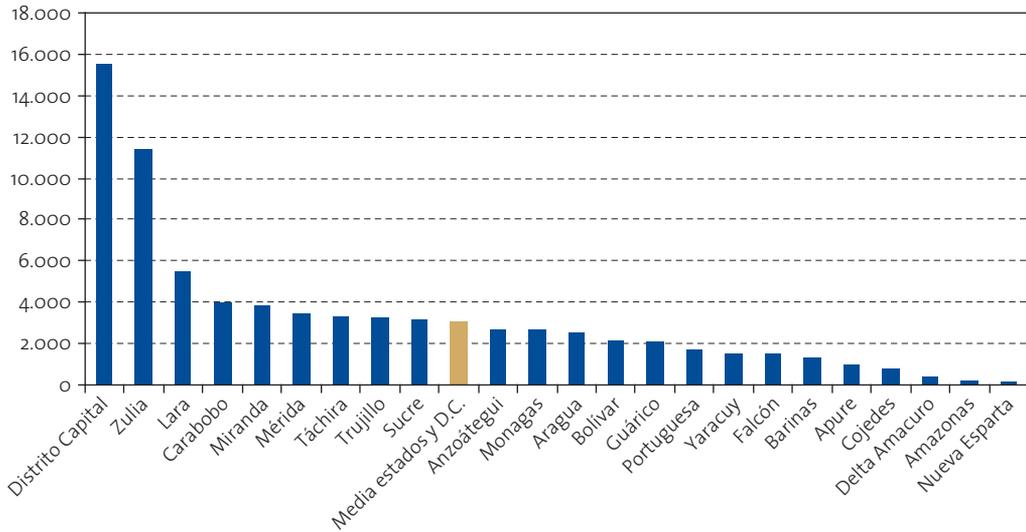
- Cirugía mínimamente invasiva, gracias a su desarrollo, está reemplazando lenta y progresivamente a la cirugía convencional, reduciendo la morbilidad de los procedimientos y con mayor porcentaje de éxitos terapéuticos.

Los retos prioritarios para el gobierno venezolano en materia de provisión de servicios de salud son:

- Establecer una estrategia para aumentar la equidad en el acceso al sistema de salud.
- La necesidad de establecer una planificación en salud a nivel nacional sobre la situación actual y la identificación de necesidades futuras.

122. MPPS, camas por hospital, 2003.

GRÁFICO 1-84: DISTRIBUCIÓN DE CAMAS SEGÚN ESTADOS Y DISTRITO CAPITAL (2003)



Fuente: INE y Ministerio de Salud y Desarrollo Social

- La necesidad de crear una política orientada a adecuar la dotación de las policlínicas del barrio con los recursos tecnológicos para mejorar la accesibilidad y prestaciones del sistema.
- Mejorar el acceso de la población a los medicamentos y a las pruebas diagnósticas. Para paliar el problema, el gobierno ha puesto en marcha un sistema de «boticas populares», localizadas en sitios de difícil acceso, atendiendo a poblaciones con problemas económicos. En ellas se aplica un 85 % de descuento del precio en medicamentos esenciales. Otra de las características de estos establecimientos es que no están atendidos por farmacéuticos, ni sometidos a control de salud. Pero, gracias a estas medidas, el gobierno ayuda y facilita que la población pueda cumplir las indicaciones y prescripciones médicas a un coste económico viable para sus economías.

Mediante La Ley Orgánica de Salud se ha propuesto una nueva organización de los establecimientos prestadores de servicios de salud, convirtiéndolos en redes de salud. El objetivo es romper con el modelo de niveles de atención médica, basado en referencias, en el cual el hospital es el centro del sistema.

En el nuevo modelo, la atención primaria se convierte en el eje integrador de la atención en salud. La Misión Barrio Adentro es la principal iniciativa para la creación de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) basado en redes, tal y como se muestra a continuación:

- Red ambulatoria y de clínicas populares de Barrio Adentro, formadas por:
 - Consultorios populares o puntos de consulta. Estos constituirán el principal punto de contacto entre las comunidades y el SPNS.
 - Salas de rehabilitación.
 - Clínicas populares.

- Ambulatorios rurales y urbanos.
 - Salas de odontología.
 - Boticas populares.
 - Vacunatorios.
 - Ópticas.
- Red de emergencias: Formada por las unidades de atención primaria de emergencia, la atención prehospitalaria móvil, los centros ambulatorios de emergencias no hospitalarias, las puertas hospitalarias de emergencias y las camas de terapia intensiva e intermedias. Esta red se encuentra en fase de desarrollo.
 - Red hospitalaria: Formada por los Hospitales del Pueblo y los hospitales especializados públicos. Con el objetivo de fortalecer esta red en 2005 se realizó un censo para detectar prioridades de adquisición de equipos y necesidades de personal. Se puso en marcha un nuevo modelo de financiación y gestión, en el que los recursos son administrados directamente por los hospitales con participación en el control social comunitario. Dentro de esta red, en 2006 se puso en marcha el Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano «Doctor Gilberto Rodríguez Ochoa» para la atención quirúrgica cardiovascular gratuita.

Con la creación de redes y del programa Barrio Adentro, se facilita el acceso de la sociedad a pruebas diagnósticas que de otra manera no podrían costearse.

Actualmente estos dos sistemas coexisten y se ve como poco a poco tienden a integrarse y a incrementar la coordinación asistencial entre ellos. La tendencia que busca el ejecutivo para no tener ineficiencias ni servicios paralelos es diseñar un Sistema de Salud Único que contenga

las mejores prácticas de cada sistema, fomentando la participación de todos los agentes implicados y que cuente con un capital humano involucrado y profesional.

1.9.6. Recursos humanos

En Venezuela hay una media de 20 médicos, 7,9 enfermeras y 5,7 odontólogos por cada 10.000 habitantes. La media de médicos es mayor que en muchos países latinoamericanos.¹²³

Existen un total de 56.221 médicos registrados, de los que el 38 % son especialistas y 62 % son médicos generalistas. Los médicos venezolanos tienen una muy buena formación en medicina curativa, mientras que aspectos relacionados con la prevención y la consecución de la salud y la atención primaria tienen un menor peso en su formación. En general los médicos se forman para la asistencia en hospitales y están poco preparados para la asistencia primaria. La formación en atención primaria debe fomentarse si se pretende que en los próximos años médicos venezolanos desarrollen los Planes Barrio Adentro, actualmente liderados por médicos cubanos.

Para que las políticas llevadas a cabo por el ministerio prosperen, se deben desarrollar iniciativas que resuelvan la situación actual de la salud en Venezuela. Por ejemplo, son necesarios profesionales con nuevos perfiles de desempeño, una gestión más centralizada, la modificación de los modelos de atención, etc. En este sentido, desde el gobierno se están planificando políticas de recursos humanos, planes para la alineación de las necesidades en conjunto con las universidades, planes de estudio adaptados a los perfiles y necesidades, etc.

123. OPS, Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud, 2001-2005.

El gobierno pretende impulsar la formación en prevención y promoción de la salud, así como la motivación laboral de los profesionales de la salud (incremento de la remuneración e incentivos para los profesionales del sector público). Como consecuencia de la «feminización» de la profesión médica, y consecuentemente con esta realidad se busca establecer

programas que ofrezcan facilidades para conciliar la vida laboral con la familiar a los profesionales de la salud.

El reto gubernamental en esta materia es el desarrollar una planificación de los profesionales a nivel nacional, que reduzca las desigualdades en materia de salud entre regiones y equipare los salarios profesionales.