RESULTADOS DE LA IDENTIFICACION DE PERFILES DE LOS SUBSISTEMAS DE SALUD INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS PAÍSES IBEROAMERICANOS

0

Contrato No. 036 SNS/OISS

Tabla de contenido

INTRODUCCION 2
MATERIALES Y METODOS 3
RESULTADOS 4
1. PERFILES DE LOS SISTEMAS DE SALUD 4
1.1. ARGENTINA: 4
1.2. BRASIL 5
1.3. BOLIVIA 11
1.4. CHILE 17
1.5. COLOMBIA 25
1.6. ECUADOR 30
1.7. EL SALVADOR 33
1.8. MÉXICO 36
1.9. PANAMA 41
1.10. PARAGUAY 43
1.11. PERÚ 49
1.12. REPÚBLICA DOMINICANA 57
1.13. URUGUAY 67
1.14. VENEZUELA 74
2. PERFILES DE LOS ORGANISMOS DE CONTROL 80
2.1. BRASIL 80
2.2. CHILE 83
2.3. MÉXICO 85
2.4. PANANÁ 94
2.5. PARAGUAY 95
2.6. PERÚ 102
3. ANÁLISIS COMPARATIVO DE VARIABLES RELEVANTES 104
3.1. COMPARATIVO DE FORTALEZA Y DEBILIDADES DE LOS SISTEMAS DE SALUD 104
3.2. RECTORIA EN SALUD 105
3.3. INTERVENCION ESTATAL 108
3.4. FINANCIAMIENTO Y MECANISMO DE PAGO 111
3.5. ASEGURAMIENTO 113
3.6. TALENTO HUMANO 116
3.7. PROBLEMAS Y RETOS 121
3.8. FORTALEZAS 124
3.9. INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL 127
4. BIBLIOGRAFIA ..... Error! Bookmark not defined.

INTRODUCCION

La construcción de los perfiles de los subsistemas de Inspección, Vigilancia y Control de los países Iberoamericanos es un objetivo del Observatorio de Órganos de Inspección, Vigilancia y Control de los países Iberoamericanos, que surgió a partir de las diferentes reuniones efectuadas desde 2007, por los Superintendentes de Salud de los diferentes países de Iberoamérica (Colombia, Chile, Argentina, Brasil, México, Uruguay, Perú, Ecuador y Paraguay), con el apoyo y acompañamiento de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social-OISS, en calidad de organismo internacional cooperante y de apoyo técnico, en la realización de las actividades necesarias para consolidar una red de Organismos de Regulación y Control en Salud.

El presente documento contiene la información obtenida a partir de la aplicación de los instrumentos, en fuentes primarias y la información disponible en fuentes secundarias. La primera parte de la identificación esta descrita en la matriz de operacionalización, la cual permitió obtener información general que se encuentra en el anexo A (Bases de datos y Cuestionario); la segunda parte de la identificación está contenida en el presente documento, el que recoge los principales aspectos relacionados con los sistemas de salud y los organismos de inspección vigilancia y control de los países pertenecientes a la Red. Esta información fue la obtenida a través de encuesta on line y por entrevista personal con los superintendentes o sus delegados. Se dio especial importancia al cumplimiento de los objetivos propuestos en el protocolo, en particular el objetivo relacionado con , "La Identificación de variables relevantes que permitan realizar la identificación, registro y sistematización de información para describir, caracterizar y clasificar los subsistemas de Inspección, Vigilancia y Control de los países Iberoamericanos", por tratarse de un aspecto fundamental en la identificación y seguimiento; se escogieron como variables relevantes aquellas que representan un verdadero impacto en el sistema, entendido como la suma de los aspectos mínimos necesarios para que un sistema de salud opere de forma efectiva en la población, esta variables son:

1. Rectoría en salud
2. Aseguramiento
3. Intervención estatal
4. Financiamiento y mecanismos de pago
5. Retos y problemas
6. Fortalezas
7. Talento Humano
8. IVC

MATERIALES Y METODOS

La metodología para la realización del estudio de los perfiles consistió en:

1. Búsqueda de información en fuentes secundarias en bases de datos, organismo oficial de información de los diferentes países, normas y reglamentos disponibles, bibliografía de agencias internacionales especializadas entre otras.
2. Específicamente para obtener información acerca de los organismos de Inspección, Vigilancia y Control, se utilizó una segunda vía de identificación y búsqueda de datos, a través de la aplicación de una encuesta semi estructurada, que se puso a disposición de los países on line (se adjunta encuesta). Los países que respondieron la encuesta on line fueron:
   - Chile
   - Paraguay
   - México
   - República Dominicana
3. Entrevista a funcionarios participantes al VIII Congreso Iberoamericano de Organismos de Regulación, Inspección, Vigilancia y Control, en la ciudad de Lima Perú:
   - Jaime Barrantes, Gerente de la Caja Costarricense del Seguro Social en Costa Rica
   - Rubén Darío López Barragán, Director general de la Caja de Seguro Social de Panamá, en Panamá
   - Oscar Galeano, Jefe del Departamento de auditoría contable de la Superintendencia de Paraguay en Paraguay
   - Funcionario de la Superintendencia de Seguros privados en Salud de Brasil

RESULTADOS

1. PERFILES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

1.1. ARGENTINA:

El SS argentino se originó en 1946, mediante la constitución de Ministerios de salud. Entre 1989 y 1996, el sistema evolucionó incorporando la Ley de Obras sociales, donde se establece la obligatoriedad de las prestaciones. Adicionalmente, se crea el Sistema Nacional de Seguro Social, en el que se da cobertura medico asistencial obligatoria a drogadictos y enfermos de SIDA. En 1996, se indica que los programas de medicina prepagada deben ampliar la cobertura en las mismas condiciones que en la Obras Sociales.

El sistema de salud Argentino es mixto y está conformado por el subsector público, que es responsable de financiar y proveer servicios de salud a cerca del 35% de la población provincial. En cuanto al ingreso al sistema privado, este es voluntario y depende de los ingresos y de la capacidad de pago, y se realiza directamente con el proveedor.

Adicionalmente, lo componen los Ministerios Nacional y Provinciales de Salud, la red de hospitales y centros de salud públicos, la Superintendencia de Servicios de Salud, las entidades de Medicina Prepaga y la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

Por otro lado, el gasto total en salud se calcula cercano al 9% del Producto Interno Bruto (que en Argentina es de USD$ 540.197 millones) del cual aproximadamente el 70% corresponde al gasto público y de seguridad social y el 28% a gastos de bolsillo. [1] La financiación del sistema se genera por medio de recursos fiscales provenientes de los niveles nacional, provincial y municipal.

Igualmente, la prestación del servicio incluye acciones de atención primaria, internación y alta complejidad, así como tratamientos ambulatorios, odontología general, plan materno infantil, prótesis y medicamentos. Solamente las Obras Sociales Nacionales y las empresas de medicina prepaga tienen la obligación de ofrecer un programa médico obligatorio, que explicita un contenido básico de servicios y prestaciones.

De acuerdo con el reporte del observatorio de recursos humanos en salud de la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud del ministerio de salud de Argentina, a diciembre 31 de 2012 se encontraban 160.041 médicos en edad activa en el país, con una relación de 3,88 por cada mil habitantes,

esta cifra subió a 166.187 profesionales (3.94 por cada mil habitantes), entre los cuales hay cerca de 92.000 especialistas. [2] Adicionalmente, se calcula que hay cerca de 14.534 unidades de atención ambulatoria, de las cuales el 44% son de origen público y que se dispone de más de 150.000 camas hospitalarias 4.1 por cada 1000 habitantes, cerca del 53% del sector público. [3]

Rectoria en salud

Las funciones de rectoría del sistema de salud están bajo la dirección del Ministerio de salud de la nación, que tiene a su cargo actividades relacionadas con la implementación de políticas de equidad, cobertura, planes, programas, en medicina individual y colectiva etc., fiscalización, diseño y monitoreo de actividades en salud (medicina, odontología, enfermería, terapias, etc.) incluidos equipos, dispositivos médicos, instalaciones, y en general todos los elementos, materiales y demás relativos a la prestación de los servicios en salud, incluidos medicamentos ; asi mismo se encarga de ejercer la vigilancia y control epidemiológico, control en la formación del recurso humano y en general todos los aspectos relacionados a la elaboración, aplicación, ejecución y fiscalización de los regímenes de mutuales y de obras sociales comprendidas en las Leyes Nro. 23.660 y 23.661.

Financiamiento

Además de recursos fiscales, el sistema de seguridad social se financia por medio de aportes de los trabajadores del 3% de su salario y de los empleadores de entre el 2% y el 6%. La administración central y los organismos provinciales descentralizados se financian fundamentalmente con recursos del presupuesto nacional.

Fortalezas

Aunque se cuenta con fortalezas como la gran disponibilidad de recursos y el nivel de descentralización, los autores señalan que hay dos retos complementarios para el sistema de salud de este país. En primer lugar está el hecho de no tener indicadores de salud acordes con el esfuerzo económico que se está realizando y en segundo, el de superar la fragmentación y atomización financiera (Belló & Becerril-Montekio, 2011), lo cual genera brechas de diverso tipo, tanto en cobertura poblacional, como en cobertura de servicios. [1]

1.2. BRASIL

El sistema de salud de Brasil se originó en el año 1930 y dio origen al Departamento Nacional de Salud. El sistema está compuesto por un sector público que cubre alrededor de 75% de la población a través de servicios propios y de la contratación de servicios privados, y un creciente sector privado que ofrece atención a la salud al restante 25% de los brasileños.

El sector público, por una parte, está constituido por el Sistema Único de Salud (SUS), financiado con impuestos generales y contribuciones sociales recaudados por los tres niveles de gobierno –federal, estatal y municipal-. El SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones, así como a través de contratos con establecimientos privados con y sin fines de lucro. En 2004, la participación del gobierno federal en el financiamiento del SUS fue de 50.7%, mientras que las unidades de la federación participaron con 26.6% y los municipios con 22.7%.

Por otro lado, el sector privado está conformado por un sistema de esquemas de aseguramiento conocido como Salud Suplementaria, financiado con recursos de las empresas y/o las familias: la medicina de grupo (empresas y familias), las cooperativas médicas, los llamados Planes Auto administrados (empresas), y los planes de seguros de salud individuales que, en ocasiones, ofrecen regímenes de libre elección de prestadores. También existen consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados que funcionan sobre la base de pagos de bolsillo y que son utilizados de manera preponderante por la población de mayores ingresos, la cual también recurre al SUS en busca de servicios de prevención (vacunación) y para atender padecimientos de alto costo y complejidad. El Sistema Único de Salud (SUS) tiene cobertura universal con atención integral: de atención básica hasta la alta complejidad, como trasplantes de órganos.

Además del acceso al SUS, 25% de la población tiene doble cobertura: compran planos/seguros privados de salud individuales o colectivos (en parte con premios pagados por empleadores).

Con la Constitución Ciudadana de 1988, que define la salud como derecho universal y deber del Estado, así como el bienestar, la protección de la maternidad y la infancia, fueron unificadas las instituciones de salud del Seguro Social y del Ministerio de Salud. El recurso humano está conformado por medico en promedio 286/1000 habitantes, y enfermeros en su mayoría.

El Ministerio de Educación (MEC) es responsable por la autorización, reconocimiento y renovación de los cursos superiores federales y privados. Los cursos superiores públicos estatales están bajo el control de los consejos de educación de los estados

Jurisdiccionales

El Ministerio de Salud (MS) de Brasil, creado en 1953, es el órgano del Poder Ejecutivo Federal responsable de la formulación de planes y políticas públicas dirigidas a la promoción, prevención y asistencia de la salud de los brasileños. Su función es poner a disposición de los ciudadanos las condiciones para la protección y la recuperación de la salud de la población, reduciendo las enfermedades, controlando las endémicas y parasitarias, y mejorando la vigilancia en la salud para ofrecer, así, más calidad de vida

al brasileño. Además, tiene un importante papel en la coordinación federativa de la política de salud en el país y del sistema descentralizado y en el enfrentamiento de las desigualdades regionales. Adicionalmente, se le atribuye definir y coordinar los sistemas de redes integradas de asistencia de alta complejidad; red de laboratorios de salud pública; de Vigilancia Epidemiológica; de Vigilancia Sanitaria, entre otros. A pesar de ello, no tiene funciones de prestación directa de servicios, pus está a cargos de Estados y Municipios, pero presta algunos servicios de alta complejidad.

Adicionalmente, es responsable de coordinar los sistemas de Vigilancia Epidemiológica, de Vigilancia Sanitaria y Vigilancia Ambiental. Esta tarea la desarrolla por medio de por medio de la Secretaría de Vigilancia a la Salud (SVS), creada en 2003. La vigilancia sanitaria está organizada como un subsistema del SUS, denominado Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS), que está coordinado por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, con competencia para establecer normas, controlar e inspeccionar productos, sustancias y servicios de interés para la salud, además de inspeccionar sanitariamente los Puertos, Aeropuertos y las Fronteras.

Gestión

En junio de 2003 la Secretaría de Vigilancia en Salud asumió la gestión del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Ambiental en Salud (SINVSA) y desde marzo de 2005 quedó reglamentado el Subsistema Nacional de Vigilancia en Salud Ambiental.

Seguimiento

Con la creación del SUS, en 1990, se estableció que el control y evaluación del sistema sería competencia cada uno de los tres niveles de gobierno e incluyen diversas instancias: Consejos de Salud, Comisiones Intergestoras, Sistema Nacional de Auditoría, entre otros. Sin embargo, sólo hasta 2002, los estados y los municipios empezaron a implantar y desarrollar acciones de control contable, financiero y asistencial sobre las acciones de los prestadores de servicios de salud.

Supervisión

En 1998, se creó el Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria junto con un conjunto de instituciones de la administración pública coordinadas por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA).

Rectoría en salud

La Constitución de 1988 descentralizó los servicios del SUS hacia los estados y municipios. En primer lugar, el gobierno federal está encargado de preservar y promover los principios del SUS, definir prioridades nacionales, monitorear los

resultados de los programas y políticas, y participar en el financiamiento tripartito garantizando la equidad entre los estados.

En segundo lugar, existe un pacto federal sanitario tiene como sustento la unidad doctrinaria del SUS y la diversidad operativa basada en las especificidades de los estados y municipios. A partir de 2006, las directrices del Pacto para la Salud definieron las áreas prioritarias del SUS mediante la consolidación de los procesos de regionalización y los instrumentos de planeación y programación, así como el Plan Director Regionalizado, el Plan Director de Inversiones y la Programación Pactada e Integrada.

Siguiendo este proceso de descentralización, se estructuró la implantación de la Política Nacional de Regulación, responsabilidad del Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas del Ministerio de Salud.

Adicionalmente, está la misión del Ministerio de Salud, que es: "Promover la salud de la población mediante la integración y la construcción de asociaciones con las entidades federales, las unidades de la Federación (estados), los municipios, la iniciativa privada y la sociedad, contribuyendo así para mejorar la calidad de vida y el ejercicio de la ciudadanía".

Intervención estatal

Con el apoyo técnico y financiero de los niveles estatal y federal, cada municipio se encarga de proveer atención a su población o de referir a los usuarios a otros municipios. Igualmente, existen otras instancias públicas que proveen servicios de salud, como los hospitales universitarios y las unidades del Ministerio de Educación y las Fuerzas Armadas.

El SUS es responsable de coordinar el sector público y de regular el sector privado, con cuyas entidades establece convenios o contratos mediante pago por servicio. [4]

Financiamiento

Para Brasil, el método de financiamiento predominante es a través de los impuestos generales.

Mecanismos de pago y financiamiento

En este sistema de salud, los mecanismos de pago y nivel de financiamiento del SUS se maneja por medio de impuestos y contribuciones sociales provenientes de los tres niveles de gobierno. Como se mencionó anteriormente, en 2004, la participación del gobierno federal en el financiamiento del SUS fue de 50.7%, mientras que las unidades de la federación participaron con 26.6% y los municipios con 22.7%. [5]

El financiamiento del SUS está garantizado por una reforma a la Constitución, aprobada en el año 2000, que aseguró las fuentes de asignación de recursos para la salud. [6]

Aseguramiento

El tipo de aseguramiento en Brasil es mixto con predominio de financiamiento público.

Problemas

El sistema de salud Brasilero, presenta algunos problemas como la necesidad de posicionamiento del usuario-ciudadano como centro del diseño de las acciones y políticas de salud –como el más representativo-.

Adicionalmente, existen problemas en cuanto a derechos sociales y salud, como:

- Extensión territorial.
- Asimetrías entre las unidades de la Federación.
- Ejecución de las acciones y servicios de salud descentralizada.
- Debilidades en cuanto a estructura y organización del sistema: sistema público con prestadores públicos y privados.
- Fragmentación de los cuidados en salud.
- La descentralización de los servicios requiere reconocer territorios y organizar redes de servicios de salud de forma jerárquica y regional.
- Necesidad de fortalecer la acción intersectorial y garantizar la integralidad en la atención a la salud.
- Atención a los portadores de enfermedades crónicas inadecuada (en servicios de urgencia y emergencia).
- Atención especializada con poco vínculo con la atención básica y con el paciente.
- Necesidad de reforzar el vínculo del paciente con la atención básica.
- Insuficiente capacidad de gestión y regulación, por parte de los municipios, de la oferta de servicios propios y contratados y de los flujos de atención a los usuarios, local y regionalmente (los flujos están bien organizados solamente en parte de las localidades).

Fortalezas

Por otro lado, existen fortalezas en el sistema como:

- La descentralización ha sido una de las principales innovaciones desde la Conferencia Nacional de Salud de 1986, e incluso antes, con las Acciones Integradas de Salud y el Sistema Unificado y Descentralizado de Salud. Se

reconocen avances en términos de integralidad, igualdad y expansión de la cobertura.

- Derechos sociales y salud
- Leyes orgánicas que regulan el sistema de salud en toda la federación.
- Derecho universal a la salud en la Constitución Federal de 1988.
- Ejecución descentralizada de las acciones y servicios de salud.
- Participación social instituida en la Ley, con un sistema de consejos y conferencias de salud. Política Nacional de Atención al Usuario (Ouvidoria) en Salud.

También existen fortalezas en cuanto a la Estructura y Organización del Sistema de Salud:

- Sistema Único de Salud público, universal y gratuito.
- Red de atención privada de carácter suplementario.
- Servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, individual o colectivos, en los distintos niveles del sistema.
- Principios y directrices reconocidos por Ley: Universalidad del acceso, Integralidad de la asistencia, Equidad, Descentralización político-administrativa con una gestión unificada en cada esfera del gobierno, regionalización y jerarquización de las redes de servicios en niveles de complejidad, participación social.
- La dirección del SUS es única y se ejerce en el ámbito de la Federación, por el Ministerio de Salud (MS); en el ámbito de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, por las respectivas Secretarías de Salud.
- Atención básica como primer nivel y eje de estructuración de la atención a la salud.
- Concepción de la red de atención a la salud como parte de un sistema de cuidados integrales.
- Política Nacional de Regulación en Salud.
- Agencias reguladoras vinculadas al MS – Anvisa (Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria), ANS (Agencia Nacional de Salud Suplementar), entre otros

Necesidades o desafíos

Las principales necesidades del sistema de salud son:

- Aumentar la cobertura y la capacidad resolutiva de las unidades del sistema público mediante un cambio en el modelo de atención que no sólo priorice la atención primaria, sino que se centre en el usuario-ciudadano;
- Evitar la precarización, la privatización y la tercerización de las relaciones laborales del SUS articulando las políticas de los sectores salud y educación.

- Profundizar el modelo de gestión y promover una descentralización solidaria y cooperativa basada en la corresponsabilidad establecida en contratos de gestión y financiamiento mixto.
- Ampliar las capacidades reguladoras del Estado reconociendo a la salud como bien social, reglamentando las relaciones público-privado y asegurando el respeto de los derechos de los usuarios.
- Superar el sub-financiamiento de las saludes producto de imperativos económicas

La prioridad del gobierno actual es la mejoría del acceso y la calidad de los servicios del SUS, con importantes esfuerzos de evaluación de la atención básica que consideren la perspectiva de los usuarios. Se están organizando redes asistenciales regionales ordenadas por la atención primaria con la creación de Comisiones Gestoras Regionales, agregando diversos municipios con apoyo del Estado. Para la organización de las redes, hay cuatro prioridades: Red de Urgencias y Emergencias, Red de atención psicosocial, Red Cegonha (Cigüeña), para atención prenatal y parto, y Red de atención al cáncer de útero y de mama.

El Decreto Presidencial 7.508/2011, firmado por la presidenta Dilma Rousseff, establece la organización de la asistencia a la salud por medio de la construcción de redes de atención a la salud regional, configuradas en un conjunto de servicios integrados en niveles de complejidad creciente, para garantizar la integralidad de la atención. El Decreto busca el cambio de paradigma en la organización del sistema público la salud, partiendo de un modelo asistencial basado en el hospital, fragmentado y dirigido a las condiciones agudas de salud, para un modelo coordinado por la Atención Primaria en Salud, organizado en redes, que responda equilibradamente a las condiciones agudas y crónicas que el ciudadano enfrenta

1.3. BOLIVIA

La Seguridad Social es el instrumento Estatal específico, protector de las necesidades sociales, individuales y colectivas, a cuya protección preventiva y reparadora tienen derecho los individuos, en la extensión, límites y condiciones que las normas disponen.

La Constitución de 1938 da origen al Constitucionalismo Social que proclama los derechos de la sociedad y el reconocimiento del derecho a la salud. Igualmente, crea el Ministerio de Salud y Deportes (MSD), iniciando así una atención centralista y hospitalaria se inicia en Bolivia el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Más tarde en 1953, se implementó el sistema solidario de seguridad social que se limitó a los trabajadores dependientes o independientes que cotizaban en este sistema. En 1956, mediante ley del 14 de diciembre, se da vida al Código de Seguridad Social, que es un conjunto de normas que tiende a proteger la Salud del capital

humano del País. (Art. 1 Código de Seguridad Social). También se crea la Caja Nacional de Salud, la cual brinda un seguro a los trabajadores que tienen relación obrero-patronal.

Por otro lado, la Constitución Política de 1961 establece el derecho a la salud. La promulgación del "Código de Salud" [7] marca un hito relevante en la historia de la salud pública: a partir de ello, se han tenido diferentes planes sobre políticas públicas en el sector. En el año 2008, el Decreto Supremo 29601 establece el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural —SAFCI-.

A finales del 2009, se aprueba el Plan Sectorial de Desarrollo, 2010-2020 que fijó los rumbos del sistema de salud boliviano para 10 años. Para su elaboración fue realizado un Diagnóstico Estratégico que identificó como principales problemas a enfrentar la alta privación socio biológica en mayorías poblacionales, determinantes sociales y políticas desfavorables para la calidad vida y el proceso salud-enfermedad, que se expresan en perfiles epidemiológicos diferenciados según grupos sociales, caracterizados por la alta incidencia de enfermedades de la pobreza, muertes evitables y baja productividad. Adicionalmente, la inaccesibilidad a los servicios de salud de las poblaciones. Un sistema de salud centrado en el asistencialismo biologicista y con enfoque medicalizado, que no responde a las necesidades de atención de los grupos más vulnerables y discapacitados, por lo que se distribuye inequitativamente la inversión y el gasto en infraestructura, equipamiento, insumos y recursos humanos, favoreciendo a áreas urbanas y a niveles complejos de atención,

Aunque el gobierno boliviano lo ha anunciado varias veces, no se ha implantado todavía el Seguro Universal de Salud. En el año 2006, mediante la Ley No 3351 de fecha 21 de febrero de 2006 y su reglamentación Decreto Reglamentario No 28631, de 9 de marzo de 2006, se incorpora a la estructura organizativa del Ministerio de Salud y Deportes, el Viceministerio de Medicina Tradicional e Intercultural y la Promoción de la Salud en el Viceministerio de Deportes.

Finalmente, el Decreto Supremo No 29894 de 07 de febrero del 2009, señala en el artículo 89 del Capítulo XVI Ministerio de Salud y Deportes, la estructura jerárquica del Ministerio de Salud y Deportes. Adicionalmente, existe otra normativa:

2012: Decreto Supremo 1232. Suspende la aplicación del Decreto 1126 hasta que se realice una Cumbre Nacional de la Revolución de Salud.

2012: Decreto 1126. Restablece en el Sistema Nacional de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia: Público y la Seguridad Social de Corto Plazo, la jornada laboral a tiempo completo de ocho (8) horas diarias y la jornada laboral de medio tiempo de cuatro (4) horas diarias.

2014: Ley 475, de Servicios de Salud Integral del Estado Boliviano.

2014: Decreto Supremo 1984 de 2014, reglamenta Ley 475 de 2014.

El sector salud atravesó una fuerte crisis en los años 80 y principios de los 90, producto de la aplicación de los programas de ajuste estructural en los países en desarrollo, donde los procesos de desregularización, modernización y flexibilización limitaron y dispersaron los ya escasos recursos financieros del sector. Por esta razón, organismos internacionales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo propusieron y apoyaron los procesos de reforma sectorial en América Latina.

La Reforma en Salud, dotó con fuerte financiamiento a programas como el Escudo Epidemiológico (Chagas, malaria, tuberculosis, dengue y leishmaniasis), EXTENSA, que buscaba la extensión de coberturas mediante la atención de brigadas móviles de salud y contaba con el apoyo a los seguros de salud y el mejoramiento de la calidad de los servicios.

Por otro lado, el Sistema Nacional de Salud está conformado por:

- El subsector público, que brinda servicios de salud a las personas que no están afiliadas al seguro social obligatorio, está encabezado por el Ministerio de Salud y Deportes con atribuciones para la formulación de políticas y regulación.
- El subsector de la seguridad social, que atiende a los trabajadores asalariados.
- 9 entes gestores (Cajas de Salud) y seguros delegados.
- El subsector privado, que corresponde a las compañías de seguro, las compañías de medicina prepaga y las organizaciones no gubernamentales.
- El subsector de medicina tradicional, que está bajo la responsabilidad del viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, y tiene como objetivo facilitar el acceso a una atención de salud equitativa a través de una red de establecimientos básicos de salud con adecuación y enfoque intercultural.

Igualmente, el Modelo de Gestión del SNS establece la existencia de tres niveles de atención en salud:

1. El Primer Nivel de atención encargado de la promoción, prevención, consulta ambulatoria e internación de tránsito, está conformado por la medicina tradicional, brigada móvil de salud, puesto de salud, centro de salud, policlínicas y poli consultorios.
2. El Segundo Nivel de atención comprende la atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, anestesiología, con servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, y opcionalmente traumatología; su unidad operativa son los hospitales básicos de apoyo.

3. El Tercer Nivel está constituido por la atención ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidad y subespecialidad, los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad.

El mayor financiador público es el tesoro de la nación, responsable del pago de los recursos humanos y de los programas nacionales de salud. Los municipios eran financiadores del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y del Seguro de Salud del Adulto Mayor (SPAM), de acuerdo con las disposiciones legales. Además, según la Ley de Participación Popular, los municipios son responsables de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos. Igualmente, establece que los municipios deben cubrir los gastos del SUMI con el 10% de la coparticipación tributaria que perciben. También instituye el fondo solidario, para los municipios que sobrepasen el porcentaje de gasto, la ley 3323 y su reglamentación establecen que los municipios son responsables del pago de una prima equivalente a 56 dólares por cada adulto mayor de 60 años que vive, proveniente de los recursos del Impuesto Directo a los Hidrocarburos.. En cuanto a las gobernaciones, estas financian algunos recursos humanos.

Rectoria en salud

El Estado tiene responsabilidades en salud como rector (quien elabora normas y verifica que sean cumplidas por las entidades prestadoras de servicios de salud públicas o privadas), regulador (cuenta con instituciones que regulan las prestaciones, sus recaudaciones, y sus inversiones; por ejemplo, el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), el Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO), entre otros) y prestador. Como tal, actualmente cuenta con la Residencia de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), que es un prestador directo de la nueva política de salud e incluye la articulación de la atención biomédica y la tradicional, similar con la prestación del Bono Juana Azurduy, Equipos SAFCI y los Equipos Móviles de Salud Oral.

Por otra parte, el Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia debe ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a la concepción del vivir bien y el modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género.

La puerta de ingreso al sistema son los establecimientos de atención primaria de salud con mecanismos de referencia y contra referencia para el segundo y tercer nivel de atención. Este está organizado en redes de servicios de salud para garantizar continuidad de la atención hasta la resolución de los problemas. La red está conformada por establecimientos de diferentes niveles de capacidad resolutiva: capacidad de diagnosticar, tratar y resolver los problemas de salud de la población.

Fuentes de financiamiento

El mayor financiador público es el tesoro de la nación, responsable del pago de los recursos humanos y de los programas nacionales de salud. El sistema también cuenta con otros financiadores como los municipios y las gobernaciones, como se ha mencionado anteriormente. Adicionalmente están el Presupuesto plurianual y Estrategia de Financiamiento, el Presupuesto plurianual del PSD, el Plurianual del Sector Salud –para dar cumplimiento de los objetivos y las metas del PSD-, el Presupuesto plurianual 2010-2020 del MSD y los programas Nacionales.

A partir de los datos de 2006 a 2009, se estimó el presupuesto plurianual del MSD y de los Programas Nacionales, con un crecimiento anual de 5% para los programas de los Ejes 1 y 3, y un crecimiento de 10% anual para el presupuesto de los programas del segundo Eje (promoción).

Fuentes de financiamiento del Sector

Las fuentes de financiamiento para el PSD son diferentes según el sub-sector considerado.

- Fuentes de financiamiento del sub-sector público
- Recursos del Tesoro General de la Nación que se transfieren esencialmente a Prefecturas para el pago de salarios de los recursos humanos del Sector.
- Recursos de Coparticipación Tributaria que se transfieren a los municipios.
- Recursos HIPC
- Recursos IDH
- Recursos externos provenientes de organismos financieros multilaterales, agencias de cooperación y gobiernos de otros países, mediante convenios de crédito o donación.

Fuentes de financiamiento del sub-sector de la Seguridad Social

- Aportes de los empleadores, pagado para afiliar a los asalariados. Constituyen la fuente de financiamiento principal y casi exclusiva de la Seguridad Social.
- Recursos externos provenientes de organismos financieros multilaterales, agencias de cooperación y gobiernos de otros países, mediante convenios de crédito o donación.
- Fuentes de financiamiento del sub-sector privado
- Pagos directos: son los pagos realizados por los usuarios cuando utilizan los servicios de salud del subsector privado o público.
- Cotizaciones a Seguros de Salud privados.

Con la implementación del Seguro Universal, desaparecen los pagos directos.

Gasto en salud

Bolivia es uno de los países de América Latina y el Caribe con uno de los niveles más bajos de gasto en salud pública (medido en porcentaje del PIB). Asimismo, la mejora sanitaria es la más baja de la región, siendo el segundo peor después de Haití.

Pero además existe heterogeneidad en la asignación del gasto en salud al interior del país, reflejada en la segmentación del sistema de salud. Por ejemplo, el Seguro Social gasta el 40% y afilia a un 27% (dando atención efectiva al 16%), mientras que el sector Público gasta el 30% y debe atender a toda la población no afiliada a las cajas del seguro social.

Además, se observa regresividad en el gasto de bolsillo (aproximadamente 28% del gasto total); es decir, la población con menos ingresos destina un mayor porcentaje de sus ingresos en salud (aproximadamente 10%) que la población con mayores ingresos.

La población que no es beneficiaria del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y del Seguro de Salud del Adulto Mayor (SSPAM) realiza pagos por la atención médica que recibe en los establecimientos públicos de salud.

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

En el subsector público se tienen las siguientes modalidades de pago:

- Pago en efectivo (SUMI).
- Pago mixto (efectivo y suministros) (SUMI)
- Pago a través de prima de cotizaciones (SSPAM).

Se han planteado varias alternativas de financiamiento del sector salud, entre las más factibles están:

1. Incremento del 15% al porcentaje de recursos de Coparticipación Tributaria Municipal, que había sido destinado a los seguros SUMI y SSPAM.
2. Asignación de un porcentaje para salud, del Impuesto Directo a los Hidrocarburos que se destina a los departamentos.
3. Incremento gradual de los recursos que el Tesoro General del Estado destinado a recursos humanos en salud. [8]

Problemas

La fragmentación del sistema (sobre todo público y de la seguridad social) y la segmentación (en el interior de los entes gestores de la seguridad social) constituyen los principales problemas del sistema. Esta fragmentación y segmentación producen

inequidades en el acceso al sistema de salud y a los servicios en particular. Según un estudio sobre la exclusión en salud de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en 2004, más del 77% de la población boliviana está excluida de alguna manera de los servicios de salud. [9]

1.4. CHILE

El Ministerio de Salud de Chile (Minsal) tiene como misión buscar contribuir a elevar el nivel de salud de la población y su objetivo es coordinar, mantener y organizar la atención de la salud de los chilenos. El Decreto con Fuerza de Ley Nº. 1 del año 2005 le asigna al Ministerio "[…] fijar las políticas, dictar las normas, aprobar los planes y programas generales y evaluar las acciones que deben ejecutar dichos organismos y demás integrantes del Sistema.". En resumen, tiene funciones del Órgano Rector, formulación, control y evaluación de políticas, planes y programas; definición de objetivos sanitarios; coordinación sectorial e intersectorial; coordinación y cooperación internacional en salud; formular el presupuesto sectorial; formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), enfrentar los desafíos del envejecimiento y los cambios de la sociedad; disminuir las inequidades en salud y control de las acciones relacionadas con la salud y proveer servicios acordes a las expectativas legítimas de la población. Adicionalmente, están la subsecretaría de Salud Pública y la subsecretaría de Redes Asistenciales que dependen del Minsal.

El proceso de reforma sectorial a comienzos de la década pasada tuvo entre sus primeras tareas la definición de los objetivos sanitarios del país. De tal forma. se buscaba generar las bases sobre las cuales producir las transformaciones de salud necesarias para elevar el nivel de bienestar de la población y hacer frente a sus necesidades actuales. El Régimen General en Salud está vigente desde el 1 de julio de 2005 y son beneficiarios los cotizantes o afiliados a FONASA o una ISAPRE.

La transferencia de recursos que hace FONASA se divide en 4 principales grupos de asignación:

- **Per cápita en APS**: Para su cálculo se toma como base la población potencialmente usuaria y un vector de atenciones que se programa entregar (plan de salud implícito) que, debidamente valorado, permite generar un eficaz método de financiamiento para la atención primaria que tiene como base de funcionamiento la atención a una población a cargo.
- **Pago asociado a diagnóstico**: Es un mecanismo de retribución financiera que liga el pago a un resultado médico concreto, el diagnóstico de egreso del paciente. Implica pagar por un diagnóstico resuelto un valor predeterminado, basado en un conjunto estandarizado de prestaciones (canasta) que permiten

la resolución de la patología, considerando la evolución y tratamiento de la morbilidad de un paciente promedio.
El PAD tiene un valor único y no tiene derecho a recargo horario ni será afectado por el grupo de inscripción del prestador. Es una cuenta conocida, se paga la actividad en base a resultados, que en este caso son patologías resueltas. Este sistema de pago promueve la contención de costos, ya que las ganancias atribuibles a la contención de costos son de entera disponibilidad del proveedor. Se incentiva la eficiencia técnica en la atención del paciente, ya que el pago se asocia a la resolución de la patología.

- **Pago por prestaciones valoradas**: Son las prestaciones realizadas por el Hospital, que fueron costeadas por Fonasa y que deben ser programadas y monitoreadas en su cumplimiento mensualmente para que sean pagadas como producción del Hospital. Para ello, se utiliza una prestación trazadora de pago que debe ser ingresada al Sistema de Información para la Gestión de las Garantías Explícitas de Salud para cobro por parte del Hospital. El modelo establece que primero se determinan las prestaciones en base a las prioridades sanitarias definidas por el Minsal, luego se calculan los precios según estudios de costos y mercado. Eso define la cantidad de prestaciones, de acuerdo al marco presupuestario, con un cuerpo de prestadores "acreditados".
  Adicionalmente, se establecen los Convenios por Componente de Programa, lo que incluye el número de prestaciones, el costo total, el flujo de transferencias y además los indicadores de gestión, las evaluaciones trimestrales, las reasignaciones, la liquidación final 100%, el control financiero, de afiliación, y de garantías.
- **Pago por prestación institucional**: Actualmente no está asociado a una actividad. Sólo existe su registro en el Resumen Estadístico Mensual. Este programa considera el presupuesto histórico, el pago de leyes y bonos. Estos programas son manejados desde el Minsal, quien instruye a FONSA las transferencias.

Por otro lado, el proceso de desarrollo de los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010 culminó en la definición de cuatro grandes objetivos:

1. Mejorar los logros sanitarios alcanzados.

2. Enfrentar los desafíos del envejecimiento y los cambios de la sociedad.

3. Disminuir las inequidades en salud; y

4. Proveer servicios acordes a las expectativas legítimas de la población.

Estos objetivos 2010 han sido la carta de navegación del sector en los últimos años. En el marco de la Reforma de la Salud, el disponer de una definición de Objetivos

Sanitarios “claros, medibles y practicables” constituyó un componente esencial para la reorientación de las políticas públicas en salud en Chile y, hasta ahora, son considerados una herramienta de gestión y la referencia fundamental al momento de establecer intervenciones y acciones prioritarias para el sistema de salud.

En cuanto a las instituciones del sistema está el ISP es la institución de referencia para cuestiones de salud pública y se encarga de supervisar los laboratorios públicos y todo lo relacionado con la autorización, control de calidad e importación de medicamentos. La CENABAST actúa como un intermediario en la compra y distribución de medicamentos, insumos y equipo médico para el SNSS. Además, funciona como regulador del mercado al conseguir precios más bajos dado el volumen de compras que maneja, aunque los servicios de salud y hospitales del sector público son libres de comprar al proveedor que elijan.

Por otra parte, el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (o Plan AUGE) de Chile consiste, según lo establecido por la Ley Nº 19.966 (que lo denomina Régimen General de Garantías en Salud) [10] en una reglamentación en la cual cada 3 años se agregan nuevas patologías al sistema sanitario que garantiza el acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud. Las Garantías Explícitas son:

- Acceso: Obligación de Fonasa y las ISAPRES de asegurar las prestaciones de salud.
- Oportunidad en la atención: Existencia de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas.
- Calidad: Otorgar la atención de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado.
- Protección financiera: Contribución, pago o copago que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones.

Respecto al gasto en salud, casi una tercera parte del mismo es pagado directamente por los hogares, comparado con menos de 20% en promedio entre los países de la OCDE. El gasto de bolsillo en Salud es elevado: 4,6%; mientras que, en el promedio de los países pertenecientes a la OCDE es de 2,86%, lo que, en términos de equidad social, está revelando una de las deficiencias más graves del sistema.

Adicionalmente, el costo de los medicamentos es desproporcionado y existe un oligopolio de la industria farmacéutica que fija arbitrariamente los precios e, incluso, en ocasiones se ha coludido para aumentarlos injustificadamente.

Por otra parte, en el sistema público el acceso de la población a la atención médica en consultorios periféricos suele ser en extremo dificultoso y, a veces, dramático por trabas burocráticas y deficiencias organizativas. Las personas deben madrugar para eventualmente conseguir un número para ser atendidas horas después; las listas de espera para exámenes de laboratorio, exploraciones instrumentales e intervenciones

quirúrgicas son interminables; el acceso a especialistas cuando se requiere es restringido –particularmente en ciudades y poblados pequeños-; la disponibilidad de camas de hospitalización y de unidades de cuidados intensivos es insuficiente y el acceso a ambulancias en situaciones de emergencia suele ser tardío.

Además los Servicios de Urgencias se ven atochados por la demanda, se atienden personas en sillas o camillas, y los médicos y personal de salud se sienten agobiados por la intensidad de la demanda y las condiciones inadecuadas de trabajo.

Igualmente, la cobertura de la atención odontológica es limitada: la OMS recomienda 1 dentista por 2.000 habitantes; se estima que Chile tiene alrededor de 18.000 odontólogos, 1 x 958 habitantes; de ellos, sólo alrededor de 4.000 trabajan en el sector público de salud.

Gestión

El Ministerio de Salud de Chile debe además desarrollar armónicamente los sistemas de salud, centrados en las personas**;** fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención. Todo ello para acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover su participación en el ejercicio de sus derechos y sus deberes.

A la luz de los resultados obtenidos en la evaluación de final de período de los Objetivos Sanitarios 2000-2010, se hace necesario no solo repensar los próximos Objetivos Sanitarios, sino también plantear cómo fortalecer la planificación para la consecución efectiva de estos. Solo de esta manera se podrá dar cumplimiento al mandato que hiciera el presidente Sr. Sebastián Piñera, el 21 de Mayo de 2011: focalizar los esfuerzos en “la prevención de enfermedades y el fomento a los hábitos de vida más sanos” y en “garantizar a todos los chilenos una atención digna, oportuna y de calidad” y mejorar “significativamente la gestión y eficiencia (de los hospitales y APS)”.

El Plan Nacional de Salud 2011-2020 (PNS) incorpora toda la experiencia y aprendizaje generado a través de los procesos de implementación, desarrollo y evaluación de los Objetivos Sanitarios 2000-2010, mejorando asi su metodología de creación, gestión y evaluación.

El PNS mantiene como referente los cuatros grandes Objetivos Sanitarios de la década anterior y concentra su quehacer en nueve áreas temáticas:

1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles.

2. Prevenir y reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales y violencia y traumatismos.
3. Promover la salud y el desarrollo y prevenir o reducir factores de riesgo.
4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas claves de la vida, embarazo, parto, periodo neonatal, infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable. También mejorar la salud de los trabajadores.
5. Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques a nivel socioeconómico, sensibles a las cuestiones de género, etnia y basados en los derechos humanos.
6. Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud.
7. Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de la vida, y el apoyo de la salud pública y el desarrollo sustentable.
8. Mejorar la institucionalidad de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, el financiamiento, la dotación de personal, la información, la infraestructura y gestión. Promover la calidad y justicia en la atención de salud.
9. Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico.

Garantía de aseguramiento

El 1 de julio del 2005 entró en vigencia la Ley AUGE, que entrega a todos los chilenos y chilenas el acceso a una atención de salud de mayor calidad, más eficiente y oportuna, a través de las siguientes garantías:

- Garantía de acceso, conforme a la cual todos los individuos deberán recibir atención y ser parte de una red de salud en su lugar de residencia.
- Garantía de oportunidad, según la cual habrá un límite máximo de tiempo preestablecido para asegurar tanto la primera atención de las personas, como la atención pos diagnóstico.
- Garantía de calidad, según la cual las prestaciones seguirán patrones de exigencia técnica preestablecidos y construidos a partir de pruebas de evidencia médica.
- Garantía de cobertura financiera, en virtud de la cual el pago de las prestaciones no será un obstáculo para recibir los servicios asociados a GES.

Al año 2011, las patologías cubiertas por el régimen son 69 y el Fondo Nacional de Salud, (Fonasa) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) debieron asegurar el

cumplimiento de todas estas garantías. En caso de no cumplimiento, la ley establecía los canales y cursos de reclamación ante la Superintendencia de Salud y otras instancias. Para el año 2006 hay unas 40 enfermedades cuya atención estaba garantizada, pasando a ser 56 en el 2007, 69 el 2010 y 80 en el 2013.

Garantía en salud

El territorio está dividido en 15 Regiones, 54 Provincias, 345 municipalidades y 346 comunas y sus organismos dependientes: 29 servicios de salud; Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) el asegurador público, y la Superintendencia de Salud que regula las aseguradoras privadas (ISAPRE) y el seguro público.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias, ya que cada persona tiene el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

Por una parte, está el Subsistema privado, compuesto por las ISAPRE, que son las aseguradoras privadas. En 1999, se creó la Unidad de Estudios y Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles encargada de realizar las Encuestas de Calidad de Vida (2000 y 2006) basadas en el auto-reporte y dos Encuestas Nacionales de Salud (ENS 2003 y 2009) que incluyeron mediciones biofisiológicas y exámenes de laboratorio y centros médicos privados de provisión de servicios de salud y laboratorios y farmacias. La red de diagnóstico de laboratorio para la vigilancia en salud consta de 20 laboratorios de salud pública que dependen de la Secretaria Regional Ministerial correspondiente; están ubicados en 15 regiones. Los laboratorios contribuyen a salvaguardar la salud de la población al realizar análisis que permiten dar soporte a las políticas y programas de salud pública, entregar información fundamental para la investigación, definir el origen de una epidemia, identificar brotes, controla alimentos y aguas y monitorear riesgos ambientales entre otros. Sus funciones esenciales son: identificar riesgos inherentes al medioambiente; prevención, control y vigilancia de enfermedades; asegurar la calidad de los alimentos y responder en forma oportuna en situaciones de desastres y emergencia.

Por otro lado, las Fuerzas Armadas y de Orden poseen, cada rama, una red de prestadores de diversa complejidad con regulación desde el Ministerio de Defensa. Por el contrario, la Salud Laboral es gestionada por un régimen separado regido por el Ministerio de Trabajo con base en cotizaciones obligatorias efectuadas por Mutuales Instituto de Normalización Previsional. [11]

Financiamiento

El financiamiento del sistema de salud chileno comprende una combinación entre aportes públicos y privados que se asignan y transfieren entre las distintas entidades de aseguramiento y de provisión de servicios.

El aporte público en salud proviene del presupuesto general del Estado, obtenido por recaudación de impuestos generales y específicos de las personas. Este se compone del aporte público o fiscal directo –que corresponde al aporte municipal y a las asignaciones presupuestarias desde el Gobierno Central hacia el Ministerio de Salud y hacia el Ministerio de Defensa– y el aporte público indirecto –que corresponde a las cotizaciones obligatorias que efectúan los trabajadores y las empresas a partir de sus ingresos imponibles y de las transferencias de otros Ministerios hacia el Minsal.

Por su parte, el aporte privado también se compone de aportes directos e indirectos, los primeros correspondientes a los gastos de bolsillo de las personas y los segundos, a las cotizaciones adicionales que pueden aportar voluntariamente los afiliados a ISAPRE para mejorar la cobertura de su plan de salud y el pago de las primas de seguros privados de salud. Los gastos de bolsillo corresponden a los copagos por atenciones médicas, los copagos en medicamentos y el pago por atenciones médicas particulares. Además, si bien las cotizaciones obligatorias de seguridad social se consideran como aporte público indirecto, estas corresponden a un desembolso mensual que cada cotizante realiza para financiar su sistema previsional de salud, descontándolo de sus ingresos brutos. Por ello, independientemente de las definiciones establecidas sobre aporte público y privado, se puede decir que el financiamiento de la salud en Chile se basa en aportes de los individuos que alcanzan el 74% del financiamiento total, mientras que el aporte del Fisco, es del 26%.

Gasto público en Chile

El financiamiento global de la salud es gastado por diversos entes ejecutores y a través de varios mecanismos, principalmente en por medio de gasto público y gasto privado. El gasto público en salud se considera inserto en el llamado gasto social, efectuado por el gobierno de los fondos fiscales asignados en el presupuesto nacional a los sectores sociales: educación, salud, vivienda, bienestar social, seguridad social y desarrollo regional.

El gasto público es realizado por el sector público y puede descomponerse como sigue:

- Gasto fiscal, del Gobierno Central, financiado con fondos del presupuesto nacional, asignados al Sector de la Salud, cuyo ejecutor es el Ministerio de Salud.
- Gasto que realizan otros sectores e instituciones del Estado (como los Ministerios de Educación, Interior, Defensa), de fondos fiscales, para gasto específico de acciones de salud.

- Gasto en actividades de salud ejecutado por las municipalidades, de fondos provenientes de sus ingresos tributarios y de otras fuentes propias.
- Gasto realizado por las instituciones públicas, de fondos provenientes del aporte privado y que por ley deben ser administrados por el sector público:
    - Los aportes previsionales recaudados por Fonasa
    - El pago directo de servicios otorgados por las unidades de atención del sector Público
    - Las donaciones y otros [12]

Gasto privado en salud en Chile

El gasto privado está constituido por:

- Gastos realizados por las ISAPRE de fondos aportados por las personas, directamente o a través de las empresas.
- Gasto realizados por instituciones no gubernamentales sin fines de lucro, de fondos provenientes de donaciones, colectas públicas y otros medios.
- Gasto personal privado en cualquiera de las siguientes modalidades:
    - Gasto directo (sin aporte previsional) por servicios asistenciales.
    - Gasto de las personas cubiertas por algún sistema previsional, por pago de préstamos concedidos y como copago o pago del costo "deducible", efectuado mediante la compra de bonos, destinada a cubrir la diferencia entre el costo del servicio recibido y el arancel fijado por el plan al que ellas están afiliadas (FONASA O ISAPRE).
    - Gasto efectuado por las personas para la adquisición de bienes, entre los cuales se destacan los medicamentos.

Mecanismos de pago y financiamiento

Además de las transferencias de Fonasa (explicadas anteriormente) existe un modelo llamado Grupos Relacionados a Diagnóstico (GRD) que constituyen un sistema de clasificación de pacientes basado en el consumo de recursos que se requieren para su atención y en las características clínicas que se presentan. Esta clasificación permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (es decir, su casuística), con el costo que representa su asistencia. Además, los GRD se asocian a un número, que representa grupos mutuamente excluyentes y homogéneos, tanto clínica como financieramente. Para su construcción se suele utilizar algún tipo de software que permita transformar en códigos la información sobre el paciente.

El sector salud, Fonasa Minsal, tiene presupuestado disminuir gradualmente el pago por prestación institucional y transformar el pago por prestaciones valoradas (PPV) en Grupos Relacionados a Diagnósticos (GRD). El Gráfico 9 muestra la participación de estas modalidades de asignación en el total del gasto en salud de Fonasa.

Problemas

- El gasto público de salud es el 3,5% del presupuesto nacional, pero debiera ser al menos de un 6% (casi el doble), según recomienda la Organización Mundial de la Salud.
- En Chile sólo el 19% de la población tiene ISAPRE, pero recauda el 56% de las cotizaciones (de donde obtienen las utilidades, que el 2012 fueron $80.000 millones y el primer semestre de 2013 fue mayor a $34.0000 millones). En ellas están los más sanos y los más jóvenes.
- Chile tiene un médico por cada 550 habitantes, cifra similar a países desarrollados, pero el sistema público tiene sólo un tercio de las horas médicas totales del país para atender a cerca del 80 % de la población.
- El pago por las prestaciones del FONASA a los hospitales públicos no alcanza a cubrir su costo real. Cubre menos de la mitad (40%), por lo cual la deuda hospitalaria sigue creciendo, superando los 105.000 millones.
- Chile es el segundo país de la OCDE con más gasto de bolsillo de las personas en salud: todos los meses los individuos de su bolsillo pagan al menos un 34%.
- Sólo en 2013, se calcula que la compra de servicios a clínicas y prestadores privados fue de más de 1.100 millones de dólares, a los que sí se les paga al precio que cuestan las cosas.
- Chile tiene el menor número de farmacias de América Latina.
- Chile es el segundo país del mundo con mayor suicidio adolescente, pero las camas psiquiátricas han aumentado desde 1990 a la fecha en 20 y éstas son de adultos.
- Chile tiene de las peores coberturas dentales de la OCDE. Sólo hay atención dental pública en caso de tener 6 años, tener una urgencia, estar embarazada o tener 60 años. Paradójicamente, en Chile hay muchos dentistas.
- Faltan hospitales
- 200.000 personas en Chile sufren demencia (Alzheimer u otro tipo de demencia), pero sólo 4.000 recibe tratamiento o apoyo.
- El Ministerio de Salud tomó la decisión de cerrar los cupos de especialistas que se formaban en el programa de atención primaria (FOREBAS). Éstos fortalecían la salud de los municipios, sobre todo los más pobres, disminuyendo las listas de espera, dada la solicitud de condiciones laborales dignas. [13]

1.5. COLOMBIA

El sistema Nacional de salud de Colombia se originó en el año 1946. Es un sistema de salud de competencia regulada, basado en la mezcla pública privada y mercado-regulación, cuyas principales fuentes de financiamiento son las cotizaciones de empleados y empleadores, que financian el régimen contributivo, y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales, que financian el régimen

subsidiado. Las Empresas Promotoras de Salud –EPS- son entidades públicas y privadas que operan como aseguradoras y administradoras.

Igualmente, están las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) que se encargan de proveer los servicios de atención a los usuarios, de acuerdo con las prestaciones o beneficios definidos en el Plan Obligatorio de Salud –POS-. El contenido del POS del régimen subsidiado representa cerca del 60% del que tiene el régimen contributivo. También, existe un Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), quien es el encargado de reconocer el pago a las EPS, según el número de afiliados y el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), así como de trasladar recursos fiscales para el régimen subsidiado.

La gran reestructuración del sistema de salud en Colombia es la Ley 100 de 1993, a través de la cual el Congreso de la República, crea el Sistema General de Seguridad Social (salud y pensiones). La afiliación al régimen de seguridad social en salud está reglamentada por el Decreto 806 de 1998. La Ley 715 de 2001 habla de la Distribución de competencias y recursos entre los diferentes niveles de descentralización (nación, departamento y municipio). Por su parte, la Ley 1.122 de 2007 introduce reformas en la operación del Sistema General de Seguridad Social; y la sentencia T760 de 2008 establece al derecho a la salud como derecho fundamental. Finalmente, el acuerdo 415 de 2009, reglamenta el régimen subsidiado.

Las grandes fuerzas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud son la macroeconomía (estructura productiva y salarial, empleo, distribución del ingreso y tendencias económicas); el desarrollo social, en especial la pobreza, el grado de desarrollo general; el modelo de industrialización; el sistema productivo y laboral; la concentración del ingreso; los recursos fiscales la descentralización; y otros similares.

Como se mencionó anteriormente, los servicios sanitarios del SGSSS, son proporcionados por prestadores públicos y privados que compiten entre sí. La red privada de proveedores ofrece sus servicios sanitarios al SGSSS, a los beneficiarios de los seguros privados voluntarios, y a los pacientes que pagan las atenciones de salud directamente de su bolsillo. No existen cifras sistemáticas sobre la distribución de los proveedores por tipo según régimen o sector.

La financiación del sistema se da principalmente por: cotizaciones de empleadores y empleados, que representan el 12,5% del salario mensual (el empleado asume el 4% de la cotización y el empleador el 8.5%), y por medio de recursos fiscales nacionales, que dan lugar a las transferencias intergubernamentales (Departamentos y municipios), denominadas Sistema General de Participaciones –SGP-. A esto se deben agregar los recursos fiscales de origen regional y local. Con las cotizaciones se financia el régimen contributivo. En tanto se trata de un impuesto al trabajo, su magnitud está gobernada en gran parte por el empleo en el sector formal de la economía y los niveles

salariales; es debilitada por el desempleo, la informalidad, la evasión y elusión de las cotizaciones.

En cuanto al talento humano, en 2008, el total de médicos registrados en Colombia era de 70.079, lo cual arroja una densidad de 15,8 médicos por cada 10.000 habitantes. El 54,4% de estos médicos trabajan en el primer nivel de atención. De igual manera, el total de enfermeras era de 35.627 para una densidad de 0,8 enfermeras por cada 10.000 habitantes.

Por otro lado, se calcula que en 2005 casi 280 mil personas trabajaban en el sector de salud; de ellas, el 53,3% lo hacían en actividades auxiliares, el 4,8% en actividades técnicas, y el 4,9% en actividades propiamente profesionales de la salud.

Finalmente, cabe destacar que existen importantes diferencias en cuanto a la disponibilidad de los recursos humanos sanitarios entre las regiones del país. Adicionalmente, que no hay información sobre el número de médicos y enfermeras que trabajan en el sector privado. Uno de los problemas para contabilizar estos recursos es que muchos de los médicos y enfermeras, trabajan tanto en el sector público como en el privado.

Supervisión

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS), supervisa, vigila y controla a los actores del sistema y tiene entre sus objetivos, la fijación de las políticas de Inspección, Vigilancia y Control (IVC); la vigilancia del cumplimiento de las normas; la supervisión de la calidad de la atención de la salud, del aseguramiento, de la afiliación, la calidad de la prestación de los servicios y la protección de los usuarios de la eficiencia en la generación. Igualmente, supervisa el recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud; la protección de los derechos de los usuarios y la promoción de la participación ciudadana y, finalmente, el establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad.

Modulación del financiamiento

El modelo de financiamiento mixto del SGSSS es quizás el más difundido en el mundo, en especial en los países en desarrollo o de ingresos bajos y medios. En cada país este modelo se ubica en alguna combinación de recursos de seguridad social, obtenidos por medio de cotizaciones y recursos fiscales, originados en los impuestos. Adicionalmente, en cada país el sistema de salud adopta una estructura, una organización y unos arreglos institucionales específicos. En Colombia, los recursos financieros que se obtienen por medio de cotizaciones y aportes representan cerca del 70% del total, mientras que más del 50% de los afiliados se encuentran en el régimen subsidiado [14]

Garantía del aseguramiento

Se orienta principalmente a la salud individual y se entiende como administración del riesgo financiero la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado. Se debe destacar que el aseguramiento en el SGSSS incorpora un Plan Obligatorio de Servicios: conjunto de garantías explicitas para la población; incluido el reconocimiento para cada afiliado a pertenecer a una entidad promotora de salud. Las EPS son las entidades responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento para los regímenes contributivo y subsidiado, así como también las de afiliación y la recaudación de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Las EPS deben establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las IPS (Ley 100, art. 178, numeral). Asimismo, se considera como campo de acción de las EPS (Ley 100, art. 179) la garantía de la atención, incluso a través de la prestación directa.

Las EPS, para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, prestan directamente o contratan los servicios de salud con instituciones prestadoras y/o profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las EPS pueden adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de instituciones prestadoras de salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida

Rectoría en salud

El Ministerio de la Protección Social (MPS) es el ente rector del sistema y fija las políticas de salud. Como lo indica el decreto 205 de 2003, el MPS tiene como objetivos primordiales la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento del Sistema de la Protección Social.

Hasta junio del 2009, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), funcionó como organismo permanente de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de concertación entre los diferentes agentes del mismo, teniendo como objeto la adopción de la regulación requerida para dirigir y orientar el sistema de aseguramiento. Entre sus funciones regulatorias más importantes se encontraba la definición y ajuste de los planes de beneficios y la fijación de las primas en el régimen subsidiado y contributivo.

Por medio de la Ley 1122 de 2007, se creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que sustituyó al CNSSS en la función de regular el sistema. La CRES cumple con las

funciones de regular y definir los aspectos centrales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tales como los planes de beneficios (POS), la unidad de pago por capitalización (UPC), las prestaciones económicas y las tarifas mínimas, entre otros. En la actualidad, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tiene solamente un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud.

Intervención estatal

Asimismo, el marco legislativo define la intervención del Estado principalmente como rector y regulador del sistema, tal como lo señala el artículo 154 de la Ley 100 de 1993.

Financiamiento

El modelo de financiamiento del SGSSS colombiano ha sido reconocido por la OMS como uno de los más solidarios del mundo (OMS, 2000). El sistema moviliza recursos desde fuentes primarias (hogares y empresas), a través de cotizaciones, y desde fuentes secundarias (recursos de la Nación), hasta el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), donde se mancomuna y se aplica un conjunto de normas de compensación y distribución que permite el financiamiento del aseguramiento, de las acciones preventivas de salud pública y catástrofes. Acciones como las de salud pública se financian con recursos de la Nación y territoriales con destinación específica.

El gasto total en salud en Colombia para el año 2010 ascendió a 42 billones de pesos, es decir, alrededor de 7% del PIB nacional. Siendo el régimen contributivo el que ocupa el 32% de los recursos totales, seguido de los recursos destinados a oferta con el 22%, es decir, lo destinado a la atención de la población pobre no asegurada, salud pública, promoción y prevención y financiamiento de hospitales.

Aseguramiento

Las compañías aseguradoras de salud, pueden dividirse en dos grandes grupos según el rol que juegan en el sistema de salud: las aseguradoras que operan dentro del régimen de seguridad social de salud llamadas Entidades Promotoras de Salud (EPS), y las aseguradoras que ofrecen productos de seguro de salud privados y voluntarios. Las EPS constituyen el núcleo de gestión básico del sistema general de seguridad social en salud, y tienen a su cargo la promoción de la mejora del estado de salud de sus afiliados, garantizando las prestaciones de los servicios de salud, definidos en el plan obligatorio de salud (POS), el cual está regido por los criterios de integralidad, eficacia y calidad, libertad, competencia y eficiencia. Las EPS son también el centro financiero debido a que recaudan la cotización, descuentan la captación correspondiente a cada uno de los afiliados, y administran el plan de salud para éstos mediante la prestación directa o la contratación de servicios con otros agentes.

Fuera del sistema de seguridad social, el sector privado ofrece diversos planes y coberturas de salud que son contratados en forma voluntaria y se concentran en la población de mayores ingresos.

Problemas

- El fraccionamiento
- Existen múltiples responsables para un mismo grupo poblacional, por lo que es difícil saber quién asume la responsabilidad
- Es un sistema de salud complejo, con muchos agentes, diferentes fondos y seguros.
- La pirámide poblacional está invertida y hay mayor población de más edad (representa más gastos)
- La tecnología es costosa
- No hay claridad sobre a qué tiene derecho la gente
- Corrupción
- Su sostenimiento está basado en un modelo de trabajo formal y la informalidad prima en Colombia [16]

1.6. ECUADOR

El sistema de salud de Ecuador, se originó en el año 1955, así como el Ministerio de Salud Pública. En 1994, se genera la Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia en particular la atención de salud a los recién nacidos y niños menores de cinco años; después en la Reforma Constitucional de 1998, se menciona por vez primera que el Estado es garante del derecho a la salud, también se establece el rol rector del Estado, la promoción de la salud, la organización de un Sistema Nacional de Salud (SNS) de gestión descentralizada y participativa, y el financiamiento público incremental para el sector salud. Finalmente, en el año 2002 aparece la Ley Orgánica de Sistema Nacional de Salud, en la que se establece los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) en todo el territorio nacional. Además establece la competencia del Ministerio de Salud Pública (MSP) en todos sus niveles como autoridad sanitaria nacional.

El sistema de salud de Ecuador está compuesto por dos sectores, público y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. El MIES y las municipalidades, por su parte, cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no

asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada.

La prestación de servicios del sistema cuenta con productos de atención primaria, especializada, hospitalización, odontología general y preventiva, y todos los medicamentos.

Los ecuatorianos que mayores beneficios en salud reciben son aquellos que están cubiertos por alguno de los institutos de seguridad social. Los beneficiarios del IESS están protegidos contra la contingencia de enfermedad por las siguientes prestaciones: asistencia médica, quirúrgica, dental y farmacológica integral. El ISSFA ofrece a sus miembros servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización y medicina ambulatoria para pacientes aquejados por padecimientos crónicos graves.

El titular tiene una cobertura de 100%, mientras que sus dependientes, excluyendo a los padres, tienen cobertura sólo para ciertas enfermedades. El MSP cuenta con 1 674 establecimientos de salud ambulatorios y 125 hospitales: 28 hospitales generales, 79 hospitales cantonales y 18 hospitales de especialidad. El IESS brinda atención en 902 unidades ambulatorias entre servicios y anexos en las empresas, además de 18 centros hospitalarios, tres regionales y 15 provinciales. La manera como se estructura el talento humano en el sistema de salud, de acuerdo con el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud [1] se presenta en el siguiente cuadro:

Profesionales	SECTOR PUBLICO		CRECIMIENTO %	SECTOR PRIVADO		CRECIMIENTO %
	2000	2009	SECTOR PUBLICO	2000	2009	SECTOR PRIVADO
Médicos	9.733	15.048	55	8.602	14.223	65
Enfermeros	5.326	8.934	68	994	1.823	83
Odontólogos	1.913	3.073	61	149	290	95
Obstétricos	844	1.310	55	193	246	27

Profesionales	SECTOR PUBLICO		CRECIMIENTO %	SECTOR PRIVADO		CRECIMIENTO %
	2000	2009	SECTOR PUBLICO	2000	2009	SECTOR PRIVADO
Bioquímicos/ farmaceutas	283	415	47	204	249	22
Licenciados y/o tecnólogos	2.156	3.191	48	779	1.389	78
Auxiliares de enfermería	10.902	12.035	10	2.327	3.416	47
Personal de servicios	7.968	9.119	14	2.105	3.070	46

Fuente: Anuario de recursos y actividades de salud INBC,2009 [17]

Rectoría

"El Ministerio de la Salud Pública (MSP) es la Autoridad Sanitaria Nacional con capacidad de dictar normas y ejercer rectoría y control sobre el sistema. [1]

"La instancia máxima de coordinación, concertación sectorial, articulación interinstitucional e intersectorial en salud es el Consejo Nacional de Salud (CONASA), que se constituye en una persona jurídica de derecho público con autonomía administrativa y financiera". [1]

Aunque la rectoría del sistema está en cabeza del ministerio, "La Contraloría General del Estado se encarga, en el ámbito financiero, de controlar los hospitales y las unidades médicas, y examina y evalúa la gestión financiera, administrativa y operativa de entidades donde el Estado tiene participación. La Superintendencia de Compañías autoriza la constitución de entidades de medicina prepagada y la Superintendencia de

Bancos y Seguros (SBS) ejerce el control sobre las unidades médicas del IESS conforme a la Ley de Seguridad Social" [18]

Intervención estatal

la intervención estatal se da en todos los niveles es decir en la rectoría, la administración, la provisión de servicios y la supervisión, las cuales se realizan en cabeza del ministerio de salud pública, cuya misión es "Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud" [19]

Financiamiento

La financiación del sistema se da por medio de aportes individuales de los afiliados y de los empleadores públicos o privados y la contribución del Estado.

Mecanismos de pago y financiamiento

En éste sistema de salud, los mecanismos de pago y nivel de financiamiento se da a través de impuestos generales y aportes o contribuciones gestionados directamente desde el estado.

Problemas

- Escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada de nivel cantonal y provincial
- El gasto per cápita en salud, presenta una gran desigualdad en relación con el tipo de cobertura
- Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud
- No existen consensos completos entre los diversos actores
- Reducción muy importante de los recursos asignados al sector salud, lo que a afectado: la calidad de atención, los niveles de cobertura de servicios que no responden adecuadamente a las necesidades reales de la población. [20]

1.7. EL SALVADOR

El sistema de salud de El Salvador, se originó en el año 1949, dando origen al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. A partir de 1953, la Ley del Seguro Social estableció los derechos en salud de los afiliados al régimen de seguro social

obligatorio, así como la estructura organizativa del mismo, estableciendo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social como órgano encargado de su administración. Desde 1971, se establece el derecho a de los empleados del Magisterio de la República de El Salvador a la asistencia en salud por parte del Estado salvadoreño. Por otro lado, la Ley Sistema Básico de Salud Integral (decreto legislativo 775, 2005) regula las funciones y fines del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) y los define como el elemento organizativo a nivel local mediante el cual el Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud Pública y Asistencia Social delega la provisión de servicios integrales de salud. Igualmente, en 2007 el decreto legislativo 442 crea el Sistema Nacional de Salud de El Salvador, constituido por un conjunto de instituciones que forman parte de la administración pública interrelacionadas e integradas en su funcionamiento, cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población.

La prestación del servicio de salud cuenta con productos de atención primaria, especializada; hospitalización para asegurados adultos; odontología completa para adultos, para niños sólo preventiva; medicamentos básicos; y prótesis para invalidez. Adicionalmente, El Salvador presenta razones de 1.2 médicos y 0.8 enfermeras por 1000 habitantes. [21]

La financiación del sistema se da por medio de Contribuciones de los patrones, los trabajadores afiliados, el Estado y cooperación internacional. La mayor parte del financiamiento del MSPAS procede de recursos del gobierno central. Fondos adicionales se obtienen de préstamos que se gestionan ante la banca internacional y recursos provenientes de la cooperación internacional. Otra fuente de financiamiento lo constituye el Programa de Recuperación de Costos, mediante el cual el MSPAS recauda fondos por concepto de "cuotas voluntarias" de los usuarios de los servicios del sistema público.

Supervisión

La Constitución de la República establece en su articulado una organización descentralizada encargada de regular y controlar la salud de las personas y el medio ambiente a través de una institución llamada Consejo Superior de Salud Pública (CSSP). Este Consejo regula, vigila y controla el ejercicio de los profesionales, establecimientos, instituciones formadoras e industria farmacéutica y química relacionados con la salud. Para desarrollar sus actividades, el CSSP se apoya en las Juntas de Vigilancia, las cuales están conformadas por representantes de los gremios de profesionales electos para estos organismos de apoyo (medicina, odontología, químico-farmacéutica, psicológica, veterinaria y enfermería). [22]

Rectoría en salud

La evaluación de las actividades que se desarrollan en el sector salud se apoya básicamente en dos instancias. La primera, la Secretaría Técnica de la Presidencia que se encarga de velar por la viabilidad técnica de las principales acciones gubernamentales. Esta secretaría cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación de los programas sociales implementados en el marco del Sistema de Protección Social Universal. La segunda es la Corte de Cuentas de la República, por su parte, fiscaliza la Hacienda Pública en general y la ejecución del presupuesto en particular. La Corte evalúa todas las entidades y organismos del sector público incluidas las del sistema de salud, realizando para tales fines auditorías financieras, operacionales y exámenes especiales sobre temas particulares que interesen al órgano.

Atributos

Históricamente, el sistema de salud FOSALUD, es una entidad de derecho público vigente desde 2004 que cuenta con plena autonomía tanto en lo financiero como en lo administrativo y presupuestario adscrita al MSPAS. Esta instancia tiene como objetivos: propiciar la creación de programas especiales para ampliar la cobertura de los servicios de salud; formular y ejecutar programas integrales que atiendan las necesidades básicas de salud de la población más vulnerable del país, y fomentar campañas de educación para la salud.

Por otro lado, el sector privado está integrado sobre todo por organizaciones lucrativas establecidas en las principales ciudades salvadoreñas. Estas organizaciones ofrecen servicios en el mercado privado y venden servicios al ISSS y al ISBM. Las organizaciones no lucrativas (ONG, iglesias y otras), por su parte, operan sobre todo en las zonas rurales de El Salvador.

Intervención estatal

La Constitución Política de El Salvador dispone que la salud de los habitantes es un bien público y que el Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y habitantes en general en la prevención de enfermedades transmisibles. Sin embargo, muchos salvadoreños no tienen acceso regular a servicios de salud, en particular los pobres del campo. El MSPAS cubre formalmente a 80% de los habitantes del país. A pesar de ello, la realidad es que sólo ofrece servicios de manera regular a 40% de la población total. [23]

Por su parte, FOSALUD se encarga de proveer medicamentos, vacunas, insumos médicos y de laboratorio a la red pública de establecimientos de salud y hospitales nacionales con el fin de extender la cobertura de servicios esenciales.

Financiamiento

Los recursos de FOSALUD provienen principalmente del presupuesto que gestiona el Ministerio de Hacienda. El presupuesto de este fondo debe representar 35% de los ingresos recaudados por concepto de impuestos contenidos en la Ley Reguladora de la Producción y Comercialización del Alcohol y de las Bebidas Alcohólicas, la Ley de Impuesto sobre Productos del Tabaco y Ley de Gravámenes Relacionados con el Control y Regulación de Armas de Fuego, Municiones, Explosivos y Artículos Similares. Por su lado, el financiamiento del ISSS es tripartito. Recibe contribuciones del Estado, los patronos y los afiliados. El ISSS también obtiene fondos de los intereses devengados por sus depósitos en el sistema bancario privado.

Fortalezas

El sistema salvadoreño de salud ha logrado progresos importantes que se reflejan en aumentos en la esperanza de vida y descensos en la mortalidad infantil. Estas mejoras, sin embargo, no han beneficiado por igual a todos los grupos poblacionales, por lo que siguen existiendo brechas muy importantes en los principales indicadores de salud. Esto sucede al tiempo que se incrementa la prevalencia de enfermedades no transmisibles y aumentan de manera explosiva las lesiones intencionales y no intencionales.

Necesidades o desafíos

Las principales necesidades del sistema de salud son: primero que en El Salvador 40% de los hogares viven en pobreza extrema. Esta realidad incide dramáticamente en las condiciones de salud, que se caracterizan por la persistencia de las enfermedades pre transicionales y altos niveles de desigualdad. Por lo mismo, el principal reto del sistema es ampliar la cobertura sobre todo en las zonas rurales. Otro reto es fortalecer la promoción de la salud en vista de la creciente prevalencia de riesgos asociados a las enfermedades no transmisibles, que ya constituyen las principales causas de muerte y discapacidad. Es necesario asimismo consolidar la capacidad rectora del MSPAS para así promover una clara definición de prioridades, mejorar el diseño de las políticas nacionales de salud, y fortalecer la regulación y las actividades de evaluación.

1.8. MÉXICO

El sistema de salud de México, en 1943 dio inicio la primera reforma sanitaria con la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social y la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública con el Departamento de Salubridad para dar origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Posteriormente, en 1959, la fundación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) vendría a completar la estructura fundamental del SNS, esta es etapa denominada “cambio estructural de la salud” [24]. En el umbral de la universalidad del sistema de salud mexicano.

La actualización legislativa inició con la inclusión del derecho a la protección de la salud en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en 1983; continuó con la promulgación de la Ley General de Salud (LGS) en 1984 –que hace explícito el derecho a la protección de la salud de todo residente mexicano al igual que la responsabilidad del Estado en proteger este derecho- y de las leyes estatales de salud en los años subsiguientes, y culminó con el diseño y la publicación de más de 300 normas técnicas. Esta nueva estructura legal sirvió de base para el desarrollo de una reforma sustantiva y gerencial que incluyó cinco grandes estrategias: descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada, sectorización institucional, modernización administrativa, coordinación intersectorial y participación comunitaria. Entre 1995 y 1998, culminó el proceso de descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada. En el año 2003, se aprobaron diversas reformas a la Ley General de Salud que dieron origen al Sistema de Protección Social en Salud y a su brazo operativo, el Seguro Popular en Salud. Una vez establecida la reforma a la Ley General de Salud se instaló el Consejo de Protección Social en Salud como órgano colegiado consultivo de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud con la responsabilidad, entre otras, de emitir opinión sobre el financiamiento del sistema de protección social y proponer medidas para mejorar su funcionamiento.

Otra normativa incluye, la ley MEX-2004-81182 que tiene por objeto regular el Sistema de Protección Social en Salud, otras regulan el manejo de VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual y Cuidados Paliativos. Por su parte, la ley MEX-2009-R81571 reglamenta respecto a los medicamentos biotecnológicos.

En el sistema de salud actual la prestación del servicio está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros]. El sector privado, por su parte, presta servicios a la población con capacidad de pago. La financiación del sistema se da por medio de Contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno), contribuciones de los empleados, y de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación).

Adicionalmente, existe un seguro llamado Seguro Popular que divide los servicios personales de salud en un paquete esencial de intervenciones de primer y segundo niveles, que se proporcionan en el contexto de la atención ambulatoria y en hospitales generales, y un paquete de intervenciones de alto costo de tercer nivel, financiadas a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Este seguro ofrece protección financiera en materia de salud a los mexicanos que no cuentan con ningún

tipo de seguro público de salud. Su estructura financiera se basa en una lógica tripartita de derechos y responsabilidades que es similar a la de las dos instituciones de seguridad social más importantes –IMSS (asalariados del sector privado) e ISSSTE (asalariados del sector publico

Por otro lado, la prestación del servicio de salud cuenta con productos de Atención primaria, especializada; hospitalización; urgencias; odontología general; medicamentos. El talento humano en el sistema se estructura de la siguiente manera: la tasa de médicos por 1000 habitantes a nivel nacional es de 1.85, inferior al promedio de los países miembros de la OCDE, que es de 3.0, y al de Argentina (3.0) y Uruguay (3.7) Sistema Nacional de Información en Salud. Recursos físicos y materiales. [Consultado el 18 de marzo de 2010]. Disponible en: www. sinais.salud.gob.mx/infraestructura/directorio.html. El caso de las enfermeras es muy parecido. La tasa de enfermeras por 1000 habitantes a nivel nacional es de 2.2, también inferior a la cifra promedio de los países de la OCDE.

Gestión

La Dirección General de Evaluación del Desempeño de la SS es la encargada de evaluar el desempeño de los sistemas nacional y estatal de salud, los programas prioritarios, y los servicios personales y de salud pública. Los resultados de sus actividades los publica en Rendición de Cuentas, un informe anual que da seguimiento a los compromisos establecidos en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 y una serie de informes en los que se presentan los productos de evaluaciones comparativas de los sistemas estatales de salud y de las diferentes instituciones de salud.

Seguimiento

El gobierno federal, a través de la SS, tiene como principal tarea la rectoría del sistema, que incluye la planeación estratégica del sector, la definición de prioridades, la coordinación intra e intersectorial, las actividades de regulación de la atención a la salud y regulación sanitaria, y la evaluación de servicios, programas, políticas, instituciones y sistemas. Algunas de estas tareas, como la regulación de la atención a la salud, las desarrolla en colaboración con diversos cuerpos profesionales e instituciones de la sociedad civil.

Supervisión

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), es la encargada de proteger a la población de los eventos exógenos que ponen en riesgo la salud o la vida humana como resultado de la exposición a factores biológicos, químicos o físicos presentes en el medio ambiente o en los productos o servicios que se consumen.

Modulación del financiamiento

La función de financiamiento se convierte en la responsabilidad central de la protección social, y se amplía gradualmente a fin de alcanzar una protección universal guiada por principios de finanzas públicas. Los subsidios están orientados a la demanda más que a la oferta, y en lugar de asignar un presupuesto histórico a cada unidad de servicios independientemente de su desempeño, cada persona afiliada representa un pago potencial dependiente de la elección del prestador por el usuario. El manejo de ese pago se convierte en un elemento clave de la función de articulación.

Rectoría en salud

En el nuevo esquema (reforma de 2003), la modulación (rectoría) se convierte en la misión principal del gobierno en su carácter de entidad responsable de imprimir una dirección estratégica al sistema en su conjunto. En lugar de ser un proveedor más de servicios –por lo general el más débil-, asegura una interacción equilibrada, eficiente y equitativa entre todos los actores mediante la estructuración de reglas e incentivos adecuados. El gobierno puede delegar cada vez más la operación real de muchas de las funciones de modulación a organizaciones participantes de la sociedad civil que no estén ligadas a intereses especiales.

Las dimensiones de la función rectora de la Secretaría de Salud como autoridad sanitaria abarcan la conducción y regulación del Sistema Nacional de Salud a través de la vigilancia de la ejecución de las funciones esenciales de salud pública por parte de las instituciones públicas y privadas del sector, la modulación del financiamiento, la armonización de la provisión de los servicios y la vigilancia del aseguramiento. Ello requeriría fortalecer las siguientes estrategias, para contribuir a reducir inequidades en salud:

- Formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud
- Diseñar modelos de atención basados en promoción y prevención
- Asegurar el desempeño de las funciones esenciales en salud pública
- Promover el desarrollo integral de los recursos humanos
- Asegurar modalidades de financiamiento solidario
- Garantizar, vigilar y modular los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud
- Extender la protección social en salud a todos los mexicanos independientemente de su condición laboral y su capacidad de pago
- Diseño del marco normativo sanitario que proteja y promueva la salud así como la garantía de su cumplimiento
- Promover el debate nacional, reflexión y consulta permanente en la salud como cuestión de Estado, política pública y derecho ciudadano

- Introducir una reforma fiscal para garantizar el financiamiento adecuado del sistema de salud
- Garantizar un financiamiento adecuado para los "bienes públicos de salud" que sean costo efectivos, tales como prevención o vigilancia epidemiológica
- Establecer una separación entre compradores y prestadores de servicios mediante esquemas contractuales entre los aseguradores y los proveedores para reducir o eliminar la segmentación actual del sistema,
- Fortalecer los sistemas de información y los marcos de entrega de información y rendición de cuentas para todas las instituciones e invertir en capacidades administrativas y de gestión para mejorar la gobernabilidad del sistema Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. México. Paris: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2005

Intervención estatal

La naturaleza de la intervención estatal, consiste en el ordenamiento del crecimiento de inversión en salud y al diagnóstico de necesidades, a través del Plan Maestro Sectorial en Salud

Financiamiento

El método de financiamiento predominante es a través de recursos provenientes del Estado.

Mecanismos de pago y financiamiento

Los mecanismos de pago y nivel de financiamiento se da de dos formas: a través del sector privado que presta servicios a la población con capacidad de pago y el financiamiento de las instituciones de seguridad social, que proviene de tres fuentes (como se mencionó anteriormente): contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal.

Aseguramiento

El tipo de aseguramiento en México es obligatorio

Problemas

Este sistema de salud requiere recursos públicos adicionales –cuya disponibilidad dependerá básicamente de una reforma fiscal– tanto para seguir reemplazando el gasto de bolsillo como para satisfacer la costosa demanda asociada con la transición epidemiológica, especialmente de intervenciones hospitalarias de alta complejidad.

Esto último es particularmente cierto para la población afiliada al SPS, que cubre un número todavía reducido de intervenciones de alto costo.

Fortalezas

La innovación más reciente del sistema mexicano de salud es la creación del SPSS, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular de Salud. Este seguro cubrirá en un lapso de siete años a todos los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional. El SPS garantiza el acceso a alrededor de 260 intervenciones esenciales y 18 intervenciones de alto costo.

Necesidades o desafíos

El mayor reto del actual sistema mexicano de salud es buscar alternativas para fortalecer su integración, de tal manera que se garantice un paquete común de beneficios a todas las personas, se reduzcan los altos costos de transacción inherentes a un sistema segmentado y se logre finalmente el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud. [25]

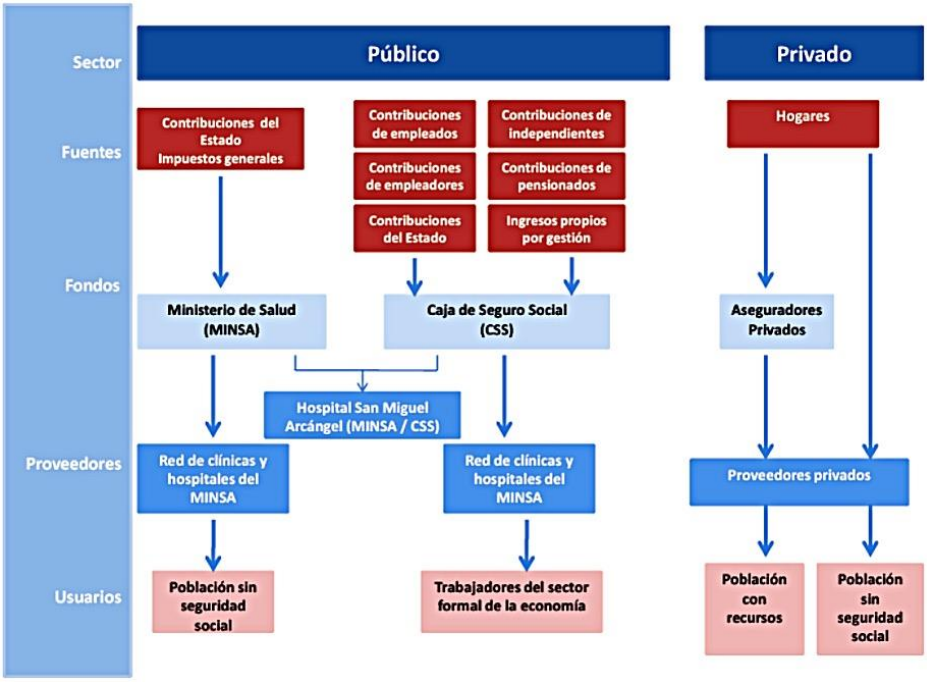
1.9. PANAMA

El sistema de salud de Panamá, se originó en el año 1941, al originarse la Caja del Seguro Social. La Ley 66 de 1947 crea el Código Sanitario que regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene públicas, la policía sanitaria y la medicina preventiva y curativa. Posteriormente, con el Decreto 1 de 1969 se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones y se establecen las Normas de Integración y Coordinación de las Instituciones del Sector Salud. [26]

En la Constitución Política de la República de Panamá se encuentra consagrado el derecho al acceso a la salud, se establece la obligatoriedad del Estado de garantizar a toda la población servicios integrales de prevención, curación y rehabilitación independientemente de su condición social, política o religiosa o de etnia. En 2001, la ley 1 sobre Medicamentos y otros Productos para la Salud humana reguló el manejo de la fabricación, importación, adquisición, distribución, comercialización, información y publicidad, el registro sanitario y control de calidad de medicamentos terminados, especialidades farmacéuticas, de los productos biológicos, suplementos vitamínicos, dietéticos y homeopáticos; de los equipos e insumos médico – quirúrgicos, empleados en la salud humana

Por otro lado, el sector público de la salud en Panamá está constituido por dos entidades: el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja de Seguro Social (CSS). Formalmente estas instituciones tienen la total responsabilidad en cuanto a rectoría y prestación de servicios de salud en el país. El MINSA y la CSS cuentan cada uno con su

propia red de prestadores, pertenecientes igualmente al sector público. El esquema general del sistema se presenta en el siguiente gráfico



La financiación del sistema se da por medio de recursos provenientes del Estado, contribución de los empleados, empleadores, trabajadores independientes y afiliados voluntarios, pensionados e ingresos provenientes de la gestión propia del Sistema Nacional de Salud, cuotas de recuperación o copagos, pagos de bolsillo, e impuestos generales.

Adicionalmente, la prestación del servicio de salud cuenta con productos de atención primaria, especializada, hospitalización, odontología general, curativa y preventiva, medicamentos, prótesis en caso de accidente laboral, asistencia domiciliaria inválidos y transporte al exterior para tratamientos. Estos se brindan por medio de mil establecimientos de servicios ambulatorios, aproximadamente, y a través de casi seis mil camas hospitalarias, la mayor parte de ellas públicas, ubicadas en casi cien hospitales, que se encuentran mayoritariamente en zonas urbanas, en particular en la provincia de Panamá

Con relación con el talento humano en el sistema se calcula que incluye 15 médicos, 28 enfermeras y 8 odontólogos por cada diez mil habitantes.

Financiación

Se estima que el total de gasto en salud como porcentaje del PIB está cerca del 7%, con una inversión per cápita de US$ 738 PPA (2006). Siendo cerca del 70% gasto gubernamental y el 25% gasto de bolsillo [26]

Necesidades y desafíos

Se señala la importancia de fortalecer la respuesta social en salud en grupos poblacionales específicos en particular en relación con comunidades indígenas en aspectos como barreras culturales y acceso a servicios especializados, medicamentos e insumos

Igualmente que "el modelo de atención, provisto por el sistema de salud de Panamá, es predominantemente recuperativo, con poco énfasis en programas de prevención de riesgos y daños, dirigidos a la atención de los problemas de salud más prevalentes y de mayor impacto negativo en la población" [27]

1.10. PARAGUAY

En su Constitución Nacional vigente, 1992, los artículos 6, 7, 68, 69 y 70 se refieren al derecho a la salud: "El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto de la dignidad humana" (art.68). Igualmente, otro artículo refiere a la "calidad de vida". También, la Constitución reconoce factores condicionantes, como la extrema pobreza, y plantea la investigación sobre los factores de población y sus vínculos con el desarrollo económico social, la preservación del ambiente y la calidad de vida de los habitantes (art. 6). Se establece también el derecho a un ambiente saludable (art. 7).

Por otra parte, el artículo 69 refiere al Sistema Nacional de Salud como el ejecutor de acciones sanitarias integradas que coordinen y complementen programas y recursos del sector público y privado. A partir de 2008, el proceso de reorientación del Sistema Nacional de Salud tiene como principios orientadores la universalidad, la equidad, la integralidad, la interculturalidad y la participación social. En cuanto al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS), este se originó en el año 1943.

El modelo actual del Sistema de salud está compuesto por sector Público: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Sanidades Militar, Policial y de la Armada; Instituto de Previsión Social; Hospital de Clínicas y Centro Materno infantil; Gobernaciones y Municipios; así como del sector privado: entidades sin fines de lucro como ONG y cooperativas, y entidades con fines de lucro - Medicina Pre- paga y proveedores privados. Y adicionalmente, está conformado por un sector mixto: Cruz

Roja Paraguaya que cuenta con financiamiento del Ministerio y de una fundación privada sin fines de lucro.

La razón de médicos del MSP y BS por 10.000 habitantes pasó de 5,6% en el año 2002 a 6,3% en 2005, con variaciones desde 19,6% en Asunción a 1,2% en Caazapá. Por su lado, la razón de enfermeras profesionales en el 2003 era de 2,269 por 10.000 habitantes, y en el 2005 de 2,870, con variaciones desde 7,2% en Asunción hasta 1,0% en Caazapá. Estos indicadores expresan claramente problemas de inequidad en el acceso y de calidad de la atención. [28]

Seguimiento

Dentro del ministerio, la Dirección de Monitoreo y Evaluación, dependiente de la Dirección General de Planificación y Evaluación, es la instancia encargada de realizar procesos de seguimiento, con apoyo de la Dirección General de Programas. Por otra parte, la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud realiza controles de gestión regional utilizando indicadores definidos y con la presencia de autoridades del nivel central. En el IPS las actividades de evaluación son responsabilidad de la Dirección Médica del Interior.

Cabe señalar, sin embargo, que los resultados de todas estas actividades de seguimiento y evaluación han sido muy modestos y han tenido un impacto muy limitado. En 2001, se llevó a cabo, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud, la medición de las Funciones Esenciales en Salud Pública. Las que recibieron las peores calificaciones fueron la garantía de calidad de los servicios, la investigación como base de la implementación de soluciones, la regulación y la fiscalización en salud pública. En cambio se obtuvieron buenos resultados en las funciones relacionadas con la promoción de la salud, el desarrollo y capacitación de recursos humanos, y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud.

Regulación

La regulación de las actividades que impactan la salud, es responsabilidad de la DGVS y del Laboratorio Central de Salud Pública. Por otra parte, el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, dependiente del Vice Ministerio de Salud, es responsable de la vigilancia del área de alimentos, y lleva a cabo también el control y la prevención de carencias de nutrientes, especialmente entre los menores de 5 años. Adicionalmente la Secretaría del Ambiente, en coordinación con el MSP y BS, se encarga de todas las cuestiones relacionadas con la protección del medio ambiente, incluyendo el manejo de residuos sólidos**.**

Supervisión

La Superintendencia de Salud, creada por el Consejo Nacional de Salud (Ley 1032/96), tiene establecidas sus funciones y competencias por Ley 2319/06, y le corresponde la tarea de registrar, categorizar, acreditar y auditar a las entidades prestadoras de servicios de salud públicos, privados y mixtos, con especial atención a la medicina prepaga. Si bien cuenta con autonomía de gestión técnica, depende administrativa y financieramente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Modulación del funcionamiento

Gasto total en salud: 7,4% PIB (2009)

Gasto público en salud: 3,4% PIB

Gasto privado en salud: 4,0% PIB

Gasto público: 46% PIB

Gasto privado: 54% PIB

Por el lado, las fuentes de financiamiento en salud provienen del tesoro nacional, presupuesto de gastos de las instituciones públicas; de los hogares, que aportan al seguro social y realizan pago de bolsillo a entidades del sector privado; de los empleadores de empresas privadas, que cotizan al IPS y pagan primas a entidades privadas; y de fuentes externas, que se constituyen por intercambios financieros sectoriales de cooperación externa y donaciones realizadas por estas a través de agencias multilaterales o bilaterales y agencias de cooperación externa.

En cuanto al Ministerio de Salud, este se financia con recursos provenientes del Tesoro Público, no tiene separación de funciones, y ejerce los roles de rectoría, financiamiento y prestación de servicios. Esta última se realiza a través de una red integrada de servicios, distribuidas en las 18 Regiones Sanitarias que corresponden a cada uno de los departamentos y la capital, Asunción. Atiende de preferencia al 78 % de la población que carece de seguro social y privado.

Por otro lado, el IPS que cubre a una pequeña proporción de la población (15,2% en 2008) vinculada al empleo dentro de la economía formal, tiene financiamiento proveniente de los aportes de los trabajadores asalariados, la contribución patronal y la contribución del estado. Cuenta con su propia red de prestadores de servicios.

Garantía de aseguramiento

La ASN ha venido realizando esfuerzos a fin de garantizar el acceso a un conjunto de prestaciones, principalmente relacionadas con la salud materno infantil. Sin embargo, estas prestaciones no son conocidas por toda la población y no se exige aún su

prestación gratuita por desconocimiento de dichos derechos. Igualmente, la Superintendencia de Salud ha venido trabajando en garantizar el aseguramiento a las prestaciones que el sector privado ofrece a sus afiliados, pero aún no se cuenta con una plena cobertura de dicho mercado.

Por otro lado, en diciembre de 1996, se promulgó la Ley Nº 1032 que crea el Sistema Nacional de Salud, como parte de la estrategia de Reforma del Sector, cuya finalidad es prestar atención de salud a todas las personas de manera equitativa, oportuna, eficiente, sin discriminación, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación. Por eso, este busca mejorar el acceso efectivo a la atención de salud, evitar la duplicación de la oferta de servicios, promover la coordinación intra e intersectorial, y la descentralización; mejorar el rendimiento de los recursos; promover la participación social y comunitaria; y mejorar la coordinación de todos los esfuerzos de cooperación técnica al proceso de Reforma Sanitaria. A partir de la vigencia de esta Ley se buscó armonizar la provisión de servicios, pero no se obtuvo lo esperado y Paraguay se sigue caracterizando por un sistema de salud altamente segmentado y fragmentado.

Finalmente, en Paraguay existen programas de Seguridad Social, cuyo desarrollo es relativamente reciente, con la instalación de las dos cajas importantes: la Caja Fiscal, que aglutina a los trabajadores de la Administración Centralizada, y la Caja del Instituto de Previsión Social (creada en 1943), que cubre a los trabajadores asalariados del sector privado y de las empresas de la Administración descentralizada del Estado, para los riesgos de vejez, invalidez y muerte.

Rectoría en salud

La función de conducción y liderazgo nacional; es decir, definición y formulación de políticas, planes, programas y proyectos de salud, es ejercida por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, acorde al marco legal vigente constituido por la Constitución Nacional, la ley de creación del Ministerio de Salud Pública, el Código Sanitario, la Ley del Sistema Nacional de Salud, entre otros.

El principal marco de articulación de las Políticas Sociales del Estado es la propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020 Paraguay para Todos y Todas, por medio del Consejo de Ministros y la Unidad Técnica de Gabinete Social. Esta propuesta se constituye en una hoja de ruta para conducir y liderar las acciones del Estado en el ámbito social y económico de manera a orientar el desarrollo social hacia las personas como sujetos de derechos.

Bajo la coordinación del Gabinete Social de la Presidencia de la República se pretende lograr la coordinación, articulación y complementariedad de las políticas sociales en general y, a nivel territorial en particular, mediante mesas de trabajo entre diversos ministerios e instituciones gubernamentales. Los valores básicos asumidos por el

sector salud son la universalidad de cobertura, la integralidad de prestaciones, la igualdad de beneficios, la solidaridad y la responsabilidad social.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) de Paraguay está regulado por la Ley 1032/9634 que establece en el artículo 4° su actuación mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS) por Decreto 21.376/98 tiene además el rol rector de los programas y actividades del sector para orientar y normar las acciones públicas y privadas que tienen impacto en la salud individual y colectiva.

Fortalezas

Con la Ley 1028/1997 se creó el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) 1994 – Creación del Instituto Nacional de Salud para la formación del recurso humano en salud. Actualmente se está reorientando su rol para lograr que los recursos humanos en salud se formen con calificación adecuada y realicen investigaciones. Ello debido que históricamente existió una brecha importante entre investigaciones sobre servicios de salud comparados y estudios de ciencias biomédicas y clínicas

Necesidades o desafíos

El mayor desafío que enfrenta el sistema de salud del Paraguay es la ampliación de la cobertura de atención. Sólo 20% de la población está asegurada y alrededor de 35% de la población no tiene acceso regular a servicios básicos de salud. El MSP y BS debe reforzar sus atribuciones como regulador en áreas tan importantes la prestación de servicios de salud, distribución de recursos humanos para la salud y fijación de precios de medicamentos y otros insumos, y la definición de marcos regulatorios para la provisión de atención. También debe instaurar mecanismos para mejorar la generación, registro, análisis y diseminación de la información en salud, que es un requisito indispensable para garantizar el diseño e implantación de programas y políticas basados en evidencia.

Otro importante reto es incorporar al IPS y otros actores del sector a fortalecer la coordinación interinstitucional. Pues se presenta una alta segmentación a nivel de proveedores y una falta de articulación de los diferentes subsectores. Existe superposición de acciones entre los diferentes subsectores: entre el MSP y BS y el Instituto de Previsión Social (IPS), entre el IPS y el sector privado. La falta de coordinación institucional trae como consecuencia la duplicación de actividades que se refleja en la distribución de establecimientos de salud localizados en las mismas áreas geográficas del país y su ausencia en otras localidades. No existe separación de funciones.

La Ley 1032, de 1996, dio las pautas para la descentralización en Paraguay, que son reglamentadas mediante el Decreto 19.966/98. En 1998 se realiza una experiencia piloto, de la cual hacen parte 23 municipios, que suscribieron acuerdos de descentralización, de los cuales solo 10 implementan efectivamente esta modalidad de gestión. Según los referentes nacionales, "esta experiencia dura tres meses y no logra afianzarse, se extingue con el cambio de ministro. En 1999, 17 municipios renovaron el acuerdo de descentralización pero sin logros muy especiales". Durante el 2000, se desarrolló una experiencia; 15 experiencias fueron implementadas a partir de 2004 y 16 experiencias en el 2005. Todavía no se cuenta con evaluación del impacto. Las experiencias citadas se enmarcan jurídicamente dentro de "acuerdos de descentralización", establecidos entre el MSP y BS e instituciones que conforman su red de servicios, pues el país no ha implementado jurídica, administrativa y financieramente acciones que establezcan la descentralización para el sector salud. Los resultados según el nivel institucional en el que se han desarrollado, se centran en 11 centros de salud, 9 hospitales distritales y 12 hospitales regionales.

Es evidente que problemas estructurales del Estado, relacionados con la gestión y la centralización en la administración de los recursos, también afectan al sector salud. De manera paralela, dentro de la agenda de Estado, hay inversiones relacionadas directamente con el sector salud, que en muchos casos no han logrado una adecuada articulación. Hay que destacar que los presupuestos 2005 y 2006 han tenido incrementos significativos, los que han estado destinados a cubrir compromisos operacionales en el rubro de RRHH en la mayoría de los casos.

En la actualidad se están reorientando los servicios desde una estructura piramidal hacia un modelo en red donde la APS, a través de las Unidades de Salud de la Familia (USF), constituye la puerta de entrada al sistema. USF: tienen una población nominada de 3500 a 5000 habitantes en un territorio social asignado. Se pretende la construcción de red integrada para garantizar la continuidad de la atención a las personas mediante la vinculación de las USF con la atención especializada (Centros Ambulatorios de Especialidades), de urgencias y hospitalaria (Hospitales Básicos, de Especialidades, etc.), según la complejidad requerida en cada caso.

Finalmente, existen problemas estructurales como la existencia de modelos de formación de personal no acordes con los requerimientos de los servicios, el escaso desarrollo de personal con formación en salud pública, el incipiente desarrollo de procesos de gestión y regulación de las prácticas profesionales. En 2005 se reinició un proceso de concertación de la carrera sanitaria para el personal de blanco para mejorar la estructura de cargos y los salarios. Las residencias médicas no cuentan con un sistema adecuado de planificación y regulación de la calidad. Se está trabajando para unificar la selección y admisión del residente así como para la normalización de los contenidos curriculares. Hay exceso de formación de médicos, con la apertura de 5 universidades privadas que generan una cohorte anual de más de 300 médicos, se

calcula que hay aproximadamente un 40% de médicos generales en las instituciones de salud. [28, 29]

1.11. PERÚ

Desde el año 1903 cuando se crea la Dirección General de Salubridad Pública, se han dado cambios normativos y en particular se han creado entidades tales como el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión (1935), la Caja Nacional de Seguro Social Obrero (1936), el Seguro Social del Empleado (1948), el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). Entre 1980 y 2006 se dio culminación de la transferencia de competencias y funciones en salud a los gobiernos regionales según lo establecido por las leyes descentralizadoras, dando origen al Sistema Nacional de Salud.

A partir del año 1993, la Constitución política del Perú, establece que todos tienen derecho a la protección de su salud y, también, que es el Estado quien determina la política nacional de salud. Así mismo se establece la universalización al acceso a los servicios de salud. Según la Ley General de Salud Ley N° 26842, 1997, el estado es responsable de regular, vigilar y promover la salud.

Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en el régimen subsidiado o contributivo indirecto y el contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. En el sector público el gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones y por medio del Seguro Integral de Salud (SIS), que subsidia la provisión de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema. La prestación de servicios para el régimen subsidiado de población abierta o asegurada al SIS se realiza a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), hospitales e institutos especializados que están ubicados en las regiones y en la capital de la república.

El gasto de bolsillo sigue siendo la principal fuente de financiamiento de los servicios de salud. El Gobierno asigna el presupuesto fiscal para salud, sus fuentes son los recursos ordinarios (que provienen fundamentalmente de los ingresos tributarios) y el endeudamiento en salud. En cuanto al financiamiento para el seguro social (EsSalud), este proviene de contribuciones del empleador público o privado, las contribuciones del empleado y los hogares a través del denominado «pago de bolsillo». En el sub-sector privado lucrativo el financiamiento está a cargo del usuario a través del pago de seguros (primas, copagos deducibles). En el subsector privado no lucrativo, los cooperantes externos canalizan recursos en calidad de donaciones de los distintos cooperantes internacionales y otros agentes que realizan donaciones internas para financiar servicios de salud en unidades públicas o privadas a la población sin seguridad social y en condiciones de pobreza.

En el sistema de salud peruano laboran alrededor de 180.000 trabajadores, de los cuales 123. 663 pertenecen al MINSA y 36 063 a EsSalud. Las EPS cuentan con un total de 7 230 personas y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional 14. 587, entre profesionales, técnicos y auxiliares de enfermería. Del total de profesionales de salud, 13% son médicos, 13% enfermeras, 6% trabajadoras obstétricas, 42% técnicos y auxiliares de enfermería y 18% personal administrativo. El 8% restante lo concentran diversas categorías ocupacionales.

Las facultades de medicina se incrementaron de 13 en 1960 a 28 en 2002; las escuelas de enfermería de 8 a 42 en el mismo periodo. En consecuencia, se ha incrementado el número de egresados de medicina de 951 a 1 238 entre 1993 y 2003, y de enfermería, de 1 402 a 1.760. En este periodo se observa una tasa de crecimiento de médicos de 4% anual que no corresponde con la tasa de crecimiento demográfico, que fue de 1.77% por año.

En cuanto a los especialistas en el Sistema de salud del Perú se evidencia:

- Déficit crítico de médicos especialistas en los niveles regionales.
- Escaso financiamiento de plazas para la formación de especialistas.
- Ausencia de campos clínicos autorizados en los niveles regionales.
- Los médicos especialistas formados en el sector público son atraídos para trabajar en el sector privado.
- Ausencia de regulación en el retorno de la inversión que realiza el Estado en la formación de médicos especialistas.
- Insuficiente formación de especialistas en enfermería, odontología y otras profesiones de la salud.
- Ausencia de regulación en la segunda especialización para las otras profesiones de las ciencias de la salud

Gestión

El MINSA es el responsable de la dirección y gestión de la política nacional de salud, así como de supervisar su cumplimiento, de conformidad con la política general del Gobierno. El componente de gestión es el conjunto de procesos que permiten planificar, organizar, desarrollar y controlar la provisión de la atención individual e intervenciones colectivas en los servicios públicos de salud para cubrir las necesidades de salud de las personas, familias y las comunidades, de acuerdo a un modelo de atención integral. Debe ser diseñado en función de los requerimientos del componente de prestación para una óptima adecuación a las necesidades locales y en el desarrollo de mecanismos que aseguren la adecuada calidad de la atención y la eficiencia en la utilización de los recursos. Las características de la gestión son: Gestión descentralizada y acción intersectorial (articulada a la gestión territorial) [30]

Supervisión

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUSALUD), es un organismo técnico administrativo, adscrito al Ministerio de Salud del Perú que tiene como función la supervisión en salud, a partir de la cual debe promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con dependencia de quien la financie.

De acuerdo con la Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, SUNASA ejerce su función de supervisión sobre los agentes del aseguramiento (IAFAS e IPRESS), de manera que, a través de estos, garantice el cumplimiento de los principios y objetivos de la Ley, vigilando que las relaciones entre los agentes garanticen los derechos a los ciudadanos y se cumpla la regulación y el marco normativo establecido. La SUNASA, de acuerdo con la LMAUS, centra sus funciones en el campo del aseguramiento en salud. La mayoría de ellas tuvieron su origen en la supervisión de Aseguradoras de Salud, pasando luego a constituirse en Organismos reguladores en temas específicos y Supervisores de los diferentes actores de los Sistemas de Salud, Seguridad Social y Aseguramiento en Salud. La supervisión dentro del ámbito del aseguramiento como tal, estaría orientada al financiamiento (movilización, mancomunación y compra) y al funcionamiento de los agentes dentro del sistema (condiciones de contratación, información, e interrelación de los agentes), buscando garantizar el derecho de los ciudadanos y velando por el cumplimiento de los principios de la Ley.

Como parte de la inclusión de los usuarios en la vigilancia de los servicios de salud, en 2007, el MINSA organizó los Módulos del Buen Trato en Salud para recibir solicitudes de los usuarios y buscar soluciones a sus inquietudes.

Regulación

La regulación y fiscalización del aseguramiento está a cargo de SUNASA. El MINSA es responsable de normar los procesos relacionados con la conducción, regulación, armonización de la provisión, aseguramiento y desarrollo de funciones esenciales de salud pública. La regulación de la salud ambiental corresponde a la Dirección General de Salud Ambiental, la de los productos farmacéuticos corresponde a la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Entre los órganos desconcentrados para la regulación sanitaria se destaca la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Servicios, que, a partir de los cambios legales establecidos por la Ley de Aseguramiento Universal, se convierte en la SUNASA.

Modulación del financiamiento

Las principales fuentes de financiamiento son los hogares, los aportes de los empleadores para sus trabajadores estables, declarados y el gobierno a través del tesoro público.

La reforma puesta en marcha implica un flujo directo de financiamiento del Ministerio de Economía y Finanzas hacia las regiones, lo que ha disminuido el papel del MINSA en la administración del presupuesto en Salud. Si bien en un principio el papel jugado por los gobiernos regionales se limitó a ciertos aspectos de la administración y el MINSA retuvo una función determinante en la gestión de las DIRESA, la asignación formal de las responsabilidades ha dado lugar a un creciente papel de facto de las regiones en el liderazgo del sector [31]

Paralelamente al proceso de descentralización se ha avanzado en la presupuestación por resultados. En el sector Salud los objetivos priorizados para la asignación de recursos incrementales han estado vinculados con la reducción de la mortalidad materno-infantil y el crecimiento infantil. Esta herramienta puede llegar a mejorar la coordinación y brindar mayor coherencia a un sistema presupuestario fragmentado verticalmente.

Garantía de aseguramiento

El Congreso, con respaldo del MINSA, aprobó en 2009, la Ley de Aseguramiento Universal en Salud. La decisión política de avanzar hacia el aseguramiento universal había comenzado en 2002 mediante un Acuerdo Nacional suscrito por representantes de las organizaciones políticas, religiosas, de la sociedad civil y del Gobierno. Posteriormente, esta prioridad se consolidó por medio del Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, del año 2005, y en el Plan Nacional Concertado de Salud del Ministerio de Salud, del año 2007. Para implementar estos acuerdos, a principios de 2008 se constituyó la Comisión Multisectorial con el objeto de proponer los mecanismos necesarios para consolidar un sistema nacional de salud y garantizar el aseguramiento universal y se creó Ley en 2009. [32]

Los principios del aseguramiento universal en salud son: universalidad (para todos los residentes en el Perú), solidaridad (en el financiamiento), unidad (mediante articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones), integralidad, equidad (proveyendo servicios de salud a toda la población peruana, con prioridad sobre la población más vulnerable), irreversibilidad (es decir que no se pierden derechos adquiridos previamente) y sistema participativo.

Dentro de los planes de aseguramiento se establece el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que consiste en una lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que, como cobertura mínima, son financiadas a todos los asegurados por las administradoras de fondos de aseguramiento en salud. Asimismo, se establece la existencia de planes complementarios y específicos.

Rectoría en salud

Por disposición de la Ley general de Salud, el MINSA es la máxima autoridad sanitaria, tiene a su cargo la rectoría del sector y es el responsable de la dirección y gestión de la

política nacional de salud, así como de supervisar su cumplimiento, de conformidad con la política general del gobierno. El Ministerio de Salud, como Autoridad Sanitaria Nacional, debe satisfacer y garantizar las necesidades y legítimas aspiraciones por un óptimo nivel de salud de la población. Las dimensiones de la rectoría en el MINSA son: Conducción sectorial, regulación y fiscalización, garantía de la ejecución de las FESP, Modulación del financiamiento, armonización de la provisión de los servicios de salud, garantía del aseguramiento.

Intervención estatal

El objetivo del Estado en salud es lograr mayores niveles de bienestar en la población, a partir de la protección a grupos poblacionales en riesgo y su interacción con otros de menor riesgo, de modo que el proceso productivo no se atenúe y por tanto se logren mejores resultados en la salud. El Estado como agente en la sociedad y en la economía, siempre ha tenido presente a la salud dentro de sus objetivos más importantes; y el entendimiento de la salud, como un bien, ha definido distintas actuaciones de los actores en la sociedad. A partir de la modernización del rol del Estado en la salud, se hizo la reforma en salud, en 1996 (iniciada en 1991), se sustenta por la existencia de fallas en el mercado de los servicios de salud, su participación facilita la interacción entre los actores del sistema, y ha logrado modificar el acceso a los servicios de salud, participando en la provisión, financiamiento y regulación, así se constata la existencia de la oferta pública de servicios de salud, financiamiento de estos, vía el impuesto o la cotización obligatoria, y regulando el proceso, de modo que se den mecanismos que permitan diversificar el riesgo de la enfermedad. El proceso de reforma está "orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias del sector salud, sus relaciones y las funciones que llevan la justa distribución de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de las prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Se trata de un proceso dinámico, complejo e intencionado, realizado durante un período determinado de tiempo (sic) a partir de coyunturas que la justifican y la viabilizan". [33]

Por otro lado, la Ley General de Salud limita la responsabilidad del Estado a financiador, pues señala su responsabilidad para con la salud pública o colectiva ha dejado de lado el problema de la salud individual, que es más cara y de mayor necesidad de financiamiento. El Estado se asigna el rol de ser controlador y propulsor de la inversión privada en salud, generando las condiciones para que el sector privado se incluya en el proceso de prestación de servicios y administración de fondos.

Con independencia del grado de desarrollo de la reforma de la salud en el Perú, el rol del Estado ha sido muy limitado en pos de los objetivos buscados. Las trabas más importantes son: la ausencia de incentivos organizativos de competencia y competitividad, la política de salud centralizada y que busca priorizar el desarrollo de la oferta, los recursos escasos, y el proceso de aseguramiento que está transfiriendo la responsabilidad de su financiamiento a la población.

Financiamiento

En el Perú existen tres regímenes de financiamiento del sistema de salud:

Régimen contributivo: Pago o cotización a la IAFA a cuenta propia o del empleador.

Régimen Subsidiado: Financiamiento público total, a cargo del SIS. Para población en pobreza, sin seguro de salud

Régimen semi-contributivo: Financiamiento público parcial y aportes propios o de empleador.

El financiamiento en salud proviene directamente de las familias (pago de bolsillo). Este gasto se presume altamente inequitativo, ya que vincula directamente el acceso a servicios de salud a la posibilidad que cada persona tiene para pagar por ellos.

Perú invierte sólo el 4.9% de su PBI en el sector salud. En la década pasada tuvo una distribución regresiva del subsidio público.

Mecanismos de pago y financiamiento

Para atender a la población en el componente de la prestación de salud, los recursos son ordinarios, es decir, los recursos que genera el país por ingresos de impuestos. Esta distribución de recursos está destinada al modelo subsidiado. El porcentaje de recursos recaudado y canalizado por mecanismos de financiamiento, basados en el prepago y en el aseguramiento, se ha mantenido constante (entre 3.3 % y 3.4 % del PBI). No se ha podido reducir la carga financiera que tienen los hogares en el financiamiento de la salud, representando el gasto de bolsillo entre 34 % y 38 % del total de financiamiento.

La ley 29344 de 2010 establece los principios y financiamiento para la atención de las personas del régimen subsidiado y semi contributivo del aseguramiento universal de la salud, ambos regímenes se financian con recursos que se asignan anualmente al seguro integral de salud (SIS), de los fondos de los gobiernos locales y regionales, y los aportes provenientes de cooperación internacional. Las EPS se financian de administradoras de fondos de aseguramiento.

Aseguramiento

Existe la Ley de aseguramiento universal (ley 29344 DS N° 008-2010-SA).

Igualmente, esta AUS: un proceso orientado a lograr que toda la población disponga de un seguro de salud e incluye que:

- Que la afiliación a cualquier régimen debe ser obligatoria

- Define a las instituciones prestadoras de servicios de salud, como los establecimientos públicos, privados o mixtos que brindan los servicios de salud correspondientes a su nivel de atención.
- Homogeniza a todas las instituciones o subsectores vinculados con la cobertura de salud, como Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (AFA)
- Se crea la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en salud para supervisar a las AFA y se crean planes de financiamiento y aseguramiento a cargo de éstas.

Las IAFAS son las instituciones encargadas de administrar fondos destinados a financiar prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgo a sus asegurados. Estas son: Seguro Integral de Salud, EsSalud, Sanidades FFAA y PNP, EPS, Seguros Privados, Entidades que ofrecen servicios de salud pre-pagados, Auto-seguros, Otros (incluye a las AFOCAT).

Problemas

Entre las limitaciones en la gestión está el estancamiento en el aseguramiento ESSALUD:

- Largas colas
- Mala calidad en el trato de los asegurados
- Pobre suministro de medicamentos
- Citas extendidas en el tiempo

Por otra parte, la OPS determina que entre el 10% y 20% de la población aún no tienen cobertura en salud.

Los grandes problemas del sector salud están en la prestación y no realmente en el financiamiento.

- Un serio problema era la escasez de personal en los establecimientos rurales, especialmente de profesionales, debido a la falta de asignación de plazas; los establecimientos funcionaban con personal no profesional y con poco entrenamiento. Es recién en la década del noventa que se dota de profesionales a estos establecimientos; sin embargo, la cobertura de atención primaria ha crecido lentamente, con limitaciones en los ámbitos rurales a pesar de la importante expansión de infraestructura producida.
- Cuando se suma la cantidad de personas que se tienen en el modelo subsidiado y contributivo, se cuenta con 23 o 24 millones de personas. Pero en Perú son 30, es decir, que faltan 6 millones de personas a los que se debe cubrir. No son población vulnerable, tampoco contributiva, no tiene una relación de dependencia porque no se encuentra en la seguridad social (son personas independientes).

- El gasto de bolsillo es excesivo, generando inequidad, ya que el acceso a la salud depende de la capacidad de pago del hogar. Una parte de este gasto es destinado a la compra de medicamentos y el pago de servicios de diagnóstico.
- Los recursos humanos son insuficientes y están centralizados. Un problema adicional surge de la pérdida de recursos humanos calificados, ya que estos emigran a países con mejores condiciones laborales.
- La disponibilidad de recursos presenta grandes brechas regionales, estos están concentrados en los sitios de mayor concentración poblacional.
- Existen restricciones en el acceso a la salud por diversas causas como son la distancia del lugar de atención y la vivienda, carencia de seguro, falta de tiempo, maltrato por parte del personal de salud, falta de capacidad de pago o ingresos, falta de confianza, demora, etc.
- La cobertura de seguros de salud ha aumentado en la última década, pero aún es baja. Las mayores deficiencias de cobertura de salud se registran en sectores de ingresos medios, como consecuencia de la concentración de los afiliados del SIS en los quintiles más pobres y de EsSalud (y de otros seguros) en el quintil más rico.
- El sistema es fragmentado y adicionalmente al interior de EsSALUD se observa, también fragmentación. Existe seguro regular, al cual se encuentran afiliados obligatoriamente todos los trabajadores activos que desarrollan sus tareas bajo relación de dependencia o como socios de cooperativas de trabajadores, los pensionistas que reciben pensión de cesantía, jubilación, por incapacidad y de supervivencia (viudez y orfandad), cualquiera fuere el régimen legal al cual se encuentren sujetos. El seguro independiente, disponible para cualquier residente en el Perú (sin límite de edad), particularmente para trabajadores independientes (profesionales, técnicos, programadores, artesanos, comerciantes, transportistas, artistas), estudiantes, demás emprendedores y todas las personas independientes que deseen contar con un seguro en salud. Asimismo, cubre a los dependientes del titular (cónyuge o concubina/o, hijos menores de edad e hijos mayores de edad incapacitados en forma total y permanente para el trabajo). Este seguro brinda la cobertura que señala el PEAS y más de 230 prestaciones que EsSalud ha adicionado. También existe un régimen de la seguridad social especial, denominado seguro agrario, que brinda prestaciones de salud, económicas y sociales a los trabajadores dependientes e independientes que desarrollen actividades de cultivo, crianza, avícola, agroindustrial o acuícola, con excepción de la industria forestal. En este seguro los afiliados titulares pueden afiliar a sus derechohabientes.

Fortalezas

Una de las cosas positivas que podrían rescatarse del sistema actual es la estrategia del Sistema Integral de Salud (SIS), la cual está orientada a que los individuos disminuyan la parte que tienen que pagar de su propio bolsillo, considerando esta última como la principal

barrera de acceso a los servicios. Así, en las últimas décadas se ha producido una mejoría en la salud de la población peruana, debido al proceso de urbanización, al aumento del nivel de instrucción y acceso a servicios de saneamiento básico, los cambios en los estilos de vida de la población, los cambios demográficos y el desarrollo de servicios en el primer nivel de atención.

Necesidades o desafíos

El sistema de salud del Perú, debe prepararse para afrontar las consecuencias del envejecimiento poblacional. Para ello es indispensable rediseñar su modelo de atención con base en la atención primaria, haciendo énfasis en el incremento de la capacidad resolutiva de las unidades.

El combate al rezago obliga también a fortalecer el saneamiento básico en las zonas rurales. Es indispensable también sentar las bases de un nuevo contrato social entre los servicios de atención y la población, basado en la corresponsabilidad individual y colectiva sobre la salud. Esto requiere, entre otras cosas, del fortalecimiento de la descentralización y los CLAS.

Perú también requiere de una sólida política de formación y desarrollo de recursos humanos que permita responder a las nuevas necesidades. Finalmente, para materializar la política del SIS, es indispensable ampliar el gasto en salud para llevarlo, por lo menos, a los niveles promedio de la región.

Entre otros retos del sistema de salud en Perú se encuentra fortalecer oferta de servicios, implementar garantías explícitas, cerrar brecha aseguramiento, implementar obligatoriedad, financiamiento para seguro público, afinar focalización. [34]

1.12. REPÚBLICA DOMINICANA

El Sistema de Salud en República Dominicana se originó en 2001, a partir de leyes, reglamentos, normas y disposiciones administrativas provenientes de distintas instancias e instituciones estatales. Las dos normas que fundamentan el Sistema de salud son: la Ley General de Salud (Ley 42-01) y la ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) (Ley 87-01). Mediante ambas normativas se establece un sistema complejo de instituciones de naturaleza pública, privada y sin fines de lucro, especializadas en funciones específicas.

El nuevo marco legal consagra el deber del Estado en garantizar la salud a toda la población y ordena realizar las transformaciones necesarias para que las funciones del Sistema Nacional de Salud –rectoría, provisión, aseguramiento, financiamiento– se separen y sean asumidas por las diferentes instituciones que le conforman; dando origen al Sistema Nacional de Salud (SNS). [35]

En el 1948, se crea el Sistema de Seguros Sociales; en 1956, la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social y se aprueba el Código de Salud; en año 1962 se transforma la Caja Dominicana de Seguros Sociales en Instituto Dominicano de Seguros Social; en 2001, se aprueba la Ley General de Salud e inicia el Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud del Sistema de Seguridad Social; en 2008, se establece el Plan Decenal de Salud. En cuanto a las leyes en el 2001, la Ley general de salud, reglamenta aspectos de organización y funcionamiento del sistema público de salud. La Ley 87-01, 2001 crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, define los modelos de financiamiento y de asignación de recursos para el sistema nacional de salud (público y privado). Por otro lado, en 2003, se da el Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones; en 2004 se instruyó a la SESPAS para iniciar "el proceso gradual de creación y desarrollo de las Redes de Servicios Públicos de Salud, como expresiones autónomas y descentralizadas, al amparo del Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones" y por último el Plan decenal de salud 2006-2015, se creó con el objetivo estratégico principal de desarrollar el sistema nacional de salud.

El gasto público en salud ha sido primordialmente canalizado a través de la Secretaría de Estado de Salud Pública y sus diferentes dependencias y establecimientos. La respuesta adaptativa de los servicios públicos ante las deficiencias en el financiamiento ha sido la instauración de diversos mecanismos de cobro de aportes por parte de los pacientes, en el momento de solicitar los servicios. Este sistema cuenta con un elevado gasto familiar de bolsillo en salud.

El MSP se financia con recursos del gobierno provenientes de impuestos generales, con lo cual cubre las atenciones que se ofrecen a la población no asegurada, en su propia red de proveedores, la cual se financia con cuotas de recuperación (los usuarios pagan después de recibirla atención). La TSS distribuye un per cápita a las ARS y éstas a su vez realizan convenios con las prestadoras de servicios de salud del sistema para el pago por la prestación de servicios a sus afiliados. En el caso de la ARS pública – SENASA – se utilizan dos modalidades de pago, una por capitación en el primer nivel de atención y otra por servicios prestados en los demás niveles. Los servicios privados se financian con pagos de bolsillo, en su gran mayoría, y con pagos de primas de seguro, aunque el SENASA también recurre a los proveedores privados sin fines de lucro.

En 2008, en República Dominicana existían 1.3 médicos, 0.25 enfermeras con título universitario y 0.14 odontólogos por 1000 habitantes. Igualmente, el MS contaba con 26 637 cargos profesionales ocupados, distribuidos entre médicos (10 632), enfermeras (13 715), odontólogos (1 359), bioanalistas (1 712), farmacéuticos (639) y psicólogos (292), mientras que el IDSS contaba con 5 033 profesionales de la salud y las fuerzas armadas con 824. La distribución de los recursos humanos para la salud del subsector público es muy desigual en las distintas regiones. El análisis de la situación para esa fecha debe hacerse sobre el análisis realizado por la Organización Mundial de la Salud que estima, que la tasa necesaria para alcanzar un nivel de "cobertura mínima" es de 2.5 profesionales (entre médicos y enfermeras) por 1000 habitantes. [36]

En lo referente al número de médicos por 10,000 habitantes desde el año 1990, se ha registrado un aumento en el número de médicos, sin embargo, la relación de enfermeras por cada 10, 000 habitantes ha disminuido. En cuanto al número de camas por cada 1,000 habitantes, la brecha se ha reducido, en virtud de que, para el final de los años noventa e inicios del año 2000, la disponibilidad de camas por cada 1,000 habitantes era de 1.5 camas.

En la formación médica predomina la especialización en áreas clínicas desde la formación básica. En los últimos años está creciendo lentamente la oferta de formación en salud familiar y por tanto el número de médico de familia, todavía insuficiente para el modelo de atención propuesto en la reforma y seguridad social.

Existe la voluntad política para garantizar la respuesta al aseguramiento en salud en regiones del país con mayor índice de pobreza. La tendencia del gasto público en salud y del gasto total en salud ha ido disminuyendo con el paso de los años, a pesar del crecimiento económico del país.

En cuanto a la efectividad de los servicios, a partir de la Reforma en salud e indicadores como la Mortalidad tanto Infantil como Materna, se tiene que la mortalidad infantil se ha reducido en los últimos años, sin embargo no sucede lo mismo con la mortalidad materna. En relación a la Malaria, Dengue y Tuberculosis, la tendencia de ocurrencia ha ido en aumento.

Antes del 2001, los principios claves de la Reforma por subsectores público, privado y seguridad social, estaban poco definidos. A partir de la promulgación de las leyes existen definiciones claras; sin embargo, no se ha establecido un monitoreo que permita su medición.

Gestión

La función relativa a vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgo y daño en la salud pública tuvo los resultados más altos, respecto a todas las demás funciones, esto posiblemente por el énfasis que ha puesto el país en el tema de vigilancia, tanto en capacitación como en funcionamiento. El segundo puntaje más alto se logró en la Reducción del Impacto de emergencias y desastres en salud.

Las funciones valoradas con un desempeño mínimo fueron: participación de los ciudadanos en salud; desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; garantía de calidad de servicios individuales y colectivos.

También la función Investigación en salud pública, esencial para el desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública, obtuvo un puntaje que la ubica en el cuartil de desempeño medio inferior, lo que puede significar que existe preocupación por la aparente baja atención al tema de investigación. [37]

Supervisión

La Ley de Seguridad Social (87-01) establece que los establecimientos de salud deben estar habilitados previamente por el MSP. El país cuenta con normas para esos fines, pero pocos establecimientos han cumplido con ellas, por lo que se ha tenido que ser flexible, otorgándole un período de tiempo para que puedan cumplir con las mismas. Hasta junio de 2008, la Dirección General de Habilitación y Acreditación había inspeccionado 47% de los 8 590 establecimientos de salud, de los cuales sólo 791 cumplieron con los estándares necesarios para conseguir la habilitación. A esa fecha aún 4 512 establecimientos no habían solicitado la inspección. En los últimos años el MSP ha realizado esfuerzos para desarrollar las capacidades y para reestructurar el sistema de vigilancia epidemiológica nacional. Sin embargo, todavía es muy alto el número de sub-registros en el país y prácticamente no se dispone de datos del sector privado. El Plan Decenal de Salud (PLANDES) es por ley el principal instrumento de planificación sectorial del sistema de salud. Realizado por primera vez en el país, se elaboró mediante un proceso ampliamente participativo para el período 2006-2015, y contiene los principales objetivos estratégicos de desarrollo del sector salud. Identifica una serie de indicadores para darle seguimiento, pero hay debilidades en los criterios de selección de los mismos. Además, carece de un sistema formal de monitoreo y evaluación.

Corresponde a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales regular y fiscalizar el desempeño de las instituciones que ofertan el aseguramiento del servicio de salud, de manera que no se produzca discriminación y selección adversa que afecten el derecho a salud de los afiliados. Por otro lado, esta misma entidad se encarga de verificar que las aseguradoras tengan la solvencia financiera necesaria para garantizar la calidad y cantidad de los servicios de salud que demandan sus asegurados. Los usuarios, además, cuentan con un organismo que les defiende sus derechos: la Dirección de Defensa e Información del Afiliado (DIDA), la cual ha creado mecanismos para comunicar y defender los derechos de los usuarios.

En el área de cooperación en salud, país cuenta con la cooperación técnica de diferentes agencias y organismos internacionales: Organización Panamericana de la Salud, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID), Cooperación Japonesa (JICA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Unión Europea, Agencia de Cooperación Alemana (GTZ), Fondo de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA), Fondo Mundial para el control de Tuberculosis, Malaria y SIDA. Además cuentan con la colaboración, a través de los organismos crediticios, como el Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo (BID), para cuya armonización se crea en el 2003 la Unidad de Modernización y Desarrollo Institucional de SESPAS, (UMDI). Igualmente, mediante el decreto No. 308-97 del 10 de julio de 1997, se crea la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) con el objetivo de impulsar el proceso de reforma del sector salud. Actualmente la CERSS funge como Unidad Coordinadora de los Proyectos de Reforma ejecutados con fondos de préstamos internacionales.

Modulación del financiamiento

El financiamiento para el sector público y privado, proviene en el primer caso de fondos gubernamentales de recaudaciones y de las cotizaciones sociales obligatorias. Se dirigen y distribuyen a:

- Ministerio de Salud Pública; Tesorería de la seguridad social, quien se encarga de la distribución, Dependencias administrativas y técnicas del SDSS, Instituto Dominicano de Seguridad Social, El Programa de Medicamentos Esenciales; Centros y Programas de formación de recursos humanos en salud.
- Los ayuntamientos y juntas municipales, tienen un rubro para salud, pero a la actualidad no se conoce ni lo que disponen, ni lo que gastan en salud.
- El financiamiento de las dependencias de la seguridad social, excepto la superintendencia de salud, provienen de los fondos generales del gobierno. El financiamiento de la superintendencia se origina en el recaudo de la seguridad social, a partir del financiamiento público, aunque de menor peso específico, los aportes de bolsillo por pago de atención en salud y las donaciones de las dependencias públicas.
- Los fondos asignados al Ministerio de Salud Pública son empleados, principalmente, para el financiamiento de las acciones de atención en salud que desarrollan los Servicios Regionales de Salud, los denominados programas de salud colectiva y para cubrir sus gastos operativos, incluyendo el gasto en medicamentos para hospitalización, otorgados mediante apropiaciones del presupuesto de la institución, pagos por consumo y, en menor medida, a través de transferencias, sobre todo a los que han dado en llamar hospitales auto gestionados.
- Una porción de estos fondos se usa para completar el gasto del IDSS según lo establecido en un acuerdo del gobierno central con el Colegio Médico Dominicano, por la vía de transferencias, y financiar organizaciones no gubernamentales.
- Los fondos asignados a la Tesorería de la Seguridad Social se distribuyen entre las aseguradoras de riesgo de salud y la de riesgos laborales según cápita para cubrir los gastos de atención a los afiliados y sus costos operacionales, la superintendencia y las estancias infantiles, estas según la proporción que le corresponde por ley. [38]

Garantía de aseguramiento

El principal mecanismo de aseguramiento en salud es la afiliación a la seguridad social y es organizada por regímenes de afiliación según se perciban los ingresos. Esta se realiza a través de entidades públicas y privadas, denominadas Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), las que tienen como función asumir el riesgo de garantizar a los beneficiarios una protección de calidad, oportuna y satisfactoria; racionalizar el costo de los servicios, logrando niveles adecuados de productividad y eficiencia, para lo cual contratan distintas Prestadoras de Servicios de Salud.

La población de bajos ingresos se afilia a través del Seguro Nacional de Salud, ARS pública que ha de contratar, de forma exclusiva, a prestadores públicos para la atención en salud de sus afiliados para el régimen subsidiado. Asimismo, interviene el Sistema Único de Identificación de Beneficiarios (SIUBEN) el cual depende del Gabinete Social.

Los fondos de la seguridad social provienen del gobierno dominicano –un per cápita para cubrir a los afiliados del régimen subsidiado (RS) y una cotización como empleador– y de las cotizaciones de empleados y empleadores privados. Estos fondos los recauda la TSS, que depende del CNSS. La TSS transfiere a cada ARS un pago total correspondiente a la cantidad de sus afiliados multiplicado por un per cápita determinado. Las ARS se encargan de contratar a los prestadores de servicios de salud. La principal ARS pública, el SENASA, afilia a la población pobre subsidiada y paga a los prestadores (principalmente a la red del MSP) los servicios acordados.

Para otorgar todas las prestaciones incluidas en el Plan Básico de Salud para el segmento de población incluido en el RS, también paga a proveedores privados sin fines de lucro.

El SENASA también afilia a una parte de los empleados del gobierno dominicano y a trabajadores contributivos del sector privado que la seleccionan como ARS. Las ARS privadas sólo pueden afiliar población contributiva y vender planes privados de seguros de salud. Para la entrega de los servicios a sus afiliados contratan proveedores privados y sin fines de lucro. Finalmente, hay un grupo de la población que tiene capacidad de pago y adquiere servicios de salud en establecimientos privados mediante pagos de bolsillo. La afiliación supone, por ley, el beneficio de recibir un plan básico de salud sin pago alguno exceptuando lo relativo a los medicamentos ambulatorios por los cuales, el afiliado debe contribuir con el pago de un 30 % de su costo.

Reglamentaciones posteriores han promovido, para el régimen contributivo, la instalación de un catálogo de prestaciones, tarifas de copagos por las atenciones en salud y límites en la cobertura de enfermedades de alto costo y medicamentos, por lo que se le traspasa una parte importante del gasto de la atención al afiliado. Las intervenciones preventivas de carácter poblacional y colectivo son explícitamente excluidas del financiamiento del Plan Básico de Salud, por entenderse que son responsabilidad del Estado y deben financiarse con presupuesto público.

Rectoría en salud

Las funciones de rectoría en salud, en República Dominicana, conforme al artículo 8 de la Ley General de Salud (42-01) corresponden al MSP. Sin embargo, se reconoce que las funciones de rectoría se ejercen en forma compartida con otras instituciones del Estado y organizaciones de la sociedad civil. Estas funciones han sido deficientemente desarrolladas por dicho Ministerio, lo que ha ocasionado conflictos de competencia entre diferentes órganos de los sistemas de salud y de la seguridad social. El nuevo marco legal otorga la

autoridad sanitaria y la conducción sectorial al MSP, pero en la práctica la institución no ha sido capaz de ejercer un verdadero liderazgo.

Intervención estatal

Las necesidades, demandas, conflictos y contradicciones sociales han estado estrechamente relacionada con la conformación de las funciones del Estado. La historia de Republica Dominicana influenció de manera sustancial la naturaleza y características de su aparato administrativo y productivo. El efecto de la intervención estatal se manifiesta en la colectividad a mediano y largo plazo. Cuanto mayor sea el porcentaje de renta nacional que absorban las cargas fiscales, tanto mayor será la disuasión ejercida sobre la producción y la actividad privada.

La presión tributaria es la relación de impuestos que debe pagar la población ha sido un asunto de larga data en República Dominicana, la metodología utiliza los Ingresos Corrientes, que adiciona los Ingresos Tributarios y los No-Tributarios. Éstos últimos incluyen tasas, peajes, venta de mercancías, tarjetas de turismo, tasas por expedición de pasaportes, dividendos de la Refinería Dominicana de Petróleo y del Banco de Reservas, entre los más importantes.

Por otro lado, indicadores como la presión tributaria y el gasto público no integran en sus cálculos costos ocultos que asumen los agentes económicos en la sociedad. En este sentido, los agentes económicos deben asumir altos costos transaccionales por:

1) costo de cumplimiento del sistema impositivo;
2) servicios básicos de baja calidad;
3) regulaciones excesivas que no están claramente establecidas y/o cambian con frecuencia;
4) pagos “extraoficiales” para recibir ciertos servicios del sector público; y,
5) gasto público no prioritario, clientelismo y corrupción. Se asumen altos costos de oportunidad desde el punto de vista económico porque recursos escasos que pueden invertirse en procesos productivos se desvían para cubrir esas deficiencias.

La influencia del Estado en la economía se ha incrementado desde el punto de vista de los ingresos fiscales, así como el gasto público. El Estado dominicano provee ciertos servicios básicos, pero los contribuyentes asumen el costo de la provisión de esos servicios que brinda el Estado a través del pago de impuestos. A pesar de asumir ese costo, los agentes económicos se ven forzados a recurrir al mercado privado para tener acceso a esos mismos servicios básicos, para que tengan calidad. Dado que en muchos casos la competencia es limitada, los agentes económicos deben pagar un precio alto para disfrutar de esos servicios con un nivel de calidad aceptable.

El sistema público de salud provisto a través de los hospitales de la Seguridad Social y los hospitales públicos (Ministerio de Salud) son muy deficientes y no proveen a la población

servicios confiables. Estos se financian a través de impuestos explícitos (Ministerio de Salud) y figuras parafiscales (Seguridad Social) que aportan los contribuyentes. Debido a las deficiencias del sistema de salud, la mayoría de los dominicanos deben recurrir a contratar los servicios de salud directamente y/o a través de seguros privados. Este es un costo adicional para los contribuyentes y quienes más se afectan son los segmentos de menores ingresos. Similar a la educación, un bajo nivel de salubridad en la población implica un menor nivel de productividad de los trabajadores, lo que impone un alto costo de oportunidad para la sociedad dominicana.

Mecanismos de pago y financiamiento

Las aportaciones del Estado Dominicano al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) provienen de:

a) Las partidas del presupuesto de la Secretaría de Estado Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) destinadas al cuidado de la salud de las personas;
b) Las partidas gubernamentales para programas de asistencia social, las cuales serán Integradas y especializadas para financiar las prestaciones de la población indigente y de los grupos sociales con insuficiente capacidad contributiva;
c) Las partidas gubernamentales destinadas a contratar los seguros de salud y planes de pensiones de los departamentos de la Administración Pública;
d) Los ingresos de los impuestos especializados para el pago complementario de los recursos humanos del sector salud;
e) Los impuestos a las ganancias de los premios mayores;
f) Los impuestos a los juegos de azar autorizados;
g) Los patrimonios sin herederos;
h) Los bienes confiscados por sentencia definitiva a los traficantes de drogas, de contrabando o de cualquier otro origen
i) Las utilidades obtenidas por las empresas públicas capitalizadas;
j) Recursos extraordinarios de fuentes nacionales e internacionales para apoyar la reforma del sector salud y la rehabilitación y desarrollo de la infraestructura pública;
k) Los impuestos correspondientes a los beneficios obtenidos por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y las empresas Proveedoras de Servicios de Salud (PSS);
l) Otros recursos adicionales ordinarios que serán consignados en la ley de Gastos Públicos. [38, 39]

Problemas

El sistema de salud de República Dominicana es altamente inequitativo debido al elevado gasto de bolsillo de los hogares, el cual, para los años 1997 y 2002, representaba el 62% y 48%, respectivamente, del gasto total en salud.

En cuanto a la cobertura, en las últimas dos décadas se han experimentado cambios poco significativos, ya que desde el 1996 hasta el 2002 el porcentaje de la población que estaba cubierta por algún tipo de seguro pasó de 18% a 21%, lo que implica un incremento de tan sólo 3%.

Aunque no hay estudios sobre la percepción de la calidad de los servicios de salud, en el Sistema Nacional de salud, la baja calidad se relaciona con problemas de gestión administrativa y clínica de los proveedores de salud.

Adicionalmente, existen otros problemas como:

- 54% de la población ocupada pertenece al sector informal de la economía, lo que dificulta su afiliación y la recaudación de la parte que tiene que aportar, para recibir los beneficios del sistema.
- 22% de la población carece de documentación, lo que dificulta su afiliación y el acceso a los servicios. Y beneficios de la seguridad social
- La evasión y elusión, en cuento al pago de la seguridad social, proyectada en un 30% por parte de los empleadores.
- Deficiencia en la coordinación oportuna del movimiento sindical en el conocimiento de puntos vitales en el desarrollo del sistema de seguridad social.
- Deficiencia en la capacitación técnica de la representación sindical en los mecanismos de gestión y administración del sistema.
- Deficiencia en establecer un mecanismo permanente de coordinación, para análisis, consulta y sistematización, entre las representaciones sindicales.
- Participación del sector privado, con fines marcadamente lucrativo, en la administración de los riesgos de salud y pensión, lo que dificulta el acceso con equidad de la población asegurada.
- Limitación del derecho al trabajador de cambiar del modelo a capitalización

Fortalezas

1. Establecimiento del principio básico de los mandatos de la OIT, como son la Universalidad, Equidad, Obligatoriedad y Solidaridad.
2. Establecimiento de aporte bipartito, tanto del empleador 70%, como del trabajador 30%, para los seguros de pensión y salud, el de riesgos laborales solo lo financia el empleador.

3. Establecimiento de cobertura de salud a toda la población a través de un Plan Básico de Salud Único Universal y Obligatorio.
4. Especialización de financiamiento para la cobertura de salud y pensión para la población desempleada, envejecida y discapacitada, por parte del Estado y establecimiento de un subsidio de solidaridad para los trabajadores del sector informal de la economía
5. Cobertura y beneficios de las prestaciones por maternidad.
6. Coexistencia de los modelos e Capitalización Individual (CCI), en el modelo solidario de reparto.
7. La capacidad de veto del movimiento sindical en el organismo rector del sistema (Consejo Nacional de Seguridad Social.
8. Participación sindical y gremial en la gestión política del sistema a través del Consejo y de los organismos consultiva que establece la Ley.
9. Interés permanente de las tres centrales y confederaciones sindicales CNUS, CASC y CNTD, en coordinar los temas a discutir en los mecanismos de gestión política y rectoría de la seguridad social.
10. Establecimiento de Superintendencias que en nombre del Estado Dominicano Fiscalizan las funciones de las Administradoras de riesgos (salud, pensión y riesgos laborales).
11. Establecimiento de una Dirección de Información Defensa de los Afiliados (DIDA), con autonomía operativa.
12. El establecimiento de una Tesorería de la Seguridad Social, Única y Centralizada.

Necesidades o desafíos

1. Demandar la ampliación de la cobertura del Régimen Subsidiado, para garantizar la protección social y los más excluidos económica y socialmente.
2. Demandar el inicio del Seguro Familiar de Salud, para el Régimen Contributivo Subsidiado (trabajadores informales y por cuenta propia).
3. Establecer un mecanismo de consulta permanente de las tres centrales y confederaciones sindicales, en el tema de la seguridad social.
4. Desarrollar un programa de difusión y capacitación, con la finalidad de concientizar a los afiliados sobre la importancia de la seguridad social, como política de protección social.
5. Solicitar a la Organización Internacional del Trabajo, la colaboración técnica que facilite la capacitación de los afiliados de las tres centrales y confederaciones sindicales
6. Fortalecer y demandar el funcionamiento efectivo de los mecanismos de control, fiscalización y supervisión del sistema.
7. Fortalecer los mecanismos de orientación y defensora a los afiliados establecidos en el sistema.
8. Demandar por ante el Gobierno de la Republica, la ratificación del Convenio 102 de la OIT.

9. Separar las funciones de financiamiento y provisión del MSP.
10. Autonomía real de las redes de provisión de servicios, ya sean los hospitales o los servicios subnacionales organizados en forma de redes. [40]

1.13. URUGUAY

Desde 1985 Uruguay ha experimentado estabilidad política con rotación de los partidos políticos. En este contexto y en varias administraciones de distintos partidos el Sistema de Salud desarrolló un proceso de cambio estructural, fortaleciendo el rol rector del Ministerio de Salud Pública (MSP).

En el año 2007, se realizó una reforma en el sistema de salud. Este proceso se concretó con las leyes del año 2007 que le dieron forma y sustento legal a la reforma del conjunto del sistema de salud; entre ellas:

- La Ley 18.131 de 2007: Crea el Fondo Nacional de Salud - FONASA, administrado por el BPS.
- La Ley 18.161 de 2007: Crea la Administración de Servicios del Estado –ASSE. Servicio descentralizado que se relaciona con el Poder Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Salud Pública.
- La Ley 18.211 de 2007: Establece el Sistema Nacional Integrado de Salud - SNIS, asignándole las funciones de accesibilidad, calidad, equidad y universalidad de salud. Crea el Seguro Nacional de Salud – SNS y para administrarlo crea la Junta Nacional de Salud –JUNASA. Reforzó la rectoría del sistema en cabeza del Ministerio de Salud Pública.
- Ley 18.335 de 2008: Estable los Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud.
- Ley 18.731 de 2011: Incorpora al Seguro Nacional de Salud los jubilados y pensionados no amparados por el mismo.

Con este conjunto de normas se descentralizó la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) diferenciándose institucional y funcionalmente los roles de rectoría y de prestación de los servicios. La ASSE y un conjunto amplio y diverso de instituciones privadas quedaron a cargo de la ejecución y la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública que quedó encargado de las funciones de rectoría y regulación.

Los programas de salud colectiva están organizados en cuatro áreas:

1. Promoción y prevención: control de tabaco, nutrición, prevención de accidentes, salud bucal, salud mental, salud rural.
2. Salud sexual y reproductiva: programa ITS/SIDA, programa salud de la mujer, violencia y salud.

3. Ciclos de vida: programas adolescencia y juventud, salud del adulto mayor, niñez y salud del adulto.
4. Enfermedades crónicas prevalentes: programa nacional de control de cáncer, hipertensión, diabetes, etc.

Asimismo, se trabaja en forma transversal en los distintos programas los siguientes abordajes:

- Bioética y derechos, género, gestión de riesgos y daños.
- Prestadores Integrales con quienes contrata la JUNASA para brindar atención a los afiliados a través del SNS:
- ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado), prestador público con alcance nacional;
- IAMC (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva), instituciones mutuales o cooperativas de profesionales (en la actualidad la gran mayoría son cooperativas médicas), sin fines de lucro y reguladas por la autoridad sanitaria, 39 instituciones en todo el país;
- Seguros Privados Integrales, instituciones privadas con fines de lucro, reguladas por el MSP, 6 en Montevideo.

El organismo regulador es el Ministerio de Salud Pública –MSP, que además cumple el rol de autoridad sanitaria y ejerce las funciones de salud pública. A este le corresponde reglamentar y vigilar el funcionamiento de las instituciones privadas de asistencia, de las sociedades mutualistas y de las instituciones de carácter científico y gremial en lo que se refiere a los profesionales mencionados en este capítulo.

En el año 2010, se creó en el MSP una División de Recursos Humanos que avanzó en el diseño de base de datos integrales y dinámicas sobre el mercado de trabajo de salud en el Uruguay, realiza estudios técnicos, participa en la negociación colectiva coordinada por el Ministerio de Trabajo (ámbito tripartito: empresas, gremios de trabajadores y estado).

El sistema de salud de Uruguay es una combinación de servicios asistenciales públicos y privados. Antiguamente los dos sectores funcionaban independientemente. En el sector público, el principal prestador de servicios es ASSE y le siguen los servicios de sanidad policial y militar. En el sector privado, los principales prestadores son las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC), pues son los más antiguos, los de mayor experiencia, tienen una amplia capacidad instalada y el Estado las ha regulado. Tienen además una cuota de prepago y cualquier ciudadano puede acceder voluntariamente a ellas. También existen los seguros privados integrales, que únicamente cubren el 2% de la población, y ofrecen atención de acuerdo con la prima y el plan acordado con cada compañía y tienen menor regulación del Estado. Este sector estaba orientado a la atención de los grupos de ingresos medios y altos que

pagan las cuotas mutuales de su bolsillo y a brindar cobertura a los trabajadores privados y públicos del sector formal, para lo que existía una oficina estatal (El Banco de Previsión Social) responsable de actuar como intermediario.

Con la creación del SNIS se integra el sistema con incorporación progresiva de la población al Seguro Nacional de Salud lo que garantiza un Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), y lo constituyen un conjunto de prestaciones que deben garantizar a sus beneficiarios las instituciones acreditadas como prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud. En otras palabras, el PIAS, aprobado por el Decreto 465 del 2008, es una canasta de servicios integrales en el que las obligaciones son idénticas para todo prestador integral, público o privado del país, aspecto relevante dado que el sistema opta por un espectro de prestadores mixto a los cuales el usuario asegurado puede elegir su afiliación.

Algunos prestadores públicos que brindan atención con distintos grados de integralidad son:

- Hospital Universitario (Hospital de Clínicas)
- Hospital Policial
- Hospital Militar
- Sanatorio del Banco de Previsión Social
- Sanatorio del Banco de Seguros del Estado
- Policlínicas de las Intendencias Municipales
- Policlínicas de Empresas Públicas para sus funcionarios y familias

Los agentes de financiamiento son los organismos o instituciones que canalizan los fondos provenientes de las distintas fuentes, utilizándolos para comprar servicios de salud. Existen agentes tanto públicos como privados y una de las principales características del sistema de salud de Uruguay es que muchos agentes de financiamiento son también prestadores de servicios de salud.

El financiamiento del seguro es a través de aportes patronales del 5% sobre las retribuciones y, en el caso de los trabajadores, de 3% para quienes perciben menos de 2,5 BPC, y de 4,5% y 6% en caso de superar ese límite y según tengan o no hijos menores y/o discapacitados a cargo. Las tasas son similares para los jubilados.

Estos aportes otorgan al trabajador el derecho a la atención de su salud y la de sus hijos en cualquiera de los prestadores integrales del SNIS, sea el público, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), o las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) o Seguros Integrales.

Los agentes de financiamiento cuya tarea principal es actuar como intermediarios de fondos son el Banco de Previsión Social – SNS, que compra servicios de salud para sus beneficiarios a las IAMC; los seguros privados integrales y ASSE; el FNR, que compra

servicios de medicina altamente especializada a los IMAE; y los seguros convencionales. Los agentes de financiamiento que son además prestadores directos de los servicios, son las IAMC, ASSE y los seguros privados integrales.

El Presupuesto Nacional financia a la Administración de Servicios de Salud (ASSE) para que cubra a la población no cubierta por el FONASA y que no pueda hacer frente a los costos de un aseguramiento privado.

Por otro lado, la oferta formativa está fuertemente concentrada en el sector público y en el nivel superior y depende en forma directa de la Universidad de la República. El sector privado predomina en la formación de auxiliares, sobre todo de enfermería. La relación entre el sector de la salud y el sector formador fue históricamente escasa (como excepciones, puede mencionarse la Comisión de Residencias Médicas y algunos espacios de trabajo no sistemáticos).

En los últimos años se están desarrollando espacios de coordinación entre la Universidad y la autoridad sanitaria, ya que ambos organismos manifiestan su preocupación por aspectos relacionados con la planificación estratégica de los recursos humanos en salud. El MSP incorpora en la agenda de trabajo las necesidades que van surgiendo a partir de los objetivos de la reforma del sector de la salud, en particular en el cambio de modelo de atención y gestión.

La Universidad, en ejercicio de su autonomía y en pleno proceso de descentralización, implementa varias reformas en los planes de estudios (en particular el de Medicina) y analiza mecanismos de mejora en la calidad y adecuación de los recursos humanos que el Uruguay requiere. Una dificultad objetiva es la brecha en los tiempos para producir el ensamble entre la necesidad y la oferta formativa.

Algunos ejemplos de estos espacios son: Comisión Mixta, integrada por representantes del MSP y el área de la salud de la Universidad de la República; Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente: MSP, Facultad de Medicina, Escuela de Graduados, Academia de Medicina y Gremios de los Médicos, para la promoción de actividades de desarrollo profesional médico continuo; grupos de trabajo sobre migración de profesionales de salud.

Rectoría en salud

Como se mencionó anteriormente, la rectoría del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) es ejercida por el Ministerio de Salud Pública que: elabora las políticas y normas para la organización del SNIS; habilita los prestadores de servicios integrales de salud; aprueba los programas de prestaciones integrales de salud que los prestadores públicos y privados que integran el SNIS deben brindar a sus usuarios; instrumenta un sistema nacional de información y vigilancia en salud; regula y desarrolla políticas de tecnología médica y de medicamentos; formula política de

promoción de salud y promueve la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.

Por otra parte, la JUNASA administra el Seguro Nacional de Salud, firmando contratos de gestión con los prestadores integrales y paga a los prestadores una cápita por cada beneficiario. El Artículo 15o de la ley 18.211 que crea el SNIS establece que "la Junta Nacional de Salud suscribirá un contrato de gestión con cada uno de los prestadores que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que impone a éstos la ley".

Finalmente, los contratos de gestión constituyen un instrumento de gestión por resultados que busca incentivar a los prestadores a cumplir un conjunto de actividades específicas, tendientes al logro de objetivos delineados en el marco de la reforma del sistema de salud.

Financiamiento

Con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) para ofrecer cobertura universal y disminuir la segmentación del sistema, se cambia el modelo de financiamiento del sistema de salud uruguayo con la constitución del Seguro Nacional de Salud (SNS), independizando la pertenencia al seguro de la forma de inserción laboral. El SNS se conforma a partir del Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social (ex DISSE), al cual tenían derecho hasta ese momento todos los trabajadores privados del país.

La creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) se hizo con la finalidad de abarcar progresivamente y con carácter obligatorio a toda la población uruguaya. El SNS es financiado por el FONASA, el cual se conforma con la contribución diferencial de los usuarios de acuerdo a sus ingresos y a la estructura familiar (trabajadores, empleadores, organismos públicos) y la responsabilidad de su recaudación se le otorgó al Banco de Previsión Social - BPS. El FONASA es administrado por la Junta Nacional de la Salud, creada también en el 2007, cuyo principal cometido es administrar el Seguro Nacional de Salud.

La JUNASA administra el SNS, firmando contratos de gestión con los prestadores integrales. La Junta actúa dando la orden de pago a los prestadores de salud, de acuerdo con el número de personas atendidas y el grado de cumplimiento de las metas asistenciales.

El Seguro Nacional de Salud paga a los prestadores de salud con base en una "cuota salud" por cada beneficiario. Dicha cuota salud consta de un componente cápita (capitación) y un pago por el cumplimiento de metas asistenciales definidas por la Dirección General de Salud del MSP. El pago per cápita ajustado por riesgo, es un mecanismo que intenta eliminar los incentivos a la selección de riesgos manteniendo

los incentivos a la eficiencia y donde el pago varía en función de algunas características de los afiliados (sexo y edad) y/o de los costos esperados de la asistencia. Para su cálculo, se realiza un análisis retrospectivo del gasto, tomando en cuenta el promedio anual del gasto en que las IAMC incurren para dar cobertura a las prestaciones incluidas en el catálogo de Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS). El gasto promedio por usuarios según sexo y edad (cápita) se estima considerando el gasto por institución para la producción de cada servicio asistencial; la cantidad demandada de cada servicio asistencial por los usuarios de cada tramo de edad y sexo; y el número de usuarios registrados en la institución de cada tramo de edad y sexo. Las cápitas constituyen una de las formas de pago a los prestadores, siendo un instrumento potente para contribuir desde el financiamiento al cambio de modelo de atención. Son también una herramienta novedosa en el medio para incentivar el trabajo por resultados, generando premios y castigos de acuerdo con ellos.

Desde el punto de vista de los beneficiarios, el Seguro es redistributivo, en tanto cada uno aporta sobre sus ingresos, pero todos tienen derecho a los mismos servicios. Da libertad de elección a los beneficiarios entre un grupo amplio de prestadores, que se amplía a otros privados para los que se requieren aportes complementarios.

El Presupuesto Nacional financia a la Administración de Servicios de Salud (ASSE) para que cubra a la población no cubierta por el FONASA y que no pueda hacer frente a los costos de un aseguramiento privado.

A partir de la propuesta de la Dirección General de la Salud del MSP el Poder Ejecutivo establece las prestaciones y las condiciones de calidad obligatorias que todas las Instituciones que participan del Sistema Integrado de Salud (tanto ASSE como las privadas) deben ofrecer a los usuarios.

Problemas

El sistema de salud presenta los siguientes problemas:

Asimetrías de información entre los usuarios y los prestadores. El Sistema de salud tiene una complejidad intrínseca del servicio que se presta que se ve reflejada por ejemplo en las implicaciones éticas y religiosas, como es el caso de la salud reproductiva. En el Sistema de salud uruguayo no han surgido muchas reformas, esto debido a la falta de capacidad o dificultad de promoverlas en democracia, probablemente porque se caracteriza históricamente por la existencia de actores tanto privado y social, con un modelo de asistencia más fuerte que la del Estado.

Uruguay presenta niveles relativamente altos en cobertura con respecto a seguridad social, salud, educación, pero en cuanto a calidad y cantidad de las prestaciones tiene una tendencia fuerte a la estratificación. [41]

Este modelo ha sufrido una crisis estructural, debido al inadecuado análisis de factores de riesgo en la población, como por ejemplo el desempleo y el crecimiento de la informalidad, lo que produjo un impacto directo en el sector salud, creando dificultades en su sustentabilidad económica.

En este país, la negociación en salud es compleja, debido a que las organizaciones sindicales y profesionales tienen gran poder. Los médicos son empleadores y empleados a la vez, tanto en el sector público como en el privado y en el caso de IAMC son incluso propietarios,

Fleury en 2001, identifica algunas características, que pueden indicar problemas para el Sistema de salud en Uruguay, como son: estratificación y exclusión de ciertos grupos de población; alta fragmentación institucional; base financiera estrecha y frágil basada en salarios; red de servicios muy concentrada; administración centralizada e ineficiente; orientación hacia prácticas curativas en vez de hacia medidas preventivas; actores involucrados con fuertes intereses.[42]

Por otra parte, debido a los profundos cambios económicos y sociales producidos en la región desde finales de los sesenta: "a las enfermedades típicas relacionadas con situaciones de subdesarrollo se sumaron las que prevalecían en las sociedades industrializadas…" Fleury, Sonia (2001). "¿Universal, Dual o Plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina". [43]

El modelo presenta un retraso en el modo de atención en salud, para lo cual se planteó una reforma: la política de pago por desempeño, cuyo objetivo es mejorar la calidad de la asistencia. Los principales atrasos están en el cambio de modelo de salud, en recursos humanos, la descentralización y profesionalización de la gestión de ASSE, la sustentabilidad del sistema de salud frente a la oferta de tecnología y nuevas prestaciones. [44]

Un problema adicional, es la migración de médicos al exterior del país.

Fortalezas

El sistema de salud presenta las siguientes fortalezas:

1. Con la reforma al Sistema de salud, Uruguay avanzó en el cambio del modelo de gestión y en el modelo de financiamiento, este último ha tenido un desarrollo sobre la base de que se aporta según los ingresos y se recibe según las necesidades de atención, el aporte del gobierno en el cambio es sobre el aumento del presupuesto de ASSE, triplicando su contribución en el período 2005-2010. Esta evolución implica una mayor participación social en el sistema. Asimismo, la intersectorialidad del Estado para mejorar la salud de la

población fue un aspecto clave en la reforma de salud con integración a otras reformas de Estado.
2. El Ministerio de Salud Pública en el marco de la reforma ha estimulado la complementación de servicios y la regionalización.
3. Se incluyeron políticas públicas con alto impacto en lo referente a control de tabaco, salud sexual y reproductiva, VIH.
4. Se adoptaron medidas para avanzar con el objetivo de la reforma, con la aprobación de un Plan de Atención Integral a la Salud (PIAS) y un Formulario Terapéutico del Medicamento (FTM) y el Contrato de gestión al que se obliga a los prestadores integrales del Sistema.
5. En términos reales, los gastos de prepago se redujeron un 15%, esto es el reflejo del ingreso al SNIS, de una población que antes de la reforma pagaba cuotas de prepago al proveedor directamente y fue sustituido el gasto por contribuciones a la seguridad social y transferencias del gobierno; lo que ha beneficiado a los hogares con menos ingresos.

Necesidades o desafios

Las principales necesidades del sistema de salud son que se requiere consolidar los cambios en el sistema con el fin de garantizar la sustentabilidad y continuidad del sistema. Por otro lado, un desafío permanente es la transformación de ASSE, para lo que es necesario la profesionalización de la gestión de los hospitales públicos y el desarrollo de la red asistencial pública. Igualmente, para reducir inequidades y territorialización de las políticas de salud, se requiere la complementación público-privada y la regionalización. También, es necesario impulsar la investigación en salud pública y avanzar hacia una Escuela de Gobierno en Salud Pública, implementar estrategias para la compra de insumos y la integración de plataformas regionales de producción y la planificación del recurso humano, conforme a las necesidades del sistema de salud. [44]

1.14. VENEZUELA

El sistema de salud de Venezuela, se originó en el año 1912, con el Servicio Público de Sanidad, aunque solo se impulsó hasta 1936 y 1944 con la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el instituto venezolano de los seguros sociales. En Ley VEN1994-R35924 Decreto núm. 3207 se dicta el reglamento parcial de la ley del seguro social, se extenderá en forma progresiva dentro de un plazo de 180 días el seguro en las prestaciones de asistencia médica y en dinero por incapacidad temporal, a las personas que prestan servicios a la República, a los Estados, al Distrito Federal y a los municipios autónomos y a las personas morales de carácter público. Se concertará un incremento de las cotizaciones.

La ley VEN1998_L55841, es una ley orgánica de salud que rige todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República. Igualmente, Ley VEN2001-L60235 regula subsistema de salud, rige el Subsistema de Salud previsto en la Ley Orgánica del Sistema

de Seguridad Social Integral y desarrolla en los términos establecidos en dicha ley los principios, derechos y obligaciones de los sujetos que intervienen en la regulación, intervención, dirección, financiamiento, supervisión, aseguramiento y utilización de los servicios que garantizan la atención médica integral y la atención de la enfermedad profesional y accidentes de trabajo, así como todo lo concerniente a las prestaciones dinerarias del Subsistema de Salud.

El modelo actual se cataloga como Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), el cual filosóficamente orientado a garantizar el derecho a la salud de todos los venezolanos, siendo "regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y corresponsabilidad social, y su financiamiento y gestión serían responsabilidad del Estado" [45]

En el sistema de salud la prestación del servicio se da por medio de tres grupos principales de beneficiarios. En primer lugar está la población cubierta por los diferentes institutos de seguridad social (IVSS, IPSFA, IPASME y universidades), es decir, los trabajadores asalariados, pensionados y jubilados del sector formal de la economía y sus familiares, que para 1997 sumaban más de 15 millones y medio de personas. El IVSS también cubre a los trabajadores que laboran en el sector informal de la economía que tienen una relación laboral definida, en segundo lugar están los trabajadores del sector informal, la población desempleada y las personas que están fuera del mercado de trabajo y sus familiares, que formalmente reciben atención del MS y que no cuentan con otro tipo de aseguramiento público. Este sector de la población recibe atención a través de la Misión Barrio Adentro, la red de hospitales y los servicios ambulatorios del MS y de los estados, además de otros importantes centros de atención con autonomía funcional y operativa pero adscrita al MS. Por último están las personas cuyo empleo o capacidad de pago les permite tener acceso a los seguros privados o hacer pagos de bolsillo en el momento de recibir la atención.

Por los procesos de recentralización, la mayor fuente del gasto público para salud es el gobierno central el cual financia al Ministerio del poder popular para la Salud y a la Misión Barrio Adentro, al tiempo que realiza aportes a la seguridad social, la cual también recibe contribuciones de las empresas, las cuales, dependiendo de la clasificación de riesgo, varían entre 11 y 13% del salario fijo mensual y de los trabajadores cuyo aporte es de entre el 2% y el 4%.

"El gasto total en salud como porcentaje del PIB en Venezuela ha ido disminuyendo de 5.7% en 2000 a 5.2% en 2008, muy por debajo del promedio de América Latina (6.9%). El gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud aumentó de 41.5% en 2000 a 44.9% en 2008, mientras que el gasto de la seguridad social en salud como porcentaje del gasto público en salud ha disminuido de forma marcada en la última década, de 40% en 1999 a 31.4 % en 2008. El gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud pasó de 58.5% en 2000 a 55.1% en 2008. El gasto de bolsillo pasó de 90.9% del gasto privado total en salud en 2000 a 89.5% en 2008. En 2008, el gasto per cápita fue de 681 dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)" [45]

Adicionalmente, la prestación del servicio de salud cuenta con productos de atención primaria, especializada, hospitalización, urgencias, odontología general, endodoncia, medicamentos y prótesis ópticas.

"El sistema de salud de Venezuela cuenta con 5 089 establecimientos de salud públicos de los cuales 4 793 son ambulatorios y 296 son hospitales.35 El 96% de las unidades de atención ambulatoria pertenecen al MS (4 605) y el resto al IVSS (79), el IPASME (56) y el Ministerio de la Defensa (21), entre otros. Aproximadamente 81% (3 715) de las unidades de atención ambulatoria del MS son rurales y 19% (890) urbanas. De los hospitales, 213 dependen del MS (181 generales y 32 de especialidad), 31 del IVSS, 13 del IPSFA y tres de PDVSA, entre otros. No existe información disponible sobre la cantidad de establecimientos ambulatorios privados ni de organizaciones de la sociedad civil que ofrecen atención en el nivel primario. Se sabe, sin embargo, que el sector privado cuenta con 344 hospitales, de los cuales 315 corresponden a instituciones lucrativas y 29 a fundaciones de beneficencia.

Los datos disponibles hasta 2003 señalan la existencia de 1.94 médicos, 0.55 odontólogos y 0.08 enfermeras por 1000 habitantes.36 Sin embargo, estas cifras están desactualizadas, ya que con la creación de Barrio Adentro se incorporan 15 356 médicos a la red ambulatoria del país, pero sólo 1 234 de estos son venezolanos, el resto son "cooperantes" cubanos. Estos médicos cubanos, bien entrenados en medicina familiar y comunitaria, han llevado servicios de atención ambulatoria a las comunidades de los municipios más pobres del país en donde antiguamente no había acceso a ellos"

En cuanto al recurso humano no se encontraron datos recientes acerca del número de profesionales, sin embargo se destaca que "la formación del personal en el área de la salud es responsabilidad del Estado en las universidades públicas, mediante programas activos a nivel técnico y profesional, quedando muy poca responsabilidad en este sentido en las instituciones privadas" [1]

Supervisión

La supervisión se realiza por medio del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria, el cual es un servicio dependiente jerárquicamente del ministerio de salud y no cuenta con personería jurídica, aunque dispone de patrimonio propio, autonomía presupuestal, financiera, administrativa y de gestión. Su objeto es promover y proteger la salud de la población mediante "un sistema nacional de regulación, registro, notificación, autorización, habilitación, evaluación, acreditación, certificación, análisis, supervisión, inspección, vigilancia, control, investigación, asesoramiento y sanción de los establecimientos, procesos y productos de uso y consumo humano, en las etapas de producción, elaboración, envasado, etiquetado, ensamblaje, importación, exportación, almacenamiento, distribución, comercialización, transporte, expendio,

dispensación, promoción y publicidad; así como lo relativo a la información, educación, capacitación y prestación de servicios en el ámbito de la salud humana. De igual forma, comprende la regulación de las actividades ejecutadas por los profesionales y técnicos de la salud humana, a través del registro, control, certificación y recertificación" [46]

Rectoría en salud

Como se mencionó, el ministerio del poder popular para la salud es el órgano central del sistema de salud en este país.

"Tal como lo establece el artículo 84 de la Constitución, el Estado tiene la obligación de ejercer la rectoría y de gestionar el SPNS. El MS es el órgano rector del sector salud y entre sus principales responsabilidades destacan:

1) la formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes de salud, incluyendo las políticas relacionadas con la formación de profesionales del área de la salud;

2) la integración de las fuentes de financiamiento y asignación de los recursos;

3) la regulación de las instituciones privadas y públicas que prestan servicios de salud;

4) la regulación y fiscalización de los medicamentos, desde su fabricación hasta su uso en pacientes;

5) la gestión y participación en la capacitación y permanente formación de personal para la salud; y

6) la acreditación y certificación de los establecimientos de atención médica y de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud. Las Direcciones Regionales de Salud ejecutan las políticas nacionales de salud, diseñan y ejecutan los programas y planes estatales de salud, integran las fuentes de financiamiento, asignan los recursos provenientes de los niveles nacional y estatal, y prestan los servicios y programas de salud a través de un solo organismo que integra todos los establecimientos públicos y los que reciben financiamiento del Estado.

En su nivel de gobierno, las Direcciones Municipales de Salud tienen atribuciones similares a las anteriores, responsabilizándose de la gestión de los establecimientos públicos de salud, los servicios de promoción integral de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes, y el saneamiento ambiental"

Intervención estatal

La naturaleza de la intervención estatal, se encuentra orientada por la denominada misión barrio adentro, la cual estructura los servicios en tres modalidades: "Barrio Adentro I es la puerta de entrada al sistema de salud con énfasis en promoción de la salud, prevención de enfermedades y diagnóstico temprano. Ofrece servicios de salud sexual y reproductiva, oncología y citología, salud de niños y adolescentes, inmunizaciones, salud visual, salud mental y atención a la farmacodependencia. Barrio Adentro II que ofrece atención en especialidades básicas como pediatría, gineco-obstetricia, cirugía ambulatoria, medicina interna, laboratorio básico, rayos X y emergencias en clínicas populares que no cuentan con servicios de hospitalización. Y Barrio Adentro III (medicina clínica-hospitalaria) pretende ofrecer atención a través de la red hospitalaria existente, ahora llamados Hospitales del Pueblo (Tipo I, II y III), los hospitales especializados y universitarios, y los centros nacionales especializados, como el Centro Nacional de Oncología y el Centro Nacional de VIH/ SIDA.

Con esta iniciativa se integran al Programa Barrio Adentro III diversos hospitales que pertenecían a alcaldías y municipios, al IVSS, al Ministerio de la Defensa y al propio MS, revirtiendo el proceso de descentralización de los servicios de salud. A pesar de que los pacientes atendidos por Barrio Adentro I y II que requieren servicios de hospitalización se refieren a la red hospitalaria pública tradicional (Barrio Adentro III), esta red no ha sido prioritaria para el gobierno actual en términos de asignación de recursos y, por lo tanto, se encuentra en condiciones muy precarias" [45]

Financiamiento

El método de financiamiento predominante es a través de los fondos del presupuesto Nacional.

Necesidades o desafíos

Entre los principales retos que se plantean se señala que "Con relación a la universalidad, integralidad y equidad del SPNS y en referencia particular a las brechas de acceso a servicio por aspectos geográficos y/o culturales, se identifican las comunidades rurales dispersas, indígenas y campesinas del país, para quienes en el compromiso ético de garantizar la atención de salud como derecho se replantea la estrategia de auxiliares de medicina simplificada con la formación de los Agentes Comunitarios de Atención Primaria de Salud y trabajadores comunitarios de la salud, personas con compromiso ético y político hacia el bienestar de sus pueblos, seleccionadas desde comunidades de zonas rurales dispersas (campesinas e indígenas) por sus representantes y capacitados por un año en el MPPS, donde reciben orientación hacia los principios de universalidad, equidad, igualdad, solidaridad, participación comunitaria y justicia social y en la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y defensa de la salud con permanencia, calidad, oportunidad y bajo un enfoque integral, intersectorial, multidisciplinario e

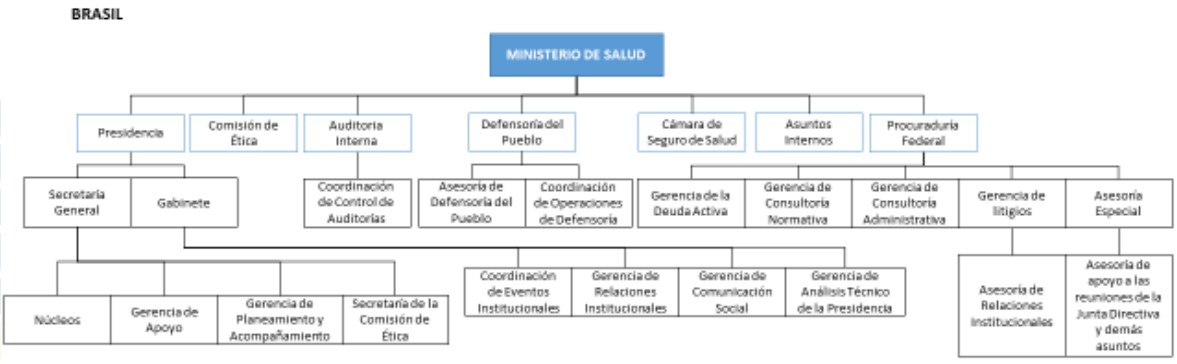
intercultural hacia la atención en salud a la población y promoción de cambios en las condiciones de vida” [1]

2. PERFILES DE LOS ORGANISMOS DE CONTROL

2.1. BRASIL

La supervisión de los servicios de salud, la ejerce la SUPERINTENDENCIA DE BRASI. Este es un órgano vinculado al Ministerio de Salud y es una agencia independiente que regula, hace procesos sancionadores, de todos los seguros privados de salud, la figura muestra la estructura general del sistema de control

Figura No.1 ESQUEMA DE LOS ORGANISMOS DE CONTROL EN EL SISTEMA DE SALUD EN BRASIL



ORGANISMO DE CONTROL, INSPECCION Y VIGILANCIA

En Brasil la Superintendencia de Seguros Privados de Salud tiene a cargo una buena parte de las labores de supervisión, pero hay que destacar que la organización de la salud en Brasil empieza con el ministerio de la salud, el cual es el responsable por hacer las directrices básicas de la salud y las políticas generales de la salud. Adicionalmente, que hay órganos vinculados directamente al ministerio y también hay prestadores de servicios, pero hay dos agencias autónomas que tienen responsabilidades en el campo de la supervisión en salud, una es la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) que regula las condiciones básicas de vigilancia sanitaria del país y las condiciones mínimas de funcionamiento de la red prestadora, sean hospitales, laboratorios, clínicas o consultorios, es decir las reglas básicas de funcionamiento de los prestadores y las condiciones sanitarias mínimas que envuelven todo tipo de establecimiento, la otra es la agencia nacional de salud suplementaria ANSS, responsable de la regulación de los seguros privados de salud.

Hoy Brasil tiene cerca de 70 millones de personas que tienen algún tipo de seguro privado, de estos 50 millones tienen seguros hospitalarios o médicos hospitalarios, los otros 20 solamente tienen seguros odontológicos. Estos tienen reglas de

funcionamiento como paquete mínimo de procedimientos que tienen que ofertar a todos los que contratan este servicio, reglas mínimas de funcionamiento con garantías, las reglas mínimas de funcionamiento en relación con los aspectos operacionales de la sostenibilidad del sistema, las cuales son prescritas por ANSS que regula toda la parte de funcionamiento de las operadoras y también la relación entre estos operadores de seguros de salud y de los prestadores. Como se aprecia la ANSS no regula directamente los prestadores, ya que esta es una atribución de la ANVISA, pero si regula la relación entre prestadores y operadores de seguros de salud. Las dos agencias, ANVISA y ANSS, tienen competencia federal por ende actúan en todas las regiones del país.

También se debe precisar que la estructura de oferta de servicios de salud en Brasil tiene dos sistemas sobrepuestos, tenemos un sistema público que alcanza toda la población 100% de la población en SUS de Brasil y arriba de SUS tenemos una oferta privada de servicios entonces; por ejemplo si hay una persona que tiene un seguro privado hace uso de la red pública la operadora de esta persona tiene que reembolsar al sistema público por este uso. Esta compensación también hace uso es de la ANSS, las atenciones de los niveles de la población se dan en medio de la oferta pública de los vinculados al ministerio de salud entonces tenemos por ejemplo hospitales que son públicos en nivel de municipio, hospitales públicos de nivel de departamentos y hospitales en nivel federal toda esta regulación del funcionamiento de las interfaces son realizados por el ministerio de la salud quien vuelve los tres planes de poder de la federación y también de presentación autónoma de presentaciones consejos de participación popular.

Según reporte de las autoridades sanitarias del país, Brasil cuenta con más de 7000 hospitales, lo que genera una preocupación muy grande por garantizar condiciones mínimas de funcionamiento, especialmente en relación con la seguridad del paciente. También hay inquietud por la eficiencia del gasto en salud, ya que según los mismos funcionarios hoy el gasto en salud corresponde a cerca del 10% del PIB, correspondiendo la mayor parte a gastos de bolsillo, pero implicando un esfuerzo fiscal cercano a 2,5 trillones de dólares americanos que no resultan suficientes para una población de más de 200 millones de personas, así que se señala una gran preocupación con la eficiencia del gasto y con la búsqueda de la mejor calidad del sistema, lo que ha llevado a la ANSS a trabajar por un cambio del modelo de la remuneración modelo que incluya estímulos relacionados con el desempeño de los prestadores.

Algo de historia

La primera ola de regulación se efectuó a finales del siglo XX, en ese momento la preocupación principal fue la disciplina de los mecanismos contables, la responsabilidad de las juntas y órganos de dirección y las exigencias mínimas de

garantías de funcionamiento en caso de dificultades de orden financiero, es decir que se dispusiera de reservas suficientes para cumplir sus compromisos.

En consecuencia las normas y reglamentos para garantizar el funcionamiento mínimo en caso de descompensación financiera son muy estrictos, por lo que desde la vigencia de esta normativa han cerrado muchas operadoras de seguros médicos.

Una segunda ola de regulación se volcó hacia el control de las condiciones mínimas de atención y asistencia médica, definiendo los paquetes de procedimientos y los mínimos de promoción y prevención en salud que todos los operadores tienen que seguir en beneficio de todos los asegurados. Así se parte de criterios de universalización en los servicios y de superación del fraccionamiento en la atención y la segmentación del mercado, generando, en consecuencia, unas condiciones más estandarizadas de contrato entre las operadoras y sus afiliados.

Aunque el presidente de la república, designa los directores de las superintendencias para un periodo de 3 años renovables, las superintendencias son independientes y autónomas.

Procesos de supervisión

Trimestralmente las aseguradoras tienen que enviar los datos económicos financieros y también datos de salud.

Hay dos mecanismos con los que la agencia puede intervenir y cerrar las actividades de una aseguradora: La primera es por razones ligadas a los aspectos económicos y financieros. En este caso la aseguradora debe disponer de una nota actuarial y técnica, que tiene que mostrar las mínimas condiciones de equilibrio económico y financiero para que se pueda vender el servicio. Y la segunda es por razones ligadas a aspectos asistenciales, como negar coberturas obligatorias o no disponer de las condiciones mínimas de oferta de salud.

Los precios de los insumos, medicamentos y tecnologías en salud son determinados por las condiciones de mercado, sin embargo, en los planes se generan ajustes de los precios finales a reconocer, de tal manera que indirectamente se incide en el precio de entrada, aunque este no se controla.

El enfoque es esencialmente preventivo, por lo que se insiste en la determinación y valoración de potenciales riesgos, lo que además sirve de fundamento para lograr respuestas tempranas ante situaciones o problemas que afecten potencialmente la seguridad de los ciudadanos.

Igualmente es relevante, tanto por parte de ministerios como por parte de ANSS y por parte ANVISA, las quejas de los ciudadanos, a las cuales se les efectúa seguimiento permanente e intervención específica cuando hay un problema recurrente

Medidas de intervención

Básicamente se procede desde unas medidas puntuales que llaman dirección técnica y dirección fiscal. Como se mencionó previamente estas son intervenciones directas por motivos económicos financieros o por motivos que envuelven la oferta de salud, en consecuencia puede haber desde procesos sancionatorios rutinarios, hasta intervenciones puntuales, por ejemplo con monitorización que se extiende al control de situaciones asociadas con alta incidencia de quejas por parte de los usuarios.

También se han fortalecido los procesos de conciliación porque hubo un crecimiento muy grande de la judicialización, así que se trabaja en dos direcciones; en primer lugar dejar las reglas claras para poder tener las condiciones que puedan ser conocidas por todos y en segunda instancia se desarrollan espacios de conciliación en las unidades regionales.

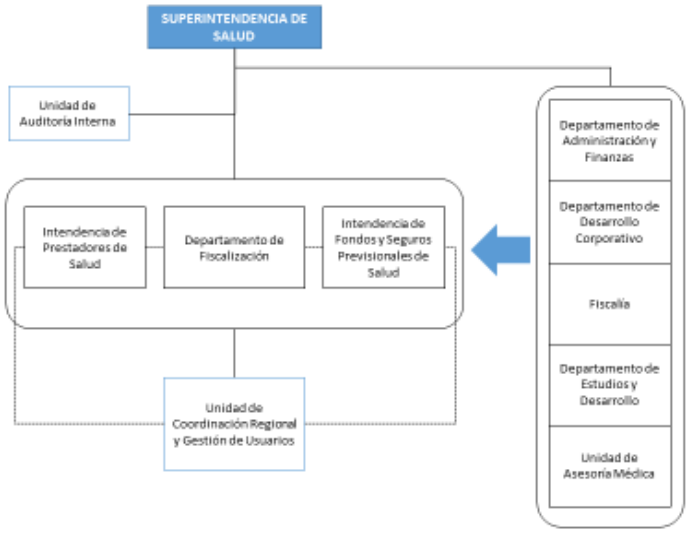
La trasparencia de las actuaciones y la rendición de cuentas se enfocan desde una perspectiva de calidad y se apoyan en herramientas de divulgación como el internet. Hay un enlace dedicado a temas de calidad, allí se puede acceder al desempeño de cada una de las operadoras del plan de salud, en particular a un conjunto de indicadores de monitorización en cuanto a mecanismos de gestión, de gestión de quejas e incluso de gestión de riesgos.

2.2. CHILE

La Superintendencia de salud de Chile, centra su gestión en el compromiso de resguardar los derechos en salud de las personas, mediante el establecimiento de definiciones estratégicas con alto nivel de desafío y, de una estructura orgánica que da cuenta de las funciones de la organización acorde al marco legal vigente, la figura muestra la estructura orgánica de la Superintendencia

Figura No. 2 ESQUEMA DE LOS ORGANISMOS DE CONTROL EN EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

CHILE



ORGANISMOS DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL

La misión de la Superintendencia de salud es proteger y promover los derechos en salud de las personas. Las entidades que supervisa son: Fonasa (Fondo Nacional de Salud), Isapres (Instituciones de Salud Previsional) y Prestadores (personas naturales o jurídicas, tales como consultorios, consultas, centros médicos, hospitales, o clínicas que otorgan atención en salud a las personas beneficiarias). Igualmente supervisa las siguientes actividades:

1.-**Afiliacion y desafiliación**. Fiscaliza diversos aspectos asociados a la afiliación de los seguros de salud. Las materias controladas corresponden a contratos de salud, planes de salud, agentes de ventas y clasificación de los beneficiarios.

2. **AUGE-GES**: fiscalizar el cumplimiento de las garantías de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de la atención entregada. Además de la notificación del diagnóstico GES y la entrega de medicamentes garantizados.

3. **Cobertura y bonificaciones**: de salud fiscaliza que las entidades aseguradoras cubran las atenciones de salud, según la modalidad de atención que utilice la persona beneficiaria o lo especificado en los planes de salud entre otros aspectos.

4. **Cotizaciones de salud:** de salud fiscaliza que los seguros realicen correctamente la determinación de las cotizaciones que fueron mal enteradas, el cálculo de las deudas de cotización de su cartera y el cálculo de los excesos y excedentes de la cotización.

5. **Licencias médicas y subsidios por incapacidad laboral**: fiscaliza que las Isapres, cumplan con los plazos de tramitación de las incapacidades y calculen y paguen correctamente el monto del subsidio y que estas respeten los pronunciamientos de la COMPIN referidos a reclamos presentados por las personas.

6. **Situación financiera de las Isapres**: fiscaliza que las Isapres mantengan el monto mínimo de garantía exigido, cumplan los indicadores de patrimonio, garantía y liquidez y la prestación de los estados financieros según la normativa. Además fiscaliza que los traspasos del Fondo de Compensación Solidario se realicen según las instrucciones entregadas por la institución.

7. **Solución de conflictos**: fiscaliza que Fonasa e Isapres respondan los reclamos que presentan las personas beneficiarias en el plazo establecido y que las aseguradoras cumplan las resoluciones e instrucciones que imparte, emanadas de tales reclamos.

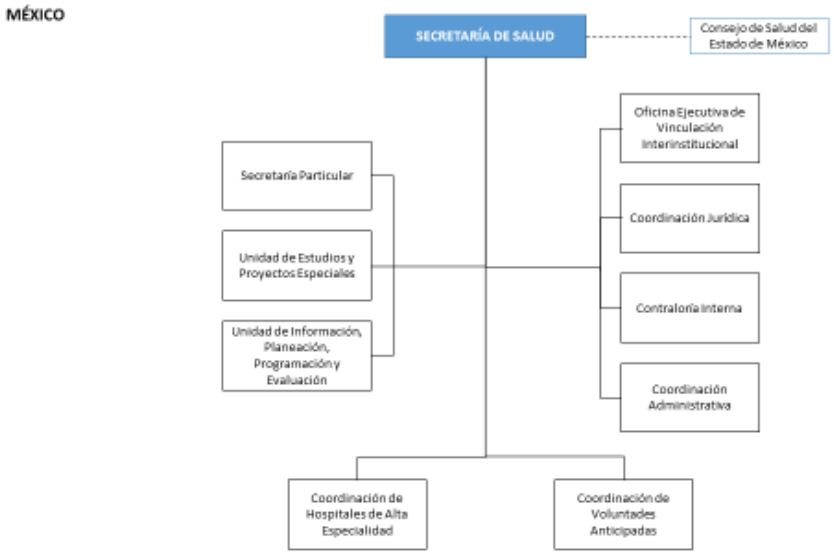
Se supervisa el cumplimiento al marco legal y para ello, se utilizan herramientas como sistemas informáticos, planes de trabajo, manuales, documentación de los procesos, dotación calificada (personas); para la recolección de la información se tienen implementados sistemas informáticos plataforma Lotus, software de auditoría, software de análisis de datos, software estadístico. El gobierno Chileno, realiza el seguimiento a la cobertura de la Supervisión en Inspección, Vigilancia y Control, mediante un Control mensual del Plan de Trabajo.

En cuanto a metodología de supervisión utilizada para realizar las acciones de inspección, vigilancia y control, se basa en una mezcla de cumplimiento y enfoque de riesgos; la superintendencia informa a los vigilados mediante informes con resultados, instrucciones o sanciones. Sobre los hallazgos encontrados, se hace seguimiento y se re fiscaliza los organismos que presentan errores persistentes.

2.3. MÉXICO

La misión de la Secretaria de Salud está encaminada a desarrollar políticas y estrategias de Salud, para fortalecer la prestación eficiente de servicios de calidad, seguridad y eficacia de las instituciones de salud.

Figura No. 3 ESQUEMA DE LOS ORGANISMOS DE CONTROL EN EL SISTEMA DE SALUD EN MEXICO



ORGANISMO DE CONTROL, INSPECCION Y VIGILANCIA

La supervisión del sector salud es realizada en México a través de dos áreas de la Secretaría de Salud, en primera instancia esta la dirección general de calidad y educación en salud que a través de las facultades que le otorga el reglamento interno realiza funciones de control y vigilancia a establecimientos de atención medica que quieren obtener financiamiento del seguro popular y por otro lado está la COFEPRIS que realiza acciones de vigilancia sanitaria por medio de visitas de inspección y control

Igualmente el Consejo de salubridad general lleva a cabo la certificación de hospitales, pero este proceso es voluntario para los hospitales que quieran demostrar que prestan servicios con alta calidad, este consejo depende del presidente de la república y está considerada por el artículo 4 de la ley general de salud como autoridad sanitaria. La acreditación tiene un término de 5 años y está impulsando un programa de re-acreditación aleatorio y la suspensión de la acreditación para aquellos

establecimientos que, derivado de las visitas de supervisión, no reúnan un mínimo de calidad, en este caso tienen 6 meses para enviar pruebas que ya se cumplieron los principales hallazgos que originaron la suspensión y después de esto puede haber dos posibilidades, que efectivamente hayan cumplido y se les regresa la acreditación o que no hayan cumplido y por ende tienen que iniciar un nuevo proceso de acreditación y dejen de percibir el finamiento del seguro popular.

En este momento no hay descentralización de ninguna de las funciones de supervisión en el país y la vigilancia se enfoca en que se presten los servicios con calidad, con capacidad y con seguridad para los pacientes, así que desde estas instancias no hay vigilancia específica en materia de riesgos financieros, máxime que a finales de los 90 hubo una descentralización de los recursos financieros y de infraestructura, por tanto lo que se hace es un acompañamiento para que los recursos se estén gastando efectivamente en materia de salud y para que no se presente un desfinanciamiento. Hay una iniciativa en el congreso para que se conforme una comisión especializada en servicios de salud, pero no solamente para los públicos sino que también para los privados

Ahora bien, en México hay contraloría y los estados también tiene sus contralorías y existe una auditoria superior de la federación que vigila como se gastan los recursos es decir que los recursos se gasten para lo que fueron otorgados, incluyendo los de salud.

En relación con los seguros privados, que tienen que cumplir una serie de requisitos para poder funcionar, existe una comisión nacional bancaria y una comisión nacional de seguros y fianzas, por tanto, la secretaria de salud solamente vigila que las instituciones de seguros especializadas en salud tengan un dictamen anual de funcionamiento bajo el procedimiento que establece la dirección general de calidad en salud, quien está encargada de vigilar y supervisar el funcionamiento de estas entidades.

En relación con el ejercicio de los profesionales independientes es un enorme reto, ya que al interior de la misma secretaria hay instancias que se dedican a la regulación y a la acreditación y la dirección general de calidad tiene una acción especial en relación con los procesos de atención médica.

En relación con los temas de medicamentos, dispositivos médicos y material médico quirúrgico, se definen los estándares para compra, allí la secretara de salud tiene un área específica para los requerimientos técnicos y especificaciones, pero adicionalmente en las facultades que fueron transferidas a los estados, ellos tienen facultades de compra directa.

En materia de acreditación se cuenta con las disposiciones de la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, el Manual de Acreditación y las Cédulas de Evaluación para los tres niveles de atención.

En cuanto al control y vigilancia sanitaria se cuenta con las disposiciones en la Ley General de Salud, Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos y las Actas de Verificación.

En temas de certificación se cuenta con las disposiciones de la Ley General de Salud, el Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica y Estándares de Certificación. El Consejo de Salubridad General ejerce la certificación de establecimientos para la atención médica a nivel hospitalario, con fundamento en el artículo 17 de la Ley General de Salud y su Reglamento Interior.

En materia de Protección Social en Salud, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud realiza auditorias financieras a los establecimientos acreditados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, así como los Órganos Internos de Control y la Auditoria Superior de la Federación en sus respectivos ámbitos de competencia.

Se verifica que los recursos asignados hayan sido aplicados en las intervenciones cubiertas por el Sistema de Protección Social en Salud.

El Consejo de Salubridad General y la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios no realizan actos de supervisión.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, de conformidad con el artículo 29 bis del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud lleva a cabo la supervisión de los establecimientos acreditados con servicios del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

Para efectos de la Certificación, Acreditación o Verificación Médico Sanitaria, estas no realizan supervisión de la gestión en los vigilados, estas competen a los Servicios Estatales de Salud de cada entidad federativa y recae en sus áreas de planeación estatales.

Los procesos sancionatorios por praxis médica se pueden resolver, por voluntad de las partes, en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) o pueden ser resueltos en otro mecanismo arbitral o legal.

Resumen cronológico

En 1991, el Estado estableció acciones encaminadas a la búsqueda de omisiones y fallas del personal en los establecimientos,

En 1993, se descentralizaron de los Servicios Coordinados de Salud Pública a los Servicios Estatales de Salud, mediante este proceso la Federación delegó recursos financieros, establecimientos y recursos humanos.

Para la vigilancia sanitaria entre 1995 y 1996, la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, publicó dos Acuerdos Regulatorios que delimitaron el control de las áreas de mayor riesgo y redujeron los trámites para las empresas, a efecto de darle mayor certidumbre a la regulación.

Entre 1997 al 2000, se realizó la Certificación para la cobertura del Paquete Básico de Servicios, que fue una propuesta de coordinación entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Secretaría de Salud, para evaluar por muestreo simple a establecimientos de primer nivel y jurisdicciones sanitarias que operaban los 12 programas prioritarios que existían en México.

En 2001, se creó la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios quien instrumenta la política nacional en materia de protección contra riesgos sanitarios cuyo fin es "mejorar y ejercer la regulación, el control, la vigilancia sanitaria y la evaluación de riesgos a la salud derivados de los productos, actividades y establecimientos en materia de su competencia".

Para 2003 se reforma la Ley General de Salud, creando el Sistema de Protección Social en Salud y como requisito para que los establecimientos para la atención médica presten servicios al mismo, se estableció el proceso de Acreditación, facultad que se delegó a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de conformidad con el artículo 18, fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría Interior de la Secretaría de Salud.

Este Sistema de Protección Social en Salud fue creado con la finalidad de evitar gastos catastróficos en salud a la población y acorde con las políticas establecidas en el Programa Nacional de Salud, el gobierno federal y los gobiernos estatales han aunado esfuerzos para brindar protección en salud y financiera a los mexicanos que carecen de un sistema de servicios de salud.

Como requisito para ser prestador del sistema, el reglamento establece que los establecimientos que ingresen a la red de prestadores de servicios deberán contar con infraestructura y procesos que garanticen la calidad técnica y estar sujetos a un proceso de evaluación que permita dictaminar si cuentan con los recursos necesarios a través de la Acreditación.

También la Ley General de Salud establece las atribuciones de regulación, control y fomento sanitarios y para el control y vigilancia de los establecimientos de salud.

En materia de acreditación establece la atribución conferida a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para establecer los requerimientos mínimos que servirán de base para la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud. Dichos requerimientos garantizaran que los prestadores de servicios cumplan con las obligaciones impuestas en la ley.

Operativamente en 1991 se establecieron acciones encaminadas a la búsqueda de omisiones y fallas del personal en los establecimientos.

Entre 1995 y 1996 se impulsaron acuerdos regulatorios que delimitaron el control de las áreas de mayor riesgo.

En 1997, se estableció la certificación para cobertura del Paquete Básico de Servicios para evaluar por muestreo simple a establecimientos de primer nivel y jurisdicciones sanitarias

En 1999 el reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios

En 2000, se creó la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

En 2003, se adicionó el mecanismo de acreditación de establecimientos para la atención médica como requisito para prestar servicios en el Sistema de Protección Social en Salud

Procedimientos

Se cuenta con un Sistema de Acreditación de Establecimientos de Salud, el SIAES, el cual está siendo rediseñado con el fin que abarque de manera integral la información del proceso.

Actualmente y de conformidad con el Manual de Acreditación, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud elabora un plan anual de supervisión, en el cual identifica los establecimientos y servicios de atención médica con base en la importancia de los programas prioritarios para el país y así programar la visita, organizar la logística necesaria para su realización y llevar a cabo el proceso de supervisión. En síntesis se llevan a cabo las siguientes fases:

1. Programación
2. Planeación Logística y Evaluación
3. Dictamen (Vigencia del Dictamen, Proceso de supervisión, Plan de Contingencia).

En el caso de la acreditación, los agentes supervisados son los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud que soliciten o prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud y se supervisa básicamente el cumplimiento normativo en materia de funcionamiento, organización y prestación de servicios de atención médica, así como criterios de capacidad, calidad y seguridad.

Se elabora un Informe de Hallazgos el cual se remite a la entidad acreditada o supervisada, lo anterior con la finalidad que solventen los hallazgos encontrados en la visita, también se publican en los portales electrónicos de entidades como el Consejo de Salubridad General para la Certificación de Hospitales, la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios en materia de control y vigilancia sanitaria y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para el Proceso de Acreditación.

Tanto para la Certificación como para la Acreditación existen apartados especiales en las guías de evaluación. Para la Certificación el proceso es visto como parte de la atención médica en el proceso mismo de atención.

Para la Acreditación se evalúa como un sistema, el cual se verifica con constancias documentales que incluyen la normatividad vigente, los directorios de referencia, el expediente clínico, los formatos específicos, las libretas de control de envíos de pacientes a un establecimiento de mayor resolutividad; el seguimiento domiciliario o por vía telefónica del seguimiento del paciente y su oportuna atención en el establecimiento enviado y su regreso a la unidad de origen. Todo lo anterior deberá estar confirmado documentalmente.

Los funcionarios encargados de la evaluación y de la supervisión requieren:

- Formación Profesional. Licenciatura y/o postgrado en las siguientes disciplinas: medicina, odontología, enfermería, química, farmacia, psicología, nutrición, trabajo social y administración.
- Experiencia Laboral. Institucional de tres a cinco años según el área de responsabilidad.
- Desempeño asertivo en sus labores dentro de la institución de procedencia. Habilidad para comunicarse con claridad y eficacia, tanto en forma oral como escrita. Conocimiento sobre los diferentes tipos de instituciones, programas, normativa, actividades y funciones de los establecimientos de atención médica y servicios especializados.
- Competencias:
    - Ser capaz de utilizar correctamente los recursos de los diferentes niveles de atención médica.
    - Determinar las estrategias apropiadas para recoger la información técnico administrativa que se necesite.

- Demostrar capacidad para valorar las competencias y los roles de otros profesionales de la salud.
- Estar capacitado para el trabajo en equipo.
- Identificar los aspectos técnicos normativos de la atención médica.
- Identificar las cuestiones éticas relacionadas con la atención médica.
- Redactar informes de evaluación legibles, bien organizados y concisos.
- Ser capaz de evaluar los propios conocimientos y habilidades (autoevaluarse)

Ellos reciben actualizaciones periódicas desde la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en temas de evaluación de sistemas y servicios, las cuales son programadas y sistemáticas, dirigida al personal federal y estatal quienes conforman la Red de Evaluación y Acreditación de la Calidad (REACAL).

Tienen seguimiento a través de informes mensuales, así como a través de una matriz de indicadores de reporte trimestral con la cual se evalúa la asignación de recursos, igualmente, los establecimientos alimentan los diferentes sistemas de información de manera quincenal, mensual, trimestral, semestral y anual, con la que a nivel jurisdiccional se concentra la información regional recibida y es notificada a nivel estatal y federal. Con la información antes referida se realiza el seguimiento a cada uno de los programas prioritarios.

La financiación de las actividades de supervisión para la Acreditación y para la Certificación, al igual que para la verificación médico sanitaria se realiza con recursos del presupuesto de la entidad responsable e incluyen el pago directo de viáticos, hospedaje y traslados, con base en el presupuesto anual asignado.

La Ley General de Salud establece sanciones administrativas como:

- Amonestación con apercibimiento;
- Multa;
- Clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total, y
- Arresto hasta por treinta y seis horas.

Así también, en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud en su artículo 29 bis, se establece la suspensión de la acreditación en aquellos establecimientos que incumplan con los criterios de capacidad, calidad y seguridad con los que fueron evaluados.

Participación Ciudadana

En el caso de la Acreditación se cuenta con participación ciudadana a través del Programa de Aval Ciudadano y a través de los sistemas de gestión para la Atención de Quejas.

Según las autoridades el Aval Ciudadano surgió por la necesidad de dar respuesta a la pregunta de ¿cómo recuperar la confianza de la ciudadanía en sus instituciones? El mecanismo faculta a ciertos grupos y organizaciones civiles con representatividad social, prestigio y credibilidad entre la población, para visitar unidades de salud y avalar las acciones en favor del trato digno que en ellas se llevan a cabo, y garantizar que los informes emitidos por las instituciones de salud se apeguen a la realidad.

Quienes hacen las visitas no son trabajadores del Sector Salud, son personas comprometidas con su sociedad, que dedican parte de su tiempo y esfuerzo de manera individual o grupal, comprobando la existencia de algunos avances o retrocesos en los servicios de salud y aportando sugerencias y opiniones para mejorarlos.

En el caso de Acreditación se realiza la Evaluación de la Satisfacción, con base en la Ley General de Salud que obliga a los prestadores a contar con un sistema para la atención y resolución en forma oportuna y efectiva de las quejas que los usuarios presenten.

También existen diversas organizaciones públicas y privadas que realizan estudios para medir el impacto de las acciones, como lo es el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, entre otros.

Retos

En opinión de las autoridades consultadas, las deficiencias en el caso de los establecimientos supervisados, es que generalmente no mantienen a través del tiempo los criterios de calidad, capacidad y seguridad con los que fueron acreditados.

Para la Dirección General de Calidad y Educación en Salud las principales dificultades son que no se cuentan con los suficientes recursos humanos y financieros para incrementar el número de establecimientos a supervisar.

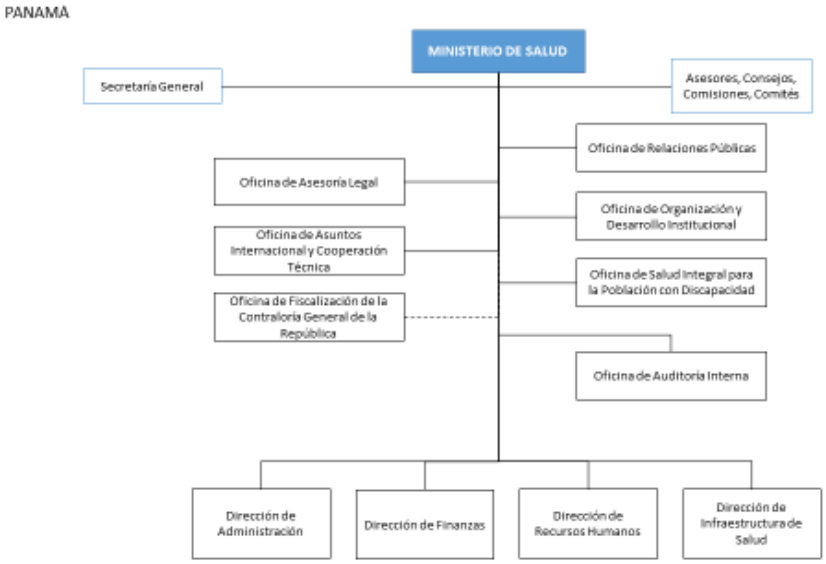
Por otra parte aunque de manera operativa se cuenta con un proceso bien definido y con personal con altamente capacitado y con gran experiencia, la función de regulación de los servicios de atención médica debe integrarse en un área específica de la Secretaría de Salud, a fin de garantizar la calidad en los servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, a efecto de disminuir los riesgos a la salud derivados de la práctica del ejercicio de la medicina, para impulsar mejoras

sistémicas en la atención médica y paramédica, así como ejercer la regulación, control, evaluación, seguimiento y vigilancia de los servicios de atención médica.

2.4. PANANÁ

La misión del organismo de control de Panamá tiene por objeto: ofrecer seguridad social a los asegurados a través de servicios de salud integral y medios económicos de subsistencia con efectividad y calidad humana.

Figura No. 4 ESQUEMA DE LOS ORGANISMOS DE CONTROL EN EL SISTEMA DE SALUD EN PERU



La entidad que realiza las funciones de supervisión en Panamá es la Caja de Seguro Social. En esta no hay copagos, tiene una cartera de servicios grandísimos. En el sector salud el ministerio de salud en cumplimiento a lo estipulado en la norma, le compete ejercer las funciones esenciales en salud; por tanto actúa como ente rector en salud, vigila los elementos en salud individual y colectiva, las entradas de medicamentos los daños en salud los alimentos

El sistema de salud de Panamá es público y privado; el sector público lo ejercen dos instituciones muy bien definidas: el Ministerio de salud que es el ente rector y la Caja de seguro social.

Existen lugares en los que la Caja no tienen representatividad pero hay trabajadores, que tienen seguro social lo que les permite que sean atendidos por el ministerio de

salud, eso se traduce en un convenio de separación y compensación de costos, es decir ellos contabilizan los montos causados por la atención de esa persona y al final se hace intercambio. De igual manera puede pasar de un asegurador que atienda en una instalación de seguro social en el interior del país, la mayoría de las provincias están integradas, sin embargo el área del centro del país no está integrada

La caja es una organización muy grande y controla cuatro riesgos o programas que son autónomos presupuestalmente:

- √ Administración
- √ Retiro Profesional
- √ Enfermedades y maternidad
- √ Riesgo de invalidez y muerte

La caja tiene una junta directiva que es el órgano de máxima deliberación, no obstante, existe una colaboración entre el estado que lo representa a través del ministerio de salud, y aunque La Caja de Seguridad Social, tiene relaciones con el ministerio es totalmente autónoma en materia de salud.

Por otro lado, la dirección de farmacias y drogas es la entidad que le compete el tema de los medicamentos basado en la ley 1º de los medicamentos, la que es emanada del Ministerio de salud. El tema de aseguramiento es una función esencial de salud pública. Por otra parte, la provisión de servicio de salud en Panamá la ejerce tanto el Ministerio de salud como la Caja de servicio social.

El sistema de salud de Panamá tiene un excelente recursos humano con un alto nivel de formación, en este momento los programas están saludables, cuentan con infraestructura propia, con un fuerte componente en transformación e innovación, tecnología de punta para responder a las necesidades, y se está trabajando para que la información este toda en una base de datos.

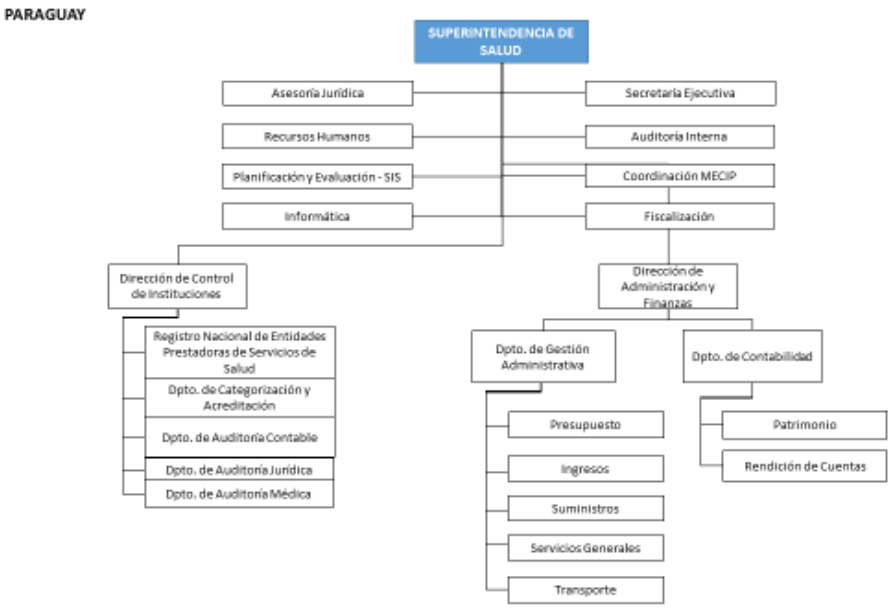
Finalmente, los procesos de calidad los manejan desde las auditorias, en caso de quejas y reclamos el usuario acude al seguro social, tienen una dirección ejecutiva de atención al asegurado donde se reciben todas las quejas del usuario, y donde se procura dar respuesta dentro del ámbito institucional.

2.5. PARAGUAY

La Superintendencia de Salud (SUPSALUD) es una Dirección Ejecutiva del Sistema Nacional de Salud, con carácter de organismo técnico de fiscalización obligatoria a las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud de la República del Paraguay, tal y como lo estipulan la Ley N° 1.032 del 30 de diciembre de 199, que crea el Sistema Nacional

de Salud, y la Ley Nº 2.319, que establece las Funciones y Competencias de la Superintendencia de Salud" del 13 de setiembre de 2006.

Figura No.5 ESQUEMA DE LOS ORGANISMOS DE CONTROL EN EL SISTEMA DE SALUD EN PARAGUAY



ORGANISMO DE CONTROL, INSPECCION Y VIGILANCIA

La entidad encargada de realizar la supervisión del sistema de salud es la Superintendencia de Salud; se creó por la Ley N°. 1032 en el año 1996, En el año 1999 se inició las actividades de inspección, vigilancia y Control, reglamentada por el Decreto N°.20.553. Por Ley 2319 /06 se establece las funciones y competencias de la Superintendencia de Salud.

Tiene su base de creación en la Constitución Nacional que en sus artículos, 68 Del Derecho a la Salud, Art 69 del Sistema Nacional de Salud, que ejecute acciones

sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación la coordinación , y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

El fundamento de la supervisión en Paraguay, se encuentra en una etapa de autoconocimiento y análisis, se han hecho avances aunque la superintendencia no es todavía realmente un órgano de control cuyo objetivo misional de la institucional, está dirigido a mejorar la calidad de la atención a través de las inspecciones, la vigilancia y el control. El modelo de supervisión se dio a instancias de observar cómo se estaba aplicando en la región, pero adaptándolo a la estructura cultural y normativa de Paraguay, sin embargo, el alcance a la fecha no está dirigido a obtener resultados de impacto en la población.

Adicionalmente, se han presentado cambios y modificaciones normativas, tendientes a generar evolución en la supervisión, se han presentado propuestas, recomendaciones de mejora a la gestión, y actualmente está en curso la autorización de la modificación de algunos artículos de la Ley N°. 2319/06. La entidad no cuenta con instrumentos de medición de la gestión de impacto de los resultados en la población usuaria de los servicios de salud, solamente cuenta con instrumentos de medición de avance de metas, datos cargados en el sistema informático de reportes que arrojan cantidad de actividades, que hasta la actualidad, cada área operativa acciona de manera independiente en las diferentes EPSS y no logran impactar en los resultados.

Se realiza seguimiento a la cobertura contable y jurídica, mediante auditorías, pero no se da de una forma en que se pueda incidir en beneficio de usuarios, apenas se llega a la evaluación de la EPSS, el resultado es un dato aislado; ambas auditorias son aplicadas en el ámbito de la medicina prepaga, a los demás actores no se les hace verificación, ni supervisión

En el futuro el alcance de la supervisión debe llegar a los siguientes actores

1. Los sanatorios privados
2. EPSS de Medicina prepagada (actualmente el único que audita contable y jurídicamente)
3. EPSS públicas y EPSS mixtas
4. Para la parte de medicamentos hay una dirección de vigilancia sanitaria del ministerio de salud, quien se encarga de la verificaron incluido los precios la cobertura del sector privado la medicina prepaga es el 11% de la población
5. El seguro social llega a un 19 o 20% de la población y el resto va al ministerio de salud, el ministerio cubre todo lo demás

La planificación para la supervisión se hace solamente en la función puramente administrativa-presupuestaria denominado POA, si se realizaba en función de cumplimiento de objetivos, el área de categorización, auditoría contable, jurídica y

médica, se realiza conjuntamente tomando los diferentes aspectos en una misma EPSS, de manera que se pueda obtener un diagnóstico integral y de esta manera conocer el nivel de complejidad se está acreditando.

Para el análisis de la información, Paraguay cuenta con un mecanismo de recolección de datos que cargan en el sistema informático, analizan la documentación clasificada, actualmente con servicio de internet, cámaras fotográficas para las evidencias, aunque no cuentan con una plataforma

La metodología utilizada por la entidad supervisora para realizar las acciones de Inspección, Vigilancia y Control es,

1.-Constitución insitu (verificaciones del funcionamiento, entrevistas),

2.- Etapa de documentación,

3.-Levantamiento de evidencias,

4.-Etapa de análisis de las documentaciones,

5.-Etapa de Informes

No se cuenta con una etapa de información a todos los grupos de interés.

Por otro lado, los agentes supervisados por la Superintendencia de Paraguay son: entidades Prestadoras de Servicios de Salud, públicos, privados y mixtos, las EPSS de la medicina prepaga. En cuanto a las EPSS privadas se categorizan sin importar su denominación, pero con el sistema público y mixto solo se responde a denuncias concretas.

Por otra parte, las funciones supervisadas son: la categorización y acreditación, y los aspectos médicos, jurídicos, y contables. La supervisión de las funciones realizadas por el órgano de control, se da posterior a acciones ilícitas identificadas en el control y la auditoria sobre la gestión de las áreas operativas, especialmente, si corresponde a la documentación el nivel de complejidad otorgado, la evaluación económica y financiera otorgada a las EPSS. De igual manera en la auditoria jurídica, se verifica que los hallazgos relevantes estén incluidos en el informe final.

Adicionalmente, se cuenta con información relacionada con la evaluación y el control de los sistemas de salud en la página del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en la que ponen a disposición del usuario resúmenes. No se brinda información relacionada con los prestadores porque no se auditan hospitales públicos, en este sentido solo se brinda información de los prestadores públicos en casos especiales de denuncias concretas, la información y/o retroalimentación se realiza de manera

simple y con base a lo adaptado de otros países, especialmente de Colombia y Chile. Las acciones aún no incluyen la etapa de la información a los sectores involucrados. No se mide el impacto, ya que no se realiza una supervisión a cada proceso; se opera como macro procesos independientes lo que no brinda información relevante a la EPSS ni aporta diagnóstico a la Superintendencia de Salud, ni a los usuarios servicios de salud.

En cuanto a los requisitos para el funcionamiento de la Superintendencia de Salud está reglamentado en la Ley 2319/06. Por el lado de los requisitos individuales (formación, experiencia, otros) que se exigen a los funcionarios encargados de realizar la supervisión, actualmente, se evidencia gran debilidad: la Superintendencia de Salud solo cuenta con 30 recursos humanos de los cuales diez no son profesionales, no existe un mecanismo de seguimiento a los planes, programas y actividades de salud nacional y regional, este se realiza entonces verificando cumplimiento de metas, en particular de metas presupuestarias, no de impacto en la salud de la población.

La financiación de la Superintendencia de Salud cuenta con presupuesto designado de fuente 30 y Fuente 10, pero no ejecuta su presupuesto, es ejecutado a nivel central del Ministerio de Salud Pública.

Por otra parte, realiza supervisión financiera a solamente a las EPSS de la medicina prepaga; esta función financiera se realiza con la presentación in situ, verificación de los documentos desde el aspecto contable y jurídico, solicitan las documentaciones contables y financieros y evalúan, no realizan arqueos de caja para verificar veracidad de la liquidez inmediata importante que generalmente hacen figurar.

A la prestación de servicios de salud, no se le realiza la supervisión directa a la gestión de prestación de servicios, siendo esto responsabilidad del Director de las áreas operativas.

La supervisión de los vigilados se realiza mediante la categorización y acreditación referida a identificación de la capacidad de dar respuestas a las necesidades de atención de la salud según complejidad de los cuadros diagnosticados, y los servicios de auditorías médicas, contables y jurídicas. En Paraguay se certifica que la EPSS se ha registrado en la Superintendencia de Salud, ese certificado de las EPSS exhiben en la entrada de sus Sanatorios, y el Registro es solo con fines estadísticos, que esté o no registrado en la Superintendencia de Salud no impacta en la calidad de la atención, podrá atender bien o mal esté o no inscrita. La supervisión de la referencia y contra referencia hospitalaria está en proceso el mejoramiento del mecanismo de manejo de la información; la supervisión de referencia y contra referencia como órgano de control es muy básica, incluso los sectores involucrados en la Ley N°. 2319/06 no conocen la existencia de la Superintendencia de Salud.

La participación ciudadana en la supervisión es muy deficiente y el usuario tampoco solicita información a la superintendencia.

Las instituciones privadas en el proceso de supervisión, solo participan los representantes de las EPSS tienen características muy particulares, solo solicitan el registro ante la Superintendencia en el caso que se requiera participan en licitaciones de lo contrario no son supervisadas, no se tiene en cuenta la opinión del usuario ni de la comunidad ni se realizan encuestas de satisfacción, actualmente está en proceso de instalación en los servicios de salud, los buzones para responder encuestas, las quejas y denuncias se responden mediante las auditorias, que son los mecanismos de respuesta a las quejas o denuncias. Lo primero a tener en cuenta para que la empresa prestadora pueda funcionar, es poseer la habilitación que otorga el ministerio de salud a través de su dirección de control de establecimientos en salud, luego obtiene el registro de la superintendencia y se empiezan a realizar la auditoria, en este proceso se llevan a cabo actividades de verificación en campo, se aplican varios formatos y documentaciones que se exigen tanto la auditoria medica jurídica o contables, las auditorias medicas como la praxis suelen pedirla el señor ministro y lo realiza el equipo de auditorias

Se tienen diferenciados los principales problemas asociados a la supervisión, en un sector de la SUPSALUD lo tiene identificado, pero los cambios dependen de las autoridades y de su política de gestión; la fortaleza está en un sector del funcionariado que desea hacer lo mejor posible lo que debe hacerse, pero la oportunidad está en que la gente despierte y exija que este ógano de control cumpla con su misión, las principales necesidades del sistema de supervisión en Paraguay son:

- Voluntad política
- Respeto a la independencia y objetividad de un órgano de control
- Disposición de los recursos necesarios
- Designación de profesionales idóneos y con la actitud necesaria en los puestos de decisión.

Las principales acciones de control de las que dispone el organismo de supervisión en Paraguay para implementar correctivos cuando se observan desviaciones al estándar esperado Generalmente no se toman decisiones relevantes, como auditores lo máximo que se realiza es hacer seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones, pero las autoridades generalmente no asumen decisiones, a no ser que las informaciones sean puestas a conocimiento de la prensa y sea este sector quien presione, o algunos que otros fiscales correctos consideren las acciones, cómo evidencias suficientes para una investigación y toma de decisiones.

El sistema de salud está el privado, no hay todavía un plan básico, en síntesis la supervisión en el sistema de salud se lleva a cabo de acuerdo a la ley 2319 del año

2006, en la que se establece que la superintendencia es el organismo del control de todas las instituciones que prestan servicios de salud tanto públicas como privadas o mixtas.

Dentro de las actividades de la superintendencia se encuentran las auditorias medicas realizadas de oficio o por denuncias, las auditorias contables por denuncias de sobrefacturación las auditorias regulares dentro del cronograma y las auditorias jurídicas relativa a la situación contractual con los usuario, los establecimientos y con el personal de salud

De acuerdo con la ley, uno de los principales artículos dice que la superintendencia controlara las entidades de salud y si no están habilitadas se procederá al cierre inmediato hasta tanto sea normalizada la situación. Otra de las funciones es en el ámbito financiero en el que se controla el cumplimiento del capital, reservas y resultados

Dentro de ese contexto también está el control sobre las entidades privadas públicas y mixtas, están las empresas que prestan el servicio de medicina prepaga, a las que se les exige un capital mínimo unas reservas técnicas y un plan de cuentas, a las empresas que no prestan el servicio de medicina prepagada se le exige las reservas técnicas; estas según lo que se reglamentó corresponde al 20%, del capital de cada empresa. Esas reservas técnicas son para situaciones especiales tal como en el evento en que la empresa desaparezca, el usuario queda protegido durante un periodo de tiempo, aunque existe una ley del año 2006, en la que se determina el tema de las reservas técnicas, todavía no se han reglamentado apropiadamente , entre las modificaciones a incluir se encuentra la autonomía de la superintendencia ya que actualmente depende presupuestariamente del ministerio y eso limita su campo de acción debido a que en el número de funcionarios (alrededor de 30 funcionarios), son los encargados de realizar los controles.

Con respecto a las fortalezas del sistema, el personal que tiene actualmente está enfocando su trabajo hacia el usuario a pesar, las condiciones poco favorables de presupuesto e infraestructura física, específicamente con relación a las recomendaciones resultantes de las auditorias

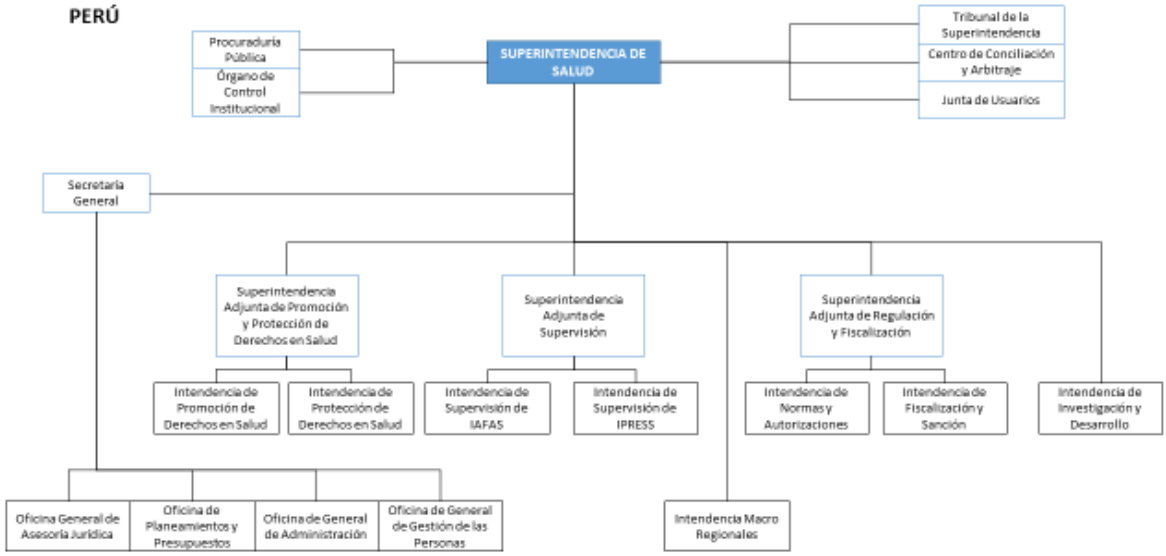
Las debilidades en el sistema de salud, se necesita mayor cobertura para tener a la población asegurada; alrededor del 70% es de gasto de bolsillo que utiliza y generalmente es el sector más desprotegido

Otro aspecto que se puede calificar como debilidad, es la poca autonomía que tiene la superintendencia, se requiere de mayor presupuesto para técnicos, brindar capacitación. Otra debilidad que es que la ley habla que el superintendente debe ser elegido por concurso público y actualmente es el ministro nombra al superintendente lo cual le impide de alguna manera ser autónomo en sus decisiones.

2.6. PERÚ

La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) es la institución encargada de proteger los derechos en salud de cada peruano, para lo cual orienta sus acciones a empoderar y colocar al ciudadano en el centro del sistema de salud nacional, sin importar donde se atienda o su condición de aseguramiento.

Figura No. 6 ESQUEMA DE LOS ORGANISMOS DE CONTROL EN EL SISTEMA DE SALUD EN PERU



La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de la reforma de la salud cambia de denominación el 6 de diciembre de 2013 a través del Decreto Legislativo N° 1158, publicado en el diario oficial El Peruano. La SUSALUD tiene potestad para actuar sobre todas las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS) así como las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), públicas, privadas y mixtas del país. Para esto, desarrolla en cuatro líneas de acción:

1. **La promoción y protección de los derechos en salud:** De manera que los ciudadanos conozcan sus derechos y cómo hacerlos respetar. Además de darles

las herramientas necesarias con una mayor orientación para poder intervenir cuando éstos se vulneren.

2. **La prevención:** A través de la supervisión de los establecimientos de salud públicos y privados que brindan un servicio de salud así como a aquellas instituciones que financian dicha atención.

3. **Restitución del derecho:** A través de la fiscalización se promueve el respeto a los derechos del usuario y se proponen medidas correctivas, además de hacer uso de la facultad sancionadora cuando el caso lo amerite.

4. **Investigación y desarrollo:** A través de sistemas de información nacional que faciliten la toma de decisiones en el nivel técnico y político. Además de fomentar el intercambio de información y la transparencia.

Los entes vigilados son las instituciones, las administradoras de fondos, las IAFAS- Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, las IPRESS - Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y adicionalmente a las unidades de gestión de IPRESS.

A los profesionales independientes los vigila la superintendencia nacional de salud bajo la lógica que de que un consultorio es una IPRESS, la ética médica del comportamiento medico se mira a través del colegio médico que es a nivel nacional en el cual todo médico que quiera

Existen diferentes tipos de reportes que se deben presentar; por ejemplo, la IAFA tiene que presentar estados financieros, número de afiliados, reportes nominales, descripción del gasto (destinación, beneficiario, etc); obligatoriamente cada mes las IPRESS deben transferir toda la información prestacional para conocer el gasto nominal. Las IAFAS reportan mensual.

Una fortaleza en el sistema actual es el inicio de la estandarización de los procesos, así como, la información en línea que se está desarrollando con lo cual se espera obtener gran cantidad de datos y de esta manera poder evaluar rápida y oportunamente los factores de riesgo, sin desplazamientos en campo que dilatan de alguna manera tanto la obtención como la tabulación de la información; por otra parte con este mecanismo las acciones de supervisión vigilancia y control, pueden llegar a ser una garantía de calidad para el usuario, en la medida que se logrará generar credibilidad y confianza en la institución

Por otro lado, la atención al usuario se da mediante el acceso a la plataforma virtual de quejas y reclamos, encuestas de satisfacción, a través de la Junta de Usuarios de los Servicios de Salud, (JUS), en donde se logra un diálogo efectivo entre los usuarios de

los servicios de salud y la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, que desarrolla una relación de cooperación para la formulación de propuestas de mejora de los servicios de salud a partir de la escucha al ciudadano.

Por último, el Programa Anual de Supervisión a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), se constituye en una herramienta de gestión clave para el logro de los objetivos institucionales y se centra en el Modelo de Supervisión de la SUNASA, el cual aplica la metodología de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) incorporando el componente de Administración del Riesgo y cumplimiento normativo en resguardo de los derechos de los asegurados. El Programa Anual de Supervisión de la Intendencia de Supervisión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (ISIPRESS) prioriza las supervisiones a establecimientos de salud con categoría mayor o igual a I-4.

3. ANÁLISIS COMPARATIVO DE VARIABLES RELEVANTES

3.1. COMPARATIVO DE FORTALEZA Y DEBILIDADES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

FORTALEZA	DEBILIDAD
Creciente importancia de la participación social; movimientos sociales cabildean con el gobierno a fin de priorizar y garantizar la salud.	Falta de claridad conceptual, prevalencia de un enfoque médico, centrado en la enfermedad; poca comprensión de conceptos tales como universalidad; prevalencia de puntos de visto centrados en el seguro
Creciente concienciación de la salud como un derecho humano fundamental y social, y del papel del Estado en garantizarlo.	Segmentación del sistema de protección a la salud; seguro en foco combinado con grandes grupos poblacionales sin acceso; persisten desigualdades en la salud.
Nuevos conceptos, focos y categorías; interculturalidad, promoción de la salud como acción de los Determinantes Sociales de la Salud, intersectorialidad	Privatización; baja carga impositiva y financiación pública insuficiente para la salud; Ministerios de salud sin poder para obtener más recursos.
Revitalización de la atención primaria a la salud y construcción de la red de servicio a la	Suministro inadecuado de servicios de salud pública, fragmentación de los sistemas de

salud.	salud, gran dispersión de esfuerzos y recursos
Movimientos para superar los problemas de capacitación, reclutamiento y adhesión; entrenamiento de médicos como médicos comunitarios integrales (MC).	Déficit de recursos humanos
Creciente importancia de la atención a la salud en la arena internacional, nuevos actores emergentes (UNASUR Salud); cooperación Sur-Sur.	Políticas públicas inestables y alta rotación de funcionarios políticos y del personal técnico.
Construcción de soberanía	Ministerios de salud débiles con baja capacidad de administración, organización ineficiente y burocrática. Persiste la corrupción en el sector de salud.
Concienciación en aumento sobre la necesidad de desafiar el poder de los actores de importancia en el complejo médico-industrial.	La política de evaluación de la tecnología es débil o está ausenta; poca capacidad regulatoria de los Ministerios. Esto es clave, porque a medida que el complejo médico-industrial crece en importancia, así también lo hacen los intereses económicos

FUENTE: Arias, J. Reformas de los sistemas de salud en Sudamérica: una oportunidad para UNASUR Rev. Perú. med. exp. Salud Pública. Vol.31 No.4 Lima oct. /dic., 2014 [47]

3.2. RECTORIA EN SALUD

En todos los países pertenecientes a la Red, la rectoría es ejercida por la autoridad sanitaria y en todos los casos son responsables de desarrollar e implementar las políticas públicas, asi mismo están en capacidad de normalizar, de legislar y de dirigir el sistema de salud con el fin de asegurar y garantizar el derecho fundamental y universal a la salud. Los entes rectores son los ministerios de salud o su equivalente en cada país. Dentro de las funciones ejercidas para asegurar y garantizar el servicio de salud se encuentran la relacionadas con la fiscalización de los aspectos relacionados con la adecuada prestación de los servicios, mediante estrategias de supervisión.

PAIS	RECTORIA EN SALUD
ARGENTINA	El ministerio de salud en coordinación con las autoridades sanitarias locales, dirige, regula y presta servicios

PAIS	RECTORIA EN SALUD
BOLIVIA	El Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia (rectoría) los Institutos Nacional de Seguros de Salud (INASES) y Nacional de Salud Ocupacional (INSO) y las redes de servicios de salud
BRAZIL	Ministerio de Salud de Brasil en coordinación con el sistema descentralizado,
CHILE	Ministerio de Salud de Chile (Minsal). Dependen de él, la subsecretaría de Salud Pública y la subsecretaría de Redes Asistenciales, el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), 29 servicios de salud; Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) el asegurador público, y la Superintendencia de Salud que regula las seguradoras privadas (ISAPRE) y el seguro público (Fonasa).
COLOMBIA	Ministerio de salud y protección social define la política y gestiona los recursos, los gobiernos locales adaptan y adoptan la política. Las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) gestionan el riesgo, las instituciones prestadoras de servicios (IPS) brindan la atención y la superintendencia nacional de salud vigila y controla
COSTA RICA	El Ministerio de Salud que ejerce cuatro funciones básicas de rectoría: dirección y conducción; vigilancia de la salud; regulación de servicios; e investigación y desarrollo tecnológico.. Para ejercer la dirección y conducción sectoriales existe un órgano de concertación coordinado por el MS (Consejo Sectorial de Salud) y dos instrumentos (Política de Salud, Plan Nacional de Salud). La regulación de servicios se realiza por áreas de especialización y está coordinada por tres direcciones centrales que son: de servicios de salud, de ambiente, y de registros y controles. La vigilancia de la salud se coordina desde una dirección central con el mismo nombre y se apoya en unidades operativas a nivel regional y cantonal. En materia de investigación y desarrollo tecnológico, el MS aún no cuenta con programas rectores
ECUADOR	El Ministerio de la Salud Pública (MSP) es la Autoridad Sanitaria Nacional y ejerce la rectoría y control, la coordinación, concertación y articulación interinstitucional e intersectorial en salud esta a cargo del Consejo Nacional de Salud (CONASA), La Superintendencia de Compañías autoriza la constitución de entidades de medicina prepagada y la Superintendencia de Bancos y Seguros (SBS) ejerce el control sobre las unidades médicas del IESS
EL SALVADOR	El Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), entidad descentralizada, regula y controla la salud de las personas y el medio ambiente, regula,

PAIS	RECTORIA EN SALUD
	vigila y controla el ejercicio de los profesionales, establecimientos, instituciones formadoras e industria farmacéutica y química relacionados con la salud, apoyándose en Juntas de Vigilancia. La evaluación se apoya en dos instancias: La Secretaría Técnica de la Presidencia, que vela por la viabilidad técnica con un sistema de monitoreo y evaluación de los programas sociales implementados en el marco del Sistema de Protección Social Universal y la Corte de Cuentas de la República, que fiscaliza la Hacienda Pública en general y la ejecución del presupuesto en particular.
MÉXICO	La rectoría la ejerce la Secretaria de Salud, que incluye la planeación estratégica del sector, la definición de prioridades, la coordinación intra e intersectorial, las actividades de regulación de la atención a la salud y regulación sanitaria, y la evaluación de servicios, programas, políticas, instituciones y sistemas.
PANAMÁ	El Ministerio de Salud (MINSA) es la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) y por ende consignatario de las cuatro funciones básicas que le competen. Sin embargo, algunas de ellas se encuentran separadas y concentradas en otras organizaciones gubernamentales a saber; 1. La Caja de Seguro Social (CSS), delegataria de la función de aseguramiento y seguridad social y 2. El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), quien es responsable por el manejo financiero del país incluido la función de financiamiento del Sector Salud.
PARAGUAY	El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social tiene a su cargo la conducción y liderazgo en cuanto a definición y formulación de políticas, planes, programas y proyectos de salud, el ministerio asume las funciones de rectoría, provisión y financiamiento. La Superintendencia de Salud tiene funciones para registrar, categorizar, acreditar y auditar a las entidades prestadoras de servicios de salud públicos, privados y mixtos, con especial atención a la medicina prepaga. Cuenta con autonomía de gestión técnica pero depende administrativa y financieramente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
PERÚ	El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) es el responsable de la dirección y gestión de la política nacional de salud, así como de supervisar su cumplimiento, para tal fin SUSALUD, es un organismo técnico administrativo adscrito, que tiene como función promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) ejerce su función de supervisión sobre los agentes del aseguramiento (IAFAS e IPRESS),

PAIS	RECTORIA EN SALUD
REPÚBLICA DOMINICANA	Las funciones de rectoría en salud corresponden al Ministerio de Salud Pública, aunque se ejercen en forma compartida con otras instituciones del Estado y organizaciones de la sociedad civil. Corresponde a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales regular y fiscalizar el desempeño de las instituciones que ofertan el aseguramiento del servicio de salud. La Dirección de Defensa e Información del Afiliado (DIDA) provee mecanismos para comunicar y defender los derechos de los usuarios.
URUGUAY	La rectoría del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) es ejercida por el Ministerio de Salud Pública. La JUNASA administra el Seguro Nacional de Salud. Los contratos de gestión constituyen un instrumento de gestión por resultados que busca incentivar a los prestadores a cumplir un conjunto de actividades específicas, tendientes al logro de objetivos delineados en el marco del sistema de salud.
VENEZUELA	El Ministerio del poder popular para la salud es el órgano central del sistema de salud en este país, ejerce la rectoría y gestiona el SPNS. La supervisión se realiza por medio del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria, el cual es un servicio dependiente jerárquicamente del ministerio de salud

3.3. INTERVENCION ESTATAL

Se reconoce el derecho fundamental a la salud en los ciudadanos de todos los países, por tanto la intervención del estado llega hasta el abastecimiento y cubrimiento de toda la población, a través de entidades, organismos y/o en colaboración con organismos internacionales, se encarga también de cubrir cuotas partes en caso de crisis de salud y en general la salud se considera un derecho fundamental amparado por las leyes estatales

PAIS	INTERVENCION ESTATAL
ARGENTINA	La política políticas públicas está dirigida a corregir la fuerte fragmentación del sistema y a reordenar los recursos para mejorar la cobertura y accesibilidad a la salud de la población
BOLIVIA	La Ley de Participación Popular, inició la discusión de la Reforma en Dicha propuesta se sustentaba en la necesidad de implementar un seguro universal de salud que garantice a todos los bolivianos un paquete básico de atención. El Estado, a partir de 1994, ha establecido reformas como las leyes

PAIS	INTERVENCION ESTATAL
	de Participación Popular y de Descentralización que marcan la redefinición de competencias de instancias del Poder Ejecutivo y las de los gobiernos municipales en cuanto al sector salud se refiere. Recientemente, una reorganización del MSPS integró la Unidad de Reforma del proyecto financiado por el Banco Mundial en la Dirección General de Servicios de Salud.
BRAZIL	El Sistema Único de Salud SUS, con el apoyo técnico y financiero de los niveles estatal y federal, cada municipio se encarga de proveer atención a su población o de referir a los usuarios a otros municipios
CHILE	El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.
COLOMBIA	De acuerdo con el marco legislativo vigente, el SGSSS tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a los servicios a toda la población en todos los niveles de atención. Tiene por orientación: "[…] generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población..
COSTA RICA	La ley otorga mayor competencia a los establecimientos para administrar recursos y comprar servicios a terceros. Por otra parte, el MS también se encuentra en un proceso de desconcentración de competencias a los niveles regional y local, para que estos puedan ejercer las funciones propias de la rectoría sectorial
ECUADOR	La intervención estatal se da en todos los niveles es decir en la rectoría, la administración, la provisión de servicios y la supervisión, en cabeza del ministerio de salud pública
EL SALVADOR	La Constitución Política de El Salvador dispone que la salud de los habitantes es un bien público y que el Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y habitantes en general en la prevención de enfermedades transmisibles. FOSALUD se encarga de proveer medicamentos, vacunas, insumos médicos y de laboratorio a la red pública de establecimientos de salud y

PAIS	INTERVENCION ESTATAL
	hospitales nacionales con el fin de extender la cobertura de servicios esenciales.
MÉXICO	Consiste en el ordenamiento del crecimiento de inversión en salud y el diagnóstico de necesidades, a través del Plan Maestro Sectorial en Salud
PANAMÁ	El MINSA conserva las funciones de conducción, aunque algunas de ellas compartidas con otras entidades.
PARAGUAY	La Ley 1032 del Sistema Nacional de Salud creó la Superintendencia de Salud, la Dirección Médica Nacional y el Fondo Nacional de Salud, dependientes del Consejo Nacional de Salud que preside el Ministro de Salud. Las funciones de financiamiento serán asumidas por el FNS (aun no reglamentado); las de aseguramiento estarán bajo la supervisión y control de la Superintendencia (SUPSALUD); la provisión de servicios de salud podrá ser responsabilidad de instituciones públicas y privadas.
PERÚ	A partir de la protección a grupos poblacionales en riesgo y el entendimiento de la salud como un bien, participa facilitando la interacción entre los actores del sistema, particularmente para modificar el acceso a los servicios de salud, participando en la provisión, financiamiento y regulación. El Estado se asigna el rol de ser controlador y propulsor de la inversión privada en salud, generando las condiciones para que el sector privado se incluya en el proceso de prestación de servicios y administración de fondos.
REPÚBLICA DOMINICANA	El Estado dominicano provee ciertos servicios básicos a través de los hospitales de la Seguridad Social y los hospitales públicos, estos se financian a través de impuestos explícitos y figuras parafiscales (Seguridad Social) que aportan los contribuyentes.
URUGUAY	Según la Constitución de la República (art. 44) “el Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”. El MSP otorga cuatro tipos de carné de asistencia a las personas: i) el carné gratuito de asistencia para aquellos cuyo ingreso no supere los dos y medio salarios mínimos nacionales, a los que no se les cobrarán los servicios prestados; ii) el carné bonificado de asistencia; iii) el carné maternoinfantil, para embarazadas y hasta los 6 meses después del parto y para el niño menor de un año, quienes tienen una atención gratuita; y, iv) el carné gratuito de asistencia vitalicia, que comprende a los pasivos mayores de 65 años y los pasivos menores de 65 años por incapacidad laboral.

PAIS	INTERVENCION ESTATAL
VENEZUELA	La naturaleza de la intervención estatal, se encuentra orientada por la denominada misión barrio adentro, la cual estructura los servicios en tres modalidades: Barrio Adentro I como puerta de entrada, con énfasis promocional y preventivo, Barrio Adentro II con especialidades básicas en clínicas populares sin hospitalización y Barrio Adentro III que ofrece servicios en los Hospitales del Pueblo (Tipo I, II y III), los hospitales especializados y universitarios, y los centros nacionales como el de Oncología o el de VIH/ SIDA.

3.4. FINANCIAMIENTO Y MECANISMO DE PAGO

Los recursos financieros para el sostenimiento de los sistemas de salud en los países, comparte fuentes similares, en primer término están los aportes que vienen directamente del estado, los cuales se obtienen parte de los impuestos y del tesoro público, tanto nacional como de los territorios o unidades políticas territoriales, otra parte del recurso se obtiene de aportes privados provenientes de gastos de bolsillo y cotizaciones de los usuarios afiliados y otra fuente es la proveniente de los empresarios(empleadores), entre otras.

En resumen cada país maneja diferentes lineamientos para la afiliación, que de alguna manera índice en la financiación. De manera general, los sistemas de salud de los países de la red, están constituidos por: un modelo del seguro social para la población del mercado formal de trabajo, el sector público que cubre en parte las población en situación de pobreza y un sector privado utilizado por la población de más altos ingresos a través del pago de cuotas o primas de seguros privados, de la medicina prepaga o pago directo de bolsillo.

PAIS	FINANCIAMIENTO Y MECANISMO DE PAGO
ARGENTINA	Recursos fiscales de los niveles nacional, provincial y municipal. Además aportes de los trabajadores al sistema de seguridad social
BOLIVIA	El mayor financiador público es el tesoro de la nación, responsable del pago de los recursos humanos y de los programas nacionales de salud. Los municipios cubren el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y del Seguro de Salud del Adulto Mayor (SPAM), También hay aportes de los empleadores para la seguridad social y pagos directos realizados por los usuarios cuando utilizan los servicios de salud del subsector privado.
BRAZIL	Para este país, el método de financiamiento predominante es a través de los impuestos generales, provenientes de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal.

PAIS	FINANCIAMIENTO Y MECANISMO DE PAGO
CHILE	Comprende una combinación entre aportes públicos y privados que se asignan y transfieren entre las distintas entidades de aseguramiento y de provisión de servicios. El aporte público en salud proviene del presupuesto general del Estado y el aporte público indirecto que corresponde a las cotizaciones obligatorias que efectúan los trabajadores y las empresas a partir de sus ingresos. El aporte privado corresponde a los gastos de bolsillo y las cotizaciones voluntarias para mejorar la cobertura de su plan de salud y el pago de las primas de seguros privados de salud.
COLOMBIA	El sistema moviliza recursos desde fuentes primarias (hogares y empresas), a través de cotizaciones, y desde fuentes secundarias (recursos de la Nación), hasta el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), donde se mancomuna y se aplica un conjunto de normas de compensación y distribución que permite el financiamiento del aseguramiento, de las acciones preventivas de salud pública y catástrofes. Acciones como las de salud pública se financian con recursos de la Nación y territoriales con destinación especifica.
COSTA RICA	El financiamiento del subsector público de salud descansa fundamentalmente en la contribución de los afiliados al seguro social. Los montos aportados por concepto de afiliación representan casi el 80% del total de ingresos de ese subsector y el 55% del total de ingresos al sector salud. La información del sector privado es limitada, ya que el sector salud no cuenta con potestad jurídica para exigirla y hay poca disposición de los agentes privados para facilitar sus registros voluntariamente
ECUADOR	La financiación del sistema se da por medio de aportes individuales de los afiliados y de los empleadores públicos o privados y la contribución del Estado.
EL SALVADOR	Los recursos de FOSALUD provienen principalmente del presupuesto que gestiona el Ministerio de Hacienda. El financiamiento del ISSS es tripartito, contribuciones del Estado, los patronos y los afiliados
MÉXICO	El método de financiamiento predominante es a través de recursos provenientes del Estado. Hay pago directo del usuario con capacidad de pago al sector privado y presupuesto de los hospitales propios y el personal de las instituciones de seguridad social.
PANAMÁ	La financiación del sistema se da por medio de recursos provenientes del Estado, contribución de los empleados, empleadores, trabajadores independientes y afiliados voluntarios, pensionados e ingresos provenientes de la gestión propia del Sistema Nacional de Salud, cuotas de recuperación o co-pagos, pagos de bolsillo, e

PAIS	FINANCIAMIENTO Y MECANISMO DE PAGO
	impuestos generales.
PARAGUAY	Recursos provenientes del Tesoro Público y presupuesto General de la Nación. Los hogares aportan al seguro social y realizan pago de bolsillo a entidades del sector privado. Los empleadores cotizan al IPS y pagan primas a entidades privadas.
PERÚ	Existen tres regímenes de financiamiento del sistema de salud: Contributivo (cotización a la IAFA a cuenta del empleador), Subsidiado (Financiamiento público total a cargo del SIS), Semicontributivo (financiación pública parcial y aportes propios o del empleador).
REPÚBLICA DOMINICANA	El MSP se financia con recursos del gobierno provenientes de impuestos generales, con lo cual cubre las atenciones que se ofrecen a la población no asegurada en su propia red de proveedores. Esta red también se financia con las llamadas cuotas de recuperación que los usuarios pagan después de recibir la atención. Los servicios privados se financian con pagos de bolsillo, en su gran mayoría, y con pagos de primas de seguro, aunque el SENASA también recurre a los proveedores privados sin fines de lucro
URUGUAY	El SNS es financiado por el FONASA, el cual se conforma con la contribución diferencial de los usuarios de acuerdo a sus ingresos y a la estructura familiar (trabajadores, empleadores, organismos públicos). El recaudo corresponde al Banco de Previsión Social (BPS). El Seguro Nacional de Salud paga a los prestadores de salud con base en una "cuota salud" por beneficiario que consta de un componente cápita y un pago por cumplimiento de metas asistenciales definidas por la Dirección General de Salud del MSP. Las instituciones que canalizan los fondos son tanto públicas como privadas y corresponden a las IAMC, ASSE y los seguros privados integrales. El Presupuesto Nacional financia a la Administración de Servicios de Salud (ASSE) para que cubra a la población no cubierta por el FONASA y que no pueda hacer frente a los costos de un aseguramiento privado.
VENEZUELA	El método de financiamiento predominante es a través de los fondos del presupuesto Nacional.

3.5. ASEGURAMIENTO

La cobertura y la garantía en la prestación de los servicios de salud es un aspecto que se vienen trabajando en los países, todavía se encuentra una falla significativa relacionadas con la cobertura de las población, especialmente de ciertos grupos poblacionales que pro encontrase en sitios

geográficos de difícil acceso no cuentas con un servicio de salud al alcance, otro aspecto determinante es la falta de talento humano en salud que brinde la asistencia médica , así mismo la poca o no eficiente capacidad instalada de equipos y servicios entre otros aspectos. A pesar que existen brechas de atención; en términos generales el aseguramiento está determinado en cada uno de los países por programas específicos orientados a cubrir deficiencias y eventos en poblaciones vulnerables en particular se observa que todos los países cuentas con programas de asistencia y protección a menores, adultos mayores, mujeres gestantes y lactantes, por otra parte se encuentran establecidos programas de control y seguimiento de enfermedades catastróficas, transmisibles, emergentes, reemergentes, asi como otros eventos de impacto en salud pública secundarios a condiciones medio ambientales como es el agua potable, control de vectores, entre otros

PAIS	ASEGURAMIENTO
ARGENTINA	Las estimaciones oficiales dan cuenta de la cobertura formal pero no siempre reflejan la cobertura efectiva para prestaciones tales como medicamentos, tratamientos de enfermedades crónicas, o de alta complejidad, o de duración prolongada, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) Tiene a su cargo el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio (PMO) por los agentes del seguro así como asegurar la calidad y cobertura del sistema y la recuperación de costos de los Hospitales de Gestión Descentralizada. La siguiente tabla muestra una distribución de la cobertura de atención según tipo de cobertura
BOLIVIA	El Sistema de Seguro Social tiene unificadas las prestaciones sanitarias para todos sus afiliados. Existe incremento en la cobertura para reducir los índices de mortalidad materna y neonatal. Con respecto al el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, se añaden algunas prestaciones para la niñez menor de 5 años y las mujeres en edad fértil, y se amplía a la población general que vive en zonas endémicas. El Seguro Básico de Salud, otorga un total 92 prestaciones de carácter promocional, preventivo y curativo
BRAZIL	La población cubierta tiene acceso a todos los servicios, todavía subsisten dificultades para la garantía del acceso oportuno a la atención integral, principalmente a la atención especializada. El acceso a la atención básica es más fácil que el acceso a las especialidades de media y alta complejidad
CHILE	Del 90% de la población, FONASA mayor proporción, mientras que las ISAPRES y otros seguros concentran a los beneficiarios en los deciles más altos de ingreso.
COLOMBIA	Casi universal repartido en proporciones similares entre el régimen contributivo y subsidiado, con crecimiento de las aseguradoras que

PAIS	ASEGURAMIENTO
	ofrecen productos de seguro de salud privados y voluntarios.
COSTA RICA	El seguro de salud es universal, cubre a todos los habitantes del país y está a cargo de la CCSS. El aseguramiento es obligatorio para todos los trabajadores asalariados y pensionados, los pobres son asegurados por el Estado y el resto se puede asegurar en forma voluntaria. El seguro de salud es financiado en forma tripartita: los patrones aportan el 9.25% sobre el monto de las planillas de pago, los trabajadores el 5.50% de su salario y el Estado el 0.25% sobre la planilla nacional de sueldos. El seguro de salud de la CCSS se concreta en la atención primaria integral mediante cinco programas dirigidos a niños, adolescentes, mujeres, adultos y ancianos, así como en la atención hospitalaria, servicios de apoyo diagnóstico- terapéuticos, medicamentos y atención dental para todos los asegurados. Algunos extranjeros y ciudadanos nacionales compran su seguro de salud a una empresa nacional (INS) y a empresas extranjeras..
ECUADOR	La mayor parte de la cobertura corresponde al sistema público conformado por los servicios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), general y campesino, y los seguros de las Fuerzas Armadas y Policía, que en conjunto cubren el 20.5 %. A lo que se suma una porción pequeña de aseguramiento a través de las empresas de medicina pre pagada (un 2.2 %). Más de un 20 % de la población no tiene acceso a los servicios institucionales de atención médica
PANAMÁ	Panamá cuenta con un sistema de seguridad social clásico Bismarkiano administrado por la CSS. La Caja de Seguro Social como ente autónomo e independiente adscrita al Sector Salud, tiene por objeto garantizar a los asegurados el derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia, en los casos de enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios de familia, vejez, viudez, orfandad, auxilio de funerales, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y de conformidad con los términos, límites y condiciones establecidos en la Constitución, la Ley y las posibilidades financieras de la Institución.
PARAGUAY	El derecho a la salud fue establecido en la Constitución Nacional de 1992. La Ley 1032 señala que el Sistema Nacional de Salud se crea en cumplimiento de una política nacional que posibilite la plena vigencia del derecho a la salud a toda la población. Aun no se han puesto en marcha los mecanismos necesarios para difundirlo y hacerlo accesible a la población. No obstante se han diseñado programas específicos de aumento de cobertura, con prioridad para la población, materno - infantil en 11 Departamentos del país donde vive el 72% de la

PAIS	ASEGURAMIENTO
	población mediante convenios con el BID y BIRF (que contemplan el fortalecimiento de las infraestructuras, el equipamiento, la capacitación de los recursos humanos y la promoción de salud).
PERÚ	En tránsito hacia la universalización
REPÚBLICA DOMINICANA	La Ley de Seguridad Social estableció el Seguro Familiar de Salud (SFS) y en sus artículos 118 y 119 establece que éste tiene por finalidad la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las prestaciones y de la administración del sistema. El SFS cubre servicios de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, rehabilitación del enfermo, y embarazo, parto y sus consecuencias
URUGUAY	Existe cobertura múltiple por los sistemas públicos y privados de atención integral. Por decreto del Poder Ejecutivo de 1997, actualmente vigente, se crea el Registro Único de Cobertura Formal (RUCAF) que obliga a todas las instituciones del país, a remitir al RUCAF el padrón completo de sus afiliados o usuarios. Este sistema se está implementando en el momento actual y su finalidad es detectar dicha cobertura múltiple.
VENEZUELA	El Plan Nacional de Salud asume a Barrio Adentro como la estrategia de construcción de la nueva institucionalidad en salud y el eje articulador del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), con un modelo de atención integral y continua, con énfasis en la atención ambulatoria integral de calidad, familiar y comunitaria, con cobertura universal y gratuita. Los servicios se organizan a través de una red estratificada por niveles de complejidad, donde se articulan todos los prestadores de servicio bajo los principios de reciprocidad complementariedad, solidaridad y equidad. El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) desde el año 2000 presta servicios de salud a toda la población que así lo requiera, integrando el SPNS

3.6. TALENTO HUMANO

En general se identifica que es escaso el recurso humano representado en todos los profesionales que intervienen en las actividades de asistencia en salud, se observa que los países han implementado programas de fortalecimiento y capacitación de médicos, odontólogos, enfermeros y en general todos aquellos profesionales que de una u otra forma están relacionados con la

prestación del servicio, de igual forma se han creado entidades especializados en la formación académicas, los convenio internacionales para entrenamiento y adiestramiento de los profesionales, así como el apoyo de entes internacionales que promueven la capacitación del recurso humano

PAIS	TALENTO HUMANO
ARGENTNA	Según datos del MTEySS (2007), la cantidad de médicos en el país ascendía en el año 2001 a 121.076 con una relación de 33,3 médicos cada 10.000 habitantes, con un rango que iba de 111/10.000 habitantes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 15/10.000 habitantes en la provincia de Formosa. Además, en los Centros de Atención Primaria de la Salud trabajaban en el año 2005 el 16,81% de los médicos totales del país (Abramzón, 2005). De los médicos matriculados en el MSAL (2007), es decir sin considerar los registros provinciales, el 44,6% (40.845) ha certificado alguna especialidad y del total de especialidades certificadas, el 39,2% (16.027) corresponde a especialidades vinculadas al primer nivel de atención.
BOLIVIA	Los recursos humanos de salud a nivel de pregrado se formaron y forman en la actualidad en universidades públicas y privadas. Estas últimas proliferaron a partir de la década de los 90, estimuladas por la libre oferta y demanda del mercado, instaurada en nuestro país a partir del Decreto Supremo 21060. En 2003, 76% de los estudiantes de ciencias de la salud estaban matriculados en universidades públicas (Pese a la proliferación de universidades privadas, que en 10 años doblaron en número a las universidades públicas, estas últimas llevan una ventaja considerable en cuanto a los matriculados. Hasta 2003 existían 28 universidades que ofertaban algunas de las carreras de Ciencias de la Salud a nivel de pregrado, de las cuales el 56% correspondían a universidades del sistema privado. Se estableció, además, que en Bolivia país funcionaban 81 carreras de Ciencias de la Salud a nivel de licenciatura.
BRAZIL	Actualmente, en Brasil, la cantidad y la calidad de los profesionales de la salud (nivel superior y medio) existentes no responden a las necesidades del Sistema Único de Salud. En medicina, hay insuficiencia de profesionales en las grandes áreas clínicas, como clínica general, pediatría, ginecología, obstetricia, psiquiatría y medicina de familia y comunidad. Las regiones Norte, Nordeste, Centro-Oeste, los suburbios de los grandes centros urbanos, espacios con vacíos demográficos y regiones de fronteras son las que enfrentan mayores dificultades para la fijación de los profesionales. Esas regiones presentan también la ausencia de otros profesionales de la salud, como enfermeros y odontólogos.

PAIS	TALENTO HUMANO
CHILE	Con respecto a las demás profesiones, análisis globales señalan que si bien Chile, con una tasa de 31 profesionales nucleares por cada 10.000 habitantes, está por sobre la meta propuesta por la OPS, que plantea la necesidad de contar con 25 profesionales nucleares de la salud por cada 10.000 habitantes (médicos, enfermeros de nivel profesional y matronas), el sector público aún está por debajo de la proporción sugerida, alcanzándose en 2011 una tasa de 22,3 profesionales por cada 10.000 beneficiarios Fonasa. Con respecto a herramientas innovadoras de capacitación, el Ministerio de Salud ha implementado un sistema de aprendizaje a distancia de carácter nacional, que despliega acciones de capacitación en forma gratuita para sus 120.000 funcionarios distribuidos en su red secundaria y primaria. Durante el 2010 participaron 9.888 estudiantes. Para el año 2011, la matrícula se incrementó a 13.000 estudiantes y se realizó una inversión de USD1.465.000.
COLOMBIA	La fuerza de trabajo del sector salud colombiano está conformada por más de 300.000 trabajadores, de cuyo total cerca del 40% corresponde a auxiliares de salud, principalmente en el perfil ocupacional de auxiliares de enfermería. De acuerdo con proyecciones a partir del análisis de los recursos humanos en el país, para 2011 deberían estar laborando en Colombia 77.500 médicos, 42.300 enfermeras, 39.800 odontólogos, 40.000 terapeutas, 21.000 bacteriólogos, 6.800 nutricionistas, 4.300 químicos farmacéuticos y 4.000 optómetras, para una fuerza de trabajo compuesta por 235.000 profesionales
COSTA RICA	La Escuela de Salud Pública y otras facultades de la UCR, así como el INCAE, la UNED y el CENDEISS, principalmente, han colaborado con a capacitar recursos humanos del sector para atender necesidades planteadas por la reforma. Las relaciones laborales de los trabajadores de salud se rigen por disposiciones legales de carácter general, como el Código de Trabajo y el Estatuto de Servicio Civil, así como por regulaciones profesionales específicas como la Ley de Estatuto de Servicios Médicos y los Estatutos de Servicios de Enfermería. El sector aún no satisface sus necesidades de personal capacitado para desempeñar funciones gerenciales y de rectoría en el nivel central, así como en el nivel periférico para funciones propias de la autoridad sanitaria y para la operación del nuevo modelo de atención, y existe rezago en la adecuación de los perfiles de puesto y los académicos
ECUADOR	Aunque el sistema de información no es totalmente confiable, en 1999 los principales recursos humanos tuvieron la siguiente proporción por 10.000 habitantes: médicos 13,8, odontólogos 1,6,

PAIS	TALENTO HUMANO
	enfermeras 5,0, obstetrices 0,8 y auxiliares de enfermería 10,7. Se puede notar que hubo un importante crecimiento entre los años 90-99 especialmente de médicos (74%) y enfermeras (76.3 %); no así de odontólogos (31.4 %) ni de auxiliares de enfermería (8.3%).
EL SALVADOR	El Salvador cuenta con 7,298 médicos registrados, con una razón de médicos por habitante que se ha incrementado de 9.1 a 12.11 por 10,000 h entre 1994 y 1999. La razón de enfermeras profesionales por 10,000 h. se incrementó en mayor proporción que en el caso de los médicos; y la razón de enfermeras/médico se ha incrementado a 0.5 entre 1994 y 1999. Se observa una tendencia al crecimiento en el número de los especialistas en salud pública a nivel de maestría; tres diferentes universidades ofrecen programas de maestría y hasta 1999 habían egresado 144 profesionales. Existe un profesional de la salud por cada 321 habitantes y un técnico en salud por cada 865 habitantes En el MSPAS (1999) hay una relación de 2.3 médicos generales por cada médico especialista, mientras que en el ISSS (1998) es de 2.2 médicos especialistas por cada médico general
MÉXICO	La distribución de los recursos humanos es desigual, ya que mientras los estados de México y Chiapas contaban en el año 2000 con 0.8 y 0.9 médicos en instituciones públicas por cada 1 000 hab., el D.F. y Baja California Sur tenían 3.2 y 2.5, respectivamente. La tasa de médicos por 1000 hab. En los municipios de muy alta marginación es de 0.7 mientras en los de muy baja marginación es de casi 2.5, al tiempo que los municipios indígenas de Oaxaca cuentan con sólo 0.13 médico Existen en el país 1 033 programas de ciencias de la salud, correspondiendo el mayor número de especialización y licenciatura (545 y 297, respectivamente) y según el campo de conocimiento, a medicina (509) y odontología (167). Los estudiantes de las 78 Facultades de Medicina del país eran 79 524 en 1999, con 77% en escuelas públicas y 23% en privadas. El sexto y último año de la carrera es de servicio social obligatorio por ley para todos los estudiantes. Entre 1997 y 1999 la matricula total creció 13%, en proporción ligeramente superior para las escuelas públicas con respecto a las privadas
PANAMÁ	Estudios del MINSA han demostrado, que el número de recursos por 100.000 habitantes es hasta diez veces menor en las comarcas indígenas, si se compara con el resto del país. Por otro lado, a finales del año 2005 se inició la certificación del recurso humano, a través de la promulgación de la normativa de la ley 43 del 2004 que crea los Consejos y Procedimientos Interinstitucionales de Certificación y Re-certificación de las profesiones de salud, estos procesos fueron detenidos a mediados del año 2006 una vez el MINSA derogó la

PAIS	TALENTO HUMANO
	reglamentación de la mencionada ley, mediante el Decreto Ejecutivo 329 del mismo año. Se espera que el proceso sea retomado en el futuro mediato.
PARAGUAY	En el año 1999 se creó una nueva política de formación de recursos humanos en todas las regiones sanitarias. El Instituto Nacional de Salud se encarga de las capacitaciones de los médicos y enfermeras. La creación del Departamento de Desarrollo del Personal dependiente de la Dirección de Recursos Humanos lleva adelante las capacitaciones relacionadas personal del área administrativa y de servicios con cursos relacionados a Bioética, Control de Calidad, Gestión por Calidad y otros. Los proyectos internacionales llevados adelante por el BID y el Banco Mundial tienen como uno de sus principales componentes, la capacitación a los recursos humanos para el mejoramiento de la oferta de servicios en las áreas materno infantil
PERÚ	La fuerza laboral del sector público del sistema de salud peruano es de 177.451 personas, de las cuales 123.663 (69,7%) pertenecen al Ministerio de Salud (MINSA) y Regiones, 40.012 (23%) al Seguro Social (EsSalud), 6.873 a la Sanidad de las Fuerzas Armadas y 6.603 a la Sanidad de la Policía Nacional del Perú El informe elaborado por la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA en el 2010 da cuenta que la oferta total de médicos especialistas del MINSA es de 6.074. De ese número, el 61,5% pertenece a las especialidades clínicas, el 33,2% a las especialidades quirúrgicas y el 4,9% a las especialidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento. De ellas, las especialidades con mayor oferta de médicos son: pediatría, gineco-obstetricia, cirugía, medicina interna y anestesiología. Vale mencionar que todas estas especialidades suman el 54% de la oferta de los médicos especialistas
REPÚBLICA DOMINICANA	La Organización Mundial de la Salud estima que la tasa necesaria para alcanzar un nivel de “cobertura mínima” es de 2.5 profesionales (entre médicos y enfermeras) por 1000 habitantes.14 Según el MSP, en 2008 había en República Dominicana 1.3 médicos, 0.25 enfermeras con título universitario y 0.14 odontólogos por 1000 habitantes.15 En 2008 el MS contaba con 26 637 cargos profesionales ocupados, distribuidos entre médicos (10 632), enfermeras (13 715), odontólogos (1 359), bioanalistas (1 712), farmacéuticos (639) y psicólogos (292), mientras que el IDSS contaba con 5 033 profesionales de la salud y las fuerzas armadas con 824.15 La distribución de los recursos humanos para la salud del subsector público es muy desigual en las distintas regiones.

PAIS	TALENTO HUMANO
VENEZUELA	Existen importantes necesidades de personal de salud, tanto profesional como técnica. Para cubrir las necesidades de profesionales de salud en dos áreas específicas, enfermería y médicos integrales comunitarios, el Gobierno Bolivariano puso en marcha nuevas estrategias de formación de estos profesionales orientados a la atención primaria con base comunitaria. Así, en el marco de las Misiones Sociales, esta nueva estrategia de formación de profesionales y técnicos acorde a las necesidades del país incluyó la creación de los Programas Nacionales de Formación, programas académicos que se desarrollan simultáneamente en distintas regiones del país bajo la coordinación de varias universidades nacionales

3.7. PROBLEMAS Y RETOS

Con respecto a este aspecto, los problemas que se identificaron están relacionados con el gasto de bolsillo, la oportunidad de la atención a los usuarios, la incoherencia entre las políticas , la oportunidad en los servicios, la cobertura de la población, la falta de médicos especialistas en zonas geográficas específicas, pobre financiamiento y brecha en acceso a los servicios

PAIS	PROBLEMAS Y RETOS
ARGENTINA	No tener indicadores de salud acordes con el esfuerzo económico que se está realizando y superar la fragmentación y atomización financiera, las brechas en cobertura poblacional y en cobertura de servicios
BOLIVIA	La fragmentación del sistema (sobre todo público y de la seguridad social) y la segmentación (en el interior de los entes gestores de la seguridad social)
BRAZIL	La necesidad más apremiante es posicionamiento del usuario-ciudadano como centro del diseño de las acciones y políticas de salud, debe considerarse además la Extensión territorial, las asimetrías entre las unidades de la Federación, la Ejecución de las acciones y servicios de salud descentralizados, las debilidades en cuanto a estructura y organización del sistema, la necesidad de fortalecer la acción intersectorial y garantizar la integralidad en la atención a la salud, la atención a portadores de enfermedades crónicas, el vínculo de la atención básica y el paciente con la atención especializada, la capacidad de gestión y regulación por parte de los municipios de la oferta de servicios propios y contratados y de los flujos de atención a los usuarios, la cobertura y la capacidad resolutiva de las unidades del sistema público, la precarización, privatización y tercerización de las relaciones laborales del SUS, la descentralización, las capacidades

PAIS	PROBLEMAS Y RETOS
	reguladoras del Estado, el subfinanciamiento.
CHILE	El enorme gasto de bolsillo, (casi una tercera parte del gasto total en salud, comparado con menos del 20% en promedio entre los países de la OCDE), el costo desproporcionado de los medicamentos sustentado en un oligopolio de la industria farmacéutica, el acceso de la población a la atención médica en consultorios periféricos por trabas burocráticas y deficiencias organizativas, las listas de espera, particularmente en ciudades y poblados pequeños, la disponibilidad de camas de hospitalización y servicios especializados, las condiciones del servicio en urgencias, la cobertura de la atención odontológica, la equidad
COLOMBIA	La Coherencia entre políticas y acción sobre los determinantes sociales de la salud, intersectoriales formuladas a la fecha se orientan a tener armonía con las políticas del sector salud, tal es el caso de la política de seguridad alimentaria y nutricional, por otra parte el Plan Nacional de Salud tiene los siguientes propósitos: Mejorar el estado de salud de la población 2) Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad; Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica; y Disminuir las inequidades en salud de la población. Establece cinco lineamientos de política para el país: Promoción de la salud y la calidad de vida; Prevención de los riesgos; Recuperación y superación de los daños a la salud; Vigilancia en salud y gestión del conocimiento; Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública. Fija diez prioridades de salud: Salud infantil; Salud sexual y reproductiva; Salud oral; Salud mental y lesiones violentas evitables; Enfermedades transmisibles y zoonosis; Enfermedades crónicas no transmisibles; Nutrición; Seguridad sanitaria y del ambiente; Seguridad en el trabajo y enfermedades de origen laboral; y Gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública
ECUADOR	Modificar la relación médico-paciente para que se cambie por la relación equipo de salud-persona sujeto de derechos o ciudadano y a que la gestión y atención busque no solo resultados institucionales sino, fundamentalmente, resultados de impacto social, para mejorar la calidad de vida de la población. En materia de evaluación del desempeño del sistema de salud, se contemplan las siguientes dimensiones: mejoramiento de las condiciones de salud de la población, protección financiera para evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, prestar servicios con calidad y seguridad, satisfacción de los usuarios y trabajar hacia la equidad e igualdad reduciendo brechas. La medición del desempeño del sistema

PAIS	PROBLEMAS Y RETOS
	pasa por la medición de indicadores clave en términos epidemiológicos, de gasto privado o gasto de bolsillo para medir la protección financiera, así como otros indicadores trazadores para dimensionar la equidad
EL SALVADOR	El acceso a servicios de salud, la pobreza extrema, las condiciones de salud, ampliar la cobertura, sobre todo en las zonas rurales, fortalecer la promoción de la salud, consolidar la capacidad rectora del MSPAS
MÉXICO	Limitaciones presupuestales, buscar alternativas para fortalecer la integración, reducir los altos costos de transacción
PANAMÁ	Barreras culturales y acceso a servicios especializados, medicamentos e insumos en grupos específicos, en particular comunidades indígenas. Un modelo de atención recuperativo, con poco énfasis en acciones de prevención de riesgos y daños
PARAGUAY	.Ampliación de la cobertura de atención (Sólo 20% de la población está asegurada y 35% de la población no tiene acceso regular a servicios básicos). Las acciones de regulación del MSPyBS, en particular en áreas como la prestación de servicios de salud, la distribución de recursos humanos y el establecimiento de precios de medicamentos y otros insumos. Los mecanismos para mejorar la generación, registro, análisis y diseminación de la información en salud, La coordinación interinstitucional
PERÚ	Pobre financiamiento, Cobertura parcial, Limitaciones en la gestión, Estancamiento en el aseguramiento, Mala calidad en el trato de los asegurados, Pobre suministro de medicamentos, Citas extendidas en el tiempo. El gasto de bolsillo es excesivo, los recursos humanos son insuficientes y están centralizados. Las mayores deficiencias de cobertura de salud se registran en sectores de ingresos medios. El sistema es fragmentado. El envejecimiento poblacional, la capacidad resolutiva de las unidades, el saneamiento básico en las zonas rurales, sentar las bases de un nuevo contrato social entre los servicios de atención y la población, basado en la corresponsabilidad individual y colectiva sobre la salud, el fortalecimiento de la descentralización, la formación y desarrollo de recursos humanos, ampliar el gasto en salud a los niveles promedio de la región.
REPÚBLICA DOMINICANA	Elevado gasto de bolsillo de los hogares, bajas cobertura y calidad, que se relacionan con problemas de gestión administrativa y clínica, el sector informal de la economía, que dificulta su afiliación y la recaudación de aportes, la evasión y elusión, en cuento al pago de la seguridad social, los mecanismos de coordinación para análisis, consulta y sistematización, la participación del sector privado con

PAIS	PROBLEMAS Y RETOS
	fines marcadamente lucrativos, en la administración de los riesgos de salud y pensión,
URUGUAY	Asimetrías de información entre los usuarios y los prestadores, estratificación en la calidad y cantidad de las prestaciones, análisis de factores de riesgo en la población, el poder de las organizaciones sindicales y profesionales, alta fragmentación institucional, base financiera estrecha y frágil, red de servicios muy concentrada, administración centralizada e ineficiente, orientación a prácticas curativas. sustentabilidad y continuidad del sistema, profesionalización de la gestión de los hospitales públicos y desarrollo de la red, complementación público-privada y regionalización, la investigación en salud pública, estrategias regionales para la compra de insumos y para la planificación del recurso humano,
VENEZUELA	Brechas de acceso a servicio por aspectos geográficos y culturales, Superar la exclusión social en salud y garantizar el acceso a la atención de la salud a millones de personas que hasta entonces estaban excluidas. Expandir la red primaria, poniendo a disposición de las familias ubicadas en los sectores de mayor exclusión consultorios populares, médicos, odontólogos, consulta oftalmológica y entrega de medicamentos. Formación de médicos de APS: En diciembre de 2011 se graduó la primera promoción de médicos integrales comunitarios compuesta por 8.200 nuevos profesionales. Hay otros 28.000 estudiantes en formación. Modernización y adecuación tecnológica de los hospitales y articularlos con las áreas de salud integral comunitaria

3.8. FORTALEZAS

Se encuentra que todos países están avanzando en la formación de recursos humano calificado, se están aumentando las partidas presupuestales a fin de cubrir financieramente el sistema , en países como Colombia y Chile han disminuido notablemente la brecha de equidad, de igual forma se están ampliando los programas de prevención de eventos de impacto en salud pública tales como el HIV/SIDA, así mismo los programas tendientes a dar cobertura y atención a poblaciones vulnerables tales como niños menores, adultos mayores y mujeres gestantes y lactantes entre otros.

PAIS	FORTALEZAS
ARGENTINA	La gran disponibilidad de recursos y el nivel de descentralización
BOLIVIA	El objetivo del Plan Nacional de Salud es eliminar la exclusión social en salud, a través de la implementación del Sistema Único

PAIS	FORTALEZAS
	Comunitario Intercultural de Salud, que asume el principio de la participación social en la toma de decisiones en todos sus niveles de gestión y atención de la salud de bolivianos/as como un Derecho Fundamental que el Estado garantiza. La política actual plantea un modelo sanitario con dos componentes fundamentales: Atención en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI) y Gestión Compartida de la Salud. La Salud Familiar Comunitaria Intercultural constituye el eje central del Sistema Nacional de Salud. Incorpora nuevo paradigma en la atención de la salud, centrada en la familia y en la comunidad, con enfoque integral e intercultural de promoción, prevención, tanto en los servicios como en la comunidad
BRAZIL	La descentralización, los avances en términos de integralidad, igualdad y expansión de la cobertura, las leyes orgánicas, la participación social con un sistema de consejos y conferencias de salud, un Sistema Único de Salud público, universal y gratuito, la red de atención privada de carácter suplementario, los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, individual o colectiva, en los distintos niveles del sistema, la concepción de la red de atención a la salud como parte de un sistema de cuidados integrales, las Agencias reguladoras vinculadas al MS – Anvisa (Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria) y la ANS (Agencia Nacional de Salud Suplementar), entre otros
CHILE	El Gobierno de Chile ha desarrollado en los últimos años una serie de programas y estrategias que dan cuenta de esta mirada conjunta y multisectorial en lo que se refiere a determinantes sociales, reflejando con ello la necesidad de coordinar acciones integradas entre los distintos Ministerios Sociales con el objetivo de reducir las vulnerabilidades en la población chilena. Muchas de estas estrategias apuntan directamente a reducir las brechas en los determinantes sociales en salud, tales como • Chile Crece Contigo tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, • Becas de educación escolar y superior • Subsidio al empleo joven • Régimen de Garantías Explícitas en Salud: AUGE-GES • Subsidios a la vivienda • Chile Solidario: está focalizado sobre las familias en extrema pobreza y busca mejorar las condiciones y oportunidades de las personas que viven en esa situación apoyándolas a obtener sus capacidades para poder resolver de manera efectiva y relacionarse en

PAIS	FORTALEZAS
	su entorno familiar, comunitario e institucional. Este sistema tiene tres dimensiones relevantes: apoyo y acompañamiento psicosocial a las familias, establecimiento de un sistema de subsidios garantizados (Bonos de Protección y de Egreso Chile Solidario y Subsidios a la Cédula de Identidad, Agua Potable y Alcantarillado) ,entre otros
COLOMBIA	El análisis del estudio Equilac II sobre los resultados del sistema entre los años 2003 y 2008, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, identificó una tasa anual de hospitalización de 8%. El acceso a medicamentos, medido como suministro total o parcial de medicamentos, ha crecido de manera muy relevante durante los pasados 10 años, pasando de 54% en 2003 a 76% en 2008. La brecha de equidad, medida en cambio en el índice de concentración del acceso a medicamentos, pasó de 0,03 a 0,01, indicando una alta progresividad en este renglón hacia su eliminación Durante la última década se observa un mejoramiento de los indicadores de salud de la población (aumento de la esperanza de vida, modificaciones en el crecimiento y conformación de la población, cambios en los estilos de vida y reducción de la fecundidad, entre otros). No obstante, no todas las regiones y grupos tienen las mismas condiciones de salud y existen notorias diferencias relacionadas con la edad, el género, las condiciones biológicas, socioculturales, los comportamientos y estilos de vida de la población. El aumento de la cobertura ha contribuido a cerrar la brecha de acceso a los servicios de salud entre ricos y pobres, hecho que se ha traducido en mejorías tanto en variables objetivas como subjetivas de la salud
COSTA RICA	En 1998 se efectuó la primera medición global de la satisfacción de usuarios en la CCSS y a partir del año 2000 los compromisos de gestión establecieron la obligatoriedad de medirla anualmente a través de una encuesta institucional estandarizada. En ese año, el 92% de los hospitales y el 77% de las áreas de salud la llevaron a cabo y sus resultados revelan que más del 70% de los usuarios se sienten satisfechos con la atención Como mecanismos adicionales para identificar problemas de calidad de atención, a partir de 1999 la CCSS promovió en cada establecimiento de salud una oficina para orientar al usuario sobre sus derechos, así como juntas de salud que vigilan la calidad de atención.
ECUADOR	Tras la adopción de la política de gratuidad, en el año 2007 se crea la Subsecretaria de Extensión y Protección Social en Salud y el Programa de Aseguramiento Universal de Salud se transforma en el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS). El modelo propuesto por el MSP busca

PAIS	FORTALEZAS
	consolidar la atención primaria de la salud como estrategia que prioriza la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud; priorización desde un enfoque de evitabilidad y la participación organizada de los sujetos sociales en la construcción de una sociedad saludable.
EL SALVADOR	Aumento en la esperanza de vida y descenso en la mortalidad infantil.
MÉXICO	La creación del SPSS, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular de Salud, E
PANAMÁ	Para la prestación de servicios, el sector dispone de 11 médicos y 10 enfermeras profesionales por 10,000 habitantes.
PARAGUAY	El Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y el Instituto Nacional de Salud para la formación del recurso humano en salud,
PERÚ	La estrategia del Sistema Integral de Salud (SIS),
REPÚBLICA DOMINICANA	Establecimiento de principios de Universalidad, Equidad, Obligatoriedad y Solidaridad, del aporte bipartito para los seguros, del Plan Básico de Salud Único Universal y Obligatorio, de financiamiento para la cobertura de salud y pensión para la población desempleada, envejeciente y discapacitada, la participación sindical y gremial en la gestión política del sistema, las Superintendencias para fiscalizar las funciones de las administradoras de riesgos, la Dirección de Información Defensa de los Afiliados (DIDA), con autonomía operativa, la Tesorería de la Seguridad Social, única y centralizada.
URUGUAY	Mayor participación social en el sistema, la intersectorialidad del Estado, la complementación de servicios y la regionalización, las políticas públicas con alto impacto en lo referente a control de tabaco, salud sexual y reproductiva y VIH, entre otras, el Plan de Atención Integral a la Salud (PIAS), el Formulario Terapéutico del Medicamento (FTM) y el Contrato de gestión al que se obliga a los prestadores integrales del Sistema.
VENEZUELA	Financiamiento

3.9. INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL

A pesar que en todos los países se realiza una fiscalización o monitoreo de las actividades de salud, en su mayoría están orientados a realizar verificación del cumplimiento normativo a estándares de prestación del servicio y verificación o seguimiento a los manejos presupuestales. Un verdadero

modelo de supervisión de eventos de impacto (riesgos) en el sistema de salud entendido como la verificación de actores o agentes involucrados en el sistema, se lleva a cabo en Chile y Colombia La inspección, vigilancia y control es una actividad que en todos los países la realiza una entidad dependiente del ministerio de salud o sus equivalente, no son completamente autónomos, aunque tienen ciertas privilegios por su características misionales , en cuanto al presupuesto, son financiados por el estado y en todos los casos están definidos los entes objeto de supervisión, los mecanismos de supervisión y se cuenta con una unidad de atención al usuario la que sirve de base para toma de decisiones en algunos casos.

PAIS	INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL
BRAZIL	La supervisión de los servicios de salud, la ejerce la SUPERINTENDENCIA DE BRASIL, este es un órgano vinculado al ministerio de salud, es una agencia independiente que regula, hace procesos sancionadores, de todos los seguros privados de salud. El ministerio de la salud, es el responsable de las directrices básicas y las políticas generales de la salud, sin embargo hay dos agencias autónomas que tienen responsabilidades en el campo de la supervisión en salud, una es la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA); la que se encarga de regular las condiciones básicas de vigilancia de todas las condiciones relacionadas con la prestación del servicio en salud que realiza la red de prestadores (hospitales, laboratorios, clínicas o consultorios) y la otra es la agencia nacional de salud suplementaria ANSS, responsable de la regulación de los seguros privados de salud La supervisión está enfocada a los aspectos financieros y sanitarios, su enfoque es esencialmente preventivo El enfoque es esencialmente preventivo, por lo que se insiste en la determinación y valoración de potenciales riesgos, lo que además sirve de fundamento para lograr respuestas tempranas ante situaciones o problemas que afecten potencialmente la seguridad de los ciudadanos. Son sujeto d especial atención a las quejas de los usuarios a las cuales se les efectúa seguimiento permanente e intervención específica cuando hay un problema recurrente La supervisión se lleva a cabo, básicamente mediante la aplicación de medidas puntuales de dirección técnica y dirección fiscal, no se realiza una verdadera supervisión de riesgos, la supervisión se da por verificación del cumplimiento y por quejas y reclamos
CHILE	La Superintendencia de salud, es la entidad encargada de la supervisión del sistema de salud en Chile, Las entidades que supervisa son: 1. Fonasa (Fondo Nacional de Salud), 2. Isapres (Instituciones de Salud Previsional) y

PAIS	INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL
	3. Prestadores (personas naturales o jurídicas, tales como consultorios, consultas, centros médicos, hospitales, o clínicas que otorgan atención en salud a las personas beneficiarias. La superintendencia supervisa las siguientes actividades: Afiliación y desafiliación, el cumplimiento de las garantías de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de la atención entregada, vigila además, la notificación del diagnóstico GES, la entrega de medicamentes garantizados, la Cobertura y bonificaciones Cotizaciones de salud Licencias médicas y subsidios por incapacidad laboral, la Situación financiera de las Isapres y Solución de conflictos Para llevar a cabo las actividades de supervisión, se utilizan herramientas como sistemas informáticos, planes de trabajo, manuales, documentación de los procesos, dotación calificada (personas Las actividades de supervisión son basadas en evaluación de riesgos
EL SALVADOR	La entidad encargada de realizar la supervisión del sistema de salud es la Superintendencia de Salud El fundamento de la supervisión en Paraguay, se encuentra una etapa de autoconocimiento y análisis, se han hecho avances aunque la superintendencia no es todavía realmente un órgano de control cuyo objetivo misional de la institucional, está dirigido a mejorar la calidad de la atención a través de las inspecciones, la vigilancia y el control. El modelo de supervisión se dio a instancias de observar cómo se estaba aplicando en la región, pero adaptándolo a la estructura cultural y normativa del Paraguay, sin embargo el alcance a la fecha no está dirigido a obtener resultados de impacto en la población. Se planea que el alcance de la supervisión llegue a los siguientes actores : Los sanatorios privados, las EPSS de Medicina prepagada (actualmente el único que audita contable y jurídicamente) y las EPSS públicas y EPSS mixtas La metodología utilizada por la entidad supervisora para realizar las acciones de Inspección, Vigilancia y Control es, 1.-Constitución insitu (verificaciones del funcionamiento, entrevistas,2.- Etapa de documentación, 3.-Levantamiento de evidencias, .-Etapa de análisis de las documentaciones, y 5.-Etapa de Informes. Actualmente, los agentes supervisados por la Superintendencia de Paraguay son: 1.-Entidades Prestadoras de Servicios de Salud, públicos, privados y mixtos,

PAIS	INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL
	2.-Como órgano de control se está auditando en el aspecto jurídico y contable solamente a las EPSS de la medicina prepaga 3.-Se categoriza a las EPSS del sector privado sin importar que sea o no de la medicina prepaga, al sistema público y mixto solo se responde a denuncias concretas Las funciones supervisadas son: la categorización y Acreditación, los aspectos médicos, jurídicos, y contables, y el método de supervisión es por cumplimiento, no existe un modelo de supervisión por riesgos
MÉXICO	La supervisión del sector salud es realizada en México a través de dos áreas de la Secretaría de Salud, por la dirección general de calidad y educación en salud y la COFEPRIS que realiza acciones de vigilancia sanitaria por medio de visitas de inspección y control Las funciones de supervisión no son descentralizadas, la supervisión se basa en la verificación de estándares de cumplimiento y la vigilancia se enfoca en la prestación, no se supervisan otro tipo de variables (riesgos) tales como solvencia financiera y relacionados, operación, etc. En cuanto al control y vigilancia sanitaria se cuenta con las disposiciones en la Ley General de Salud, Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios, En síntesis se llevan a cabo las siguientes fases: 1. Programación 2. Planeación Logística y Evaluación 3. Dictamen (Vigencia del Dictamen, Proceso de supervisión, Plan de Contingencia). La Acreditación se evalúa como un sistema, el cual se verifica con constancias documentales que incluyen la normatividad vigente, los directorios de referencia, el expediente clínico, los formatos específicos, las libretas de control de envíos de pacientes a un establecimiento de mayor resolutividad; el seguimiento domiciliario o por vía telefónica del seguimiento del paciente y su oportuna atención en el establecimiento enviado y su regreso a la unidad de origen. Todo lo anterior deberá estar confirmado documentalmente. En el caso de la Acreditación se cuenta con participación ciudadana a través del Programa de Aval Ciudadano y a través de los sistemas de gestión para la Atención de Quejas En opinión de las autoridades consultadas, las deficiencias en el caso de los establecimientos supervisados, es que generalmente no

PAIS	INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL
	mantienen a través del tiempo los criterios de calidad, capacidad y seguridad con los que fueron acreditados
PANAMÁ	La entidad que realiza las funciones de supervisión en panamá es la Caja de Seguro Social El sistema de salud de Panamá es público y privado; el sector público lo ejercen dos instituciones el Ministerio de salud que es el ente rector y la Caja de seguro social La caja es el ente regulador a nivel nacional en Panamá. Esta es una organización muy grande y controla cuatro riesgos, Administración, Retiro Profesional, Enfermedades y maternidad y Riesgo de invalidez y muerte. La Caja de Seguridad Social, es totalmente autónoma en materia de salud; Los prestadores son vigilados por el ministerio de salud, los prestadores de la caja son vigilados por la caja, peri el Ministerio puede intervenir. El ministerio como órgano rector realiza las auditorias en la cual está compuesta por trabajadores, empresarios, los gremios, el estado. Algunos órganos de control que deban rendirle información a la contraloría, es más la contraloría hace parte de la junta directiva, Los procesos de calidad los manejan desde las auditorias, en caso de quejas y reclamos el usuario acude al seguro social, tienen una dirección ejecutiva de atención al asegurado donde se reciben todas las quejas del usuario, se le procura dar respuesta dentro del ámbito institucional. La supervisión se hace por cumplimiento
REPÚBLICA DOMINICANA	La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) es la institución encargada de proteger los derechos en salud. La SUSALUD vigila las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS), las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), públicas, privadas y mixtas del país; las actividades que vigila son La promoción y protección de los derechos en salud, La prevención, la Restitución del derecho e Investigación y desarrollo. Los profesionales independientes también son vigilados por la superintendencia nacional de salud por considerarse una IPRESS, la ética médica del comportamiento medico se mira a través del colegio médico que es a nivel nacional en el cual todo médico que quiera Actualmente se está avanzando en la estandarización de procesos de supervisión para evaluar rápida y oportunamente los factores de riesgo, Para la atención del usuario se cuenta con una plataforma virtual de quejas y reclamos, encuestas de satisfacción, a través de la Junta de Usuarios de los Servicios de Salud, (JUS). La supervisión

PAIS	INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL
	que se realiza es de cumplimiento a reglamentos y normas

4. Bibliografía

Acosta, M., Sáenz, M., Gutiérrez, B., & Bermúdez, J. (2011). Sistema de Salud de El Salvador. *Salud Pública de México*, Vol. 53 suplemento 2.

Agudelo, C., Cardona, J., Ortega, J., & Robledo, R. (2011). *Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas.* Ciéncia & Saúde Colectiva 16 (6):2817-2828.

Alaine, T. (2000). *Crítica de la Modernidad.* Bogotá D.C.: Fondo de la Cultura Económica.

(2013). *Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades.* INEC.

Arias, J. (2014). Reformas de los sistemas de salud en Sudamérica: una oportunidad para UNASUR. *Revista Perú. med. exp. Salud Pública*, Vol.31 No.4.

Becerril-Montekio, V., Medina, G., & Aquino, R. (2011). *Sistema de salud de Brasil.* Salud Pública de México. Vol. 53 suplemento 2.

Becerril-Montekio, V., Reyes, J., & Manuel, A. (2011). *Sistema de salud de Chile.* Salud Pública de México. Vol. 53 suplemento 2.

Belló, M., & Becerril-Montekio, V. (2011). *Sistema de salud de Argentina.* Salud Pública de México. Vol. 73 suplemento 2.

Bonvecchio, A., Becerril, V., Carriedo, Á., & Landaeta, M. (2011). Sistema de salud de Venezuela. *Salud pública México*, Vol.53, suplemento 2.

C., N. D. (1990). *Institutions, Institutional Change and Institutional Economic Performance.* Cambridge: Cambridge University Press.

C., N. D. (2000). La Evolución Histórica de las formas de Gobierno. *Revista de Economía Institucional, N° 2. Universidad Externado de Colombia*.

Carlile, G. D. (1992). *El Contexto, La Crisis de la Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud.* Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; Publicación Científica 540.

Carol, G., & Moisés, N. (1997). *La Economía Política de la Reforma Institucional de América Latina.* Pág. 15 - 17: Fundación McArthu, Banco Interamericano de Desarrollo.

Carol, P., Simon, B., & Denise, G. (2000). Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-1999. *University of Bristol*, CMPO Working Paper Series No. 03/077.

Castellanos, P. (2008). *La Reforma del Sistema Público de Salud en la Republica Dominicana.*

Chistopher, M., & Julio, F. (2000). *A Framework for assessing the performance of health systems.* World Health Organization, Bulletin 78 (6) Págs. 717-731.

Christopher, M. L., & B., E. D. (2000). *Health Systems Performance Assessment: Goals, Framework and Overview.* Genova: World Health Organization, Págs. 1-4.

(s.f.). *Código de salud y disposiciones reglamentarias.* República de Bolivia.

(2014). *Consulta Nacional sobre: Cobertura Universal de Salud.* Ministerio de Salud y Bienestar Social.

(2013). *Cuentas Nacionales de Salud República Dominicana: Informe Gasto Público en Salud 2011.* Ministerio de Salud Pública.

DATASUS. Departamento de Informática do Sus. (s.f.). *Estratégica e Participativa.* Secretaría de Gestão. Ministerio da Saúde.

(s.f.). *DATOS.* Banco Mundial, BIRF-AIF.
Dávila, E., & Guijarro, M. (2000). *Evolución y reforma del sistema de salud en México.* Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
(s.f.). *Dirección General de Estadística y Censos.*
Dupuy, J. (2011). *Cobertura Nacional de Seguros de Salud en Bolivia. Estudio previo a la implementación del Sistema Único de Salud.* Estado Plurinacional de Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes.
Fuentes, G. (2010). El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del frente amplio y las condiciones que la hicieron posible. *Revista Uruguaya Ciencia Política*, Vol.19 No.1.
Gianfranco, P. (1998). *Participación Política, Grupos y Movimientos, Manual de Ciencia Política.* Madrid: Madrid Alianza Editores, Pág. 198.
Giovanella, L., Feo, O., & Faria, M. (2012). *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad.*
Guillén, M. (2011). *Sistemas de salud en Sudamérica: desafíos hacia la integralidad.* Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay.
Health Systems: Improving Performance. Why do Health Systems Matter? (2000). *WORLD HEALTH REPORT 2000*, Pág. 119-141.
Hernán, R. (1964-1996). *Organizações Empresarias e Políticas Econômicas Em Argentina E No Brasil.* Obtenido de http://www.abphe.org.br/congresso2003/Textos/Abphe_2003_20.pdf
Ignacio, M. (1995). *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad.* Vol. I No. 2.
J, W. (2000). *What Washington Means by Policy Reform.* Washington D.C.: Speeches, Testimony, Papers; Institute for International Economics.
Jaime, M. P., & Bruno, T. (2004). *Mediaciones Institucionales de regulación social y dinámicas macroeconómicas: los casos de Brasil y México,.* México D.F.: Centro de Estudios Internacionales. Colegio de México. Págs. 41-102.
KLINSBERG, B. (1997). *Repensando el Estado Para el Desarrollo Social: Mas allá de Dogmas y Convencionalismos.* Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
Ledo, C., & Soria, R. (s.f.). *Sistema de salud de Bolivia.* 2011: Salud Pública de México. Vol. 53 suplemento 2.
(s.f.). *Ley de garantías en Salud.* República de Chile.
Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). *Sistema de Salud de Ecuador.* Salud Pública de México. Vol. 53 suplemento 2.
Mancur, O. (1992). *Diez textos básicos de la Ciencia Política.* Barcelona: Editorial Ariell, Pág. 203-220.
María, M. J. (2000). Fortalecimiento de la función Rectora de las Autoridades Sanitarias en las Reformas del Sector de la Salud. *Revista Panamericana de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud*, 8(1/2) Págs. 21-32.
Martin, M. (2001). Measuring the efficiency of health systems The World Health Report sets the agenda, but there's still a long way to go. *British Medical Journal*, 323:295-296.

Mejía, L., & Franco, A. (2007). Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina. *Revista salud pública*, Vol. 9. No 3, pág. 471-483.
Ministerio de salud de Ecuador. (2015). Obtenido de www.salud.gob.ec
Ministerio de Salud de El Salvador. (2015). Obtenido de www.salud.gob.sv
Ministerio de salud del Perú. (2015). Obtenido de www.minsa.gob.pe
Molina, C., & Núñez del Arco, J. (2003). *Servicios de salud en América Latina y Asia.* Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
Molina, R. (2000). *Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencia.* Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
MOLINS, J. (1998). *La teoría de grupos.* Barcelona: Universitat Autónoma de Barcelona, Working Paper No. 143.
Núñez, J., & Zapata, J. (2012). *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano - dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro.* FEDESARROLLO.
O., C., Bertranou, F., Casanova, L., & Casalí, P. (2013). *El Sistema de Salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva.* Organización Internacional del Trabajo; ESSALUD.
(2008). *Observatorio de Sistemas de Salud (OBSERVASALUD).* Mercosur.
(2014). *Panamá Estrategia de Cooperación.* Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.
Pérez, J. (2015). *2014: año de crisis para el sector salud. República Dominicana.*
(2009). *Perfil de los Sistemas de Salud: Colombia. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma.* Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud.
(2008). *Perfil del Sistema de Salud de Ecuador: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma.* Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud.
(2006). *Perfiles de los sistemas de salud LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio.* Edición Especial No. 18. OPS/USAID.
(s.f.). *Problemas de salud y respuestas del sistema sanitario para Chile al año 2040.* Cuadernillos hemiciclo. No 6.
Rathe, M., & Moliné, A. (2011). Sistema de salud de República Dominicana. *Salud pública de México*, Vol. 53, suplemento 2.
Richard, S. B., & Odile, F.-D. (2000). The concept of Stewardship in Health Policy. *World Health Organization,* , Bulletin 78(6). Pág. 733 - 734.
Romero Teruel, J. (1997). *Reformas del sector salud en las Américas.* Lima: Seminario Internacional Reforma del Sector Salud.
Romero, L. (2011). *Modelos y Mecanismos de Financiamiento en Sistemas de Salud.* Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile.
Salomón, K. (2003). *El neoinstitucionalismo como escuela.* Universidad Externado de Colombia, Vol. 5, Art. 9, Págs. 189-212.
Salomón, K. (s.f.). *Las instituciones, la ley y el desarrollo económico en Colombia.* Obtenido de http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/co/kalmanovitz_inst.htm
salud, O. F. (2015). *Los recursos Humanos de Salud en Argentina.*

Saúde, C. N. (2007). *Coleção progestores – para entender a gestão do sus.* Brasília.
Servicio autónomo de contraloría sanitaria, Venezuela. (2015). Obtenido de www.sacs.gob.ve
(2007). *Sistema de la gestión de la calidad en salud.* Documento Técnico: RM 519-2006/MINSA. Perú.
(2013). *Situación de salud de Panamá.* Ministerio de salud, República de Panamá.
Soberón, G., & Valdés, C. (2007). Evidencias y salud: ¿hacia dónde va el sistema de salud en México? *Salud Pública de México*, Vol. 49, suplemento 1.
Vincente, N. (1989). *Why Some Countries Have National Health Insurance, Others have National Health Services, and the U.S. Has Neither.* Social Science and Medicine, 28(9):887–98.