



## Capítulo 5

# Sistemas de salud y protección social en salud

### INTRODUCCIÓN

El presente capítulo contiene un análisis y describe la situación y las tendencias de los sistemas de salud y de protección social en la Región de las Américas entre los años 2006 y 2010. Entre otros temas, examina la **gobernanza en salud**, la gestión de **políticas públicas** y planes nacionales, el fortalecimiento de la capacidad sectorial y la implementación de reformas de los sistemas de salud con enfoque en

la **atención primaria**. Revisa asimismo las recientes tendencias en la legislación dirigidas a garantizar el derecho a la salud y los marcos legales que respaldan la gestión de la **autoridad sanitaria nacional**, así como los desafíos y los logros alcanzados por los países en el campo de la protección social en salud. Presenta datos sobre gastos y financiamiento en salud –incluidos los gastos familiares– y un análisis del impacto de las políticas económicas y de las crisis financieras en los sistemas de salud. Adicionalmente,

se abordan temas relacionados con el acceso y la calidad de los servicios, las tecnologías y, finalmente, la situación y las tendencias de los recursos humanos para la salud en la Región.

Es probable que la heterogeneidad de los sistemas de salud en las Américas sea uno de los rasgos que más sobresale en este análisis. Se aprecia asimismo que a los riesgos habituales que amenazan a la salud se les han sumado otros que han traído aparejados los efectos de la globalización, el cambio climático y los nuevos patrones de producción y consumo. En este sentido, si bien todavía persisten problemas sociales acumulados y capacidades de respuesta disparejas, la salud es un tema central en las agendas políticas de los países de la Región y se puede observar una creciente valoración e integración del enfoque de derechos humanos en las políticas sanitarias. Hoy la salud se concibe no solo como un derecho humano, sino además como un sinónimo de desarrollo y una fuerza del mercado que potencia la inversión, el rendimiento educativo y el crecimiento económico, y representa un papel importante en la dinámica distributiva, la seguridad humana y la [gobernanza](#). Concomitantemente, han surgido nuevas instancias y agendas que intentan enfrentar los desafíos de un mundo con sociedades más permeables a influencias y riesgos externos como son los desequilibrios macroeconómicos, la inseguridad ciudadana y las fallas en la gobernabilidad global.

América Latina y el Caribe (ALC) muestran un crecimiento económico saludable, una leve disminución de la pobreza y un ligero aumento de la indigencia. El gasto público social como porcentaje del producto interno bruto (PIB) y por habitante ha aumentado y la concentración de la riqueza y la disparidad distributiva han disminuido en la mayoría de los países (1). No obstante, perdura la inequidad en el acceso a los servicios, una distribución insuficiente e inadecuada del gasto público en salud –con alto gasto de bolsillo– y retrasos acumulativos que los promedios nacionales disimulan. En este sentido, aunque el promedio del gasto nacional en salud como porcentaje del PIB (7,3%) en ALC es el más alto entre las regiones en desarrollo, está lejos del promedio mundial de 8,5%. Además, este promedio oculta la alta concentración en las naciones

más industrializadas y de mayores ingresos y la consecuente alta inequidad en el acceso a los servicios de salud (2).

La relación entre el gasto –como proporción del PIB– y los indicadores de salud es frecuentemente utilizada como muestra de la eficiencia en la utilización de los recursos. En el caso de los países de la Región esta relación sugiere que existe amplio espacio para mejorarla. Las experiencias nacionales indican que la cobertura universal y la mancomunación de fondos constituyen la mejor opción de protección financiera ante la probabilidad de caer en situación de catástrofe. Esto es particularmente cierto para los hogares de menores recursos, donde tal posibilidad se vincula con el acceso a medicamentos esenciales y la atención de calidad en el primer nivel, y no solo con el encarecimiento de tratamientos médicos y de productos y tecnologías de punta o a la falta de garantía de conjuntos de prestaciones adecuados a sus necesidades.

En los últimos años, varios países revisaron sus marcos jurídicos e instrumentaron políticas de reestructuración de los sistemas y servicios basadas en el ejercicio del derecho a la salud con énfasis en la inclusión y la integralidad de las prestaciones, el trato humanitario, la participación activa de los ciudadanos en la salud, el reconocimiento de la [autoridad sanitaria nacional](#) como rectora, la consolidación de los principios de la [atención primaria en salud](#) como normativa y la ampliación de la protección social sanitaria. Incluso, algunos países emitieron nuevas constituciones que proclaman la relación entre la salud y el desarrollo integral, reconocen la interculturalidad y garantizan el acceso gratuito de la población a los servicios sanitarios en todos los niveles de atención. Así, varios países han progresado hacia el logro de la cobertura universal, con profundas reformas del sistema o con diversos planes de aseguramiento para grupos específicos, cuya implementación se espera que produzca una disminución en la segmentación y la fragmentación de sus sistemas sanitarios –mejorando la protección social. Sin embargo, en la mayoría de los países persiste el desafío de la protección social en salud y la urgencia para solventar el financiamiento insuficiente y la baja cobertura efectiva, que influyen en la

inequidad en el acceso y la baja eficiencia en la atención y gestión de los servicios. También quedan pendientes nuevos retos que hacen parte de la agenda global, incluidos el enfoque de derechos como marco integrador de las normas y los principios y la búsqueda de indicadores de calidad de vida más representativos para lograr su universalización en la Región.

## GOBERNANZA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

### TENDENCIAS EN LAS POLÍTICAS SOCIALES Y SANITARIAS

En toda América Latina y el Caribe, el Estado ha tendido a ampliar sus funciones reguladoras y de coordinación, aunque con resultados diferentes entre los países. La búsqueda de objetivos de **política social** más amplios en la Región también se ha traducido en una mayor descentralización; una delegación gradual y más integral de autoridad a protagonistas no estatales; una mayor participación de la sociedad civil en asuntos de salud, y mejores sistemas jurídicos y reguladores para las preparaciones farmacéuticas, las vacunas y la tecnología médica. Las políticas de bienestar han tendido a mantenerse en un piso mínimo de beneficios y a ampliar la asistencia social proyectada o los beneficios contributivos según el nivel de ingresos del beneficiario. El efecto distributivo de algunas políticas sociales, incluidas las sanitarias, se ve afectado por los modelos de asignación de recursos y también por la distribución de los derechos de los beneficiarios y su capacidad diferenciada de aprovecharlos. Algunos estudios indican la existencia de un modelo dual de asistencia social: por un lado, las prestaciones mínimas de la seguridad social para el sector estructurado se mantienen o se reducen; por el otro, los beneficios para los pobres se vinculan a los ingresos. Además, algunos países han implantado programas progresivos, como los de “Bolsa Familia” en Brasil, “Chile Solidario” en Chile, “Familias en Acción” en Colombia y “Oportunidades” en México. Estos programas podrían mejorar eficazmente la equidad,

pero quizás no puedan eliminar la pobreza estructural (3).

La mayoría de los países de la Región han probado diversas reformas del sector público en los últimos 30 años, pero solo unos pocos han fortalecido con éxito la institucionalidad de sus políticas sociales. Aunque algunos países han podido coordinar eficazmente políticas sociales, aplicar enfoques de derechos humanos y consolidar equipos técnica y profesionalmente robustos (4), la calidad, estabilidad, adaptabilidad y eficacia de las políticas resultantes ha variado. Esta incongruencia se debe a diversos factores, como la calidad de la democracia, las instituciones políticas y las reglas de juego de un país determinado, así como el contexto en el cual se procesan las políticas (5).

En general, la capacidad de formular, ejecutar y evaluar políticas varía de un país a otro, lo que a su vez afecta a la eficacia de las políticas sanitarias en cuestión (6). Dicho esto, la calidad también depende de factores externos al sector de la salud, como la sensatez del proceso político general de un país, la capacidad legislativa para formular políticas encaminadas al bien común, la existencia de un poder judicial independiente, burocracias técnicamente idóneas, partidos políticos institucionalizados y mecanismos eficaces de participación social (5). En consecuencia, se deben reunir u optimizar ciertas condiciones para mejorar la calidad de las políticas sanitarias y, por lo tanto, su eficacia.

La mayoría de los países de las Américas han formulado planes, políticas o estrategias nacionales de salud de calidad variable. Un examen de los planes, políticas y estrategias nacionales vigentes muestra que, en general, los objetivos nacionales de desarrollo no siempre se reflejan efectivamente en las prioridades del sector de la salud y, a menudo, las prioridades no logran hacerse eco de los objetivos institucionales y las metas operativas. Por otro lado, debido a que la mayoría de los planes y políticas no incluyen un marco práctico de evaluación y seguimiento, la construcción y el uso de los indicadores de desempeño son débiles.

La subordinación generalizada de las políticas sanitarias a otras esferas de toma de decisiones en la Región, en particular la presupuestación y el

financiamiento, afecta al desarrollo de políticas y planes. Además, en la planificación y el establecimiento de prioridades de nivel nacional hay una integración insuficiente de los niveles sectoriales, regionales y provinciales de toma de decisiones, característica que interfiere en el diseño y la ejecución eficaces de planes, políticas y estrategias de salud. Quedan muchos retos por delante, por ejemplo mejorar la calidad de las políticas, hacer de la salud un criterio de toma de decisiones en todos los sectores, lograr una mejor coordinación de las políticas sociales, y fortalecer la capacidad de los países para realizar análisis oportunos y apropiados y optimizar la eficiencia en el suministro de bienes y servicios. La inclusión de la salud en todas las políticas y la búsqueda de un enfoque de la salud en el cual participe todo el gobierno contribuirán a lograr el progreso deseado (7).

## DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN LA REGIÓN

Se han elaborado varios marcos para describir, explicar y analizar cómo funciona un sistema de salud y cómo mejorarlo (8, 9, 10, 11, 12, 13). Independientemente de su estructura, un sistema de salud debe cumplir algunas funciones básicas para alcanzar sus metas, incluyendo prestar servicios, desarrollar una fuerza laboral y otros recursos de salud pertinentes, movilizar y asignar fondos y garantizar un liderazgo y una gobernanza adecuados.<sup>1</sup> Una gobernanza eficaz resulta de proporcionar una visión y dirección al sistema de salud, recoger y usar información, y ejercer influencia mediante reglamentación. Los fracasos de la gobernanza parecen explicar, en parte, el éxito limitado de algunas políticas o programas públicos en cuyo marco los más necesitados a menudo no pueden recibir las prestaciones que algunas políticas sociales y sanitarias intentan garantizar.

<sup>1</sup> El concepto de gobernanza es polisémico; la mayor parte de las veces se refiere a la dirección y coordinación de protagonistas interdependientes basadas en las reglas institucionales y políticas establecidas.

Dado que los sistemas de salud se extienden más allá de la atención de salud y son específicos para cada país, su organización, estructura legal, elementos de integración y elementos constitutivos, prioridades de política y recursos disponibles muestran grados variables de desarrollo de un país a otro. No obstante, mientras que los sistemas de salud difieren, las combinaciones de políticas de financiación, organización y gestión parecen converger en algunos países, independientemente del contexto ideológico (14, 15, 16). El cuadro 5.1 presenta información actualizada sobre los sistemas de salud en las Américas y la cobertura de la población según el sector que presta los servicios.

Muchos sistemas de salud han experimentado cambios radicales. Algunos han separado sus funciones normativas y de proveeduría (Honduras, República Dominicana, Uruguay), otros han procurado una mayor descentralización (Brasil, Perú) o han presenciado un aumento del sector privado (Colombia) o se han asociado con protagonistas no pertenecientes al sector de la salud o no estatales para alcanzar metas de salud, o han establecido esquemas nuevos de financiación de la atención sanitaria. Además, el establecimiento de ministerios de desarrollo social y comisiones intersectoriales en muchos países indica que el trabajo participativo y cohesivo está en aumento y que se busca consenso y diálogo sobre asuntos de política entre diferentes sectores, todo esto en beneficio del sistema de salud. Salvo el Ministerio de Desarrollo de Ecuador, creado en 1980, y el Ministerio de Desarrollo Social de México, creado en 1992, este tipo de instituciones se han establecido más recientemente en América Latina: en Perú en 2002, en Argentina en 2003, en Brasil en 2004, en Uruguay y Panamá en 2005 y en Chile en 2011. Algunos países han hecho otros arreglos institucionales para la gestión de las políticas sociales, desde previsiones dentro del Ministerio de Salud (El Salvador, Paraguay y Venezuela), del Ministerio de Planeamiento (Chile y Costa Rica), de la Oficina de la Presidencia (Honduras y República Dominicana), del Ministerio de Desarrollo y Vivienda Urbana (Guatemala), del Ministerio de Desarrollo Económico (Bolivia), del Ministerio de Protección Social (Colombia), y del Ministerio de la Familia en Nicaragua (17).

**CUADRO 5.1. Cobertura de salud según sector de oferta, países de las Américas, años seleccionados**

País	Fuente y año	Sector de oferta	Cobertura
Anguila	Perfil de sistema de salud de Anguila, 3a edición, Ministerio de Salud, 2007	Público Seguridad social Privado	44,1% Red de la seguridad social 19,1% Colectivo 7,2% Individual (de vida) 5,5% Médico 38,5% No declarado
Antigua y Barbuda	Plan Nacional de Negocios para la Salud. Ministerio de Salud de Antigua y Barbuda, 2008–2010	Público Seguridad social Privado	100% Ministerio de Salud Datos no disponibles Datos no disponibles
Antillas Neerlandesas	PPK - ("pro-paupere kaart")- Seguro totalmente financiado por el gobierno	Público	100% A través del PPK
Argentina	Informe de país : Salud en las Américas 2006–2010, OPS, 2012	Público Seguridad social Privado	100% 60,8% 9%
Aruba	<a href="http://www.gobierno.aw">www.gobierno.aw</a>	Público Privado	100% Seguro general de salud Datos no disponibles
Bahamas	<a href="http://www.bahamas.gov.bs">www.bahamas.gov.bs</a> 2011	Público Privado	100% Seguro Nacional de Salud Datos no disponibles
Barbados	Perfil de sistema de salud de Barbados, Ministerio de Salud, 2008	Público Privado	100% 25% Seguro privado
Belize	Informe de país : Salud en las Américas 2006–2010, OPS, 2012	Público Privado	65% Sistema Nacional de Salud 35% Población con capacidad de pago, compra de servicios de salud al sector público
Bermuda	Perfil de sistema de salud de Bermuda, Ministerio de Salud, 2010	Público Privado	Datos no disponibles 90% Seguro de salud, proporcionado por el empleador
Bolivia	Revista Salud Pública de México, vol. 53, suplemento 2, enero de 2011	Público Seguridad social Privado	14–15% Red del Ministerio de Salud 28,4% 12%
Brasil	Revista Salud Pública de México, vol. 53, suplemento 2, enero de 2011	Público Privado	100% Sistema Único de Salud (SUS) 25% Cobertura privada con acceso al SUS
Canadá	Ministerio de Salud de Canadá, 2009 <a href="http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/index-eng.php">http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/index-eng.php</a>	Público Privado	100% Medicare <sup>a</sup> 65% de la población cuenta con seguros privados de salud para servicios no cubiertos por Medicare (odontología y medicamentos).
Chile	Informe de país: Salud en las Américas 2006–2010, 2012	Público Privado	73,5% Fondo Nacional de Salud 16,3% Instituciones de salud previsional (ISAPRE) 10,2% Otras
Colombia	Revista Salud Pública de México, vol. 53, suplemento 2, enero de 2011	Público	Sistema General de Seguridad Social en Salud, según cobertura por regímenes: 39,4% Contributivo 51,4% Subsidiado 4,9% Especiales (militares, policía nacional, Empresa Colombiana de Petróleos, docentes y universidades públicas) 4,3% Sin cobertura
Costa Rica	Revista Salud Pública de México, vol. 53, suplemento 2, enero de 2011	Público Seguridad social	87,6% Seguro social médico de cobertura universal 12,4% Caja Costarricense de Seguro Social
Cuba	Proyecciones de la salud pública en Cuba para 2015, Ministerio de Salud, 2006	Público	100% Cobertura del Sistema Nacional de Salud
Dominica	Datos no disponibles		
Ecuador	Revista Salud Pública de México, vol. 53, suplemento 2, enero de 2011	Público Seguridad social Medicina prepaga	51% Servicios de salud en la red pública 20% 3%

**CUADRO 5.1. Cobertura de salud según sector de oferta, países de las Américas, años seleccionados (Continuación)**

País	Fuente y año	Sector de oferta	Cobertura
El Salvador	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2009 - El Salvador	Público Seguridad social Privado	78,4% Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 20% Instituto Salvadoreño del Seguro Social 2%
Estados Unidos de América	Oficina del Censo. Ingresos, Pobreza y Cobertura de Salud en Estados Unidos: 2010, Septiembre 2011. <a href="http://www.census.gov/prod/2011pubs/p60-239.pdf">http://www.census.gov/prod/2011pubs/p60-239.pdf</a>	Público Seguridad Social <sup>d</sup> Privado Sin cobertura	15,9% Medicaid <sup>b</sup> 14,5% Medicare <sup>c</sup> 55,3% Seguro de salud basado en el empleo 64% Seguro de salud basado en el empleo 16,3%
Guyana	Perfil de sistema de salud de Guyana, 2009; Plan Nacional de Salud 2007–2012, Ministerio de Salud	Público	100% Plan de seguro universal
Guatemala	Perfil de sistema de salud de Guatemala. Ministerio de Salud, 2007; Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo. UNDAF 2010–2014.	Público Seguridad social Privado Sin cobertura	70% Ministerio de Salud 17,45% Instituto Guatemalteco del Seguro Social 12% (organizaciones de la sociedad civil y religiosas) 8% (seguros privados) 20,5%
Granada	Perfil de Sistema de Salud de Granada, 2008; Política Nacional de Salud, 2007–2011; Ministerio de Salud	Público	100%
Haití	Informe CCA-UNDAF Haití 2009–2011	Público Privado	70% 30%
Honduras	Perfil del sistema de salud de Honduras, 2009, Ministerio de Salud	Público Seguridad social Privado	60% Secretaría de salud 18% Instituto Hondureño de Seguridad Social 2,9% Seguros privados
Islas Vírgenes Británicas	Perfil de Sistema de Salud de Islas Vírgenes Británicas, Ministerio de Salud, 2008	Público Privado	100% Seguro Nacional de Salud No hay datos disponibles
Jamaica	Política Nacional de Salud de Jamaica 2006–2015, Ministerio de Salud	Público Privado	95% 13,5%
México	Perfil de Sistema de Salud de México, Secretaría de Salud, 2009	Público Seguridad social Privado Sin cobertura	25,5% Seguro Popular de Salud 45,3% Instituto Mexicano de Seguridad Social; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa, Secretaría de Marina 3% Seguro privado 29,2%
Montserrat	Perfil de Sistema de Salud de Montserrat, Ministerio de Salud, 2008	Público	100% Servicios de salud de primer y segundo nivel
Nicaragua	Revista Salud Pública de México, vol. 53, suplemento 2, enero de 2011	Público Seguridad social Privado Otros	61,2% Red del Ministerio de Salud 16,5% 11% 6% Dependencias de gobierno y ejército
Panamá	Perfil de los sistemas de salud de Panamá, 3a edición, Ministerio de Salud, 2007	Público Seguridad social	14,4% Red del Ministerio de Salud 75,6 % Red del Seguro Social
Paraguay	Perfil de sistema de salud de Paraguay, 3a edición, Ministerio de Salud, 2008	Público Seguridad social Privado Sin cobertura	12,5% 17% Instituto de Previsión Social y laboral, individual, policial, militar, otros 1% Seguros privados 78,3% Sin cobertura de seguridad social ni privada

**CUADRO 5.1. Cobertura de salud según sector de oferta, países de las Américas, años seleccionados (Continuación)**

País	Fuente y año	Sector de oferta	Cobertura
Perú	Revista Salud Pública de México, vol. 53, suplemento 2, enero de 2011	Público Seguridad social  Otro tipo de seguro	58% Ministerio de Salud 20% EsSALUD 18% Seguro integral de salud 4%
Puerto Rico	Perfil de sistema de salud de Puerto Rico, Departamento de Salud, 2007	Público  Privado  Sin cobertura	40% ELA plan (Medicaid) 14% Medicare 37% Privado 12% Empleador público 4% Seguro para veteranos 8%
República Dominicana	Perfil del sistema de salud de República Dominicana, 3a edición, Ministerio de Salud, 2007 Revista Salud Pública de México, vol. 53, suplemento 2, enero de 2011	Público  Seguridad social  Privado	75% SESPAS  34% Seguro social  No hay datos disponibles
Saint Kitts y Nevis	Perfil de sistemas y servicios de salud de SKN, Ministerio de Salud, 2008	Público	100% Ministerio de Salud Pública
Santa Lucía	Perfil del sistema de salud de Santa Lucía, Ministerio de Salud, 2008	Público Privado	100% Plan Nacional de Seguridad No hay datos disponibles
San Vicente y las Granadinas	Perfil de Sistema de Salud de SVG, 2008 Plan Estratégico de Salud 2007–2012, Ministerio de Salud	Público Seguridad social	100% Ministerio de Salud No hay datos disponibles
Suriname	Plan del sector social de Suriname, Ministerio de Asuntos Sociales, 2008	Público Privado	30% Servicio Nacional de Salud 13% Seguros privados
Trinidad y Tabago	Perfil del sistema de salud de TT, Ministerio de Salud, 2008	Público	El Ministerio de Salud se encuentra actualmente en proceso de desarrollo de una entidad que garantizará un paquete de servicios sanitarios a toda la población nacional
Uruguay	Perfil del sistema de salud de Uruguay, Ministerio de Salud, 2009	Público Privado	25,4% Ministerio de Salud 74,6%
Venezuela	Revista Salud Pública de México, vol. 53, suplemento 2, enero de 2011	Público Seguridad social Privado	68% 17,5% Instituto Venezolano del Seguro Social 11,7% Seguros privados

<sup>a</sup> En Canadá Medicare es el sistema de cobertura universal de salud. Cubre a todos los residentes legales en el país.  
<sup>b</sup> Programa nacional de salud para personas de bajos ingresos y personas discapacitadas.  
<sup>c</sup> Medicare es un programa nacional de aseguramiento en salud.  
<sup>d</sup> Programa nacional de salud para personas de 65 y más años de edad y personas discapacitadas.

### Aplicación del enfoque de atención primaria en los sistemas de salud

Desde 2006, los países de las Américas han renovado su compromiso de transformar sus sistemas de salud basados en la estrategia de atención primaria de salud (APS). Este enfoque tiene en cuenta una infraestructura sanitaria a menudo inadecuada, los riesgos para la salud emergentes de alcance mundial, y las desigualdades entre países y dentro de ellos (18). El *Informe sobre la salud en el mundo 2008* señala que el

enfoque de APS aborda las principales deficiencias de los sistemas de atención convencionales, que no pueden satisfacer las necesidades de un gran número de personas (19). Como la población de América Latina y el Caribe asciende a más de 596 millones, los sistemas de salud requerirán mayores impuestos para prestar una asistencia de calidad. Además, como en América Latina y el Caribe la población de 60 años de edad o más asciende a 61,5 millones y el porcentaje de la población económicamente activa decrece, es razonable esperar que haya una mayor

demanda de servicios de salud y potencialmente menos recursos para financiar esos servicios (20).

En general, los cambios en la prestación de servicios de salud siguen centrándose en la búsqueda de un mejor ajuste entre las necesidades de la población y la demanda de atención de salud. Aunque no hay un modelo predominante de prestación de servicios de salud en la Región, se pueden observar como tendencias comunes que los países procuran mejorar la equidad de acceso, proporcionar cobertura universal e implantar modelos de atención más centrados en las personas. Las iniciativas se han dirigido a fortalecer el liderazgo sanitario y promover la salud.

A pesar de que en el período 2006–2010 los países de la Región aumentaron su compromiso con la aplicación del enfoque de atención primaria e hicieron avances concretos en ese sentido (cuadro 5.2) (21, 22, 23), la meta de salud para todos no se alcanzará fácilmente ni en el corto plazo. La realidad es que una proporción significativa de la población sigue careciendo de acceso a los servicios básicos de salud y debe depender de sistemas fragmentados y segmentados. Esos sistemas tendrán que reorganizarse para mejorar su calidad, eficiencia y equidad. Muchos países también carecen de planes de salud que proporcionen una amplia protección social, y los que sí la proveen procuran encontrar el equilibrio adecuado entre ampliarlos para mejorar la equidad y lograr sostenibilidad financiera.

Algunos países deben además recuperar terreno perdido. Entre los que habían logrado avances reales en APS entre los años setenta y noventa, algunos han descuidado a tal grado los sistemas de derivación y las necesidades de apoyo de los servicios de primer nivel que los pacientes ahora se enfrentan con largas listas de espera –meses e incluso años– antes de recibir ciertos tipos de atención. Otros países han caído en una medicalización excesiva, una fragmentación de la atención y una subvaloración de la función de los profesionales de la salud esenciales (enfermeras, técnicos médicos, agentes sanitarios de la comunidad, nutricionistas, parteras y asistentes sociales), así como de los individuos, familias y comunidades en la promoción y protección de la salud. También hay países que han comprometido la sostenibilidad

financiera adquiriendo y abusando de costosos equipos y tecnologías nuevas, cuando las opciones menos costosas quizá hubieran resultado igualmente buenas o mejores, e incurriendo en gastos excesivos en servicios curativos y hospitalarios no articulados con la atención de primer nivel o a sus expensas.

No hay indicios de que los recursos adicionales gastados en la medicalización excesiva y la atención especializada estén produciendo mejores resultados de salud en la población. Sin embargo, hay evidencias de que la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y los tratamientos y terapias costo-efectivas basados en datos probatorios sí ayudan a mejorar los resultados de salud (24, 25). Para avanzar, los países de la Región deben alejarse del existente modelo curativo de la atención de salud y acercarse a un modelo preventivo, y deben elaborar y ejecutar políticas sanitarias que puedan configurar y mantener sistemas y servicios de salud eficaces.

## LEGISLACIÓN DE SALUD<sup>2</sup>

Los países de la Región han avanzado en la estructuración de marcos jurídicos para el ejercicio del derecho a la salud con énfasis en la construcción de sistemas sanitarios orientados a la inclusión y la integralidad de las prestaciones, el trato humanitario y el fortalecimiento de los individuos frente al sistema; la autoridad sanitaria nacional se reconoce como rectora y los principios de la atención primaria de salud se consolidan desde lo normativo.

Entre 2008 y 2010, Bolivia, Ecuador y República Dominicana emitieron nuevas constituciones. La *Constitución de Ecuador* (2008) ordena la creación de sistemas de inclusión y equidad social que aseguren, por medio del régimen del buen vivir, la exigibilidad de los derechos y el cumplimiento de los objetivos del

<sup>2</sup> Los sitios Internet que se mencionan en esta sección son de acceso público y gratuito y se hacen disponibles con fines de referencia únicamente. Se advierte al lector que el único texto autorizado de las normas jurídicas es el publicado por el órgano oficial de difusión reconocido como tal por cada legislación nacional (boletines, gacetas o diarios oficiales).

**CUADRO 5.2. Metas, enfoques y ejemplos de reformas del sistema sanitario basadas en la atención primaria de salud, Región de las Américas, 2006–2011**

Meta	Enfoque	Ejemplo
<b>Obtener cobertura universal y equidad de acceso</b>	Promulgación de nuevas leyes y establecimiento de políticas públicas y programas especiales que se dirigen a los grupos vulnerables	<ul style="list-style-type: none"> <li>En disposiciones de las nuevas constituciones de Bolivia (2009), Venezuela (2006) y Ecuador (2008) se especifica que la salud es un derecho básico de todos los ciudadanos y se establece la responsabilidad del Estado de garantizar el acceso a la asistencia.</li> <li>La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, del Perú, establece el seguro público de salud financiado con fondos públicos para proporcionar cobertura a las personas de bajos ingresos.</li> <li>El Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay reúne los subsistemas privado sin fines de lucro y público bajo una única estructura, eliminando fragmentaciones y reduciendo las desigualdades de acceso a la asistencia; el Fondo Nacional de Salud (FONASA) incorpora en un único plan nacional de seguro de enfermedad varios planes de seguro preexistentes, ampliando la cobertura a la población.</li> <li>En la Declaración de Puerto España: Unidos para detener la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles, los países del Caribe se comprometieron a celebrar anualmente el Día del Bienestar en el Caribe, establecer políticas públicas favorables a la salud, formar comisiones nacionales sobre enfermedades no transmisibles y procurar movilizar a la sociedad civil y a instituciones académicas.</li> </ul>
<b>Aplicar políticas intersectoriales de salud pública</b>	Búsqueda de políticas transversales que incluyan sectores diferentes del de la salud para prevenir enfermedades, promover la salud y abordar los determinantes sociales de la salud, asegurando así mayores beneficios de salud para todos	<ul style="list-style-type: none"> <li>El Paraguay estableció una política de promoción de la salud que incluye una estrategia sobre vivienda saludable. Mediante un convenio intersectorial con el Consejo Nacional de la Vivienda (CONAVI), está incorporando la promoción de la salud en los planes nacionales de vivienda.</li> <li>Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela implementaron un programa sobre régimen alimentario saludable basado en una iniciativa originalmente diseñada por el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos; abarca múltiples sectores de la economía.</li> <li>“AGITA São Paulo” promueve el ejercicio físico, sensibiliza sobre la importancia de este y ofrece acceso fácil a la actividad física. Colombia ha puesto en marcha un programa similar, “Por su salud, muévase pues”, en Antioquia.</li> </ul>
<b>Establecer servicios centrados en las personas</b>	Implantación de iniciativas diseñadas para mejorar la calidad y la aceptabilidad de la atención, proporcionando servicios de salud que sean integrados, accesibles, aceptables y completos	<ul style="list-style-type: none"> <li>El nuevo modelo del Uruguay basado en la atención primaria de salud (Sistema Nacional Integrado de Salud) está diseñado para lograr cobertura universal; prevé un conjunto garantizado de derechos y establece mecanismos para implantar y financiar el nuevo sistema.</li> <li>En el Brasil, los servicios de atención primaria prestados a petición, según la modalidad tradicional, se están reemplazando gradualmente por un programa de salud de la familia, en cuyo marco equipos de salud multidisciplinarios proporcionan a cerca de un 50% de la población del país una atención de salud centrada en las personas.</li> <li>En el marco de actividades de descentralización en el Perú, las funciones de 125 sistemas de salud se han transferido del nivel central al departamental. Además, la estrategia de salud de la familia está ampliando sus servicios y fortaleciendo la atención primaria con un modelo de atención integral de la familia.</li> <li>Merced a un liderazgo fuerte y un proceso participativo con diálogo social y político, Chile implementó una reforma del sistema sanitario diseñada para coordinar un sistema mixto con una reglamentación estatal moderna y eficaz. El aspecto más significativo de la reforma fue la creación del Plan AUGE (Régimen de Garantías Explícitas en Salud para todos los ciudadanos).</li> </ul>
<b>Reforzar la función de liderazgo del sector de la salud</b>	Promoción de una capacidad efectiva de liderazgo y <i>rectoría</i> del sector de la salud mediante iniciativas diseñadas para propiciar la promoción de la causa y el diálogo a nivel intersectorial, concientizar al público sobre asuntos de salud y aumentar la participación de este.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treinta comunidades de 17 países de América Latina y el Caribe participan en la iniciativa regional “Rostros, Voces y Lugares”. Esta muestra los esfuerzos del país y de la comunidad para impulsar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), especialmente los relacionados con la salud, en las comunidades más pobres y vulnerables. Las intervenciones específicas están basadas en un análisis de las realidades locales y son realizadas por las propias comunidades, con asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud y otros organismos de las Naciones Unidas.</li> <li>Bahamas ha desarrollado un sistema de información de salud pública que estandarizará y computadorizará todos los expedientes médicos a nivel de la atención primaria. El sistema proporcionará una base de datos consolidada de pacientes para facilitar los análisis de la morbilidad, la mortalidad y otros indicadores como una manera de aportar datos probatorios para mejorar la toma de decisiones a nivel nacional, de la comunidad y de los establecimientos de salud.</li> </ul>

Fuente: Referencias (21, 22, 23).

régimen de desarrollo. Reconoce que los servicios estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención, enfatizando su gratuidad en los servicios de salud materna y para personas adultas mayores, discapacitados, niños y adolescentes, y personas con enfermedades catastróficas y de alta complejidad. La [Constitución de Bolivia](#) (2009) por su parte proclama la relación entre salud y desarrollo integral, reconoce la interculturalidad, la descentralización y las autonomías en diversos ámbitos –incluyendo el de salud– y ordena la creación de un sistema único de salud que incorpora la medicina tradicional de las naciones y los pueblos indígenas originarios y campesinos, la garantía del acceso gratuito de la población a los servicios de salud y la creación de un régimen de seguridad social. En el caso de República Dominicana, su [Constitución](#) (2010) establece que el Estado debe velar por la protección de la salud de todas las personas, relacionando este derecho con otros como el acceso al agua potable y el mejoramiento de la alimentación, asegurando el acceso a medicamentos de calidad y la asistencia médica y hospitalaria gratuita para quienes la requieran.

En cumplimiento del mandato constitucional, Bolivia emitió la [Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Bólvarez"](#) (2010) para regular el régimen de autonomías y las bases de la organización territorial del Estado. Corresponde al nivel central la rectoría del sistema único de salud en todo el territorio nacional y la implementación del seguro universal de salud. Existen competencias concurrentes en salud entre los gobiernos departamentales y municipales autónomos en cuanto a la implementación, gestión y cofinanciamiento del sistema, y con los gobiernos indígena-originario-campesino autónomos en términos de la participación.

El fortalecimiento de la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional denota también avances. La [Ley Orgánica de Salud de Ecuador](#) (2006) reconoce al Ministerio de Salud Pública como autoridad sanitaria nacional, al que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud y la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de la Ley y las normas que se dicten para su plena vigencia. La Ley de Ministerios No. 26.338 de Argentina (2007), por su parte,

robustece la fiscalización del funcionamiento de los servicios e instituciones de salud, la planificación del sector y la coordinación con las autoridades sanitarias de las distintas jurisdicciones con el fin de implementar un sistema federal de salud. La [Resolución No. 1.070](#) (2009) (también en Argentina) creó el Registro Federal de Establecimientos de Salud en el ámbito del Ministerio y en el marco del ejercicio de las funciones esenciales de salud pública, para facilitar una mayor cohesión en el sector sanitario, una mejor cobertura de sus servicios, un uso más racional de los recursos y una mejor calidad de la atención. Costa Rica publicó (Decreto No. 34.610-S [2008]) el [Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud](#), el cual establece su competencia rectora para la articulación, fortalecimiento y modernización de las políticas, legislación, planes, programas y proyectos, así como la movilización y sinergia de las fuerzas sociales, institucionales y comunitarias que impactan a los determinantes de la salud de la población, con equidad y basados en evidencia.

También se establecieron varias legislaciones dirigidas a ampliar la cobertura de protección social en salud. Colombia promulgó la [Ley No. 1.122](#) (2007), que revisa el sistema general de seguridad social en salud en aspectos de dirección, universalización, financiamiento, equilibrio entre actores, racionalización y mejoramiento de la prestación de servicios de salud; creó asimismo la Comisión de Regulación en Salud (CRES) para definir y modificar los planes obligatorios de salud (POS) garantizados por las entidades promotoras de salud (EPS) a los afiliados. En enero de 2011, en el mismo país, se publicó oficialmente la [Ley No. 1.438](#) para la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dirigida a unificar el plan de beneficios, la universalidad del aseguramiento, la portabilidad de las prestaciones y la sostenibilidad financiera. Uruguay promulgó la Ley No. 18.211 (2007), que establece el Sistema Nacional Integrado de Salud organizado por niveles según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Esta norma, que reglamenta el derecho a la protección de la salud, permitió la creación del Seguro Nacional de Salud y la Junta Nacional de Salud para administrar tal derecho, velando por la observancia de sus

principios rectores. El Sistema Integrado de Salud se sustenta en –y privilegia– la atención primaria de salud. El Seguro Nacional de Salud se financia a través del Fondo Nacional de Salud creado por la [Ley No. 18.131](#) (2007).

En El Salvador, el [Decreto Legislativo No. 442](#) (2007) creó el Sistema Nacional de Salud como conjunto de instituciones interrelacionadas e integradas que operan de manera armónica y sistematizada, para garantizar el derecho a la salud de la población bajo la rectoría del Ministerio de Salud. En Anguila se promulgó la Ley del Fondo Nacional de Salud ([The National Health Fund Act](#)) (2008) para la compra de servicios de salud, mediante la cual se asegura el acceso a los servicios que la ley determina con base en principios de solidaridad, sustentabilidad, equidad, eficiencia, efectividad y rendición de cuentas a fin de asegurar que sean eficaces y costo-efectivos.

En Perú la [Ley No. 29.344](#) (2009) enmarca el aseguramiento sanitario universal a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud y define las funciones de [regulación](#), financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento (PEA). Corresponde al Ministerio de Salud, en su carácter de ente rector, establecer de manera descentralizada y participativa las normas y políticas sobre promoción, implementación y fortalecimiento del aseguramiento nacional en salud.

En Estados Unidos las Leyes de Protección y Atención Asequible ([Patient Protection and Affordable Care Act](#)) y de Conciliación de la Atención de Salud y la Educación ([Health Care and Education Reconciliation Act](#)) (ambas de 2010) establecen principios para incrementar las coberturas a partir de la reforma al sistema de seguro de salud, con un cronograma de ejecución hasta 2020. También en 2010 se emitió la Ley que Extiende el Medicare y Medicaid ([Medicare and Medicaid Extenders Act](#)) para prorrogar beneficios específicos de ambos sistemas.

Adicionalmente, el nuevo marco de acceso también ha fortalecido los derechos de las personas frente a las instituciones de salud. En Brasil, la [Portaria No. 675](#) (2006) aprobó la Carta de los derechos de los usuarios de salud en el ámbito del ejercicio de la

ciudadanía y por [Decreto de marzo de 2006](#) se creó, dentro del Ministerio de Salud, la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud que tiene, entre otras, la función de contribuir a la formulación e implementación de políticas, planes y programas de salud basados en intervenciones sobre los determinantes sociales que condicionan el nivel de salud de la población. En Argentina, por ejemplo, se promulgó la [Ley No. 26.529](#) (2009) sobre derechos de los pacientes en su relación con los profesionales e instituciones de salud (p. ej. de asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, información sanitaria e interconsulta médica). En Chile, el [Decreto Supremo No. 44](#) (2007) y el [Decreto Supremo No. 1](#) (2010) complementan el marco de los problemas de salud y garantías explícitas consagradas en la [Ley No. 19.966](#) (2005), en cuanto a la cobertura financiera y oportunidad de las prestaciones para enfermedades que causan mayor cantidad de muertes y años de vida perdidos en el país. En México, la [Norma Oficial Mexicana NOM-071-SCFI-2008 –Prácticas comerciales–Atención médica por cobro directo–](#) determina la información que deben proporcionar los proveedores de atención médica en sus establecimientos de modo que los usuarios cuenten con información clara y suficiente para tomar decisiones adecuadas a sus necesidades y los elementos mínimos que deben contener los contratos de adhesión en caso de que se utilicen.

En Uruguay la [Ley No. 18.335](#)(2008) establece los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. En Perú la [Ley No. 29.414](#) (2009) estipula los derechos de los usuarios de los servicios de salud (p. ej. acceso, información, atención y recuperación de la salud, y consentimiento informado). En Panamá en 2010 ([Decreto No. 41](#)) se creó el Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo, destinado a recuperar el sentido vocacional del servicio y solidaridad de las profesiones sanitarias, y lograr que los profesionales de salud y el personal administrativo brinden una atención humanizada y acompañamiento espiritual que coadyuven a disminuir el sufrimiento de los enfermos y sus familiares. También en este país, por [Resolución No. 60](#) (2010), se fortaleció el subsistema de atención al cliente creado

en 2004, con el fin de elevar el nivel de satisfacción de los usuarios en sus necesidades y expectativas.

El marco de derechos se complementa con normas que fortalecen la participación social en salud. En Perú la *Ley No. 29.124* (2007) establece la cogestión y la participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos sanitarios del Ministerio de Salud, con el fin de ampliar la cobertura, mejorar la calidad y el acceso equitativo a la atención y generar mejores condiciones con participación de la comunidad organizada en el marco del ejercicio del derecho a la salud y en concordancia con las normas de descentralización. En Ecuador, la *Ley Orgánica del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social* (2009) establece, entre las funciones de esta instancia creada por la Constitución de 2009, que el Consejo debe impulsar y establecer mecanismos de control social y rendición de cuentas para los asuntos de interés y entidades del sector público y las personas jurídicas del sector privado que presten servicios públicos, desarrollen actividades de interés público o manejen recursos públicos. En 2010 El Salvador, por Decreto Presidencial No. 54, estableció los Gabinetes de Gestión Departamental para coordinar y articular a nivel local los planes de gobierno y lograr la efectiva atención a las necesidades de la población.

Se han hecho progresos en la legislación de las Américas para encarar la salud en el contexto de sus determinantes, con la consiguiente ampliación de responsabilidades entre sectores. Sin embargo, tales avances traen aparejada la necesidad de elaborar nuevos marcos para preservar la equidad y salvaguardar la solidaridad en escenarios expandidos de judicialización. Frente a la amplitud de las garantías, el desafío para la legislación consistirá en reflejar con precisión el debate social en relación con el ejercicio de derechos.

## FINANCIAMIENTO Y PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

### PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Durante el período transcurrido entre los años 2006 y 2010, en las Américas se produjeron avances

importantes en el campo de la protección social en salud. Dichos avances tuvieron escalas relacionadas con los niveles global, regional y nacional.

A nivel global la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzaron, con participación de numerosas agencias del Sistema de Naciones Unidas, la iniciativa *Piso de Protección Social*, la cual consta de dos componentes: i) un conjunto básico de derechos y transferencias sociales esenciales, monetarias y en especie, destinados a aportar una seguridad mínima del ingreso y de los medios de subsistencia a todos, y a facilitar una demanda efectiva y el acceso a los bienes y servicios esenciales; y ii) el suministro de un nivel esencial de bienes y servicios sociales tales como salud, agua y saneamiento, educación, alimentación, vivienda e información sobre la vida y el ahorro de activos que sean accesibles a todos (26).

En el ámbito regional, en 2009 la Organización de los Estados Americanos (OEA) puso en marcha —tras la decisión en ese sentido adoptada en la V Cumbre de Presidentes y Jefes de Estado de las Américas— la *Red Interamericana de Protección Social* (RIPSo) como una comunidad de práctica dirigida a facilitar el intercambio de información sobre políticas, experiencias, programas y prácticas óptimas sobre protección social. La RIPSo cuenta con la participación de ministerios y organismos nacionales de desarrollo social de las Américas, y con la colaboración de organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales, el sector privado y la academia (27).

A nivel nacional, los progresos en el campo de la protección social en salud se han reflejado —además de las legislaciones mencionadas arriba— en la profundización, la consolidación o el inicio de acuerdos, planes, programas o estrategias tendientes a ampliar la cobertura de protección social en salud. En varios países de la Región se nota un significativo cambio de enfoque con relación al financiamiento de los sistemas de salud, a la organización de los recursos al interior del sistema y al rol de los diversos actores en dichos procesos, incorporando el concepto de derecho a la salud en reemplazo del enfoque basado en riesgos individuales dominante en la década de los noventa. Uno de los rasgos más

notables de estos avances es que esta transformación ocurrió tanto en países de ingreso alto y medio (p. ej. Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, México, Perú y Uruguay), con un alto grado de desarrollo de las instituciones de salud, como en países de ingreso medio bajo (El Salvador) y muy bajo (Haití), con un desarrollo incipiente de la institucionalidad sanitaria.

En 2008 Haití estableció los **servicios obstétricos gratuitos** —financiados con fondos del apoyo humanitario— como respuesta frente al incremento de la mortalidad materna que se había registrado en los 10 años anteriores. Al año siguiente, en más de la mitad de las instituciones participantes se registró un incremento promedio de 62% en sus tasas de partos institucionales. De las mujeres que dieron a luz en instituciones que participan en SOG, 30% mencionaron haber tenido su parto anterior en casa y 83% dijeron estar satisfechas con la asistencia recibida (28). En 2010, esta iniciativa recibió nueva financiación y amplió su campo de acción para incluir atención obstétrica de emergencia, servicios neonatales, prevención de la transmisión vertical del VIH, y prevención y atención de la violencia de género. Con la expansión, el número de establecimientos participantes en SOG aumentó de 42 a 63, mientras que los partos institucionales lo hicieron de 2.953 a 6.828 por mes. Hoy la tasa de mortalidad materna registrada en instituciones SOG es aproximadamente cinco veces menor que la notificada por las que no participan en el programa (120 y 630 por 100.000 nacidos vivos, respectivamente) (29).

Asimismo en Haití se lanzó en 2010 el **Programa de Servicios Infantiles Gratuitos (SIG)**, para atender las necesidades de niños menores de 5 años. También financiado con fondos del apoyo humanitario, el programa se ha implementado en los 27 hospitales más grandes del país —19 públicos y 8 privados— y ofrece atención sanitaria de calidad a más de 15.000 niños más en relación a los números de línea de base (29).

En 2008 Uruguay inició un profundo proceso de reforma para garantizar la cobertura sanitaria universal a través de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). La reforma consideró un cronograma de incorporación paulatina

de beneficiarios del nuevo sistema hasta el año 2016 para garantizar la cobertura universal y la sostenibilidad del nuevo modelo. Los trabajadores públicos, los hijos menores de 18 años y discapacitados y los nuevos jubilados fueron los primeros en ser incorporados, mientras que los cónyuges de trabajadores, los trabajadores no dependientes y los jubilados y pensionistas están siendo ingresados gradualmente. En marzo de 2008, la cobertura del SNIS era cercana a 120.000 trabajadores y 335.000 niños menores de 18 años, un incremento de 500.000 nuevos afiliados desde agosto de 2007 (30). En 2011, el SNIS está extendiendo la cobertura en salud para más de 50% del total de la población uruguaya —aproximadamente un millón de trabajadores, 537.000 menores y 127.000 jubilados (31).

En 2010, el sistema de **Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)** de Chile incrementó el conjunto garantizado de prestaciones para 69 problemas de salud. El AUGE se introdujo en 2005 para un conjunto de 25 problemas de salud, seleccionados de acuerdo a su frecuencia, gravedad, costo y daño a la calidad de vida. En 2006 se agregaron 15 nuevos problemas de salud, en 2007 otros 16 y 13 más en 2010. El AUGE también garantiza explícitamente el acceso, la oportunidad, la calidad y la protección financiera frente a problemas prioritarios (32).

En 2007 Argentina extendió el **Plan Nacer** —iniciado en 2005 en solo dos provincias— a todo el país. El Plan ofrece cobertura de salud para 1.719.457 mujeres embarazadas y púerperas, y a niños menores de 6 años (33). Brasil, por su parte, extendió en 2011 el **Programa Salud de la Familia (PSF)** hacia las áreas más remotas del país. El PSF, implantado en 94,9% de los municipios del país (5.282), cubre actualmente a más de 101 millones de personas a través de 32.029 equipos de profesionales de salud, cada uno responsable de atender a una población de 3.500 a 4.000 personas (34).

En México el **Seguro Popular de Salud** ha logrado una expansión importante con la cobertura de servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios en 275 intervenciones para más de 40% de la población. La afiliación al Seguro Popular pasó de unos 3 millones en 2009 a más de 12

millones en 2010 y a 46 millones en 2011. A partir de 2008, el Seguro Popular pasó a ofrecer atención médica a todos los tipos de cáncer en menores de 18 años, como respuesta a la alta mortalidad del cáncer infantil en el país y a que esta enfermedad era la segunda causa de muerte en el grupo etario de 1 a 19 años. En 2011 el programa amplió su cobertura al tratamiento de enfermedades de alta especialidad (35). La ley estadounidense denominada *Affordable Care Act* (2010) tiene entre sus principales objetivos extender la cobertura de salud a la población y eliminar barreras al acceso. Con este propósito, incluye una serie de medidas como la introducción de un seguro para no asegurados con enfermedades pre-existentes, la eliminación de los copagos para algunos servicios de prevención, la eliminación de topes de cobertura anuales establecidos por las compañías de seguros, la prohibición de negar cobertura a menores de 19 años con condiciones pre-existentes, la inclusión de los hijos de hasta 26 años en la póliza de seguro de salud de los padres, la eliminación de copagos, coaseguros y deducibles para los servicios de prevención y exámenes anuales, y los descuentos en el precio de medicamentos para los asegurados bajo el programa Medicare. Sin embargo, esta ley está sufriendo diversos retos relacionados con su legalidad a nivel estadual.

El Sistema Integral de Salud (SIS) de Perú —que brinda aseguramiento público subsidiado— tiene como meta avanzar hacia la cobertura universal, priorizando a las poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. En el quinquenio 2005–2010 se registraron aumentos importantes en el acceso al SIS tanto de la población pobre (43 puntos porcentuales) como de la no pobre (20 puntos porcentuales), consiguiéndose así un avance significativo de la población cubierta. En 2004, el porcentaje de población asegurada en Perú era de apenas 37%. En 2010, los porcentajes de población pobre, pobre extrema y no pobre que contaba con seguro de salud eran de 72%, 80% y 61%, respectivamente (36).

La situación descrita muestra que la protección social en salud ha experimentado avances relevantes en varios países latinoamericanos, en su mayoría por la implementación de estrategias para incrementar la

cobertura de los servicios y reducir riesgos financieros a las poblaciones más vulnerables. Sin embargo, en la mayoría de los países persiste el desafío y la urgencia de solventar el financiamiento de la protección social en salud, la segmentación de los sistemas sanitarios, la fragmentación de los servicios y la baja cobertura efectiva —todos con probada influencia sobre la inequidad en el acceso y la baja eficiencia en la atención y gestión de los servicios de salud (37).

## GASTOS CATASTRÓFICOS EN SALUD

El impacto de los gastos catastróficos sobre los hogares está vinculado de forma directa con los niveles de protección financiera que ofrecen los sistemas de salud, independientemente de su organización. Si bien los hogares de las Américas enfrentan gastos catastróficos asociados con la salud en varios países con niveles de ingreso diferentes, parece existir una alta correlación entre estas partidas y el gasto total en salud como porcentaje del PIB, la participación de los *gastos de bolsillo* en ese gasto total, el porcentaje de población bajo la línea de pobreza y la oferta de un limitado paquete básico de servicios<sup>3</sup> (38, 39).

El *Informe mundial de la salud* de 2010 destaca además el rol de los pagos directos, representados por copagos, coaseguros o deducibles, en la probabilidad de caer en situación de catástrofe financiera, principalmente en los hogares de menores recursos. Ante esta situación, la cobertura universal y la mancomunación (*pooling*) de fondos representan la mejor opción de protección financiera a la población (40). Sin embargo, el encarecimiento de los tratamientos médicos, los avances tecnológicos y el desarrollo de medicinas de alto costo, así como el envejecimiento de la población y la falta de definición de paquetes de cobertura, representan un reto a la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, incluso en aquellos que cuentan con fondos mancomunados.

<sup>3</sup> Los gastos de bolsillo son la forma más regresiva de financiamiento y exponen en mayor medida a los hogares al riesgo catastrófico (9).

En los últimos años, varios países han progresado con relación a la extensión de la cobertura en salud y al establecimiento de sistemas de aseguramiento (prepagos) que protejan a las familias del riesgo financiero y de caer en la pobreza debido a gastos catastróficos de bolsillo, y que también garanticen a la población un conjunto de prestaciones de salud (41). Entre estos esfuerzos destacan los recientes avances en la expansión del aseguramiento y los niveles de cobertura en salud a través de las reformas –arriba mencionadas– realizadas en Uruguay, Estados Unidos y Perú. En Uruguay, por ejemplo, para alcanzar esos logros se incrementó la participación del financiamiento público en la cobertura de la salud de 51,0% en 2005 a 63,6% en 2008. Se estima que el gasto de bolsillo (sin considerar prepagos) de los hogares disminuyó en 5 puntos porcentuales con relación a 2007 (42).

Entre los principales mecanismos de protección social y financiera adoptados en la Región figuran los modelos de transferencias condicionadas y los fondos específicos para cubrir determinadas enfermedades –como Jefes y Jefas y Asignación Universal por Hijo (Argentina), Bolsa Familia (Brasil), Juancito Pinto (Bolivia) y Oportunidades (México)– basados en los principios de corresponsabilidad social en salud y dirigidos esencialmente a garantizar el acceso a esquemas de prevención. Los fondos específicos para cubrir las enfermedades de alto costo y baja prevalencia –potenciales generadoras de gastos catastróficos en los hogares– por lo general garantizan un conjunto definido de prestaciones básicas u obligatorias de cobertura universal a toda la población y la disminución en el tiempo del número de hogares afectados por tales gastos. Como ejemplos de estas medidas se pueden citar la incorporación de nuevos tratamientos de enfermedades de alto costo (en 2005) y de medicamentos de alto costo (entre 2006 y 2008) al Fondo Nacional de Recursos de Uruguay, y la creación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos de México (2004).

Pese a los avances en términos de políticas de protección social en salud frente al riesgo financiero que ha conseguido la Región, recién ahora se están empezando a generar estudios que demuestren el impacto de los gastos catastróficos en los hogares.

Entre las razones de esta falta de evidencias se incluyen problemas conceptuales –y de definición– sobre lo que se debe considerar como gasto catastrófico, así como dificultades provocadas por la falta de información o por la irregularidad en la producción de datos.

Los estudios existentes se basan en resultados de encuestas nacionales de hogares, de niveles de vida o de presupuestos familiares –según disponibilidad y diseño– y los que son autorreportados por los entrevistados. El problema con estas encuestas radica en que, por un lado, su diseño suele complicar el cruce de información entre ingresos y gastos específicos en salud, y por el otro presentan normalmente resultados por trimestres, dificultando así la disponibilidad de bases de datos longitudinales o series de tiempo. Vale señalar también que las encuestas de hogares y condiciones de vida no están exentas de errores de medición que pueden afectar la calidad de los datos y, por ende, los resultados que se obtienen (43).

Asimismo, hay pocos trabajos recientes que muestren el vínculo directo entre gastos catastróficos en salud y pobreza. Uno de ellos, que estudia líneas de pobreza ajustadas por salud (LPAS) en Chile, basó sus resultados en la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) 2006–2007. El estudio muestra, en el caso de la pobreza urbana, un incremento de 14% estimado oficialmente a 16,4% en el método directo y 16,5% en el indirecto,<sup>4</sup> mientras que para la indigencia el cambio estimado fue de 3,2% según las cifras oficiales a 3,6% en el método directo y 4,3% en el indirecto. Los resultados del impacto de los gastos sanitarios catastróficos en la incidencia de la pobreza y la indigencia muestran que 30,6% de pobres extremos agudizaron su situación de pobreza por

---

<sup>4</sup> La metodología indirecta para la inclusión de los gastos en salud en la línea de pobreza, propuesta por la Academia de Ciencias de los Estados Unidos, plantea descontar los gastos de salud tanto de la línea de pobreza (ingresos) como de los gastos, argumentando que los gastos en salud no forman parte de las necesidades básicas, por ser inciertos en recurrencia y en monto. En reacción, diferentes investigadores plantearon la inclusión directa de los gastos necesarios en salud como parte de la línea de pobreza.

gastos en salud, en tanto que 30,7% de pobres extremos cayeron a esta situación debido a gastos relacionados con la salud (44).

Hay una amplia variabilidad en relación con las estimaciones del impacto de los gastos catastróficos en salud sobre los hogares, las cuales en México por ejemplo se ubican entre 2% y 14% del total de hogares (45). Asimismo, parece haber una correlación entre los niveles de cobertura sanitaria y el porcentaje de participación del gasto de bolsillo en el financiamiento de los servicios de salud, por un lado, y el porcentaje de hogares afectados por **eventos catastróficos**, por el otro. Una característica común que se presenta en estos estudios se refiere a la mayor incidencia de gastos catastróficos en salud en los quintiles de menores ingresos y su riesgo de perpetuar el grado de vulnerabilidad económica de estos segmentos de la población.

Un estudio reciente que compara la prevalencia de gastos catastróficos entre subgrupos poblacionales en 12 países de ALC, con base en resultados de encuestas de hogares realizadas entre 2003 y 2008, encuentra un alto margen de variación del porcentaje de hogares con gastos catastróficos (entre 1% y 25%) vinculado a los niveles de cobertura y protección social ofrecidos por los sistemas de salud. A nivel de subgrupos, los factores que explican una mayor propensión a sufrir gastos catastróficos son la residencia rural, el bajo nivel de ingresos, la presencia de adultos mayores y la carencia de aseguramiento en salud de los hogares (46).

Los resultados presentados en los estudios disponibles ponen en evidencia el impacto de los gastos sanitarios catastróficos sobre los niveles de ingreso de los hogares y sobre todo la tarea todavía pendiente de continuar expandiendo los sistemas de protección del riesgo financiero en salud. No obstante, la diversidad de métodos y supuestos revelados por dichos estudios exponen además la necesidad de profundizar el trabajo de investigación en la Región en busca de una metodología estandarizada y comparable para estimar el impacto de los gastos catastróficos en salud sobre los ingresos de los hogares y, consecuentemente, su impacto en los niveles de pobreza e indigencia. Queda asimismo pendiente en la agenda de

investigación de la Región, la evaluación del impacto que ha tenido la introducción de programas de protección financiera a la población pobre o no asegurada y los retos que representará en el futuro la profundización de la transición epidemiológica y demográfica de la población en ese contexto (47). Ya incursionaron en este campo con un trabajo en México para el cual se utilizó el método propuesto por Wagstaff y Van Doorslaer.<sup>5</sup> Si bien en este caso se observó una mejora importante en los indicadores de pobreza y protección financiera entre 1992 y 2004, los autores señalan que es imposible determinar el papel causal de la introducción del Seguro Popular de Salud, Oportunidades y otros programas sociales, políticas macroeconómicas y políticas de reducción de la pobreza. Por otro lado, la fuerte disminución en los gastos sanitarios catastróficos que se registró en México entre 2006 y 2010 podría estar vinculada al incremento de la cobertura en el Seguro Popular (recuadro 5.1).

## GASTO Y FINANCIAMIENTO EN SALUD

En 2010, el gasto mundial total en bienes y servicios relacionados con la atención de salud se calculó en unos US\$ 6 billones (cerca de 8,5% del PIB mundial) y el gasto per cápita en US\$ 850.<sup>6</sup> Conforme a lo previsto, la proporción de gastos sanitarios como porcentaje del PIB y el nivel de gastos per cápita en bienes y servicios relacionados con la atención de salud variaron ampliamente entre regiones y países (cuadro 5.3) (49, 50, 51, 52). Los gastos sanitarios totales como proporción del PIB variaron de un promedio de 13,2% en la Región de las Américas a un promedio de menos de 3,8% en los países de Asia Sudoriental. El gasto per cápita promedio en salud varió de US\$ 2.995 en las Américas a US\$ 47 en

<sup>5</sup> Este método plantea la medición del impacto de gastos catastróficos sobre los hogares utilizando dos definiciones de ingresos: el ingreso prepago, medido por el consumo del hogar y el ingreso pospago, equivalente al ingreso prepago menos el gasto incurrido en alimentación (48).

<sup>6</sup> A menos que se indique otra cosa, todas las cifras se expresan en dólares de Estados Unidos de 2010.

**RECUADRO 5.1. Evolución de los gastos catastróficos en salud en México**

En 2010, el porcentaje de hogares mexicanos que incurrieron en gastos catastróficos en salud fue de 2,23 – una reducción cercana a 32.000 de todos los hogares que generaron este tipo de gastos en el período 2008–2010. Asimismo, los hogares que cayeron en la pobreza por gastos en salud decrecieron de 1,57% en 2002 a 0,98% en 2010, con un total de 98.000 hogares solamente en este último año. La disminución en los gastos catastróficos a partir de 2006 podría estar vinculada, entre otras razones, a la importante ampliación de la cobertura sanitaria lograda a través del Seguro Popular, el cual brinda protección financiera pública a los hogares que por su condición laboral no están afiliados al sistema de seguridad social.

Fuente: Secretaría de Salud de México, Unidad de Análisis Económico.

Asia Sudoriental (cuadro 5.3). Para los países de América Latina y el Caribe, en 2010 el gasto total en salud representó 7,3% del PIB, y el gasto per cápita

promedio se calculó en US\$ 623. Entre estos países, la proporción de los gastos sanitarios totales como porcentaje del PIB osciló entre 15,2% en las Antillas

**CUADRO 5.3. Gasto total en salud, Región de las Américas y otras regiones de la OMS, 2010**

	Población total (en millones)	PIB per cápita (en US\$ corrientes de 2010)	Gasto total en salud como % del PIB	Gasto per cápita en salud (en US\$ corrientes de 2010)	Razón de la combinación público/privada
Región de las Américas <sup>a</sup>	929,9	22.692,2	13,2	2.995,4	2,0
América Latina y el Caribe	582,7	8.541,7	7,3	623,5	1,2
Canadá	34,0	39.403,5	9,7	3.822,1	5,5
Estados Unidos	313,2	47.198,5	14,6	6.891,0	2,2
Otras regiones de la OMS					
Región de África <sup>b</sup>	824,4	1.383,3	6,0	83,0	1,0
Región de Asia Sudoriental <sup>c</sup>	1.783,5	1.236,8	3,8	47,0	0,7
Región de Europa <sup>d</sup>	891,5	26.858,8	8,5	2.283,0	3,1
Región del Mediterráneo Oriental <sup>e</sup>	592,2	3.642,9	4,2	153,0	1,1
Región del Pacífico Occidental <sup>f</sup>	1.799,8	7.706,9	5,8	447,0	2,2
En todo el mundo	6.816,5	10.047,1	8,5	854,0	1,6

Fuente: Referencias (49, 50, 51, 52).

<sup>a</sup> Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana).

<sup>b</sup> Argelia, Angola, Benín, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Cabo Verde, República Centroafricana, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática del Congo, Guinea Ecuatorial, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mauricio, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sudáfrica, Swazilandia, Togo, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia, Zimbabue.

<sup>c</sup> Bangladesh, Bhután, República Popular Democrática de Corea, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Tailandia, Timor-Leste.

<sup>d</sup> Albania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaiyán, Belarús, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Croacia, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Georgia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Kazajistán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Montenegro, Países Bajos, Noruega, Polonia, Portugal, República de Moldova, Rumania, Federación de Rusia, San Marino, Serbia, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Tayikistán, Ex República Yugoslava de Macedonia, Turquía, Turkmenistán, Ucrania, Reino Unido, Uzbekistán.

<sup>e</sup> Afganistán, Bahrein, Djibouti, Egipto, Irán (República Islámica del), Iraq, Jordania, Kuwait, Líbano, Libia, Marruecos, Omán, Pakistán, Qatar, Arabia Saudita, Somalia, Sudán meridional, Sudán, República Árabe Siria, Túnez, Emiratos Árabes Unidos, Yemen.

<sup>f</sup> Australia, Brunei Darussalam, Camboya, China, Islas Cook, Fiji, Japón, Kiribati, República Democrática Popular Lao, Malasia, Islas Marshall, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Nauru, Nueva Zelanda, Niue, Palau, Papua Nueva Guinea, Filipinas, República de Corea, Samoa, Singapur, Islas Salomón, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam.

**CUADRO 5.4. PIB per cápita e indicadores del gasto sanitario nacional en países seleccionados de las Américas, 2010**

País o territorio	PIB per cápita (en US\$ de 2010)	Gasto sanitario nacional per cápita (en US\$ de 2010)	Gasto sanitario nacional como % del PIB	Gasto público como % del PIB	Gasto privado directo como % del gasto sanitario nacional
Anguila	18.624	1.242	6,7	4,2	37,0
Antigua y Barbuda	12.849	611	4,8	3,6	24,4
Antillas Neerlandesas	11.800	1.790	15,2	14,0	7,7
Argentina	9.138	777	8,5	5,3	38,0
Aruba	24.000	2.711	11,3	10,0	11,5
Barbados	14.326	1.227	8,6	5,7	33,5
Bahamas	21.879	1.470	6,7	3,4	49,4
Belice	4.159	96	2,3	1,0	56,5
Bolivia	1.858	90	4,9	3,2	34,1
Brasil	10.816	793	7,3	3,6	50,9
Chile	11.828	986	8,3	5,1	38,8
Colombia	6.73	374	6,0	3,5	41,2
Costa Rica	7.843	617	7,9	4,6	41,6
Cuba	5.596	604	10,8	10,5	2,8
Dominica	5.167	405	7,8	5,3	32,3
Ecuador	3.984	341	8,6	4,7	45,0
El Salvador	3.701	306	8,3	3,3	60,1
Granada	6.543	654	2,0	5,3	234,8
Guatemala	2.888	164	5,7	2,1	63,1
Guyana	2.868	208	7,3	5,3	27,1
Honduras	2.016	177	8,8	4,6	47,7
Jamaica	5.039	272	5,4	2,7	50,1
México	9.566	776	8,1	4,9	39,6
Montserrat	3.400	306	9,0	9,0	0,0
Nicaragua	1.127	109	9,7	5,5	43,2
Panamá	7.593	393	5,2	3,9	24,6
Paraguay	2.886	252	8,7	4,2	51,8
Perú	5.172	267	5,2	2,9	43,8
República Dominicana	5.228	305	5,8	1,4	76,0
San Kitts y Nevis	9.636	438	4,5	2,2	51,6
Santa Lucía	5.668	293	5,2	2,4	53,6
San Vicente y las Granadinas	5.229	226	4,3	3,5	18,9
Trinidad y Tabago	21.200	828	3,9	2,0	48,8
Uruguay	11.998	1.168	9,7	4,5	53,8
Venezuela	9.960	459	4,6	1,8	61,0

Fuente: Referencias (49, 50, 51).

Neerlandesas y 3,9% en Trinidad y Tabago. El gasto sanitario total per cápita osciló entre US\$ 2.711 en Aruba y US\$ 90 en Bolivia (cuadro 5.4) (49, 50, 51).

En el mundo, los gastos sanitarios están sumamente concentrados en los países de altos ingresos. Por ejemplo, los países europeos, el Canadá y los Estados Unidos representan aproximadamente un 18% de la población mundial, pero incurren en un 75% de los gastos sanitarios mundiales. América Latina y el Caribe, por otro lado, representa un 9% de la población e incurre en un 8,5% de los gastos sanitarios mundiales. El nivel de gasto en bienes y servicios relacionados con la salud en los Estados Unidos es más de ocho veces mayor que el promedio de América Latina y el Caribe (cuadro 5.3).

La relación entre la proporción de los gastos sanitarios como porcentaje del PIB y los indicadores del estado de salud —como esperanza de vida al nacer y mortalidad materna e infantil— a menudo se usan para evaluar cuán eficiente es la asignación de recursos. Los indicadores de las Américas sugieren una necesidad potencial de mejorar la asignación de recursos en algunos países. La proporción del gasto sanitario total en Estados Unidos como porcentaje del PIB casi duplica a la de los países de Europa con un desarrollo económico e ingresos per cápita similares. Sin embargo, los indicadores de salud de Estados Unidos no son mejores que los de esos países europeos (53). Asimismo, el gasto sanitario como porcentaje del PIB en América Latina y el Caribe (7,3%) es el más alto entre las regiones en desarrollo del mundo y mayor que el de la región del Pacífico Occidental (5,8%), que tiene niveles similares de ingresos per cápita y de indicadores de salud como esperanza de vida al nacer, tasa de mortalidad neonatal y mortalidad infantil y de menores de 5 años (54). Esto sugiere que los países del Pacífico Occidental consiguen con menos gastos indicadores de salud similares a los países de América Latina y el Caribe.

### COBERTURA UNIVERSAL Y GASTO EN SALUD

Hay evidencias de que los sistemas de salud que ofrecen cobertura universal tienen diferentes niveles

de gastos como porcentaje del PIB y una composición público-privada de dichos gastos distinta de los sistemas que no ofrecen esa cobertura. El gasto como porcentaje del PIB en los sistemas de salud de cobertura universal ronda el 9%, con una combinación público-privada de 80/20 (55, 56, 57, 58, 59). La combinación público-privada de los gastos en los países con sistemas de salud universales está de acuerdo con la recomendación de la OMS de que los países mantengan el nivel de los pagos directos por debajo de 15% a 20% del gasto sanitario total. Los pagos directos como porcentaje de los gastos sanitarios totales constituyen un indicador de las barreras económicas al acceso y de la probabilidad de riesgo financiero y empobrecimiento por enfermedad o accidente (41).

Entre 2005 y 2010, los gastos sanitarios totales en América Latina y el Caribe aumentaron más rápidamente que la tasa de crecimiento económico de la Región, pasando de 6,8% del PIB en 2005 a 7,3% en 2010. El gasto público en salud como porcentaje del PIB aumentó aun más, de 3,3% en 2005 a 4,1% en 2010. La combinación público-privada en América Latina y el Caribe, que es todavía alta con relación al punto de referencia de 20% establecido por la OMS, se revirtió de una razón de 48/52 en 2005 a una de 55/45 en 2010, indicando una tendencia positiva hacia una reducción de los pagos de bolsillo (60, 61). Como ya se dijo, el gasto sanitario promedio en América Latina y el Caribe oculta grandes diferencias entre los países en cuanto a la naturaleza y el alcance del financiamiento de los sistemas de salud (cuadro 5.4).

### GASTO PÚBLICO EN SALUD

Chile, Costa Rica y Cuba se encuentran entre los países de América Latina y el Caribe con los mejores indicadores de salud respecto a la esperanza de vida al nacer, la mortalidad materna y la mortalidad infantil y en la niñez; también tienen gastos sanitarios por encima de la media como porcentaje del PIB. Estos países comparten otras características que afectan positivamente a la salud de sus poblaciones, como la disponibilidad de atención

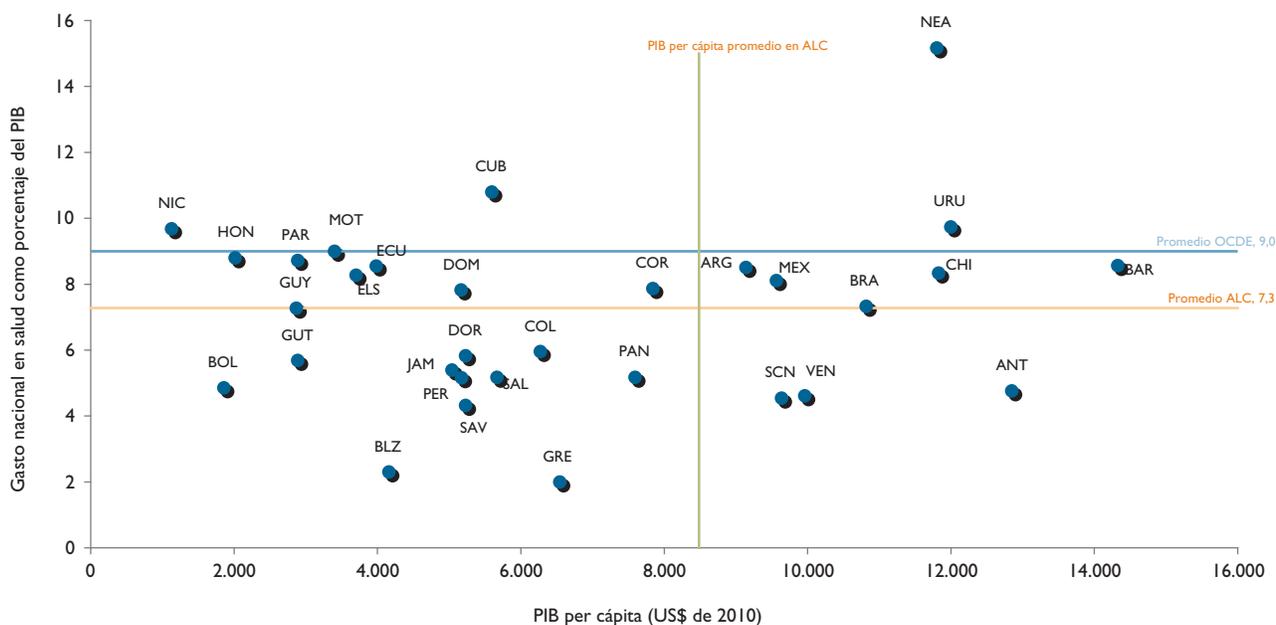
sanitaria universal o la existencia de políticas públicas diseñadas para ampliar la cobertura sanitaria de la población y dar protección social en salud a sus ciudadanos.

Las evidencias muestran que los ingresos per cápita no explican cabalmente las diferencias nacionales en los gastos sanitarios per cápita, lo cual indica que quizá otras variables estén desempeñando papeles más importantes en esa relación. Lo mismo es válido para la relación entre los gastos en salud como porcentaje del PIB y los ingresos per cápita, como se puede ver en la figura 5.1. Esto sugiere que otros factores importantes, como la existencia o ausencia de políticas de protección social, la organización y gestión del sistema de salud y la regulación del mercado de la atención de salud –incluidos el seguro de enfermedad privado y los planes médicos prepagos– podrían explicar el nivel de recursos asignados a la salud mejor que los ingresos, ya sea per cápita o como porcentaje del PIB.

## EL IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA MUNDIAL

Entre 2008 y 2010, la mayoría de los países de la Región aplicaron políticas anticíclicas de gasto público para aliviar las repercusiones económicas de la crisis económica mundial. La desaceleración económica de 2008 y la recesión de 2009 fueron contrarrestadas por el crecimiento económico de 2010. El gasto público en programas sociales, con inclusión de la salud y la seguridad social, los servicios maternos y los programas curativos, se mantuvieron o se ampliaron en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe (1). El gasto público en bienes y servicios relacionados con la atención de salud estaba protegido en países gravemente afectados por la crisis (Argentina, Guatemala y México), y se mantuvo o incluso aumentó en otros (Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, Panamá, Paraguay y Perú). Sin embargo, algunos de esos esfuerzos quizá no sean económicamente sostenibles. Durante los años anteriores a la crisis

**FIGURA 5.1. Producto interno bruto (PIB) per cápita y gasto nacional en salud como porcentaje del PIB en países seleccionados de las Américas, y promedios de los países de América Latina y el Caribe (ALC) y de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), 2010**



**Abreviaturas de países:** ANT, Antigua y Barbuda; NEA, Antillas Neerlandesas; ARG, Argentina; BAR, Barbados; BLZ, Belice; BOL, Bolivia; BRA, Brasil; COL, Colombia; COR, Costa Rica; CUB, Cuba; DOM, Dominica; DOR, República Dominicana; ECU, Ecuador; ELS, El Salvador; GRE, Granada; GUT, Guatemala; GUY, Guyana; HON, Honduras; JAM, Jamaica; MEX, México; MOT, Montserrat; NIC, Nicaragua; PAN, Panamá; PAR, Paraguay; PER, Perú; SCN, Saint Kitts y Nevis; SAL, Santa Lucía; SAV, San Vicente y las Granadinas; URU, Uruguay; VEN, Venezuela.

financiera mundial, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe registraron crecimiento económico rápido y dinamismo fiscal. La mayoría de ellos usaron los beneficios del auge económico para avanzar hacia principios económicos básicos más sólidos y ampliar programas sociales. Los aumentos de las prestaciones y los gastos, en particular para las instituciones de seguridad social en algunos países, fueron financiados por un retraso de los gastos de capital o la utilización de fondos para contingencias. Sin esquemas apropiados de financiación, como aumentos de los impuestos o de las tasas de contribución, la viabilidad fiscal y la sostenibilidad de los servicios de salud pueden verse comprometidas en algunos países, como Costa Rica, Guatemala, Honduras y México (62, 63, 64).

## ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

### PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La heterogeneidad de los servicios de atención de salud en la Región de las Américas se pone de manifiesto en la segmentación de los sistemas de salud en al menos dos subsectores: el público, que con mayor frecuencia incluye ministerios o secretarías de salud e instituciones de seguridad social, y el sector privado, sin fines de lucro y con fines de lucro. La mayoría de los servicios de salud dentro de los sectores público y privado constan de dos componentes: el primer nivel de atención y la atención especializada. Muchos países tienen un gran número de establecimientos de atención de nivel primario que prestan servicios ambulatorios, incluidos los de promoción de la salud, prevención y salud pública y atención curativa. La atención especializada es prestada por una variedad creciente de establecimientos de asistencia sanitaria que comprenden desde hospitales hasta centros de diagnóstico y establecimientos de atención a largo plazo (65, 66, 67).

No hay ninguna definición normalizada de lo que constituye un hospital en la Región. Según los datos de los países, hay numerosos establecimientos

con una capacidad de 10 a 60 camas. Muchos son puestos de salud, centros de salud o unidades de atención materna que no se clasifican como hospitales, pero sobre los que los países informan como tales. El porcentaje de establecimientos con 60 camas o menos en las subregiones oscila entre un 14% y un 75%, con las cifras más altas en América Central y Estados Unidos (68). Cómo se clasifica un hospital—sea de distrito, general, provincial, regional, o nacional—también varía de un país a otro y no hay un criterio uniforme. Claramente, la clasificación y categorización de los hospitales en la Región requiere una simplificación y normalización.

Con respecto a la propiedad de los hospitales en la Región, 46% son de propiedad pública (89% depende de los ministerios de salud y 11% son propiedad de instituciones de seguridad social). Sin embargo, estas cifras varían mucho en la Región. En Estados Unidos y México, por ejemplo, 68% y 69% de los hospitales, respectivamente, son privados, mientras que en Cuba y América Central, 100% y 65% de los hospitales, respectivamente, son públicos. En el Caribe de habla inglesa 60% de los hospitales son públicos, en tanto que 48% lo son en el Cono Sur y 37% en el Grupo Andino (61, 68).

Entre 2005 y 2010 el número de camas hospitalarias en las Américas ha disminuido notablemente, de un promedio de 2,4 a 2,3 por 1.000 habitantes. Estos promedios ocultan, sin embargo, vastas disparidades en la distribución de camas en los países, que oscila entre 0,6 por 1.000 habitantes en Guatemala y 6,7 por 1.000 en las Bermudas. La tasa promedio de alta hospitalaria en la Región es de 68,8/1.000 (61). A nivel regional, el sector público opera un 48% de las camas hospitalarias y el sector privado—con y sin fines de lucro—controla el resto. Hay no obstante considerables variaciones geográficas: en el Cono Sur, por ejemplo, 36% de las camas hospitalarias dotadas de personal son públicas, mientras que en la región andina lo son 55%, en América Central 89% y en el Caribe de habla inglesa 85%. En México, las camas públicas representan 67% y en Estados Unidos 38% (54, 69).

La atención ambulatoria, o de primer nivel, en el Caribe de habla inglesa es predominantemente ofrecida por los servicios públicos; solo 10% es

proporcionada por el sector privado. En América Latina y el Caribe, 94,7% de los aproximadamente 31.763 establecimientos de primer nivel de atención son operados por las autoridades sanitarias nacionales; estos establecimientos proporcionan un promedio de 2.674 visitas por 1.000 habitantes. La Región está acercándose claramente a una mayor confianza en la cirugía ambulatoria, los hospitales de día y la asistencia domiciliaria, tendencia que se observa con mayor intensidad en Argentina, Brasil, Canadá, Cuba, Chile, Estados Unidos y México (59, 69, 70). Esta tendencia va acompañada de una disminución en el número de camas hospitalarias y en los recursos asignados a los hospitales en los países con los sistemas de salud más avanzados, como Canadá, Chile, Colombia, Brasil, Estados Unidos y Perú.

### ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

En términos generales, el acceso a los servicios de atención de salud ha mejorado extraordinariamente en la Región desde los años cincuenta, tanto en cuanto al número y a la proporción de la población que recibe tratamiento para sus problemas de salud como a la disponibilidad y eficacia de los servicios. Este mejoramiento del acceso a la asistencia ha contribuido a mejores resultados de salud, tasas de inmunización elevadas y erradicación exitosa de enfermedades en las Américas.

Dicho esto, unos pocos países que han ampliado el acceso a los servicios han tenido escasas mejoras de los resultados de salud. Por ejemplo, un país del Caribe de habla española con tasas sistemáticamente elevadas de acceso a la asistencia prenatal, al parto asistido por personal de salud capacitado y al parto institucionalizado no ha podido reducir la mortalidad materna, que acusa 125 defunciones por 100.000 nacidos vivos (70). Esta situación contrasta con la observada en otros sitios de América Latina, especialmente en los países cuyos sistemas de salud ofrecen acceso casi universal a la atención de salud sexual y reproductiva. Esta aparente paradoja se asocia a servicios deficientes de salud sexual y reproductiva ofrecidos en centros de salud de ese país. Esto es

particularmente cierto en el sector público que, según el sistema de información del país, atiende a 76% de los nacimientos institucionales.

Mientras que el acceso a la atención de salud es casi universal entre los grupos de ingresos más altos en la mayor parte de los países de la Región, la mayoría de los pobres no pueden conseguir atención cuando la necesitan. Datos probatorios indican que aproximadamente 30% de la población de la Región no puede obtener acceso a la atención debido a razones financieras y 21% se ve disuadido de buscar atención debido a barreras geográficas (60). Las barreras de acceso a la atención tienen efectos acumulativos y sinérgicos sobre las poblaciones afectadas. La desigualdad de acceso a la atención de salud está asociada con desigualdades sociales y de salud. Por un lado, las personas con mayores medios y a menudo con necesidades mínimas consumen mayor atención, mientras que quienes tienen menores medios y mayores problemas de salud consumen menos. Por otro lado, las desigualdades sociales en la distribución del acceso a la atención de salud están asociadas a disparidades en los resultados de salud. Por ejemplo en Estados Unidos, entre 2003 y 2006, un 30,6% de los gastos directos en atención médica para los afroestadounidenses, asiáticos e hispanos fueron excesivos debido a desigualdades de salud (71).

### CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Mejorar la calidad de la atención también significa hacer todo lo posible por mitigar, reducir o eliminar resultados adversos en el cuidado de la salud. A medida que los usuarios se informan más acerca de la atención, están más dispuestos a expresar insatisfacción por la calidad de la que reciben. Entre las quejas más frecuentes figuran servicios o tratamientos deficientes, establecimientos hacinados, falta de información para el paciente, largas esperas para los tratamientos o las intervenciones quirúrgicas, horarios o días de apertura inoportunos, negativa a tratar a pacientes que no pueden pagar y establecimientos mal mantenidos (p. ej. baños sin agua o jabón, o fuera de servicio) (72).

Un estudio realizado en cinco países latinoamericanos entre 2007 y 2009 muestra que 10,5% de los pacientes hospitalizados sufrieron algún tipo de fenómeno adverso; 58,9% de estos podrían haberse evitado y 19,8% se consideraron graves. Los hospitales participantes acusaban una tasa de fenómenos adversos de 11,85%. Los eventos más frecuentes se relacionaban con infecciones intrahospitalarias y procedimientos de atención a pacientes hospitalizados. Por término medio, los fenómenos adversos prolongaron 16,1 días las estadías hospitalarias (73).

### RETOS Y AMENAZAS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD

A pesar de las mejoras en el acceso a los servicios y en los resultados de salud, como ya se mencionó, los servicios de salud afrontarán todavía retos y amenazas, entre ellos factores tales como el alto grado de fragmentación del sistema de salud y su ineficiencia para responder a las exigencias impuestas por el modelo existente de atención. Otros factores importantes incluyen el envejecimiento de la población, las crecientes repercusiones de las enfermedades crónicas, el cambio climático y la urbanización, todos los cuales también afectan a la calidad de la atención.

Por ejemplo, los servicios médicos de urgencia en cada país de la Región tuvieron que hacer frente a las exigencias impuestas por la pandemia de A (H1N1) en 2009. En el 2010, la Región se enfrentó con dos desastres sísmicos devastadores. En enero, el terremoto de Haití arrasó la infraestructura de atención de salud del país, poniendo a prueba la capacidad de los programas internacionales de respuesta a emergencias y socorro para prestar atención básica a la población. Un mes después, el terremoto de Chile abrumó los servicios de urgencia de ese país. Y en muchos países, los servicios de urgencia experimentan cuellos de botella debido a brotes de cólera, dengue, fiebre amarilla y gripe estacional.

Aunque hay una necesidad imperiosa de fortalecer los servicios de urgencia, pocos países han implantado programas específicamente diseñados para tal fin. Canadá, Estados Unidos y México tienen sistemas de urgencia con fuertes componentes

prehospitalarios como parte de sus servicios de atención de salud (74), pero otros países, como Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba, Paraguay y Perú, dependen de unidades móviles para proporcionar servicios de urgencia (75). Según un estudio reciente realizado en Colombia, Costa Rica, Perú y Uruguay, mientras la atención de urgencia en hospitales varía ampliamente entre países y dentro de ellos, el uso excesivo de servicios de urgencia para solicitar atención no urgente es común a todos (76). El abuso de los servicios de urgencia de hospitales para recibir atención no urgente es un indicador distintivo de falta de acceso a la atención básica de salud. Resulta enormemente costoso para el sistema de salud y desplaza recursos necesarios de servicios de atención primaria más eficaces para la población.

En la mayoría de los países de las Américas los servicios de salud siguen sumamente fragmentados, lo que se traduce en falta o deficiencia de continuidad de la atención y en servicios que no satisfacen las necesidades y expectativas de la población destinataria. El hospitalocentrismo, la fragmentación y la comercialización de los servicios de salud (que rechazan a pacientes considerados incapaces de pagar) menoscaban la capacidad de los sistemas de salud de responder a las necesidades de atención de la población (19), generan desigualdades de acceso a servicios de salud de buena calidad y aumentan los costos debido a ineficiencias. Para abordar estos problemas es necesario resolver la fragmentación de la organización de la atención de salud, para lo cual es preciso diseñar e implementar nuevos modelos de atención que reflejen la realidad demográfica y epidemiológica vigente, a fin de se pueda prestar a todos una asistencia equitativa, integrada, integral, continua y de buena calidad.

El aumento de los costos de la atención debido a la adopción de tecnología de alta complejidad y medicamentos nuevos y a la influencia de las fuerzas del mercado ejercen todavía más presión sobre los servicios de salud de la Región. Adelantos como la genómica, la nanotecnología y la proteómica indudablemente pueden mejorar la atención de salud. Sin embargo, no ha sido fácil velar por que su uso sea apropiado y seguro y por controlar sus efectos sobre los costos.

La ineficiencia de los sistemas y prácticas de gestión también aumenta los costos de la atención en la Región. Indudablemente, los servicios de atención de salud, en particular los hospitales, son de los sistemas más complejos para administrar, pero la ineficiencia actual genera desperdicios y va en desmedro de una atención eficaz. La falta de conocimiento y de competencia, acoplada a un uso deficiente de la información, obstaculizan el proceso de toma de decisiones y conducen a intervenciones inadecuadas. Por ejemplo, si bien algunos gerentes procuran obtener mejores y más complejos sistemas de información para la gestión de sus servicios de salud, hay evidencias de que el uso de la información y el análisis de los datos son deficientes aun cuando se dispone de sistemas de información de avanzada. Por otro lado, muchos servicios de salud de la Región se ven afectados porque los gerentes no pasan de la decisión a la acción y no utilizan adecuadamente la información y los recursos disponibles para mejorar el rendimiento. En los servicios de atención de salud que carecen de sistemas de evaluación del desempeño, esto puede convertirse en una debilidad crónica de la gestión.

### **POLÍTICAS DE TECNOLOGÍA PARA LA SALUD**

Las políticas de tecnologías sanitarias, como parte de las políticas de salud, definen el marco en virtud del cual se establecen los objetivos de mediano y largo plazo en los sectores público y privado, así como las estrategias y los mecanismos de evaluación y control.

Aun cuando no es frecuente que los países de las Américas tengan políticas de tecnologías sanitarias integradas, ya se ha comenzado a proponer algunas. Un ejemplo interesante se ha dado en Brasil en 2010 con la adopción de una política nacional para la gestión de tecnologías sanitarias, que engloba a las políticas de medicamentos, de asistencia farmacéutica y de ciencia, tecnología e innovación en salud. Asimismo, en años recientes varios países de la Región han fortalecido los procesos nacionales para la integración de tecnologías sanitarias en los sistemas mediante el desarrollo de la herramienta Evaluación de Tecnologías en Salud (ETS).

Como parte de la función de rectoría, la regulación de las tecnologías sanitarias debe cumplir los objetivos de protección y promoción de la salud pública. Para estos fines los países deben fortalecer sus autoridades reguladoras. En septiembre de 2010, el Consejo Directivo de la OPS aprobó la Resolución CD 50.R9 “Fortalecimiento de las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos y productos biológicos” (76), que incluye una directriz para evaluar a las autoridades reguladoras nacionales de medicamentos. Como resultado de las evaluaciones que se han realizado hasta 2011, cuatro países –Argentina, Brasil, Colombia y Cuba– han alcanzado la calificación que los posiciona como autoridades de referencia regional.

Los procesos de armonización de la reglamentación son una herramienta fundamental para subsanar las asimetrías entre los sistemas regulatorios y ofrecen ventajas sanitarias, económicas y técnicas para los países, especialmente aquellos con un grado menor de desarrollo. La Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Red PARF), constituida por autoridades reguladoras sanitarias, asociaciones de las industrias farmacéuticas, organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales, la academia y la OPS, lleva 14 de años de trabajo continuo (76). Los países de la Región están participando activamente en las actividades de la Red, mediante la discusión de estrategias, programas de capacitación y elaboración de documentos técnicos que apoyan las diferentes funciones de regulación y la incorporación en sus marcos legislativos.

Desde 2004, Brasil cuenta con una política de precios de nuevos medicamentos basada en la ETS, mientras que en 2009 Argentina creó la Unidad de ETS, que coordina entre 14 instituciones los estudios de ETS en el país. Uruguay publicó en 2010 un decreto que obliga a realizar evaluaciones económicas para los medicamentos financiados por el fondo nacional de recursos. En 2011, Colombia aprobó una legislación que establece la creación de un Instituto Nacional de Evaluación de Tecnologías en Salud y México formuló nuevos criterios para la incorporación de tecnologías al cuadro básico en base a estudios de costo-efectividad.

Adicionalmente, los países del MERCOSUR, a través de la subcomisión de evaluación y uso de tecnologías, y los países andinos han dado un paso relevante en el área de ETS con la aprobación de guías metodológicas que promueven y facilitan el intercambio de experiencias y actividades de capacitación entre los países de las Américas. Precisamente la necesidad de buscar sinergias y evitar la duplicación de esfuerzos en la realización de estudios de ETS motivaron a los países a organizar en 2011 la Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las Américas (RedETSA). Integrada por autoridades nacionales de salud y organizaciones de excelencia en ETS, esta red cuenta con la participación inicial de 12 países cuyo propósito es fortalecer sus capacidades para sustentar las decisiones de incorporación, innovación, desarrollo y uso de las tecnologías sanitarias.

### INNOVACIÓN Y TECNOLOGÍAS SANITARIAS

En las Américas existe un renovado interés en la promoción de sistemas de innovación, desarrollo y producción de tecnologías sanitarias. Los países de la Región participaron de manera decisoria en la adopción de la Estrategia Mundial y el Plan de Acción sobre la Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual (77) y su Perspectiva Regional (78), demostrando su compromiso político para trabajar cooperativamente en este tema. En América Latina y el Caribe, sin embargo, el grado de desarrollo de los sistemas de innovación y producción de tecnologías sanitarias es marcadamente dispar. Aun países como Brasil y Cuba, donde se han logrado grandes avances en esta área, los logros se restringen a ciertas tecnologías específicas sin cubrir muchas de las prioridades de los sistemas de salud en cuanto al uso de otras tecnologías esenciales.

La Región enfrenta un doble desafío. Uno de ellos es que hoy no cuenta con los productos necesarios para combatir o prevenir muchas de las llamadas “enfermedades desatendidas”, que afectan sobre todo a las poblaciones más vulnerables de las Américas. A su vez, la carga de enfermedades

crónicas que sufren los países requiere una inversión significativa en productos de salud (79, 80) de alto costo. Los países han encarado acciones dirigidas a revertir esta situación, por ejemplo asignando mayor inversión para el desarrollo de nuevas tecnologías y creando marcos normativos que promuevan la innovación para la salud (81).

Los mecanismos de integración subregional como la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), el Organismo Andino de Salud (ORAS) y el MERCOSUR (y Estados Asociados) han adoptado elementos centrales de la estrategia global de integración ([http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/unasur\\_resol\\_2009/res0909.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/unasur_resol_2009/res0909.pdf)). En la Región se continúa priorizando la gestión de los derechos de propiedad intelectual desde la perspectiva de la salud pública. Bolivia y Paraguay adoptaron un instrumento denominado “anuencia previa”, similar al que tiene Brasil para la revisión de las patentes por parte de la autoridad reguladora de medicamentos. Es destacable la cesión –por parte de los Institutos Nacionales de Salud (Estados Unidos)– de una patente asociada con un medicamento antirretroviral a la cartera común de patentes creada por el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID). Asimismo, las flexibilidades previstas en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC) han sido incorporadas en la Región: en Ecuador con la utilización de licencias obligatorias por parte de las autoridades nacionales y en Colombia con la inclusión del mecanismo de importación paralela en la legislación.

Numerosos –y diversos– ejemplos ponen de manifiesto las acciones concretas tanto de los gobiernos como de otros actores principales tendientes a cubrir las brechas que dificultan el acceso a tecnologías esenciales de salud. Por ejemplo Argentina, mediante ley nacional, ha creado el Programa Nacional de Producción Pública Estatal de Vacunas, Sueros, Reactivos y Medicamentos, cuyo objetivo es promover el acceso a medicamentos, vacunas y otros productos médicos y propiciar el desarrollo científico y tecnológico a través de laboratorios de producción pública. La voluntad política y de cooperación de los principales actores

regionales se ha traducido en el desarrollo de redes dinámicas de trabajo que trascienden las barreras institucionales y las fronteras geográficas. Por ejemplo, el uso de las plantas medicinales cuenta con la Red Andina de Investigación y Desarrollo de Plantas Medicinales de la Amazonía (RAPMA).

Los estados de las Américas han colocado el tema de la innovación tecnológica para la salud como tema prioritario en sus agendas. Sin embargo hay todavía una marcada falta de articulación con el sector privado, los resultados científicos generados en cuantía en los centros académicos no se traducen al sector productivo y persiste una amplia brecha en los avances en este campo logrados por los diferentes países. En suma, la Región cuenta con potencial para convertirse en un actor de relevancia en innovación tecnológica para la salud y para solventar las necesidades en tecnologías sanitarias esenciales y estratégicas para sus habitantes.

### **MEDICAMENTOS, SERVICIOS Y POLÍTICAS FARMACÉUTICAS**

Como mecanismos de intercambio y sinergia en el área farmacéutica, los países cooperan en redes. Además de la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Red PARF) (82), creada hace 14 años, en 2011 se fundaron la –ya mencionada– RedETSA y la Red de Centros de Información de Medicamentos de Latinoamérica y el Caribe (Red CIMLAC) para promover el análisis crítico y la disponibilidad de información independiente sobre medicamentos.

Todas las subregiones cuentan con una política farmacéutica propia: la política andina (actualizada en 2009), la del MERCOSUR (2002), la centroamericana (2007) y la del Caribe (2011). De acuerdo con información a 2010 recolectada en 23 países de la Región como parte del proyecto desarrollado por la OMS sobre perfil farmacéutico de país,<sup>7</sup> 10 países (43,5%) contaban con una política farmacéutica aprobada oficialmente y, de ellos, solamente 7 (30,4 %) tenían un plan de implementación (83).

Un estudio sobre el contenido de las políticas disponibles mostró que la mayoría abordan temas

como la promoción de medicamentos esenciales, buenas prácticas de manufactura, regulación de la promoción y publicidad de medicamentos y buenas prácticas de adquisiciones. Quedan sin priorizar otras cuestiones importantes sobre la gestión de medicamentos, tales como la independencia de la autoridad reguladora, la regulación y el acceso a medicamentos herbarios, y los acuerdos relacionados con los derechos de propiedad intelectual. En la Política Andina de Medicamentos se ha incluido el desarrollo de los servicios farmacéuticos como una estrategia para mejorar la accesibilidad a los medicamentos, reconociéndose la estrecha relación que hay entre acceso y uso racional de medicamentos (84).

La incorporación de los medicamentos como parte de las garantías en salud es un elemento crítico para asegurar en la práctica el acceso universal a los servicios sanitarios. A 2010, de los 20 países que respondieron a esta pregunta en el perfil farmacéutico, 90% cuenta con un sistema público de salud o un esquema de seguro social que provee de manera gratuita los medicamentos contenidos en la Lista de Medicamentos Esenciales (LME). De manera análoga, en 85,7% de 21 países que respondieron, dicho seguro o esquema tiene cobertura sobre medicamentos para el tratamiento de enfermedades no transmisibles. En relación con el copago, en 39,1% (9/23) de los países de la muestra existe este requisito en el punto de dispensación (84). Este porcentaje es alto si se tiene en cuenta que la OMS plantea que todo tipo de pago directo de la persona en el momento de la atención se constituye en una barrera al acceso a los servicios de salud.

Está demostrado que la cobertura de medicamentos tiene un impacto en el acceso a estos productos. Estimaciones del gasto en productos

<sup>7</sup> El proyecto de perfiles farmacéuticos nacionales fue desarrollado a nivel global por la OMS entre 2010 y 2011. El cuestionario de recolección de información incluye indicadores relacionados con todas las áreas de medicamentos. A 2011 se había recogido información de 23 países. Si bien antes de 2010 se recogía información sobre la situación farmacéutica de los países, para este año las preguntas fueron reformuladas, lo cual no permite hacer comparaciones con los períodos anteriores.

farmacéuticos (indicador de acceso) en 21 países de la ALC sugieren que los desembolsos realizados por las instituciones públicas en 2008 responden a solo 22% del total gastado en tanto el 78% corresponde a gasto de bolsillo. En este sentido, el gasto de bolsillo per cápita anual promedio en medicamentos en ALC para el mismo año fue de US\$ 97, con un rango que va de US\$ 7,50 en Bolivia a más de US\$160 en Argentina y Brasil, evidencia de la brecha farmacéutica que existe en esta región (85).

Los países de ALC también han avanzado hacia el reconocimiento de la estrecha relación existente entre acceso y uso racional de medicamentos como forma de coordinar necesidad, eficacia, seguridad y utilización, tal como se destaca en la política de medicamentos de la Región Andina (85). Para sostener esta perspectiva más allá de intervenciones aisladas, Bolivia y Nicaragua iniciaron en 2010 una estrategia integral de uso racional de medicamentos, con base en una propuesta regional (86) a la que también se están sumando otros países.

Varios países de ALC han priorizado la selección de medicamentos esenciales basada en evidencias por su probado impacto en la utilización más eficiente de estos productos. En 2007, 24 países informaron tener una lista de medicamentos esenciales (LME) actualizada y 16 contaban con formularios terapéuticos nacionales actualizados. El número de países que contaban con comités de fármaco-terapéutica fue de 24, de los cuales 12 tenían pautas terapéuticas nacionales actualizadas. Un relevamiento de 2010 (83) confirmó el mantenimiento de la proporción de países con LME y fue en ese año que en el CARICOM se desarrolló una lista de medicamentos esenciales para situaciones de desastre. Aunque la mayoría de los países de ALC indicaron que utilizan la lista de medicamentos esenciales para adquisiciones del sector público, todavía no parecen darle la importancia clave que merece como herramienta de referencia para los servicios, prescriptores y dispensadores. En cualquier caso, son varios los desafíos que subsisten en relación al uso racional de medicamentos. A modo de ejemplo, un estudio realizado entre 2005 y 2008 en cuatro países de la Región estimó un uso inadecuado en más de 50% de los pacientes que recibían antibióticos, mientras que en el citado

relevamiento de 2007 solo 12 países indicaron que poseían una estrategia de contención de la resistencia antimicrobiana (87).

Según datos de 2008, 17 países de ALC poseían una normativa general para todos los medicamentos, aunque dichas normativas no contemplaban las especificidades de los **productos biológicos**, que han crecido extremadamente rápido dada su importancia en la prevención, diagnóstico, control y tratamiento de enfermedades.

Entre los mecanismos elegidos para mejorar el acceso a los medicamentos, la implantación de estrategias sobre genéricos no ha avanzado como se esperaba, posiblemente porque todavía no hay consenso general acerca de lo que debe entenderse como medicamento genérico y porque existen bastantes prejuicios y desinformación sobre su calidad (88). En 2010, en una muestra de 23 países la prescripción de genéricos en el sector público se había incorporado en 73,9% de los casos (17 países) y en el sector privado en 26,1% (7 países) (83). Por otro lado, la sustitución de genéricos en las farmacias es permitida en el sector público en 100% de los países de la muestra, mientras en el sector privado es permitida en 72,7% de los países (83).

En la mayoría de los países de ALC el suministro de medicamentos está fragmentado y segmentado tal cual como ocurre con los servicios de salud, situación que se traduce en duplicidad de esfuerzos, ejecución ineficiente de los recursos y disminución de la calidad de los servicios. No obstante, en países como Costa Rica, Cuba y Perú, el sistema de suministro es centralizado bajo un modelo único integrado. Por otro lado, nueve países del Caribe asociados en la Organización de Estados del Caribe Oriental que adquieren sus medicamentos de manera mancomunada, a través de un organismo autónomo de suministro que permite aprovechar una economía de escala y control de calidad.

También se han emprendido iniciativas de compra conjunta de medicamentos de alto costo y de difícil disponibilidad, como ha sido el caso de los países de América Central y República Dominicana, quienes en 2008 negociaron 37 productos farmacéuticos con una importante reducción de costos que alcanzó a 46%. En la subregión andina asimismo se estableció una

resolución de compra conjunta de medicamentos priorizados a través del Fondo Estratégico de la OPS. También se han implementado “observatorios de precios” tanto en el sistema de integración centroamericano como en el MERCOSUR y en los países de la subregión andina. En los últimos 5 años 19 –de los 23 países adheridos hasta 2011– han utilizado el Fondo Estratégico de la OPS como mecanismo de adquisición de medicamentos e insumos de salud pública, logrando de este modo precios más competitivos y ahorros por economía de escala (89).

Por otro lado, los esquemas de vacunación en el sector público en ALC han dado resultados destacables, consiguiendo coberturas situadas entre las más altas del mundo, por ejemplo con 90% de la población menor de 1 año vacunada con DPT/Pentavalente en 2010. Ante los altos costos de las denominadas nuevas vacunas y la urgencia generada por la gripe A (H1N1), los países han planteado la necesidad de fortalecer la capacidad de producción regional. Un elemento fundamental para el éxito de los programas de inmunización ha sido la creación del Fondo Rotatorio de la OPS, donde participan la mayoría de los países de la Región, los cuales pueden hacer uso de 28 antígenos precalificados por la OMS.

En cuanto a la fármaco-vigilancia, 18 países indicaban en 2007 una tendencia al aumento de esta función. Algunos países, como Argentina y Colombia, están generalizando prácticas de vigilancia estandarizadas, mientras que otros participan en sistemas de integración que han adoptado documentos de referencia regional (82). En 2004, por ejemplo, se implementó la red de vigilancia centinela para rotavirus y neumonías y meningitis bacterianas, y desde 2009, 15 países y territorios reportan datos de rotavirus y 9 reportan neumonías y meningitis bacterianas.

En otro orden, con relación a los laboratorios oficiales de control de calidad de medicamentos, que apoyan la función reguladora, se ha constituido una red que involucra a 21 países. En los últimos años, se ha desarrollado un sistema de evaluación de estos laboratorios para reconocerlos como de referencia internacional, habilitándolos para realizar controles de calidad de los medicamentos comprados por organismos internacionales. Durante 2010 y 2011, los laboratorios de Bolivia, Brasil, Perú y Uruguay

fueron precalificados como laboratorios de referencia internacional para las Naciones Unidas.

### SERVICIOS DE SANGRE Y TRASPLANTES

Casi todos los países de ALC tienen leyes específicas para servicios de sangre.<sup>8</sup> No obstante, la rectoría de los ministerios de salud en este campo es todavía débil, aun cuando hay países que cuentan con una entidad responsable en el nivel normativo.<sup>9</sup> Hay además organismos nacionales que coordinan las actividades relacionadas con la sangre, como la Caja Costarricense del Seguro Social, el Hemocentro Nacional de Cruz Roja Ecuatoriana, la Unidad de Vigilancia Laboratorial de El Salvador, el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea de México, el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia de Nicaragua y el Programa Nacional de Seguridad Transfusional de Haití. En el resto de los países, tal coordinación está a cargo de los bancos hospitalarios o los centros nacionales de transfusión.

Entre 2005 y 2009, el número de unidades de sangre colectadas en la Región aumentó de 8.059.960 a 9.166.155 (cuadro 5.5) (90, 91, 92, 93, 94, 95). Este aumento en el número de unidades de sangre colectada incide en la tasa de donación por 10.000 habitantes, que se incrementó de 145 a 157,4 en el período 2005–2009, mientras que –en 2009– 29 países colectaron más unidades que en 2005. En 2009, Antillas Holandesas, Cuba, y Uruguay disminuyeron su colecta anual, pero tuvieron las tasas más altas de donación, 295, 360 y 274 por 10.000 habitantes, respectivamente. Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Perú, República Dominicana y San Vicente y las Granadinas registraron tasas menores a 100 (88). La donación voluntaria en ALC se incrementó de 2.950.018 donaciones en 2005 a 3.308.996 en 2009, en tanto que los donantes remunerados en Honduras,

<sup>8</sup> Chile, El Salvador y México no tienen leyes específicas.

<sup>9</sup> Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela poseen una entidad normativa.

**CUADRO 5.5. Sistemas nacionales de sangre en América Latina y el Caribe, 2005 y 2009**

Variable	2005	2009	Diferencia
Unidades colectadas	8.059.960	9.166.155	1.106.195
Tasa de donación por 10.000 habitantes	145	157,4	12,4
Donantes voluntarios (No. y %)	2.950.018 -36,60%	3.308.996 -36,60%	358.978 0
Donantes remunerados (No. y %)	15.507 -0,19%	11.323 -0,12%	-4.184 -0,0007
Unidades separadas en componentes (mediana)	77%	90%	13%
Tamizaje (%) para marcadores de:			
VIH	98.910	99.981	1.071
Hepatitis B	98.834	99.985	1.151
Hepatitis C	98.809	99.968	1.159
<i>Trypanosoma cruzi</i>	87.065	96.583	9.518
Países con tamizaje incompleto	Belice, Bolivia, Chile, Colombia, Dominica, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, St. Kitts y Nevis, Territorios Británicos	Antigua y Barbuda, Dominica, México, Perú, St. Kitts Y Nevis, Territorios Británicos	-8
Unidades con marcadores ITT	238.696	319.996	81.300
No. y prevalencia (mediana)	-3,11%	-3,09%	-0,0002
Número de unidades de glóbulos rojos caducadas	610.375	981.253	370.878
Descarte anual total (No. de unidades)	849.071	1.301.249	452.178
Costo de unidades descartadas (US\$ 56/unidad)	47.547.976	72.869.944	25.321.968

*Fuente:* Referencias (90, 91, 92, 93, 94, 95).

Panamá, Perú y República Dominicana disminuyeron de 15.507 a 11.323 en el mismo período. En 2009, Antillas Holandesas, Cuba y Suriname tuvieron donación voluntaria universal.

En 2009, el tamizaje para marcadores de infecciones transmisibles por transfusión (ITT) identificó 319.996 unidades positivas en la Región, quedando 8.846.159 unidades disponibles, equivalentes a 151,9 por 10.000 habitantes. La proporción de unidades con marcadores varió de 0 (cero) en Antillas Holandesas a 16,57% en Paraguay (mediana 3,09%)<sup>10</sup> (90, 91, 92, 93, 94, 95, 96). Si bien los programas de calidad de la sangre han logrado avances importantes en la ALC, el tamizaje para ITT —aunque subió en 2005–2009— no logró alcanzar el 100%. En 2005 no se tamizaron 95.962 unidades para hepatitis C, cifra que disminuyó a

2.861 en 2009 (96). Las unidades no tamizadas en 2009 fueron 1.708 para VIH, 1.371 para hepatitis B, 1.535 para sífilis y 288.405 para *Trypanosoma cruzi*. Seis países no tuvieron tamizaje universal (96). Se estima que se transfundieron 10 unidades con VIH, 7 con VHB, 16 con VHC y 1.187 con *T. cruzi*. En 2009 todos los países del Caribe, excepto Barbados y Jamaica, participaron en programas de evaluación externa del desempeño del tamizaje. Guatemala y Paraguay no tuvieron programas nacionales. La evaluación del desempeño en inmuno-hematología fue limitada (88).

En 2005 se descartaron por vencimiento 610.375 unidades de glóbulos rojos o sangre completa, mientras que las unidades caducadas en 2009 sumaron 981.253. El valor de las unidades de glóbulos rojos vencidas y con ITT fue de US\$ 47.547.976 en 2005 y de US\$ 72.869.944 en 2009. El alto número de centros que procesan unidades de sangre y la falta de procedimientos técnicos y administrativos estandarizados fueron los factores principales para el descarte. De 9.166.155 unidades

<sup>10</sup> Se ha observado que la disponibilidad nacional de sangre está inversamente relacionada con la tasa de mortalidad materna (97).

colectadas en 2009, se transfundieron 7.864.906, equivalentes a 135,1 por 10.000 habitantes (88, 90).

Aun cuando la mayoría de los países de la Región tienen programas de trasplante renal y disponen de leyes reguladoras, no todas están completas de modo que abarquen diagnóstico de muerte, formas de autorización, prohibición del comercio, restricciones del donante vivo no emparentado y control de la distribución de órganos y tejidos, así como controles de calidad y seguridad tanto para el donante así como para el receptor. Por otro lado, si bien los trasplantes se están integrando cada vez más como un componente sistemático de la atención de salud en los países de ALC, el acceso a los trasplantes es limitado en los países de ingresos bajos o medios. La tasa de donantes y de trasplantes por millón de habitantes en ALC son todavía bajas y más del 42% son de donantes vivos (98).

Las resoluciones y las guías internacionales sobre los principios de la utilización de células, tejidos y órganos se basan en la preocupación de los países acerca del tema, sobre todo teniendo en cuenta el cambio del perfil poblacional en la Región y un aumento alarmante de pacientes con patologías que podrían requerir trasplante en la evolución de su enfermedad. A pesar de que algunos países poseen organizaciones nacionales o regionales para controlar el proceso de donación-trasplante, el número de coordinadores hospitalarios de trasplante es insuficiente, y la mayoría de los hospitales no los posee. En 2010 se realizaron 12.973 trasplantes en América Latina, de los cuales 10.112 fueron de riñón (42,4% de donantes vivos); 2.168 de hígado (7,7 % de donantes vivos), 350 de corazón, 120 de pulmón, 210 de páncreas y 13 de intestino (98).

### SERVICIOS DE IMAGENOLÓGÍA Y RADIOTERAPIA

Las normas internacionales establecidas en el área de los servicios radiológicos requieren que los países cuenten con una infraestructura reguladora nacional para la seguridad y la protección radiológica (99, 100). Sin embargo, solo 21 países de la ALC tienen autoridades reguladoras en esta esfera y, donde existen, la capacidad técnica y los recursos

no son suficientes para cumplir con las funciones requeridas.

La Región se está beneficiando parcialmente del desarrollo vertiginoso de tecnologías intervencionistas en los servicios de imagenología y radioterapia y, según el nivel de ingreso de cada país, se está incorporando tecnología de última generación principalmente en el sector privado. En los países de ingresos medios, el número de equipos de tomografía computarizada por habitante es tres veces menor que en los de ingresos altos, y solo alrededor de 40% de estos equipos pertenecen al sector público (101). Otro problema es que la planificación de estos servicios y la gestión de estas tecnologías en la Región no siempre son adecuadas. Además, los costos de adquisición y mantenimiento son más elevados que en los países industrializados, y la distribución geográfica y los tiempos de uso tampoco son muy eficientes.

Los países en desarrollo en general afrontan varios retos al adoptar estas tecnologías, dado que casi siempre están diseñadas para usarlas en los países industrializados (72). De allí que muchos equipos complejos, o bien son subutilizados o bien se encuentran averiados debido a la débil capacidad para su mantenimiento que tienen estos países. En este sentido, una causa fundamental de este desaprovechamiento radica en la gestión ineficaz de dichas tecnologías, incluyendo la falta de planificación de los elementos necesarios para el funcionamiento de los servicios antes de la incorporación tecnológica (102).

Se estima que en todo el mundo se realizan unos 3.600 millones de exámenes diagnósticos con rayos X al año. No obstante, sigue habiendo una amplia brecha en las tasas de diagnósticos radiológicos entre los países en desarrollo y los industrializados. En el caso de ALC, sus países de desarrollo sanitario mediano (22) realizan anualmente unos 400 estudios radiológicos por 1.000 habitantes, en tanto que los de desarrollo sanitario bajo (5) no han aumentado durante el período 1997–2007, manteniéndose en unos 30 por 1.000 habitantes. Esta cifra en los países industrializados ronda los 1.700 estudios por 1.000 habitantes (103). Se estima que más de la mitad de la población mundial

no tiene acceso a servicios de diagnóstico por imagen (101).

En cuanto a radioterapia, las unidades de cobaltoterapia persisten en una tendencia de uso decreciente (40% usadas en ALC y 10% en países industrializados), mientras que el uso de aceleradores lineales (60% en ALC y 90% en países industrializados) continúan aumentando (104). Asimismo, aunque en los últimos años se ha incrementado la capacidad de los servicios de radioterapia, en muchos países de la Región aún faltan tanto la tecnología como los recursos humanos para prestar este servicio en tiempo y manera adecuados. Este aspecto se vuelve más grave considerando que las neoplasias malignas son la segunda causa de muerte en la Región (70). En 2010 los países industrializados tenían 6,6 unidades de teleterapia por millón de habitantes, mientras que en ALC tenía 1,3 unidades, con países muy por debajo de este valor o directamente sin estos servicios. Los recursos humanos eran de 7,8 radioterapeutas y 4,4 físicos médicos por millón de habitantes en los primeros frente a 2,2 y 1,0 en ALC, respectivamente (104).

Los avances tecnológicos en imagenología y radioterapia están cambiando las dosis de radiación que reciben los pacientes. En la mamografía digital la dosis de radiación por examen ha disminuido, debido a las mejoras en los sistemas de detección, mientras que en la tomografía computadorizada han experimentado un incremento importante, sobre todo por el aporte de la radiología diagnóstica. También se ha incrementado la proporción de niños sometidos a estos exámenes, quienes tienen un mayor riesgo de cáncer radio-inducido que los adultos (105). La correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen basada en la evidencia mejora la calidad de la atención y optimiza los recursos del sistema de salud, eliminando exámenes que no aportan beneficios para el paciente. No obstante, el uso de estos recursos sigue siendo un reto en la Región, incluso cuando algunos países –como Argentina, Canadá y Estados Unidos– ya disponen de guías de referencia, y otros –como Colombia y México– están en proceso de desarrollarlas (106, 107, 108).

Los programas de garantía de calidad para conseguir diagnósticos precisos o terapias eficientes

mejoran la claridad de la imagen y disminuyen la dosis de radiación que reciben tanto el paciente como los trabajadores de salud (102). En 2008, un estudio en hospitales centinelas mostró que la calidad de las exploraciones de tórax pediátricas no era buena, y existían grandes diferencias en cuanto a las dosis de radiación y la calidad de las imágenes. Otro problema es que la escasez de trabajadores adecuadamente entrenados, particularmente físicos médicos, pone en riesgo la seguridad de los pacientes (109, 110). Se siguen produciendo eventos adversos en pacientes que reciben radioterapia, tanto en países industrializados como en desarrollo, con potenciales consecuencias para su salud –como en Trinidad y Tabago en 2010, donde más de 200 pacientes fueron sobre-irradiados y las consecuencias se están evaluando– e incluso pérdida de vida –como en Costa Rica, donde 115 pacientes se vieron afectados y 2 años después del evento, al menos 17 pacientes habían muerto. Asimismo en Panamá fueron afectados unos 500 pacientes, 28 pacientes con fuerte sobreirradiación y 8 muertes (110, 111), causando gran inquietud en las autoridades sanitarias, órganos reguladores, pacientes, medios de comunicación y el público en general.

## GESTIÓN Y DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

La situación de los recursos humanos para la salud, si bien muestra diferencias importantes dentro de las Américas, sigue siendo objeto de preocupación por los déficits absolutos de personal de salud observados en muchos países, problemas generalizados de distribución reflejados en la concentración de la fuerza de trabajo en las grandes ciudades, y desequilibrios en los perfiles ocupacionales y de competencias prevalentes. Esta realidad adquiere nuevas dimensiones por las presiones demográficas relacionadas con el envejecimiento de la población y del propio personal de salud, la movilidad interna y externa del personal en búsqueda de mejores condiciones de trabajo y de vida, y la evolución de las necesidades de salud, particularmente el peso de las enfermedades no transmisibles (112).

En contraparte, el período 2006–2010 se ha caracterizado por un dinamismo sostenido en el desarrollo de políticas, estrategias y planes de recursos humanos, así como en la cooperación entre los países en la búsqueda de respuestas efectivas a sus problemas más apremiantes. Un elemento fundamental en este sentido ha sido el fortalecimiento de la capacidad de conducción estratégica de los recursos humanos por parte de los ministerios de salud, a fin de viabilizar las políticas sectoriales de acceso universal y de expansión de cobertura de servicios en el marco de la renovación de la atención primaria. Muchos países han invertido en desarrollar capacidades de liderazgo en este campo, mediante procesos dinámicos de formación y de profesionalización de la gestión de recursos humanos, acompañados de una reestructuración organizacional y mayor nivel jerárquico de las direcciones de recursos humanos.

Las políticas de recursos humanos en la Región se centraron en aumentar la disponibilidad de personal de salud y mejorar su distribución con las competencias adecuadas en los lugares adecuados, principalmente en los equipos de salud de la familia para el primer nivel de atención en comunidades vulnerables o remotas; diseñar estrategias de reclutamiento y de retención del personal en zonas subatendidas; mejorar las condiciones contractuales y laborales, y establecer mecanismos de coordinación de las intervenciones de capacitación y de los programas de formación con las instituciones y el sector educativo para lograr los cambios deseados en el modelo de atención en salud. Algunos estudios han documentado una relación positiva entre el aumento de la densidad de trabajadores de salud o de la cobertura por equipos de salud de la familia y una mejora en los indicadores de salud, entre ellos la mortalidad materna (113). Se han alcanzado nuevos consensos acerca de los recursos humanos de salud en los países de la Región hacia el final del período 2006–2010. Uno consiste en la presión creciente de las enfermedades crónicas sobre los servicios sanitarios, situación que requiere una mejor anticipación y planificación de las necesidades de recursos humanos a futuro, de los marcos regulatorios que facilitan la utilización óptima de los distintos integrantes de los

equipos de atención y de los modelos de gestión de personal. Un segundo tema de consenso se refiere a la necesidad de reforzar el desempeño y la productividad del personal de salud para superar las ineficiencias existentes. Y el tercero consiste en una mayor convergencia con el sector educación en el diseño de estrategias compartidas de fortalecimiento de las redes integradas de servicios de salud con base territorial, así como el despliegue de redes de aprendizaje que aprovechen las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para asegurar una atención de calidad y centrada en las personas y las comunidades (76). Dicho esto, el principal desafío en el contexto internacional actual será la estabilización de la fuerza de trabajo en función de las necesidades de salud, lo que requerirá de estrategias creativas de gestión de la movilidad y de la migración de los profesionales sanitarios (10).

#### **DISPONIBILIDAD Y DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD**

En un informe de la OMS se propone una relación recursos humanos de salud (médicos, enfermeras y parteras) de 25 por 10.000 habitantes, para garantizar un nivel mínimo aconsejable de cobertura de las intervenciones básicas de la salud pública (10). Esta propuesta se basa en un estudio del déficit mundial de profesionales realizado por la Iniciativa Conjunta para el Aprendizaje (Joint Learning Initiative), donde se sugiere que en los países con menos de 2,5 profesionales de la salud (médicos, enfermeras y parteras) por 1.000 habitantes no es posible aumentar a 80% la proporción de mujeres atendidas en el parto por personal calificado o la cobertura de inmunización contra el sarampión.

Si bien se observan avances en la dotación de recursos humanos de un grupo de países, algunos incluso superando la meta, hay otro número importante que aún debe realizar esfuerzos para acercarse a la relación establecida. Por otra parte, vale recalcar que esta información no da cuenta de la distribución del personal al interior de cada país, tanto geográfica como en la relación público-privado. A modo de ejemplo, a continuación se analiza la

situación de Chile –un país que supera la meta– y Perú, que aun cuando ha acreditado algunos logros, todavía no la ha alcanzado, entre otros factores por el fenómeno de la migración. En la figura 5.2 se puede ver la situación de los recursos humanos en los países de América del Sur en 2009–2010.

En 2009 Chile registraba casi 30.000 médicos, con una razón cercana a 18 médicos por cada 10.000 habitantes. Sin embargo, al analizar su distribución geográfica, se ve que 73% de estos profesionales se encuentran en la zona central cercana a la capital, con una razón de 21,2 médicos por 10.000 habitantes, mientras que en la zona norte del país esa razón baja a 12 por 10.000, es decir casi la mitad que en el centro (92).

En el caso de Perú, 47,7% del personal de salud se concentra en Lima y Callao. También aquí hay marcados contrastes entre diversas zonas del país, como por ejemplo entre Lima –donde hay 15 médicos disponibles por cada 10.000 habitantes– y la ciudad de Ayacucho, donde solo hay 5 médicos por 10.000 habitantes. En ambos casos, la fuerte presencia del personal en las zonas urbanas, especialmente las cercanas a la capital, tiene una relación directa con la alta concentración hospitalaria de los profesionales de salud, en detrimento de las prácticas comunitarias cuyo modelo se basa en la atención primaria.

## LA MIGRACIÓN DE PERSONAL DE SALUD

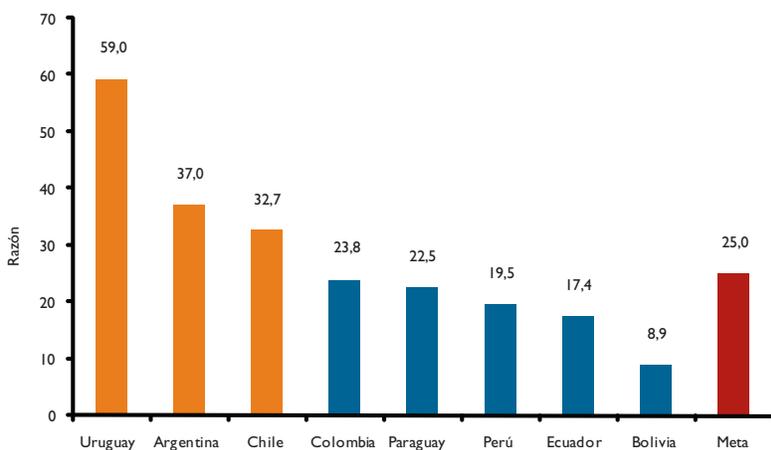
La migración de personal de salud constituye un problema en aumento en las Américas, con un fuerte impacto en los países del Caribe y en algunos de América Central, y con efectos incipientes también en América del Sur. El fenómeno migratorio, precisamente por los problemas que le crea al funcionamiento de los sistemas de salud, está siendo tratado en varios foros internacionales que buscan modos efectivos para enfrentar la situación. Un factor clave de la migración es el reclutamiento internacional activo, tema que fue objeto central en la agenda de la Conferencia Iberoamericana de Ministros y Ministras de Salud (Montevideo, 2006) y se encuentra incluido en recientes resoluciones de la OMS y la OPS.

Se estima que en el Caribe inglés el número de enfermeras que trabajan en el exterior supera tres veces el número de aquellas que trabajan en los países donde fueron formadas. Los principales destinos son Estados Unidos, Reino Unido y Canadá (114). En esta subregión en su conjunto, 42% de los puestos de enfermeras están vacantes por causa de la emigración, con Jamaica (58,4%) y Trinidad y Tabago (53,3%) como los casos más críticos (115).

Otro factor relacionado con la migración al exterior, y que afecta en particular a la subregión

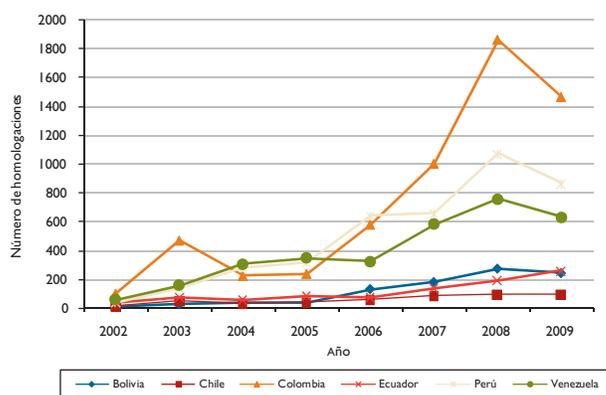
andina, es la homologación de títulos de profesionales sanitarios en España, donde el número de homologaciones de profesionales de enfermería de los seis países andinos subió drásticamente de 89 en 2002, a 871 en 2008. Entre 2002 y 2009, 3.313 profesionales de enfermería andinos homologaron sus títulos en España, mientras que el número de homologaciones de títulos de médicos subió de 246 en 2002 a 3.534 en 2009. En el período 2002–2009, 15.669 médicos de los 6 países andinos homologaron sus títulos en España (figura 5.3). El total

**FIGURA 5.2. Razón de recursos humanos para la salud por 10.000 habitantes, países seleccionados de la Región, 2010**



Fuente: OPS: Proyecto de Recursos Humanos, Medición de Metas Regionales.

**FIGURA 5.3. Homologaciones del título de medicina en España, de nacionales de los 6 países andinos, 2002–2009**



Fuente: Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones, Ministerio de Educación de España.

de enfermeras y médicos que homologaron sus títulos en el período alcanzó a 18.998, de quienes 7.353 provenían de Colombia y 5.252 de Perú, es decir que estos dos países representan 66,4% del total (116).

### LA PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

El abordaje de los problemas de recursos humanos en salud desde una perspectiva de política pública está permitiendo identificar los factores que contribuyen con más fuerza al fenómeno del desequilibrio de personal que muestran los países de la Región. Existe cierto consenso en que las desigualdades urbano-rurales, la insuficiencia de los sistemas de educación médica, la migración, la fuga de cerebros del sector público al privado y la falta de incentivos económicos son los factores más críticos como generadores de tales brechas, a los que se debe agregar también la carencia de incentivos vinculados al desarrollo personal y profesional de los profesionales sanitarios, sobre todo de los médicos (117).

Con objeto de dar soluciones, en la Región se están evaluando diversas líneas de acción complementarias en materia de políticas y planes de recursos humanos, incluyendo áreas como incentivos económicos y de desarrollo profesional, reformas curriculares en la formación de pregrado unidas a la descentralización de centros formadores, redefinición

de los perfiles profesionales adecuados a un modelo basado en la atención primaria, un uso cada vez mayor de nuevas tecnologías informatizadas y un enfoque integral para hacer frente al fenómeno de la migración de profesionales.

Los desafíos expuestos también plantean la urgente necesidad de que los países conozcan la actual disponibilidad de personal y su distribución, así como las necesidades presentes y futuras para dar cumplimiento a sus metas de recursos humanos

en salud. Con este propósito, una tarea prioritaria de los países será avanzar sostenidamente en el fortalecimiento de los sistemas de información de recursos humanos para la salud, cuyo caudal de evidencias permitirán establecer planes de largo plazo que garanticen el personal necesario con las competencias adecuadas en los lugares que se requiera.

Los primeros desafíos que enfrentan estos procesos de planificación radican en definir la composición y los perfiles necesarios de los equipos de salud que trabajan en la atención primaria, así como estimar las brechas actuales –y las futuras– en recursos humanos sanitarios que habrá que reducir para dar una respuesta viable y efectiva al conjunto del sistema. Estas decisiones deben incluir en el análisis de la capacidad instalada, tanto en infraestructura como en tecnología, el perfil demográfico y epidemiológico, y la disponibilidad financiera de cada país. Hasta el momento las iniciativas relacionadas con la planificación de recursos humanos en salud en ALC han hecho hincapié en determinar déficit por profesiones. De cara al futuro, en el contexto de sistemas sanitarios basados en la atención primaria habrá que continuar avanzando hacia métodos de estimación de necesidades de equipos multidisciplinarios. Un paso importante ya dado en este camino ha sido la creciente conciencia de los países sobre la necesidad de profundizar la coordinación intersectorial en la formulación de planes de recursos humanos de salud que partan de

definir temas prioritarios para el desarrollo de los sistemas y servicios de salud.

### CONDICIONES DE TRABAJO EN SALUD

En los últimos años ALC ha transitado una fuerte recuperación que, más allá de alcanzar un conjunto de indicadores socioeconómicos similares a los del período previo a la crisis de los noventa, incluyó la recuperación del rol del Estado como instancia articuladora de los conflictos sociales y garante de la reproducción del sistema. La expansión del mercado interno y el incremento de la inversión pública han sido factores centrales en esta recuperación de la capacidad estatal, todavía debilitada y surcada por estrategias y estructuras acuñadas en épocas muy diferentes. Este proceso de recuperación implicó la revisión de la gestión de recursos humanos en salud, comprendiendo que entraña un complejo abanico de dimensiones que interactúan y se entrelazan, convirtiéndola en un componente crítico de la calidad de la atención y de la eficiencia de los sistemas y servicios de salud.

Si bien hay datos probatorios de que las prácticas de contratación de recursos humanos en el sector salud de la Región han mejorado, todavía no se ha llegado a una situación satisfactoria, ni en materia de empleo ni en las condiciones de trabajo. Se puede afirmar que las condiciones de trabajo en salud continúan siendo una asignatura pendiente para el sector (118). Hay que señalar, no obstante, que casi todos los países de la Región están haciendo esfuerzos para analizar, definir y fortalecer las estructuras y las funciones de conducción estratégica de recursos humanos, destacándose las acciones llevadas a cabo por Argentina, Brasil, El Salvador, Paraguay y Perú (119).

Uno de los principales problemas de gestión de recursos humanos en las Américas durante la década de los noventa fue provocado por los cambios en las condiciones de contratación y la consecuente precariedad que trajeron aparejados para los trabajadores de la salud. Desde principios de los años 2000, se plantean las dimensiones sociales (trabajo, salud, educación) como elementos centrales en el desarrollo

y esto ha repercutido en las condiciones de contratación. Un mapeo no exhaustivo de las diversas formas de condiciones de empleo en trabajadores de la salud en la Región mostró un panorama de gran fragmentación y multiplicidad de formas de contratación y pago (120) (cuadro 5.6).

Según estudios realizados, el cambio de políticas en materia de contratación de recursos humanos en salud en las Américas ha tenido efectos significativos que se tradujeron en tasas de empleo muy superiores a las de la pasada década (121). Estos datos muestran con claridad las transformaciones experimentadas en las políticas de gestión de recursos humanos de varios países, especialmente en el rubro de contratación, donde se introdujeron medidas sólidas para reducir condiciones de precariedad laboral e introducir una serie de otros estímulos profesionales. Un ejemplo destacable de estos logros es Brasil, donde las nuevas políticas y acciones fueron dirigidas a la desprecariación del trabajo en salud, mediante el desarrollo de planes de cargos, carrera y salarios; la formación y actualización continua de los trabajadores sanitarios, y la promoción de un diálogo responsable durante la negociación de conflictos laborales, acciones imprescindibles para el funcionamiento idóneo del sistema único de salud (122). También cabe destacar que, como parte del proceso de desprecariación del trabajo, en varios países de la Región se están encarando iniciativas para el desarrollo de “carreras sanitarias” con diversas medidas, que van desde directrices de orientación federal en Brasil, hasta leyes de carrera en países como Guatemala, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana (123).

### SITUACIÓN Y TENDENCIAS DE LA EDUCACIÓN EN SALUD

No todos los países de las Américas tienen información disponible sobre el número de instituciones de formación de personal de salud. Se estima que hay unas 682 escuelas o facultades de medicina, de las cuales 160 están en Estados Unidos y 170 en Brasil – 48% del total de establecimientos en la Región (124). En el área de enfermería los datos son aún más

**CUADRO 5.6. Condiciones de empleo en sistemas fragmentados: modalidades de contratación y pago**

Organización de la prestación de servicios		Modalidad de empleo	Contrato	Modo de pago
Públicos (Ministerio de Salud y entidades descentralizadas)	Servicios de salud pública	Dependiente (asalariados protegidos y no registrados)	Tiempo indeterminado	Por tiempo
	Servicios ambulatorios	Semi-dependiente	Corta duración (flexible)	Por servicio
	Hospitales públicos			Per cápita
	Proyectos Extensión cobertura Tercerización (cooperativas)			Por metas
Seguridad social	Servicios propios	Dependiente (protegidos)	Tiempo indeterminado Corta duración	Por tiempo Por servicio Per cápita
	Servicios contratados/tercerizados (cooperativas)	Dependiente Semi-dependiente	Corta duración	Por tiempo Por servicio Per cápita
Privados	Servicios de empresas aseguradoras	Dependiente Semi-dependiente	Corta duración	Por tiempo Por servicio
	Empresas médicas	Independiente Dependiente Semi-dependiente	Corta duración	Por tiempo Por servicio
	Práctica liberal (médicos)	Independiente	Cuenta propia	Por servicio
ONG	Servicios propios	Dependiente	Corta duración	Por tiempo Por servicio
	Tercerización y otras modalidades	Dependiente Mixto	Corta duración	Por tiempo Por servicio

*Fuente:* Referencia (120).

escasos debido al enorme número de instituciones: solamente Brasil, Estados Unidos y México –donde viven unas 600 millones de personas– hay más de 2.300 escuelas de enfermería, cuyo número ha crecido drásticamente en los últimos años debido a su incorporación en instituciones educativas privadas. Se calcula que el resto de los países posee alrededor de 500 escuelas de enfermería.

Muchas carreras de enfermería y medicina del continente han avanzado en nuevos enfoques educativos, como los organizados con metodologías basadas en problemas, que buscan integrar conocimientos disciplinares y trabajar sobre problemas de salud, o los que integran programas alrededor de la comunidad como parte fundamental de la propuesta educativa. Algunas casas de altos estudios, como la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, han introducido cambios importantes en la formación de los profesionales médicos, quienes ya desde

el primer año de estudios se desempeñan en policlínicos y consultorios (unidades de atención primaria) donde pasan 75% de su tiempo de aprendizaje en el trabajo.

Una reciente investigación muestra que la formación de los trabajadores técnicos de la salud en los países del Cono Sur aún se encuentra determinada por imperativos de mercado que contribuyen a profundizar el cuadro de las desigualdades sociales internas, tanto en cada uno de los países como en el conjunto regional (125). Queda mucho por recorrer para incorporar nuevas orientaciones en la educación sanitaria y establecer estrategias innovadoras que fortalezcan los programas de formación profesional en salud. En este sentido, la Agenda de Salud para las Américas señala que “la formación de los recursos humanos sigue utilizando modalidades tradicionales que incentivan escasamente el desarrollo de condiciones de liderazgo y creatividad” (41).

## EDUCACIÓN DE PROFESIONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La mayoría de los países de la Región se han comprometido con la estrategia de atención primaria y las redes integradas de servicios de salud, y están proponiendo planes y políticas específicas de educación en este nivel de atención sanitaria. En 2007, un trabajo sobre la enseñanza de la atención primaria en las escuelas de enfermería del cono sur halló que la mayor parte de los países de este bloque habían adoptado tal estrategia como base para el plan de estudios, abordando con énfasis el concepto de salud en las etapas de ciclo vital, la promoción sanitaria y la prevención de enfermedades, así como inclusión significativa de prácticas de salud comunitaria (126).

En este marco, Brasil se trazó la meta de formar –durante 2008–2011– alrededor de 52.000 profesionales en un curso de especialización de salud de la familia. También se planteó una estrategia de trabajo conjunta con instituciones académicas y servicios sanitarios para responder a las necesidades del sistema único de salud (127). En Perú se creó asimismo el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria para los profesionales de la salud del primer nivel de atención, una iniciativa que se generó a partir del diálogo, la discusión y el consenso construido por una comisión sectorial integrada por múltiples instituciones gubernamentales y profesionales de la salud.

Existe el reconocimiento generalizado de que las residencias médicas constituyen un componente importante de las políticas de recursos humanos en salud, por el papel preponderante que cumplen los profesionales especialistas en los servicios de salud. Esto puede corroborarse analizando el financiamiento que otorgan los ministerios de salud a la formación de los médicos especialistas a través de las residencias médicas. Según datos de 14 países de la Región sobre las plazas de residencia ofrecidas en 2009 y 2010, en la mayoría de los casos hay más disponibilidad en las áreas de cirugía, pediatría, clínica quirúrgica, cuidados críticos, diagnóstico y terapéutica (128). Con la excepción de Cuba, 43% del total de las plazas otorgadas se concentraron en las especialidades básicas. El número de plazas

otorgadas para la formación en medicina general y familiar muestra un incremento cuantitativo en la mayoría de los países, aun cuando su crecimiento porcentual ha sido relativamente menor con respecto al conjunto de las especialidades. Solo 14% de las plazas otorgadas para el conjunto de las especialidades básicas se concentran en la medicina general y familiar –otra vez exceptuando a Cuba. Del 41% de plazas otorgadas para medicina familiar en 2000 se bajó a 18% en 2010. Algunos países de la Región han comenzado a incursionar en residencias no médicas, consideradas “del equipo de salud”, donde Argentina es el país con mayor experiencia, con una modalidad multiprofesional o uniprofesional (cuadro 5.7) (128).

Únicamente dos países de la Región –Canadá y Estados Unidos– disponen de un marco de competencias médicas que permite determinar la brechas existentes en la capacidad de desempeño de las funciones esenciales de salud pública por parte del personal. Los ejercicios iniciales de medición de las metas regionales realizados en los países andinos sugieren una situación preocupante en cuanto a las competencias de salud pública y de enfoques interculturales de los equipos de atención primaria, así

**CUADRO 5.7. Total de plazas anuales de residencias en países de las Américas, 2010**

País	Cantidad
Argentina	3.365
Bolivia	424
Brasil	11.263
Chile	659
Colombia	852
Costa Rica	225
Cuba	4.801
El Salvador	158
Honduras	300
México	6.122
Paraguay	306
Perú	1.391
República Dominicana	683
Uruguay	246
Total	30.795

Fuente: Referencia (128).

como a las de gestión para quienes manejan servicios y programas. Dado este diagnóstico, los países se han comprometido a establecer mecanismos de coordinación con las instancias nacionales encargadas de la educación para promover una mayor convergencia de los perfiles y las calificaciones de los futuros profesionales con las orientaciones y necesidades sanitarias. También han acordado desarrollar marcos de competencia para los equipos de salud familiar y comunitaria, con especial énfasis en la interculturalidad, adoptar políticas de aprendizaje y fortalecer la estrategia de redes de aprendizaje (eLearning) con el enfoque de educación permanente.

Entre las estrategias de articulación de los ministerios de salud y educación figuran los procesos de regulación de la calidad a través de esquemas de acreditación (124, 127). Al menos 27 países de las Américas cuentan con esquemas de acreditación de los programas de formación de médicos. Al respecto, los países han creado alianzas muy prometedoras dirigidas a evaluar los estándares propuestos por la Red Iberoamericana de Acreditación de la Calidad de la Educación Superior (RIACES) para los médicos, que coloca a la atención primaria como el eje central de la formación. Estos esfuerzos conforman un buen ejemplo de articulación entre los sectores salud y educación, y las agencias especializadas en acreditación. Finalmente, vale mencionar que desde hace ya una década los países del MERCOSUR están trabajando para armonizar sus legislaciones regulatorias de la salud y compatibilizando los sistemas de control sanitario entre los Estados integrantes del bloque (129).

## REFERENCIAS

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2010 [Internet]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/41799/PSE-panoramassocial2010.pdf> Consultado el 15 de mayo de 2012.
2. Cardenas M, Levy-Yeyati E, Henao C. Latin American Economic Perspectives. Brookings Institution [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.brookings.edu/~media/Files/rc/reports/2010/1006\\_latin\\_america\\_economy\\_cardenas/1006\\_latin\\_america\\_economy\\_cardenas.pdf](http://www.brookings.edu/~media/Files/rc/reports/2010/1006_latin_america_economy_cardenas/1006_latin_america_economy_cardenas.pdf) Consultado el 15 de noviembre de 2011.
3. Dion M. Welfare and Redistribucion in Latin America: Toward a New Model? (Preliminary draft) [Internet]; 2009. Disponible en: [http://www.cccg.umontreal.ca/RC19/PDF/Dion-M\\_Rc192009.pdf](http://www.cccg.umontreal.ca/RC19/PDF/Dion-M_Rc192009.pdf) Consultado el 15 de mayo de 2012.
4. Organización de los Estados Americanos. Primera Reunión de Ministros y Altas Autoridades de Desarrollo Social. Protección social y gobernabilidad democrática en las Américas. Reñaca, Valparaíso, Chile; 2008.
5. Scartascini CG, Stein E, Tommasi M. Political Institutions, State Capabilities and Public Policy: International Evidence [Internet]; 2008. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=1838946> Consultado el 15 de mayo de 2012.
6. Ardanaz M, Scartascini C, Tommasi M. Political Institutions, Policymaking, and Economic Policy in Latin America [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2010/04914.pdf> Consultado el 14 de mayo de 2012.
7. World Health Organization. Health Equity at the Country Level: Building Capacities and Momentum for Action. A Report on the Country Stream of Work in the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.
8. Roemer MI. National Health Systems of the World (Vol. 2). Oxford: Oxford University Press; 1993.
9. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2006. Colaboremos por la salud [Internet]; 2006. Disponible en:

- <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>. Consultado el 15 de mayo de 2012.
11. Reich M, Takemi K. G8 and strengthening of health systems: follow-up to the Toyako summit. *The Lancet* 2009;373:508–515.
  12. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. New York: Oxford University Press; 2003.
  13. Atun R, de Jongh T, Secci F, Ohiri K, Adeyi O. Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis. *Health Policy and Planning* 2009; 24:1–8.
  14. Banco Interamericano de Desarrollo. *La política de las políticas públicas. Progreso económico y social en América Latina. Informe 2006*. Washington, DC: BID; 2006.
  15. Tomassini L, Armijo M. *Reforma y modernización del Estado: experiencias y desafíos*. Santiago, Chile: Editorial LOM; 2002.
  16. Draibe S, Crisco M. Social policy and development in Latin America: The long view. *Soc Policy Adm* 2009;43(4):328–346.
  17. Franco R, Széleky PM. *Coordinación de la institucionalidad social en América Latina*. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2010.
  18. Organización Panamericana de la Salud. *Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico. Edición Especial No. 17* [Internet]; 2007. Disponible en: <http://www.lachealthsys.org/documents/433-funcionrectoradelaautoridadsanitarianacionaldesempenoyfortalecimiento-ES.pdf> Acceso: 15 de mayo de 2012.
  19. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. [Internet]; 2008. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf) Consultado el 15 de mayo de 2012.
  20. Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Estado de la Población Mundial 2011* [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/SWP\\_2011/SP-SWOP2011.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/SWP_2011/SP-SWOP2011.pdf) Consultado el 28 de octubre de 2011.
  21. Organización Panamericana de la Salud. *Informe anual de la Directora*. Washington, DC: PAHO; 2009.
  22. Anderson G, Waters H, Pittman P, Herbert R, Chu E, Das K. *Non-Communicable Chronic Diseases in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: USAID; 2009.
  23. Hoffman L, Jackson S. *A Review of the Evidence for the Effectiveness and Costs of Interventions Preventing the Burden of Noncommunicable Diseases: How Can Health Systems Respond?* Washington, DC: World Bank. 2003.
  24. Amery J. Safe motherhood case studies: Learning from South Asia. *Journal of Health, Population and Nutrition* 2009;27(2):87–88.
  25. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008;62:580–583.
  26. Organización Internacional del Trabajo; Organización Mundial de la Salud. *Iniciativa del piso de protección social*; 2010.
  27. Organización de los Estados Americanos. *Red Interamericana de Protección Social* [Internet]; 2011. Disponible en <http://www.socialprotectionet.org/espanol/index.html> Acceso: 7 de octubre de 2011.
  28. World Health Organization. *Free Obstetric Care in Haiti* [Internet]; 2010. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_MPS\\_10.05\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_10.05_eng.pdf) Consultado el 15 de mayo de 2012.
  29. Pan American Health Organization. *Earthquake in Haiti—One Year Later. PAHO/WHO Report on the Health Situation* [Internet]; 2011. Disponible en: [http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1475&Itemid=1](http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id=1475&Itemid=1) Consultado el 15 de mayo de 2012.
  30. Borgia F. *Health in Uruguay: Progress and Challenges in the Right to Health Care Three Years after the First Progressive Government* [Internet]; 2008. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>

- medicinasocial.info/index.php/socialmedicine/article/view/228/439 Consultado el 14 de mayo de 2012.
31. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Uruguay. Avances en la incorporación de colectivos al SNIS [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/uc\\_5430\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_5430_1.html) Acceso: 13 de octubre de 2011.
  32. Chile, Ministerio de Salud. Acceso Universal Garantías Explícitas [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_gesaugue/presentacion.html](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesaugue/presentacion.html) Acceso: 13 de octubre de 2011.
  33. Argentina, Ministerio de Salud. Plan Nacer. Datos nacionales de gestión [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.plannacer.msal.gov.ar/index.php/contents/detail/datos-nacionales-de-gestion> Acceso: 13 de octubre de 2011.
  34. Brasil, Ministério da Saúde. Notícias: Ministério habilita novas equipes do Saúde da Família [Internet]; 2011. Disponible en: [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalleNoticia&id\\_area=1529&CO\\_NOTICIA=13361](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalleNoticia&id_area=1529&CO_NOTICIA=13361) Acceso: 15 de mayo de 2012.
  35. México, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Logros del seguro popular; 2011.
  36. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe de la pobreza al 2010. Lima, Perú [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/> Acceso: 21 de julio de 2011.
  37. Cetrángolo O. Reflexiones sobre el financiamiento de la protección social en salud en América Latina y su impacto sobre la equidad En: Bello A, Sotelo CR (eds.) Protección social en salud en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2011.
  38. Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray JL. Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis. *Lancet* 2003;362:111–117.
  39. Knaul F, Arreola H. The Role of Evidence on Financial Protection in the Mexican Health Reform of 2003: Identification, Diagnosis, Monitoring, Prognosis and Dissemination of Learning [Internet]; 2006. Disponible en: [http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11587455291Knaul\\_-\\_Mexico\\_Health\\_Reform.pdf](http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11587455291Knaul_-_Mexico_Health_Reform.pdf) Accessed on: 22 July 2011.
  40. Organización Mundial de la Salud. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Informe sobre la salud en el mundo 2010 [Internet]; 2010. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2010/whr10\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf) Consultado el 17 de octubre de 2011.
  41. Agenda de salud para las Américas 2008–2017. Presentada por los Ministros de Salud de las Américas, Panamá, junio de 2007 [Internet]; 2007. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda\\_Salud\\_para\\_las\\_Americas\\_2008-2017.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf) Acceso: 14 de mayo del 2012.
  42. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. La construcción del sistema nacional integrado de Salud, 2005–2009 [Internet]; 2009. Disponible en: [http://www.lachealthsys.org/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=513&Itemid=244](http://www.lachealthsys.org/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=513&Itemid=244) Acceso: 15 de noviembre de 2011.
  43. Heijink R, Ke X, Saksena P, Evans D. Validity and Comparability of Out-of-Pocket Health Expenditure from Household Surveys: A Review of the Literature and Current Survey Instruments; 2011.
  44. Debrott D. Gasto de hogares en salud y su impacto en las estimaciones de pobreza e indigencia para Chile: Líneas de pobreza ajustadas por salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011 (documento de trabajo).
  45. México, Secretaría de Salud. Rendición de cuentas en salud 2009 [Internet]; 2009. Disponible en: [http://www.dged.salud.gob.mx/opencms/opencms/contenidos/dedss/descargas/rcs/RCS\\_09\\_6\\_Dic.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/opencms/opencms/contenidos/dedss/descargas/rcs/RCS_09_6_Dic.pdf) Acceso: 15 de mayo de 2012.

46. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Mendez O. Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Salud Pública de México* 2011;53 (suplemento 2).
47. Knaul F, Arreola H, Mendez O, Bryson C, Barofsky J, Maguire R et al. Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. *Salud Pública de México* 2007;49 (suplemento 1:s70–s87).
48. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Econ* 2003;12:921–934.
49. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2010 Santiago, Chile: CEPAL; 2010.
50. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2011. Washington, DC: OPS; 2011.
51. International Monetary Fund. World Economic Outlook Databases [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.imf.org/external/ns/cs.aspx?id=28> Consultado en julio de 2011.
52. World Health Organization. World Health Statistics 2010. Geneva: WHO; 2010.
53. Anderson G, Squire D. Measuring the U.S. health care system: A cross-national comparison. *Issues in international health policy. The Commonwealth Fund* 2010;90.
54. World Health Organization. World Health Statistics 2011 [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf) Consultado el 17 de octubre de 2011.
55. Thompson S, Foubister T, Mossialos E. Financing Health care in the European Union. [Internet]; 2009. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies> Consultado el 17 de octubre de 2011.
56. Kutzin J. Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies> Consultado el 17 de octubre de 2011.
57. Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman R. Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges [Internet]; 2009. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies> Consultado el 17 de octubre de 2011.
58. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at Glance: Europe 2010 [Internet]; 2010. Disponible en: [http://www.oecd.org/document/19/0,3746,en\\_2649\\_37407\\_46460563\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/19/0,3746,en_2649_37407_46460563_1_1_1_37407,00.html) Consultado el 17 de octubre de 2011.
59. Canadian Institute for Health Information. National Health Expenditure Trends, 1975–2010 [Internet]; 2010. Disponible en: [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NHEX\\_Trends\\_Report\\_2010\\_final\\_ENG\\_web.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NHEX_Trends_Report_2010_final_ENG_web.pdf) Consultado el 17 de octubre de 2011.
60. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Volumen Regional [Internet]; 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/SAvol1esp.zip> Acceso: 15 de mayo de 2012.
61. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas: Indicadores Básicos 2010. Washington, DC: OPS; 2010.
62. Martínez J. Sistemas de atención médica en Centroamérica: Estudio comparativo sobre su capacidad de enfrentar la crisis actual. Proyecto Estado de la Región. Informe final, junio de 2010 (inédito).
63. Mesa-Lago C. The extension of health care coverage and protection in relation with the labor market: Problems and policies in Latin America; *International Social Security Review* 2007;60:1.
64. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Informe financiero actuarial 2009 [Internet]; 2012. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/>

- NR/rdonlyres/0EBA7F19-16C5-49E2-A484-2D47CEB94E8E/0/IFAdic2009Completo.pdf Acceso: 17 de octubre de 2011.
65. Costa Rica, Ministerio de Salud. Normativas de habilitación [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/normativas-habilitacion-ms?format=pdf> Acceso: 10 de noviembre de 2011.
  66. United States, Department of Health and Senior Services. Types of licensed facilities and services [Internet]; 2011. Disponible en: <http://nj.gov/health/healthfacilities/types.shtml> Consultado el 10 de noviembre de 2011.
  67. Nicaragua, Ministerio de Salud. Manual de habilitación de establecimientos proveedores de servicios de salud Managua: Ministerio de Salud; 2008.
  68. American Hospital Association. Fast Facts on US Hospitals [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/fast-facts.shtml> Consultado el 10 de noviembre de 2011.
  69. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics: Health United States 2010 [Internet]; 2010. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus10.pdf> Consultado el 15 de mayo de 2012.
  70. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos [Internet]; 2009. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/IB\\_SPA\\_2009.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/IB_SPA_2009.pdf) Consultado el 15 de mayo de 2012.
  71. LaVeist T, Williams K, Isaac L. Mistrust of healthcare organizations is associated with underutilization of health Services. *Health Services Research* 2009;44(6):2093–2105.
  72. World Bank. An Overview of Medical Device Policy and Regulation [Internet]; 2007. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1109774792596/HNPBrief8.pdf> Consultado el 15 de mayo de 2012.
  73. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the iberoamerican study of adverse events. *BMJ Qual Saf* 2011;20:1043–1051.
  74. Owens PL, Barrett ML, Gibson TB, Andrews RM, Weinick RM, Mutter RL. Emergency Department Care in the United States: A Profile of National Data Sources. *Annals of Emergency Medicine* 2010;56:2.
  75. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de situación de los sistemas de servicios de emergencia médicas de la región de América Latina y el Caribe 2009–2011. Washington, DC: OPS; 2011 (documento de trabajo).
  76. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas (Vol. 4). Washington, DC: OPS; 2010.
  77. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual [Internet]; 2008. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A61/A61\\_R21-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R21-sp.pdf) [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A61/A61\\_R21-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R21-sp.pdf) Consultado el 14 de noviembre de 2011.
  78. Organización Panamericana de la Salud. Salud pública, innovación y propiedad intelectual: una perspectiva regional [Internet]; 2008. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-18-s.pdf> Acceso: 14 de noviembre de 2011.
  79. Morel CM, Carvalheiro JR, Romero CNP, Costa EA, Buss PM. Neglected diseases. The Road to Recovery [Internet]; 2007. Disponible en: <http://www.nature.com/nature/journal/v449/n7159/full/449180a.html#References> Consultado el 15 de mayo de 2012.
  80. Organización Panamericana de la Salud. El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas. Serie Técnica No 1: Medicamentos esenciales,

- acceso, e innovación [Internet]; 2009. Disponible en: <http://72.249.20.135/wordpress-mu/argentina/files/2010/06/Informe-MAC-OPS.pdf> Acceso: 14 de noviembre de 2011.
81. Organización Panamericana de la Salud. Innovación para la salud pública en las Américas: Promoción de la investigación y el desarrollo de productos para la salud [Internet]; 2010. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/MT-SeriTecnica\\_Innovacion\\_PAN\\_2009.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/MT-SeriTecnica_Innovacion_PAN_2009.pdf) Acceso: 15 de mayo de 2012.
  82. Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica. Buenas prácticas de farmacovigilancia para las Américas [Internet]; 2010. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18625es/s18625es.pdf> Acceso: 15 de mayo de 2012.
  83. Organización Panamericana de la Salud. La situación farmacéutica en las Américas: Compendio de datos estadísticos sobre los indicadores del primer nivel – 2007 [Internet]; 2010. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=4554&Itemid=1177](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=4554&Itemid=1177) Acceso: 15 de mayo de 2012.
  84. Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue. Política andina de medicamentos [Internet]; 2009. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/documentos/Politica%20andina%20de%20medicamentos%202009.pdf> Acceso: 14 de julio de 2011.
  85. Suarez R, Pescetto C. Improving the Measurement of Poverty in the Americas: Health Adjusted Poverty Lines: Background Materials – A Literature Review [Internet]; 2003. Disponible en: <http://www.paho.org/english/dpm/shd/hp/hapl-litcprs.pdf> Consultado el 15 de mayo de 2012.
  86. Organización Panamericana de la Salud. Propuesta regional para implementar una estrategia nacional de uso racional de medicamentos [Internet]; 2011. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=5155&Itemid=1180](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5155&Itemid=1180) Acceso: 15 de mayo de 2012.
  87. Castro JL, Hara G, Muñoz S, da Silva MC, Berríos ME, Montenegro A, et al. Consumo de antibióticos en Nicaragua y Honduras. Análisis de aspectos metodológicos y principales resultados. *Revista Panamericana de Infectología* 2008;10(4)S1:104–111.
  88. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Regional para la Seguridad Transfusional y Plan de Acción para 2006–2010: Evaluación final Washington, DC: OPS; 2011.
  89. Organización Panamericana de la Salud. Preguntas y respuestas acerca del Fondo Estratégico [Internet]; 2011. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1044&Itemid=989#1](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1044&Itemid=989#1) Acceso: 15 de mayo de 2012.
  90. Organización Panamericana de la Salud. Suministro de sangre para transfusiones en los países del Caribe y de Latinoamérica 2006, 2007, 2008 y 2009: Avance desde 2005 del Plan Regional de Seguridad Transfusional Washington, DC: OPS; 2010.
  91. Brasil, Ministério da Saúde. Caderno de Informação. Sangue e Hemoderivados. Produção Hemoterápica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
  92. Chile, Ministerio de Salud. Coordinación Nacional de Sangre, Programa Nacional de Sangre 2009. Base de datos. Santiago: Ministerio de Salud; 2011.
  93. Cruz Roja Ecuatoriana, Secretaría Nacional de Sangre. Datos de sangre 2009 Quito: Cruz Roja Ecuatoriana; 2009.
  94. Uruguay, Administración de los Servicios de Salud del Estado, Servicio Nacional de Sangre. Montevideo: USAS; 2010.
  95. Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud, Programa Nacional de Sangre. Base de datos Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud; 2009.
  96. Organización Panamericana de la Salud. Suministro de sangre para transfusiones en los países del Caribe y Latinoamérica en 2005: Datos basales para el Plan Regional de Acción para Seguridad Transfusional [Internet]; 2007.

- Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Sangrespanish2005.pdf>  
Acceso: 15 de mayo de 2012.
97. Cruz JR. Reduction of maternal mortality: The need for voluntary blood donors. *Int J Gynecol Obstet* 2007;98(3):291–293.
  98. Organización Nacional de Transplantes. International figures on donation and transplantation [Internet]; 2010. Disponible en: [http://www.edqm.eu/medias/fichiers/Newsletter\\_Transplant\\_Vol15\\_No1\\_Sept\\_2010.pdf](http://www.edqm.eu/medias/fichiers/Newsletter_Transplant_Vol15_No1_Sept_2010.pdf) Acceso 15 de mayo de 2012.
  99. Organismo Internacional de Energía Atómica. Acuerdo Regional de Cooperación para la Promoción de la Ciencia y Tecnología Nucleares en América Latina y el Caribe. Perfil Estratégico Regional para América Latina y el Caribe 2007–2013 [Internet]; 2008. Disponible en: [http://arc.cnea.gov.ar/documentos/per2007esp/1\\_S\\_Perl%20Estrat%20C3%A9gico.pdf](http://arc.cnea.gov.ar/documentos/per2007esp/1_S_Perl%20Estrat%20C3%A9gico.pdf) Acceso: 15 de mayo de 2012.
  100. Organización Panamericana de la Salud. La XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana (Resolución CSP24.R9) [Internet]; 1994. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/ftcsp\\_24.htm](http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/ftcsp_24.htm) Acceso: 15 de mayo de 2012.
  101. World Health Organization. Baseline Country Survey on Medical Devices 2010 [Internet]; 2010. Disponible en: [http://www.who.int/medical\\_devices/countries/en/](http://www.who.int/medical_devices/countries/en/) Consultado el 15 de mayo de 2012.
  102. Fleitas I, de la Mora R, González HJ, Machado A, Jiménez P. Guía de gestión e incorporación de tecnología: Radiología de propósitos generales [Internet]; 2009. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3366&Itemid=599](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3366&Itemid=599) Acceso: 15 de mayo de 2012.
  103. United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation. Sources and Effects of Ionizing Radiation [Internet]; 2008. Disponible en: [http://www.unscear.org/docs/reports/2008/09-86753\\_Report\\_2008\\_Annex\\_A.pdf](http://www.unscear.org/docs/reports/2008/09-86753_Report_2008_Annex_A.pdf) Consultado el 15 de mayo de 2012.
  104. International Atomic Energy Agency, Directory of Radiotherapy Centres. [Internet]; 2011. Disponible en: <http://www-naweb.iaea.org/nahu/dirac/default.asp> Consultado el 15 de mayo de 2012.
  105. Jimenez P. Emerging Challenges in the Management of Medical Exposures. Proceedings of the 12th Congress of the International Radiation Protection Association; 2010.
  106. American College of Radiology. Appropriateness Criteria [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/quality\\_safety/app\\_criteria.aspx](http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/quality_safety/app_criteria.aspx) Consultado el 14 de mayo de 2012.
  107. Canadian Association of Radiologists. Diagnostic Imaging Referral Guidelines: A Guide for Physicians [Internet]; 2005. Disponible en: [http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/ePractice\\_tools/English/CAR/CAR\\_Guideline.pdf](http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/ePractice_tools/English/CAR/CAR_Guideline.pdf) Consultado el 14 de mayo de 2012.
  108. Sociedad Argentina de Radiología. Guía de recomendaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen [Internet]; 2009. Disponible en: <http://www.sar.org.ar/docs/sar/librito.pdf> Acceso: 15 de mayo de 2012.
  109. Organización Internacional de Energía Atómica; Organización Panamericana de la Salud. El médico físico: Criterios y recomendaciones para su formación académica, entrenamiento clínico y certificación en América Latina [Internet]; 2010. Disponible en: [http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/P1424\\_S\\_web.pdf](http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/P1424_S_web.pdf) Acceso: 15 de mayo de 2012.
  110. Organismo Internacional de Energía Atómica. Sobreexposición accidental de pacientes de radioterapia en San José (Costa Rica) [Internet]; 1988. Disponible en: [http://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/P027s\\_scr.pdf](http://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/P027s_scr.pdf) Consultado el 15 de mayo de 2012.

111. Borrás C. Overexposure of radiation therapy patients in Panama: problem recognition and follow-up measures. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health* 2006;20(2/3):173–187.
112. Cameron R. *Human Resources for Health in the Americas: Strengthening the Foundation* Washington, DC: PAHO; 2006.
113. Guanais FC, Macinko J. The health effects of decentralizing primary care in Brazil. *Health Affairs* 2009;28(4):1127–1135.
114. World Bank. *The Nurse Labor and Education Markets in the English-speaking CARICOM: Issues and Options for Reform* Washington, DC: World Bank; 2009.
115. Pittman P, Aiken L, Buchan J. International migration of nurses. *Health Serv Res* 2007; 42(3 Pt 2):1275–1280.
116. Sanabria H. Migración calificada en la Región Andina (en prensa).
117. Dussault, G, Franceschini MC. “Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce”. *Human Resources for Health* 2006;4:12.
118. Organización Panamericana de la Salud. *Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud 2005–2015*. Washington, DC: OPS; 2006.
119. Organización Panamericana de la Salud. *Perfil de las unidades de recursos humanos de los Ministerios de Salud de América Latina y el Caribe*. Washington, DC: OPS; 2008.
120. Brito P, Rosales C. *Consulta regional sobre condiciones de contratación y empleo en la Región de las Américas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2006 (documento de trabajo).
121. Organización Panamericana de la Salud. *Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. Washington, DC: OPS; Buenos Aires: Ministerio de Trabajo; 2010.
122. Brasil, Ministério da Saúde. *Brasil. A educação e o trabalho na saúde: a política e suas ações* [Internet]; 2008. Disponible en: [www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs) Acceso: 15 de mayo de 2012.
123. Organización Panamericana de la Salud. *El proceso de construcción de las carreras sanitarias en la Región de las Américas: Análisis de situación y perspectiva de cooperación técnica* Washington, DC: OPS; 2006.
124. Foundation for Advancement of International Medical Education and Research. *Directory of Organizations that Recognize/Accredit Medical Schools* [Internet]; 2011. Disponible en: [www.faimer.org](http://www.faimer.org) Accessed: 15 de mayo de 2012.
125. Fundación Osvaldo Cruz. *La formación de trabajadores técnicos de la salud en Brasil y en los países del MERCOSUR: un estudio exploratorio Rio de Janeiro: FIOCRUZ*; 2011.
126. Organización Panamericana de la Salud. *Enseñanza de la APS en las escuelas de enfermería del Cono Sur. Serie Recursos Humanos para la Salud No. 49*. Washington, DC: OPS; 2007.
127. Organización Panamericana de la Salud. *La acreditación de programas de formación en medicina y la orientación hacia la APS. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas (Vol. 3)*. Washington, DC: OPS; 2010.
128. Organización Panamericana de la Salud. *Residencias médicas. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Washington, DC: OPS; 2011 (en prensa).
129. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. *Acuerdo de Salud No. 3. Educación superior en salud en el MERCOSUR* [Internet]; 2011. Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/ucmercosurs\\_5283\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/ucmercosurs_5283_1.html) Acceso: 13 de noviembre de 2011.
130. World Health Organization. *Health Systems Strengthening Glossary* [Internet]. Disponible en: [http://www.who.int/healthsystems/hss\\_glossary/en/#1](http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/#1) Consultado el 15 de mayo de 2012.
131. Naciones Unidas. *Estudios de métodos. Serie F, No. 85 Manual de contabilidad nacional. Cuentas nacionales: introducción práctica* [Internet]; 2006. Disponible en: <http://>

- [unstats.un.org/unsd/publication/seriesf/Seriesf\\_85S.pdf](http://unstats.un.org/unsd/publication/seriesf/Seriesf_85S.pdf) Consultado el 15 de mayo de 2012.
132. Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de salud pública. XLII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. LII Reunión del Comité Regional de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS; 2000 (Documento CD 42/15).
  133. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Gobernabilidad y desarrollo humano sostenible: Política del PNUD [Internet]; 1997. Disponible en: <http://mirror.undp.org/magnet/Docs/!UN98-21.PDF/!GOVERNANCE/SPANISH/Fm.pdf> Consultado el 15 de mayo de 2012.
  134. Dodgson R, Lee K, Drager N. Global Health Governance: A Conceptual Review. Discussion Paper No. 1. Geneva: World Health Organization; London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2002.
  135. Lee K, Mills A. Policy Making and Planning in the Health Sector London and Sydney: Croom Helm; 1982.
  136. World Health Organization. Health Systems Strengthening Glossary [Internet]. Disponible en: [http://www.who.int/healthsystems/hss\\_glossary/en/index7.html](http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index7.html) Consultado el 15 de mayo de 2012.
  137. Polidano C. Measuring public sector capacity. *World Development* 2000;28(5):811.
  138. Udley SE. *Mercatus Policy Series. Policy Resource No. 1. Primer on Regulation.* Arlington, VA: George Mason University; 2005.
  139. Rein M. *Social Policy: Issues of Choice and Change* New York: Sharpe; 1970.

## GLOSARIO

### Accesibilidad (de los servicios de salud)

Aspectos de la estructura de los servicios o establecimientos de salud que mejoran la capacidad de la gente de llegar a un proveedor de atención sanitaria en cuanto a ubicación, tiempo y abordabilidad (130).

### Acceso a los servicios de salud

Cómo perciben y experimentan las personas la facilidad de llegar a los servicios o establecimientos de salud en cuanto a ubicación, tiempo y abordabilidad (130).

### Consumo efectivo

El consumo final efectivo de los hogares abarca los gastos directos de estos, más el valor de los bienes y servicios de atención de salud recibidos en especie de la seguridad social o instituciones de seguro social de enfermedad, los gastos del gobierno en el consumo final de bienes y servicios de atención de salud de consumo individual y colectivo y los gastos finales en bienes y servicios de atención de salud por las instituciones sin fines de lucro, excluidas las ventas (131).

### Razón de eventos adversos

El número de fenómenos adversos sobre el número total de pacientes estudiados.

### Autoridad sanitaria nacional

Se refiere a la organización del Estado encargada de la rectoría del sistema de salud y sus acciones –así como de su regulación y fiscalización. En la práctica se define como el ministerio de salud o su equivalente.

### Enfoque de atención primaria de salud (APS)

“... un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de tal naturaleza se guía por los principios propios de la APS, tales como dar respuesta a las necesidades de

salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad” (18).

### Evento catastrófico

Existen variaciones en las definiciones de un evento catastrófico en salud así como en la metodología utilizada para su medición. La mayoría de estudios existentes definen un evento como catastrófico según su impacto en el ingreso de los hogares y, en consecuencia, en los niveles de pobreza. La Organización Mundial de la Salud define la catástrofe financiera –en función de la capacidad de pago– como el gasto directo de más de 40% de los ingresos familiares en atención sanitaria, una vez cubiertas las necesidades básicas. No existe consenso, sin embargo, en la definición de este umbral, el cual según los autores oscila entre 5% y 30% (38, 39).

### Fondo rotatorio

Mecanismo de cooperación solidaria mediante el cual se compran las vacunas, jeringas y suministros afines en nombre de los Estados Miembros de la OPS.

### Funciones esenciales de salud pública

“... el conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo la finalidad de la salud pública, es decir, mejorar la salud de las poblaciones” (132). Sucintamente, son el conjunto de acciones fundamentales que los gobiernos deben realizar para mejorar la salud de la población.

### Gobernanza (governabilidad, buen gobierno)

“... el ejercicio de la autoridad económica, política y administrativa en la gestión de los asuntos de un país en todos los planos. Abarca los mecanismos, procesos e instituciones por conducto de las cuales los ciudadanos y los grupos expresan sus intereses, ejercitan sus derechos y obligaciones jurídicas y ejercen funciones de mediación respecto de sus diferencias” (133).

## Gobernanza de la salud

“... las acciones y medios adoptados por una sociedad para organizarse en la promoción y protección de la salud de su población. Las reglas que definen esa organización y su funcionamiento pueden prescribir y proscribir comportamientos de forma oficial (por ejemplo, la Ley de Salud Pública, el Reglamento Sanitario Internacional) u oficiosa (por ejemplo el juramento hipocrático). El mecanismo de gobernanza se puede situar a nivel local o subnacional (por ejemplo, la autoridad sanitaria distrital), nacional (por ejemplo, el ministerio de salud), regional (por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud), o internacional (por ejemplo, la OMS). La gobernanza de la salud puede ser pública, privada o una combinación público-privada” (134).

## Política de salud

Decisiones del gobierno —y en nombre del público— que relacionan o influyen la búsqueda de la salud y el bienestar de la población (135).

## El sistema de salud

(i) todas las actividades cuya finalidad primaria consiste en promover, restablecer o mantener la salud; (ii) las personas, instituciones y recursos organizados en conjunto de conformidad con las políticas establecidas para mejorar la salud de la población destinataria, respondiendo a las expectativas legítimas de la gente y protegiendo a esta contra los costos de la mala salud mediante una variedad de actividades cuyo propósito primario es mejorar la salud (130).

## Hospitalocentrismo

Focalización en proveedores orientados al suministro de servicios curativos episódicos fragmentados que requieren un predominio de especialistas médicos organizados alrededor de hospitales, con una dependencia alta de tecnologías costosas, y con graves deficiencias de calidad y de seguridad del paciente.

## Institucionalidad de las políticas sociales

Reglas de juego formales e informales que sirven para procesar y priorizar los problemas

sociales. Las siguientes características definen una política institucional: emanan de un acuerdo político y social de atender un problema específico, establecen objetivos y metas claras, y cuentan con instrumentos para evaluar su consecución, establecen obligaciones y derechos específicos para cada uno de los actores relevantes y cuentan con la definición de normas y reglas de comportamiento (17).

## Gastos directos

Suma de todos los pagos directos efectuados por individuos. Los pagos directos de productos o servicios incluyen: (i) pagos directos, es decir pagos de productos o servicios no cubiertos por forma alguna de seguro; (ii) compartición de costos, es decir una disposición de un seguro de enfermedad o pago de terceros que requiere que el individuo cubierto pague parte de los costos, y (iii) pagos informales, o sea pagos no oficiales de bienes y servicios que deben ser financiados totalmente por ingresos compartidos (136).

## Enfoque de atención primaria de salud (APS)

Enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud que hace del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad. Un sistema de tal naturaleza es guiado por principios propios de la APS, tales como los de respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad (18).

## Capacidad de formulación de políticas

Capacidad de estructurar el proceso de toma de decisiones, coordinarlo en todo el gobierno y alimentarlo con análisis informados (137).

## Políticas públicas

Decisiones autorizadas que toman las entidades legislativas, ejecutivas y judiciales, las que se traducen en regulaciones, leyes, normas, impuestos y otros incentivos o elementos de disuasión económicos. Su aplicación genera cambios de comportamiento —en las instituciones, los grupos de personas o los individuos— necesarios para alcanzar los objetivos de política establecidos.

**Productos biológicos**

Incluyen, entre otros, vacunas, alérgenos, antígenos, derivados de sangre y de plasma, sueros inmunológicos, inmunoglobulinas, anticuerpos y productos elaborados mediante tecnología recombinante.

**Regulación**

Es un tipo de política pública que funciona como vehículo primario que permite a los organismos implementar leyes. Son estándares específicos o instrucciones que establecen qué puede hacerse o no por los individuos, las empresas y otros actores (138).

**Política social**

“... todas las formas de intervenciones colectivas (tanto del Estado como de la sociedad civil) que contribuyen al bienestar general” (139). Se entiende como un tipo de política pública que se ocupa de las formas como las sociedades responden a los problemas y necesidades sociales, por ejemplo el modo en que las familias organizan sus vidas, se organiza la provisión de la protección social o se responde al desempleo y la pobreza.

**Rectoría**

La rectoría puede describirse como el ejercicio de un poder y una responsabilidad sustantivos en la política de salud pública en el contexto de nuevas relaciones entre el gobierno y la sociedad en el Estado moderno.

**Fondo Estratégico**

La Organización Panamericana de la Salud creó el Fondo Estratégico en el 2000 para facilitar la

adquisición de suministros estratégicos de salud pública en sus Estados Miembros. Al prestar apoyo técnico en las adquisiciones, el Fondo promueve la disponibilidad continua de suministros estratégicos de buena calidad a bajo costo. También ayuda a fortalecer la capacidad de gestión del suministro de medicamentos y de programación y planificación de las adquisiciones a nivel nacional. El Fondo Estratégico también se conoce como Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública.

**Tecnologías sanitarias**

Se refiere a la aplicación de conocimientos teóricos y prácticos estructurados en forma de dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas elaborados, para resolver problemas sanitarios y mejorar la calidad de la vida (WHA 60.29). Además incluye, entre otros, productos biológicos y biotecnológicos; sangre y componentes; células y tejidos humanos; insumos de laboratorios, imagenología, radioterapia, y equipo médico.

**Cobertura universal**

Esta expresión significa que las disposiciones financieras e institucionales son suficientes para cubrir a toda la población. La cobertura universal elimina la capacidad de pago como una barrera al acceso a los servicios de salud y protege a las personas de riesgos financieros, prestando un apoyo adicional para alcanzar metas de equidad e implementar actividades promotoras de la salud (18).