



SALUD: Consideraciones Generales

Los bienes públicos son de acceso universal, propiedad que puede tomar dos formas. Primero, no suscitan rivalidades, es decir, el hecho de que una persona o empresa utilice un bien público no impide su uso, en parte o total, al mismo tiempo por otros. Segundo, son de uso no competitivo, es decir, es imposible, sin imputar costos prohibitivos, impedir su uso por parte de los individuos.

En el caso de los bienes públicos existe un incentivo para que las personas puedan consumir sin pagar (teorema del parásito), ya que no se les puede excluir de su consumo. Esto lleva a que el mercado, por sí solo, no logre producir una cantidad eficiente de estos bienes. Es necesaria la intervención del gobierno para proveerlos o financiar su producción.

Además de un derecho humano, la salud es un condicionante y un indicador del creciente social y económico y del nivel de desarrollo individual y de un país, un reto para la planificación, la gestión y la investigación, un bien de consumo. Pero, esencialmente, según la definición de la OMS de 1946, "es un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad". Por otro lado, el Congreso de Médicos y Biólogos en Lengua Catalana de 1978 afirmaba que "la salud es aquella manera de vivir que es jubilosa, autónoma y solidaria". Desgraciadamente, sin embargo, mientras que en el reducido número de países beneficiarios del Estado del bienestar la salud es considerada como un bien y un derecho al alcance de toda la población, en la mayor parte del planeta la enfermedad o la falta de salud implica a menudo la pérdida del puesto de trabajo, el hecho de tener que hipotecar los escasos recursos disponibles para pagar a los médicos y los tratamientos y quedar condenado a la marginación por un problema de salud que limita o inhabilita las capacidades laborales y sociales. A pesar de que los datos internacionales muestran una mejora del estado de salud en el mundo, la esperanza de vida al nacer se incrementó en veinticinco años durante el siglo pasado y se consiguió el control e incluso la erradicación de algunas de las principales enfermedades infecciosas como la viruela, la salud y la calidad de vida de gran parte de los 2.500 millones de personas que viven en países de renta baja sigue situándose por debajo de los límites aceptables para cualquier ser humano. Esto refleja el profundo nivel de desigualdad que existe entre personas, países y zonas del planeta, que incrementa las diferencias entre quienes pueden disfrutar de buena salud y disponen de los medios para mantenerla y aquellos



que no tienen acceso a los recursos básicos para superar enfermedades que cuentan con tratamientos eficaces y, a menudo, de un coste no muy elevado. Un ejemplo de ello es el hecho de que las enfermedades transmisibles explican la diferencia de mortalidad entre el 20% de la población más rica del planeta y el 20% de la más pobre, es decir, las enfermedades relacionadas con la pobreza.

El estado de salud en el mundo y sus determinantes

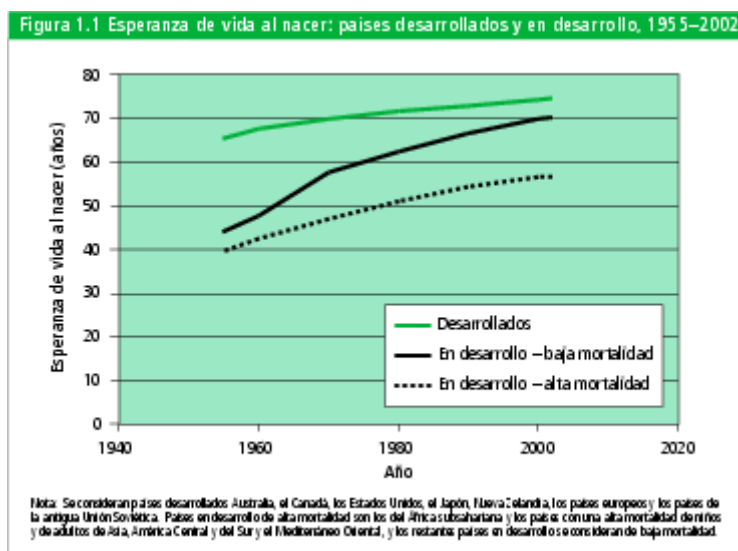
Es bien sabido que el estado de la salud de las personas viene determinado por factores que se sitúan mucho más allá de los propios recursos y sistemas sanitarios de un país. De esta manera, en 1976 el entonces ministro de Sanidad de Canadá, Marc Lalonde, planteaba que el nivel de salud de una comunidad estaba influido por cuatro grandes grupos de determinantes:

1. La biología humana; es decir, la constitución, la carga genética, el desarrollo y el envejecimiento.
2. El medio ambiente, incluidos desde los elementos vinculados al impacto sobre la naturaleza, como la contaminación física, química y biológica, hasta los aspectos psicosociales y sociocultural.
3. Los estilos de vida y las conductas de salud: el consumo de sustancias adictivas institucionalizadas (tabaco, alcohol) o ilegales (marihuana, cocaína, heroína, pastillas...), el sedentarismo y la falta de ejercicio físico, el tipo de dieta y la alimentación, el estrés, la violencia, la conducción y los accidentes de tráfico, y la mala utilización de los servicios sociosanitarios.
4. El sistema de asistencia sanitaria: la mala utilización de los recursos, los efectos adversos producidos por la asistencia sanitaria, las listas de espera demasiado largas, la burocratización de la asistencia.

Aumenta la esperanza de vida... aunque no para todos

En los últimos 50 años, la esperanza media de vida al nacer se ha incrementado en términos mundiales en cerca de 20 años, pasando entre 1950--1955 y 2002 de 46,5 a 65,2 años. Esto representa a nivel planetario un aumento medio de la esperanza de vida equivalente a cuatro meses por año durante dicho periodo. Como media, la esperanza de vida aumentó en nueve años en los países desarrollados (por ejemplo, en Australia, los países europeos, el Japón, Nueva Zelandia y América del Norte), en 17 años en los países en desarrollo con elevados niveles de mortalidad de niños y de adultos (la mayoría de los países africanos y los países más pobres de Asia, la Región del Mediterráneo Oriental y América Latina) y en 26 años en los países en desarrollo con baja mortalidad. Como se muestra en la [figura 1.1](#), la gran diferencia de los años cincuenta

entre las esperanzas de vida de los países desarrollados y los países en desarrollo se ha transformado hoy en una gran diferencia entre los países en desarrollo con alta mortalidad y los otros países.

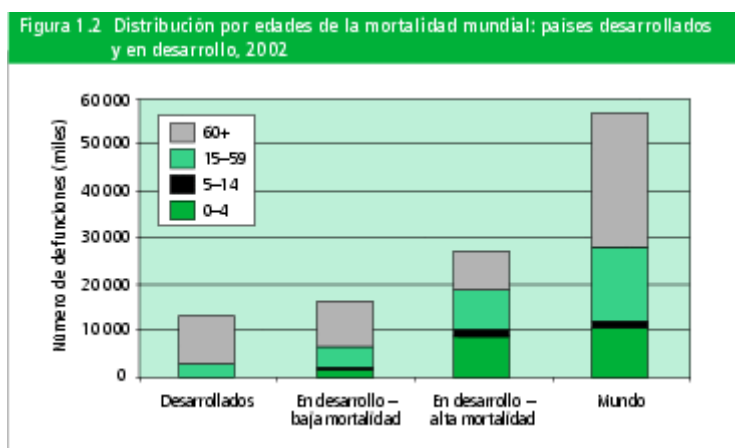


Los aumentos de la esperanza de vida registrados en la primera mitad del siglo XX en los países desarrollados fueron el resultado de un rápido descenso de las tasas de mortalidad, en particular de la materno infantil y de la atribuible a enfermedades infecciosas en la infancia y en la primera etapa de la edad adulta. El acceso a una vivienda, unos servicios de saneamiento y una educación de mejor calidad, la tendencia a formar familias más reducidas, el incremento de los ingresos y la adopción de medidas de salud pública, como la inmunización contra diversas enfermedades infecciosas, contribuyeron sobremano a esa transición epidemiológica. En muchos países desarrollados, ese cambio se inició hace aproximadamente 100--150 años. En algunos lugares, por ejemplo en el Japón, la transición comenzó hace menos tiempo, aunque luego avanzó a un ritmo más rápido, y en muchos países en desarrollo se inició incluso más tarde y todavía no ha concluido. En los países desarrollados, las mejoras actuales en los niveles de esperanza de vida se deben principalmente a la reducción de las tasas de mortalidad entre los adultos.

Pautas de mortalidad mundiales

De los cerca de 57 millones de personas que fallecieron en 2002, 10,5 millones (esto es, casi un 20%) eran niños menores de cinco años (véase la [figura 1.2](#)). El 98% de esas muertes se produjeron en

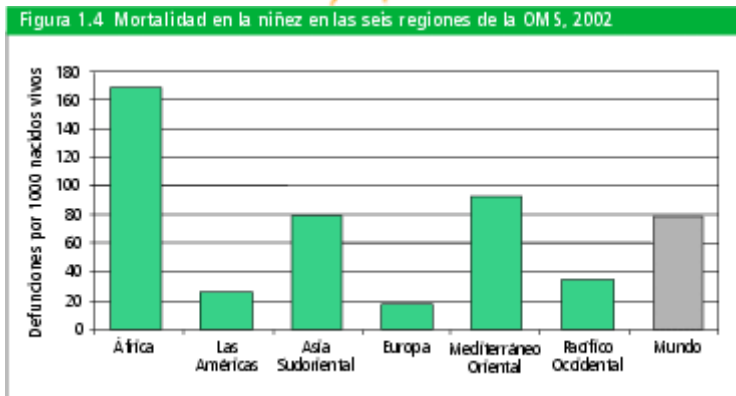
países en desarrollo. En los países desarrollados, más del 60% de las defunciones se dan en personas mayores de 70 años, mientras que en los países en desarrollo ese porcentaje ronda el 30%. Un factor clave es el número relativamente elevado de muertes registrado en estos últimos en adultos de edades comprendidas entre los 15 y los 59 años. En los países en desarrollo, más del 30% del total de fallecimientos se produce en esas edades, mientras que en las regiones más ricas ese porcentaje se sitúa en un 20%. Esta elevadísima tasa de mortalidad prematura entre los adultos observada en los países en desarrollo es un importante problema de salud pública.



Los países en desarrollo constituyen a su vez un grupo muy heterogéneo en lo que a tasas de mortalidad se refiere ([figura 1.1](#)). El contraste entre los países en desarrollo con baja mortalidad, como China (donde se concentra más de una sexta parte de la población mundial), y los países africanos con alta mortalidad (donde vive una décima parte de la población mundial) pone de manifiesto las enormes diferencias que existen entre los países en desarrollo en lo concerniente a la situación sanitaria. En China el número de muertes registradas antes de los cinco años no llega al 10%, mientras que en África asciende al 40%. Por otro lado, en China el número de fallecimientos de personas mayores de 70 años es de un 48%, y en África sólo de un 10%.

Mortalidad en la niñez: contrastes en el plano mundial

La [figura 1.4](#) muestra los niveles de mortalidad en la niñez correspondientes a las distintas regiones. De los 20 países del mundo que presentan las cifras más elevadas de mortalidad en la niñez (probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años), 19, es decir todos excepto uno (Afganistán), son africanos.



Intervenciones en salud

El análisis de los condicionantes implicados en las intervenciones en salud resulta esencial para avanzar en directrices que permitan reducir el diferencial entre las actuales prioridades en salud a escala mundial y los progresos en biomedicina e investigación biomédica y la gestión de valores vinculados a diferencias socioculturales.

Es fundamental replantearse las estrategias del mundo occidental a la hora de afrontar los diversos retos en materia de salud analizando la importancia de la medicina tradicional, la implicación de las comunidades en el análisis de su estado de salud, los retos bioéticos de los nuevos tratamientos y el desarrollo de medicinas y productos sanitarios en países de renta baja.

Sistemas de salud

Un sistema de salud compromete a todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones, cuyo propósito primario es el mejoramiento de la salud.

El objetivo final de un sistema de salud es el de alcanzar niveles óptimos de salud y las menores diferencias posibles entre el estado de salud de los individuos y/o los grupos poblacionales.

Actores del sistema de salud

- El gobierno y/o las corporaciones profesionales que estructuran y regulan el sistema.
- La población que paga por el sistema de salud y recibe servicios
- Las agencias aseguradoras y/o compradoras de servicios de salud
- Los proveedores de servicios de salud



- Las organizaciones de la comunidad que suman en organización, logística, financiamiento D o I, provisión de servicios, etc.

Los cuatro tipos ideales de **sistemas** de salud

En el curso del siglo veinte existieron tres tipos de sistemas de salud que fueron **modelos** ó **paradigmas** para una importante diversidad de países, por lo que se los denominó "tipos ideales", por la clara diferencia de concepción y atención de la salud que se advierte entre ellos y **los valores** que los fundamentan:

El **Modelo de Servicios Nacionales de Salud (SNS)**: Es uno de los modelos clásicos de atención de la salud. El **sistema** se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de **impuestos** y acceso universal a los servicios que son provistos por **proveedores** públicos. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del **Estado**, que tiene una gran **responsabilidad** en la conducción y gestión del **sistema**. Este es el **modelo** que, con matices, se aplica en **Inglaterra**, Suecia, Noruega, Dinamarca, **España**, Portugal y todos los países del antiguo bloque soviético; en su financiación existen otras **fuentes** además de los impuestos, como el pago directo de los usuarios y otros aportes, y lo mismo sucede en su **administración** y gestión

- **Rol del Estado**: es al mismo tiempo regulador, financiador y prestador de servicios.
- **Instrumento fundamental**: presupuesto público.
- **Forma de control**: tecnocrática y corporativa.
- **Financiamiento**: subsidio a la oferta
- **Base doctrinaria**: socialismo

El **Modelo de Sistemas de Seguridad Social**: Se trata de uno de los modelos vigentes que tiene ya cien años de **historia** sobre todo en su país de origen, **Alemania**, y se caracteriza por un protagonismo no tan estatal, una gestión mucho más des centralizada y una **organización** basada más en la regulación que en la **planificación**. Es el modelo de **Francia**, Alemania, Bélgica y **Japón**. La financiación es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores, por lo general obligatorios, administrados por entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados ó públicos. Sólo cubren a los aportantes y su **grupo** familiar.



- Rol del Estado: mínimo. Pluralidad de reguladores, financiadores y prestadores de servicios.
- Instrumento fundamental: Libre juego del mercado, sin regulación ni financiamiento estatal.
- Forma de control y regulación: el mercado.
- Financiamiento: privado y articulado por la libre demanda.
- Base doctrinaria: neoliberalismo

Los **Modelos Basados en el Financiamiento Privado**: Se trata de sistemas de voluntarios. Tienen una organización fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública.

- Rol del Estado: Las funciones de regulación y financiamiento, separadas de la función de provisión.
- Instrumento fundamental: el contrato.
- Forma de control: tecnocrático y público directo e indirecto.
- Financiamiento: subsidio a la oferta o a la demanda
- Base doctrinaria: social democracia

Los **Modelos Mixtos**: Son los que combinan la participación del Estado en la Prestación del servicio, con el de entidades intermedias, mutuales u Obras sociales y permite la asistencia del sector privado a través de los seguros privados de salud ó las empresas de "medicina prepaga". En éste modelo se ubica a la Argentina actual.

- Rol del Estado: reconoce las fallas del mercado en salud y valora los mecanismos de competición. Propone una relación trilateral (compet. gerenciada)
- Instrumento fundamental: relación de agencia.
- Forma de control: tecnocrático + público D e I + mercado.
- Financiamiento: subsidio a la demanda
- Base doctrinaria: social liberalismo

¿Qué se entiende por gasto en salud?

El denominado gasto en salud involucra todos aquellos gastos comprometidos de forma directa o indirecta con la consecución de objetivos genéricos del bienestar o la calidad de vida relacionada con la salud.



Los estudios preocupados con la comparabilidad de los resultados obtenidos plantearon que el gasto en salud incluye el consumo privado de cuidado médico: hospitalario, ambulatorio, medicamentos, recursos terapéuticos, otros beneficios asegurables (excepto contraprestaciones monetarias por la enfermedad) y prestaciones públicas, incluyendo servicios preventivos y de salud pública, administración y regulación.

Una vez identificado qué debe ser incluido y qué no el mayor riesgo es el de incurrir en el doble conteo, es decir duplicar la valoración de ciertas actividades. El criterio que ha sido más utilizado para la cuantificación del gasto sanitario consiste en medirlo a través de su financiación. Existen otros criterios alternativos como por ejemplo, la provisión, la especificación de los recursos empleados o el tipo de servicios prestados. Esta óptica registra las fuentes de financiamiento institucionales - que en Argentina serían los ministerios y secretarías, las obras sociales, las prepagas y mutuales- pero no debe excluir el gasto de los individuos o las familias mejor denominado como desembolso directo. En realidad es preciso responder a las siguientes preguntas:

- ¿Quién paga?
- ¿Cómo paga?
- ¿Quién decide?
- ¿En qué se gasta?

PAGA?	¿CÓMO PAGA?	¿QUIÉN DECIDE?	¿EN QUE SE GASTA?
FAMILIAS	Desembolsos directos	Individuos >> G. Privado	Bienes Servicios Primarios
EMPRESAS	Impuestos y tasas	Gobierno >> G. Público	Secundarios Terciarios
ONGs	Contribuciones		Salud Colectiva

PERFIL DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD DE PRINCIPALES PAISES

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

En el año 2000, se calculó que un 11,4% de la población de los Estados Unidos de América vivía por debajo del nivel nacional de pobreza; las minorías constituyen un gran porcentaje de esta población.



En 2000, la tasa de desempleo nacional era de 4,0%. Los Estados Unidos de América ocupan el tercer lugar en cuanto al Índice de Desarrollo Humano, que mide la esperanza de vida, el nivel de instrucción y los ingresos reales ajustados. También ocupa el tercer lugar en el índice de desarrollo relacionado con el género, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Los servicios de atención de salud en los Estados Unidos de América se dividen entre los sectores público y privado. El país no tiene un sistema único, nacional, de asistencia sanitaria. El proveedor más grande de los servicios de salud es un sector privado competitivo, compuesto por hospitales, médicos, dentistas, hogares para convalecientes, organismos de asistencia domiciliaria, compañías aseguradoras, empresas de suministros médicos y fabricantes de productos farmacéuticos. Aproximadamente, 70% de la población está cubierta por un seguro de salud privado. En términos generales, los gastos totales para la salud han fluctuado en torno al 13,0% del producto interno bruto (PIB). Los gastos públicos constituían aproximadamente, 45,3%, mientras que los gastos privados comprendían aproximadamente 54,7%. El gasto sanitario nacional per cápita en 1999 fue de US\$ 4.358. En general, los gastos per cápita durante los últimos decenios han aumentado en forma marcada.

El Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) es el principal organismo del gobierno de los Estados Unidos de América para proteger la salud de todos los estadounidenses y proporcionar servicios sociales esenciales, especialmente para los que son menos capaces de velar por sí mismos. El HHS forma parte del poder ejecutivo y el Congreso de los Estados Unidos de América determina su presupuesto. En el ejercicio económico 2001 su presupuesto ascendió a US\$ 429.000 millones.

Mediante un programa conocido como Medicare, el gobierno federal proporciona seguro de salud a todos los estadounidenses de más de 65 años de edad, los que tienen insuficiencia renal permanente y ciertas personas con discapacidades. Los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, anteriormente la Administración Financiera de Asistencia sanitaria, o HCFA), una división del HHS, administran Medicare. Es el programa más grande de seguro de salud de la nación y cubre aproximadamente a 39 millones de estadounidenses. El gobierno federal, mediante los CMS, también trabaja con los gobiernos estatales para proporcionar seguro de salud, conocido como Medicaid, a los pobres del país. Medicaid es un programa de seguro de salud, financiado en forma conjunta por el gobierno federal y los gobiernos estatales, que se dedica a algunos sectores de la población de bajos ingresos. Cubre aproximadamente a



36 millones de individuos, incluidos niños, ancianos, ciegos, discapacitados y otros que reúnen los requisitos para recibir mantenimiento de ingresos del gobierno federal. El gobierno federal, por medio del HHS, también patrocina la investigación médica en una amplia variedad de áreas.

CANADA

En el Canadá la atención de salud se proporciona por un sistema nacional simbiótico cuyo financiamiento es compartido por los seguros de salud público y privado, los usuarios y el gobierno. La Constitución canadiense delega la responsabilidad de la atención de salud a los gobiernos provinciales y territoriales.

Las provincias tienen la responsabilidad primordial de administrar, organizar y ofrecer los servicios y de financiar y regular las actividades de los profesionales de la salud, mientras que el gobierno federal establece el marco legal y los principios básicos del sistema, que las provincias y territorios observan con relativa flexibilidad.

El sistema federal también cubre a grupos especiales, como los aborígenes, las fuerzas armadas y la policía federal. A pesar de que los sistemas provinciales y el sistema federal son independientes y autónomos, todos tienen que cumplir con los principios básicos de accesibilidad, cobertura integral, universalidad, portabilidad y administración pública.

El financiamiento es compartido por el gobierno federal y los gobiernos provinciales o territoriales. La legislación federal ha sido diseñada con el fin de garantizar que todos los residentes del país tengan acceso a la atención médica que necesiten mediante un sistema de seguro de salud financiado por impuestos.

Independientemente de su ingreso o capacidad de pago, todo residente puede, en principio, recibir servicios médicos y de hospitalización, además de los procedimientos diagnósticos, quirúrgicos y dentales que se consideren necesarios desde el punto de vista médico, dentro de la cobertura que ofrece el sistema. A discreción de las provincias y, más aún, de los gobiernos locales, existen ciertos planes de seguro de salud que ofrecen cobertura adicional. Sin embargo, un mandato constitucional impide que se le niegue atención a un residente del país, aunque no posea cobertura o sus recursos económicos no sean suficientes para cubrir el costo de la atención. De hecho, la condición de residente en otro país nunca puede usarse como justificación para negarle la atención a una persona.

En Canadá, el gasto per cápita en salud y el porcentaje del producto interno bruto (PIB) dedicado a ella figuran entre los más altos del mundo. De hecho, en 1992 el gasto en salud de Canadá se estimó en



9,5% del PIB, mientras que en Estados Unidos se estimó en 13%. Si estos valores se traducen a gastos per cápita, en 1991 Canadá gastó, por persona, \$US 2 107, mientras que Estados Unidos gastó \$US 2 868. Cuando se comparan estos datos con los publicados para 1990 por el Banco Mundial, se aprecian ciertas diferencias. No obstante, al compararse estas cifras con las de otros países desarrollados, se confirma que el porcentaje del PIB que Canadá y Estados Unidos dedican a la salud es de los más altos del mundo. Junto con Finlandia, Suecia y Suiza, el gasto per cápita en salud en esos países también figura entre los más elevados y se ha duplicado durante la última década.

FRANCIA

En primer lugar, el sistema de salud francés se caracteriza por la coexistencia de actores públicos (por ejemplo los hospitales) y de actores privados (por ejemplo las clínicas o las profesiones de salud liberales). Se caracteriza también por un financiamiento ampliamente mutualizado: los gastos de salud no son directamente sufragados por los pacientes, sino asumidos (bajo la forma de reembolso o de adelantamiento de gastos) por el seguro de enfermedad obligatorio. Los organismos de seguro de enfermedad se financian con las cotizaciones basadas en los salarios y en los rendimientos financieros.

El Estado es el principal actor de la salud. Tiene un papel directo en el financiamiento y en la producción de asistencia médica. Además, controla las relaciones entre las instituciones de financiamiento, los enfermos y los profesionales de la salud.

La afiliación a un régimen de seguro de enfermedad es obligatoria. La protección social contra los riesgos relacionados con la enfermedad es esencialmente asumida por el seguro de enfermedad. Gestionada por los actores sociales bajo la tutela del Estado, la protección social constituye una de las ramas de la Seguridad social (que también reúne la familia y la vejez).

La instauración del seguro de enfermedad se lleva a cabo por varios regímenes. El más importante es el régimen general de la seguridad social. Dicho régimen cubre los asalariados de la industria, del comercio y de los servicios – así como sus familias – o sea un 80% de la población.

En ciertas situaciones como las enfermedades graves, la maternidad o los accidentes de trabajo, se cubren en totalidad o casi totalidad los gastos de salud. En los demás casos, el seguro de enfermedad reembolsa una parte de los gastos (parte que varía según el tipo de prestación) y deja a cargo del enfermo una parte del gasto, llamada "ticket modérateur". Por eso, sistemas complementarios de cobertura



de salud se instauraron progresivamente para asumir la totalidad o parte de los gastos dejada a cargo del paciente por el seguro de enfermedad.

Los gastos sanitarios representan poco más del 10 % del producto interior bruto (PIB) francés, o sea 168 mil millones de euros y 2.732 euros por cada individuo (cifras de 2003).

Desde varios años, los gastos van aumentando más rápidamente que el PIB. Para tratar de frenar esta evolución, los poderes públicos han implementado varias medidas. Las ordenanzas de 1996 han instaurado un "objetivo nacional para los gastos del seguro de enfermedad" (ONDAM), votado anualmente por el Parlamento en el marco de la Ley de financiamiento de la seguridad social (LFSS). La LFSS fija un objetivo nacional para los gastos del seguro de enfermedad. Como su denominación lo deja a entender, el ONDAM no fija límites en los gastos de salud sino crea una obligación de control regular.

ESPAÑA

El Servicio Nacional de salud se basa en el principio de que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral. El Estado se responsabiliza plenamente de garantizar este derecho gestionando y financiando, a través de los presupuestos generales, un servicio sanitario que integra, ordena y normaliza todas las funciones sanitarias, lo cual debe permitir el paso de una concepción presidida por la enfermedad a una práctica sanitaria basada en la salud igual para todos.

Las principales características de este modelo son:

- **Universalización de la atención.** Cubre al 100% de la población, independientemente de su situación económica y de su afiliación a la seguridad social.
- **Accesibilidad y desconcentración.** Para garantizar la equidad en el acceso a los servicios se ha instrumentalizado la *regionalización sanitaria*, basada en situar los diferentes servicios sanitarios lo más cerca posible de donde vive y trabaja la población. Se trata así de reducir la concentración de centros sanitarios en los núcleos urbanos.
- **Descentralización.** En la actualidad se tiende a descentralizar la gestión de los recursos sanitarios; para ello se han emprendido unas reformas en la organización del sistema sanitario, con el fin de asegurar una mayor capacidad de respuesta por parte de los servicios y de los profesionales a las necesidades y aspiraciones de los ciudadanos. Se tiende a



implicar a la comunidad en la toma de decisiones sobre la gestión del gasto y en el modo de utilización de los servicios.

- **Atención Primaria.** En el servicio nacional de salud, la base de la atención sanitaria es la atención primaria de salud.

La Atención Primaria de Salud, según la definición aceptada universalmente, es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan aportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Participación de la comunidad. Los ciudadanos participan en la orientación y el control del funcionamiento del sistema nacional de salud, a través de los órganos de gestiones locales y regionales.

En el sistema sanitario español, en la actualidad, pueden identificarse tres niveles organizativos: *central, autonómico y áreas de salud.*

ORGANIZACION DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL

El órgano fundamental de la administración central del Estado es el Ministerio de Sanidad y Consumo, encargado de la propuesta y ejecución de las directrices generales del gobierno sobre la política de salud, planificación y asistencia sanitaria y consumo, así como de la coordinación de las actividades dirigidas a la reducción del uso de drogas y de sus consecuencias.

ORGANIZACION AUTONOMICA

La ordenación territorial de los servicios sanitarios es competencia de las Comunidades Autónomas y debe basarse en la aplicación de un concepto integrado de atención a la salud.

En cada Comunidad Autónoma debe constituirse un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y otras organizaciones territoriales intracomunitarias, respetando las distintas titularidades que existan, aunque a nivel funcional dichos servicios estén adscritos al servicio de salud de cada Comunidad Autónoma.

AREAS DE SALUD

Las áreas de salud, según las define la Ley de Sanidad, son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios por ellos desarrollados.



Las áreas de salud se delimitan teniendo en cuenta factores geográficos, demográficos (población entre 200.000 o 250.000 habitantes, excepto en algunas Comunidades, pero en cualquier caso, con un mínimo de un área por provincia), socioeconómicos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, vías de comunicación e instalaciones sanitarias.

Con el fin de lograr la máxima operatividad y la mayor eficacia en la atención de salud, las áreas de salud se dividen en *zonas básicas de salud*, que constituirán el marco territorial de la Atención Primaria de Salud.

El gasto sanitario ha sufrido un incremento muy importante en los últimos años en España. Durante un período de tan sólo 7 años, comprendido entre 1995 y 2001, el gasto sanitario ha pasado de 33.387 a 49.118 millones de euros, lo que supone un incremento del 47%. En el año 2004, el gasto público sanitario representó el 5.5% del PIB.

ITALIA

El Servicio Sanitario Nacional (SSN) italiano es un sistema público de carácter universal y solidario, es decir, garantiza la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos sin distinción de género, residencia, edad, ingreso o trabajo, y está financiado a nivel nacional a través del sistema fiscal.

El SSN asegura el acceso a los servicios respetando los principios de: la dignidad de la persona, las necesidades de atención, equidad, calidad, pertinencia de la atención y economicidad en el uso de los recursos.

La prestación de servicios sanitarios para el Servicio Sanitario Nacional es posible sólo por parte de estructuras sanitarias acreditadas, sean públicas o privadas.

El conjunto de prestaciones que son garantizados a todos los ciudadanos en modo uniforme en todo el país por el Servicio Sanitario Nacional y la modalidad concreta para aplicarlos está incluido en una lista de Niveles Esenciales de Asistencia (LEA). Los LEA se refieren a las prestaciones y servicios incluidos en las tres grandes articulaciones del Servicio Sanitario (en las cuales se incluyen, de manera transversal, los servicios de salud mental y la asistencia farmacéutica):

- Asistencia sanitaria colectiva en los ambientes de vida y de trabajo
- Asistencia distrital
- Asistencia hospitalaria



El gasto sanitario en Italia está dividido en una parte pública que cubre casi el 70%, y una parte privada que viene pagada directamente por los ciudadanos y que sirve para la compra directa de fármacos, el pago de ticket, etc. El gasto público sanitario sirve para alimentar el Fondo Sanitario Nacional con el cual son pagadas todas las actividades del Sistema Sanitario Nacional, ya sean provistas por las estructuras públicas o realizadas por las estructuras privadas acreditadas por contratos con el Servicio sanitario nacional (SSN).

El gasto público está alimentado por el sistema fiscal: el financiamiento del SSN proviene, casi en un 95%, de la tributación fiscal directa (sobre las ganancias de las empresas y de las personas físicas) y de la indirecta (sobre el consumo) y, en la parte restante, de ingresos propios varios de las Organizaciones Sanitarias y de la coparticipación de los ciudadanos en el gasto público sanitario. En el 2003 el Gasto Sanitario Nacional ascendía indicativamente al 8,2% del Producto Interno Bruto.

JAPON

El sistema de salud japonés está organizado en base a un seguro universal que provee servicios a toda la población. El sistema se financia con impuestos sobre la nómina salarial (empleados y empleadores), con aportes del propio estado y con los ingresos provenientes del copago que realizan los beneficiarios del seguro de salud. Adicionalmente, el estado subsidia la cobertura de salud de los individuos de menores ingresos y los desempleados.

La población puede elegir libremente donde recibir atención y la mayor parte de las consultas de primer nivel se realizan en las clínicas y hospitales sin internación. Los costos del sistema hospitalario como los costos en que incurren los efectores del primer nivel de atención (incluidos los medicamentos) son parcialmente reembolsados por los fondos provenientes del seguro de salud y el resto se financia a través del pago que realizan los pacientes (copago).

El gasto nacional en salud en Japón representa el 8,5% del PIB2. El gasto en pacientes mayores de 65 años representan el 49% del gasto total, mientras que en términos poblacionales, este grupo de población mayor representa sólo el 18,5% de la población total.

La atención de la salud se financia con una combinación de impuestos al trabajo (53%), aportes del gobierno (32%) y copagos (15%). Aproximadamente el 18% del total de recaudación impositiva se destina al financiamiento de la salud.

El rol del sector privado está siendo ampliamente discutido en la actualidad. Por el momento, los únicos servicios que pueden ofrecer



los efectores privados son todos aquellos que no se ofrecen por el sistema nacional de seguro de salud. Esto incluye procedimientos avanzados para el tratamiento de la infertilidad, terapia genética y alguna otra práctica de estas características, con lo cual no existen incentivos para invertir en el sector.

Existen proyectos oficiales para otorgarle un rol mucho más activo al sector privado dentro de la provisión de servicios de salud, aunque esta siendo ampliamente discutido porque podría introducir diferencias de calidad "inaceptables" en una sociedad considerada igualitaria.

GRAN BRETAÑA

El National Health Service, o NHS, es el servicio de salud que brinda cobertura universal y gratuita a 59 millones de personas en Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte; prácticamente la totalidad de la población británica utiliza los servicios médicos del servicio nacional de salud.

Creado en 1948, el sistema de salud británico es reconocido mundialmente por su cobertura universal, la alta calidad de la atención primaria, el éxito de sus estrategias de contención de gastos y por el óptimo grado de autorregulación y desarrollo profesional que ha alcanzado en cada nivel de servicio.

El NHS es una parte central del sistema de bienestar social británico. Los principios establecidos en su concepción aún siguen vigentes: la obligación de ofrecer un servicio de salud integral gratuito para toda la población según la demanda, sin distinción de su nivel de ingresos. La atención primaria es provista en el ámbito comunitario por médicos de cabecera, farmacéuticos, oftalmólogos y odontólogos que trabajan al servicio del NHS como profesionales independientes.

Enfermeras, visitantes sociales, parteras, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, podólogos, dietistas y psicoterapeutas brindan un apoyo fundamental y juntos resuelven el 90% de las consultas a la mitad del costo de su equivalente en atención hospitalaria.

Los médicos de cabecera están presentes en todas las comunidades. Representan el principal sostén del servicio de salud al proveer atención primaria y derivando, en caso de necesidad, a los siguientes niveles de atención según la complejidad.

la atención secundaria es administrada descentralizadamente por NHS Trusts, para brindar tratamientos adicionales o cuidados que incluyen los tratamientos más sofisticados del mundo. Unos 300 hospitales generales, diseminados en los grandes centros urbanos británicos, ofrecen servicios de maternidad, internación, geriatría, anestesia, radiología, diálisis, patología y guardias equipadas para atender accidentes y emergencias médicas. En la atención a los



pacientes se observa un incremento en la asistencia ambulatoria e internaciones cortas.

La atención terciaria involucra a hospitales interregionales de alta complejidad especializados en trasplantes de corazón e hígado, tratamientos oncológicos y cráneo-faciales. Estos hospitales son reconocidos a nivel mundial por sus valiosas contribuciones en el campo de la investigación y por la excelencia de su capacitación profesional.

Gran Bretaña destina el 6,7% de su PBI a la atención de la salud. En este campo, los servicios son gratuitos en el punto de entrega y todos los participantes, empleadores y empleados contribuyen con sus aportes a paliar el gasto. El promedio de expectativa de vida de los hombres es de 74,4 años y 79,3 años para las mujeres. A pesar de que estos índices son similares en los Estados Unidos, el costo real per cápita en Gran Bretaña es un 30% inferior.

BRASIL

El sistema de salud del Brasil es mixto, segmentado y, según el origen de los recursos, está compuesto por dos subsistemas: uno público y otro privado.

En el subsistema público existen dos segmentos: (i) el primero, de acceso universal y gratuito (todos los ciudadanos tienen derecho al mismo), íntegramente financiado con recursos públicos y denominado Sistema Único de Salud (SUS); y (ii) el segundo, de acceso restringido a los funcionarios públicos (civiles y militares), financiado con recursos públicos y contribuciones de los empleados.

En el subsistema privado se distinguen también dos segmentos, ambos beneficiados con alguna forma de incentivo fiscal: (i) el primero reúne los planes y seguros de salud, denominado sistema complementario, de afiliación voluntaria, no obligatoria, financiado con recursos de los empleadores y los empleados (en el caso de los contratos colectivos de las empresas) o exclusivamente por las familias; y (ii) el segundo ofrece acceso directo a proveedores privados mediante pago al momento de la prestación de los servicios asistenciales.

Para el 75% de la población, el sistema público es el único acceso a la atención de salud. La población cubierta por el sistema privado también se beneficia de la red pública mediante las acciones de salud pública; parte de esta misma población utiliza igualmente procedimientos más complejos y de mayor costo.

Según la OMS, los gastos públicos en salud para el año 2004 fueron de R\$65,1 mil millones, lo que equivalía al 3,4% del PIB, vale decir, EU\$121 dólares corrientes per cápita o EU\$306 PPA per cápita (dólar ajustado por la paridad de poder adquisitivo, o PPA).



Como proporción del PIB, el gasto público registró una discreta, pero constante, expansión al pasar del 2,9% en el 2000, año en que el Congreso Nacional aprobó la vinculación de recursos para la salud, al 3,47% en el 2005. Como el gasto federal se mantuvo estable durante ese período, como proporción del PIB, el crecimiento debe atribuirse a los aportes de las esferas subnacionales.

COLOMBIA

La Salud en Colombia está a cargo del [Ministerio de Protección Social](#) bajo mandato constitucional y delegada en parte al sector privado. Colombia se encuentra en el puesto 41 de 191 países, por su desempeño general del sistema de [salud](#) según un informe de la [Organización Mundial de la Salud](#). La reforma al sistema de salud tuvo como fin evitar el monopolio del estado sobre la salud y permitir el [derecho de la competencia](#) con la incorporación de empresas prestadoras de salud. También la creación de subsidios al sector salud para cubrir a los más necesitados.

Los principios generales de la ley, determinan que la salud es un servicio público, que debe ser garantizado en condiciones aptas para los ciudadanos. El artículo 153 de la Ley 100 determinó que el seguro de salud debía ser compulsorio, que los proveedores de salud debían tener autonomía administrativa y que los usuarios del servicio debían tener el derecho a escoger libremente el proveedor de salud que desearan.

El sistema está compuesto básicamente por tres entes:

El Estado: Quien actúa como ente de coordinación, dirección y control. Crea el Concejo nacional de seguridad en salud (CNSSS) y la Superintendencia Nacional de Salud. El CNSSS se encarga de proveer todas las directrices sobre seguridad social y hacer las políticas de salud y la Superintendencia vigila y controla a los actores del sistema.

Los aseguradores: Son entidades públicas o privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado y los prestadores de los servicios de salud. Son las empresas promotoras de salud (EPS) las administradoras de fondos de pensiones (AFP) y las aseguradoras de riesgos profesionales (ARP).

Los prestadores: Son finalmente las instituciones que prestan el servicio de salud (IPS), son los hospitales, clínicas, laboratorios, etc que suministran todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad.

El gobierno destina los recursos en salud los cuales son manejados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) creado a partir del artículo 218 de la ley 100 de 1993 y el artículo 1 del Decreto 1283 del 23 de julio de 1996 como una cuenta adscrita al Ministerio de la



Protección Social manejada por encargo fiduciario y quien es la encargada de realizar una distribución a cada una de sus subcuentas para cubrir todos los frentes del sistema de seguridad social. A continuación se hace referencia a cada una de las subcuentas que tiene el Fosyga:

- Subcuenta ECAT (Seguro de riesgos catastróficos): Esta subcuenta subsana el costo de las atenciones de las víctimas de accidentes de tránsito a través del SOAT y las víctimas de eventos catastróficos y terroristas. El SOAT cubre, la atención integral de hospitalización, suministro de medicamentos, pago de procedimientos, servicios diagnósticos y rehabilitación que requiere el paciente hasta completar un monto de 800 salarios mínimos legales vigentes, si la atención del paciente sobrepasa éste monto el sobre costo estará a cargo de la EPS a la cual se encuentre afiliado el usuario. El médico tratante en el servicio de urgencias debe diligenciar un formulario para éste tipo de accidentes el cual debe anexarse junto con la copia del SOAT para el respectivo cobro al Fosyga.
- Subcuenta compensación: Recauda el valor de la compensación en el régimen contributivo, entendiéndose como compensación el descuento de las cotizaciones recaudadas por las EPS y demás entidades obligadas a compensar derivadas de los descuentos en salud y pensión que se realizan a los empleados y empleadores. La subcuenta de compensación financia el régimen contributivo mediante el pago de UPC (Unidad de pago por capitación), es decir el CNSSS fija una tarifa fija para la UPC la cual se reconoce por un usuario afiliado, de ésta forma el Fosyga con recursos de ésta cuenta gira a cada una de las EPS el valor de UPC proporcional a la cantidad de afiliados independientemente si éstos utilizan los servicios o no.
- Subcuenta solidaridad: Recauda los recursos aportados por todos los actores del sistema con destino al régimen subsidiado (una parte es aportada por las personas afiliadas al régimen contributivo que tengan un ingreso mayor a 4 salarios mínimos). Los recursos que administra la subcuenta tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable a éste régimen. Entre mas recursos obtenga ésta cuenta se abren mas cupos para ser ocupados por las personas del régimen subsidiado.
- Subcuenta promoción: Financia las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad, las cuales se encuentran en el Plan de Atención Básica – PAB. El gasto en salud ha registrado un crecimiento del 70% en los últimos 5 años. Esto corresponde al 8.5% del PIB convirtiéndose Colombia en el cuarto país en la región con el mas alto gasto en salud como porcentaje del PIB.



CHILE

El Sistema de Salud chileno es mixto, compuesto de fondos y prestadores públicos y privados. El sector público lo integran los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus organismos dependientes: los 29 Servicios de Salud, el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (FONASA), y la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (SISP).

El MINSAL vela por el desarrollo de la salud en el nivel nacional, asume el rol rector y regulador del Estado en materia de salud y ejerce la autoridad sanitaria. La función principal del SNSS consiste en brindar prestaciones de salud a través de una red asistencial compuesta por Hospitales, Consultorios Urbanos y Rurales, y Estaciones Médico-rurales y Postas Rurales; también ejerce funciones de regulación. El ISP sirve de Laboratorio Nacional y de Referencia, lo que involucra la normalización y control de calidad de los laboratorios y de los medicamentos; también tiene funciones en la vigilancia y cumplimiento de regulaciones ambientales. La CENABAST facilita la provisión de medicamentos y demás insumos de uso médico al sistema. El FONASA financia las acciones de salud y las inversiones, así como las prestaciones otorgadas a través del Sistema o por otros organismos. Además, establece convenios y fija aranceles. La SISP se encarga de controlar las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). El financiamiento proviene de un aporte fiscal al aseguramiento y la provisión públicos. Además, existe un aporte obligatorio de los asalariados que corresponde al 7% de sus sueldos. El componente público lo gestiona FONASA. Este Fondo recibe los aportes de los asalariados que escogen esta opción de aseguramiento, así como las transferencias del Presupuesto de la Nación para la atención de los indigentes y para el financiamiento de los programas de salud pública. El aseguramiento privado se hace a través de las ISAPRES. Como porcentaje del PIB, Chile gasta el 6%, lo que es modesto comparado con países de su nivel de desarrollo. Cabe aclarar que Chile, en los últimos años, ha presentado un alza en el porcentaje de gasto en el sistema de salud y un mayor uso de tecnologías, personal y procedimientos modernos que permiten suponer una mejoría en la calidad y, por ende, una mayor eficacia de los servicios públicos, lo cual habría contribuido, junto a otros factores, a los mejores indicadores del estado de salud de la población, como son la disminución de las mortalidades materna e infantil, una prolongación de la esperanza de vida y disminución de otras mortalidades específicas.



ARGENTINA Y SU SISTEMA DE SALUD

El sector de la salud en Argentina se organiza alrededor de tres subsistemas: la atención pública de la salud, el sistema de cobertura ofrecido por las obras sociales y el sector privado. El sector de atención pública de la salud corresponde a la red de atención formada principalmente por los hospitales públicos y los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). El Sistema Nacional de Seguro de Salud (las obras sociales) tiene un carácter semipúblico. El origen de sus fondos proviene de un impuesto sobre la masa salarial (cargas salariales y patronales) y la afiliación de cada trabajador es obligatoria. El sector privado está constituido esquemáticamente por dos tipos de proveedores en salud: los proveedores de seguros de salud (las prepagas) y los proveedores de atención en salud (sanatorios y consultorios privados).

La cobertura en materia de salud en Argentina es muy desigual. El sector público ofrece a través de la red de establecimientos públicos una cobertura universal mínima que se destina principalmente a los sectores más humildes de la población. El sector público está descentralizado de manera que la mayoría de la atención pública en materia de salud está bajo la gestión de los gobiernos provinciales. El sector público de salud se financia mediante la votación de proyectos presupuestarios a nivel nacional, provincial y municipal.

Dada la autonomía de los gobiernos provinciales, la legislación en materia sanitaria difiere de una provincia a otra. Si bien las prestaciones de los hospitales públicos son de carácter universal, la atención médica pública no cubre todas las necesidades.

Una gran parte de la población dispone de un seguro de salud mediante la afiliación obligatoria de los trabajadores a una obra social. Las obras sociales se financian mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores afiliados, descontadas de los salarios, y cargas patronales específicas. Puede adquirir una obra social cada trabajador en relación de dependencia, pero también los trabajadores independientes monotributistas o el personal del servicio doméstico.

Argentina cuenta con un Fondo Solidario de Redistribución de los recursos de cada obra social de manera a equilibrar las diferencias económicas existentes entre las obras sociales de las asociaciones más ricas de las de los trabajadores con menos recursos. El total de los aportes está transferido a cada obra social mediante la AFIP, que recauda los fondos y dirige la parte que conforma el Fondo Solidario de Redistribución a una cuenta específica. Este fondo se distribuye según padrones establecidos por la Superintendencia de Servicios de Salud a las obras sociales cuyos recursos no garantizan una cobertura



mínima para sus beneficiarios, llamada Plan Médico Obligatorio (PMO). Este fondo no sólo permite el reequilibrio entre obras sociales sino también la consolidación de seguros frente a prestaciones médicas de alta complejidad de elevado costo y baja frecuencia. Tradicionalmente se establecía que todos los trabajadores e afiliaran a una obra social que fuera de su sector laboral, ahora y con el objetivo de permitir cierta competencia entre las obras sociales de manera de generar una competitividad benéfica para los beneficiarios.

Por otra parte, el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), creado en 1971 por la ley 19.032, administra el seguro de salud de la mayoría de los pensionados y jubilados. Este fondo se administra en base a la recaudación de un porcentaje de los haberes de los jubilados y pensionados y la recaudación de cargas sociales sobre la masa salarial de los activos. Constituye la agrupación más importante del sistema contributivo público con más de 3 millones de afiliados al Programa de Atención Médica Integral (PAMI). La obra social más importante, Empleados de Comercio y Actividades Civiles, contaba con 1.010.290 cotizantes en abril de 2008. Argentina cuenta con alrededor de 300 obras sociales cuyos estatutos, recursos y tamaños resultan ser muy distintos. A través del decreto 492/1995, el Ministerio de Salud y Acción Social creó el Plan Médico Obligatorio que fija las obligaciones mínimas en términos de intensidad de la cobertura que deben proveer las obras sociales.

De lo expuesto antes, es de poner de realce la dualidad del sistema público de cobertura. Existe una dualidad en los principios motores de la protección en materia sanitaria. Por un lado, el sistema de atención pública de la salud se fundamenta en una visión universalista de la atención de la salud mientras el sistema de obras sociales es contributivo.

Estructura del sistema de salud argentino



Subsistema	Cobertura	Financiamiento
Público	Universal. Aunque atiende en su mayor parte a los sectores de baja renta.	Ingresos provenientes de impuestos o recursos fiscales Se ejecutan a través de los gobiernos, en los tres niveles jurisdiccionales (Nación, provincias y municipios).
Subsistema del seguro social.	Sectores medios, integrados al mercado formal de trabajo.	Los ingresos provenientes de aportes y contribuciones con base en salarios son transferidos a las Obras Sociales; tanto sean ellas Nacionales, Provinciales, Municipales u otras pertenecientes a Universidades o Cuerpos Legislativos, por ejemplo.
Subsector privado	Los grupos de mayores ingresos, se proveen de servicios a través de la compra directa y voluntaria de los mismos en el mercado o de la contratación de seguros privados.	Gasto privado o gasto de las familias, que está constituido en pagos directos y en cuotas de seguros voluntarios.

Fuente: Elaboración Propia

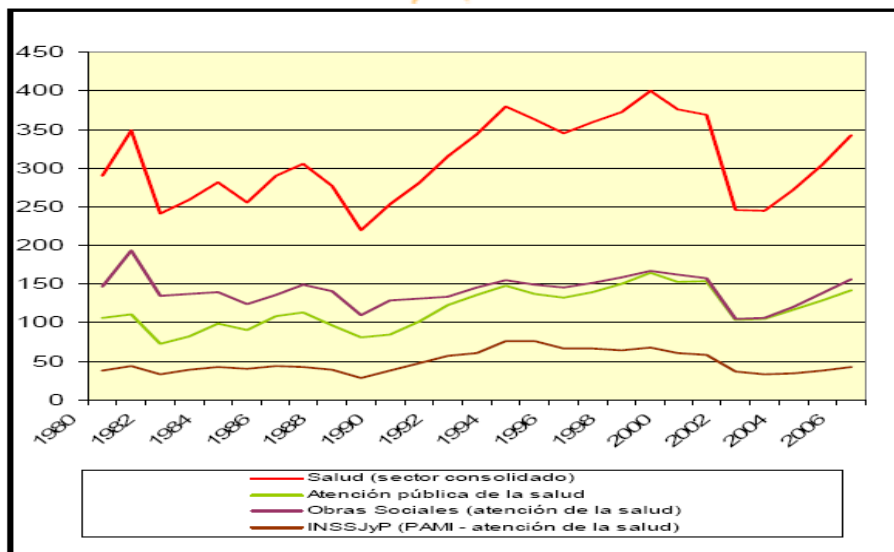
GASTO EN SALUD: DESDE EL PUNTO DE VISTA NACIONAL

Según definiciones del Ministerio de Economía para definir distintas subcategorías del gasto en salud:

- El gasto público consolidado en salud representa la suma del gasto del Estado nacional, del gasto de los gobiernos provinciales y del gasto de los municipios en salud.
- El gasto en salud se divide entre:
 - El gasto en atención pública de la salud (gasto de los hospitales, establecimientos públicos y programas sanitarios),
 - El gasto de las obras sociales (integrado al gasto público) y el gasto del INSSJyP en salud.

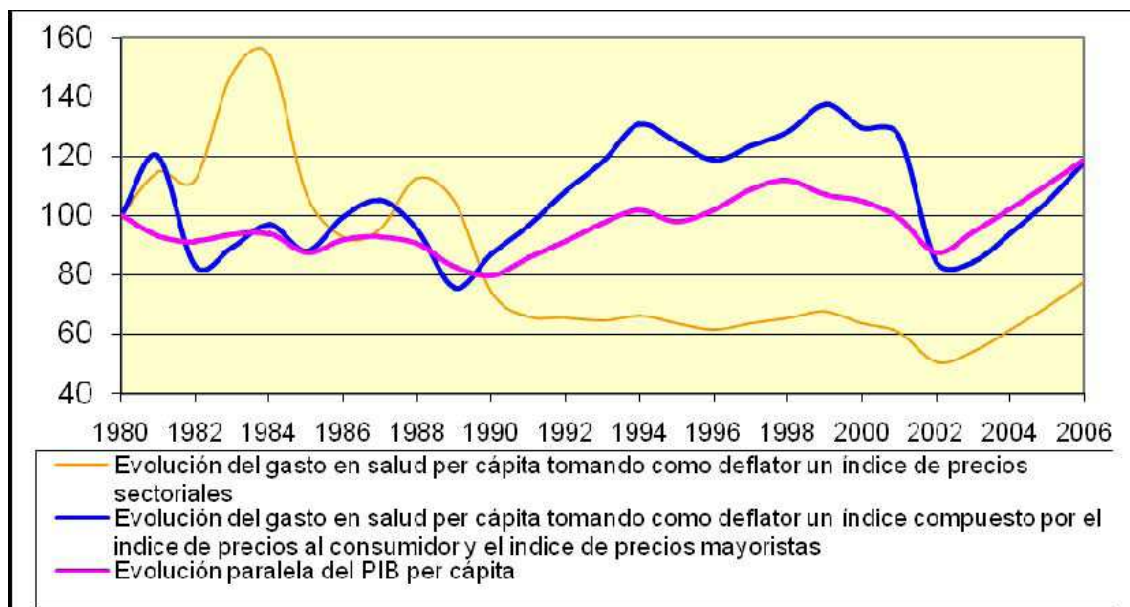
En 2004, el gasto público consolidado se elevó a 129.381 millones de pesos. El 65,9% de este gasto correspondió al gasto público social (incluyendo educación, cultura y ciencia, salud, agua potable y alcantarillado, vivienda y urbanismo, promoción y asistencia social, previsión social y trabajo). En total, el gasto en salud representó el 22,8% del gasto público social consolidado, el 15,0% del gasto público consolidado, con 19.451 millones de pesos. El siguiente gráfico presenta la evolución del gasto público consolidado en salud desde los años ochenta en pesos de 2001.

Gasto público consolidado en salud expresado en pesos per cápita²



Los gastos en salud parecen haber sido determinados, además de las evoluciones en términos de aumento de los precios y modificaciones tecnológicas, por las fluctuaciones de la economía y el contexto general de descentralización de los servicios públicos hacia las escalas provinciales y municipales.

El siguiente grafico muestra que la evolución del gasto siguió en gran parte la evolución en términos porcentuales del PIB.

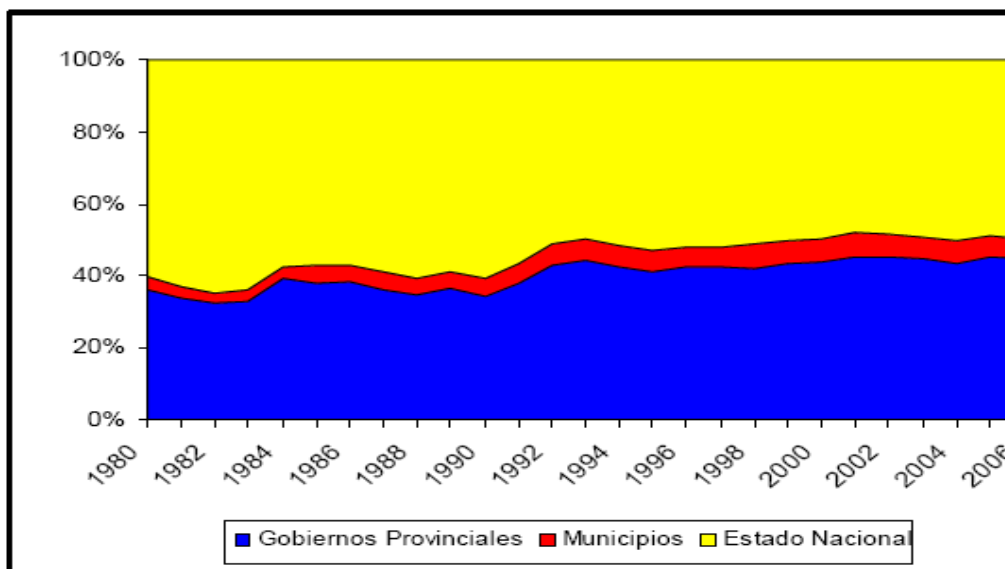


Evolución y escalas de acción publica

Como puede verse en el siguiente grafico la evolución desde los años '80 va hacia más competencias para los gobiernos provinciales y cada vez menos peso en el gasto global en salud por parte del Estado



nacional. En un contexto general de reorganización de ciertas funciones del Estado nacional, este último llegó a cubrir sólo la mitad del gasto en salud (incluyendo obras sociales e INSSJyP).

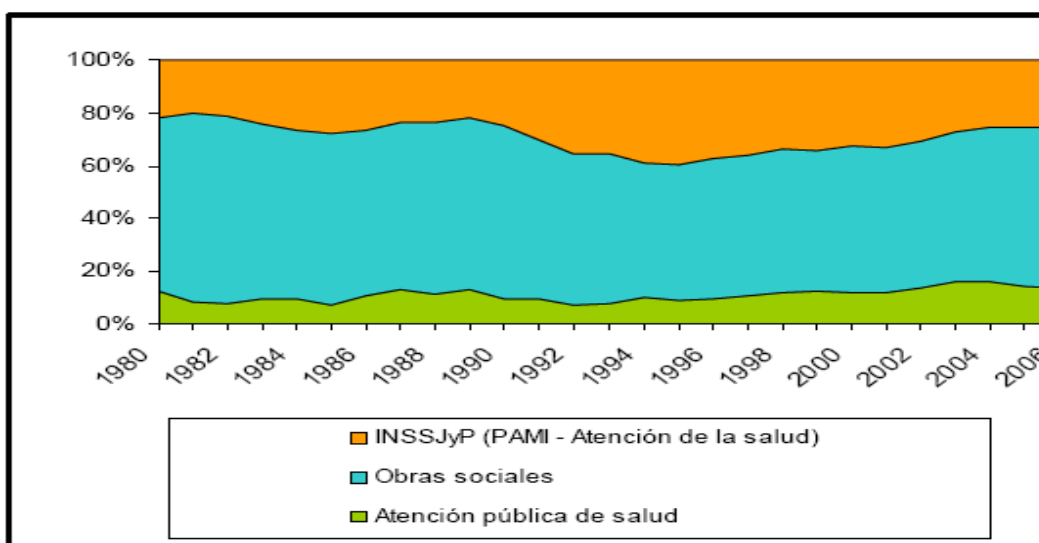


Si se considera sólo el gasto realmente administrado en base a impuestos generales y no a través de contribuciones, se nota que el Estado nacional tiene muy poco peso en la gestión de la salud pública. En efecto, el INSSJyP es de carácter contributivo, tanto como el sistema de obras sociales, de manera que el Estado nacional no está tan comprometido con su gestión como en el caso de la atención pública de salud, en que los servicios que dependen de él se tienen que financiar a través de la votación del presupuesto del gasto público nacional.

Se nota el débil compromiso del Estado nacional en materia de atención pública de la salud y una voluntad de reducción mayor del gasto entre 1989 y 1993. En 1992, el porcentaje del gasto en atención pública de la salud administrado por el Estado nacional llegó a representar apenas el 9,03% del gasto total en atención pública de la salud. En 1989, el gasto nacional representaba el 20,97% del gasto consolidado en atención pública de salud.

El Estado nacional dejó a los gobiernos provinciales competencias extensas en la gestión de los servicios de educación y salud (la gestión de la mayoría de los hospitales está a cargo de los Gobiernos provinciales y de los municipios), concentrando sus esfuerzos sobre la administración del sistema previsional en crisis. La situación financiera del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP) fue catastrófica en los años noventa, obligando al Estado a recurrir al endeudamiento para cubrir los gastos operativos (costo de las prestaciones y gastos de gestión). La situación financiera deficitaria

del SIJP rebotó sobre el INSSJyP cuyos ingresos dependen en gran parte de los haberes de los beneficiarios del PAMI. Así, el resultado operativo del INSSJyP registraba un déficit de 222,79 millones de pesos el 31 de diciembre de 2000 y de 227,65 millones de pesos el 31 de diciembre de 2001. Durante los años noventa, el INSSJyP tomó proporciones considerables en la estructura del gasto nacional. Así, en 1995, el gasto del INSSJyP en atención de la salud llegó a representar el 39,63% del gasto total en salud a escala nacional.



La situación del gasto en salud en los años noventa implicó un compromiso cada vez menos importante del Estado nacional en las políticas de la salud mientras tenía que enfrentarse con la viabilidad de los gastos del INSSJyP. Al mismo tiempo que la viabilidad de las políticas públicas emprendidas empezó a generar problemas graves, se fragilizó el ideal de universalidad de la cobertura. En un contexto de empeoro considerable del mercado de trabajo, la dualidad del sistema de cobertura argentino se hizo cada vez más visible. Esta dualidad se tradujo por un fenómeno de organización lexicográfica de la demanda en salud, el cual está en el centro de un mecanismo insidioso de interdependencia entre sistema de atención pública y sistema de obras sociales.

La atención pública de salud representa el 42% del gasto consolidado en salud. Esta cifra era inferior en los años ochenta y parece haberse estabilizado en los noventa. Este dato implica que el sistema de obras sociales (incluyendo al INSSJyP) representa el 58% de la oferta en salud de carácter público. La pública cobertura de salud en Argentina está provista por dos sistemas independientes a priori el uno del otro. De hecho, esta configuración corresponde a un sistema de cobertura dual expuesto a las fluctuaciones de los ciclos económicos.



Siendo el sector de atención pública de la salud un sector conviviendo con el de las obras sociales, su evolución depende en gran parte de la evolución paralela del sector de las obras sociales.

En 2001, el 48,05% de la población se encontraba sin cobertura, contra el 36,89% en la década anterior según estos censos. Esta fuerte disminución relativa de la cobertura no se tradujo tanto por una disminución del gasto en salud de las obras sociales, sino por una agudización de las desigualdades entre las poblaciones cubiertas por el sistema de seguros de salud y las personas sin cobertura. Por así decir, la proporción del gasto en salud del sector público estuvo alrededor del 40% con una tendencia al alza, pero este porcentaje del gasto en salud no correspondió a la misma cantidad de personas durante toda la década. La dualidad del sistema se agudizó al estar excluida del sistema contributivo una parte cada vez más importante de la población.

En este sistema dual, aparece una parte móvil de la población que se desplaza de un sistema al otro según la coyuntura económica. Este fenómeno se debe a situaciones de precariedad frente al empleo formal. Existe una población residual que, según la coyuntura económica, llega a ser atendida por los servicios públicos o por el sector semipúblico. Por causa de la existencia de una demanda residual en servicios públicos, la demanda en salud pública evoluciona por razones exógenas al sector público de salud pero en parte endógenas al sistema sanitario en su globalidad. Estas demandas volátiles o de largo plazo –dependiendo de la coyuntura laboral que condiciona la efectividad del sistema de obras sociales– le afectan al sistema de salud público mientras sus recursos no son particularmente flexibles, dado que dependen ante todo de los poderes públicos y de los ingresos de los impuestos generales. El aspecto residual de una parte de la demanda del sector público proviene de la existencia de una relación de interdependencia respecto del sector de las obras sociales.

Esta relación de interdependencia tiene como motor principal la ordenación lexicográfica de los sistemas de cobertura sanitaria. En efecto, la atención que provee las obras sociales es generalmente de mejor calidad que lo que proveen los servicios públicos. Estas últimas contratan en su mayoría a proveedores de salud privados con mejores resultados en términos de atención a las personas. Se concentran más recursos para menos personas.

Por otra parte, los servicios de salud ofrecidos por los servicios de medicina prepaga son también de mejor calidad en promedio, dado que la contratación de estos servicios por las clases medias y las clases pudientes se basa en una preocupación por la obtención de un mejor servicio. Así, los beneficiarios de estos diferentes servicios no



organizan su demanda en servicios de salud de manera aleatoria entre los diferentes servicios que pueden movilizar. Muy a menudo, los beneficiarios de un régimen prepago también tienen obra social. Por el contrario, las personas que no tienen acceso a un régimen privado o a los servicios de una obra social se orientan hacia el servicio de salud público. La salud pública responde en segunda instancia a las necesidades de la población argentina, de manera que la demanda en servicios de salud públicos está estructurada por los planes semipúblicos y privados de seguro de salud. Esta estructura de la demanda tiene dos consecuencias mayores. En primer lugar, el sector público de la salud está expuesto a la evolución exógena de las coberturas semipúblicas y privadas. Por otra parte, el diseño del sistema de salud argentino implica un tratamiento segmentado de la salud en margen de un sistema debilitado de atención universal.

La volatilidad del sistema de obras sociales en un contexto de crisis

La crisis del 2001 generó una situación de desempleo y dificultades mayores para la población argentina. Al caer en el desempleo, las poblaciones padecen una ruptura brutal en la cobertura sanitaria, dado que ésta sólo se mantiene mientras uno cotiza para su obra social. Al mismo tiempo, puesto que la situación del SIJP fue una de las razones que condujo a la crisis, la exigencia de solvencia del INSSJyP condujo a una baja drástica del gasto en atención de la salud por parte de esta entidad. Finalmente, la política de rigor impulsada por las necesidades del momento condujo a una disminución brutal del gasto público en atención de la salud. El derrumbamiento del sector sanitario en 2002 fue extremadamente duro de manera que el gasto en salud del 2006 es inferior al gasto en salud del 2001. No obstante, la crisis generó una fuerte reorganización del gasto que puede ser leída a la vez como el efecto de una voluntad política pero también como el producto lógico de los mecanismos en acción en el sistema. En primer lugar, el crecimiento fulgurante de los años post-Convertibilidad generó una situación laboral muy favorable que permitió la reintegración al sistema de seguridad social de las poblaciones excluidas en el 2001. Así, la AFIP registraba 4.475.195 cotizantes al régimen de seguridad social en mayo de 2003. En mayo de 2006, los cotizantes representaban más de 6.700.000 personas. Por esa razón, el sector de las obras sociales fue el que conoció el crecimiento más importante desde 2003, de manera que el crecimiento del gasto en obras social superó el 10% anual. El crecimiento rápido del gasto de las obras sociales tiene que ver con el aumento importante de afiliaciones a partir del 2003 y el

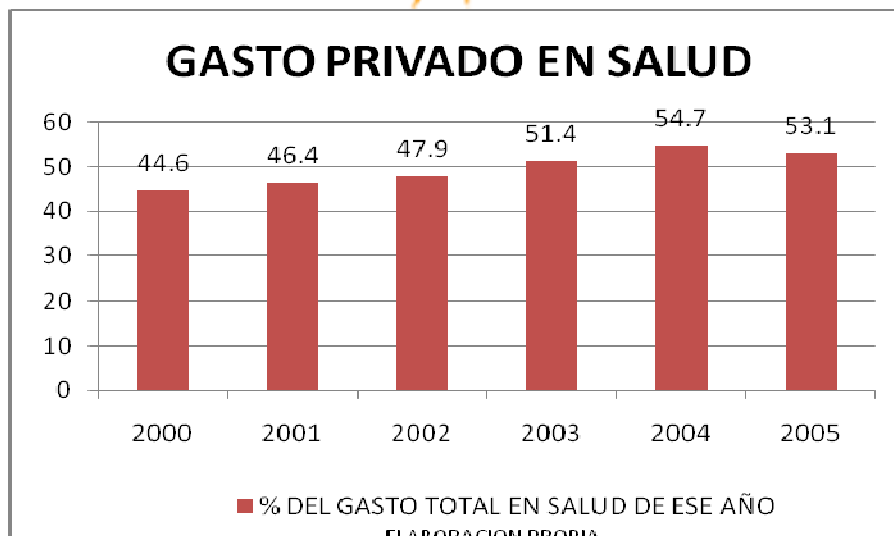


alza de los salarios reales en un período de expansión de la economía.

El crecimiento del sector de las obras sociales parece casi mecánico, en el sentido en que parece altamente relacionado con las fluctuaciones económicas favorables que acontecieron después del 2003. De hecho, se nota una fuerte correlación entre la evolución del PIB y la evolución paralela del gasto público en obras sociales a nivel nacional entre 1995 y 2006.

En términos provinciales, la estructura de gasto no se encuentra asociada con las necesidades de la demanda, sino con la oferta de servicios. Por su parte, el gasto público nacional en salud, si bien se ha mantenido relativamente constante, mantuvo niveles muy inferiores al gasto consolidado realizado por las provincias. Las transferencias realizadas a estas últimas son poco significativas y no guardan relación con las características específicas de cada jurisdicción sino con la estructura poblacional. Los criterios de focalización encontrados se concentran en la atención de jubilados y pensionados a través del PAMI, que recibe aproximadamente dos tercios de las erogaciones en salud del gobierno central. Sin embargo, no se identificaron fuertes criterios de transferencia de recursos a otros grupos sociales minoritarios.

Desde el punto de vista privado, el comportamiento del gasto de bolsillo en salud se correlaciona con el nivel de ingresos de los hogares. Dicha erogación se encuentra condicionada por el gasto en medicamentos, aunque el uso en servicios, y fundamentalmente en seguros de salud, marca la tendencia creciente entre niveles de ingreso. El siguiente grafico muestra el gasto que se realiza a nivel privado, en otras palabras lo que gastan en salud las familias argentinas.



REPASO GENERAL

En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud realizó un análisis sobre el funcionamiento de los sistemas de salud en el mundo. Para esta evaluación se analizaron cinco componentes:

1. Nivel global de salud de un país. El mismo incluye el análisis de los principales indicadores sanitarios: mortalidad infantil y esperanza de vida y de otras condiciones generales de la población.
2. Desigualdad en cuanto al nivel de acceso a la salud entre los individuos de una misma población.
3. Capacidad de respuesta del sistema de salud. Este punto abarca desde la espera innecesaria en el hospital hasta la buena comida que se brinda en un centro de salud. Además incluye la evaluación de la totalidad de la infraestructura, la cantidad de camas hospitalarias y la utilización de las mismas.
4. Distribución de las capacidades de respuesta para la población en su totalidad. Analiza como trata el sistema de salud a los distintos sectores sociales y si existe algún tipo de discriminación.
5. Distribución de la carga financiera del sistema de salud dentro de la población. En este ítem se evalúa el gasto familiar en salud en relación con el ingreso (nivel individual) y los condicionantes financieros.

Los primeros cuatro componentes evalúan los niveles sanitarios desde diferentes perspectivas. El último se refiere a los indicadores financieros, verificando el gasto de salud en el sector público y en el sector privado, la participación porcentual de los mismos, los diferentes aspectos de la conformación del gasto médico y los llamados gastos de bolsillo.

Cuantificando estas variables se elaboró un porcentaje de la eficiencia, medido por un índice de 0 a 1. En este ranking la



Argentina se ubica en el lugar 75 respecto al gasto en salud que realiza, con un 72.2% de eficiencia. Si comparamos su ubicación, con la de otros países del mismo continente, observamos que nuestro país, a pesar de ser uno de los países de América que más gasta en términos de porcentaje del PBI, se encuentra ubicada por debajo de otros que afectan menos fondos a la salud. Así por ejemplo Colombia se encuentra en el lugar 22 con 91% de eficiencia, Chile está ubicada en el lugar 33 con una eficiencia del 87%, Cuba se encuentra en el puesto 39 con 83% y Paraguay en el lugar 57 con 76.1%.

Por otra parte Estados Unidos, a pesar de ser el país que gasta mayor proporción de su PBI en salud, tiene un desempeño discreto, quedando en el lugar 37 con una eficiencia de 83.8%.

Con referencia a la ubicación en las que se encuentran algunos países europeos, Francia es el país mejor ubicado con 99.4% de eficiencia, siguiendo Italia en el segundo lugar con el 99.1% y España en el séptimo puesto con 97.2%. El caso de Alemania sorprende por ser uno de los países de Europa que más gasta en términos de porcentaje de PBI en salud: 10.5 % y sin embargo se ubica en el puesto 25 del ranking, con un nivel de eficiencia del 90.2%.

Asimismo se observa que Inglaterra con un gasto del 6.9% del PBI en salud se encuentra en el puesto N° 18, mejor ubicada que Alemania.

Del análisis del ranking podemos concluir que las mejores performances pertenecen a países pequeños y no a grandes naciones como ser el caso de Estados Unidos o Alemania y que la mayor eficiencia no necesariamente se logra con mayores erogaciones.

En otro informe de la OMS del año 2001 se presentaron los resultados de las Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y de la Esperanza de Vida (EV) en relación con el gasto en salud como porcentaje del PBI en algunos países seleccionados.

País	Habitantes (en millones)	Tasa de Mort. Inf. Hombres (cada 1000)	Tasa de Mort. Inf. Mujeres (cada 1000)	Esperanza de vida en años (hombres)	Esperanz a de vida en años (mujeres)	Gasto en Salud como % del PBI
Cuba	11271	8	7	75.0	79.3	7.2
Argentina	37981	20	16	70.8	78.1	9.5
Brasil	176257	42	34	65.7	72.3	7.6
Chile	15613	16	13	73.4	80.0	7.0
España	40977	5	5	76.1	83.0	7.5
Estados Unidos	291038	9	7	74.6	79.8	13.9
Reino Unido	59068	7	6	75.8	80.5	7.6
China	1302307	31	41	69.6	72.7	5.5

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Año 2001



La TMI para un año determinado es el cociente entre el número de decesos de individuos hasta un año de edad ocurridos en ese año y el número de nacidos vivos en dicho año, multiplicado por mil. Esta tasa es un indicador básico de las condiciones de vida de una población dada y está condicionada por el ambiente sanitario, el nivel educativo de la madre, la nutrición de la madre y del niño, los programas de vacunación, el control de enfermedades, etc. Está íntimamente relacionada con el significado e importancia que le otorga un gobierno al concepto de bienestar social y con las políticas gubernamentales que lleva a cabo con ese fin. Las tasas de mortalidad infantil en los países con pobres condiciones de salud son mayores a 100 por mil y en los países altamente desarrollados oscilan entre el 4 y el 7 por mil. En todos los países, como una constante biológica, la mortalidad masculina es mayor; la excepción es China, que tiene una tasa de mortalidad infantil más alta en las mujeres (lo que se debería a una discriminación socio-cultural).

La esperanza de vida representa los años de vida que cabe preveer que vivirá un recién nacido en función de las tasas de mortalidad del momento. En todo el mundo las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres.

En este grupo de países, España tiene la menor mortalidad infantil, tanto para el sexo masculino como para el femenino, a la vez que es el país en que se proyecta que sus habitantes vivirán más años.

Dentro del grupo de países americanos es llamativo que Cuba y Estados Unidos tienen valores similares de mortalidad infantil y esperanza de vida, teniendo en cuenta que Cuba destina a salud el 7.2% del PBI y Estados Unidos el 13.9% (amén de que sus PBI son abismalmente diferentes).

POLÍTICAS DE MEDICAMENTOS EN ARGENTINA

En el estado de situación actual la política nacional de medicamentos se inserta para dar respuesta al problema de acceso a los medicamentos de la población.

Esta política fue diseñada en un contexto de desfinanciamiento de la seguridad social, incremento de la población sin cobertura debido al aumento en la tasa de desempleo y pobreza, crecimiento del gasto de bolsillo, caída del poder adquisitivo, y por sobre todo, una significativa suba de los precios de los medicamentos que crecieron

FUNDAR. Carlos Pellegrini 433 (5600) Mendoza 54-2627-425782

Web site www.fundarweb.org.ar info@fundarweb.org.ar



sin pausa durante la convertibilidad y con posterioridad a la devaluación.

Indefectiblemente, en ausencia de una adecuada política de medicamentos, esta situación conduce a la imposibilidad de parte de la población de recibir un tratamiento adecuado, al incremento de la demanda de medicamentos ambulatorios en la red pública y al aumento de las internaciones por agravamiento de enfermedades ante la falta de acceso a los medicamentos ambulatorios.

Adicionalmente, la conjunción de estos factores produce un aumento potencial de la morbilidad y hasta de la mortalidad, la saturación de los servicios públicos de salud e incrementos de los costos en la atención.

La principal barrera de acceso a los medicamentos está dada por la forma en que se financia. La imposibilidad por parte de la población de procurarse los medicamentos cuando le son prescritos, genera profundas desigualdades entre los distintos grupos sociales.

La falta de acceso, en Argentina, se encuentra mucho más concentrada en la población de menores recursos. Solo el 84% de la población bajo la línea de pobreza accede a los servicios públicos de salud y en el 45% de los casos, los medicamentos que les son prescritos son adquiridos con recursos propios.

Dado que el precio de los medicamentos es igual para los pobres que para los ricos, el peso que los mismos tienen en la canasta de consumo de los primeros es obviamente mayor, evidenciando la regresividad en su financiamiento. En cifras: el 20% de los hogares más pobres emplea el 78% de los ingresos que destina a salud a la compra de medicamentos, mientras que para el 20% de los hogares más ricos esta relación solo alcanza al 41%.

En este contexto, se introdujo la Política Nacional de Medicamentos desde inicios del año 2002.

En este sentido, el gobierno nacional puso en marcha varias medidas de reforma, entre ellas, el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), la utilización de precios de referencia para la seguridad social, la desgravación de insumos críticos importados y particularmente, la prescripción por nombre genérico y el programa de provisión gratuita de medicamentos esenciales.

La ley de prescripción de medicamentos por su nombre genérico o denominación común internacional, se ha constituido en uno de los pilares más importantes de la política, ha contribuido a reducir significativamente los precios de los medicamentos y en consecuencia ha permitido disminuir el gasto en medicamentos de aquellas personas que aun tienen la posibilidad de comprarlos.

Esta política permite que los mismos medicamentos que están en las farmacias desde hace años, compitan entre sí por precios, e implica



devolverle poder de decisión a las personas, que ahora cuentan con un instrumento para hacer valer el derecho de saber el verdadero nombre del medicamento que le es prescripto con la posibilidad de elegir el precio que mas le convenga, entre todas las marcas comerciales de un mismo principio activo.

El segundo pilar de la política, esta orientado a los individuos que no poseen ingresos suficientes como para comprar los medicamentos que le son prescriptos, se ha lanzado el programa REMEDIAR que tiene como objetivo la distribución gratuita de medicamentos en todos los centros de atención primaria del país y se ha constituido en el primer programa con estas características financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo.

MERCADO DE MEDICAMENTOS

En una primera aproximación, situándonos desde la oferta encontramos una industria que se coloca en la vanguardia de la innovación tecnológica liderando tanto el desarrollo del conocimiento como el económico.

Como contrapartida, la demanda se caracteriza por ser inducida, es decir, quien consume no es quien decide y quien decide no es quien paga. Como otros bienes de la salud, esta sujeto a ciertas características ya conocidas como: asimetría de la información, demanda inducida, riesgo moral, selección adversa, externalidades, etc.

En Argentina se comercializa aproximadamente 1733 principios activos, contenidos en 6601 medicamentos.

En el mercado de venta bajo receta los 200 medicamentos mas vendidos representan el 51% de las unidades y el 45.4% de la facturación en este rubro. Mas notoria es la concentración en el mercado de venta libre ya que casi el 83% de las unidades vendidas se concentra en solo 100 productos y originan el 78% de la facturación en este rubro. Estos datos dan cuenta de la gran concentración que se produce en las ventas por marcas, mas que por principio activo. Los laboratorios a través de sus estrategias de marketing históricamente han posicionado sus marcas comerciales generando en la cultura popular la identificación de la misma como el nombre del producto.

Este mercado ha registrado un importante crecimiento en los últimos años, como consecuencia de ello Argentina llego a ubicarse en la posición nº 11 del ranking de Ventas dentro del Mercado Farmacéutico Mundial en valores.

La industria farmacéutica argentina posee un alto porcentaje de firmas nacionales que ofertan casi solamente en el mercado local y



poseen aproximadamente un 52% del mercado interno. Esta situación es atípica, solo se reproduce en los países que poseen las grandes empresas de producción mundial como Estados Unidos, Japón y Alemania.

Si bien la industria farmacéutica latinoamericana no ha tenido un gran desarrollo a nivel mundial, algunos países como Argentina, Brasil, México, se caracterizan por abastecer localmente un gran número de especialidades medicinales con industrias locales con insumos importados (la mayoría de las materias primas farmacéuticas y los principios activos son importados).

Distintos laboratorios han desarrollado diversas estrategias con el objetivo de promocionar aun más sus productos, que se traducen en fuertes disminuciones en términos reales y que acentúan los efectos sobre el gasto en medicamentos y su incidencia en el Presupuesto familiar y en el gasto en este rubro de la seguridad social.

Pueden citarse por ejemplo:

- Las grandes empresas internacionales, con productos de primera línea adoptaron la bonificación mientras que los laboratorios menos importantes basan su promoción en el menor costo para el paciente.
- Algunos laboratorios han implementado sistemas de cupones o bonos para que los pacientes accedan al medicamento en forma gratuita o a muestras de medicamentos por unos pocos días.
- Los laboratorios multinacionales ofrecen la reposición del medicamento sin cargo contra entrega de un cupón sellado por un médico y una constancia de que han comprado un original.
- Descuento de hasta 40% en ventas de mostrador para los pacientes sin cobertura de obra social o prepaga.
- Bonificaciones de envases adicionales cada determinado número de envases vendidos.
- Bonificaciones a farmacias de hasta el 50% sobre el precio de droguería.
- Descuentos de entre el 30 y 45% a seguridad social para la compra de medicamentos.

Según estimaciones realizadas por el ministerio de salud de la nación, esta política ha permitido que recuperen los medicamentos mas de 3 millones de personas y ha significado para los argentinos un ahorro cercano a \$500 millones; reduciendo de forma inmediata mas del 11% del gasto de bolsillo en medicamentos.

El ahorro en el presupuesto familiar para el año 2003 en podría ascender aproximadamente a \$1000 millones. Esto significaría mas de un 23% del gasto de bolsillo en salud.

El programa REMEDIAR ha contribuido a reducir el gasto en medicamentos de los hogares mas pobres en un 21%. En su fase



final, llegara a cubrir aproximadamente el 70% del gasto en medicamentos de los hogares mas pobres y el 80% de las necesidades terapéuticas.

La magnitud de la crisis del sistema de salud lleva necesariamente a definir la construcción de un nuevo modelo y a redefinir la forma en que se generan las políticas públicas para el sector. La mayoría de los actores coincide en la necesidad de buscar espacios confiables y efectivos de acuerdo, que permitan superar la coyuntura y promover los cambios necesarios en el mediano y largo plazo.

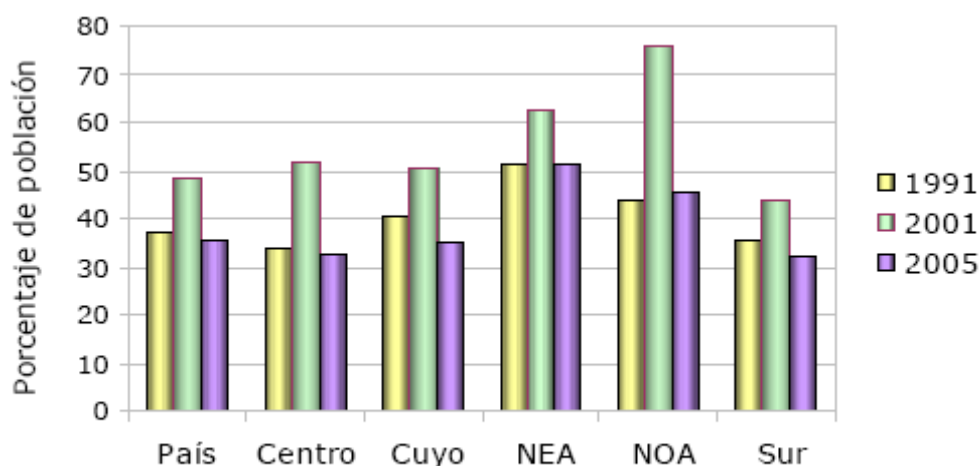
Una política nacional de salud basada en el consenso de las jurisdicciones, la priorización del respeto y fortalecimiento, permitirá encontrar las respuestas a las necesidades de la población.

MENDOZA

Una forma de conocer la cobertura de salud es considerar qué proporción de la población no tiene cobertura de obra social o plan privado, por lo cual su única protección en salud está dada por los hospitales y centros de salud que brinda el estado.

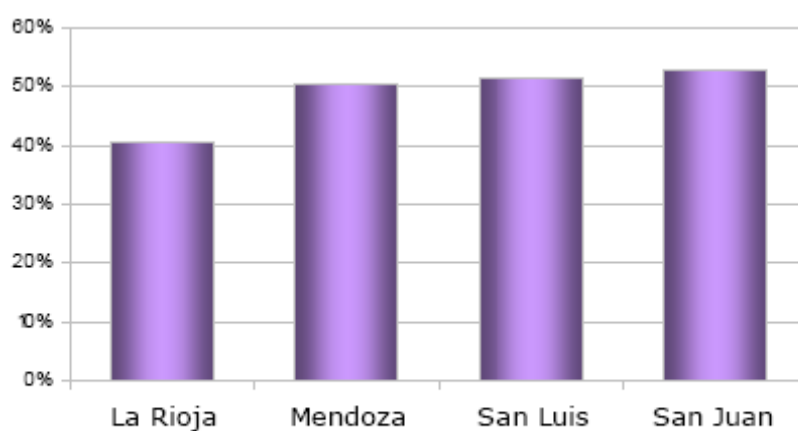
La población que posee como única cobertura de salud al sistema público creció en el período 1991- 2001 en todas las regiones del país, para volver a bajar según las mediciones 2005. La mayoría de las regiones pudieron incluso mejorar el nivel de cobertura que tenían en 1991 y contaban para el 2005 con menor proporción de habitantes con cobertura únicamente estatal. Las excepciones fueron las regiones del NEA y NOA. Esas mismas regiones del norte registraron los mayores porcentajes de población con cobertura pública únicamente, siendo las únicas que superaron la media país para el año 2005 con el 51,3% y el 47,0% respectivamente.

Porcentaje de población con cobertura de salud estatal únicamente según país y región (1991-2001)



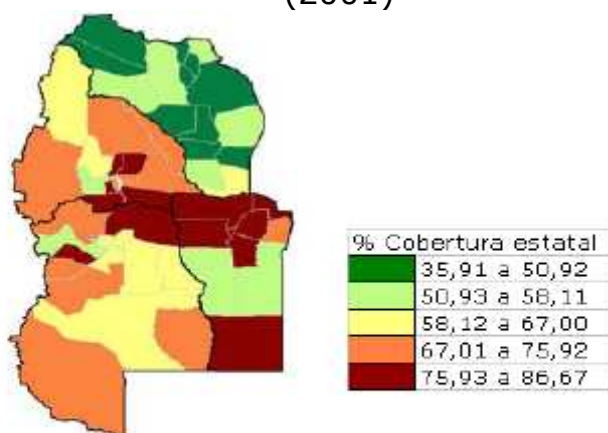
Fuente: Elaboración UNAMOS en base a datos del INDEC

Población sin cobertura de salud por obra social o mutual según provincias de la región cuyo (2005)



Fuente: Elaboración UNAMOS en base a datos de la ENFR.

Porcentaje de población con cobertura de salud estatal únicamente (2001)



Fuente: Elaboración UNAMOS en base a datos del INDEC



Como se ha señalado anteriormente, desde el Ministerio de Salud de la Nación hay varios planes para fortalecer la Atención Primaria de la Salud y para garantizar que la cobertura de la población que depende del sistema público se haga efectiva.

Plan nacer

A abril de 2008, este Plan tiene una cobertura que alcanza a 832.282 personas en todo el país, de las cuales el 90,3% son niños y el 9,7% son mujeres embarazadas. La región Cuyo sólo posee el 7,8% de estos beneficiarios (65.400). Casi el 50% de ellos se encuentran en Mendoza, el 19% en San Juan, 17% en la Rioja y el 14% en San Luis.

	mujeres embarazadas	niños	total beneficiarios
La Rioja	478	10.806	11.284
Mendoza	2.576	29.845	32.421
San Juan	1.254	11.267	12.521
San Luis	904	8.276	9.180
Región	5.212	60.194	65.406

Fuente: elaboración propia en base a datos del Plan Nacer, abril 2008

El PROFE cubre en el país a más de 460.000 personas; de las cuales el 9,8% (45.000 beneficiarios) corresponden a la región Cuyo. La mayoría de los beneficiarios (más de 38%) pertenecen a San Juan, donde además se encuentra la mayor proporción de beneficiarios PROFE cada 1.000 habitantes: 25‰. Mendoza, por su parte, con 12.000 beneficiarios, sólo tiene 7 personas cubiertas por este programa cada 1.000 habitantes.

A nivel regional, los grupos de edad con mayor presencia son el de 15 a 49 y el de 65 y más, ambos con el 30% del padrón. La Rioja y San Juan tienen más beneficiarios en el grupo de 15 a 49 años mientras que Mendoza y San Luis acumulan más de un tercio de población beneficiaria en el grupo de mayores de 64 años.

Este programa cuenta con distintas categorías de beneficiarios. La más numerosa a nivel regional corresponde a las madres con 7 hijos, aunque hay poca diferencia con los Beneficiarios FF (que pertenecen a personas con alguna discapacidad). Si bien en todas las provincias la cantidad de beneficios en estas dos categorías es similar, en La Rioja las madres de 7 hijos son más del doble de los beneficiarios FF. Una tercera forma de afiliación al programa corresponde al

FUNDAR. Carlos Pellegrini 433 (5600) Mendoza 54-2627-425782

Web site www.fundarweb.org.ar info@fundarweb.org.ar



parentesco 16, que alcanza a personas con discapacitados a cargo. Como puede observarse en la siguiente tabla, estos afiliados son los menos numerosos en todas las provincias.

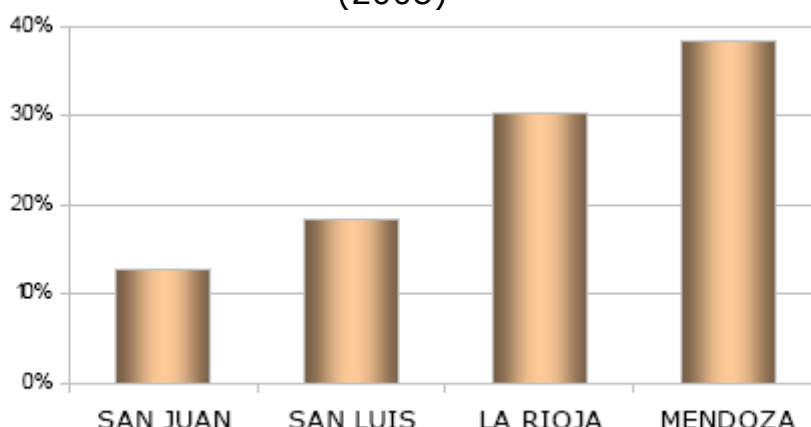
provincia/ región	Beneficiarios FF	Bebeficiarios madres 7 H	Beneficiarios Parentesco 16
La Rioja	1.313	3.452	108
Mendoza	3.347	3.924	225
San Juan	6.211	6.071	213
San Luis	2.176	2.200	76
Región Cuyo	13.047	15.647	622

Fuente: Elaboración UNAMOS en base a datos del PROFE, junio 2008.

Remediar

Los efectores de este programa son los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y los beneficiarios son aquellos ciudadanos que registran dificultades de acceso a los medicamentos ambulatorios, en especial quienes no tienen cobertura de seguridad social o privada. Para atender las demandas de esta población existen 6.789 efectores que pertenecen al primer nivel de atención, distribuidos en todo el país. En Cuyo hay un total de 765 CAPS REMEDIAR, el 11,6% del total nacional. Los mismos se encuentran distribuidos de la siguiente forma: el 38% en Mendoza, 30% en La Rioja, 19% en San Luis y 13% en San Juan.

Porcentaje de CAPS REMEDIAR por provincia de la región Cuyo (2008)

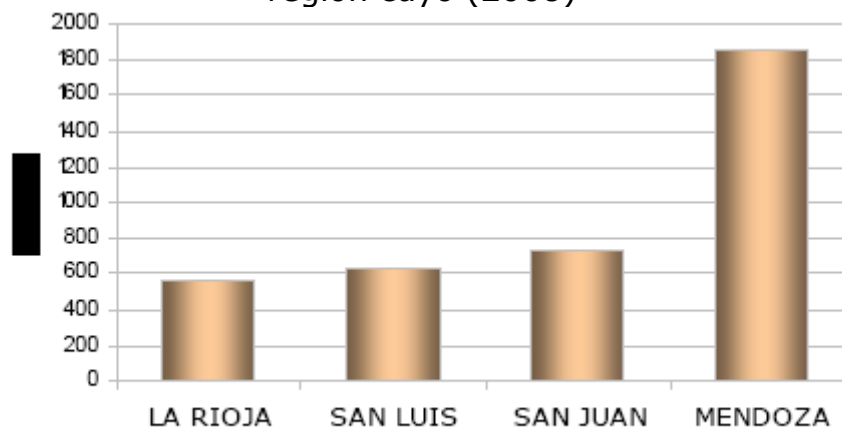


Fuente: Elaboración UNAMOS en base a datos del REMEDIAR, junio 2008.

A través de los efectores se distribuyen los botiquines REMEDIAR. Las provincias de La Rioja, San Luis y San Juan han recibido una cantidad similar de botiquines.



Cantidad de botiquines entregados por REMEDIAR por provincia de la región cuyo (2008)



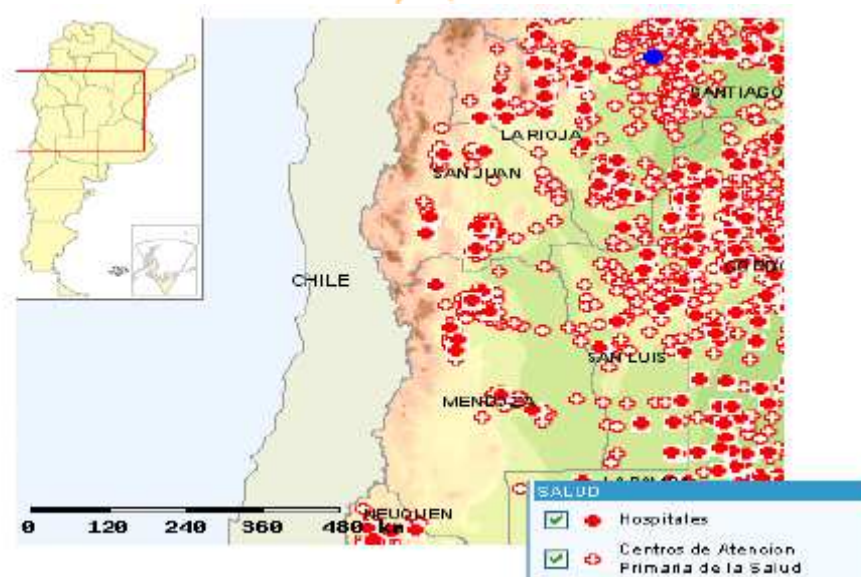
Fuente: Elaboración UNAMOS en base a datos del REMEDIAR, junio 2008.

Servicios de salud

La distribución geográfica de los servicios de salud representa una parte de la accesibilidad de la población a la atención médica y los servicios sanitarios.

En la región de Cuyo, según el siguiente mapa, las provincias de La Rioja y San Luis son las que presentan mayor densidad de centros de salud y hospitales.

Hospitales y centros de atención primaria de salud (2008)



Cabe aclarar que, si se comparan estos datos con los publicados por el Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud en "Indicadores Básicos Argentina 2007", se presenta una diferencia especialmente para las provincias de Mendoza y San Juan. Según esta publicación la cantidad de establecimientos asistenciales de todos los subsectores es de 676 en Mendoza, 301 en San Juan, 281 en La Rioja y 236 en San Luis.

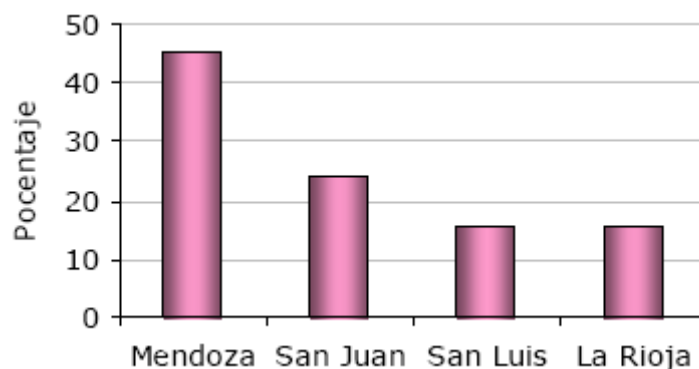
Así, si bien es Mendoza la provincia con más centros se estima que había 2 cada 10.000 habitantes, mientras que en La Rioja la relación es 10/10000.

Gasto en salud

En el año 2006 el gasto público en salud de los gobiernos provinciales alcanzó 13.656,13 millones de pesos. Las provincias de la región Cuyo han registrado en su conjunto un gasto de 1.185 millones de pesos, lo que equivale al 8,7% del gasto público en salud del total de los gobiernos provinciales, siendo superada por todas las regiones a excepción de NEA.

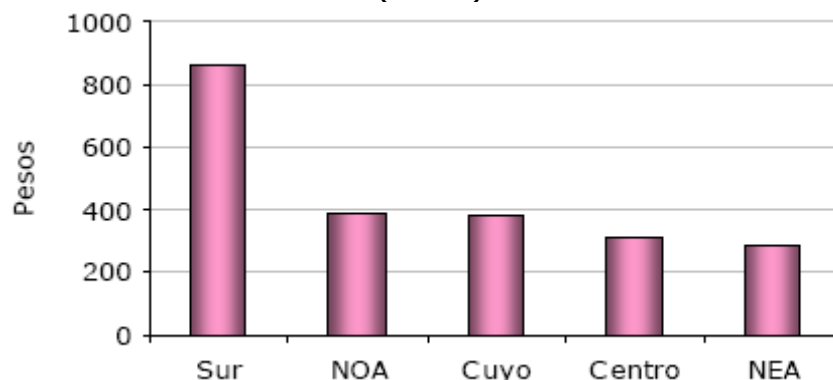
De los 1.185 millones de pesos que durante el 2006 se gastaron en salud en Cuyo, el mayor porcentaje correspondió a la provincia de Mendoza con el 45% (534 millones de pesos). San Luis y La Rioja fueron las provincias de la región que registraron el menor gasto público en salud (285 y 183 millones de pesos respectivamente).

Gasto público en salud provincial. Porcentaje según provincias de la región Cuyo (2006)



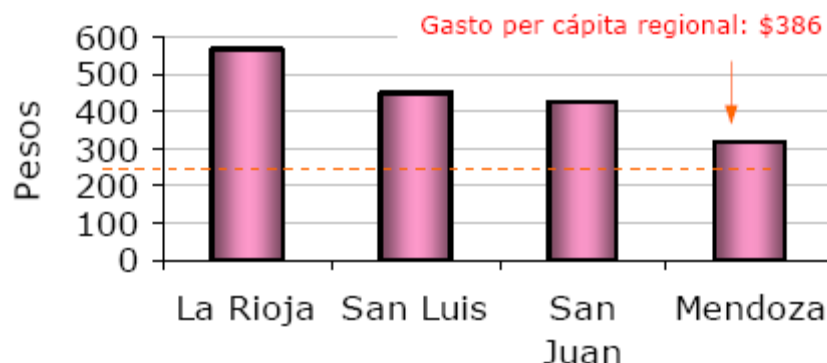
El gasto provincial según la cantidad de habitantes permite observar que el gasto en salud por persona de Cuyo (386 pesos) fue superado por el gasto de las regiones Sur y NOA.

Gasto publico provincial en salud por habitantes según regiones (2006)



A nivel provincial el gasto por persona de La Rioja (589,41 pesos) ha sido el más alto de la región. Todas las provincias con excepción de Mendoza registraron un gasto por persona superior al gasto medio de la región.

Gasto publico provincial en salud por habitantes según provincias de región cuyo (2006)





Si se toman los datos del presupuesto del ministerio de salud para el año 2009 y se suma el gasto presupuestado por la obra social provincial OSEP se obtiene 1.217.657.191 millones de pesos que determinan un gasto de 630.15 pesos por persona. Desde otra perspectiva, el gasto en salud de Mendoza corresponde al 8,31% del producto bruto geográfico de la provincia.

Población sin cobertura de obra social y/o plan medico o mutual por departamento (años 1991/2001).

Departamento	1991		2001	
	Total	% sin cobertura	Total	% sin cobertura
Total	1.412.481	42,2	1.579.651	50,9
Capital	121.620	29,8	110.993	36,0
General Alvear	42.338	54,3	44.147	58,9
Godoy Cruz	179.588	32,1	162.977	41,8
Guaymallén	221.904	41,4	251.339	51,7
Junín	28.418	47,2	35.045	50,6
La Paz	8.009	50,4	9.560	53,8
Las Heras	156.545	43,6	162.962	54,8
Lavalle	28.967	66,2	32.129	66,2
Luján de Cuyo	79.952	39,5	104.470	45,0
Maipú	125.331	48,2	153.600	54,1
Malargüe	21.743	52,5	23.020	60,3
Rivadavia	47.033	45,6	52.567	52,0
San Carlos	24.140	52,7	28.341	57,3
San Martín	98.294	43,8	108.448	52,3
San Rafael	158.266	42,1	173.571	51,1
Santa Rosa	14.241	47	15.818	50,1
Tunuyán	35.721	46,2	42.125	57,2
Tupungato	22.371	59,6	28.539	60,8

Fuente: Censos Nacionales de Población 1991 y 2001.

DEIE. Ministerio de Producción, Tecnología e Innovación de Mendoza. Datos de 2001 procesados con REDATAM.

Indicadores de recursos humanos del sistema de salud pública provincial en hospitales públicos, según zona sanitaria y departamento. Mendoza. Año 2007

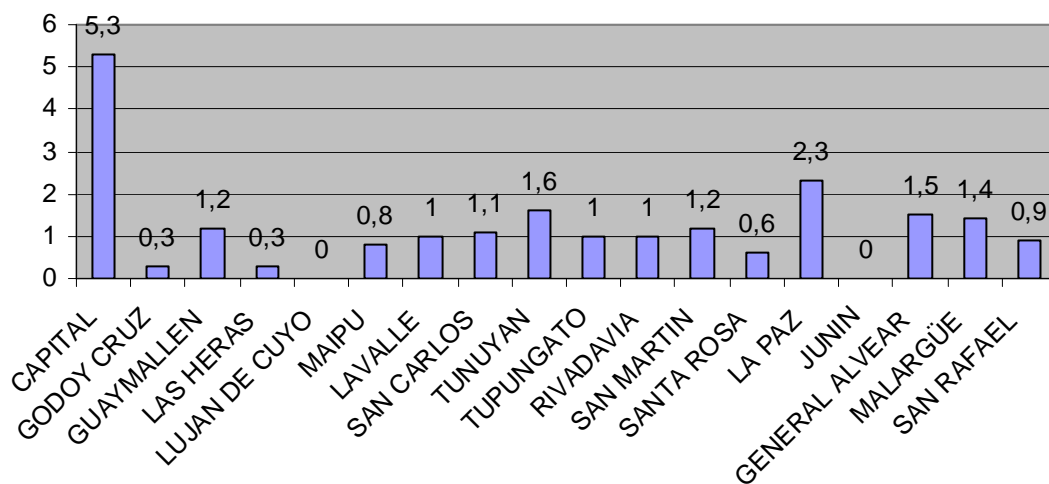


Departamento	Hospitales	Profesionales de la salud	Enfermeros y técnicos	Enfermeros y técnicos por profesionales de la salud	Profesionales de la salud por cada 1.000 habitantes (1)	Enfermeros y técnicos cada 1.000 habitantes
Total	22	1.860	2.402	1,3	1,1	1,4
Zona I	11	1216	1.568	1,3	1,1	1,4
Capital	3	608	854	1,4	5,3	7,4
Godoy Cruz	1	61	70	1,1	0,3	0,4
Guaymallén	2	328	414	1,3	1,2	1,5
Las Heras	2	56	68	1,2	0,3	0,4
Luján de Cuyo	///	///	///	///	///	///
Malpú	2	128	133	1,0	0,8	0,8
Lavalle	1	35	29	0,8	1,0	0,8
Zona II	3	139	165	1,2	1,3	1,5
San Carlos	1	34	39	1,1	1,1	1,3
Tunuyán	1	74	96	1,3	1,6	2,1
Tupungato	1	31	30	1,0	1,0	1,0
Zona III	4	231	290	1,3	1,0	1,2
Rivadavia	1	55	70	1,3	1,0	1,3
San Martín	1	143	194	1,4	1,2	1,7
Santa Rosa	1	10	6	0,6	0,6	0,4
La Paz	1	23	20	0,9	2,3	2,0
Junín	///	///	///	///	///	///
Zona IV	4	274	379	1,4	1,1	1,5
General Alvear	1	69	110	1,6	1,5	2,4
Malargüe	1	35	48	1,4	1,4	2,0
San Rafael	2	170	221	1,3	0,9	1,2

(1) Población considerada al 1 de enero de 2007, estimada según crecimiento vegetativo.

Fuente: Dirección de Recursos Humanos. Ministerio de Salud. DEIE. Ministerio de Producción, Tecnología e Innovación de Mendoza.

**PROMEDIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD CADA
1000 HB.**



HOSPITALES EN MENDOZA POR DEPARTAMENTO

