



Hospital Alemán

Curso Anual de Auditoría Médica

Monografía:

“Los Países del Cono Sur.
Sus Sistemas de Salud”



Integrantes del grupo:

Marta Bonahora
Zue Funez
Vanessa Piuma
Daniela Terrizzi

Año 2008

Indice

Algunas características de los países estudiados. Similitudes y Diferencias.....	pág.1
Análisis por país.....	pág.3
1. Argentina.....	pág.3
a. P.M.O.....	pág.7
b. Composición del S.S. – División en Sub-sectores.....	pág.9
c. Comentario sobre el S.S. de nuestro país.....	pág.11
2. Chile.....	pág.14
3. Paraguay.....	pág.16
4. Bolivia.....	pág.18
5. Uruguay.....	pág.20
Conclusiones Finales.....	pág.22
Dos escenarios posibles para el futuro.....	pág.23
Bibliografía.....	pág.24

LOS PAISES DEL CONO SUR

SUS SISTEMAS DE SALUD

Algunas características de los países estudiados. Similitudes y Diferencias.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Estos países presentan estructuras demográficas muy diferentes entre sí. Chile, Argentina y Uruguay están en una etapa de envejecimiento de la población, con tasas de fecundidad bajas, importante disminución de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil y un marcado aumento de la expectativa de vida de sus habitantes.

En Brasil, a pesar de haber disminuido la tasa de fecundidad, aun muestra una alta tasa de mortalidad materno infantil y la expectativa de vida aumentó menos que en los países anteriormente mencionados.

Paraguay y Bolivia tienen todavía altas tasas de fecundidad y de mortalidad materna, sobre todo Bolivia. Paraguay demuestra avances en la reducción de la mortalidad infantil y el aumento de la expectativa de vida.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Argentina, Chile y Uruguay están en una etapa de transición. Las principales causas de muerte son las enfermedades crónicas no transmisibles, pero aún tienen bastante peso en el estado de salud de la población las enfermedades derivadas de la pobreza. En Brasil, Bolivia y Paraguay las enfermedades transmisibles son una importante causa de muerte.

Estas realidades diferentes determinan distintas demandas a los Sistemas de Salud en los países del Cono Sur. Cada país tiene también prioridades sanitarias diferentes. Esto redundaría en distintos costos a abordar. Por ejemplo, el caso de Paraguay y Bolivia requiere mejorar la atención en el embarazo y parto, hacer campañas para prevenir las enfermedades infecto-contagiosas, campañas de vacunación, etc. (Requiere inversión en la construcción de Hospitales, infraestructura en general, medicamentos).

En el caso de Argentina, Uruguay y Chile se vuelve mayor la importancia de las enfermedades crónicas, la población vive más años y la mortalidad disminuye, con lo cual crece el costo en salud.

Una característica común a **todos** los países estudiados es que la población que vive alejada de los grandes centros urbanos tiene menos acceso a los servicios. Lo cual se refleja en un

peor estado de salud de la población que habita lejos de las ciudades. Esta característica queda “escondida” detrás de los indicadores de cada país y origina una seria inequidad.

En cuanto a los orígenes de los Sistemas de Salud en estos países, encontramos también similitudes: nacieron a partir de instituciones, sobre la base de la solidaridad intragrupal. (Asociaciones profesionales, por actividad económica, grupos de inmigrantes, etc.). Esto dio origen a las Obras Sociales (Argentina), Cajas de Asistencia y Previsión Social (Brasil), Servicio Médico Nacional de Empleados (Chile), etc.

En síntesis, nos encontramos con realidades que tienen ciertas similitudes pero a la vez grandes diferencias en materia socioeconómica.

Cuadro comparativo de indicadores en los países del Cono Sur

Indicador	Argentina	Brasil	Chile	Paraguay	Uruguay	Bolivia
<i>Población total (en millones)</i>	36,000	157,000	14,000	5,100	3,163	8,274
<i>Tasa de Fecunhdidad</i>	2.6	2.5	2.4	4.2	2.4	4.4
<i>Esperanza de vida al nacer</i>	73.5	68	75	70	74	63.6
<i>Mortalidad infantil (por 1000)</i>	22	42	10	39	17.5	54
<i>Mortalidad materna (por 100.000)</i>	44	114.2	30	130.7	21	236
<i>Alfabetización (%)</i>	96.5	85	90	85	97	87
<i>Acceso a agua potable (% pobl.)</i>	81	85.5	91	39	82	70
<i>Alcantarillado (% de la pobl.)</i>	61	60	81	14.8	92	63
Gasto en Salud						
<i>Gasto (% del PBI)</i>	9.6	4.6	5	5.1	13.4	5.8
Recursos y Servicios						
<i>Médicos (por 1000 habit.)</i>	2.7	1.5	0.5	0.7	3.7	0.7
<i>Enfermeras (pot 1000 habit.)</i>	2.4	3.2	0.2	0.1	1.7	0.5
<i>Cobertura de la red de Salud (%)</i>	92	75	95	100	96	70

ANALISIS POR PAIS

ARGENTINA

El Sistema de Cobertura Social de la Atención en Argentina fue creado a partir de los años setenta, mediante la Ley N° 23.660 que se organiza a través de mecanismos de Seguro Social Obligatorio que incluye las prestaciones de salud y otros beneficios sociales.

Esta Ley determinó la cautividad de aportes a una Obra Social determinada por actividad a partir de un piso mínimo de remuneración, la administración de la Obra Social a cargo del Sindicato y la regulación del sistema a cargo del INOS (Instituto Nacional de Obra Social), que contaba con capacidad de manejo de fondos de distribución para compensación de las diferencias entre las Obras Sociales. Siendo actualmente el organismo de control la Superintendencia de Servicios de Salud. (También en las tareas de regulación, control y manejo de reclamos a O.S. Nacionales, a cargo de la SSS, tienen autoridad la Defensoría del Pueblo y los Tribunales Arbitrales de Consumo de la Secretaría de Comercio de la Nación para dirimir cuestiones entre consumidores y prestadores de servicio de salud).

Este Sistema se encuentra fragmentado, tanto en lo referente a sus prestaciones como así también en sus fuentes de financiamiento, la constitución de los fondos utilizados por cada sub-sistema, y el gerenciamiento de cada uno de ellos.

Esta fragmentación provoca la superposición de las coberturas, ya que los beneficiarios de O.Social según su conveniencia o necesidad recurren a Instituciones Estatales; ello genera subsidios cruzados e ineficiencia en la asignación del recurso.

El Seguro de salud comprende las Obras Sociales Nacionales y el INSSJP – obra Social de Jubilados y Pensionados-creado mediante Leyes Nacionales específicas. Las Instituciones del Seguro Social se completan con las Obras Sociales Provinciales correspondiente a las 24 jurisdicciones, con marcos jurídicos heterogéneos e independientes y otras O. Sociales como las Fuerzas Armadas, Policía, Universidades Nacionales, Poder Judicial y Congreso de la Nación.

Los recursos de todas estas O. Sociales provienen del aporte y contribución sobre los salarios y actúan como financiadores, contratando servicios médicos privados, existiendo un número limitado de instituciones con servicios propios.

La mayoría de las O. Sociales Nacionales, como agentes gerenciadore de recursos, realiza subcontrataciones con el sector privado. Existen alrededor de 270 entidades, incluyendo tanto a Obras Sociales Sindicales como Personal de Dirección sumando un total de casi 4.000.0000 de titulares que correspondería a casi 8.000.000 de beneficiarios. La recaudación mensual del Sistema de aportes y contribuciones directos a O.Sociales es de aproximadamente 240 millones de pesos lo que implica un volumen anual de 2.800 millones. En el período 2001, unos 30 millones mensuales se dirigieron al **Fondo Solidario de Redistribución (FSR).**

La recaudación de este Fondo Solidario la realiza la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), que centraliza los pagos referidos a la seguridad social, con control de la Superintendencia de Servicios de Salud, su autoridad de aplicación. Mensualmente los empleadores retienen de la remuneración de los empleados, un porcentaje destinado al FSR y otro porcentaje a la Obra Social y depositan sus pagos. Paralelamente envían una declaración jurada con la determinación de su deuda. Este sistema descentralizado a nivel nacional es administrado por la AFIP, quien recauda y deriva a la Cuenta Fondo Solidario de Redistribución del Banco Nación y a las cuentas específicas de las O. Sociales los importes que corresponden.

El FSR se creó principalmente para el subsidio automático de empleados de aporte inferior al costo estimado del PMO, y en segundo lugar, para la cobertura de Programas Especiales para patologías de alta complejidad y otras de baja incidencia y alto costo.

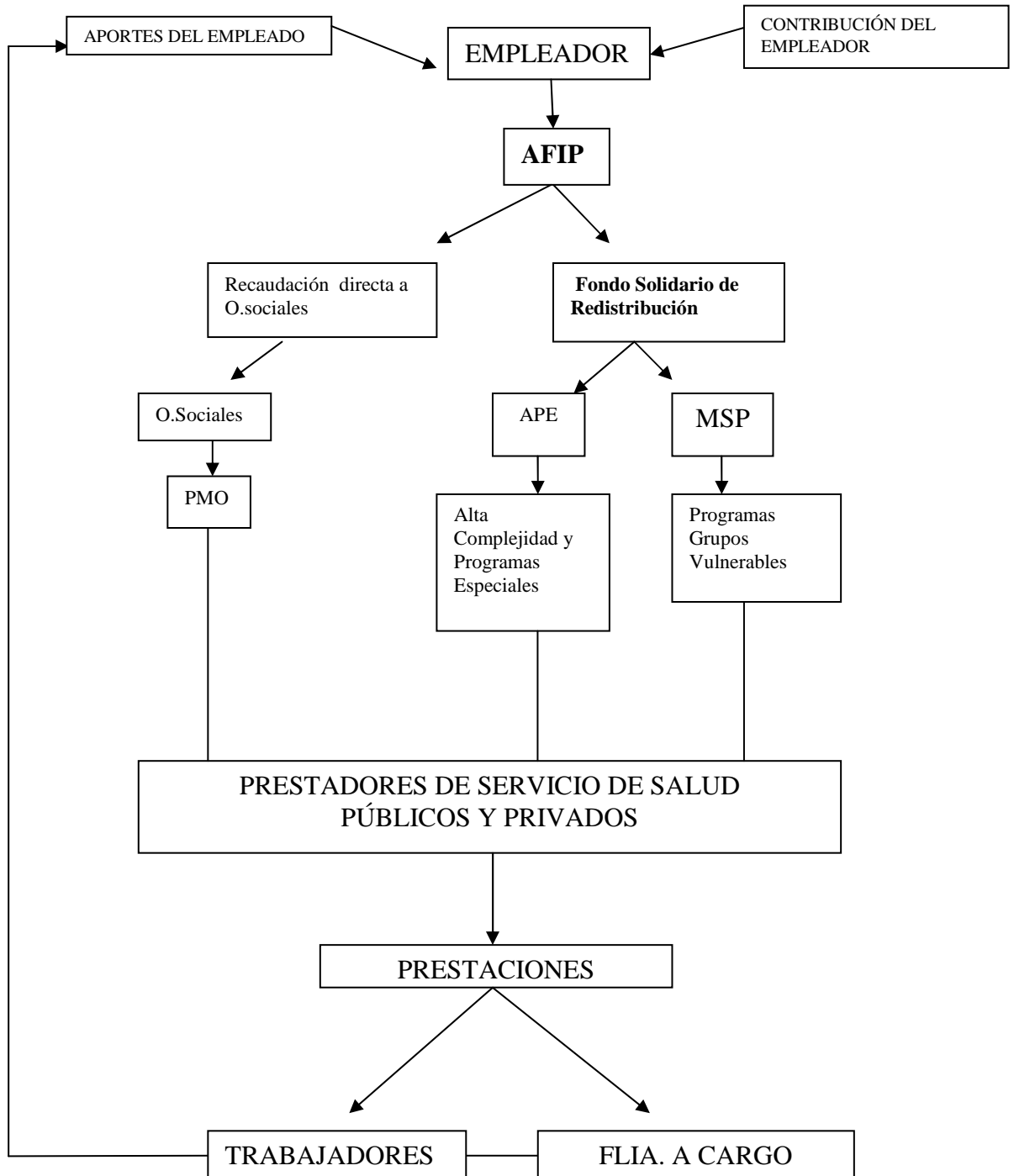
El subsidio automático fue reglamentado a través del Decreto 292/95. El mismo determina que todo empleado cuyos aportes y contribuciones sean inferiores a \$30 (incrementado por el decreto 492/95 a \$40) recibirá la diferencia entre sus aportes reales y dicho costo teórico del PMO por familia, intentando de esta manera compensar el desequilibrio generado por poseer una proporción sustantiva de trabajadores con bajos ingresos. Pero luego el Decreto 1400/01 determina que la distribución del subsidio se realice por beneficiario, para lo cual la normativa prevé la implementación de un padrón actualizable de beneficiarios de la seguridad social. El valor se estimó en \$20 por titular y \$15 por los comprendidos en el grupo familiar (decreto 741/2003), lo que permitiría garantizar la cobertura del PMO en forma más precisa que un valor único que comprendía a titular y grupo familiar, independientemente del tamaño del mismo, asegurando a la O.Social el financiamiento mínimo para la cobertura obligatoria de todos sus beneficiarios.

La distribución automática se realiza a las O. Sociales a los 90 días del mes devengado, vía la cuenta del Banco Nación. En el caso de la cobertura de Programas Especiales, las O. Sociales se encuentran obligadas a brindar prestaciones para cobertura **de PATOLOGÍAS DE BAJA INCIDENCIA Y ALTO COSTO**, pudiendo luego **los agentes** recurrir a la Administración de Programas Especiales (APE) y solicitar el reintegro correspondiente a los servicios realizados.

Estas prestaciones cubiertas por resolución de la APE son:

- *Transplante de Órganos.*
- *Medicación para HIV-SIDA.*
- *Medicación para Hemofílicos.*
- *Medicación para Fenilcetonúricos.*
- *Enfermedad de Gaucher.*
- *Medicación peritransplante.*
- *Medicación inmunosupresora post-transplante.*
- *Tratamiento de infecciones meticilino resistentes.*
- *Tratamientos para acromegalia.*
- *Enfermedad Fibroquística.*
- *Esclerosis Lateral Amiotrófica.*
- *Esclerosis Múltiple.*
- *Tratamiento de Hepatitis B*
- *Tratamiento de las Leucopenias.*
- *Alimentación parenteral.*
- *Embolizaciones selectivas de grandes vasos.*
- *Materiales para prácticas endovasculares.*
- *Injerto de miembro con microcirugía.*
- *Radioneurocirugía cerebral.*
- *Stent biliar*
- *Prótesis Cardiovasculares.*
- *Prótesis Neurológicas.*
- *Prótesis Ortopédicas.*
- *Prótesis Urinarias.*
- *Ortesis.*
- *Material descartable para intervenciones cardiovasculares.*
- *Implante Coclear.*
- *Tratamiento de grandes quemados.*
- *Stents coronarios.*
- *Cardiodesfibriladores.*
- *Respirador externo.*
- *Esfínter urinario.*
- *Prótesis cardíacas.*
- *Drogas Inmunosupresoras.*
- *Hormona de Crecimiento.*
- *Tratamiento para drogodependencia.*
- *Discapacidad.*

FUNCIONAMIENTO DEL FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN



Plan Médico Obligatorio (PMO)

Es el conjunto de prestaciones básicas garantizadas que tiene como fin, no sólo estimar el costo de un Sistema de Salud definido, como elemento indispensable en el diseño de un Sistema de Seguro en Salud, sino que también permite establecer limitaciones relativas de acceso. Posibilitando un sistema equitativo de financiamiento, de otra manera la garantía de atención se hace difusa y no equitativa.

En la Argentina los primeros paquetes de prestación médico asistencial fueron previstos para el Sistema Nacional de Obras Sociales en 1971 (Decreto 4714). Se relacionaban con la atención médica en Consultorio y a domicilio, internación de pacientes, atención médica de urgencia, servicios de diagnóstico y tratamiento, y atención odontológica.

El Programa Médico Obligatorio se normatizó a partir del Decreto 492/95, reglamentado a través de la resolución 247/96, del Ministerio de Salud de la Nación. **Esta resolución establece que todas las O. Sociales deben garantizar a sus beneficiarios las prestaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico que se detallan en la normativa, sin permitir períodos de carencias pudiendo cumplir con esto con efectores directos o contratados.**

El decreto 1615/96 le otorga la responsabilidad de la fiscalización del PMO a la Superintendencia de Servicios de Salud, siendo este paquete obligatorio para todas las obras Sociales Nacionales y también para las empresas de Medicina Prepaga a partir de la Ley 24.754/96.

Cobertura del PMO:

- **Atención Primaria** de la salud y actividades de Prevención sin costo (Plan Materno-Infantil, prevención del cáncer femenino, odontología preventiva, etc.)
- **Atención Secundaria** en base a consultas médicas, correspondientes a las especialidades reconocidas por las autoridades sanitarias, con co-seguros. Prácticas y estudios complementarios de diagnóstico y terapéuticos, con co-seguros.
- **Internación** con cobertura del 100%.
- Salud Mental con topes de hasta 30 visitas anuales en régimen ambulatorio y 30 días de internación por año calendario.
- **Rehabilitación:** Kinesiología, fonoaudiología, y rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial, con topes de cantidad de sesiones por año, según el caso.
- **Odontología** incluyendo tratamiento preventivo y curativo, con co-seguros diferenciales según el grupo etáreo.

- **Provisión de Medicamentos.** En régimen ambulatorio se cubre el 40% del costo de referencia de un listado de medicamentos que cubre el 95 % de las patologías que se presentan en las consultas ambulatorias. En la internación la cobertura es del 100%. No están incluidos los medicamentos de venta libre.
- Otras coberturas: - **Cuidados Paliativos** para alivio del dolor, síntomas y abordaje psicosocial en pacientes con expectativa de vida que no supere los 6 meses con cobertura del 100%. – **Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, Otoamplifonos, lentes y prótesis.**
- **Alta Complejidad:** financiada por el Fondo Solidario de Redistribución y gestionado por APE comprende las patologías de baja incidencia y alto costo como ya fue visto.

COMPOSICIÓN DEL SISTEMA DE SALUD
DIVISIÓN EN SUB-SECTORES

(FUENTE: Lembo-Califano. Economía y Salud. Vol. II Bs. As., 2003)

SUBSECTOR PÚBLICO

Tamaño: **12.000.000 de beneficiarios que representan el 33.3% del total.**

Perfil: Carenciados, desocupados

Gasto Anual: \$5.750mill.

Gasto per Cápita: \$39.8

Origen del recurso: Estatal

OBRAS SOCIALES SINDICALES
OBRAS SOCIALES DE ADMINISTRACIÓN MIXTA
OBRAS SOCIALES DEL ESTADO
O.S. FUERZAS ARMADAS y SEGURIDAD

Tamaño: **10.750.000 de beneficiarios que representan el 29.8% del total.**

Perfil: Asalariados de convenios

Gasto per Cápita mensual: \$17.90

Origen del Recurso: Aportes y Contribuciones.

OBRAS SOCIALES PROVINCIALES

Tamaño: **6.000.000 de beneficiarios que representan 16.7% del total.**

Perfil: asalariados con relación de dependencia en gobiernos provinciales.

Gasto per Cápita mensual: \$22.77

Origen del Recurso: aporte del trabajador y del Estado.

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (ISSJP)

Tamaño: **3.200.000 de beneficiarios que representan el 11.7% del total.**

Perfil: Jubilados, Pensionados y discapacitados.

Gasto per Cápita mensual: \$57.50

Origen del Recurso: un porcentaje de aportes y contribuciones de los trabajadores activos y aportes propios de la clase pasiva.

ENTIDADES DE MEDICINA PRIVADA

Tamaño: **2.200.000 de beneficiarios que representa el 6.1% del total.**

Perfil: Trabajadores independientes.

Gasto per Cápita mensual: \$87.08

Origen del Recurso: Por contrato individual (65%)

Por contrato con Empresas.

OBRAS SOCIALES DE PERSONAL DE DIRECCIÓN

Tamaño: **950.000 beneficiarios representan el 2.64% del total.**

Perfil: Asalariados no incluidos en convenio.

Gasto per Cápita mensual: \$ 70.18

Origen de recurso: individual y empresarial.

COMENTARIO SOBRE EL S.S. DE NUESTRO PAÍS

Como podemos observar en la Argentina, el Sistema de Salud se encuentra dividido en seis grandes subsistemas y estos a su vez presentan divisiones. Siendo el Subsector Público quien tiene el mayor porcentaje de beneficiarios. (carenciados, desocupados)

Esto tiene no solo una implicancia social porque muestra la pobreza en que ha caído el país, sino además muestra el gasto del Estado en esta población, que duplica al gasto por cápita que gastan las Obras Sociales. Subsector Público gasta \$39.8 contra \$17.90 que gasta las Obras Sociales Sindicales y \$22.77 las Obras Sociales Provinciales.

Por lo tanto, los desocupados se transforman en una gran carga para el Estado y la Sociedad por lo que debería ser una tarea indispensable bajar la desocupación.

Si miramos a nuestro país en un todo, podemos observar lo siguiente:

TABLA N° 6: Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y de la Esperanza de Vida (EV) en relación con el gasto en salud como porcentaje del PBI

País	Habitantes (en millones)	Tasa de Mort. Inf. Hombres (cada 1000)	Tasa de Mort. Inf. Mujeres (cada 1000)	Esperanza de vida en años (hombres)	Esperanza 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

Argentina es uno de los países que más gasta en Salud con respecto a su PBI (9.5%). Estados Unidos que tiene un gasto del 13.9% de su PBI. Pero a pesar del gasto (inversión) no obtiene los resultados esperados.

Siendo la Tasa de Mortalidad Infantil 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. La esperanza de vida representa los años de vida que cabe prever 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.

Si continuamos analizando la Salud de Argentina con respecto al gasto medido por el porcentaje de su PBI y se realiza un Ranking de Eficiencia Sanitaria podemos ver que Argentina tiene un alto costo con una baja eficiencia. Para esto recurrimos, al menos para el período 2000 donde la Organización Mundial de la salud realizó este análisis. 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 calidad de la 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 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 Estados Unidos y que la mayor eficiencia no necesariamente se logra con mayores erogaciones.

Por todo esto consideramos que se deberá realizar un replanteo de la situación sanitaria en la Argentina ya que con el los fondos disponibles se pueda elaborar una mejor redistribución del recurso con una mejor prestación para todos. Aplicando políticas sanitarias que unifiquen los fondos debido a que el gasto que se produce en la administración de cada subsistema encarece el funcionamiento de los mismos y además se producen, como lo mencionamos anteriormente prestaciones cruzadas e ineficiencias en la asignación del recurso.

CHILE

El sistema de Salud en Chile se divide en dos:

- El sistema Público (FONASA)
- Las compañías de Seguros Privadas (ISAPRES)
(ver gráfico)

EL FINANCIAMIENTO:

- Aporte Fiscal
- Retención Obligatoria sobre el salario de los trabajadores formales
- Gastos de bolsillo de los ciudadanos

Los trabajadores deben aportar obligatoriamente a alguno de estos dos sistemas el 7% de su salario. Los afiliados a las Isapres aportan como mínimo ese 7%, o más, dependiendo del nivel de cobertura que deseen tener. Si se pretende una mayor cobertura, se debe pagar por ella. Desde 1980 **los empleadores NO contribuyen al Sistema de Salud**, pero tienen la obligación de contribuir al Seguro de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales.

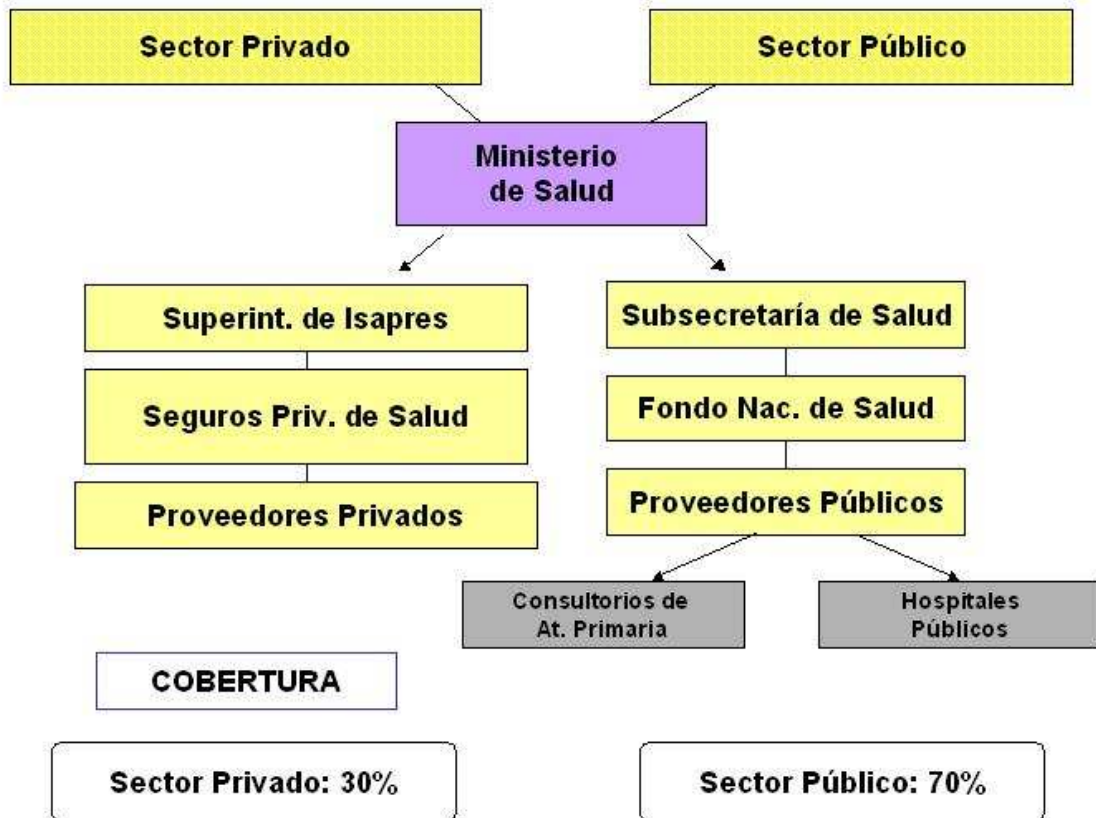
FONASA ofrece un plan a todos los afiliados con un arancel que depende del salario. **Solo ofrece una cobertura del 100% para los indigentes y los desocupados.**

En las ISAPRES la cobertura es proporcional al aporte económico del afiliado y el 75 % de ellos incurre en gastos de bolsillo cuando utilizan los servicios médicos con o sin hospitalización. **Además estas entidades realizan selección por riesgo, toman en cuenta preexistencias y períodos de carencia.**

PRINCIPALES PROBLEMAS:

- El sistema público tiene a los beneficiarios de menores ingresos y de mayor riesgo.
- El sistema privado concentra la población más sana y de mayores recursos.
- El sistema privado puede discriminar afiliados y el público no.
- El sistema público es el reasegurador implícito de todos los habitantes.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE



PARAGUAY

El sistema de Salud en Paraguay se divide en tres:

- El sector Público
 - El Sector Paraestatal (*IPS*)
 - El Sector Privado
- (ver gráfico)

El sector Público tiene a su cargo al 72% de la población, pero tiene serios problemas para cubrir prestaciones básicas, como por ejemplo la atención del parto y del Recién Nacido.

El Instituto de Previsión Social (*IPS*) da cobertura en salud y también en lo relacionado con los riesgos laborales, la vejez y la invalidez.

EL FINANCIAMIENTO:

Fuentes del gasto en salud:

- Presupuesto de la Nación (20%)
- Contribuciones al *IPS* (26%)
- Gasto de bolsillo (**54%**)

El *IPS* se financia con aportes de los trabajadores (9% del salario), los empleadores (14% de los salarios de sus empleados), los jubilados y el Estado (1.5% del monto total de los salarios).

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN PARAGUAY

	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PARAESTATAL	SECTOR PRIVADO
	Minist. De Salud Pública y Bienestar Social Sanidad Militar Sanidad Policial Sanidad Municipal Corporación de Obras Sanitarias Hospital de Clínicas Univ. Nacional de Asunción	Instituto de Previsión Social (IPS) Cruz Roja Paraguaya	Asociación de Hospitales y Clínicas Privadas: (Establecimientos Asistenciales, laboratorios, farmacias, etc)
POBLACION CUBIERTA	72%	13%	15%

BOLIVIA

El sistema de Salud en Bolivia se divide en tres:

- Sector Público
- Seguridad Social
- Sector Privado con y sin fines de lucro

El **Sector Público** está encabezado por el Ministerio de Salud y Previsión Social. Existe una Ley de Descentralización, a través de la cual se reglamentó que tanto la infraestructura como el financiamiento depende de los diferentes Municipios.

El **Sector de la Seguridad Social** comprende a los trabajadores en relación de dependencia, organizados dentro del esquema de financiamiento tradicional de la S.S.

Dentro del **Sector Privado** están las *Compañías de Seguros, las Empresas de Medicina Prepaga y las O.N.G.* La actividad de las *Organizaciones No Gubernamentales* resulta muy importante en Bolivia, por su cantidad, su alta contribución en la prestación de servicios y por el volumen de dinero que administran.

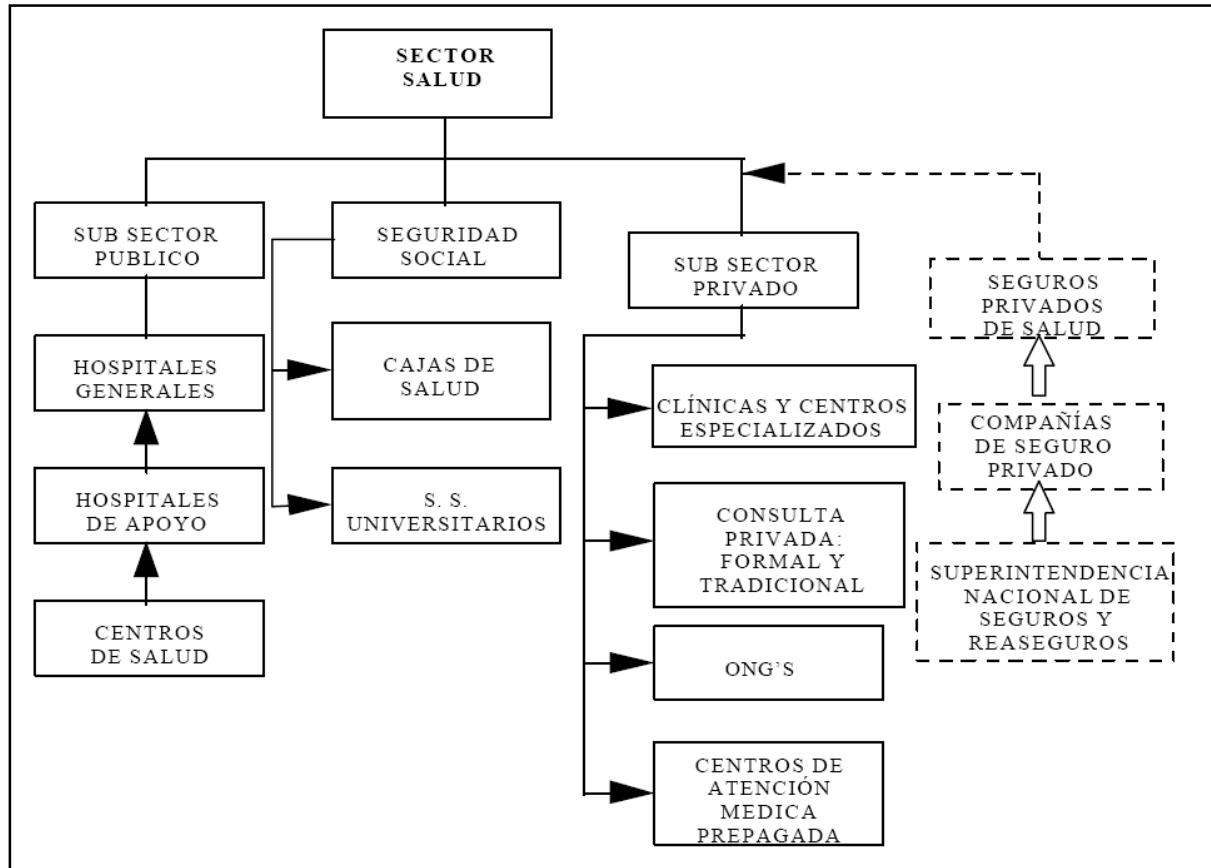
La Iglesia dá importantes servicios a la población, especialmente en zonas de pobreza extrema. Funciona con personal estatal, propia infraestructura y financiamiento se comparte entre la Iglesia y los usuarios.

PRINCIPALES PROBLEMAS

Alrededor del **60%** de la población tienen ingresos menores a la línea de pobreza y alrededor del **30%** es indigente. En la zona rural, más del **80%** de la población vive en condiciones de pobreza y cerca del **60%** en indigencia. Por lo tanto hay una alta incidencia de enfermedades relacionadas con la *pobreza y endémicas* (Chagas, Dengue, Malaria, Tuberculosis).

Solo el **27 %** de la población boliviana está cubierta por el sistema de salud de la Seguridad Social, las prestaciones brindadas por los diferentes Municipios (Sector Público), tienen las siguientes limitaciones: no llegan a los grupos poblacionales más pobres; no es difundido ni conocido en el área rural, los gobiernos municipales tienen un gran retraso en el pago de las prestaciones, hay problemas de disponibilidad de insumos.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN BOLIVIA



POBLACIÓN CUBIERTA:

<u>SECTOR PÚBLICO</u>	<u>SEGURIDAD SOCIAL</u>	<u>SECTOR PRIVADO</u>	<u>SIN COBERTURA</u>
33%	27%	10%	30%

URUGUAY

A partir del 1° de enero de 2008 se aplica en Uruguay el nuevo Sistema Nacional de Salud.

Se divide en:

- Sector Público
- Sector Privado

El cambio fundamental en el Sistema de Salud es la creación del FONASA (Fondo Nacional de Salud). Todos los trabajadores incluyendo hijos hasta 18 años y cónyuge (antes solo cubría al trabajador, que debía pagar por ej. una mutualista para la cobertura de su familia) optaron por atenderse en mutualistas privadas o en salud pública. Ingresaron además titulares de empresas unipersonales con un empleado a cargo y sus hijos.

Los activos y pasivos aportan el 3% ,4.5% o 6% de su salario, la empresa el 4%. Las instituciones asistenciales serán estimuladas a cubrir a las poblaciones que provocan mayor gasto (mujeres entre 20 y 40 años , niños y mayores de 65 años.) Este componente (o metas) será pagado por el FONASA, cuyo dinero lo administra el Estado, de forma tal que el centro de salud (sea privado o público) recibirá el pago según el número de usuarios que usen el servicio.

En enero de 2008 entraron al FONASA 400.000 niños menores de 18 años, de los cuales 130.000 adquirieron por primera vez una cobertura integral y se pasó de 588.000 trabajadores privados con cobertura a un total de 1.300.000 personas nucleadas en este fondo.

Según el Ministerio de Salud Pública, con este nuevo sistema de Salud está cubierto el 100 % de la población.

EL FINANCIAMIENTO:

- Aportes de los Hogares.
- Aportes del Estado.
- Aportes de las Empresas.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN URUGUAY

	SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO
	Ministerio de Salud Pública Sanidad de las Fuerzas Armadas Sanidad Policial Hospital de Clínicas Banco de Previsión Social Fondo Nacional de Recursos Entes Autónomos Gobiernos Departamentales Servicios Descentralizados	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva Sanatorios y Clínicas Privadas Emergencias Móviles Seguros Centros Privados de Diagnóstico y Tto.
POBLACION CUBIERTA	41.2%	47%

Estadística Previa a Enero 2008

CONCLUSIONES FINALES:

- ⇒ En todos los países de la región encontramos Sistemas de Salud Mixtos.
- ⇒ Los modelos económicos liberales y aperturistas implementados en la región generaron un proceso de exclusión social. Aparte de crecimiento económico, hay grandes diferencias entre las clases sociales. Esto provoca la falta de acceso a los sistemas de salud por parte de muchos habitantes de los países estudiados.
- ⇒ A pesar de dichos modelos económicos, excepto en Chile y las debilidades de Bolivia los subsistemas de Salud Públicos permanecieron fuertes y con amplia cobertura.
- ⇒ Se ha generado un espacio en todos los países de la región, en mayor o menor medida para la medicina privada.

Puntos débiles coincidentes entre los países estudiados:

- ⇒ Gran nivel de inequidad entre las clases sociales, que tienen acceso a la salud dependiendo de su nivel de ingreso.
- ⇒ Modelos de atención que no privilegian la prevención.
- ⇒ La falta de integración de los desocupados y trabajadores informales al Sistema de Salud, que resulta en muchas familias sin cobertura.
- ⇒ Fragmentación del sistema que opera también a nivel geográfico (Diferencias de disponibilidad y acceso a la salud en las zonas rurales)

DOS ESCENARIOS POSIBLES PARA EL FUTURO

Si se sigue esta tendencia y por una mala administración y reglamentaciones poco claras se desarrolla con más fuerza la diversidad de oferta, va a mantenerse un **sistema público deteriorado para los más pobres** y se va a ir generalizando el sistema de salud chileno hacia el resto de los países (**a menor cuota, menor cobertura. Prestaciones de alta complejidad reservado a los sectores más ricos**).

Éste es el peor futuro que imaginamos, la consolidación definitiva de la fragmentación social en Salud.

La alternativa a este futuro es un Sistema de Salud, que bien podría ser público o mixto pero **más equitativo y con mayor cobertura para todos.**

Para alcanzar este logro se debería trabajar sobre:

- Seguro Nacional de Salud Universal y de Aportes.
- Articulación entre las instituciones públicas y privadas para lograr un sistema que complemente las atenciones.
- Énfasis en la prevención.
- Control de calidad asistencial y establecimiento de niveles de prestaciones comunes para todos los prestadores de salud.

Para llegar a este escenario que llevaría a un sistema de Salud más justo y sin tanta segmentación como vemos hoy en los países del Cono Sur, es fundamental trabajar al menos sobre los cuatro puntos anteriormente mencionados y es imprescindible el diálogo entre todos los sectores involucrados hasta el Ministerio de Salud y las propuestas concretas que se puedan llevar a cabo con la mejor administración de los recursos disponibles.

Bibliografía:

- Daniel Maceira -Valeria Cicconi, Trabajo sobre Obras Sociales.
- Superintendencia de Seguro de Salud.
- Ministerio de Salud Pública
- Organización Mundial de la Salud.
- www.intramed.net.ar
- www.fisterra.net.
- O.I.T.: Estudio Empírico sobre la exclusión social en el caso de Argentina.
- O.I.T.: Estudio Empírico sobre la exclusión social en el caso de Chile.
- Organización Panamericana de la Salud, Ejemplo Boliviano del Sistema de Salud.
- O.P.S / O.M.S.: Sistema Regional de Datos Básicos en Salud – Perfil de País, Bolivia 2004.
- Ministerio de Salud Pública de la ROU

