



ORGANISMO ANDINO DE SALUD  
CONVENIO HIPOLITO UNANUE

# CASE

COMISION ANDINA DE SALUD  
Y ECONOMIA

OBSERVATORIO DEL FINANCIAMIENTO AL SECTOR SALUD  
ECUADOR

# Memorias del Primer Foro Sudamericano de Salud y Economía

Quito, Ecuador  
19, 20 y 21 de noviembre del 2008

AUSPICIADO POR



CON LA COOPERACIÓN DE





## Indice General

### Contenido

Indice General .....	2
Presentación.....	4
Acto inaugural .....	5
Intervención de la Ec. Sara Naranjo. Presidenta de la CASE.....	5
Primer Foro Sudamericano de Salud y Economía.....	7
Objetivo general:.....	7
Objetivos específicos: .....	7
Presentaciones iniciales de contexto .....	8
Tema 1 .....	8
Salud y el Plan Nacional de Desarrollo 2007–2010 .....	8
1. El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 .....	8
2. Elementos para la política de salud en el PND .....	10
3. Elementos de ruptura de la política en el sector salud .....	11
Tema 2 .....	12
Oportunidades y desafíos para mejorar las condiciones de salud en América Latina .....	12
1. Introducción: Principales Desafíos.....	12
2. Estado actual de la salud en América Latina .....	12
2.1. Perfil epidemiológico de la población .....	13
2.3. Condiciones básicas de la población .....	13
3. Sistemas de salud.....	14
3.1. Complementariedad en salud: Público y privado .....	14
3.2. Principales restricciones de los sistemas de salud .....	14
4. Intervenciones públicas en salud .....	16
4.1 Programas de Aseguramiento.- .....	16
4.2 Programas de nutrición.- .....	16
4.3 Programas de transferencias condicionadas.- .....	16
4.4 Programas de infraestructura. ....	16
5 La agenda hacia adelante .....	17
Tema 3 .....	18
Tendencias de la protección social en salud .....	18
Contenido.....	18
1. Protección social en salud .....	18
2 El contexto .....	19
3 Mecanismos de protección social vigentes .....	20
4 Situación actual .....	20
5 Una primera conclusión .....	21
6. ¿Qué proponemos? .....	21
Tema 4 .....	23
Cronología de las reformas y cambios en los sistemas de salud siglo X.....	23



Contenidos.....	23
Cronología de las reformas y cambios en los sistemas de salud Siglo XX .....	23
2. Retos y perspectivas: políticas para transformar la salud .....	27
Panel foro presentación países.....	29
Resumen de aspectos relevantes de presentaciones de países en el Foro .....	29
Situación del financiamiento y calidad del gasto en salud.....	29
Resumen de presentaciones de representantes de países de la Subregión Andina: Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela y del Mercosur Argentina, Uruguay y Paraguay.....	31
Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.....	33
Comisión Andina de Salud y Economía (CASE).....	33
Evaluación de los sistemas de información enfocados a la previsión estadística para generar, medir el nivel de inversión en salud, fuerza de trabajo y crecimiento económico. (Producto uno). .....	33
2. Enfoque metodológico seguido por el estudio .....	34
3. Desarrollo del estudio.....	34
INEINFO. Venezuela.....	38
4. Evaluación de los sistemas de información enfocados a la previsión estadística para generar y medir el nivel de inversión en salud, fuerza de trabajo y crecimiento económico .....	41
Debilidades comunes a todos los países de la Región: .....	45
Resultados de las 4 mesas de trabajo .....	52
Enfoque general.....	52
Mesa 1.....	53
Lineamientos y estrategias para incluir como prioridad el sector salud en las políticas públicas y su financiamiento .....	53
Mesa 2.....	55
Estrategias que garanticen la calidad de la inversión en salud en el marco de la protección social .....	55
Mesa 3.....	57
Líneas de acción para el compromiso de los actores políticos, económicos y sociales para mejorar la inversión en salud .....	57
Mesa 4.....	59
Tema: Red virtual sudamericana de Economía y Salud.....	59
Acuerdos I Foro Sudamericano de Salud y Economía .....	61
Anexo No. 1 .....	63
Agenda Primer Foro Sudamericano de Salud y Economía.....	63
Anexo 2 .....	67
Lista de participantes .....	67



## Presentación

El Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unánue (ORAS-CONHU) y la Comisión Andina de Salud y Economía (CASE) con el auspicio del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la cooperación de la Corporación Andina de Fomento (CAF), de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el auspicio del Consejo Nacional de Salud del Ecuador, programaron el Primer Foro Sudamericano de Salud y Economía que se desarrolló en la ciudad de Quito, Ecuador del 19 al 21 de noviembre del 2008.

El Foro Sudamericano tuvo como objetivo general resaltar la importancia de la inversión en salud y las capacidades de los sistemas de salud para responder a los requerimientos del desarrollo social; inscribiéndose además en el plan de trabajo de la Comisión Andina de Salud y Economía aprobado por las Ministras y Ministros de Salud del Area Andina en abril del 2008 y respondiendo a la decisión de las Cumbres de la Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR) realizadas en diciembre del 2006 en Cochabamba, Bolivia y mayo 2008 en Brasilia, Brasil.

En este marco de integración sudamericana, el tema de salud y economía tiene relevancia para el desarrollo de los sistemas de salud y su respuesta a las necesidades de nuestras poblaciones, por lo que al haber culminado el Primer Foro se consideró de especial importancia publicar un documento que contenga la temática tratada en forma de exposiciones, presentaciones, trabajos grupales y plenarias, de manera que se constituya en una memoria histórica de este proceso de salud y economía en permanente debate, innovación y construcción a nivel de la región.

Esperamos que las *Memorias del Primer Foro Sudamericano de Salud y Economía* puestas a su consideración sean el fiel reflejo de las opiniones y posicionamiento de los delegados de los diferentes países que participaron en este importante evento técnico-científico de integración.

Ec. Sara Naranjo  
*Presidenta de la Comisión Andina de Salud y Economía*  
Ministerio de Salud Pública del Ecuador



## Acto inaugural

### Intervención de la Ec. Sara Naranjo. Presidenta de la CASE

Buenos días a todas y todos:

En nombre de la señora Ministra de Salud Pública del Ecuador, Dra. Caroline Chang Campos, y de la Comisión Andina de Salud y Economía CASE, conformada por los delegados de los Ministerios de Salud de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, quiero darles la más cordial bienvenida a las delegaciones de los países del Área Andina, del MERCOSUR, a nuestros invitados especiales, y demás instituciones y amigos presentes.

Así como agradecer la presencia y colaboración del Dr. Oscar Feo, Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud, del Dr. Luis Palau, representante de la Corporación Andina de Fomento y al Consejo Nacional de Salud del Ecuador.

Señoras y Señores:

Para la Comisión Andina de Salud y Economía, a la cual tengo el honor de representar, es satisfactorio la realización de este Primer Foro Sudamericano de Salud y Economía, cuyo objetivo central es resaltar la importancia de la inversión en salud y las capacidades de los sistemas de salud para responder a los requerimientos de crecimiento económico y desarrollo social.

Su Plan de Trabajo da relevancia a los siguientes aspectos:

1. Fortalecer los instrumentos de análisis y evaluación
2. Fortalecer la masa crítica en Salud y Economía.
3. Resaltar la importancia de Salud y Economía a través de Foros Nacionales, Andinos, hoy también Sudamericanos, tema que nos convoca hoy; y,
4. Fortalecimiento de las Cuentas de Salud, tema que tuvimos el gusto de desarrollar en el Primer Taller de Cuentas de Salud los días 17 y 18.

Somos enfáticos en considerar que el desarrollo de una sociedad se juzga por la calidad del estado de salud de la población, de cómo se distribuyen los problemas de salud en el entramado social y por el grado de protección que gozan las personas afectadas por la enfermedad.

Además, consideramos que el crecimiento económico es importante para los países, pero sin políticas sociales adecuadas que aseguren que sus beneficios se distribuyan equitativamente, esto no contribuye a la equidad sanitaria. La deficiencia y disparidad en las condiciones de vida son consecuencia de políticas y programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política.

Los elementos a producir en este Encuentro son coherentes con el proceso de Transformación del Sector Salud que se está desarrollando en el Ecuador, y que implica la adopción de políticas y estrategias que permitan ir corrigiendo de manera progresiva el modelo de mercado que ha predominado en los últimos años en la salud, por un modelo basado en el derecho, en la equidad y el rol fundamental del Estado en la Salud individual



y colectiva, como prioridad de la inversión social para el desarrollo nacional y su contribución a una vida digna y saludable.

Quiero compartir con ustedes, que las políticas de salud del Gobierno Nacional y sus acciones, tienen una plataforma sustentada en los principios de la estrategia de Atención Primaria. Nuestro objetivo fundamental es Salud Para Todos los Ecuatorianos y Ecuatorianas, por ello son parte de esa plataforma la justicia social, la intersectorialidad, la participación social, la sostenibilidad, la orientación hacia la calidad y la rendición de cuentas, reflejadas por ejemplo, en la eliminación de los pagos en los servicios del Ministerio de Salud, que bajo una mal llamada “autogestión financiera” estaba creando una barrera de acceso, sobre todo para los más necesitados.

De igual manera se ha duplicado el presupuesto público en el presente año 1.047 millones, equivalente a un 10.1 % del Presupuesto General del Estado y un 2.2 % del PIB. Con estos recursos es que se está incrementando la cobertura y recuperando la capacidad resolutive de los servicios públicos de salud.

Con la realización de este Primer Foro de Salud y Economía, queremos dar cumplimiento al mandato de las Ministras y Ministros del Área Andina, que buscan:

- Contribuir a movilizar esfuerzos para el incremento de la inversión en salud de nuestros países,
- Acordar acciones orientadas a construir capacidades para el desarrollo del área de economía,
- Compartir enfoques, prioridades y estrategias en las investigaciones de economía y salud,
- Establecer las bases conceptuales y operativas para la creación de Redes de expertos de economía y salud

Esperamos que los resultados del Foro cumplan con estas expectativas y las vuestras, y nos den pautas para viabilizar las acciones y compromisos con los actores políticos, económicos y sociales de nuestros países.

Por lo expuesto, me es grato dar por inaugurado este Primer Foro Sudamericano de Salud y Economía, a la vez que reiterar el agradecimiento de la señora Ministra de Salud, por su presencia en este evento.

El país los acoge con los brazos abiertos, esperando que su permanencia sea placentera.

Gracias



## Primer Foro Sudamericano de Salud y Economía

### Objetivo general:

*Resaltar la importancia de la inversión en salud y las capacidades de los sistemas de salud para responder a los requerimientos de crecimiento económico y desarrollo social*

### Objetivos específicos:

- *Acordar acciones orientadas a construir capacidades en los países para el desarrollo del área de economía y salud tales como: (i) movilizar el compromiso político a nivel de las instituciones del sector público; (ii) fomentar la coordinación entre los actores relevantes en el desarrollo de esta área; y (iii) fortalecer la generación de evidencia cuantitativa y cualitativa para el análisis.*
- *Compartir enfoques, prioridades y estrategias en las investigaciones de economía y salud*
- *Establecer las bases conceptuales y operativas para la creación de redes de expertos de economía de salud en los países.*



## Presentaciones iniciales de contexto



### Tema 1 Salud y el Plan Nacional de Desarrollo 2007–2010

Lcdo. Rafael Rosales

La Secretaría Nacional de Planificación del Ecuador (SENPLADES) que está reimpulsando la planificación como instrumento fundamental para la gestión pública ha considerado importante destacar la presencia de la salud en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y su orientación en las políticas y elementos de cambio que en este sector propone el actual Gobierno.

Para el efecto la presentación se estructura en tres partes:

1. El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010
2. Elementos para la política de salud en el PND
3. Elementos de ruptura de la política en el sector salud

#### 1. El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010

Se parte de reconocer que el fin del desarrollo es la ampliación de las capacidades o libertades de los seres humanos y que el crecimiento económico, la modernización y el cambio tecnológico son medios para el desarrollo y NO sus fines, es decir el desarrollo como medio para el bienestar personal y colectivo. En este marco la salud se considera como un derecho ciudadano y una obligación del Estado el velar por su cumplimiento.



## PRINCIPIOS, VISIÓN

Principales problemas y potencialidades de desarrollo humano

Orientaciones y principios para el cambio

Transformaciones necesarias

Objetivos de desarrollo





Luego se mencionan los siguientes 12 objetivos que guían el Plan Nacional de Desarrollo:

- **Objetivo 1:** Auspiciar la igualdad, cohesión e integración social y territorial.
- **Objetivo 2:** Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía.
- **Objetivo 3:** Aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población.
- **Objetivo 4:** Promover un medio ambiente sano y sustentable, y garantizar el acceso seguro al agua, aire y suelo.
- **Objetivo 5:** Garantizar la soberanía nacional, la paz y auspiciar la integración latinoamericana.
- **Objetivo 6:** Garantizar el trabajo estable, justo y digno.
- **Objetivo 7:** Construir y fortalecer el espacio público y de encuentro común.
- **Objetivo 8:** Afirmar la identidad nacional, fortalecer las identidades diversas y la interculturalidad.
- **Objetivo 9:** Fomentar el acceso a la justicia.
- **Objetivo 10:** Garantizar el acceso a la participación pública y política.
- **Objetivo 11:** Establecer un sistema económico solidario y sostenible.
- **Objetivo 12:** Reformar el Estado para el bienestar colectivo.



## Estructura de los objetivos





## 2. Elementos para la política de salud en el PND

Considerando el Objetivo 3 del PND (aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población) se señalan las siguientes estrategias:

2.1. Promover el desarrollo sectorial, la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud

2.2. Fortalecer la gestión y el desarrollo del talento humano, su respuesta oportuna, con calidad y calidez a los requerimientos de salud

2.3. Asegurar el acceso universal a medicamentos esenciales, consolidar la autoridad y soberanía del Estado en el manejo de los medicamentos y recursos fitoterapéuticos

2.4. Asegurar la cobertura universal de la salud, con servicios de calidad que ofertan prestaciones con calidez, eliminando todo tipo de barreras que generan inequidad, exclusión y recuperando la salud como un derecho ciudadano

2.5. Fortalecer la predicción y prevención de la enfermedad, el desarrollo de capacidades para advertir, anteponerse y controlar la morbilidad, los riesgos ambientales, los accidentes, la violencia y las discapacidades

2.6. Fortalecer la promoción de la salud, promover la construcción de ciudadanía y una cultura por la salud y la vida

2.7. Promover el desarrollo de entornos favorables para la salud y la vida

2.8. Garantizar los derechos, la salud sexual y reproductiva; considerando a la población como el elemento central del desarrollo sostenible y el recurso más valioso del nuevo país.

Y el señalamiento de las siguientes metas a lograr por el sector salud en el período de ejecución del Plan:

**Meta 1:** Reducir en 25% la mortalidad de la niñez

**Meta 2:** Reducir en 25% la mortalidad infantil

**Meta 3:** Reducir en 35% la mortalidad neonatal precoz

**Meta 4:** Reducir en 30% la mortalidad materna

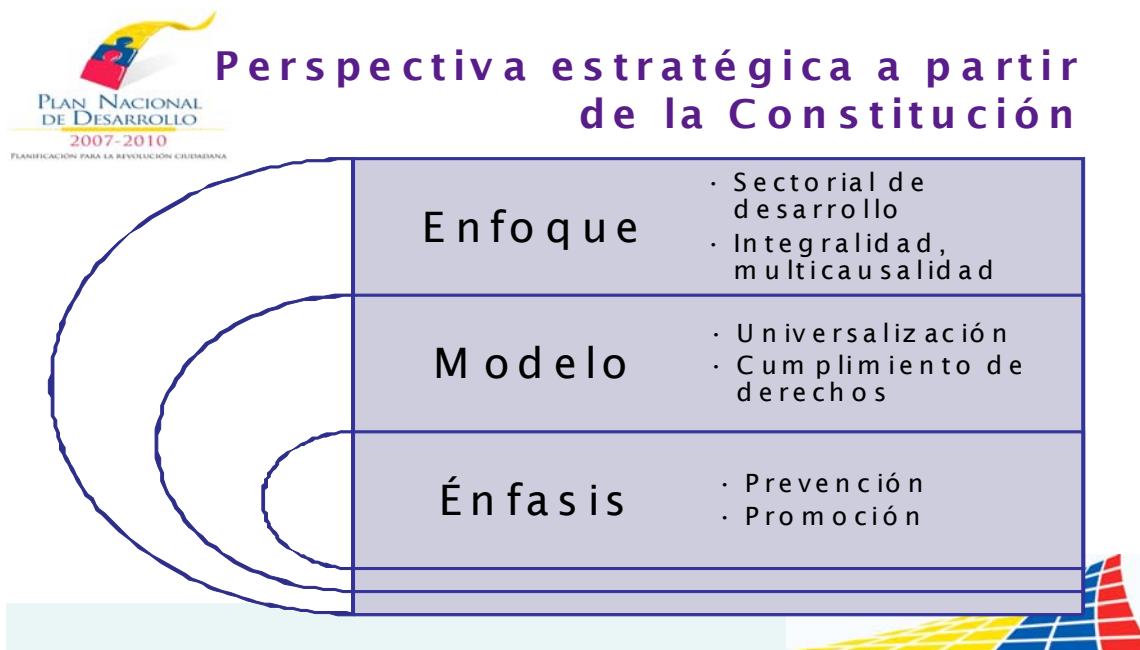
**Meta 5:** Aumentar los servicios de salud a las mujeres

**Meta 6:** Desacelerar la tendencia del VIH / SIDA

**Meta 7:** Mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud



### 3. Elementos de ruptura de la política en el sector salud



Tomando en cuenta la nueva Constitución vigente desde el 20 de octubre de 2008, la perspectiva estratégica de cambio se centra en el desarrollo de un modelo de sistema nacional de salud orientado al cumplimiento de los derechos en salud, a la universalización e integralidad en la atención de salud y el énfasis en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

#### Líneas Prioritarias

Entre las Líneas prioritarias de acción, se menciona la atención de las enfermedades asociadas a la pobreza y a las condiciones de producción, el mejoramiento de las condiciones de vida deficientes e inadecuados patrones de consumo, así como la orientación preferente a los grupos de atención prioritaria.

#### Necesidad de Formular Políticas Públicas de Salud

Orientadas al fortalecimiento de la rectoría del sistema de salud, de las capacidades de gestión para el desarrollo del sector y que cubra todos los campos: promoción, prevención, atención, control, monitoreo e investigación.

Así mismo políticas que promuevan la soberanía tecnológica, de gestión y financiamiento y que respondan al proceso de cambio: garantía de derechos, recuperación de la planificación para el Estado. Y a nivel de la gestión de los programas y proyectos que respondan a las políticas planteadas, la articulación con sistemas de información e incorporar procesos de seguimiento y evaluación con base a los indicadores de salud señalados en el plan.



Corporación Andina de Fomento

## Tema 2

### Oportunidades y desafíos para mejorar las condiciones de salud en América Latina

Ec. Lenín Parreño

La Corporación Andina de Fomento (CAF) organismo multilateral de financiamiento de la subregión está comprometida con el desarrollo sostenible y la integración regional y como tal se considera a la salud como un sector prioritario de inversión social.

Con el fin de aportar con algunos elementos en este Foro de Salud y Economía, se propone iniciar con el señalamiento de los principales desafíos de salud, luego el estado actual de la salud, los sistemas de salud en América Latina, las intervenciones públicas y finalmente, la agenda hacia adelante.

#### 1. Introducción: Principales Desafíos

- Los sistemas de salud en la región enfrentan una serie de retos en la provisión efectiva e incluyente de servicios de calidad, especialmente para los segmentos menos favorecidos.
- Las oportunidades para la inserción laboral y movilidad social dependen, de manera crucial de la capacidad de las personas de mantener un buen estado de salud.
- La salud de la población es el resultado del acceso a servicios de salud, las capacidades de información y educación y de las decisiones individuales prevención y tratamiento de enfermedades entre otros. Como resultado, el estudio de los temas de salud debe hacerse dentro de una perspectiva multisectorial, inclusiva y con enfoque institucional.

#### 2. Estado actual de la salud en América Latina

Se describen las condiciones de salud desde tres perspectivas:

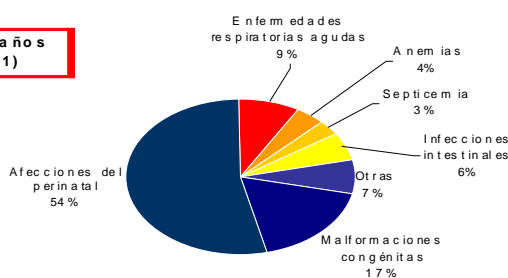
- a) Descripción estadística del perfil epidemiológico de la región.
- b) Efecto que tienen las condiciones demográficas de la población sobre las perspectivas futuras de incidencia de diferente tipo de enfermedades.
- c) Condiciones sociales básicas en las que vive la población: pobreza, educación, acceso a agua y saneamiento.

## 2.1. Perfil epidemiológico de la población

### 2.1. Perfil epidemiológico de la población

- **Progresos:** La región presenta la mayor reducción de mortalidad infantil del mundo entre 1990 y 2003 (40% frente a un promedio mundial del 17%).
- **Vulnerabilidades:** Al menos 22% de las 480 mil muertes infantiles en la región en 2001 fueron producto de enfermedades prevenibles como infecciones, problemas respiratorios y problemas nutricionales.

**Mortalidad de niños menores de 5 años por causas. América Latina (2001)**



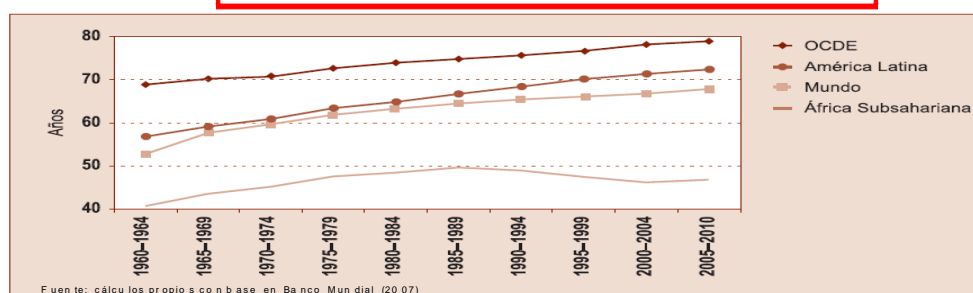
Fuente: cálculos propios con base en OPS (2006)



### 2.2. Evolución demográfica de la región

- Relativamente favorable ya que se encuentra en una **etapa de transición** que puede ayudar a reducir el nivel de pobreza.
- **Para el año 2025, se espera que el número de personas entre 15 y 65 años supere a los dependientes**, lo cual favorece el ahorro nacional y la inversión de largo plazo.

**Esperanza de vida para regiones seleccionadas (1960-2010)**



Fuente: cálculos propios con base en Banco Mundial (2007)

Gráfico 4. Esperanza al nacer para seleccionadas (1960-2010)

## 2.3. Condiciones básicas de la población

Las condiciones de vida (pobreza, educación, servicios de acueducto y alcantarillado) aumentan la vulnerabilidad y están vinculados con el acceso a los servicios de salud.

Por ejemplo:

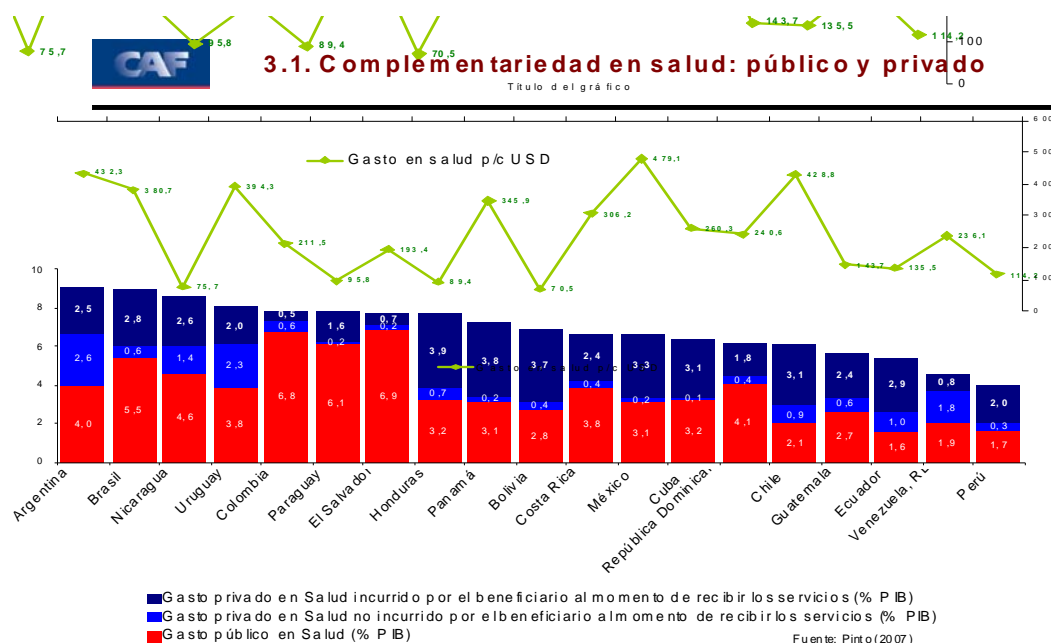
- Un niño de una familia pobre tiene 3,6 veces más probabilidad de estar desnutrido que uno de una familia de estratos altos.
- Solo el 42% de los partos de madres en el quintil más bajo de ingreso, son atendidos profesionalmente (frente al 93% del quintil más alto)

### 3. Sistemas de salud

Los sistemas de salud pueden clasificarse de acuerdo con sus dimensiones financieras, organizacionales, institucionales y por el grado de participación del sector público y privado:

- Planeación centralizada: Cuba
- Aseguramiento social: Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Rep. Dominicana y Venezuela
- Modelo de mercado: Chile, Colombia y Uruguay
- Servicio nacional de salud: Costa Rica

#### 3.1. Complementariedad en salud: Público y privado



Fuente: Hanson et. al (2001) y Pinto (2007)

#### 3.2. Principales restricciones de los sistemas de salud

- Características del hogar/comunidad, como reflejo de las capacidades del hogar para garantizar un buen estado de salud,
- Provisión de los servicios como indicador de la capacidad del sistema para atender la demanda de atenciones de salud

- Entorno general, como medida del entorno institucional formal e informal de la política pública que afecta el sistema de salud.



### 3.2. Restricciones sistemas de salud para A. Latina

País	Hogares (H)		Provisión de servicios de salud (PSS)					
	Tasa de alfabetización femenina (%)	Restricción	Enfermeras (por cada 1.000 hab.) <sup>b/</sup>	Restricción	Cobertura DTP3 (%) <sup>d/</sup>	Restricción	Nacimientos atendidos por profesionales (%) <sup>d/</sup>	Restricción
Chile	99,3	--	0,6	++	91,0	-	99,8	--
Argentina	99,0	--	0,8	++	92,0	-	98,7	--
Costa Rica	98,9	-	0,9	+	91,0	-	97,5	-
Uruguay	99,5	+	0,9	+	96,0	--	99,4	--
Colombia	98,3	-	0,6	++	87,0	+	90,7	-
Cuba	99,8	--	7,4	--	99,0	--	99,9	--
Ecuador	97,7	--	1,6	-	94,0	--	68,7	++
Panamá	97,0	-	1,5	-	85,0	+	92,5	-
Brasil	97,6	+	3,8	--	96,0	--	87,6	+
Rep. Dominicana	93,3	++	1,8	-	77,0	++	98,7	--
El Salvador	89,4	++	0,8	++	89,0	+	69,4	+
Honduras	89,0	++	1,3	-	91,0	-	55,7	++
México	97,4	-	0,9	+	98,0	--	85,5	+
Perú	96,5	-	0,7	++	84,0	++	71,1	+
Venezuela, RB	99,3	+	n.d	-	87,0	-	94,0	-
Bolivia	95,4	+	3,2	--	81,0	++	60,8	++
Guatemala	75,6	++	4,1	--	81,0	+	41,4	++
Nicaragua	73,9	++	1,1	+	86,0	+	66,9	++
Paraguay	97,7	+	1,7	-	75,0	++	77,2	+

Nota: la restricción se denota con: ++ si el valor del indicador se sitúa en el primer cuartil de la distribución regional; + si el valor del indicador se sitúa en el segundo cuartil; - si el valor del indicador se sitúa en el tercer cuartil; -- si el valor del indicador se sitúa en el cuarto cuartil.

a/ Datos para el año 2005.  
b/ Datos alrededor del año 2000.  
c/ Datos para el año 2003.  
d/ A: adecuado; I: inadecuado.



### 3.2. Restricciones sistemas salud para A. Latina

País	Gobierno (G)				Ambiente físico (AF)		Categoría <sup>d/</sup>				N° de restricciones
	Control de corrupción (percentil) <sup>a/</sup>	Restricción	Efectividad de gobierno (percentil) <sup>a/</sup>	Restricción	Población en ambiente tropical (%) <sup>c/</sup>	Restricción	H	PSS	G	AF	
Chile	89,7	--	86,1	--	4	--	A	A	A	A	0
Argentina	41,9	+	47,8	+	1	--	A	A	I	A	1
Costa Rica	66,5	-	64,1	-	100	++	A	A	A	A	1
Uruguay	74,4	-	68,9	-	0	--	I	A	A	I	1
Colombia	53,2	-	53,1	-	100	++	A	I	A	I	2
Cuba	50,7	-	19,1	++	100	++	A	A	I	I	2
Ecuador	24,6	++	13,9	++	100	++	A	A	I	I	2
Panamá	49,8	+	58,9	-	100	++	A	A	I	I	2
Brasil	48,3	+	55,0	-	75	+	I	A	I	I	3
Rep. Dominicana	32,5	+	41,1	+	100	++	I	A	I	I	3
El Salvador	44,3	+	45,9	+	0	--	I	I	I	A	3
Honduras	31,5	+	31,6	+	100	++	I	A	I	I	3
México	43,8	+	57,4	-	80	+	A	I	I	I	3
Perú	40,9	++	33,0	+	100	++	A	I	I	I	3
Venezuela, RB	16,7	++	23,0	++	100	++	I	A	I	I	3
Bolivia	23,6	++	23,9	++	100	++	I	I	I	I	4
Guatemala	17,7	++	29,7	+	100	++	I	I	I	I	4
Nicaragua	35,9	+	24,9	++	100	++	I	I	I	I	4
Paraguay	7,4	++	23,4	++	8	+	I	I	I	I	4

Nota: la restricción se denota con: ++ si el valor del indicador se sitúa en el primer cuartil de la distribución regional; + si el valor del indicador se sitúa en el segundo cuartil; - si el valor del indicador se sitúa en el tercer cuartil; -- si el valor del indicador se sitúa en el cuarto cuartil.

a/ Datos para el año 2005.  
b/ Datos alrededor del año 2000.  
c/ Datos para el año 2003.  
d/ A: adecuado; I: inadecuado.

Fuente: Pinto (2007).

De acuerdo con la tabla, existe una gran heterogeneidad de restricciones de los países. En general las restricciones parecen concentrarse en las condiciones de gobernabilidad y efectividad del gobierno, y por las debilidades en infraestructura, aproximada en este caso por el número de enfermeras, la cobertura de vacunaciones y el acceso de las mujeres al parto institucional.

Existe una correspondencia entre mostrar pocas restricciones, bien sea en gobernabilidad o en limitaciones de infraestructura - Chile y Uruguay - y el hecho de presentar innovaciones en su diseño institucional de provisión de servicios tales como introducir asociaciones público-privadas. Ello indica la importancia de contar con instituciones sólidas como mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas para llevar a cabo estas innovaciones.



Otras restricciones tienen que ver más con la problemática de los Recursos Humanos relacionadas con la desalineación entre la oferta y la demanda en donde los intereses de desarrollo profesional y las remuneraciones no coinciden con las necesidades del sector en términos de destrezas requeridas y disposición de pago. Y también con la presencia de factores institucionales: falta de planeamiento en la formación de los recursos, sistemas débiles de gerencia y falta de incentivos para un buen desempeño juegan también un papel importante.

#### **4. Intervenciones públicas en salud**

Algunas intervenciones públicas de salud se hacen como complemento o como parte integral de los sistemas de salud, como ser: programas de aseguramiento, nutrición, capacitación, transferencias condicionadas, infraestructura. Todos estos programas se caracterizan por estar focalizados a un conjunto de la población y por contar con arreglos institucionales especiales para el financiamiento y provisión de servicios.

Dadas las limitaciones observadas de eficiencia y efectividad de los sistemas de salud, estos programas se consideran como una alternativa para el mejoramiento de la cobertura de un modo más efectivo y eficiente.

##### **4.1 Programas de Aseguramiento.-**

Son iniciativas para incrementar la cobertura de los servicios generales (p.ej. atención materno-infantil) a los grupos de bajos ingresos. Algunos países que han implementado estos programas son Argentina, Bolivia, Colombia y Perú. El seguro funciona como un mecanismo de reembolso directo a proveedores públicos y privados del costo de la prestación de un paquete de atenciones.

Las primeras evaluaciones arrojan resultados favorables en términos de expansión de cobertura y contribuir a la reducción de tasas de mortalidad infantil y materna; sin embargo, su sostenibilidad institucional todavía está en estudio.

##### **4.2 Programas de nutrición.-**

Tienen por objeto mejorar el estado nutricional a través de complementos alimenticios y buenas prácticas para la alimentación (p.ej. fomentar la lactancia materna). Están dirigidos a madres embarazadas o a niños que no alcanzan la edad escolar. La mayoría de estos programas trabajan con esquemas de cooperación comunitaria: voluntarios y población beneficiaria. Las evaluaciones de impacto encuentran resultados positivos en el nivel nutricional de la población objetivo.

##### **4.3 Programas de transferencias condicionadas.-**

Transferencias de efectivo a familias pobres para atender sus necesidades urgentes y contribuir a romper el círculo vicioso de la pobreza incentivando inversiones en capital humano - e.g., educación y salud.

Se busca alinear los incentivos de los beneficiarios con los de los resultados esperados de los programas. Los estudios de impacto indican resultados positivos en términos del logro de sus objetivos: p. ej. Bolsa Familia en Brasil, Familias en Acción de Colombia y Progresa/Oportunidades en México.

##### **4.4 Programas de infraestructura.**

La expansión de la infraestructura de salud tiene el potencial de no sólo de aumentar la cobertura, sino también de mejorar la calidad de los servicios de salud de las instalaciones





que actualmente operan más allá de su capacidad. Sin embargo es indispensable contar con atención directa de profesionales de salud.

La Misión Barrio Adentro en Venezuela es un ejemplo de expansión de clínicas populares en las zonas más desfavorecidas, donde ha resultado clave incorporar al servicio de atención de salud miles de médicos cubanos, que ofrecen atención básica en los centros de atención y visitan los hogares.

## 5 La agenda hacia adelante ...

**En cobertura.**- Sigue siendo uno de los problemas más importantes, particularmente para los grupos de menores ingresos y en áreas rurales. Se requieren intervenciones tanto del lado de la oferta de infraestructura y de capital humano como de la demanda dadas las restricciones financieras y culturales que pueden tener las familias.

**En capacitación e información.**- Las intervenciones dirigidas a capacitar e informar a la población sobre buenos hábitos para la prevención de enfermedades, o sobre mejores prácticas alimenticias y de cuidado personal han demostrado efectividad elevada.

**En inclusión, calidad y eficiencia.**- Los factores claves para que un sistema de salud garantice acceso a servicios de salud de calidad de un modo eficiente, es que deben incorporar los incentivos para los proveedores y para los que demandan los servicios. Simultáneamente, se deben trabajar los aspectos institucionales, políticos y legales, que moldean dichos incentivos.

**En evaluación y seguimiento.**- Finalmente, es necesario generar mayor información a través de estudios de resultado e impacto para concluir la efectividad de las políticas y programas de salud.



## Tema 3 Tendencias de la protección social en salud

Dr. Jorge Luis Prospero<sup>1</sup>

### Contenido

1. ¿Qué significa Protección Social en Salud?
2. El contexto
3. Mecanismos de protección social vigentes
4. La situación
5. Primera conclusión
6. ¿Qué proponemos?

#### 1. Protección social en salud

“Garantía que la sociedad otorga a través de los poderes públicos para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades de salud, obteniendo acceso a los servicios de una manera adecuada a través de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”.

##### 1.1. Condiciones que se deben cumplir para que la EPSS pueda funcionar en la práctica como una garantía

- **Acceso a los servicios:** es decir, que exista la oferta necesaria para la provisión de servicios de salud y que las personas puedan tener acceso física y económicamente a ellos;
- **Seguridad financiera del hogar:** que el financiamiento de los servicios de salud no constituya una amenaza para la estabilidad económica de las familias ni para el desarrollo de sus miembros;
- **Dignidad en la atención:** que la atención de salud se provea con calidad y en condiciones de respeto a las características raciales, culturales y económicas de los usuarios, definidas mediante un proceso de diálogo social

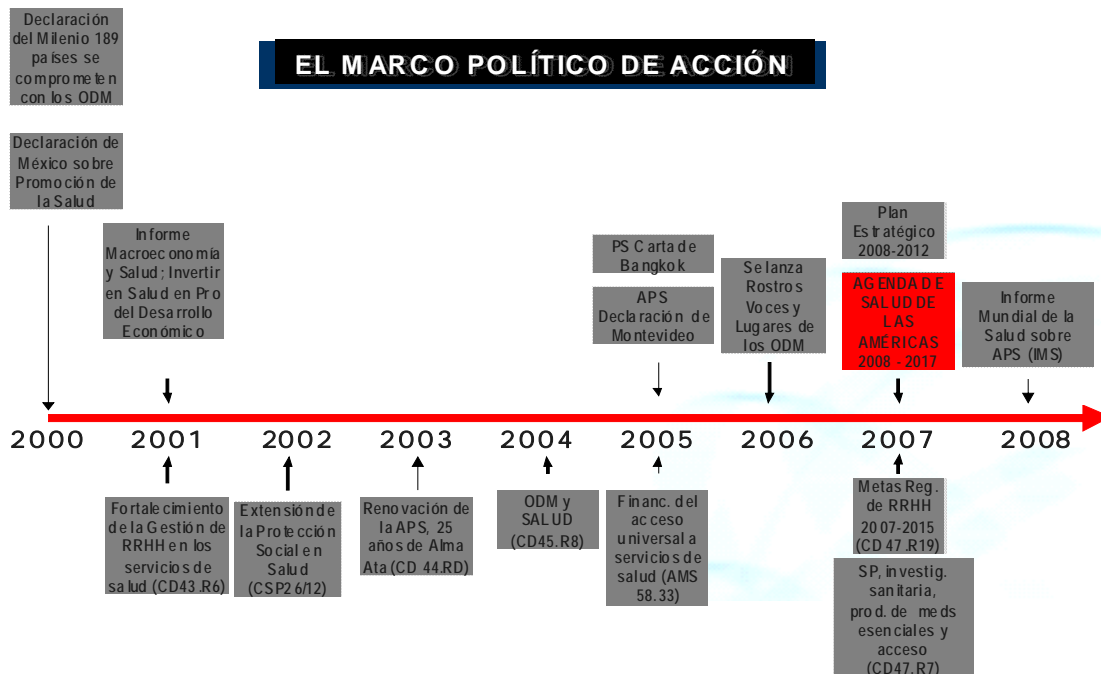
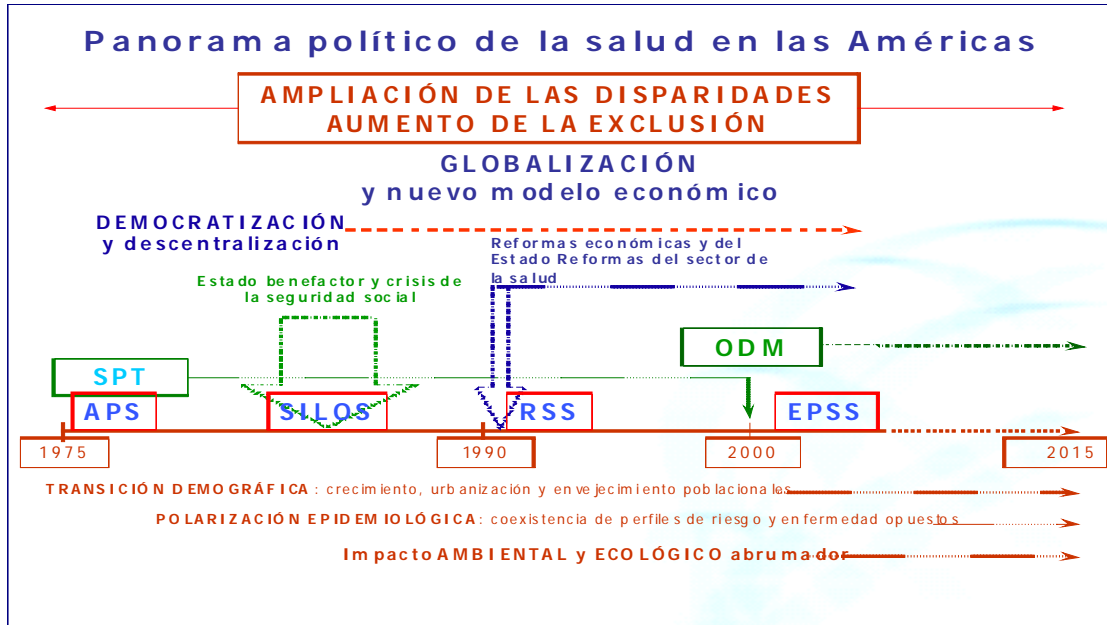
---

<sup>1</sup> Representante OPS/OMS en el Ecuador



## 2 El contexto

### 2.1. Panorama político de la salud en las Américas

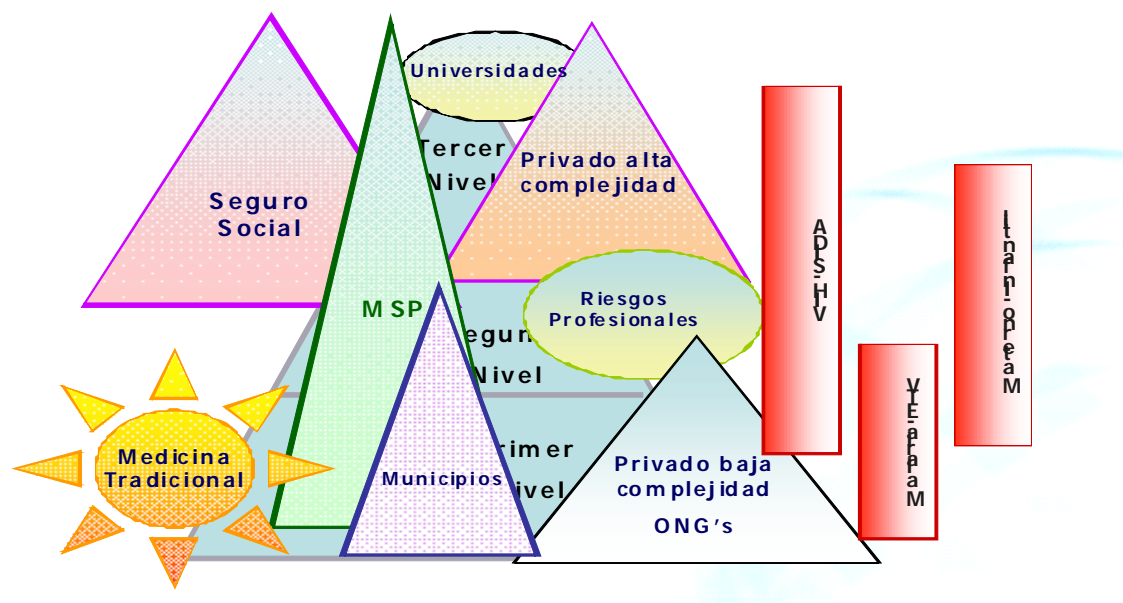


El discurso es casi común de la derecha a las izquierdas democráticas; en las Naciones Unidas y en las instituciones de Bretton Woods; en el primer y en los otros Mundos; de los activistas políticos y sociales y hasta de mega inversores.

Abundan las resoluciones, declaraciones, planes de acción y hasta convenciones y tratados, en el plano internacional. En los países llega a veces a concretarse en legislación y hasta ser inscrito en las constituciones nacionales.

### 3 Mecanismos de protección social vigentes

## Mecanismos de protección social vigentes



### 4 Situación actual

#### 4.1. Dinámica política y social

- Volatilidad económica, social y política
- Crecimiento de la población
- Crecimiento económico lento
- Gobernabilidad frágil
- Incrementos en la pobreza absoluta
- La mayor desigualdad regional en la distribución del ingreso
- Expansión del desempleo
- Crecimiento de la economía informal

#### 4.2. ¿Y las llamadas “Reformas”?

- Las motivaciones que impulsaron las reformas se centraron en factores económicos
- Las consideraciones de equidad y salud pública fueron relegadas a nivel secundario
- Los modelos de calidad de la atención y de entrega de servicios de cuidado de la salud fueron marginales
- Se ha atendido insuficientemente la necesidad de extender la protección social en salud

### 4.3. Situación de los Sistemas y Servicios de Salud

- Segmentación de las instituciones y la cobertura
- Fragmentación del cuidado de la salud
- Predominancia de los pagos directos (del bolsillo)
- Desarrollo insuficiente de los sistemas de seguro social
- Falta de solidaridad en la financiación de la salud pública y el cuidado de la salud
- Debilidad en el papel regulador de las autoridades de salud

### 4.4. Situación de las personas y el ambiente

## Situación de las personas y el ambiente



## 5 Una primera conclusión

...A pesar de todos estar a favor de la EPSS...

- Los mecanismos de protección social actualmente vigentes no son adecuados para responder a viejos y nuevos problemas.
- Persiste la exclusión social, étnica y cultural.

## 6. ¿Qué proponemos?

### 6.1. Búsqueda de garantías y sinergias entre estrategias para la Extensión de la Protección Social en Salud, que comprenda:

- Vínculos y coordinación e integración entre mecanismos de EPSS Y otras iniciativas públicas: superar la segmentación y la fragmentación-avanzar a Sistemas Unificados
- EPSS basada en mecanismos clásicos y exitosos de asistencia pública y de seguridad social



- Mejoría de las intervenciones Y mecanismos para extensión de la cobertura de servicios de salud: Invertir en salud para pasar de Focalización A Universalidad gratuita con equidad
- Promoción y desarrollo de sistemas innovativos de EPSS, incluyendo iniciativas de base comunitaria

## 6.2. Salud para Todos mediante la articulación entre sistemas y determinantes





## **Tema 4**

### **Cronología de las reformas y cambios en los sistemas de salud siglo X**

Dr. Oscar Feo I.<sup>2</sup>

#### **Contenidos**

1. Los procesos de reforma del sector salud en A.L. Las Reformas de los 90 y las políticas neoliberales. Su impacto sobre la Salud Pública
2. Retos y Perspectivas

#### **Cronología de las reformas y cambios en los sistemas de salud Siglo XX**

Años 20-30:	Campañas Sanitarias
Años 40:	Seguro Social (Bismarck)
Años 50-70:	"Welfare State" (Beveridge)
Años 70-80:	Atención Primaria (Alma - Ata)
Años 90:	Reformas Neoliberales Eficiencia económica y reducción del estado y el gasto público en salud
Año 2000:	Confrontación entre Sistemas universales integrados y sistemas empresariales de mercado

#### **¿De qué reforma hablaremos?**

De las Reformas de los 90, que no eran sólo ajustes en el ámbito de la salud, sino propuestas más amplias de REFORMA DEL ESTADO, conocidas como Programas de Ajuste Estructural, originadas en el Consenso de Washington y promovidas por Organismos Financieros Internacionales

#### **El Consenso de Washington**

Conjunto de propuestas de política económica para conducir a los "países en desarrollo" hacia economías de mercado.

1. Disminución del gasto público
2. Participación del sector privado e inversión extranjera
3. Privatizaciones
4. Desregulaciones
5. Garantía derecho de propiedad
6. Políticas de ajuste estructural = neoliberalismo
7. Reducción del Estado y predominio del mercado

---

<sup>2</sup> Secretario Ejecutivo Organismo Andino de Salud



## Breve comentario sobre el Neoliberalismo

Más que una doctrina económica, es una nueva etapa del desarrollo del capitalismo, y también una ideología: una forma de entender el mundo, la sociedad, la economía, y la producción y distribución de la riqueza social.....

### Planteamiento fundamental

Disminuir el papel del estado y permitir el desarrollo del mercado: PRIVATIZAR

### Propuesta Neoliberal en Salud

La salud es una responsabilidad individual que pertenece al ámbito de lo privado, y debe resolverse en el marco de la relación individuo-familia-iniciativa privada.

El estado sólo debe garantizar asistencia mínima a aquellos que fracasan en satisfacer sus necesidades básicas (pobres). En suma: Colocar la salud en el mercado.

### ¿Qué pasó con esas Reformas?

Muchos países siguieron el paradigma dominante *Invertir en Salud* (BM, 1993) Modelo más típico: Colombia, cuya reforma tuvo como eje el mercado.

No respetaron las características de cada país (históricas, políticas y de organización sanitaria) y siguieron las "recetas" prescritas por los organismos financieros internacionales.

### Aspectos claves de esas Políticas:

- Focalización. Atender sólo a los pobres, con paquetes o canastas básicas ..... Negando en la práctica el Derecho a la Salud
- Descentralización sin "centro" y sin recursos Para disminuir las responsabilidades del Estado central
- Separación de Funciones Para crear condiciones para la competencia y el mercado
- Recuperación de Costos. Cobro por los servicios

### Temas ausentes en los 90: Temas básicos de la Salud Pública:

- Modelo de atención
- Integralidad
- Redes de servicios
- Formación de Recursos Humanos

La concepción de la salud: Derecho social o bien de mercado ???





## PROBLEMA CENTRAL Político Conceptual

**En América Latina existe una clara confrontación entre dos formas de concebir la salud:**

**La Salud como Derecho Social que debe ser garantizado por el Estado**



**La Salud como “bien individual” a ser resuelto en el mundo del mercado, interviniendo el Estado sólo para los más pobres**

**La posición que se asuma determina los modelos de atención, gestión y financiamiento**

### Resultados de las Reformas Neoliberales

- Privatizaciones
- Debilitamiento del Estado y el sector público
- Incremento deuda externa
- Deterioro de la calidad de vida y la salud, reaparición de enfermedades ya controladas, aparición de nuevas enfermedades (Acumulación epidemiológica)
- Deterioro ambiental
- Aumento del desempleo y la economía informal
- Concentración de la riqueza e incremento de la pobreza

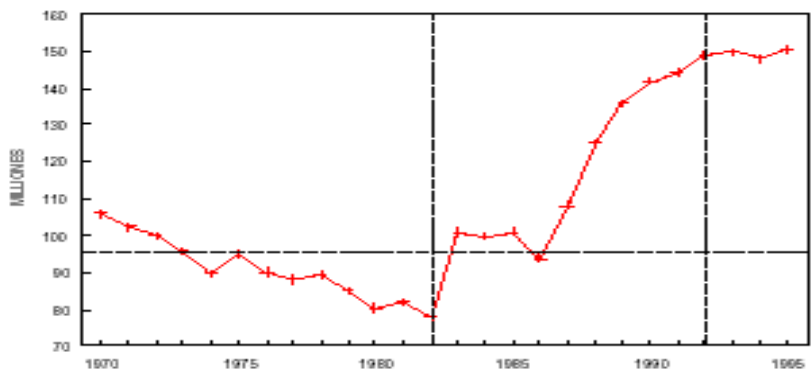
### Impacto del Neoliberalismo

- La economía global es profundamente asimétrica 20% de la población percibe y controla el 80% de la riqueza
- En el mundo 500 millones de personas viven con sus necesidades básicas satisfechas los otros 5.500 millones sobreviven en situación desesperada
- La mitad del mundo 3.000 millones de habitantes viven con menos de 2 dólares diarios
- ¡Las 3 Corporaciones más grandes del mundo tienen más riqueza que 50 países donde viven 600 millones de personas!



## La Pobreza en América Latina

### LA POBREZA EN AMERICA LATINA



**INCREMENTO BRUTAL DE DESIGUALDADES, POBREZA, HAMBRE, EXCLUSIÓN SOCIAL**  
 .... del autoritarismo, los fundamentalismos y los conflictos.....

## Exclusión Social-Deterioro de la Calidad de Vida

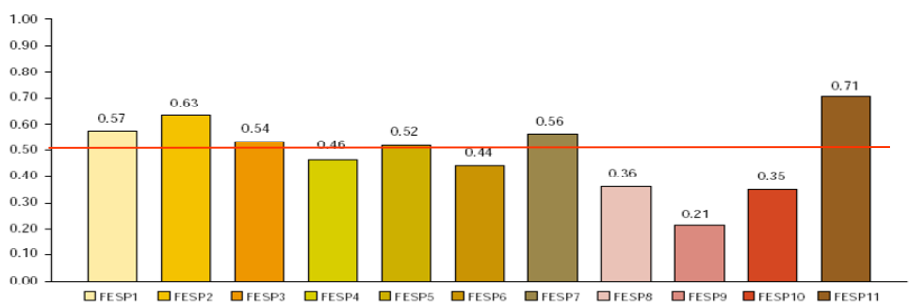
En América Latina, 500 millones de habitantes:

- 50% vive en condiciones de pobreza
- 27 % carece de acceso permanente a servicios básicos de salud (125 millones)
- 152 millones de personas no tienen acceso a agua potable o saneamiento
- Buena parte de la mortalidad materna e infantil es por causas fácilmente evitables

## Funciones Esenciales de Salud Pública

### Funciones Esenciales de Salud Pública . Resultados de su medición, OPS 2000

Gráfica 1 Desempeño de las FESP en la Región de las Américas<sup>1</sup>



**En todas las FESP se observa un perfil de desempeño medio - bajo**

En todas las FESP se observa un perfil de desempeño medio-bajo



## Impacto en Salud

- Los países menos desarrollados tienen 84% de la población mundial
- Consumen menos del 11% de los gastos mundiales en salud
- Pero sobrellevan el 93% de la carga de enfermedad

## 2. Retos y perspectivas: políticas para transformar la salud

### ¿Para qué tratar a la población...



### ... y devolverla luego a las condiciones de vida que la enferman?

20 | Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud | 28 de agosto de 2008



Organización  
Mundial de la Salud

## Determinantes Sociales de la Salud (Causas de las Causas)

«La mala salud de los pobres, las brechas en salud -dentro y entre los países- y las grandes desigualdades sanitarias están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, entorno) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es un fenómeno «natural»... Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud.» (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS).

## Recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes de la OMS

- Mejorar las condiciones de vida. Circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece. INTERSECTORIALIDAD
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida. POLITICAS PUBLICAS
- Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones ...



## Principios básicos para una Transformación del Sector Salud

- **Universalidad.**- Acceso Universal como parte de la ciudadanía. Eliminar barreras geográficas, económicas, culturales e institucionales, en el acceso a los servicios
- **Accesibilidad**
- **Gratuidad**
- **Adecuación intercultural**
- **Integralidad.**- Modelo de Atención Integral. Acabar la hegemonía del modelo centrado en la enfermedad
- **Participación Social / Control Social**

Salud como Derecho Social y Humano Fundamental y la Responsabilidad del Estado para garantizarlo

## Agenda para la transformación (Ecuador)

- **Rectoría y Direccionalidad:** Fortalecer el Ministerio de Salud
- **Intersectorialidad:** Acción sobre los determinantes de la salud. DSS
- **Desarrollo integral de Recursos Humanos**
- **Reconstrucción de infraestructura y capacidad para la salud pública**
- **Financiamiento adecuado.** Manejado con transparencia y eficiencia

Lucha por la Equidad y la Justicia Social



## Panel foro presentación países

### Resumen de aspectos relevantes de presentaciones de países en el Foro

#### Situación del financiamiento y calidad del gasto en salud<sup>3</sup>

Dr. Mario Hernández<sup>4</sup>

Se inicia el Foro con la presentación del Dr. Mario Hernández, invitado especial de ALAMES-Colombia quien analiza históricamente la evolución de la experiencia de la Reforma en Salud aplicada en su país desde el siglo pasado y que luego de los Intentos fallidos de integración con la teoría general de sistemas: el SNS (1970-1993), la Constitución de 1991 (mezcla socialdemócrata y neoliberal) que posicionó a la seguridad social como un derecho irrenunciable, se desarrolló a partir de la vigencia de la Ley 100 en 1993 un modelo de reforma de salud basado en el denominado “pluralismo estructurado” (basada en teorías neoclásicas de la Economía de la Salud) que estipula la separación de funciones con agentes de mercado (modulación, financiación, administración, prestación) en el marco del Sistema de Seguridad Social en Salud y sus efectos en la salud de la población.

En este sentido el Dr. Hernández destaca las características ideológico-políticas que sustentan este modelo donde la salud es considerada como un bien de mercado cuya libre competencia, precios y servicios brindados por varios entes privados y públicos (transformados en empresas sociales) de aseguramiento y provisión de servicios de salud deben ser regulados por el Estado, en donde se establecen planes de salud diferenciados para los cotizantes (aporte obligatorio de 12.5 % del ingreso) y no cotizantes (subsidiados por el Estado) evaluados por su sistema de selección de beneficiarios (SELBEN), unidades de pago por capitación (UPC), la operación de entidades promotoras de salud (EPS) que hacen el papel de aseguradoras y las instituciones prestadoras de salud (IPS), con un fondo de seguridad y garantía (FOSYGA) manejado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y supervisado por una Superintendencia de Salud.

Sin bien los resultados de este proceso muestran importantes incrementos de la cobertura poblacional con el sistema de aseguramiento, también los resultados de la aplicación de este modelo muestran las graves consecuencias que ha producido en la salud personal y colectiva y que se resumen en los siguientes puntos:

- a) Deterioro de los programas de salud pública, sobre todo los preventivos de la infancia, debido a la lógica de mercado centrada en la atención de las enfermedades: paquetes de servicios que se compran y se venden. O sea el predominio del riesgo económico por sobre el epidemiológico y social
- b) La nueva fragmentación en salud derivada del pluralismo estructurado, donde persisten las diferencias de inequidad en los regímenes contributivo y subsidiado
- c) Derecho a la salud ligado a la propiedad privada y condicionado por la capacidad de pago de las personas, en donde “tengo derecho si pago” y “tengo derecho si demuestro ser pobre”
- d) Responsabilidad estatal limitada al subsidio a la demanda, a vigilar los contratos entre agentes y a altas externalidades
- e) Lucha de los pobres por el subsidio y debilitamiento de la participación social en salud
- f) Consecuencias del modelo en salud

<sup>3</sup> En anexo PPT

<sup>4</sup> Invitado especial del Foro



- g) Crecimiento de brechas en acceso, calidad de servicios y en resultados en salud de salud entre ricos, medios y pobres
- h) Único espacio de exigibilidad real: tutela, por conexidad con el derecho a la vida (90.000 al año, 56,4% por servicios incluidos en POS)
- i) Régimen subsidiado más proclive a la corrupción y al clientelismo (parapolítica y gamonales regionales)
- j) Salud pública se confunde con acciones colectivas de “promoción y prevención” Vs. crecimiento de enfermedades controlables (TBC, Malaria, Dengue, etc,)
- k) Pérdida del referente territorial para la política social (el mercado rompe territorios)
- l) Todos los agentes deben competir para subsistir (sean de propiedad pública, colectiva o privada)

En suma, el predominio del negocio (derechos de propiedad) sobre el derecho de ciudadanía social, la concentración de recursos en el asegurador (patrimonio), pago a prestadores por tarifas fragmentadas sin regulación, la transferencia del riesgo al prestador (urgencias por capitación), el deterioro intensivo del trabajo en salud (flexibilización y desprotección), la crisis hospitalaria del sistema público y las crecientes quejas y reclamos que derivan en tutelas constitucionales.

Al final el expositor se plantea la pregunta: ¿Existe alguna alternativa?

Se plantea entonces la necesidad de un sistema de seguridad social (nueva protección social) diferente, con las siguientes características:

- Universal y no focalizado, no dependiente de la capacidad de pago, sino de la condición de ciudadano
- De financiación mixta, pero integrada, para garantizar solidaridad (ricos-pobres; jóvenes-viejos; sanos-enfermos)
- No dependiente de la relación salarial formal
- Descentralizado
- De predominio público
- Orientado por superación de inequidades

Es decir, la alternativa de protección social universal, debe tener a la ciudadanía social como eje orientador para la garantía plena de derechos interdependientes (civiles, políticos, ambientales). Obviamente cualquier alternativa con enfoque de determinación social de la salud requiere afectar sistema político, la política económica y la política social.

En suma que la protección social universal sea derivada de la condición de ciudadano y no de la capacidad de pago de los individuos, con focalización posterior positiva, de financiación mixta, pero integrada, para garantizar solidaridad (ricos-pobres; jóvenes-viejos; sanos-enfermos), con un modelo de gestión descentralizado y participativo y de control social efectivo, con un fondo único público que integra impuestos y cotizaciones, pero por sobre todo orientado a superar las inequidades sociales, económicas y de salud.



## **Resumen de presentaciones de representantes de países de la Subregión Andina: Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela y del Mercosur Argentina, Uruguay y Paraguay**

En términos generales y como uno de los ejes temas principales de análisis del Foro, se presenta la situación del gasto y financiamiento en cada uno de los países que es en buena medida reflejo fiel de las políticas públicas en salud, destacándose en particular los modelos de financiamiento de los sistemas de salud y las medidas para mejorar la calidad del gasto en algunos de ellos.

En las ocho exposiciones si bien se plantean aspectos particulares de la situación de cada país dependiendo de las diferencias en los tipos de sistema o reforma del sector salud específicas, en las presentaciones se destacaron rasgos característicos comunes en los modelos de financiamiento y gasto en salud en todos los países y que se resumen a continuación:

- a) Todos los países unos con más actualidad y detalles que otros presentaron un esquema de gastos realizados en los servicios de salud a nivel de las personas y que comprende la atención individual y colectiva. No se incluyen todos los gastos relacionados con las acciones de promoción de la salud, de la alimentación y nutrición y de los servicios de salud medio-ambientales en parte porque en los sistemas de cuentas nacionales de salud aún no se han incorporado medidas determinadas para estos rubros.
- b) El perfil general del gasto en salud se inclina por ser mayoritariamente de carácter privado (más del 50 % del total del gasto) y que en su mayor parte corresponde al gasto directo que hacen las familias (mayor proporción en quintiles de bajos ingresos) en la adquisición de servicios y productos para atender sus necesidades de atención de morbilidad, orientándose la mayor parte de ese gasto a su vez a la compra de productos farmacéuticos (más del 50 % del gasto familiar), lo que muestra por una parte la falta de cobertura que tienen sobre todo los hogares pobres a estos bienes y las prácticas crecientes de la automedicación.
- c) Esta desproporción entre el gasto público y privado que si bien refleja situaciones de crisis del financiamiento público a la salud y desprotección de los sectores de menores recursos contradice en el fondo las declaraciones de prioridad de la salud para el desarrollo con la escasa inversión que se hace en la misma, dejando que buena parte de la misma se resuelva a nivel privado en el mercado. Paradójicamente las economías de mercado desarrolladas dedican un mayor volumen y porcentaje de recursos públicos para la atención de salud que en el mundo de los países en desarrollo.
- d) A pesar de las limitaciones y salvo alguna excepción, se mostró que el gasto en salud ha crecido en casi todos los países en los últimos 10 años comparativamente como porcentaje de asignación fiscal y como proporción del PIB. Algunos como Colombia y Argentina y Uruguay se acercan al 9.0 % del PIB, superior al promedio Latinoamericano (6.4 % PIB). Sin embargo por las razones anotadas previamente, el ritmo del incremento es diferente para la fracción pública que para la privada. En algunos países este crecimiento es fundamentalmente con cargo al gasto directo de las familias.
- e) Otra característica común se refiere a los mecanismos de asignación y distribución de los recursos sin una relación proporcional con las poblaciones y territorios, lo que no ha contribuido a disminuir las inequidades regionales y entre grupos sociales que aun prevalecen en mayor o menor grado en todos los países. Además no se ha establecido



una relación entre los incrementos en el gasto con los resultados obtenidos o con el impacto en el perfil epidemiológico predominante.

- f) En relación a los esquemas de financiamiento, en todos los países existen fórmulas mixtas en las que se cuentan fuentes públicas (presupuesto fiscal de los gobiernos), las fuentes derivadas de los aportes a la seguridad social y las privadas (empresas y familias). Como ya se indicó y correlativo al perfil del gasto, el financiamiento de los servicios de salud en los países es fundamentalmente también de carácter privado, aunque ya se destacan esfuerzos para incrementar la fracción del financiamiento público y revertir la tendencia en casi todos los países y especialmente en Venezuela, Chile y Ecuador.
- g) Respecto al tema de calidad del gasto, si bien ya se señalan políticas al respecto, no todos tienen experiencias concretas en esta materia. Se aduce que faltan estudios específicos que den cuenta de la calidad en el uso y efectividad que produce determinado gasto en las actividades de salud. También es necesario precisar lo que realmente comprende el concepto de calidad del gasto, porque la pregunta de qué es y que comprende la calidad del gasto en salud no es aún una variable de común acuerdo entre todos los países.

En suma, hay más información en temas de eficiencia que de evaluación de la calidad del gasto en sí mismo, aspecto que se considera de suma importancia ya que no sólo es necesario abogar por un incremento del gasto público sino también por una mejor calidad del gasto, aparte de superar los bajos niveles de ejecución en algunos de ellos.

Con los señalamientos realizados, en cada una de las presentaciones se destaca la necesidad de reorientar las políticas públicas hacia nuevos modelos de financiamiento y gasto más equitativos, solidarios y sustentables corrigiendo las deficiencias anotadas como las asignaciones históricas y fundamentalmente fortaleciendo el financiamiento público para el logro de los objetivos de equidad en tanto el derecho universal a la salud es un factor esencial para el desarrollo social y económico de los pueblos.

Sin embargo, se anotan también en los contextos de crecimiento económico de cada país las potenciales restricciones que se ciernen en el futuro inmediato para la sostenibilidad del gasto público en general y en salud en particular dada la crisis mundial que amenaza las economías de los países en desarrollo, abogando en consecuencia porque se precautele a la salud como un área prioritaria de inversión social y de política pública de los gobiernos y del estado en general.





## **Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue Comisión Andina de Salud y Economía (CASE)**

**Evaluación de los sistemas de información enfocados a la previsión estadística para generar, medir el nivel de inversión en salud, fuerza de trabajo y crecimiento económico. (Producto uno).**

Marcelo Montufar<sup>5</sup>

### **1. Precondiciones históricas**

Los Sistemas Andinos de Información en Salud (SAIS), tienen distintos niveles de desarrollo jurídico, político, organizacional y funcional, que operan y seguirán haciéndolo, como parte de una política de Estado específica. Vistos como procesos, los SAIS se alinean al marco de planificación del gobierno y su temporalidad se subordina a los Planes Nacionales de Desarrollo, donde se definen, entre otros aspectos: estrategias, objetivos nacionales y sectoriales, metas, programas y proyectos relacionados. La información es un bien intangible que como cualquier otro servicio agrega valor mediante la disponibilidad nacional de medios tecnológicos en información y comunicación -TIC- tanto tradicionales como modernos, y, de manera objetiva, por el acceso real que tienen los usuarios del Sistema Nacional de Salud, la preparación del talento humano y la prioridad política que establece cada gobierno para el desarrollo de este sector. En los Países Andinos como Chile, Colombia, Perú y Bolivia, las reformas de corte neoliberal y economía de libre mercado se impusieron de manera más o menos ortodoxa y decidida que en Venezuela y Ecuador, donde las condiciones políticas hasta hoy presentes, alteraron el curso de esta tendencia. Los Sistemas de Información en Salud (SIS), en cualquiera de los esquemas políticos, operaron como medios de articulación extra e inter institucionales, facilitando hasta donde es posible los enlaces principales, otorgando seguridad o subordinando lo público a lo privado, y ayudando la gobernabilidad entre poderes a nivel central, regional y local.

No cabe duda que la capacidad de planificación del Estado fue mermada e incluso desaparecida, como en el caso ecuatoriano y boliviano. En cambio, Colombia y Perú, avanzaron hacia la suscripción de Tratados de Libre Comercio con Estados Unidos, fortalecimiento más aún el crecimiento del capital financiero y la ´modernidad´ en aquellas instituciones públicas y privadas que estaban bajo el interés del proyecto aperturista de libre mercado.

En los últimos años, ha sido el cambio del estilo de gobierno en Venezuela y Ecuador el motivo esencial para llevar adelante la reforma neoliberal a los sistemas de salud y seguridad social. De todas maneras, en retrospectiva hacia el pasado, fue una época que dejó secuelas regresivas muy marcadas.

Actualmente, América Latina y los Países Andinos cruzan por una crisis global, originada en el centro del capitalismo mundial. Durante la primera década del siglo XXI, un nuevo boom económico se hizo presente debido a la expansión de la demanda mundial de productos ´commodities´ procedente de Rusia, China e India, que empujó hacia el alza los precios de las principales materias primas (petróleo, oro, plata, cobre y otros productos agrícolas tradicionales y agroindustriales no tradicionales), generando un nuevo y corto período de bienestar (alivio financiero fiscal) en los Países Andinos, aunque cargada de inflación vía importaciones y especulación interna. Sin embargo, fue una etapa de mejores

---

<sup>5</sup> Consultor



posibilidades para el crecimiento económico, la expansión del comercio y el empleo interno, incrementos sustantivos de la inversión pública en sectores estratégicos (prospección y explotación petrolera, petroquímica, minería de gran escala, electricidad, gas, carreteras, aeropuertos y puertos marítimos, etc.), así como en otras áreas importantes como la salud pública y la educación básica a cargo del Estado. Fue un corto momento que tomó apenas tres años (2005-2008), pero, en el cual se desviaron recursos hacia programas electorales, subsidios fiscales que continuaron agregándose (Venezuela, Ecuador, Bolivia), control del narcotráfico y la guerrilla (Colombia), compra de armamento, etc., en desmedro del gasto e inversión en salud y educación. Consecuentemente, son incalculables los recursos económicos que se fueron por la alcantarilla en medio de una política de descontrol del gasto público. Ahora que la crisis financiera mundial ya ha traspasado las puertas de las economías latinoamericanas y de la Región, este des-ahorro financiero constituye un lastre de imprevisiones que, lamentablemente, no servirán para cubrir la brecha existente en los presupuestos nacionales y fundamentalmente en la balanza de pagos.

## 2. Enfoque metodológico seguido por el estudio

Para el cumplimiento del subproducto<sup>1</sup>, se determinaron 2 parámetros de evaluación y se utilizaron algunas herramientas de indagación:

- a. Examen evaluativo de los sistemas de Información de la variable inversión salud desde el enfoque de la provisión estadística a través de procesos o fases tales como: recolección, validación y divulgación, uso y utilidad.
- b. Identificación de entrelazamientos de modelación entre Inversión en Salud y la productividad de la fuerza de trabajo y el crecimiento económico.

Las herramientas investigativas empleadas fueron:

- a. Cuestionario de indagación entre informantes institucionales públicos y privados sobre los hechos o sucesos más trascendentales del proceso de gestación del Sistema de Información en Salud (SIS), identificación de fortalezas y debilidades, posibilidades de crecimiento, posibles enlaces o flujos de información a nivel macro que se tejen en cada país, la modelación entre inversión en salud y productividad de la fuerza de trabajo y el crecimiento económico;
- b. Recopilación de datos e información; y,
- c. Modelo de sistematización cualitativo y cuantitativo de la información generada por el estudio.

## 3. Desarrollo del estudio

### 3.1 Un enfoque teórico al modelo informacional en salud

Existen Sistemas de Información (SI) que generan resultados a través de la aplicación reglamentaria o normativa perfecta o imperfectamente definidas, que a la vez dotan o facilitan el desarrollo de la capacidad de gestión, procesamiento y almacenamiento en grandes bases de datos. Brasil, México, Argentina y Chile son países que forman parte de la élite latinoamericana en materia de información con capacidad de gestión, tecnología y usuarios con acceso a medios físicos y virtuales. Uruguay, Colombia, Venezuela, Cuba, Costa Rica, Perú, República Dominicana, Panamá y Ecuador se encuentran en lugar intermedio de desarrollo, sin embargo, son países que han dado grandes saltos durante las dos últimas décadas. Bolivia, ya cuenta con un sistema de información en salud muy aceptable (ISVEN), y cuya rectoría está a cargo del Ministerio de Salud Pública. Paraguay

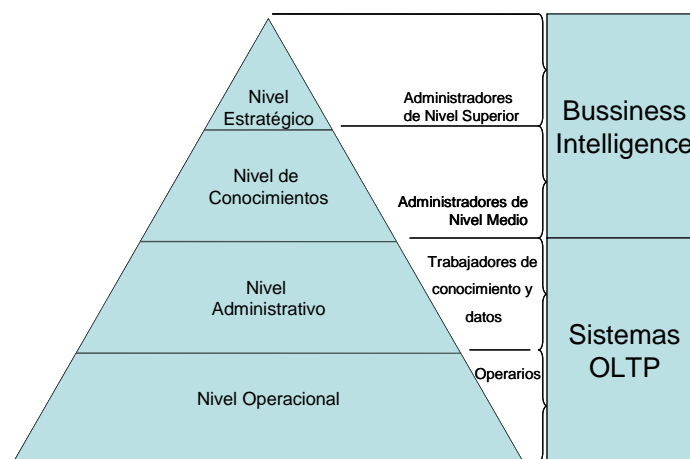


corre con cierto retraso, aunque sin mucha distancia del segundo grupo. Atrás viene otro grupo con países como Guatemala, El Salvador, Honduras y a la zaga Haití. En el Caribe, se observa un desarrollo desigual y contrastante entre países con bajos y altos ingresos, niveles de desarrollo humano y tecnológico.

La teoría manda y no la práctica que los niveles de gestión de los SIS obedecen a la interrelación entre cuatro procesos básicos:

1. **Nivel Estratégico:** es aquel que realiza las actividades de planificación a largo plazo, tanto de administración como de los objetivos que la empresa posee.
2. **Nivel de Conocimiento:** es aquel que cubre al nivel de operaciones tradicionales en la captura masiva de datos y brinda servicios básicos de tratamiento de datos con tareas predefinidas.
3. **Nivel de Administración:** es aquel que apoya a las actividades de análisis, de seguimiento, de control y toma de decisiones realizando consultas sobre información almacenada en el sistema.
4. **Nivel Operacional:** es aquel que monitorea las actividades y transacciones elementales de la organización.

**Gráfico 1**  
*Niveles de información en las instituciones y empresas de salud*



Fuente: Consultor  
Elaboración: Consultor

Cualquiera sea el nivel, un SIS debe y exige tener al menos tres procesos de generación de la información:

1. Ingreso
2. Control
3. Almacenamiento

Además, un Sistema de Información en salud (SIS) para ser calificado como tal debe poseer fortalezas intrínsecas como las siguientes:

1. Accesibilidad
2. Manipulación o maniobrabilidad
3. Rapidez



#### 4. Seguridad

Para que exista validez y consistencia el SIS precisa observar algunas recomendaciones esenciales:

1. Consulta técnica y validación en las fuentes de origen (dato).
2. Investigación sobre información primaria y secundaria, simple o compleja.
3. Conocimiento alrededor de qué instituciones y empresas dan un uso más frecuente y adecuado a la información que produce.
4. Construir cubos comparativos de validación de un mismo dato generado por varias instituciones.

#### 3.2 Algunos importantes avances en los sistemas de información en salud con referencia a la inversión en salud, la fuerza de trabajo y el crecimiento económico

- En los países de la sub Región el proceso constitutivo de los sistemas de información en salud no fue uniforme ni ocurrió al mismo tiempo. Durante la primera mitad del siglo XX, Chile dio los primeros pasos hacia un modelo de información sumamente incipiente y, luego, a partir ciertos cambios reformatorios para mejorar la convivencia y coordinación público-privada, se dio paso a estructuras de información más flexibles y complementarias. En las cuatro décadas siguientes, Colombia será quien desarrolle un SIS más avanzado comparado con Ecuador, Perú y Bolivia, debido a las reformas al Sistema Nacional de Salud (Ley 100-1993, Artículos 154 y 155).<sup>6</sup>
- Ahora, cuando el planeta se encuentra en los albores del siglo XXI, la información económica en salud es considerada un elemento estratégico y político donde acceden la mayoría de usuarios del gobierno central, regional y local, las instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios y los agentes del sistema financiero nacional e internacional.
- Vista brevemente la génesis del SIS, cabe destacar que el mérito corresponde a la Organización Panamericana de la Salud (1902), quien es la más antigua Institución de cooperación Internacional que asume y comprende la importancia que ejercen los SIS. A partir de entonces, los gobiernos secundan y apoyan la tarea asignando recursos disponibles en esos momentos. (<sup>7</sup>) El sistema de información OMS-OPS es, sin duda, el más importante instrumento de apoyo a la gestión creado no solamente para llenar las necesidades de recopilación, análisis, disseminación y dinámica integral de la información, sino, para como instrumento facilitador en el proceso de toma de decisiones.<sup>8</sup>

<sup>6</sup> “La evolución de los sistemas de información, en la cual destaca el vertiginoso desarrollo tecnológico, despierta diversas expectativas e implica distintas posibilidades de diseñar, desarrollar y manejar sistemas de información. Tal parece que es altamente posible responder con éxito a las nuevas demandas de información. Sin embargo, las expectativas deben equilibrarse con lo que en cada realidad local es posible lograr. Para producir y usar información, así como para desarrollar y manejar sistemas de información ello, es importante contrastar necesidades y capacidades, tanto locales como nacionales.” OPS. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Sistemas de Información. Página, 293.

<sup>7</sup> OPS. SALUD EN LAS AMÉRICAS 2007. Panorama de la salud en la región. Pág. 1

<sup>8</sup> OPS ha marcado algunos hitos para el desarrollo de la información en salud: Desde 1954, OPS viene publicando en forma primero cuatrienal y luego quinquenal, sobre la situación de salud y sanitaria en los estados miembros. En 2007, la publicación “La Salud en las Américas” ha creado valor agregado en cuanto al conocimiento sanitario con algunas inferencias importantes: salud en el contexto de desarrollo (económico y político, social, ambiental); condiciones de salud y sus tendencias (características demográficas, mortalidad, morbilidad, promoción de la salud, prevención de riesgos, salud y grupos especiales, nuevos retos de la salud pública); etc.



- El flujo en datos e información, que circula desde y entre los países de América Latina y el Caribe en la actualidad abarca desde el campo de la demografía general hasta la epidemiología, economía y sociedad. El sistema de indicadores que ahora existe está a la par con otros que manejan los países desarrollados, aunque siempre estableciendo las diferencias y proporciones del caso. Hoy se le reconoce como un modelo a seguir en cada uno de los esquemas de integración que existen o intentan constituirse durante los próximos años en América del Sur (CAN, MERCOSUR, ALBA).
- En la era digital la información es un medio para acortar las brechas de aislamiento, disminuir el impacto humano alrededor de las distorsiones comunicacionales y tecnológicas, brinda nuevas posibilidades o caminos al conocimiento o aprendizaje y el entendimiento razonado de la realidad nacional y mundial, etc.
- Sin embargo, en el proceso de impulso y desarrollo de los SIS también pertenece a otras Agencias de Desarrollo, por ejemplo: USAID, Cooperación de Bélgica, Alemania, Francia y Canadá, Unicef, Banco Mundial, NNUU -OEA, CEPAL, UNPHA-, BID, Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito UNANUE, etc. Su trabajo de investigación y denuncia sobre los problemas de salud que afligen a nuestros pueblos y contribución con alternativas de solución ha sido el punto de inflexión más notable. Además, gracias a esta cooperación ha sido posible ubicar el lugar que ocupa cada país dentro del contexto de desarrollo en cuanto a salud se refiere, y algo esencial: el reconocimiento que la salud es un bien estratégico y meritorio que promueve el desarrollo de cada país.
- En cuanto a economía de salud el salto evolutivo es fantástico. Los cambios han ido desde el conocimiento de los recursos hasta su valoración, las fuentes de ingreso y uso nacional y por instituciones de los recursos disponibles, la participación público y privada, indicadores comparativos entre países, el gasto versus la cobertura de la población (per cápita en salud pública, seguro social y privado), discriminación del gasto en salud de los hogares, impacto distributivo del gasto público en salud, sistemas de costeo (métodos directo e indirecto), importancia de los planes de seguro gubernamental y privado, etc.
- Gracias a estas publicaciones y a otras, los habitantes andinos conocen más sobre la mortalidad materna e infantil, la morbilidad con opciones de acciones de prevención o no, la incidencia creciente de las enfermedades catastróficas, el grado de desnutrición, pobreza e inequidad, la salud sexual y reproductiva, la salud mental; el foco urbano y rural de la violencia, el uso de sustancias psicotrópicas; el estado de la salud en los pueblos especiales (afroamericanos, tercera edad, familia, mujer y niño) y otros aspectos más.
- Los estudios de coyuntura editados en la sub región, apuntan hacia algunas prioridades, pero hoy hay una que es tema general en todos los países: la crisis financiera internacional y sus repercusiones en América Latina. Todo ello -se dice- dependerá de cuan preparados estemos frente a ella, las reservas financieras que hayamos acumulado en el pasado, el nivel de reflexión que desde la salud pública se haga sobre la crisis y el costo social que al final le tocará asumir a la población latinoamericana. Es claro que nuevas amenazas en ciernes apuntan hacia el agudizamiento de los problemas de inequidad, especialmente: hambre, enfermedades de la pobreza, acceso al agua y potabilización, contaminación ambiental, hacinamiento habitacional, exclusión social por factores económicos y raciales, radicalización de opciones



curativas por sobre la prevención y el fomento de la salud, inseguridad ciudadana y violencia en el campo y la ciudad, expansión del trabajo temprano e informal, mendicidad infantil en las calles y carreteras, explotación laboral y bajos salarios, desempleo, iliquidez e impacto en el capital de trabajo de las empresas medianas y pequeñas, inaccesibilidad a fuentes alternativas y baratas de financiamiento, emigración forzada, etc.

- Si los sistemas nacionales de información (SIN) sirven para algo, ese *motiv final* será:
  - a. para que la comunidad esté perfectamente enterada y reflexione, analice, participe y discuta alrededor de los problemas de salud,
  - b. aporte con soluciones,
  - c. adquiera plena conciencia sobre el carácter escaso de la buena información,
  - d. determine responsabilidades luego de la toma de decisiones,
  - e. califique la calidad y efectividad de la información que recibe.

## **INEINFO. Venezuela**

### **Antecedentes**

Frente a las condiciones de desigualdad y miseria en las que se encuentra buena parte de la población mundial, diferentes organismos internacionales han tomado la iniciativa en la creación de alianzas y definición de estrategias que permitan el mejoramiento de las condiciones de vida de los grupos sociales más necesitados y vulnerables, especialmente los niños y adolescentes. Esta búsqueda de soluciones a problemas relacionados con la pobreza, se ha realizado con una perspectiva diferente y renovada, con la cual sea posible, entre otras cosas, establecer un amplio campo informativo que refleje la situación de cada uno de los países y sirva de apoyo para la planificación e implementación de políticas por parte de cada uno de los gobiernos nacionales en todos los ámbitos de la sociedad.

En reunión de septiembre del año 2000, en el marco de la Cumbre del Milenio (Nueva York), se estableció un sistema de indicadores que bajo el nombre de La Declaración del Milenio, conjuga ocho objetivos de profundo interés social para promover la reducción de la pobreza, la equidad de género, la universalidad de la educación, la salud materna e infantil, la reducción del VIH/SIDA, la sostenibilidad ambiental, así como la promoción de una Asociación Global para el Desarrollo. Los "Objetivos de Desarrollo del Milenio" (ODM) representan así un compromiso a nivel mundial, producto de los intercambios entre representantes gubernamentales como respuesta a los principales desafíos del desarrollo. Dentro del contexto de evaluación y seguimiento de estos objetivos tanto a nivel global como particular de cada uno de los países, se hace necesaria la creación de un sistema de organización y divulgación de información que permita dicho control. Así, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en conjunto con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), lanzan una nueva herramienta de publicación estadística llamada DevInfo, promoviendo la apropiación del sistema por parte de la mayoría de los países como el software oficial para el seguimiento de los objetivos y metas de desarrollo del milenio. Hoy día, el DevInfo es utilizado ampliamente en 56 países a nivel mundial. En América Latina, países como Colombia, Costa Rica, Argentina, Panamá, Honduras, República Dominicana, entre otros, han hecho adaptaciones al programa logrando incorporar volúmenes considerables de información de interés en el seguimiento de las acciones de UNICEF y de algunos gobiernos locales.



Es un sistema avanzado de bases de datos que facilita la organización, almacenamiento, análisis, presentación y divulgación de información estadística nacional, desagregada a distintos niveles geográficos y temáticos, y con series anuales que inician desde 1990, permitiendo su acceso a través de la web, así como la construcción de mapas, cuadros y gráficos dinámicos de la información consultada, ajustados a los requerimientos del usuario.

Constituye la adaptación de la tecnología -software- DevInfo 5.0 para Venezuela, y se presenta como una herramienta útil de divulgación de información estadística pertinente para la gestión de políticas públicas del país, en sus distintos niveles de implementación: nacional, regional y local.

En este sentido, el sistema ofrece indicadores y datos estadísticos desagregados por Entidad Federal, Municipios y Parroquias, organizados en diferentes marcos clasificatorios, tales como: Sectores (Estadísticas Demográficas, Sociales y Ambientales); Temas (Género, Pobreza, Infancia, Indígenas), y Fuentes de información. A la vez que permite el monitoreo directo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), gracias a la incorporación de los indicadores definidos para este fin en el país.

INEInfo ofrece entonces, una fuente consolidada de información estadística relevante, confiable, documentada y oportuna producida por los diversos órganos del Sistema Estadístico Nacional, insertándose así dentro de las líneas estratégicas del INE, potenciando su consolidación como ente rector de la actividad estadística del país.

Por lo tanto, a través de INEInfo, Venezuela cuenta con una herramienta dinámica, accesible, fácil de usar, versátil y confiable, cuyo propósito fundamental se orienta a la promoción y fomentar el uso de la estadística, mediante la concienciación y conocimiento tanto de los ODM como de indicadores sociales, ambientales y demográficos del país, de modo que contribuya a la formulación, seguimiento y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales orientados al desarrollo de la Nación.

## **Objetivos INEINFO**

- Divulgar la información estadística oficial de la República Bolivariana de Venezuela.
- Satisfacer oportuna y eficientemente la demanda de información estadística del país.
- Contribuir a la democratización del acceso a información oportuna y de calidad, basados en la premisa constitucional del derecho de toda persona a acceder a la información y a los datos que sobre sí misma contengan los registros oficiales o privados.
- Facilitar el monitoreo y evaluación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para Venezuela, así como otras metas y planes nacionales o locales.

Contribuir con el proceso de toma de decisiones, así como del diseño, instrumentación, monitoreo y evaluación de las políticas públicas, a través de su constitución como un instrumento de trabajo diario de los funcionarios públicos y de la sociedad en general.

## **Ventajas INEINFO**

- Dispone de un formato de fácil acceso, que brinda la posibilidad de consulta al público en general, ofreciéndole la oportunidad de crear y almacenar en una galería cuadros, gráficos, mapas temáticos, en informes propios del usuario, exportables a programas de Microsoft Office o una página Web, facilitando la disseminación de información a través de medios magnéticos (CD-ROM), Internet.



- Los indicadores contenidos en las bases de datos vienen acompañados de su respectiva información técnica (meta información), necesaria para facilitar su adecuada interpretación y análisis, siendo accesibles de manera dinámica durante el proceso de manejo y consulta de la información.
- Su acceso puede realizarse tanto como aplicación en escritorio, como por vía Web, permitiendo acceder a las actualizaciones de las bases de datos, siendo esto último unas de las principales novedades del sistema.
- Para la elaboración de mapas temáticos, el sistema incluye el mapa de Venezuela con una desagregación a nivel de Entidad Federal, Municipio y Parroquia. Este mapa puede sobreponerse en una imagen de raster a través de la aplicación NASA World Wind. (Disponible sólo para versión de escritorio).
  - Dispone de un módulo de personalización que permite hacer cambios en los colores, idioma, fuentes para darle un diseño acorde a las necesidades del usuario.
  - El usuario tiene la posibilidad, de generar, editar y asegurar sus propias presentaciones de datos (Cuadros, Gráficos y Mapas), guardándolas en su PC o en CD-ROM.
  - Constituye un centro de almacenamiento de la información estadística nacional generada por los distintos organismos pertenecientes al SEN.

### Principales usuarios INEINFO

- Instituciones gubernamentales (nacionales e internacionales)
- Agencias del Sistema de Naciones Unidas
- Organizaciones no gubernamentales
- Centros de investigación
- Estudiantes de colegios, liceos y universidades
- Embajadas
- Público en general

### Venezuela: Encuesta Nacional de Presupuestos Familiares 2008-2009

La Encuesta Nacional de Presupuestos Familiares es una de las investigaciones estadísticas más importantes que se realizan en el país.

Este esfuerzo, reedita una exitosa experiencia de cooperación interinstitucional entre el Banco Central de Venezuela (BCV), el Instituto Nacional de Estadística (INE), la Corporación Venezolana de Guayana (CVG) y la Universidad de Los Andes (ULA).

Asimismo, revela el permanente interés de colaboración que tiene el Instituto para desarrollar investigaciones estadísticas que permitan conocer las prioridades económicas y sociales de los venezolanos en pro del desarrollo del país.

La Encuesta Nacional de Presupuestos Familiares es una investigación por muestreo dirigida a los hogares, que tiene por objeto obtener información sobre sus ingresos, egresos, características de las viviendas que habitan, composición de los hogares y otras variables económicas y sociales de sus miembros.

### Objetivos de la encuesta

1. Conocer los cambios ocurridos en los patrones de consumo de los hogares.
2. Actualizar la canasta de bienes y servicios así como las ponderaciones del Índice Nacional de Precios al Consumidor
3. Conocer las condiciones socioeconómicas de los hogares venezolanos.





4. Actualizar las estimaciones del consumo y otras transacciones del sector Hogares en el Sistema de Cuentas Nacionales.
5. Fortalecer el sistema de las estadísticas socioeconómicas del país.

## Principales Variables Investigadas

### *Socio Demográficas:*

- Sexo, edad, situación conyugal
- Ocupación
- Educación
- Salud
- Recreación
- Condiciones de vida
- Características de la Vivienda
- Misiones y Programas Sociales
- Hábitos alimenticios

### *Gastos del Hogar:*

- Gastos de consumo de los hogares
- Gastos no imputables al consumo (transferencias, impuestos, multas, etc.)

### *Ingresos del Hogar:*

- Monetarios (Remuneraciones, ingreso mixto, renta de la propiedad, transferencias, etc.)
- No Monetarios (Autoconsumo, pagos en especie, transferencias en especie, etc.)

## 4. Evaluación de los sistemas de información enfocados a la previsión estadística para generar y medir el nivel de inversión en salud, fuerza de trabajo y crecimiento económico

En los países de la Región existe una *crisis estadística* que se evidencia a través de “viejas prácticas y costumbres culturales” producto del pasado político, económico y social que en cada coyuntura vio como “normal” este hecho. Así, la manipulación de cifras, datos y publicaciones oficiales y privadas es hasta hoy un mal que proviene no solo del ámbito estatal sino también del sector privado. Por tanto, la falta de veracidad y transparencia en la generación, manejo y distribución de la información fue y continúa siendo un problema latente en la mayoría de los países latinoamericanos y de la región en general. La realidad de las estadísticas oficiales muestra evidencias concretas de sesgo político y coyuntural muy marcados, especialmente, cuando de calcular la inflación se trata<sup>9</sup>, o el momento en que la oposición exige conocer el monto del endeudamiento público, los términos de renegociación de ciertos tramos de la deuda externa, los índices de pobreza y marginalidad, el presupuesto estatal y su efectividad como medio de redistribución del ingreso, el crecimiento económico o los montos de inversión pública y privada en salud. No

<sup>9</sup> “Ocurre que el ocultamiento de la inflación, finalidad perseguida con tal falsedad, se proyecta sobre el índice de la canasta básica alimentaria y sobre los índices de pobreza e indigencia, tratando de hacernos creer que hay menos pobres e indigentes de los que en realidad existen. La manipulación se proyecta a la renta de un buen número de bonos públicos, calculada sobre la base del índice aludido; de tal modo, se estafa a sus tenedores aquí y en el exterior”. Crisis estadística. Enfoque internacional. El Comercio, Sección Opinión, domingo 11 de Enero de 2009, cuaderno 1, página 9.



existen cifras consolidadas y tampoco actualizadas de ejecución de la inversión en salud oficial y privada. Los funcionarios estatales de los ministerios de salud o seguridad social se dan mil vueltas para retrasar las demandas sociales de información, a pesar que por mandato constitucional están obligados a entregar y transparentar la información oficial.

La capacidad de previsión estadística es un asunto muy cuestionable en todos los países de la Región, por ejemplo:

- El retraso en la actualización de cifras y publicaciones es un hecho común y normal. En el mejor de los casos -Ecuador-, las cuentas satélites en salud son un buen ejemplo de este problema (2003 y 2005) y las estadísticas ENDEMAIN reflejan la realidad del año 2004.
- Las cifras del crecimiento económico por país frecuentemente son poco coincidentes y dependen de si el cálculo lo realiza el Gobierno, la CEPAL, el FMI o el Banco Mundial. Cada institución nacional u organismo internacional levantan los escenarios previsionales más disímiles, sin coordinación programática de ninguna clase y alejados de cada realidad nacional.
- Junto con la explosión tecnológica las empresas de comunicación e información, especialmente de carácter multinacional, fueron las pioneras en la renovación de equipos y medios de interacción e interactividad (navegación en internet, construcción redes de ordenadores y economía digital) que superan distancias, tiempo y espacio.<sup>10</sup>

Una síntesis reflexiva sobre el avance en salud de las nuevas tecnologías en comunicación e información es la siguiente:

La revolución mediática que ocurre con la tecnología de salud abrió posibilidades infinitas para el conocimiento y aprendizaje; pero, también suscita reflexión sobre las incalculables facilidades de acceso que existe gracias a los medios o herramientas tecnológicas disponibles, mayor capacidad de producción, nueva potencialidad en investigación y desarrollo, evaluación más consciente de la información que se recolecta y usa, dirección y capacidad de decisión de las empresas que ofrecen servicios estadísticos, ampliación sensible del aforo de almacenamiento, búsqueda y transmisión de información y perfeccionamiento frente a retos del tratamiento médico mediante actividades en tiempo sincrónico y asincrónico. Sin embargo, hay un límite especial para los países en desarrollo: el costo que demanda tenerla y el aprendizaje que implica su manejo. Para lo primero, se necesitan recursos económicos y financieros y, para lo segundo, capacidad en los recursos humanos disponibles en las Instituciones del Sector.

Sin embargo, hay una profunda desproporcionalidad tecnológica entre los países de la Región y entre las mismas instituciones del Sector. Este es un asunto que ha desembocado en deficiencias reales en la capacidad de procesamiento, limitaciones en el cruce de variables apropiado para el trabajo de análisis e investigación, baja utilización de la capacidad instalada en equipos y programas informáticos. Sin menoscabo a equivocarnos, a decir por quienes ofertan paquetes de procesamiento informático, la gran diferencia en hardware y software que han sido instalados en las instituciones ha generado alta incompatibilidad, producto de prácticas de negociación que enfatizan las novedades

<sup>10</sup> El término "interactividad" se relaciona tanto con las potencialidades técnicas ofrecidas por un determinado medio tecnológico cuanto a la acción humana con la respectiva retroacción de la máquina. La "interacción" es la acción recíproca entre dos sujetos, y puede ser directa o mediatizada por algún recurso comunicacional. (Belloni, 1999)



tecnológicas por encima de las necesidades institucionales. El desarrollo y organización de redes e interacción entre las instituciones oficiales y privadas es incipiente y opera más hacia lo interno de cada ámbito institucional y en forma centralizada.

- La información sobre la productividad de la fuerza laboral está -en el caso ecuatoriano- muy retrasada, ya que existe una serie estadística en el Banco Central que data del período 1993-1999. De allí para acá no se ha trabajado en la actualización de estas cifras.
- La demanda es la parte más sensitiva y la razón de los sistemas de información en salud. En efecto, son las necesidades institucionales, empresariales y el usuario mismo de los servicios de salud los ejes trazadores que actúan y definen -teóricamente- cuál es el ámbito, nivel de complejidad y resultados que se esperan del mismo. Sin embargo, en la realidad no hay mayor compatibilidad y coherencia entre lo que nace como SIS, sus funciones esenciales y los productos que ofrece o genera y la realidad epidemiológica misma. Las necesidades de información en torno al ámbito de la salud pública son puestas en segundo plano respecto a la prioridad que ejercerá la demanda de información dentro del círculo exclusivo de los hospitales privados.

La subdivisión del Sistema de Salud en subcomponentes que se “especializan” en distintos grupos de población - la *segmentación* - en general adopta para la prestación de servicios y el seguro las formas de: 1) un subsistema público orientado a los pobres; 2) un subsistema de seguro social que cubre a los trabajadores del sector formal y sus dependientes; y 3) un subsistema privado lucrativo usado principalmente por los sectores con más recursos de la población. Cuando hay *fragmentación* de los servicios en el sector salud -es decir cuando los diferentes subsistemas no funcionan en forma sinérgica y coordinada sino que tienden a ignorarse unos a otros e, incluso, competir entre sí- suele producirse una concentración de la prestación de servicios de salud en los hospitales y en atención individual, en detrimento de los servicios de salud pública. (OPS 2007)

- Instituciones generadoras de datos e información: Generalmente quienes intervienen en este proceso de generación son instituciones gubernamentales del nivel central, regional y local. El sector privado es otro gestor aunque no tan destacado como el primero.

En el caso de la inversión en salud, el proceso de información se origina en todos los ministerios de economía y finanzas, (casos: Perú, Ecuador y Bolivia), o bajo la denominación de ministerios de la república (Colombia). Es aquí donde tiene lugar la tarea de asignación de recursos presupuestarios. Es este instrumento programático -el presupuesto del estado- se concreta cualquier asignación prevista, no sin antes, los funcionarios oficiales de cada institución haber pasado por un proceso de revisión de previsión inicial, el análisis y fundamentación de gasto frente a los ingresos generados o que, según el caso, requieran recursos financieros internacionales adicionales.

Información preliminar señalaría que los procesos nacionales de asignación obedecen, en general, a una cultura históricamente establecida, donde el rol protagónico le correspondió antiguamente jugar al Tesoro o Caja Nacional, como penúltimo efector decisorio, ya que la última instancia le corresponde a los Congresos o Asambleas Nacionales, según el caso. Previamente, los actores cuyas instituciones forman parte del sistema público son cada año convocados a analizar y discutir las proformas presupuestarias fundamentadas en necesidades epidemiológicas, administrativas e



inversión. En esos foros de discusión se hacen cruces de criterio donde ponen en una balanza los recursos disponibles y la programación operativa concreta establecida para un período de tiempo determinado.



Debilidades comunes a todos los países de la Región:

- i. Estratificación y segmentación
- ii. Desequilibrio tecnológico
- iii. Disparidad y disponibilidad de recursos financieros
- iv. Preparación del capital humano
- v. Represamientos de información y datos en las instituciones
- vi. Escasez en utilidad y uso de información
- vii. Necesidades de información individualizadas, no planificadas
- viii. Efecto imitación y poca originalidad
- ix. Patrones de información poco adaptados a realidad epidemiológica nacional

Existen otros patrones críticos al interior de los SIS de la Región Andina:

- I. Sistemas operacionales diseñados para brindar varias aplicaciones, según el tipo de proveedor de información y las herramientas que utilizan.
  - II. Puede suceder que los datos históricos sólo se mantengan en informes impresos ubicados en armarios, ya sea en el lugar de trabajo o un depósito externo.
  - III. El recolectar este universo de datos dispersos en todos los sectores y lugares de las instituciones, hace caótica la obtención de la información que se necesita.
  - IV. Lo peor que puede suceder al solicitar los datos al área responsable, es que tengamos que esperar, esperar, esperar...; luego, finalmente recibir los datos, revisar la información, analizar los resultados y notar que se debe hacer otra solicitud sobre lo mismo porque estaban incompletos o presentaban inconsistencias de cualquier índole.
- V. Alternativa que puede contribuir a solucionar el problema de un país con sistemas de información en salud bajo patrones de estratificación y segmentación

***Se necesita crear un SISTEMA ÚNICO DE INFORMACION EN SALUD que deberá actuar como una MESA DE AYUDA para solicitarle los datos necesarios. Puede ser un sitio físico o virtual donde se almacenen los datos del SNS, atienda por necesidades de pedido y evite colas de espera e incidentes improductivos.***

***El SIS puede reunir los elementos de datos apropiados desde diversas fuentes de aplicación en un ambiente integral y centralizado normativamente, desconcentrado operativamente, simplificando el problema de acceso a la información y en consecuencia acelerando el proceso de consultas y análisis.***

***El propósito final de los SIS es servir para futuras aplicaciones de soporte en la toma de decisiones, hacer más práctica y fácil la explotación de datos para una mayor eficacia de la gestión institucional o empresarial, tanto desde el punto de vista de la disponibilidad como de la confiabilidad y calidad.***



En los países desarrollados el éxito de la gestión de los SIS se centra, por lo general, en el uso que hacen de la información, más no en la complejidad tecnológica. Los latinoamericanos usualmente creemos primero en las necesidades tecnológicas y después nos ponemos a pensar qué tipo de SIS requerimos para el quehacer de nuestras instituciones. Carecemos de capacidad de integración, gestión y eficiencia en SIS. Ignoramos que no se puede gestionar lo que no se controla, no se puede controlar lo que no se mide. Si no tiene información para controlar cualquier proceso es muy probable que ocurra el caos.

Una fórmula para el éxito en la gestión de los SIS se basa en la siguiente ecuación matemática:

**Medición Correcta + Control Adecuado = Gestión Exitosa**

La información de esta manera conceptualizada y llevada a la práctica reduce la incertidumbre y facilita la toma de mejores decisiones. Si existen ideales de competencia y crecimiento, dentro de la organización debe existir también un sistema con enfoques de inteligencia de negocios.

Lo importante al inicio del proceso SIS es crear bases sobre las que podamos obtener resultados para con el tiempo seguir creciendo. Lo esencial es:

1. Lograr unificar los datos que se usan en la toma de decisiones en un repositorio único
2. Priorizar las necesidades de información y descomponerla en varios módulos que se vayan adaptando y completando paulatinamente
3. Una vez cumplidos estos objetivos básicos el resto de camino dependerá de las necesidades propias de cada organización
4. Finalmente, se elaborará un marco que admita cuantificar y co-responsabilizarse proporcionalmente de los gastos totales operacionales y administrativos tanto con proveedores gubernamentales de servicios de salud del nivel central y descentralizado y del sector privado

La tecnología informática que se necesita desarrollar estará en función de las necesidades técnicas de cada país, el grado de descentralización y desconcentración, la preparación de los recursos humanos, la disponibilidad de recursos económicos y financieros, la capacidad organizacional y de gestión, y la voluntad política para proseguir hacia un modelo único e integral en esta materia.

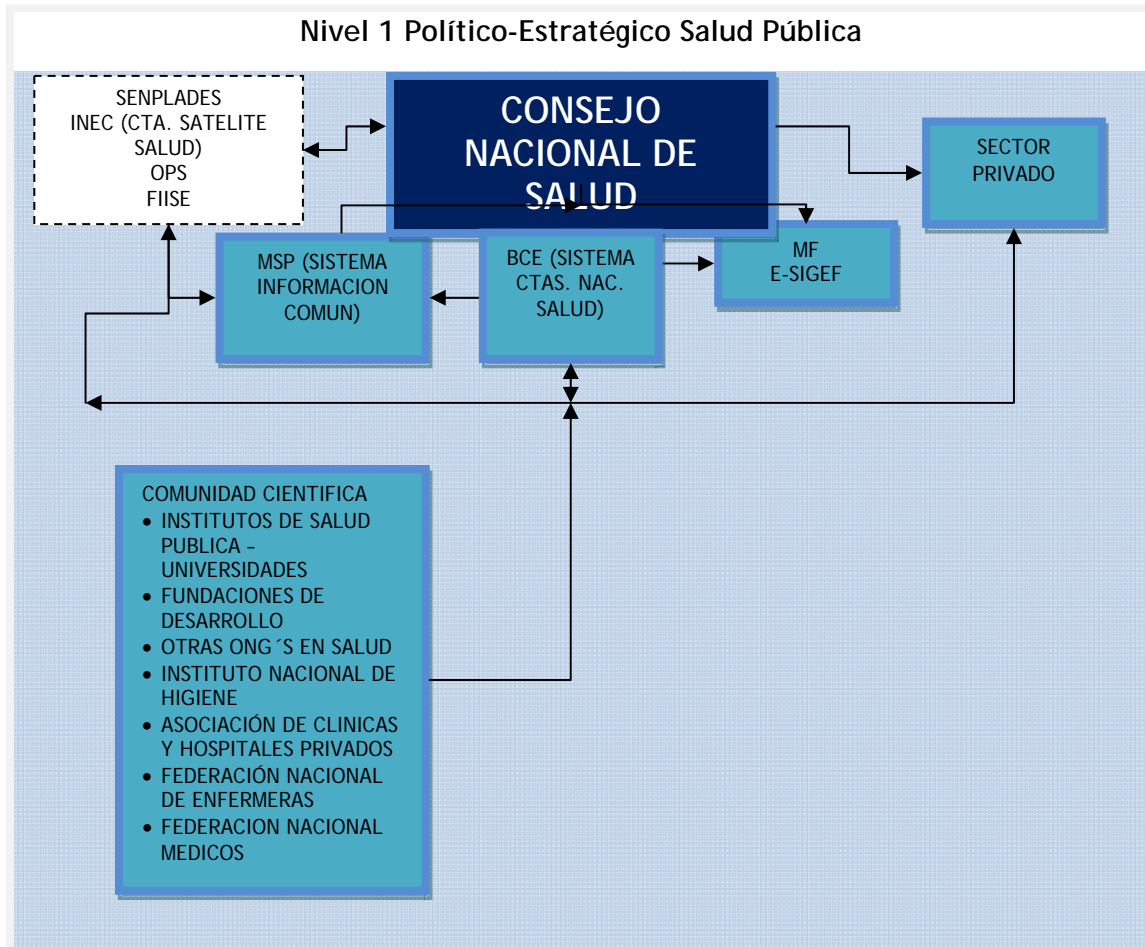


Anexo

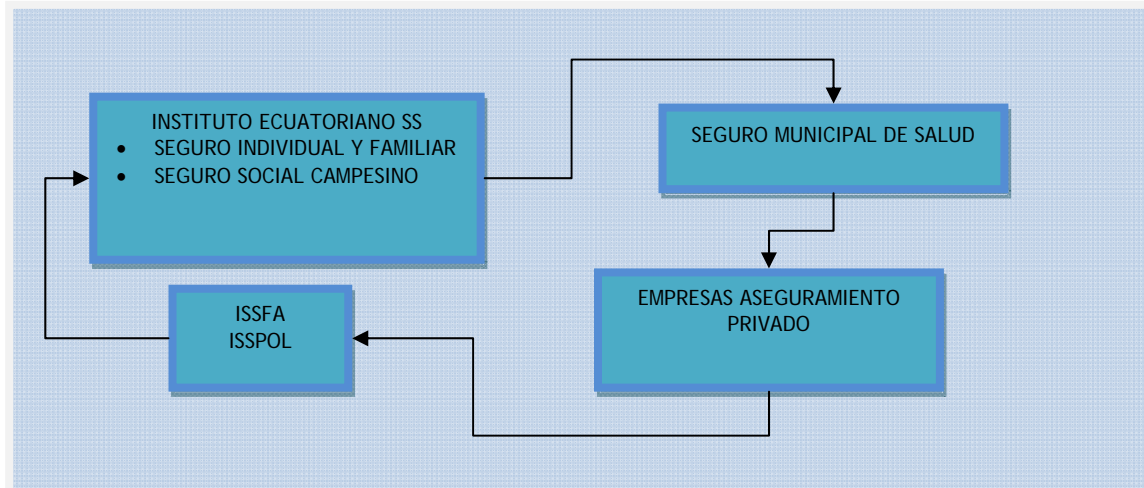
Diagrama 1

Ecuador

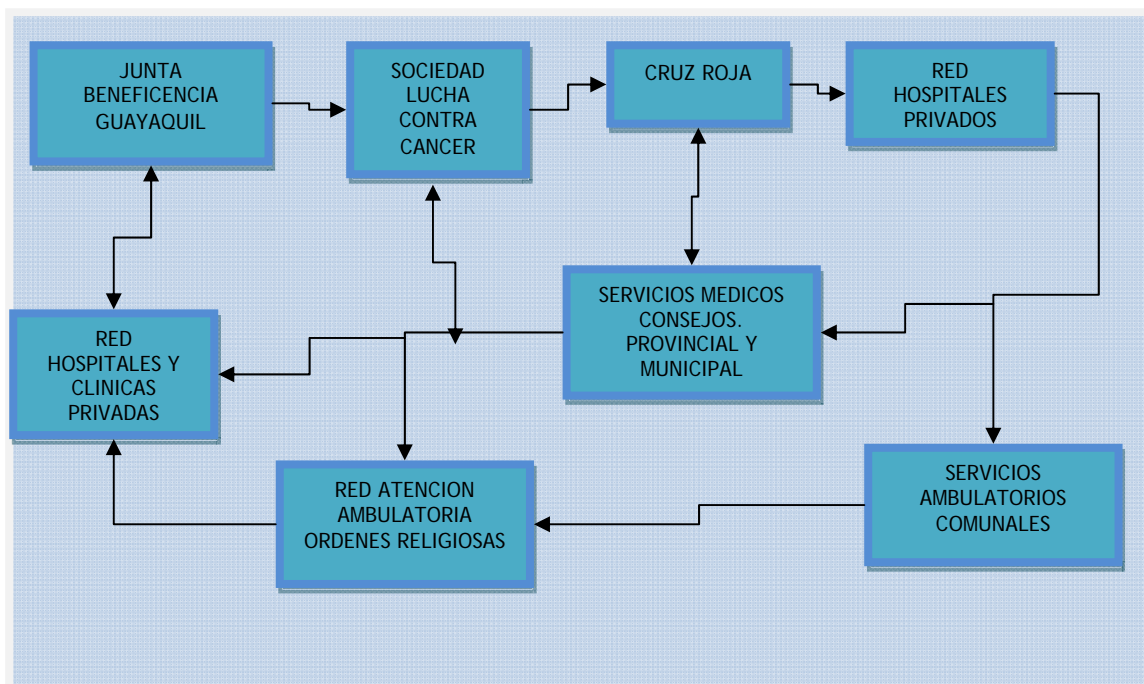
Sistema de Información en Salud



## Nivel 2 Estratificado Aseguramiento Público-Privado



## Nivel 3 Estratificado con o sin fines de lucro



Fuente: Consultor  
Elaboración: Consultor

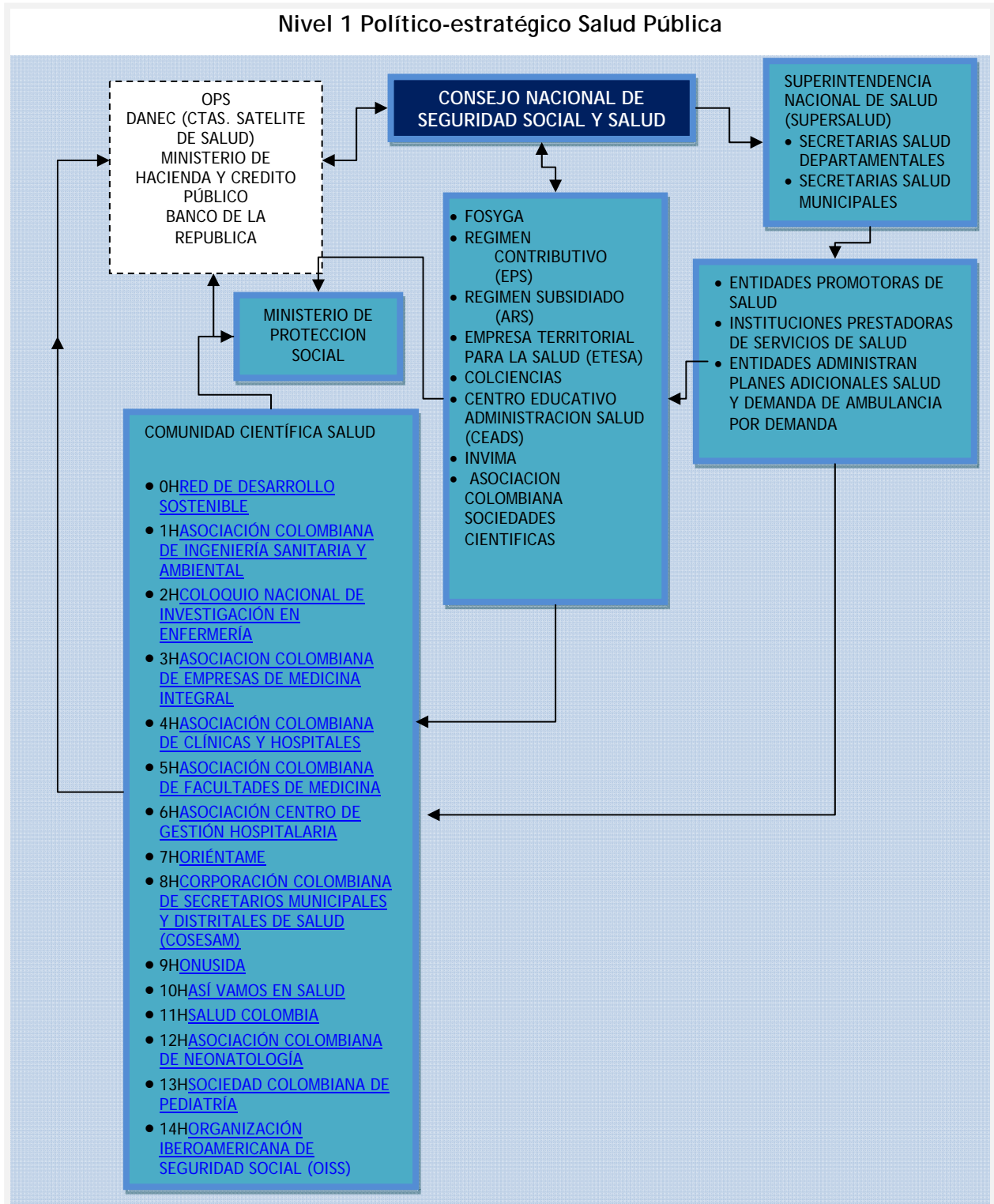




Colombia

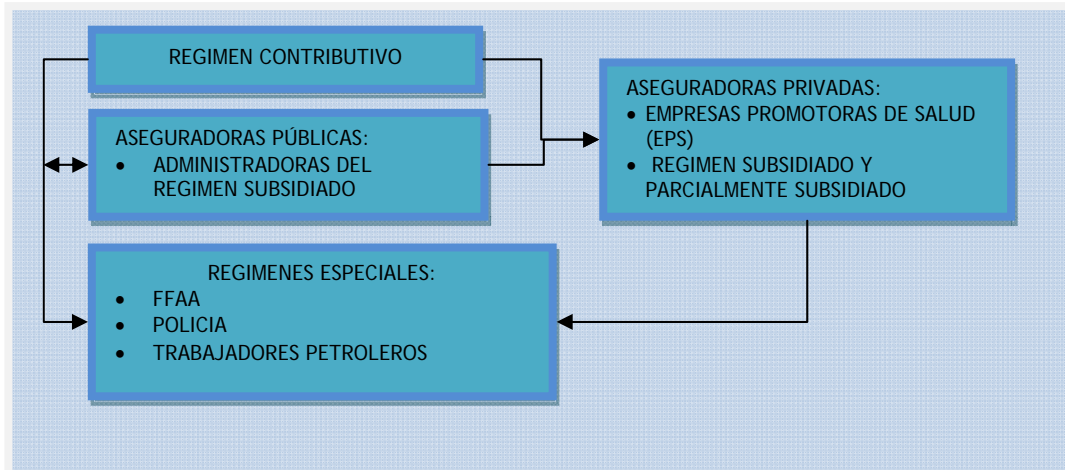
### Sistema Estratificado de Información en Salud

Diagrama 2

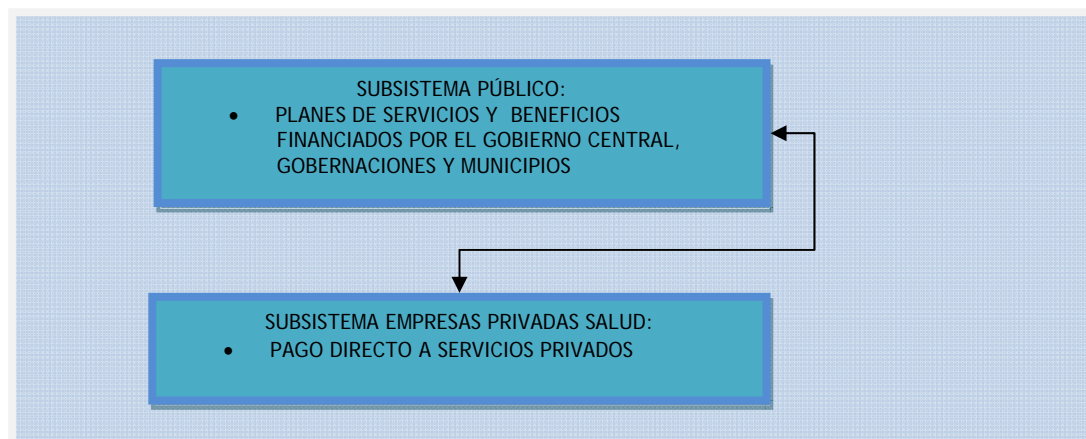




## Nivel 2 Estratificado aseguramiento público-privado



## Nivel 3 Estratificado con o sin fines de lucro



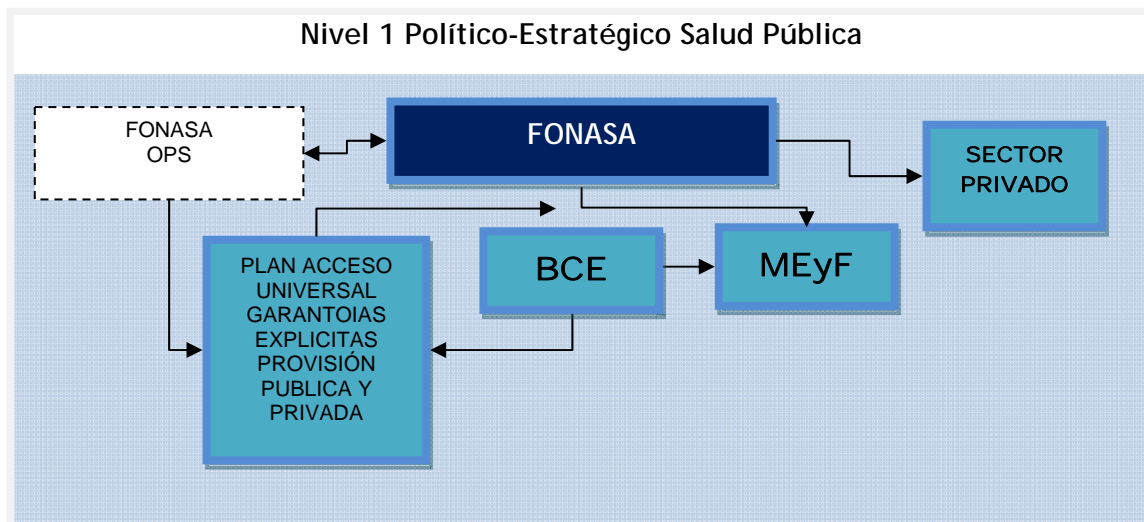
Fuente: Consultor  
Elaboración: Consultor



Chile

### Sistema Estratificado de Información en Salud

Diagrama 3





## Resultados de las 4 mesas de trabajo

Comisión Andina de Salud y Economía -CASE-

Primer Foro Sudamericano de Salud y Economía  
Quito, Ecuador 19, 20 y 21 de noviembre de 2008

### Enfoque general

La economía de la salud como ha sido reconocido nos presenta un amplio instrumental para lograr que la inversión en salud sea más eficiente y equitativa de modo que contribuya efectivamente al cumplimiento de los objetivos sanitarios.

La CASE en este primer Foro Sudamericano de Salud y Economía se ha planteado como objetivo general el resaltar la importancia de la inversión en salud y las capacidades de los sistemas de salud para responder a los requerimientos del crecimiento económico y desarrollo social a fin de impulsar el avance en sus objetivos estratégicos formulados en el Plan Andino de Salud y Economía 2008-2009.

Con el propósito de acordar estrategias y acciones compartidas entre los países participantes se ha propuesto que para obtener un marco de conclusiones y recomendaciones consensuadas entre los participantes, se aborden las siguientes temáticas en 4 mesas de discusión:

- Mesa 1: Lineamientos y estrategias para **incluir como prioridad** el sector salud en las políticas públicas y su financiamiento
- Mesa 2: Estrategias que garanticen la **calidad de la inversión** en salud en el marco de la protección social
- Mesa 3: Líneas de acción para el compromiso de los actores políticos, económicos y sociales para **mejorar la inversión en salud**
- Mesa 4: **Red virtual sudamericana** de economía y salud

Conclusiones y recomendaciones por mesas



## Mesa 1

### **Lineamientos y estrategias para incluir como prioridad el sector salud en las políticas públicas y su financiamiento**

Moderador: Ec. Tomás Pippo. Ministerio de Salud de Argentina  
Relator: Augusto Portocarrero. Ministerio de Salud de Perú

#### Preguntas guía

#### 1. ¿Qué define la priorización de salud en las políticas públicas y su financiamiento?

Considerando que la salud no ha sido incluida entre las primeras prioridades en la agenda pública, en general los temas de salud que han sobresalido han sido por la influencia de las campañas políticas y el perfil de las autoridades, o en la medida que la agenda del país en salud ha coincidido con la agenda de los organismos multilaterales y por la influencia de la agenda de estos organismos.

Entre las causas que facilitaron este proceso está las debilidades de los equipos de los ministerios de poner por sí solo la salud en la agenda pública, por los escasos recursos financieros asignados al sector y por mecanismos inadecuados de asignación de presupuesto.

#### 2. ¿Cómo contribuye la inversión en salud a los requerimientos del crecimiento económico y desarrollo social en nuestros países?

Destacando que la inversión en Salud no es solo atención en los servicios de salud, la inversión en salud permite elevar la productividad, mejorando las posibilidades de la población de salir de la pobreza. A largo plazo ésta generaría ahorros, al requerirse menos recursos para prevenir la salud que para recuperar la enfermedad, que se pueden invertir en otros sectores, debido a la ya probada relación costo-beneficio de la promoción y prevención, enfatizada en el inicio de la vida.

#### 3. ¿Qué lineamientos deben considerarse para sustentar la prioridad del sector salud en las políticas públicas y su financiamiento?

Para sustentar la prioridad del sector salud en las agendas nacionales y regionales deben considerarse lineamientos que incorporen en su definición la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, debido a su impacto en el medio-largo plazo sobre el crecimiento económico, el desarrollo social y sobre la base de eliminación de asimetrías en la distribución del ingreso.

Considerando las crisis económico-financieras mundiales y su repercusión sobre los países sudamericanos, estos lineamientos deben incorporar también en su diseño la perspectiva de la protección social.

Por su parte, considerando que en el corto plazo las necesidades emergentes no deben ser desatendidas, deben incorporarse también estrategias basadas en perfiles epidemiológicos construido sobre bases georeferenciales.



#### 4. ¿Qué estrategias pueden emplearse para posicionar al sector salud en las políticas públicas y su financiamiento ?

Se debe comunicar a la sociedad y a los decisores de políticas públicas buscando consensos en los temas que el sector salud prioriza y las ventajas que esta conlleva, en esa perspectiva se debe impulsar la generación de espacios políticos en donde se produzca estos consensos informados.



## Mesa 2

### Estrategias que garanticen la calidad de la inversión en salud en el marco de la protección social

Moderador: Dr. Jorge Albán, Coordinador Técnico del CONASA-Ecuador  
Relator: Dr. Francisco Sevilla

#### Introducción

- Se reafirma que la salud no constituye un gasto si no una inversión
- Se define a la Calidad como el conjunto de procesos y actividades orientados al uso racional de los recursos que permita resolver y atender los problemas de salud en el marco de la protección social que se refleja en la satisfacción de los usuarios internos y externos. En el cumplimiento de los estándares en el marco de los derechos a la salud de los ciudadanos.

#### Preguntas guía

1. ¿Que implicaciones tienen la calidad de la inversión en salud en el marco de la protección social?
  - Garantizar la protección social
  - Orientar los recursos de una manera eficaz eficiente y efectiva
  - Mejor calidad de gasto
  - El impacto en los resultados cuantitativos cualitativos
  - Tener una población sana
  - Satisfacción de los usuarios internos y externos.
  - Uso racional de recursos
  - Cumplir con las expectativas de los planes y programas sociales
2. ¿Qué relación se establece entre la calidad de la inversión en salud con la eficiencia y la equidad?
  - Obtener los mayores resultados con la optimización de los recursos
  - Cambiar un paradigma eficiencia es igual a calidad
  - Relación horizontal
  - La calidad va a suponer que haya eficiencia esto significa resultados con optimización de recursos que nos permite tener una mayor equidad
  - En el enfoque de derechos no puede hablar de calidad, eficiencia si no hay equidad
3. ¿Que estrategias se recomiendan para garantizar la calidad de la inversión en salud?
  - Partir de un plan participativo a fin de permitir que el presupuesto sea en relación a lo que busca el Plan
  - Participación social en la gestión de salud
  - Posicionamiento político de la salud como inversión y no como gasto
  - Contar con recursos humanos suficientes y calificados
  - Política de Recursos Humanos de Salud ligada al modelo de atención



- Política de incentivos
- Regular los procesos de gestión, atención y control de los servicios de salud
- Coordinación Interinstitucional e Intersectorial que se desprenda de un plan nacional de desarrollo
- Combatir la corrupción

#### 4. ¿Qué elementos pueden considerarse en la planificación para garantizar la calidad de la inversión en salud?

- Diagnóstico epidemiológico, territorial, con enfoques de género, cultural, generacional
- Basada en la estrategia de APS
- Análisis de necesidades, expectativas y iniciativas
- Planificación participativa
- Identificación de objetivos y metas
- Identificación de Indicadores para medir los objetivos
- Asignación de presupuesto en base a la planificación
- Auditoría médica, económica y social

#### Sugerencias a considerar

- Especificar problemática de discordancias entre la formulación del Plan de Salud con las proformas presupuestarias
- Considerar la necesidad de establecer normativas e instrumentos para garantizar la calidad de la inversión
- La evaluación de los planes, programas y proyectos





### Mesa 3

## Líneas de acción para el compromiso de los actores políticos, económicos y sociales para mejorar la inversión en salud

Moderador: Dr. Patricio Yépez. Secretario Adjunto ORAS-CONHU

#### Preguntas guía

1. ¿Qué implicaciones tiene la propuesta de mejorar la inversión en salud en actual contexto económico y social?
  - Mediante una mejor inversión en salud se va a garantizar un óptimo estado de bienestar de la población que permitía el desarrollo del potencial productivo futuro. Es decir, una persona sana podrá participar en el desarrollo económico y productivo
  - En este sentido, la capacidad productiva de la población actual y futura de la población debe ser tomada en cuenta en la planificación de la inversión
  - Los estudios actuales fortalecen el argumento de las pérdidas en productividad producto de una mala atención en salud (carga de enfermedad, esperanza de vida, calidad de vida)
  - Se debe tomar en cuenta que la transición demográfica y el envejecimiento poblacional e individual inciden de manera importante en el desarrollo de los mecanismos de inversión en salud, tanto actuales como futuras
  - Para lograr el bienestar de la población se debe tener en cuenta tanto el acceso a salud, educación, etc. Las variables económicas no deberían incidir de manera importante en la accesibilidad de la población a servicios de salud. En la crisis actual nos plantea una redistribución de la inversión en salud, dar al que más lo necesite
2. ¿Qué acciones se pueden recomendar para mejorar la inversión en salud desde la perspectiva de los diferentes actores?
  - Buscar acciones costo efectivas en la inversión de la salud, como son las acciones preventivas. Ej. Campañas de promoción y sensibilización de la salud. La implementación de mecanismos claros en relación a los logros en cada sector. Es decir, actuar sobre las causas y determinantes de la salud sin dejar de atender a la población actualmente en necesidad
  - Trabajo intersectorial es determinante para el desarrollo de buenos resultados el desarrollo de la persona, de modo que se promuevan prácticas de buenos hábitos de alimentación, en educación, el acceso a servicios, etc. Es decir, se deben desarrollar políticas intersectoriales que coincidan en el logro de objetivos nacionales
  - Herramientas de información permiten el monitoreo y seguimiento de acciones. Y que también permitan mejorar en el control y calidad del gasto en salud
  - En capacitación a los profesionales (mejora en la demanda de profesionales -Ej. Mejores salarios-)
  - Se deben incorporar las recomendaciones y normativas existentes en salud, tanto en el ámbito internacional como a nivel nacional -los marcos legales y políticos



3. ¿Específicamente qué medidas podrían adoptar las Autoridades Sanitarias tendientes a mejorar la calidad de la inversión en salud?

- De acuerdo a lo anterior, la Unión de las Naciones Suramericanas ha propuesto el desarrollo de 5 ejes para delinear la política en salud: Escudo de vigilancia epidemiológico, acción sobre los determinantes de la salud, acceso a los medicamentos, gestión de recursos humanos, acceso a sistemas y servicios de salud
- Lo que debe ir acompañado del mejoramiento de los sistemas de información sobre el estado de salud de la población, tanto a nivel nacional como local -conocer el perfil epidemiológico y demográfico-, para poder estimar y cubrir las brechas de atención existente y sustentar la toma de decisiones, para de este modo, promover la planificación y administración a nivel local. Previo conocimiento los componentes del sistema de salud, tanto público como privado y a nivel local como nacional. Asimismo, estas medidas de políticas deben ser evaluadas

4. ¿Que mecanismos se consideran fundamentales para mejorar la equidad en la inversión en salud?

- Los sistemas de recaudación y financiamiento deben guiarse de manera solidaria y equitativa. Con sistemas de recaudación progresivos -Ej. Impuestos al tabaco o alcohol-, como mecanismos solidarios donde el que más tenga aporte más
- El rol del Estado en este caso es redistribuir esos recursos de manera equitativa. Por otro lado, el Estado debe garantizar la atención en salud de la población

Sugerencias a considerar

- Relacionar inversión en salud con resultados (como medir efectos de inversión?)
- Precisar cómo mejorar la inversión en los determinantes sociales de la salud.
- Participación de actores sectoriales e intersectoriales en este proceso.



## Mesa 4

### Tema: Red virtual sudamericana de Economía y Salud

Moderador: Dr. César Hermida B. Miembro de  
Comisión de Financiamiento del CONASA

#### Introducción

- Una red es una oportunidad de aprender de los otros, tomando en cuenta similitudes y diferencias de los sistemas de salud con necesidades de interactividad e interconexión, reuniones de intercambio
- Existe otras redes temáticas del merco sur y andina, incluso en el país
- Existe la necesidad de intercambio de información e ideas de personas con conocimiento e interés. Es deseable compartir información sobre economía y salud en este ámbito

#### Preguntas guía

#### 1. ¿Qué elementos sustentan la conformación de una red virtual sudamericana de economía y salud?

- Existe una necesidad de conocer las experiencias, exitosas o no, de organizaciones y entidades de la región; se puede intercambiar metodología de trabajo; es necesario también estar conectados compartiendo información, en el marco de la integración sudamericana. Es importante que exista no solamente la voluntad, sino la sostenibilidad de la red, de manera que no suceda lo que con experiencias anteriores como la REDEPS que tuvo vida entre 1995-1997
- Experiencia de Uruguay: se ha creado la asociación de economía de la salud de todas las instituciones que trabajan salud, y la presidenta podría ser el punto focal
- Debe existir una administración/facilitación de la red para sistematizar la información, de manera que se genere un conocimiento válido y organizado. Se plantea que la administración esté a cargo del ORAS y OPS
- Cada uno de los participantes en esta reunión debería ser un punto focal para la organización en los países

#### 2. ¿Cuáles deberían ser los ejes para la difusión e intercambio de conocimientos y experiencias en la red virtual?

#### Ejes de trabajo:

- Cuentas de salud
- Intercambio de documentación
- Formación y capacitación
- Evaluación económica
- Intercambio de experiencias
- Área especializada en economía de la salud en la biblioteca virtual
- Agenda de investigación
- Movilización de recursos para sostener la red



### 3. ¿Qué elementos se pueden considerar para apoyar el proceso de investigación de temas de economía y salud desde la red virtual?

Apoyo al proceso de investigación en temas de economía y salud en la red:

- Aula virtual para videoconferencia
- Teleconferencia
- Biblioteca
- Investigaciones conjuntas
- Producción de conocimientos nacional y regional

Sugerencias a considerar

- Establecer un marco más integrado como la UNASUR para el desarrollo de la Red y de iniciativas conjuntas en intercambio de información e investigación
- Especificar las organizaciones e instituciones subregionales y regionales participantes en este proceso



## Acuerdos I Foro Sudamericano de Salud y Economía

El Primer Foro Sudamericano de Salud y Economía con participantes de los países de la Subregión Andina, así como representantes de Argentina, Paraguay y Uruguay, organizado por la Comisión Andina de Salud y Economía (CASE) y el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), con el auspicio de la Corporación Andina de Fomento (CAF), el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el Consejo Nacional de Salud (CONASA) y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), reunidos en la ciudad de Quito-Ecuador del 19 al 21 del mes de Noviembre de 2008, luego de las exposiciones y debates sobre diversos aspectos relacionados con el objetivo de resaltar la importancia de la inversión en salud y las capacidades de los sistemas de salud para responder a los requerimientos de crecimiento económico, bienestar humano y desarrollo social, proponen a la CASE considerar en su Agenda, los siguientes aspectos:

1. Reafirmar que la salud es un derecho humano fundamental y de alto valor estratégico para el desarrollo económico y social con la finalidad de potenciar las capacidades humanas y lograr una sociedad saludable y productiva. El fin es el bienestar y la calidad de vida de las personas en armonía con la naturaleza, sensible al enfoque de género e interculturalidad.
2. Reconocer el aporte que los estudios en Economía de la Salud pueden brindar a la comprensión e intervención de la dinámica social, económica, política y financiera del sector en nuestros países sobre todo para apoyar las reformas en marcha y nuevos procesos de cambios estructurales que garanticen el derecho a la salud en cada uno de ellos, de acuerdo a su realidad.
3. Fortalecer el criterio de que la salud es una inversión social, así como la prioridad de inversión orientada hacia los factores determinantes y condicionantes de la misma.
4. Recomendar que se tomen las precauciones necesarias ante los efectos que pudiera tener la crisis financiera mundial en las economías y la situación de vida de nuestros países y consecuentemente en la asignación presupuestaria fiscal al sector salud, que en lo posible no deberá ser afectado, ni la prioridad de la salud en la agenda política de nuestros países.
5. Promover con mayor urgencia la adopción de medidas tendientes a mejorar la eficiencia, eficacia, efectividad y la calidad de la inversión en salud que contribuyan a la búsqueda de alternativas para mejorar la inversión pública y una estructura de financiamiento más oportuna, equitativa, solidaria y transparente.
6. Impulsar la discusión en cada uno de nuestros países y en particular desde las entidades oficiales de salud, el conocimiento y profundización de las conclusiones y recomendaciones, producto de los trabajos de grupo sobre las siguientes 4 áreas temáticas, cuyo desarrollo se anexa como parte del presente documento:

**Área 1: Lineamientos y estrategias para incluir como prioridad el sector salud en las políticas públicas y su financiamiento**

**Área 2: Estrategias que garanticen la calidad de la inversión en salud en el marco de la protección social**

**Área 3: Líneas de acción para el compromiso de los actores políticos, económicos y sociales para mejorar la inversión en salud**

**Área 4: Red virtual sudamericana de economía y salud**



7. Solicitar al ORAS-CONHU que a través de la CASE y su Plan de Trabajo 2008-2009 continúe impulsando el desarrollo de actividades de formación de masa crítica en economía de la salud, el desarrollo de instrumentos conjuntos para el análisis económico de la salud, el intercambio de experiencias y de conocimientos entre los países, el desarrollo de un sistema de información unificado en salud y economía y la realización de investigaciones conjuntas para aportar a una mejor toma de decisiones en el sector salud y sus perspectivas de cambio en beneficio de la salud.
8. Promover que más allá de la presencia de las instituciones subregionales, en estos eventos se promueva el desarrollo de iniciativas compartidas entre todos los países de Sudamérica en el marco del proceso de integración de UNASUR, para fortalecer la acción conjunta de protección del derecho a la salud y la calidad de vida.
9. Promover y hacer efectivos procesos y espacios de participación social en la toma de decisiones de políticas públicas de protección social en salud.

El presente documento de trabajo, resultante del Foro Sudamericano de Salud y Economía, ha sido elaborado en base a la discusión, consensos y puntos de vista expresados en el trabajo de los 4 grupos indicados en el punto 6.

Los participantes del Foro destacan la relevancia de los temas discutidos durante los días 19, 20, 21 de noviembre de 2008 en el Distrito Metropolitano de Quito-Ecuador. Dado en Quito, a los veintiún días del mes de noviembre del 2008.



## Anexo No. 1

### Agenda Primer Foro Sudamericano de Salud y Economía

Comisión Andina de Salud y Economía -CASE-

Quito, Ecuador del 19 al 21 de noviembre del 2008

- Organizan: Comisión Andina de Salud y Economía -CASE-  
Ministerio de Salud Pública del Ecuador
- Colaboran: Corporación Andina de Fomento CAF  
Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unánue ORAS-CONHU
- Participan: OPS/OMS Regional y Representación Ecuador  
Ministerios de Salud de la Región Andina  
Ministerios de Economía y Hacienda de la Región Andina  
Ministerios de Salud del MERCOSUR  
Consejo Nacional de Salud del Ecuador CONASA
- Local: Hotel Sheraton

### Agenda del Foro

#### Miércoles 19 de noviembre del 2008

Mañana

- 8H00-9H00 Inscripciones  
Área administrativa MSP-CONASA
- 9H00-10H00 Acto inaugural  
Bienvenida  
Ec. Sara Naranjo  
Presidenta de la Comisión Andina de Salud y Economía
- Intervención  
Dr. Oscar Feo  
Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud
- Intervención  
Dr. Bernardo Requena  
Director de Desarrollo Social de la Corporación Andina de Fomento
- Intervención  
Ec. María Elsa Viteri A.  
Ministra de Finanzas del Ecuador
- Inauguración  
Dra. Caroline Chang Campos  
Ministra de Salud Pública  
Presidenta de la XXIX REMSAA



- 10H00-10H30 Pausa café
- 10H30-11H00 Conferencia sobre salud y el Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador  
Dr. Fander Falconí. Secretario Nacional de Planificación y Desarrollo
- 11H00-13H00 **Panel foro: Visión crítica de la situación de salud en América Latina, retos y definición de prioridades**
- Oportunidades en América Latina: Hacia una mejor política en salud  
Expositor: Dr. Bernardo Requena. Director de Desarrollo Social de la Corporación Andina de Fomento
- Procesos de Reforma y experiencias orientadas a fortalecer el Sector Salud en la Subregión Andina  
Expositor: Dr. Oscar Feo. Secretario Ejecutivo ORAS-CONHU
- Procesos de Reforma del Sector Salud en el MERCOSUR  
Expositor MERCOSUR
- Tendencias de la Protección Social en Salud: acceso, financiamiento y solidaridad  
Expositor: Dr. Jorge Luis Prospero. Representante OPS/OMS en el Ecuador
- Moderador:  
Dr. Ernesto Torres Terán  
Subsecretario General del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
- 13H00-15H00 Almuerzo
- Tarde**
- 15H00-16H30 Panel foro: Evaluación de los procesos de Reforma y de experiencias en la Subregión Andina y América Latina  
Presentación por miembro CASE de cada país  
Moderador: Dr. Patricio Yépez ORAS-CONHU
- 16H30-17H00 Pausa café
- 17H00-17H30 Organización de trabajos de grupo, temas y metodología  
Responsable: Dr. Jorge Albán V. Coordinador Técnico CONASA
- 20H00-22H00 Cena de bienvenida

### Jueves 20 de noviembre del 2008

#### Mañana

- 8H00-10H00 Panel foro: Situación del Financiamiento y calidad del gasto en salud de los países de la Subregión Andina y MERCOSUR (presentación cada país)  
Moderador: Dr. Rubén Suárez. OPS/OMS Regional





10H00-10H30	Pausa café
10H30-11H00	Presentación de resultados de la consultoría: Argumentos y áreas de acción que permitan la inclusión del sector salud en políticas del desarrollo Expone: Ec. Marcelo Montúfar. Consultor responsable
11H00-13H00	Trabajos de grupo de acuerdo a temática establecida y guía de discusión (1 moderador y 1 secretario relator por grupo)  <b>Mesa 1:</b> Lineamientos y estrategias para incluir como prioridad el sector salud en las políticas públicas y su financiamiento Modera: Ec. Tomás Pippo. Ministerio de Salud de Argentina  <b>Mesa 2:</b> Estrategias que garanticen la calidad de la inversión en salud en el marco de la protección social Modera: Dr. Jorge Albán Villacís. Coordinador Técnico del CONASA  <b>Mesa 3:</b> Líneas de acción para el compromiso de los actores políticos, económicos y sociales para mejorar la inversión en salud Modera: Dr. Patricio Yépez. ORAS-CONHU  <b>Mesa 4:</b> Red virtual sudamericana de economía y salud Modera: Dr. César Hermida Bustos. Comisión de Financiamiento CONASA
13H00-15H00	Almuerzo
<b>Tarde</b>	
15H00-16H00	Conclusión de trabajo de grupos
16H00-16H30	Pausa café
16H30-17H30	Plenaria de presentación de las mesas de trabajo Moderadora: Ec. Sara Naranjo. Presidenta de la Comisión Andina de Salud y Economía
17H30-18H30	Sistematización de conclusiones y recomendaciones Responsable: Grupo de sistematización
18H30-21H30	Programa especial. Noche Quiteña

### Viernes 21 de noviembre del 2008

#### Mañana

9H00-10H30	Análisis y discusión por grupos del documento final de conclusiones y recomendaciones del Primer <b>Foro Sudamericano de Salud y Economía</b> Responsables: Moderadores de cada grupo de trabajo
------------	---



- 10H30-11H30 Pausa café  
Sistematización de documento final  
Responsable: Grupo de sistematización
- 11H30-12H30 **Presentación documento de conclusiones y recomendaciones del Primer Foro Sudamericano de Salud y Economía**  
  
Ec. Sara Naranjo. Presidenta de la Comisión Andina de Salud y Economía
- 12H30-13H00 Sesión solemne de clausura  
  
Intervención  
Dr. Oscar Feo  
Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud  
  
Intervención  
Dr. Bernardo Requena  
Director de Desarrollo Social de la Corporación Andina de Fomento  
  
Clausura del Foro  
Dra. Caroline Chang Campos  
Ministra de Salud Pública  
Presidenta de la REMSAA
- 13H00-15H00 Almuerzo
- 15H00-18H00 Reunión anual CASE  
Seguimiento Plan de Trabajo



## Anexo 2

### Lista de participantes

No.		Nombre		Institución
1	Doctor	Jorge	Albán Villacís	CONASA Ecuador
2	Doctora	Irina	Almeida	CONASA Ecuador
3	Doctor	Carlos	Arreaga	SOLCA-Matriz
4	Doctor	César	Hermida	UNFPA
5	Señora	Carolina	Cáceres	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
6	Señor	Andrés	Prieto	MSP-Uruguay
7	Licenciada	Inés	León	CONASA/IECE Ecuador
8				
	Doctor	José	Avilés	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
9	Señor	Gustavo	Giler	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
10	Doctor	Marcelo	Yépez	ISP PUCE Ecuador
11	Señor	Rubén	Suárez	Organización Panamericana de la Salud
12	Señor	Fernando	Arcos	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
13	Economista	Sara	Naranjo	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
14	Señor	Darío	Medranda	ISSFA Ecuador
15	Doctora	Sonia	Díaz Salas	ISSFA Ecuador
16	Doctor	Luis	Muñoz Palacios	Dirección Provincial de Salud de Pichincha
17	Señora	Luciana	Servo	IPEA
18	Doctor	José	Suárez	FUNDACIÓN CIMAS
19	Señora	Martha	Fuertes	Organización Panamericana de la Salud
20	Señora	Cristina	Rosanía	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
21	Licenciado	Darwin E.	Revelo	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
22	Doctor	Oscar	Feo	ORAS
23	Doctor	Mario	Paredes	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
24	Señora	Guadalupe	Recalde	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
25	Doctora	Ninfa	León	UELMGAI Ecuador
26	Señor	Diego	Vaca	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
27	Doctor	Jorge Luis	Prosperi	Organización Panamericana de la Salud
28	Señorita	Marianela	Santos	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
29	Señora	Lucy	Cifuentes	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
30	Señorita	Margarita	Soldad	ORAS-CONHU Ecuador
31	Doctora	Catalina	Eibenschutz	ALAMES
32	Doctor	Marcelo	Aguilar	ORAS
33	Señora	Mónica	Játiva	Comisión Europea
34	Economista	Marcelo	Montúfar	CASE- Ministerio de Salud Pública del Ecuador
35	Economista	Piedad	Hinojosa E.	Dirección Provincial de Salud de Imbabura
36	Señor	Hernán	Romo	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
37	Señor	Fausto	Herrera	Organización Panamericana de la Salud
38	Señor	Teddy	Herrera	Organización Panamericana de la Salud



39	Señor	Washington	Estrella	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
40	Señorita	Daisy	Mosquera	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
41	Señor	Carlos	Granda	UELMGAI Ecuador
42	Licenciada	Marlene	Villacrés	Dirección Provincial de Salud de Pastaza
43	Economista	María Eugenia	Moya	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
44	Señor	Luis	Bolaños	Dirección Provincial de Salud de Imbabura
45	Doctora	Judy	Irigoyen	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
46	Economista	Wilson	Recalde	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
47	Doctor	Ramiro	Echeverría	OPS/OMS Representación Ecuador
48	Doctor	Xavier	Toledo	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
49	Señor	Augusto	Portocarrero	MINSAL-Perú
50	Señor	Mirco	Osorio G.	MSPYBS-Paraguay
51	Señor	Marco	Padilla Fierro	MSP SEPSS Ecuador
52	Señor	Gustavo	López	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
53	Economista	Renata	Jara Novillo	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
54	Doctor	Tomas	Pippo Briant	Ministerio de Salud Pública del Argentina
55	Señora CPA	Reyna	Ortiz del Rosario	SOLCA-Guayaquil
56	Ingeniera	Irene	Utreras	SOLCA-Guayaquil
57	Doctora	Anabel Cristina	Burbano	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
58	Señora	Fabiola	Arguello	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
59	Doctor	Patricio	Yépez	ORAS CONHU
60	Señorita	Karla	Córdova Pérez	MEF-Perú
61	Señor	Carlos	Donoso G.	Dirección Provincial de Salud del Cotopaxi
62	Doctora	Eugenia	Taco	Dirección Provincial de Salud de Bolívar
63	Economista	José	Mera Freire	IESS-Salud Ecuador
64	Señor	Jorge	Asprino	MINSALUD-Venezuela
65	Economista	Marco	Herrera	MSP SEPSS Ecuador
66	Doctor	Nelson	Oviedo	FORO ONG's-CEPAR Ecuador
67	Señor	Francisco	Sevilla	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
68	Doctor	Marco	Freire A.	PLAN INTERNACIONAL Ecuador
69	Señor	Roberto	Ávila	Ministerio de Salud Pública de Bolivia
70	Doctor	David	Debrott	MINSAL-Chile
71	Doctor	José	Ruales	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
72	Doctor	Mario	Hernández	ALAMES Universidad Nacional de Colombia
73	Ingeniera	Lorena	Gaibor	CONASA Ecuador
74	Doctor	Agustín	Velásquez	Banco Central de Venezuela
75	Doctora	Nilda	Villacrés	Fundación Supervivencia
76	Doctora	Mery	Tabango	IESS-SSC Ecuador
77	Señor	José	Madero Guerrón	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
78	Señor	Ernesto	Báscolo	Ministerio de Salud Pública del Argentina
79	Doctora	Dolores	López	Fundación CIMAS
80	Doctora	Narcisa	Calahorrano	CONASA Ecuador
81	Licenciada	María Elena	Miranda	CONASA Ecuador
82	Señor	Alfonso	Aldáz	CONASA Ecuador



83	Señora	Mónica	Salgado	CONASA Ecuador
84	Señor	Carlos	Barrera	CONASA Ecuador
85	Señora	Jeaneth	Moncayo	Junta de Beneficencia de Guayaquil
86	Licenciado	Rafael	Rosales	SENPLADES Ecuador
87	Señor	Carlos	Paredes	Dirección Provincial de Salud de Imbabura
88	Señor	Segundo	Mejía	Dirección Provincial de Salud de Imbabura
89	Señora	Juana	Cifuentes	Ministerio de Salud Pública del Ecuador
90	Economista	Katherine	Tobar	ORAS